



Salud Mental Infanto Juvenil: Reflexiones y Actualidad

Eugenio Saavedra Guajardo
Claudio Rojas Jara
Ana Castro Ríos

EDITORES

Salud Mental Infanto Juvenil: Reflexiones y Actualidad

Eugenio Saavedra Guajardo
Claudio Rojas Jara
Ana Castro Ríos

EDITORES

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
Reflexiones y Actualidad

Editores:

Eugenio Saavedra Guajardo
Claudio Rojas Jara
Ana Castro Ríos

Primera Edición: Agosto 2016
Para contactar a los autores:
esaavedr@ucm.cl

ISBN:

Diseño y diagramación:

Alejandro Abufom Heresi
abufom@gmail.com

Ilustración de portada:

Claudio Rojas Jara
crojasj@ucm.cl

Universidad Católica del Maule
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Psicología
Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

PRIMERA PARTE: CONTEXTOS EDUCATIVOS.

1.- Clima social en la escuela de hoy: notas para un análisis.

Marcela Mellado Medel

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Gonzalo Salas Contreras

Universidad Católica del Maule

2.- Niños y niñas con síndrome de asperger y su percepción sobre los factores pedagógicos que influyen positivamente en su resultado escolar.

Karla González Villalobos

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Nélida Ramírez Naranjo

Universidad Católica del Maule

3.- Prácticas utilizadas por las familias rurales que favorecen el proceso educativo en la escuela.

Macarena Astorga Poblete

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Ana Castro Ríos

Universidad Católica del Maule

4.- Salud mental en docentes y su relación con el bienestar emocional de los estudiantes.

Francisca Rojas Azócar

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Carolina Reynaldos Quinteros

Universidad Católica del Maule

SEGUNDA PARTE: CONTEXTO DE SALUD PRIMARIA.

5.- Resiliencia en adolescentes con enfermedad o insuficiencia renal crónica.

Helen Sinisterra Hinestroza

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Eugenio Saavedra Guajardo

Universidad Católica del Maule

6.- Resiliencia en familiares de pacientes con cáncer mamario.

José Guillermo Correa Delgado

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Eugenio Saavedra Guajardo

Universidad Católica del Maule

7.- Antecedentes históricos del suicidio infanto-juvenil en Chile.

Vanessa Merino Altamirano

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Gonzalo Salas Contreras

Universidad Católica del Maule

8.- Percepción del uso de la técnica del reciclaje y cuidado del medioambiente en la terapia reparatoria de abuso sexual y maltrato grave: la experiencia del Centro Unamos las Manos de la ciudad de Talca.

Karen Soledad Vásquez Torres

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Mariano Ruperthuz Honorato

Universidad de Santiago de Chile

9.- Padres presentes en la crianza de sus hijos/as criados bajo un estilo machista: qué motivaciones los llevan a ejercer este rol.

Gerardo Chandía Garrido

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Nélida Ramírez Naranjo

Universidad Católica del Maule

10.- Visualización de niños y niñas entre 6 y 10 años cuyas cuidadoras son diagnosticadas con depresión leve o moderada por profesionales pertenecientes a tres equipos de salud mental del sistema de atención primaria perteneciente a la Región del Maule.

Ma. Carolina Daneck Muñoz

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Mariano Ruperthuz Honorato

Universidad de Santiago de Chile

11.- Bienestar subjetivo en jóvenes hombres homosexuales en la Región del Maule.

Katherine Ramírez Venegas

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Carolina Reynados Quinteros

Universidad Católica del Maule

PRESENTACIÓN

El Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil de la Universidad Católica del Maule, es un programa avanzado de formación académica. El campo de estudio que define el Magíster es la salud y el bienestar humano, en específico, la promoción de la salud mental infanto juvenil y la prevención de psicopatología en esta población.

El propósito del Magíster es la generación de un enclave de desarrollo científico-aplicado en salud mental infanto-juvenil, mediante la formación de académicos, investigadores y profesionales de alto nivel, a fin de fortalecer la generación de conocimiento investigativo local. Actualmente el programa de Magíster, iniciado en el año 2014, se encuentra en su tercera versión y ya cuenta con sus primeros egresados y post graduados.

El sello diferenciador de la propuesta está dado por el abordaje integral y multidisciplinar de la salud mental infanto-juvenil, la orientación ética y bioética de las acciones, y el desarrollo de líneas de investigación que permitan aportar en el abordaje de los desafíos regionales y nacionales en esta materia.

Para ello tanto la diversidad de las materias, como los diferentes enfoques entregados por los docentes y las distintas disciplinas que concurren a través de los estudiantes, hacen que el diálogo y la discusión académica se enriquezca con la presencia de Psicólogos(as), Trabajadores(as) Sociales, Educadores(as), Médicos y Antropólogos(as).

Este sello diferenciador también se ve reflejado al momento de realizar sus tesis, las cuales en un formato de investigación breve, dan cuenta del trabajo sistemático de un año, en diversas áreas relacionadas con los “Contextos Educativos” y los “Contextos en Salud Primaria”.

El presente libro da cuenta de un total de doce tesis terminadas y defendidas durante el año 2016, presentando en este texto los resúmenes de dichos trabajos, para lo cual se han respetado tanto los contenidos como el formato propuesto por los autores.

En una primera parte accedemos a cuatro capítulos del área educacional, en donde sus autores nos hacen transitar por el clima social en la escuela de hoy, niños y niñas con síndrome de asperger y su percepción en los resultados escolares, prácticas utilizadas por las familias rurales en el proceso educativo en la escuela y la salud mental en docentes y su relación con el bienestar emocional de los estudiantes.

En la segunda parte, dedicada al área de la salud primaria, accederemos a ocho trabajos, en donde sus autores profundizan en: la resiliencia en adolescentes con enfermedad renal, la resiliencia en familiares de pacientes con cáncer mamario, los

antecedentes históricos del suicidio infanto juvenil en Chile, la percepción del uso de la técnica del reciclaje en la terapia reparatoria de abuso sexual y maltrato grave, padres presentes en la crianza de sus hijos(as) criados bajo un estilo machista, la visualización de niños y niñas cuyas cuidadoras están diagnosticadas con depresión, el bienestar subjetivo en jóvenes homosexuales, y finalmente, una aproximación a las barreras percibidas para el acceso a servicios de salud mental en población adolescentes.

Esperamos que la lectura de estos capítulos signifique conocer parte del abanico de temáticas asociadas a la salud mental infanto juvenil y los motive a profundizar en estas problemáticas.

Agradecemos a los estudiantes y académicos del Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, que se hacen presentes como autores, en esta publicación y reconocemos su generosidad al compartir estas reflexiones con los lectores.

Los editores.

Talca, Agosto de 2016.

PRIMERA PARTE:
CONTEXTOS EDUCATIVOS

Clima social en la escuela de hoy: notas para un análisis

Marcela Mellado Medel

Universidad Católica del Maule

Gonzalo Salas Contreras

Universidad Católica del Maule

La educación entregada por la escuela es la que cada época se encarga de crear de acuerdo a sus exigencias actuales (De Azevedo, 1940) y uno de los puntos de mayor debate en nuestros tiempos es el que concierne al clima social escolar, debido a los cambios que se han afrontado en temáticas como malestar docente, bullying, violencia y convivencia escolar, entre otros. En este contexto, los educadores son los responsables de la implementación de una escuela basada en iniciativas antibullying (Strohmeier & Noam, 2012), sin embargo, es un aspecto difícil de abordar, detectar y responder (Cunningham, 2016), dada la amplia cantidad de variables relacionadas con la temática y la falta de capacitación de la comunidad escolar. En Chile, la Ley 20.536, promulgada el 8 de septiembre de 2011, entiende la buena convivencia escolar como “la coexistencia armónica de los miembros de la comunidad educativa, que supone una interrelación positiva entre ellos y permite el adecuado cumplimiento de los objetivos educativos en un clima que propicia el desarrollo integral de los estudiantes” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2011, p.1). “La convivencia escolar, se entiende como un fenómeno social cotidiano, dinámico y complejo, que se expresa y construye en y desde la interacción que se vive entre diversos actores de la comunidad educativa, que comparten un espacio social que va creando y recreando la cultura escolar propia de ese establecimiento” (Ministerio de Educación, 2015, p.25).

Considerando que pueden existir confusiones, el Ministerio de Educación señala la diferenciación entre los términos convivencia escolar y clima escolar: “El clima escolar es el contexto o ambiente en el que se producen las interrelaciones, la enseñanza y los aprendizajes en el espacio escolar; está determinado por una serie de condiciones necesarias para la apropiación de los conocimientos, habilidades y actitudes establecidas en el

currículum y posibilita –o dificulta– el aprendizaje (...) La convivencia escolar es un aprendizaje que forma para la vida en sociedad, es decir, es una dimensión fundamental de la formación ciudadana (...)” (Ministerio de Educación, 2013, p.9).

De todas formas, ambos conceptos se influyen mutuamente y no pueden concebirse de manera aislada o separada uno del otro. Aron, Milicic y Armijo (2012) plantean que para comprender el clima social escolar hay que considerar las diferentes percepciones de las personas que integran una escuela: “Hay distintas dimensiones del clima escolar que se relacionan con la percepción de los profesores, los pares, los aspectos organizativos y las condiciones físicas en que se desarrollan las actividades escolares. Al hablar de clima social escolar se considera tanto la percepción que los niños y jóvenes tienen de su contexto escolar, como la que tienen los profesores de su entorno laboral (Aron & Milicic, 2000 citado en Aron, Milicic y Armijo, 2012, p.804).

En relación a los factores de mayor incidencia en los niveles de aprendizaje escolar de los estudiantes, existen investigaciones que revelan el papel que ocupa el clima social escolar, evidenciando no sólo el impacto del clima social escolar sobre el rendimiento, sino también sobre otras dimensiones de la vida escolar (Cassasus, et al., 2001). La línea de investigación desarrollada en relación con las *escuelas efectivas*, plantea que, independiente de las condiciones de origen de sus estudiantes (Arancibia, 1992; Bellei, Muñoz, Pérez & Raczynski, 2004), se consiguen cambios observables en ellos, lo que lleva a un mayor compromiso, lo cual se visibiliza en un impacto medible en el aprendizaje (Westbrook, 2013).

La percepción del estudiante sobre su comunidad educativa dependerá en gran medida del ambiente que logren crear estudiantes y profesores en el contexto educacional, existiendo climas de aula positivos y climas de aula negativos (Ascorra, Arias & Graff, 2003), lo cual impacta directa e indirectamente en una diversidad de cuestiones propias de la escuela.

Las conductas de las personas se ven influidas por los contextos en los cuales se insertan, por lo cual la escuela en los primeros años se vuelve un periodo sensible para sus estudiantes. Del mismo modo, la escuela también está inserta en la sociedad, la cual moldea las relaciones entre los miembros de una comunidad educativa (Castro, 2011; Holt, 1982),

cambios que también se reflejan en el sistema familiar (Lyford-Pike, Ciompi & Soler, 2006).

La concepción asociada a que todas las personas tienen derecho a la educación y a través de ella poder lograr objetivos y metas es parte de las transformaciones sociales y culturales de esta nueva sociedad (Palladino, 2006). Así también nacen nuevas necesidades y roles que tienen los integrantes de la escuela. De esta manera, las “funciones que eran propias de la familia, por ejemplo, la formación en valores sociales, la adquisición de normas básicas de convivencia social, los pilares básicos de la socialización, pasaron a la escuela” (Palladino, 2006, p.11).

En este sentido, las relaciones afectivas que forjan dinámicas de salud mental positivas, estuvieron marcadas por el cuidado, protección, crecimiento físico, social y emocional positivo, y una correcta educación en la infancia y adolescencia. Estos procesos posibilitan “buenos tratos” y son fundamentales para responder a las señales del entorno, pues propician dinámicas de colaboración entre seres humanos y capacidades adaptativas frente a los desafíos del entorno (Barudy & Dantagnan, 2005; Mc Monagle, 2012).

Por esta razón, existen esfuerzos por tener una mirada que contemple los diversos sistemas en los cuales se inserta la escuela, ya que todos los miembros de una comunidad educativa influyen en las dinámicas y en la organización que ésta pueda tener (Arancibia, Herrera & Strasser, 2008).

Si la escuela se concibe desde esta mirada, entonces los problemas relacionados con los problemas conductuales por ejemplo, adquieren una nueva lectura al comprender que los problemas de los estudiantes no son solo de ellos, sino que se dan al interior de un contexto y que existe una serie de interacciones que influyen sus comportamientos (Fernández, 2009; Yañez & Galaz, 2011).

En el reporte de factores asociados al logro cognitivo del Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo [SERCE], desarrollado por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación, se concluyó que el clima escolar es la variable escolar que más consistentemente predice el aprendizaje (Treviño et al., 2010) y dado que existe una relación entre el clima escolar y los aprendizajes de los estudiantes es que se hace necesario en las comunidades educativas propiciar espacios y relaciones que sean

positivos, no solo para sus estudiantes, sino para todos sus integrantes (Cornejo & Redondo, 2001).

Comprender entonces, que el aula es un contexto propicio para generar espacios en la cual la transmisión de valores y actitudes contribuyen a un buen clima, también trae consigo el reconocer que las personas que allí se relacionan son diferentes –niños, jóvenes y adultos, etc.– por lo tanto, las normas y los valores deben ser transmitidos a través de la práctica de relaciones saludables entre los miembros de una comunidad educativa (Beggino, 2007). Como consecuencia de lo anterior, es importante revisar y cuestionar las prácticas que en primer lugar tienen los adultos de una comunidad con sus estudiantes para evitar una mirada adultocentrista y dominante en las relaciones.

Conocer la complejidad de las relaciones que se generan en la escuela, es un ejercicio crucial y complejo al mismo tiempo, puesto que demanda una comprensión ecológica de los factores que están en juego. Por otro lado, el importante papel que ocupa en los resultados escolares –y también en los procesos–, hace del clima social un factor que debe priorizarse en la escuela de hoy.

Clima Social Escolar: Concepto y modelos

El concepto de clima social al interior de las escuelas, proviene del clima organizacional, variable crucial que marca la dinámica de los grupos en las organizaciones “en el que se mantiene un equilibrio entre los aspectos objetivos – externos al sujeto– y los aspectos subjetivos –dimensión psicológica–. Este proceso se describe y construye a partir de las percepciones que elaboran y transmiten los sujetos al interactuar (...)” (Vega, Arévalo, Sandoval, Aguilar & Giraldo, 2005, p. 342).

Este concepto organizacional se traslada al contexto educativo, el cual tiene sus propias características. “El clima social escolar se refiere a la percepción que tienen los individuos de los distintos aspectos del ambiente en el cual se desarrollan sus actividades habituales, en este caso el colegio” (Aron, Milicic & Armijo, 2012, p.804). Por cierto, que la cultura escolar, tiene su propia impronta que comienza con las personas, la historia de la institución escolar, sus objetos (Brailovsky, 2012) y los enfoques pedagógicos presentes (De Zubiría, 2006).

En cuanto a los estudios del clima escolar, “este ha sido investigado desde 1960 y ha sido una noción esencial cuando se ha intentado medir el “ambiente” o la atmosfera característica de una escuela en concreto” (Epstein, 1981, citado en Watkins & Wagner, 1991, p.52). Así también, en cuanto a los estudios sobre este tema que “(...) incorporaron las opiniones de los alumnos y pudieron demostrar por ejemplo, que la participación del estudiante en los procesos de toma de decisiones tenía efectos significativos sobre la actitud que este tenía hacia la escuela” (Epstein, 1981 citado en Watkins & Wagner, 1991, p. 52).

“Al hablar de clima social escolar hay que referirse tanto a la percepción que los niños y jóvenes tienen de su contexto escolar, como a la que tienen los profesores de su entorno laboral” (Milicic & Arón, 2000, p.118). Así, esta conceptualización integra las miradas de los actores que son relevantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje, como son los estudiantes, pero también la de los profesores, quienes conviven con sus estudiantes gran parte del día. En este sentido, el clima escolar tiene un claro componente relacional, y por ello es valioso considerar no sólo las relaciones con los demás, sino también con la propia subjetividad de los diferentes actores de una comunidad educativa (Thapa, Cohen, Higgins-D’Alessandro & Guf, 2012).

En cuanto a los modelos sobre el clima escolar, estos consideran el estudio de algunos factores específicos. Por ejemplo, Cornejo y Redondo (2001) consideran que los procesos o factores interpersonales, se expresan en al menos tres niveles: nivel organizativo/institucional, nivel de aula y nivel intrapersonal; ante lo cual, se plantean críticas ante su propia clasificación, sin embargo, presta una gran utilidad al momento de organizar patrones de trabajo y constructos organizativos en torno al clima escolar.

Otros estudios apuntan a las percepciones que específicamente tienen los profesores de una comunidad educativa respecto de sus estudiantes: “la forma en la cual se va construyendo la práctica pedagógica y el clima de aula, se encuentra en estrecha relación con las percepciones y expectativas que poseen los profesores en relación a la escuela y acerca de los estudiantes, las cuales se basan fundamentalmente en el contexto sociocultural en el que éstos se encuentran inmersos” (Ascorra, Arias & Graff, 2003, p.130).

Como ya se ha descrito anteriormente, el clima escolar está basado en un componente relacional, por lo cual las percepciones que los profesores tienen de su propio ambiente también son relevantes, ya que no puede concebirse una escuela sin profesores, es

necesario reflexionar sobre el rol que estos tienen; un doble rol de enseñar contenidos pero también valores y actitudes. Esta reflexión trae consigo la preocupación de poder invertir en la promoción de su autocuidado (Aron & Milicic, 1999; Céspedes, 2008).

Siguiendo esta línea, también es necesario pensar sobre la formación docente en las áreas emocionales y afectivas, no solo de los estudiantes, sino también de su propia persona, puesto que su rol de educador no puede separarse de su lado más íntimo. Por lo cual, Vivas (2003) reconoce que “el papel fundamental que juegan los docentes en el desarrollo de la capacidad emocional de sus alumnos, por lo que su propio desarrollo emocional así como su preparación en este campo resulta una responsabilidad ineludible de los centros de formación docente” (p.119).

Otros estudios han analizado la relación existente entre el clima familiar y el clima escolar, en el que se concluye que “la calidad del clima percibido por el adolescente en ambos contextos, familiar y escolar, se relaciona con el grado de satisfacción vital autoinformado” (Estévez, Murgui, Musitu & Moreno, 2008, p.124). Lo anterior es relevante, ya que la salud mental entendida desde una mirada ecológica, debe integrar otras variables y dejar de lado una visión reduccionista e individual. Así mismo queda de relieve el puente familia-escuela que es necesario consolidar con el fin de potenciar las habilidades cognitivas y emocionales de los estudiantes. Es indudable entonces que la escuela “se constituye en sí misma como una red social significativa en el contexto comunitario” (George, Guzmán, Flotts, Squicciarini & Guzmán, 2012, p. 58) que puede apoyar todos aquellos procesos de desarrollo, más allá de su típico rol pedagógico, lo cual posibilitará incluso el reconocimiento de la autoestima de los estudiantes, lo que implica atribuir el éxito del estudiante con el esfuerzo en lugar de la capacidad y la valoración de la resistencia al fracaso (Coe, Aloisi, Higgins & Elliot, 2014), esto cuestiona las formulaciones tradicionales y permite mirar como el convivir permea las distintas esferas desde lo social a lo individual y viceversa.

Algunos estudios sobre clima escolar

Al hablar de clima social escolar, ¿cuáles son las variables más relevantes para los propios estudiantes? Se observa que algunas de las variables más valoradas por ellos son “el apoyo,

la comprensión y la enseñanza de los profesores (...). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción del estudiante con la institución y años cursados; rendimiento académico y relación con sus compañeros; rendimiento académico y entender al profesor las tareas asignadas” (De Giraldo & Mera 2000, p. 23). De ello, es posible visualizar como el tema se amplifica en una diversificación de fenómenos que se entrelazan como un rizoma, logrando un cuerpo propio y vinculándose a la cultura escolar.

En un estudio cuantitativo realizado con jóvenes de enseñanza media, también se señalan variables correspondientes a la relación con sus profesores, además de otras variables relacionadas con características del establecimiento: “... los ítems que reflejan la percepción de un adecuado clima social escolar están referidos, por un lado, a la seguridad, orden, limpieza y respeto que existe en el colegio, y por otro lado, a la percepción de los estudiantes de ser tratados justamente por sus profesores, de comprometerse en las tareas escolares y de ser reconocidos por ello” (Guerra, Vargas, Castro, Plaza & Barrera, 2012, p.113).

Ambos estudios incluyen una perspectiva en la que se resaltan los componentes afectivos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo cual es necesario preguntarse también por aquellos aspectos afectivos que los profesores pueden desarrollar y/o potenciar en sus salas de clases. García (2009) realiza un estudio sobre estas dimensiones en la docencia en donde “la interacción del profesor con sus alumnos, conlleva procesos afectivos, y que éstos a su vez intervienen en la generación de un determinado clima social en el aula (...) lo cual plantea la necesidad de describir y analizar las dimensiones afectivas de la docencia que están presentes durante la interacción en el aula, así como su impacto sobre el aprendizaje de los estudiantes” (p.3).

Zepeda (2007), por su parte, investiga la percepción que tienen los estudiantes de 5° básico a 4° medio sobre la relación que tienen con sus profesores, encontrándose en sus respuestas que esta “es positiva en la percepción de la relación interpersonal con los profesores, del proceso de enseñanza aprendizaje y un ambiente creativo. Es negativa en la percepción de relaciones basadas en autoridad y normativa con los profesores” (p.11), lo cual demuestra que debe analizarse en profundidad los marcos y leyes –internos como externos– que regulan la disciplina escolar y su relación con el clima, ya que no siempre la correlación es positiva; lo que se intenta decir con esto, es que la disciplina escolar, no es

sinónimo, o no necesariamente indica la presencia de un buen clima social, ni de una buena convivencia.

A modo de cierre

Aunque existan contextos escolares adversos en los cuales hay mucho por trabajar, quedan de manifiesto los esfuerzos por parte de los distintos gobiernos de Chile –en las últimas décadas– por potenciar espacios de aprendizaje que sean saludables para los maestros y sus estudiantes. Esto se vislumbra con trabajos que van desde el desarrollo del *Marco para la Buena Enseñanza*¹ (Ministerio de Educación, 2003), *Indicadores de Calidad en Educación*² (Ministerio de Educación, 2014), *Orientaciones para la revisión de los reglamentos de convivencia escolar*³ (Ministerio de Educación, 2016), aspectos circunscritos a la *Política General de Convivencia Escolar* (Ministerio de Educación, 2015), la cual desde el año 2002 se plantea como una forma de dar respuesta a las demandas y requerimientos de las escuelas, dando cuenta de los cambios a nivel local y mundial.

Por cierto que el trabajo va más allá de lo creado en un ministerio, ya que muchas veces, se deja de lado lo ocurrido en la misma escuela, en la misma realidad, o como lo planteado por uno de los autores de este trabajo en una publicación previa, refiriéndose a externalizar la responsabilidad y caer en el denominado *síndrome de necesidad escolar*

¹ El Marco para la Buena Enseñanza, contempla las dimensiones afectivas que influyen en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual “supone que para lograr la buena enseñanza, los docentes se involucran como personas en la tarea, con todas sus capacidades y sus valores. De otra manera, no lograrían la interrelación empática con sus alumnos, que hace insustituible la tarea docente” (Ministerio de Educación, 2003, p.7). El segundo, de los cuatro dominios de este Marco, hace referencia a la “*Creación de un ambiente propicio para el aprendizaje*”, en el cual “el profesor crea un clima de respeto en su sala de clases, a través de la manera en que se relaciona con sus alumnos y del tipo de relación que estimula entre ellos. Un buen ambiente de aula se caracteriza porque los alumnos se sienten valorados y seguros” (Ministerio de Educación, 2003, p.23).

² Desde el año 2014, para la medición de la calidad de la Educación, se contemplan “*Otros Indicadores de Calidad*” lo cuales “entregan información relacionada con el desarrollo personal y social de los estudiantes de un establecimiento de manera complementaria a los resultados en la prueba SIMCE y al logro de los Estándares de Aprendizaje” (p.3). De esta manera se integran áreas que van más allá del logro de aprendizajes, de evaluaciones cuantitativas y categorías de clasificación. Entre estos indicadores aparece el clima de convivencia escolar, lo cual indica la preocupación por las autoridades de conocer y potenciarlo, puesto que este influye en el bienestar de los estudiantes, se convierte en un factor protector de conductas de riesgo y sobre su estudiado impacto en el rendimiento de niños y jóvenes (Ministerio de Educación, 2014).

³ A partir de la Reforma Educacional y con la entrada de la Ley de inclusión (L.20.845) en marzo de 2016, se le plantea al establecimiento educacional la necesidad de revisar su Reglamento de Convivencia para ver si su sentido y contenido se alinean con las nuevas orientaciones emanadas de estos cuerpos legales.

(Salas, 2015), donde se creen infalibles algunos conceptos antiquísimos plagados de doctrinas burdas, que evitan movilizar los esfuerzos hacia lo crítico y buscar cambios que promuevan bienestar de la comunidad en general. Lo bueno, es que el énfasis está variando desde la conceptualización tradicionalista de *resolución de conflictos* hacia una mirada que integre la *formación de sujeto*, lo cual permea un mejoramiento continuo y una comprensión compleja y multidimensional de lo concerniente al clima social y la convivencia (Ministerio de Educación, 2015).

Si bien los espacios escolares son múltiples y variados, sus integrantes desean y aspiran a “ser una mejor escuela”, y de esta forma los logros escolares, no deben ser conceptualizados como algo dissociado de las variables afectivas, que como se ha descrito, influyen en las percepciones positivas que puedan tener las personas. Así también, es necesario hacer visible, desde la particularidad de cada comunidad educativa, la salud mental de sus estudiantes y especialmente de sus profesores, quienes tienen un rol inherentemente formador –el que se percibe cada vez más recargado– el cual los estudiantes consideran relevante a la hora de referirse a su clima social escolar.

Referencias

- Arancibia, V. (1992). Efectividad escolar: Un análisis comparado. *Estudios Públicos*, 47, 101-125.
- Arancibia, V., Herrera, P., & Strasser, K. (2008) *Manual de psicología educacional*. Santiago: Ediciones UC.
- Aron, A. M., Milicic, N., & Armijo, I. (2012). Clima social escolar: una escala de evaluación –Escala de Clima Social Escolar, ECLIS–. *Universitas Psychologica*, 11(3), 803-813.
- Ascorra, P., Arias, H., & Graff, C. (2003). La escuela como contexto de contención social y afectiva. *Revista Enfoques Educativos*, 5(1), 117-135.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.

- Beggino, N. (2007). *Cómo prevenir la violencia en la Escuela: estudio de casos y orientaciones prácticas*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Bellei, C., Muñoz, G., Pérez, L.M., & Raczynski, D. (2004). *¿Quién dijo que no se puede? Escuelas efectivas en sectores de pobreza*. Santiago de Chile: Ministerio de Educación/UNICEF.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2011). *Ley 20.536 Sobre Violencia Escolar*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030087>
- Brailovsky, D. (2012). *La escuela y las cosas. La experiencia escolar a través de los objetos*. Rosario: Homo Sapiens.
- Casassus, J., Cusato, S., Froemel, J., Palafox, J., Willms, D., & Sommers, A. (2001). *Primer estudio internacional comparativo sobre lenguaje, matemáticas y factores asociados, para alumnos de tercer y cuarto grado de la educación básica*. Santiago: UNESCO.
- Castro, A. (2011). *Violencia silenciosa en la escuela*. Buenos Aires: Bonum.
- Céspedes, A. (2008). *Educación de las emociones. Educar para la vida*. Santiago: Ed. B Chile. S.A.
- Coe, R., Aloisi, C., Higgins, S., & Elliot, L. (2014). *What makes great teaching? Review for the underpinning research*. Durham: CEM.
- Cornejo, R., & Redondo, J. (2001). El clima escolar percibido por los alumnos de enseñanza media: una investigación en algunos liceos de la Región Metropolitana. *Última década*, 15, 11-52.
- Cunningham, C., Rimas, H., Mielko, S., Mapp, C., Cunningham, L., Buchanan, D., Vaillancourt, T., Chen, Y., Deal, K., & Marcus, M. (2016) What Limits the Effectiveness of Antibullying Programs? A Thematic Analysis of the Perspective of Teachers. *Journal of School Violence*, 15(4), 460-482, DOI: 10.1080/15388220.2015.1095100
- De Azevedo, F. (1940/2013). *Sociología de la educación*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

- De Giraldo, L., & Mera, R. (2000). Clima social escolar: percepción del estudiante. *Colombia Médica*, 31(1), 23-27.
- De Zubiría, J. (2006). *Los modelos pedagógicos. Hacia una pedagogía dialogante*. Bogotá: Magisterio.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G., & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Fernández, I. (2009). *Prevención de la violencia y resolución de conflictos*. Madrid: Narcea Ediciones.
- García, B. (2009). Las dimensiones afectivas de la docencia. *Revista Digital Universitaria*, 10(11), 1-14.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Squicciarini, A., & Guzmán, M. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología*, 21(2), 55-81.
- Guerra, C., Vargas, J., Castro, L., Plaza, H., & Barrera P. (2012). Percepción del Clima escolar en estudiantes de enseñanza media de Valparaíso de colegios municipales, particulares y particulares subvencionados. *Estudios Pedagógicos* 27(2), 103-115.
- Holt, J. (1982). *El fracaso de la escuela*. Madrid: Alianza.
- Lyford-Pike, A., Ciompi, M., & Soler, F. (2006). *Hijos con personalidad raíces y alas*. Santiago: Ediciones UC.
- Mc. Monagle, A. (2012). *Supporting every child's right to early education*. Donegal: D.C.C.C.
- Milicic, N., & Aron, A. (2000). Climas sociales tóxicos y climas sociales nutritivos para el desarrollo personal en el contexto escolar. *Revista Psykhe*, 9(2), 117-123.

- Ministerio de Educación. (2003). *Marco para la buena enseñanza. Centro de Perfeccionamiento, Experimentación e Investigaciones Pedagógicas*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Educación. (2013). *Gestión de la Buena Convivencia. Orientaciones para el encargado de convivencia escolar y equipos de liderazgo educativo*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Educación. (2014). *Otros indicadores de calidad en educación. Basado en el Decreto Supremo de Educación N° 381/2013 Unidad de Currículum y Evaluación*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Educación. (2015). *Política Nacional de Convivencia Escolar. 2015-2018*. División de Educación General: Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Educación. (2016). *Orientaciones para la revisión de los reglamentos de convivencia escolar. División de Educación General*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Palladino, E. (2006). *Sujetos de la educación: psicología, cultura y aprendizaje*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Salas, G. (2015). El síndrome de necesidad escolar y su contexto. En: L. Obando. *Rostros del malestar*. (pp. 89-96). Sinaloa: Ediciones del Lirio.
- Strohmeier, D., & Noam, G. G. (2012). Bullying in schools: What is the problem, and how can educators solve it? *New Directions for Youth Development*, 2012(133), 7–13. doi:10.1002/yd.20003 .
- Thapa, A., Cohen, J., Higgins-D'Alessandro, A., & Guf, S. (2012). *School climate research summary. National School Climate Center*, 3, 2-21.
- Treviño, E., Valdés, H., Castro, M., Costilla, R., Pardo, C., & Donoso, F. (2010). *Factores asociados al logro cognitivo de los estudiantes de América Latina y el Caribe. Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación*. Santiago: Salesianos.

- Vega, D., Arévalo, A., Sandoval, J., Aguilar, M., & Giraldo, J. (2005). Panorama sobre los estudios de clima organizacional en Bogotá, Colombia (1994-2005). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 329-349.
- Vivas, M. (2003). La educación emocional: conceptos fundamentales. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 4(2), 1-21.
- Watkins, C., & Wagner, P. (1991). *La disciplina escolar. Propuesta de trabajo en el marco global del centro*. Madrid: Paidós.
- Westbrook J., Durrani N., Brown R., Orr D., Pryor J., Boddy J., & Salvi F. (2013). *Pedagogy, Curriculum, Teaching Practices and Teacher Education in Developing Countries*. Sussex, U.K: University of Sussex.
- Yáñez, P., & Galaz, J. (2011). *Conviviendo mejor en la escuela y en el liceo. Orientaciones para abordar la convivencia escolar en las comunidades educativas*. Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. Unidad de Transversalidad Educativa.
- Zepeda, S. (2007). Estudio sobre la percepción de la relación profesor-alumno entre estudiantes de colegios vulnerables de la región metropolitana. *Revista Iberoamericana de Educación*, 43(5), 1-13.

Niños y niñas con síndrome de asperger y su percepción sobre los factores pedagógicos que influyen positivamente en su resultado escolar

Karla González Villalobos

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Nélida Ramírez Naranjo

Universidad Católica del Maule

Introducción

Al hablar de estudiantes con Síndrome de Asperger (desde ahora lo nombraré como SA), se refiere, principalmente, a personas con un deterioro significativo en relaciones sociales y afectivas derivadas de sus características. Las instituciones educativas deberían prepararse adecuada y anticipadamente para acoger y atender a estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (NEE), garantizando una completa igualdad de oportunidades de todos los estudiantes, y facilitando su integración académica y social. Para ello, resultaría imprescindible conocer las características de los estudiantes, condiciones normativas, académicas, etc. que rigen las actividades de los profesores y demás miembros de la comunidad educativa (Nuria et al., 2009). Dadas estas condiciones es que los colegios en Chile, cuentan con apoyos a través de Proyecto de Integración Escolar (PIE). No obstante, hay colegios que en la actualidad no cuentan con PIE, por esto, carecerían de algunas herramientas de trabajo y recursos económicos para desarrollar clases como sería a través del PIE, prescindiendo de algunos apoyos con otros profesionales –ej. Educadora diferencial– para potenciar los procesos de aprendizaje de los jóvenes que presentan SA (Nuria, et al., 2009). Para que pueda darse una respuesta de calidad a los estudiantes con SA, deberán generarse apoyos, como parte de la estructura que ofrezca el asesoramiento –a profesores y estudiantes– necesario, garantizando la generalización de estrategias (MINEDUC, 2010). Es por ello que se torna importante describir que estrategias pedagógicas en el aula inclusiva –no solo con PIE– a través del relato del propio sujeto que estaría siendo protagonista de estas técnicas que no están estipuladas en un proyecto.

Según el MINEDUC (2010) en su manual de apoyo docente para educación de estudiante con espectro autista, la tarea está ubicada en la formación de personas que desarrollan autonomía, además de poder construir relaciones solidarias en la sociedad perteneciente, y de lograr un saber que apoya este propósito. En este punto se puede ver la importancia de tomar atención a las percepciones de los estudiantes que presentan SA, ya que ellos, principalmente, son personas que tienen la capacidad de terminar la educación formal hasta enseñanza media de manera óptima, acceder a educación superior por sus conocimientos, pero en el aspecto social y de autonomía estaríamos viendo un sesgo que se da por la condición inherente al SA.

Con esta investigación se realiza un aporte al ámbito de la psicología y de la educación en un sentido ampliado, es decir, se daría apertura a un espacio de mejora a las prácticas pedagógicas y psicológicas empleadas con niños y niñas que presenten SA desde una mirada del sujeto.

Marco teórico

Infancia

Según Unicef (2005), la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, que considera los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria. Aquí se definió la infancia como un espacio separado de la edad adulta. Esta situación va de la mano con el Artículo 12, admitiendo al niño como sujeto activo de derechos, que debe ser escuchado y que tiene el derecho a expresar libremente su opinión y a que esta se tenga en cuenta (Unicef, 2012).

Refiere Robles (2008) en su investigación sobre la infancia y la niñez en el sentido de identidad, comentarios en torno a las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson (2000), en cada etapa el hombre se enfrenta a lo que Erikson llama crisis o conflictos, que pondrán a prueba su grado de madurez para enfrentar y superar los problemas propios de cada una

de las etapas de su vida. Erikson reinterpretó las fases elaboradas previamente por Freud y resaltó, los aspectos sociales de las etapas psicosexuales (Engler, 1996, en Bordignon, 2005). En la enunciación de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson se destacan siete aspectos relevantes según Cloninger (1999, en Bordignon, 2005) 1) Diferencias individuales; 2) Adaptación y ajustamiento; 3) Procesos cognitivos; 4) Sociedad; 5) Influencias biológicas; 6) Desarrollo del niño; y 7) Desarrollo del adulto. En cada etapa del desarrollo, la experiencia de los niños y niñas ante los conflictos superados satisfactoriamente, influye en las etapas ulteriores. En este caso debemos centrarnos en la etapa 4 -de 5 a 13 años- laboriosidad frente a inferioridad, donde la productividad adquiere importancia, sus primeros esfuerzos por dominar las herramientas dentro de la sociedad les ayudan a crecer y a formarse un concepto positivo de sí mismos. Los niños que se sientan inadecuados en comparación con sus iguales, pueden tener un retroceso a una época más aislada y menos consciente. Es una época de rápido desarrollo cognoscitivo, esto dado también por sus desempeños escolares (Papalia & Wendkos, 1985; Bordignon, 2005).

Necesidades educativas especiales en niños y niñas escolares

Basándome en un artículo de Educar Chile (2014) es que se señala que las Necesidades Educativas Especiales –NEE– serían aquellos estudiantes que requieren ayudas y recursos adicionales, ya sean humanos, materiales o pedagógicos, para conducir su proceso de desarrollo y aprendizaje, y contribuir al logro de los fines de la educación. Estas NEE pueden ser por un tiempo determinado (transitorias) o durante todo el tiempo de permanencia en el sistema escolar (permanentes). Se hace importante que profesores, comunidad educativa y las familias puedan comprender que todos somos diferentes, la sala de clases promueve la diversidad y no se puede pretender que todos aprendan igual. Los apoyos que puede brindar el profesor son adecuaciones al currículo, adaptando sus metodologías de enseñanza. También se consideran los apoyos con otros profesionales –ej. Fonoaudiólogo/a, psicólogo/a– quienes fomentan claras orientaciones que son requerimientos de quienes presentan NEE, sumado a los recursos tecnológicos, materiales y soportes como que pueden facilitar el proceso educativo. Los niños/as o jóvenes que presentan NEE muchas veces presentan una experiencia negativa en el colegio, se frustran, son objeto de burlas y se pueden sentir fracasados, esto claramente repercute en la

autoestima y autoconcepto. El apoyo de la familia hacia los profesores resulta de gran importancia ya que ellos pueden trabajar con los niños desde el hogar, siendo las principales acciones para la integración la modificación de los Proyectos Educativos, dando respuesta a las necesidades que presenta la nueva población escolar que implica cada vez más, reconocer las diferencias que existen entre los seres que conformamos esta sociedad.

Síndrome de asperger

Según la Guía de Consulta de los criterios diagnósticos DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), el Trastorno del Espectro Autista debe cumplir los criterios A, B, C y D, los que se resumen de la siguiente manera: A) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos; B) Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades; C) Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo; D) Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual; y E) Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.

Según la Organización para la investigación del Autismo (OAR, 2005) el síndrome de Asperger fue por primera vez identificado en la década de los 40 por el médico vienés Hans Asperger, quien identificó niños con inteligencia y desarrollo de lenguaje normales exhibían comportamientos similares a los de los niños con autismo. En 1994, el término “síndrome de Asperger” fue añadido al Manual Estadístico y Diagnóstico, 4ta Edición (DSM-IV) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría bajo del encabezado “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (OAR, 2005). La Fundación Asperger Chile (2012) hace referencia que el SA sería definido como una condición neurobiológica, primariamente descrita como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, que implica: a) Se ve afectada la triada entre comprensión social, Lenguaje verbal-no verbal e Imaginación; b) Presencia marcada de intereses restringidos; c) Prevalencia: 1 de cada 88 personas presenta diagnóstico de Espectro Autista; y d) Es mayormente visible en niños que en niñas. A partir de Mayo de 2013, el Diagnóstico de Síndrome de Asperger desaparecería del Manual de Estadísticas de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM V), para formar parte de los

llamados “Trastornos del Espectro Autista”, ante la imposibilidad de establecer un límite entre una entidad y otra (Fundación Asperger Chile, 2012).

El síndrome de asperger en el contexto escolar

Basándome principalmente en un artículo realizado Darretxe & Sepúlveda (2011) en la Universidad del País Vasco, se detallan varias implicaciones educativas y estrategias de intervención que, en contraste con nuestra propia experiencia, resultan útiles en las aulas para responder a las necesidades de estos estudiantes en entornos ordinarios. Aquí se menciona que las personas con SA suelen presentar características que resultan convenientes conocer para dar una mejor respuesta a sus necesidades. Premack y Woodruff (1978) introdujeron el término de “teoría de la mente” para describir la capacidad de las personas para atribuir estados mentales a uno mismo y a los demás, para predecir el comportamiento. Investigaciones posteriores han demostrado que las personas con autismo (incluidas las personas con SA) muestran dificultades en la teoría de la mente. A su vez, Frith (1989) señaló que algunos de los componentes del funcionamiento en el autismo podían ser explicados por la “teoría de la mente”. Este mismo autor describió la “coherencia central”, como la tendencia a reunir diferentes datos con el fin de obtener la mayor información posible del contexto, es decir, tendencia a dar sentido a las situaciones y eventos según la realidad, aspecto en el cual las personas con SA muestran dificultad. Siguiendo con estas ideas, también encontramos las funciones ejecutivas que hacen referencia a la capacidad de mantener una adecuada resolución de problemas para la realización de una meta en el futuro. Ozonoff (1997), propuso la teoría del déficit en las funciones ejecutivas de las personas con autismo. Se hace importante, entonces, destacar que en el momento de planificar la intervención educativa a los estudiantes con trastorno autista, es de suma importancia tener presente los déficits que se explican a través de estas tres teorías para aplicar los principios e intervención en su contexto escolar y en la propia aula ordinaria y, de ese modo, poder responder a sus necesidades educativas especiales (NEE).

Proyecto de integración escolar e inclusión escolar

Desde 1998, el Ministerio de Educación ha desarrollado una serie de acciones destinadas a ampliar la cobertura de los estudiantes integrados y la calidad de los procesos de integración que se llevan a cabo en las escuelas. En la actualidad, casi una cuarta parte de los establecimientos subvencionados son parte de un proyecto de integración, alcanzando una matrícula superior a los 20.000 estudiantes integrados (CEAS, 2013). MINEDUC Chile (2013) señala que el Proyecto de Integración Escolar –PIE– es una estrategia inclusiva del sistema escolar que tiene por objetivo aportar apoyos adicionales (en el contexto del aula común) a cualquier estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), sean estas de carácter permanente o transitorio, favoreciendo con ello la presencia y participación en la sala de clases, el logro de los objetivos de aprendizaje y la trayectoria educativa de todos los estudiantes, mejorando continuamente la calidad de la educación en los colegios, escuelas y liceos. Cuando un establecimiento educacional cuenta con PIE, se ve enfrentado a enriquecer su práctica pedagógica para atender a la diversidad de estudiantes posibilitando que los docentes de aula, desarrollen las capacidades, recursos y competencias suficientes de modo de dar respuestas ajustadas y oportunas a las necesidades y características de todos los estudiantes, no solo de aquellos que presentan NEE. La Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad (Ley n° 19.284) y el Decreto Supremo n° 01/98 que la norma, determinan que pueden hacerse adecuaciones curriculares dentro de un “Proyecto de Integración Escolar”. Este procedimiento permite que la escuela o liceo reciba una subvención para dar respuesta a las necesidades especiales (de atención profesional y de infraestructura) de estos estudiantes. La evaluación diferenciada, si es atingente, se enmarca en este procedimiento (Educar Chile, 2002). Los encargados de la inclusión lo conforman toda la comunidad educativa: estudiantes de los establecimientos, profesorado y personal que trabaja en los colegios y escuelas, así como las familias. Pero debemos diferenciar entre dos conceptos, Integración Escolar e Inclusión Escolar. Refiere Muntaner (2010) que no debemos confundir la integración y la inclusión, ya que suponen perspectivas distintas de análisis de la realidad y en consecuencia plantean distintos modelos de intervención. La integración tiene dos características claves, que la definen: por una parte, hay un modelo educativo determinado, que acoge a los estudiantes diversos, diagnosticados o categorizados como de NEE, que con la aplicación de la lógica de la

homogeneidad estaban fuera del sistema y que ahora son integrados. El PIE se recoge en una adaptación curricular y se organiza la respuesta, individual o en grupos reducidos, durante un tiempo variable. Muntaner (2010) menciona que el modelo de educación inclusiva plantea para trabajar en la consecución de dos objetivos fundamentales: a) La defensa de la equidad y la calidad educativa para todos los estudiantes, sin excepciones; y b) La lucha contra la exclusión y la segregación en la educación.

Evaluación diferenciada y estrategias pedagógicas

La evaluación diferenciada permite medir a los estudiantes, que durante el proceso de diagnóstico se detectó que necesitaban apoyos adicionales (con cualquier tipo de NEE, transitoria o permanente) y, por ello, se les implementaron procesos educativos adecuados a sus características (MINEDUC, 2012). En la Red Maestros de Maestros (2015) se menciona que la evaluación diferenciada tiene como propósito facilitar el normal desarrollo de niños y niñas que presentan un problema general o específico de aprendizaje. El objetivo de este tipo de evaluación sería facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, y lograr que el niño y niña pueda incorporarse a mediano y largo plazo con todas sus capacidades adecuadamente maduras y compensadas en el nivel que le corresponde. La evaluación diferenciada depende no solo de las características individuales de los niños, sino también en sus diferencias contextuales y culturales.

En cuanto a la legislación chilena, (BCN, 2003) Núm. 511 exento, en su artículo 3, letra d) Disposiciones de evaluación diferenciada que permitan atender a todos los alumnos que así lo requieran, ya sea en forma temporal o permanente. Y en su artículo 5, A los alumnos que tengan impedimentos para cursar en forma regular un subsector, asignatura o actividad de aprendizaje deberá aplicárseles procedimientos de evaluación diferenciada. Vemos entonces que la evaluación diferenciada se lleva a cabo a través de la adaptación de estrategias pedagógicas, las que se definen como acciones que realiza el maestro con el propósito de facilitar la formación y el aprendizaje de las disciplinas en los estudiantes. Para que no se reduzcan a simples técnicas y recetas deben apoyarse en una rica formación teórica de los maestros, pues en la teoría habita la creatividad requerida para acompañar la complejidad del proceso de enseñanza – aprendizaje (Briceño, 2008).

Es en este sentido es que se puede vincular la necesidad de apoyos pedagógicos, de materiales, curriculares y de capital humano para potenciar sus aptitudes en el área escolar.

Metodología

En esta investigación el método utilizado es cualitativo-inductivo, explorando, describiendo y luego generando perspectivas teóricas (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Se trianguló la información con otras observaciones, utilizando la triangulación de fuentes (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Además se utilizó el método descriptivo, ya que se buscó especificar las propiedades, las características, y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. El rol del investigador consistió en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; detallando como son y se manifiestan (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Entonces, con la finalidad de poder describir las percepciones en niños con SA detallando las estrategias pedagógicas y como se manifiestan de manera positiva (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), evaluando y recolectando datos sobre diversos conceptos del fenómeno a estudiar.

La población de la presente investigación son estudiantes diagnosticados con SA en la ciudad de Talca. Siendo la unidad de análisis, estudiantes con SA, que asistan un colegio particular subvencionado de la ciudad de Talca, que su colegio no cuenten con PIE. La muestra, en esta investigación es 1 niño, de 3er año de enseñanza básica, esto ya que al inicio de la educación formal se observa una mayor integración de NEE (Torres, 2013), del C.S.J. de Talca (Particular subvencionado), ya que este colegio no cuenta con PIE. La muestra es no probabilística o dirigida, dada que la selección del sujeto estaría relacionado con las características de la investigación. La investigación se realizó con un estudio de caso único, donde se entrevistó una unidad, con el analizando profundamente el relato de un mismo fenómeno. Las variables fueron las estrategias pedagógicas que percibe un niño con SA como influyentes en sus resultados académicos positivos. Estas estrategias pedagógicas a describir, se pre definen en: tiempo dedicado al estudiante, vinculación del docente con el estudiante, técnica utilizada para enseñar, velocidad de enseñanza, instrumentos de evaluación diferenciada, nivel de apoyo del docente al niño o niña, diagnóstico de la materia a enseñar, uso de reforzadores, nivel de exigencia, estas dadas a

través de codificación abierta, ya que provendrían tanto de las lecturas, la formación teórica del investigador (pre-codificación), del lenguaje y las expresiones utilizadas por los actores (Vasilachis, 2006). La técnica de recolección de información que se utilizó en esta investigación fue la entrevista personal semi-estructurada, utilizando preguntas generales, de opinión, de expresión de sentimiento, sensitivas y de antecedentes. La recolección de datos consistió en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes, sus emociones, prioridades, experiencias y otros aspectos subjetivos.

En esta investigación se utilizó el consentimiento informado por parte del Establecimiento Educacional y del adulto responsable y/o tutor legal del estudiante, además del asentimiento informado por parte del niño, asegurando que el estudiante con SA participara en la investigación dada su compatibilidad valórica, de intereses y preferencias (Rueda, 2004), además, como un proceso de inclusión y promoción de la autonomía del niño en los procesos de toma de decisiones (Pinto & Gulfo, 2013).

Resultados

Dado el relato del estudiante, en contraste con su contexto y la verbalización del adulto responsable es que se puede hacer un reconocimiento teórico en la narrativa, evidenciado en todas las dimensiones contempladas previamente en el paso de pre-codificación. A su vez, se pueden encontrar nuevas categorías, las que se sustentan con teoría a la base y que entregan información acerca de las percepciones de los estudiantes. En cuanto a las nuevas categorías encontradas en esta investigación, se hace referencia a la inclusión de nuevas categorías en:

I. Realidad Interna. G. Autopercepciones. G.1 De manejo de Frustración. Demostrado en las conductas de autocontrol o de control con apoyo de terceros que el niño percibe como efectivas para su desarrollo escolar. Estas se podrían encontrar en las narraciones del sujeto frente a eventos de estrés que generaría crisis. En este caso específico, estaría evidenciándose un cambio en el comportamiento, mediado por un proceso reflexivo y la literalidad de la verbalización de estar bien. Esto, en consecuencia, podría estar potenciando la visualización de los efectos de su comportamiento - en crisis-, en los demás.

G.2 De vinculación Efectiva. El niño menciona “(¿Quién te apoya cuando no alcanzas a

terminar las tareas?) La tía Olivia, porque siempre en los recreos, ella se queda en la sala”, “(Cuando no alcanzas a terminar las tareas...) Yo le pido el cuaderno a otro niño para copiarlo en la casa”. Es por ello que se podría estar mostrando un apoyo de parte de diferentes actores de la comunidad educativa en la organización de él mismo, de su experiencia y de sus materiales. **G.3 De apoyo con Alternativas.** El sujeto verbaliza “(Cuando no has terminado una tarea, decides quedarte en recreo...) A veces... (Decide eso el profesor o es más común que la decisión sea...) Mía”. Cumine, Leach y Stevenson (2000) hacen mención a que aprender habilidades sociales para el aula o el patio del colegio puede resultar muy estresante para los estudiantes con SA. En este sentido se debe saber que el mantener las tareas académicas es un alivio para contrarrestar el estrés de la interacción social. **G.4 De estar aprendiendo.** En este punto es relevante mencionar que el estudiante percibe que sus aprendizajes serían efectivos, evidenciado en sus narraciones, “Yo creo que siempre aprendo algo, (¿Qué te hace sentir que aprendes?) Bueno, todo... (¿Cómo sabes que aprendes?) Lo sé, lo siento, (Aprendes lo suficiente) Por ahora no, tengo que seguir aprendiendo más para ser una persona inteligente”. En esta situación el estudiante estaría representando satisfacción frente a sus aprendizajes, no obstante, espera a futuro ser inteligente, no percibiendo en la actualidad su propia inteligencia. **G.5 De igualdad de Condiciones.** El niño hace referencia a “(Todas las evaluaciones son iguales) Sí, porque todas contienen lo mismo... es evaluación igual a la del resto... (¿Tus compañeros aprenden lo mismo que tú?) Sí, porque me explican lo mismo”, “(¿Recibes una educación igual a la de tus compañeros?) Sí... todos aprendemos igualmente... (¿El colegio te evalúa de manera justa?) Son justos”.

IV. Realidad Externa. H. Material e Infraestructura. H.1 Didáctico-Pedagógico. La American Psychiatric Association (2013) menciona que las personas con SA presentarían Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno, entre ellas se presentaría una fascinación visual por las luces o el movimiento. “(Refiriéndose al docente) A veces busca videos... entrega mucha información”. Para que no se reduzcan a simples técnicas y recetas deben apoyarse en formación teórica de los docentes (Briceño, 2008). En este sentido, el niño narra “La tía... muestra todo lo de, lo que viene en la prueba”. Cumine, Leach y Stevenson (2000), hace referencia a que una dificultad en las funciones ejecutivas, que presentan los estudiantes

con SA, tiene que ver con la planificación. Evidenciándose en este sentido una posible estrategia anticipatoria del docente al realizar una especie de “recuento” o repaso de los contenidos que serán evaluados en las pruebas. **H.2 De infraestructura.** Red Maestros de Maestros (2015) facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje, y lograr que el niño y niña pueda incorporarse a mediano y largo plazo con todas sus capacidades adecuadamente maduras y compensadas en el nivel que le corresponde sin desventajas. “(¿Dónde te sientes cómodo cuando tienes una crisis?) Bueno, creo que en mi sala... Me gusta la biblioteca”. “... además tenemos una guarida...”. Mesibov y Howley (2010 en Darretxe & Sepulveda, 2011) mencionan que un entorno físico impredecible e improvisado confunde a las personas con SA, por lo que, la organización y ámbitos estructurados resultan fundamentales.

Conclusiones

Luego de este largo camino investigativo a través de las percepciones que un niño con SA, se obtienen conclusiones que entregan información nutrida sobre las estrategias pedagógicas que pueden estar siendo utilizadas por los docentes. En este sentido, es que basado en los objetivos, general y específicos, planteados para esta investigación se concluye lo siguiente:

(a) Las estrategias pedagógicas estarían a la base de teoría e investigaciones planteadas previamente en relación a las características de los estudiantes con SA, situación que genera una estructuración de las técnicas y modificaciones que pueden realizar las personas de la comunidad educativa, en contacto directo o indirecto con el sujeto.

(b) Resulta de gran importancia la sensibilización de los adultos responsables en cuanto a NEE que los estudiantes puedan presentar, esto dado que el niño percibe apoyos de sus Adultos responsables en el contexto familiar y escolar, además de sus compañeros.

(c) Siguiendo la idea anterior, es que se evidencia, desde el relato del niño, la necesidad de la unión Familia-Colegio para fortalecer apoyos a sus necesidades.

(d) La disponibilidad del docente, en cuanto a tiempo, cariño y empatía, se presenta como una estrategia efectiva para el niño, entregando seguridad, vinculación afectiva, percepción de aprendizaje significativo y favoreciendo procesos de autorregulación.

(e) La anticipación resolutoria, por parte de docentes y estudiantes, frente a situaciones de estrés que se puedan presentar en la cotidianidad del contexto escolar, resulta fundamental como estrategia de favorecimiento a los aprendizajes del estudiante, lo que se vincula a un resultado académico percibido como efectivo por parte del estudiante con SA.

(f) El apoyo de otros actores de la comunidad educativa, favorece la percepción de bienestar del estudiante.

(g) El apoyo con tiempo extra de parte del docente al estudiante, apoya procesos de autorregulación conductual, y por consecuencia, la generalización de competencias sociales. Al presentar desestructuración y reactividad ante estrés, el niño requiere de tiempos y espacios que el profesor debe generar a través estrategias que contemplen esfuerzos extra (como estar en un lugar estipulado y estar disponible a los requerimientos de sus estudiantes en momentos de recreo).

(h) La verbalización de acciones positivas realizadas por el estudiante, generan una potenciación del autoestima y autoconcepto, además de provocar un proceso reflexivo, donde el niño logra reconocer el camino realizado para la autorregulación emocional, para la vinculación efectiva con otros, para la efectividad de la adquisición de sus aprendizajes, entre otras situaciones.

(i) A su vez, el proceso de autorregulación consciente, mediado por estrategias del docente, generan menor deterioro en los aprendizajes del estudiante en el corto, mediano y largo plazo, ya que fomenta el trabajo autónomo del estudiante con las emociones y la posibilidad de reintegrarse al desarrollo de la clase.

(j) El que el estudiante con SA tenga la posibilidad de aprender, reflexivamente, a autorregularse, genera en él modificación conductual y posibilidad de integrarse socialmente con mayor efectividad.

(k) El apoyo con técnicas creativas de expresión de emociones genera en el estudiante una mayor posibilidad de comunicar efectivamente lo que le está ocurriendo.

(l) La literalidad de las expresiones facilita el poder darle instrucciones al estudiante, situación que se presenta como un factor que potencia las habilidades de entendimiento y generatividad o productividad académica del niño.

(m) El que las diferencias de los estudiantes no sean un tema que etiquete a los estudiantes se presenta como facilitador de la experiencia educativa. El colegio se presenta como una instancia inclusiva, en donde, independiente de no contar con PIE, presenta flexibilidad en las estrategias de abordaje de las diferencias asociadas a los estudiantes, lo que apoya a que los aprendizajes se impacten positivamente.

(n) Las estrategias mayormente efectivas percibidas por el estudiante son: el tiempo dedicado desde el docente al estudiante con SA; El apoyo de la comunidad educativa a través de la sensibilización de los actores del proceso de enseñanza-aprendizaje, teniendo estos un rol de mediadores de los procesos de autorregulación y por consiguiente, de generalización de la conducta social adaptada; La oportunidad de tener un espacio físico-temporal para realizar el proceso de vuelta a la calma, de volcar sentimientos de frustración y de reintegrarse a las actividades académicas con sus compañeros; Flexibilidad curricular en cuanto a que el niño tiene oportunidad de expresarse, de mostrar sus interés y a la vez, potenciar los aprendizajes de sus pares; y la Creatividad en la técnicas de expresión de emociones, frustraciones y conocimientos.

Los docentes necesitan mantenerse informados, ser tolerantes, empáticos y hacerse conscientes de que todo el centro debe sentirse implicado en responder a las necesidades de los estudiantes con capacidades diferentes. Los encargados de la inclusión lo conforman toda la comunidad educativa: estudiantes de los establecimientos, profesorado y personal que trabaja en los colegios y escuelas, así como las familias. Los docentes requieren de soportes básicos y reflexión con otros profesionales que le permitan intercambiar experiencias y buscar soluciones comunes en situaciones de inclusión, específicamente, con la problemática puntual planteada por los estudiantes con SA (Mesibov & Howley, 2010 en Darretxe & Sepulveda, 2011).

Discusión

En esta investigación se arrojan resultados y conclusiones que evidencian apoyos de parte del docente, no plasmado necesariamente en la literatura actual, es por ello que se crea la necesidad de realizar una mirada desde la percepción del propio niño acerca de estos apoyos. Cabe mencionar la importancia que tendría para el estudio, poder contrastar la

información con los docentes involucrados en el proceso educativo de estudiante, no obstante, al ser la mirada del niño, como sujeto de derecho, el eje central de análisis, es que se deja fuera esta entidad adulta. Se invita a que en futuras investigaciones, se pueda realizar un estudio comparativo entre las percepciones de los estudiantes y de los docentes con SA acerca de la efectividad de estrategias pedagógicas utilizadas en aula común y en espacios del contexto educativo que escapan del aula.

Es importante destacar que es necesario tener en consideración el hecho que la literatura y teoría existente en la actualidad presentan herramientas de trabajo con estudiantes con SA en el aula. No obstante, se hace necesario el poder generar herramientas para el trabajo en el contexto escolar que estén adecuadas a la realidad Chilena, es decir, que a través de diferentes investigaciones y complementando información se logre crear una red de apoyo a estudiantes con NEE, en este caso específico, con SA. Muntaner (2010) dice entonces que el modelo de educación inclusiva responde a un punto de partida definitivo, al reconocerse que la escuela ordinaria debe y puede proporcionar una buena educación a todos los estudiantes independientemente de sus diferentes aptitudes. La educación inclusiva se plantea para trabajar en la consecución de dos objetivos fundamentales: (a) La defensa de la equidad y la calidad educativa para todos los estudiantes, sin excepciones; (b) La lucha contra la exclusión y la segregación en la educación. Para conseguir estos objetivos debe producirse un cambio a través de la revolución en imaginario colectivo, incluyendo a toda la comunidad. Incrementar recursos materiales y humanos que puedan asumir de manera adecuada y responsable, dando respuesta a las necesidades que presenta la nueva población escolar que implica cada vez más, reconocer las diferencias que existen entre los seres que conformamos esta sociedad.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). Guía de Consulta de los criterios diagnósticos DSM-V. Washington D.C.: Alington VA.

BCN: Biblioteca del Congreso Nacional (2003).Aprueba reglamento de evaluación y promoción escolar de niñas y niños de enseñanza básica. Revisado en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=71532&r=1>

Briceño, M. (2008). El escrito científico en la universidad: propuesta de estrategias pedagógicas. Revisado en: <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/734/1712>

CEAS (2013). Estudio a nivel muestral de la calidad del proceso de integración educativa. Revisado en: <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201304151158500.doc> [Estudio integración CEAS.pdf](#)

Cloninger, S. (1999). Citado desde Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2, 50-63.

Cumine, Leach & Stevenson (2000). En Darretxe & Sepúlveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

Darretxe & Sepúlveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

Educación Chile (2002). La Evaluación en el Nuevo Currículo: Equívocos y Equilibrios. Revisado en: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CEvaluaci%C3%B3n%20educacional%20MINEDUC.pdf>

Educar Chile (2014). Las necesidades educativas especiales. Revisado el 01 de diciembre de 2014. Disponible en <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?id=210659>

Engler, B. (1996). Citado desde Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2, 50-63.

Erikson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Frith, U. (1989). En Darretxe & Sepulveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

Fundación Asperger Chile (2012). ¿Qué es el síndrome de Asperger? Artículos. Revisado en: <http://aspergerchile.cl/2011/02/que-es-el-asperge/>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª Eds.). México D.F.: Mc Graw-Hill.

Mesibov, G. & Howley, M. (2010). Citado desde Darretxe & Sepulveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

MINEDUC: Ministerio de Educación Chile (2010). *Manual de Apoyo Docente: Educación de Estudiantes que Presentan Trastorno del Espectro Autista*. Revisado en: <https://fonoaudiologos.wordpress.com/2012/11/25/manual-de-apoyo-a-docentes-educacion-de-estudiantes-que-presentan-tea/>

MINEDUC: Ministerio de Educación Chile (2013). *Programa de Integración Escolar PIE: Manual de Orientaciones y Apoyo a la Gestión (Directores y Sostenedores)*.
Revisado

en: <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201405071255480.ManualOrientacionesPIE.pdf>

Muntaner, J. (2010). De la integración a la inclusión: un nuevo modelo educativo. Revisado en: <http://diversidad.murciaeduca.es/tecnoneet/2010/docs/jjmuntaner.pdf>

Nuria, A; Belinchón, M; Blanco, R; Cáceres, D; De Diego, M; Frías, C; Frontera, M; Giménez, A; Martínez, M; Murillo, E; Nieto, C; Saldaña, D; (2009). *Hacia un modelo de apoyos universitarios a estudiantes con síndrome de asperger: Necesidades y Propuestas de Actuación*. Universidad Autónoma de Madrid; Madrid España.

OAR (2005). Un viaje por la vida a través del autismo Guía del síndrome de Asperger para los educadores. Revisado en: http://www.researchautism.org/resources/reading/images/SAsperger%20Educators%20Guide_FINAL.pdf

Ozonoff, S. (1997). En Darretxe & Sepulveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

Papalia, D. & Wendkos, S. (1985). *Psicología del desarrollo* (3ra. Ed.). Wisconsin: McGraw-Hill.

Pinto, B. & Gulfo, R. (2013). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana de*

Bioética, 8(1) 144-165. Revisado en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>

Premack & Woodruff (1978). En Darretxe & Sepulveda (2011). Estrategias educativas para orientar las necesidades educativas de los estudiantes con Síndrome de Asperger en aulas ordinarias. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 24, pp. 869-892.

Red Maestros de Maestros (2015). Evaluación: Evaluación diferenciada. Revisado en: http://www.rmm.cl/index_sub2.php?id_contenido=2444&id_seccion=710&id_portal=132

Robles, R. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad: Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*. 75, 1, 29-34.

Rueda, L. (2004). Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones que involucran a seres humanos como sujetos de investigación. La investigación en terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia ocupacional*. Revisado en: <http://goo.gl/5nNmh1>

Torres, A. (2013). Estudio de los proyectos de integración escolar de primer año de Educación Básica en establecimientos municipales y particulares subvencionados de la provincia de Valparaíso. *Perspectiva Educacional, Formación de Profesores*.52, 1, pp. 124-146.

Unicef (2005). La infancia Amenazada: estado mundial de la infancia 2005. Revisado en <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

Unicef (2012). El Bienestar Infantil desde el punto de vista de los niños: ¿qué afecta el bienestar de niños y niñas de 1º de ESO en España?, UNICEF España, Madrid.

Vasilachis, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa (1ra Ed.). Barcelona: Gedisa S.A.

Prácticas utilizadas por las familias rurales que favorecen el proceso educativo en la escuela

Macarena Astorga Poblete

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Ana Castro Ríos

Universidad Católica del Maule

Introducción

A pesar de la escases en investigaciones bajo la línea de lo rural en cuanto a temáticas relacionadas con la alianza Familia-Escuela, según lo expuesto por Villarroel y Sánchez (2002) mencionan que, es muy importante el estudio de las relaciones que la familia establece con otras agencias socializadoras. Donde, la vinculación entre la familia y la escuela, favorece, no solo el rendimiento académico de los niños, sino que también: el desarrollo integral, fortalecimiento de la autoestima y la generación de una actitud positiva hacia el aprendizaje.

El presente trabajo es una investigación cualitativa realizada a partir de los relatos de las madres de dos familias rurales que participan como apoderadas en una escuela rural en el sector cordillerano de Curicó.

El objetivo principal es describir las prácticas utilizadas por las familias rurales que favorecen el proceso educativo de los/as estudiantes en una escuela rural, por tanto se identificaron desde las familias, las prácticas que ellas consideran que contribuyen al proceso educativo de los niños/as del sector rural de Cordillerilla; con el fin de potenciar dichas acciones y/o creencias de estas familias, con el resto de la comunidad educativa para así favorecer el mejoramiento del proceso educativo acorde al rol que cumple la familia en ruralidad dentro de la educación.

Cabe mencionar que San Miguel (2005) argumenta que el reconocer la cultura familiar de los y las estudiantes y las estrategias para promover su compromiso activo y efectivo en los procesos de formación de sus hijos escolares, garantiza la continuidad de los esfuerzos educativos entre la vida en la escuela y la vida en el hogar, que para el niño o la niña constituyen una sola experiencia personal, más aún debido a que las familias rurales reconocen la labor de los profesores y profesoras y les ceden confiados la formación de sus hijos e hijas; lo que debiera enriquecer la relación entre la familia y la escuela.

Aspectos teóricos

Constructivismo

Como base epistemológica de esta investigación, se considera la postura Constructivista, la que posee el presupuesto ontológico que indica que la realidad social, y en cuanto tal, la entiende como múltiple y construida, por lo que no existe en forma tangible, única y fragmentable (Lincoln, 1990 citado en Flores, 2009). Por lo que el conocimiento de los fenómenos sociales se construye, dinámica y activamente, como resultado de operaciones de observación del sistema (Flores, 2009), desde afuera como observador, pero construyendo significado a partir de lo que muestre el fenómeno a estudiar; es decir, desde los individuos y sus vivencias.

Por su parte, Serrano y Pons (2011), mencionan que existen diferentes formas de entender el constructivismo, aunque comparten la idea general acerca de que el conocimiento es un proceso de construcción genuina del sujeto y no un despliegue de conocimientos innatos ni una copia de conocimientos existentes en el mundo externo. Por tanto el sujeto posee un rol fundamental en el acceso al conocimiento, y en palabras de Maturana (1997, citado en Flores, 2009), el acto de conocer se relaciona, entonces, directamente con la experiencia conocida, de esta manera, el sujeto que ve y vive dicha realidad es trascendental en el acceso a ese conocimiento.

Familia y Escuela

Tradicionalmente, el deber social de educar había sido asignado solo a la escuela. Hoy, esa realidad ha ido cambiando, pues cada día se postula con mayor fuerza la idea que

la familia y la escuela, en conjunto son los actores centrales encargados de la educación de niños, niñas y adolescentes. Actualmente, y en la búsqueda de soluciones, se comenzó a destacar la importancia de ciertos factores claves que inciden en un buen desempeño académico, entre ellos, “que las escuelas se preocupen seriamente de comprometer a las familias con la educación de sus hijos” (Pérez, Cortese & Gallardo, 2007, p.8).

De esta forma, ambas instituciones son las que entregan los cimientos para que el/la estudiante crezca y se desarrolle. Por su parte, la escuela, aporta con los aprendizajes de una enseñanza diseñada por profesionales de la educación, y la(s) familia(s) colabora(n) con un modo de educar primordialmente espontáneo e intuitivo, obteniendo también profundos logros dado los fuertes vínculos afectivos entre padres-madres e hijos/as. Por tanto, la escuela y la familia están educando, y es profundamente necesario que ambos coordinen sus acciones a fin de complementar y enriquecer los procesos de aprendizaje.

Si bien, lo descrito anteriormente es una tarea compleja y que dentro de una primera mirada, pareciera tener mayor responsabilidad la Escuela, cabe mencionar que la Familia es considerada el primer ente socializador, con lo cual da la partida del desarrollo social, pero también, a su vez, posee la responsabilidad de fortalecer o debilitar que el/la estudiante se desenvuelva como ente social de manera exitosa. Es así que Villarroel y Sánchez (2002), mencionan que, conceptualmente la familia se define como un grupo primario unido fundamentalmente por vínculos consanguíneos y de afecto, pero, a su vez, también es considerada como una institución básica y fundamental de la sociedad, orientada y organizada para responder y satisfacer los requerimientos de sus miembros, vinculándolos con el mundo social, posibilitando así la internalización, recreación y perpetuación de la cultura por medio del proceso de socialización, donde no actúa sola, sino en conjunto con redes y otras instancias socializadoras como, es en el caso de los niños, niñas y adolescentes escolarizados, la Escuela.

Por su parte, San Miguel (2005), menciona que particular importancia adquieren en la dinámica escolar las expectativas que las familias depositan en la educación de sus hijos e hijas, por las que miran a la escuela con mucha esperanza; donde se podría desplegar que

gran parte de lo que logre el/la estudiante depende de ambas partes, con tareas distintas pero complementarias que se potencian a la vez. Sin embargo, no hay que desconocer lo expuesto por Mendoza (2004), que complementa lo declarado por San Miguel, si la escuela no presenta objetos de conocimiento o saber, históricamente contruidos o re-significados desde la cultura donde se desarrolla el niño, resulta casi inevitable el llamado “fracaso escolar”, más aún en contexto de ruralidad, así mismo el autor continúa su idea mencionando que este fracaso involucra también a la familia, a la cual se adjudica responsabilidad y se le reclama colaboración con la educación.

Familia(s) rural(es)

No cabe duda el papel preponderante de la familia, dentro de todo el proceso de desarrollo, ya que es la unidad social que propiciará la interacción de los contextos como escenarios socioculturales en los cuales los niños, niñas y adolescentes, construyen conocimiento (Rodrigo, 1994 citado en Orozco, Sánchez & Cerchiaro, 2012) y que por lo tanto, dicha unidad se define en función de un marco de actividad molar (Bronfenbrenner,1979 citado en Orozco, et al., 2012), es decir, precisada en acciones, actividades y/o prácticas específicas que poseen un momento propio y tienen significado o intención para los que participan en ellas, donde los adultos-cuidadores, asumen un rol que favorecen el aprendizaje, crecimiento y desarrollo de los/as hijos/as. Por tanto, “la familia se constituye y acota en función de sus interrelaciones con las demás instituciones sociales; nunca fue, ni podrá ser un espacio ajeno o aislado respecto de las determinaciones sociales más amplias” (Jelin, 1998, p. 136), por tanto es y será un sistema ligado a otros sistemas, más aún cuando se trata de la relación familia-escuela y que posee aún mayor relevancia desde la familia rural.

Bajo este punto, en cuanto a la ruralidad se consideran como grupos relativamente pequeños, dentro del ámbito donde las relaciones personales se pueden desarrollar y donde los antecedentes provenientes de la micro historia tiene un peso importante en la vida de las comunidades en la actualidad (Gómez, 2002, p.203). Considerando la realidad de nuestro País, es que es que Valdés (2007) refiere en cuanto a las familias rurales, que:

Hasta hace un poco más de cuatro décadas, sus rasgos dependían de formas de vida que se vinculaban con la explotación de la tierra, una clara división sexual del trabajo y una autoridad que reposaba en el padre, que era quien ordenaba las funciones y los deberes de cada uno de los miembros de la familia. Ocurre, sin embargo, que hoy los miembros de esta familia de raíz rural están en contacto con la ciudad y con los medios de comunicación (p.13).

Entonces, los diversos cambios que ha experimentado la familia, donde se presenta un abanico más amplio de alternativas para el desarrollo de una vida familiar promisorio desde el punto de vista del ejercicio de derechos individuales y de la capacidad de elección de estilos de vida diferentes; ya que tanto varones como mujeres tienen una mayor libertad de elección sobre sus propios destinos sin la enorme y pesada presión de tener que cumplir con mandatos sociales tradicionales (Cerrutti & Binstock, 2011); potenciando, indirectamente, situaciones donde los hijos/as, se exponen adversidades; dado las demandas del exigente estilo de vida; generalmente marcada por el exceso de trabajo de los padres para poder alcanzar una adecuada calidad de vida y mermando la relación que los sistemas a cargo de los/as estudiantes se comuniquen de manera efectiva y trabajen de manera colaborativa y participativa.

José Bengoa (1996, citado en Castro, 2012) menciona que la historia social y cultural de Chile, no es comprensible sin la ruralidad. La ruralidad ha sido el modelo de identidad, de convivencia nacional, de costumbres y tradiciones y el modelo valórico que une e interpreta a los chilenos, más aún en la Región del Maule, que mantiene vívidas muchas de las tradiciones ligadas al campo, a la agricultura, a lo rural.

Proceso Educativo

El proceso educativo será entendido como toda acción destinada a vivenciar la educación formal e informal, que potenciará los procesos de enseñanza-aprendizaje, convivencia y desarrollo integral del/a estudiante. Por tanto, involucra directamente a la familia y escuela, así como también a los distintos contextos en los que los niños y niñas se encuentran expuestos a instancias educativas enmarcados bajo los aprendizajes necesarios

para su etapa del ciclo vital. Por su parte, Alfaro, Mejía y Velázquez (1998), lo definen como:

...conjunto de actividades, relaciones humanas y situaciones educativas que influyen no sólo en la forma como el alumno construye el conocimiento, es además un proceso que incide en la percepción que tiene de sí mismo, en las conductas que adopta frente a diferentes situaciones, personas y objetos; en la forma peculiar de establecer relaciones con los demás, y que produce cambios que se manifiestan a lo largo del mismo (p.5).

Por tanto incluye prácticas, creencias, expectativas, estrategias y motivaciones en torno a lo que se despliega desde la escuela, pero que no necesariamente es referido exclusivamente a ella.

Buenas Prácticas Educativas

Cuando se habla de buenas prácticas se hace referencia a “acciones que, para el cumplimiento de un objetivo o meta, combina de un modo virtuoso el uso de conocimiento acumulado, la movilización de recursos, la participación de los interesados y el logro de resultados correspondientes a las metas perseguidas” (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2012, p.35).

De esta manera, se aprecia que el uso de las Buenas Prácticas tiene un alcance vasto en su aplicación, independiente desde quien las realice, más específicamente dentro del área Educativa, su aplicación recae directamente en los/as Profesores/as, que son vistos como una piedra angular dentro del sistema escolar, ya que son el puente directo con estudiantes, apoderados/as y directivos.

Bajo la figura protagónica del/a Profesor/a, “una buena práctica educativa debe ser analizada en relación a objetivos regionales o nacionales, pero también en función de la particularidad del lugar o establecimiento, la población destinataria y el contexto social y económico de que forma parte” (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2012, p.35) y

es en este punto donde se hace necesaria la colaboración entre la Familia y la Escuela, ya que para que la práctica sea efectiva, ésta debe estar en función de los requerimientos del/a Estudiante, la Familia, la Comunidad Educativa y la localidad en la que será aplicada. Por otra parte:

La familia debe proveer las condiciones para potencializar los aprendizajes, de manera que facilite la integración social de sus hijos a la escuela. Las prácticas familiares en la labor educativa se construyen a través de representaciones sociales; éstas se expresan en estrategias y acciones de uso cotidiano explícitas e implícitas, como: revisión y realización de tareas, distribución de la rutina y uso del tiempo diario, acompañamiento para el estudio, visitas a la escuela para conocer los logros académicos y el comportamiento de los hijos, entre otras (Espitia & Montes, 2009, pp.94-95).

Es así, que el logro de la efectividad de las prácticas educativas dependen tanto de la familia, como de la escuela; sin descuidar que cada familia posee su capital particular e insustituible, que le permite usar estrategias, prácticas y metodologías diferentes (Espitia & Montes, 2009), dependiendo del contexto cultural y las exigencias requeridas por el establecimiento educacional; “el estímulo fundamental para la multiplicación de las buenas prácticas lo constituyen los esfuerzos demostrativos” (Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, 2012, p.36) y por ende el éxito va a depender de lo aplicable que pueda ser y la evidencia de que sí es efectiva y desde la localidad se puede efectuar.

Aspectos metodológicos

La investigación se abordó desde el paradigma cualitativo, que permite mantener una mirada de la realidad de los sujetos que contribuirán a la obtención de información, desde su postura, visión y creencias, lo que aporta de manera sustancial al objetivo de la investigación que es *describir las prácticas utilizadas por las familias rurales que favorecen el proceso educativo de los/as estudiantes en una escuela rural*. Además, cabe mencionar que la perspectiva desde la que se observará la realidad de los sujetos a investigar, será desde el constructivismo, ya que la comprensión del fenómeno a

estudiar/observar se basa principalmente en lo que los sujetos muestren como su realidad bajo un contexto y temporalidad determinada.

Se trabajó desde un nivel descriptivo en la investigación, donde se utilizó el estudio de casos, se seleccionó a 2 familias rurales representadas por el/la apoderado/a titular, pertenecientes al curso de 8° año básico, ya que se de esta manera estas familias han participado de la vida escolar básico de por lo menos uno de sus hijos. Cabe mencionar que, los/las educandos poseen un buen rendimiento el que será determinado por un promedio de notas igual o superior a 6.0 y que según el reporte del profesor jefe, sea considerado un apoderado/a participativo/a. Por tanto, el criterio de selección para la muestra es de tipo intencionado.

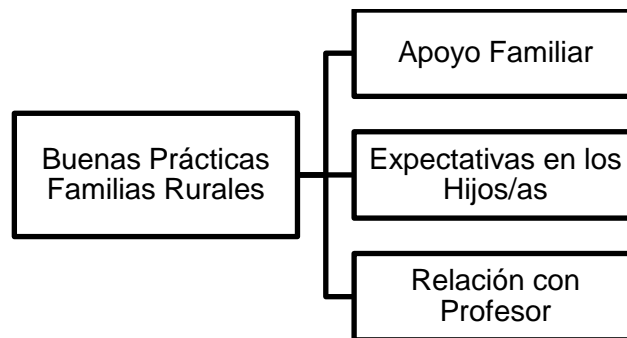
Para acceder a la Información, se utilizó la entrevista en profundidad, lo que permite según Valles (1997), la obtención de una gran riqueza informativa en las palabras y enfoques de los entrevistados.

A partir de la información obtenida se utilizó el Análisis Comprensivo de Taylor y Bogdan, para así desarrollar categorías a partir de lo extraído tanto de la entrevista en profundidad, lo que permitirá rastrear o dar sentido a partir de los datos, por tanto aportará de manera sustancial en la investigación propuesta.

Cabe mencionar que para esta investigación, se procuró la confidencialidad de la información obtenida desde las entrevistadas en profundidad, lo que fue informado a los/as participantes desde un principio, para lo cual, se procedió a resguardar mediante los documentos de autorización del establecimiento, consentimiento informado de los/as participantes; de modo de proteger la identidad e integridad de éstos/as.

Resultados, discusión y conclusión

A partir de la tipología de análisis seleccionada –Análisis Comprensivo de Taylor y Bogdan- se desprenden los siguientes tópicos:



De esta manera, se ve descrita la visión que las familias rurales poseen respecto de las prácticas consideradas como potenciadoras del proceso educativo de sus hijos/as, donde lo principal es el apoyo que ellos brindan, entendido concretamente como, proporcionar los materiales necesarios para el adecuado desarrollo del proceso educativo, proporcionar los cuidados de las necesidades básicas para mantener la salud y el bienestar de sus hijos/as, apoyarlos en cada una de sus metas y desafíos, confiar en ellos/ y brindar también espacios donde los niños/as confíen en sus cuidadores; exigirles acorde a su desempeño, pero a la vez impulsarlos a que lleguen lo más alto posible; así como también reforzar constantemente la importancia del estudio para la vida.

Entonces se despliega una alta expectativa en las posibilidades que podría hacer emerger la continuidad de estudios, tal como lo menciona San Miguel:

Puede decirse que todas las familias rurales participan de la convicción de que la calidad de vida y las oportunidades futuras de sus hijos dependen de la educación escolar y es por eso que para ellas constituye uno de los desafíos y compromisos vitales más importantes. Esto se demuestra en que su primera preocupación es la asistencia de los niños a la escuela, cualquiera sea el sacrificio por distancia, clima u otros factores (2005, p.19).

Para la construcción, desde las familias rurales, prácticas que potencian el proceso educativo de sus hijos/as, ellas consideran importante, de manera concreta, mantener reglas y límites claros, establecer horarios y espacios de comunicación; así como también aplicar castigos bajo el incumplimiento de algún deber y reforzar los logros y buenas acciones;

además de motivar a que den más de sí, a superarse, a esforzarse cada día más, y a pedir ayuda cuando no se sientan capaces de hacer alguna actividad por sí solos.

A partir de lo anterior, es que el rol consciente que poseen las familias dentro del proceso educativo de sus hijos/as, mantiene firme ideales y metas que desean alcanzar para que sus sucesores accedan a una mejor calidad de vida, que la que ellos no pudieron optar debido, principalmente y según sus discursos, a no terminar su educación formal. Lo que los ha mantenido arraigados en la zona rural, en trabajos de campo, que si bien dan para vivir, son actividades sacrificadas, donde el clima y el trabajo pesado les provoca la sensación de insatisfacción en cuanto a lo económico, social y físico.

Otro punto importante, considerado por las familias rurales y que tienen que ver con los elementos presentes en la escuela que favorecen el proceso educativo de sus hijos/as se asocia a la figura del profesor, al nivel de comunicación que se posee, principalmente, así como también a la accesibilidad mostrada por el docente para el acercamiento de la familia y el trato respetuoso que mantenga con los estudiantes y apoderados. Por tanto, se crea la base de que las estrategias para la efectividad de cualquier intervención que potencie el proceso educativo, no podrían realizarse sin la figura de un guía, donde la responsabilidad cae directamente en el Profesor/a, que es quien posee las herramientas para orientar el proceso educativo de sus estudiantes y es quién también debe orientar y educar a sus apoderados/as para la realización de prácticas educativas exitosas. Lo que además potencia la relación Familia-Escuela, y que de manera bidireccional enriquece directamente a los/as estudiantes, ya que la adecuada relación se produce tanto a nivel micro, como macro sistema.

Claramente, lo visualizado por estas familias rurales, coincide con lo propuesto por los autores citados, dando un gran realce a la influencia que tienen ellas dentro del proceso educativo, con todas las herramientas que poseen dadas por la escuela y también desde sus propios aprendizajes, desde sus propias historias de vida, desde sus errores y aciertos.

Por tanto, y según lo señalado por San Miguel (2005), puede decirse que las familias rurales participan de la convicción de que la calidad de vida y las oportunidades futuras de sus hijos dependen de la educación escolar y es por eso que para ellas constituye uno de los desafíos y compromisos vitales más importantes.

Desde la literatura, y también desde la visión de estas familias, un factor importante es que profesores y directivos estén convencidos de la importancia de promover una Alianza Efectiva entre los padres y la escuela, así mismo, que estén conscientes de lo que significa asumir el desafío, pues deberán comenzar a planificar sus actividades por y para su comunidad. Una vez realizado lo descrito, el uso de los espacios tradicionales de relación (reuniones, consejos, comunicaciones) deberán estar marcados por una dinámica atractiva, flexible y colaborativa, diseñando y planificando de acuerdo con los objetivos de la escuela y según las necesidades de los apoderados, de modo de hacer más participativos y significativos las acciones la familia aporta en el proceso de los/as estudiantes.

Dado lo anterior, no es desconocimiento de que los profesores jefes son quienes con mayor frecuencia toman contacto con los apoderados, por tanto su papel en el desarrollo de una Alianza Efectiva es fundamental. A juicio de apoderados comprometidos con la educación de sus hijos, “un buen profesor es el factor principal para la participación de los padres” (Rivera & Milicic, 2006, p.128 citado en Pérez, 2007).

Por tanto, son los profesores jefes quienes representan los esfuerzos de una escuela por hacer de su oferta educativa una herramienta de desarrollo y movilidad social. Entonces, debe saber establecer nuevas modalidades de entrevistas, reuniones y otros espacios de encuentro. De esta manera, se abre una nueva posibilidad para ejercer prácticas más participativas, respetuosas, de buen trato y reconocimiento del otro, concretando una alianza efectiva y no una constante tensión entre los requerimientos educativos y la familia.

Claramente, lograr una sólida alianza centrada en el desarrollo y aprendizaje de los niños, no es una tarea fácil. Es más bien un desafío, de motivación y vinculación de las familias. No obstante, como se ve en las Escuelas Efectivas, “la falta de apoyo de los padres no es una excusa para no producir cambios. Los profesores no esperan apoderados

ideales, ni se quejan por la dura realidad familiar y social que los rodea” (Aylwin, Muñoz, Flanagan & Ermter, 2005, p.67 citado en Pérez, 2007). De este modo, se visualiza que gran parte de la responsabilidad en hacer partícipes significativos dentro del proceso educativo de los/as estudiantes es del profesor, ya que es él/ella la capacitada para establecer estrategias que integren a los padres madres y apoderados/as de manera paulatina, si el escenario es muy complejo; sin embargo, también parte de la motivación del profesional está en aquellos/as apoderados/as que están presentes y que apoyan de manera enérgica y con la convicción de que la educación es parte importante para el desarrollo y expectativas de vida de sus hijos/as. Por tanto, se torna inevitable despegar con quienes sí acuden a la invitación en primera instancia, pues será en el camino que se irán sumando apoderados/as a la convocatoria; de esta manera el trabajo en equipo que establece la figura del profesor/a jefe con las familias de los/as educandos es fundamental.

Al finalizar investigación, que tuvo como objetivo describir las prácticas utilizadas por las familias rurales que favorecen el proceso educativo de los/as estudiantes en una escuela rural, a partir de los relatos y vivencias de las familias representadas por las apoderadas (madres) de estudiantes que asisten a dicho centro educacional, es que se consideran como buenas prácticas para potenciar el proceso educativo tres grandes ejes: el apoyo que las familias brindan a sus hijos/as; las expectativas que las familias ponen en sus hijos/as; y la relación que establecen con el profesor. Sin embargo cabe mencionar que dentro de lo expuesto, lo que más peso tiene para estas familias es el apoyo y guía que proporcionan ellas durante la escolaridad de sus hijos/as, sin desconocer la importancia de la comunicación con sus profesores y las ayudas y apoyos que pueden establecer entre ambos para los/as estudiantes, pero desde la preocupación y responsabilidad que ellos como familia poseen.

Referencias Bibliográficas

Alfaro, M., Mejía, E., & Velázquez, L. (1998). Un instrumento para estimar los efectos del proceso educativo en la percepción de sí mismo. *Revista Médica Del IMSS*, 36(1), 71.

- Castro, A. (2012). Familias rurales y sus procesos de transformación: estudio de casos en un escenario de ruralidad en tensión. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 11(1), 180-203.
- Cerrutti, M., & Binstock, G. (2011). Cambios en las familias latinoamericanas y demandas para la acción pública. *CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias*, 61, 43-52.
- Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (2012). Estudio para el levantamiento de buenas prácticas de educación artística en Chile. Disponible en <http://www.observatoriocultural.gob.cl/wp-content/uploads/2015/05/informe-final-buenas-practicas-educacion-artistica.pdf>
- Espitia, R., & Montes, M. (2009). Influencia de la familia en el proceso educativo de los menores del barrio costa azul de Sincelejo (Colombia). *Investigación y Desarrollo*, 17(1), 84-105.
- Flores, R. (2009). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago: Ediciones UC.
- Gómez, S. (2002). *La nueva ruralidad: ¿Qué tan nueva?*. Santiago: LOM
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos*. Brasil: Fondo de Cultura Económica.
- Mendoza C. (2004). Nueva ruralidad y educación: miradas alternativas. *Geoenseñanza*, 9(2), 169-178.
- Pérez, L., Cortese, I., & Gallardo, G. (2007). Manual para profesores jefe: Construyendo una alianza efectiva familia-escuela. UNICEF, MINEDUC.
- Orozco, M., Sánchez, H., & Cerchiaro, E. (2012). Relación entre desarrollo

cognitivo y contextos de interacción familiar de niños que viven en sectores urbanos pobres. *Universitas Psychologica*, 11, 427-440.

San Miguel, J. (2005). Nuevas Demandas de la Educación Básica Rural. *Revista Digital E-RURAL, Educación, cultura y desarrollo rural*, 3(5).

Serrano, J., & Pons, R. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13(1), 1-27.

Valdés, X. (2007). *La vida en común. Familia y vida privada en Chile y el medio rural en la segunda mitad del siglo XX*. Santiago: LOM.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.

Villarroel, G., & Sánchez, X. (2002). Relación familia y escuela: un estudio comparativo en la ruralidad. *Estudios Pedagógicos*, 28, 123-141.

Salud mental en docentes y su relación con el bienestar emocional de los estudiantes

Francisca Rojas Azócar

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Carolina Reynaldos Quinteros

Universidad Católica del Maule

Introducción

En nuestra actual sociedad lidiamos cada día con situaciones de violencia e intolerancia, de atropellos a los derechos del otro en diferentes ámbitos, tanto en la vida real como en los medios de comunicación y la realidad virtual. Las redes sociales son espacios de expresión de diferentes tipos de afectos así como los espacios educativos. Más que nunca hoy se aspira a formar niños y jóvenes con “inteligencia emocional” y “habilidades blandas” que les permitan tener éxito en su vida personal, social y laboral. Sin embargo no siempre la escuela es un recurso que contribuye al desarrollo emocional de los estudiantes. Revisaremos evidencias de diversos estudios sobre la salud mental y condiciones del trabajo docente y su relación con el bienestar emocional de los estudiantes.

El desarrollo emocional en el niño

Entre los cambios más importantes en el desarrollo emocional en la niñez temprana según Duskin, Papalia & Wendkos (2009) está el mayor uso del lenguaje emocional y de la comprensión de las emociones. Los niños se vuelven más diestros para hablar de sus propias emociones y la de otros. En los años escolares los niños aprenden vocabulario de términos emocionales y además aprenden sobre causas y consecuencias de los sentimientos.

A los cuatro o cinco años, los niños muestran una habilidad cada vez mayor para reflejar sus emociones. En este momento del desarrollo, también empiezan a comprender que algunos hechos pueden provocar sentimientos diferentes en personas distintas. Por otra parte, muestran una conciencia cada vez mayor sobre controlar y manejar las emociones para alcanzar estándares sociales (Duskin et al., 2009).

Según Santrock (2003) tener conciencia de las emociones propias requiere que el niño sea capaz de referirse a sí mismo y se dé cuenta de que es diferente de los demás. La regulación de los cambios de emoción se desarrolla gradualmente desde las fuentes externas a las fuentes internas de propia iniciativa durante los años de la primera infancia y la niñez temprana. Los cuidadores calman a los niños y manejan sus emociones eligiendo los contextos en los que ellos se comportan y proporcionando al niño información (claves faciales, narrativas, etc.) para ayudarles a interpretar ciertos eventos.

Los padres, los profesores y otros adultos pueden ayudar a los niños a comprender sus emociones, siendo sensibles con los sentimientos y las necesidades de los niños. Aprender a expresar algunos sentimientos y enmascarar otros son lecciones comunes en la vida de los niños día a día. Pueden hablar con los niños para ayudar a arreglárselas con sentimientos como angustia, tristeza, enojo o culpa (Santrock, 2003).

Escuela y desarrollo afectivo

La escuela desempeña un papel importante en lo referente a ayudar al niño a reducir sus lazos de dependencia con su propio hogar. Aparece un nuevo adulto al cual debe obedecer y cuya aceptación tiene que ganar. Se espera que la escuela proporcione al niño crecientes oportunidades para establecer relaciones más amplias y más significativas con su grupo de pares. Arancibia (2007) pone total énfasis en la importancia de las interacciones en la vida del ser humano ya que somos seres sociales y a través de la interacción se satisfacen la mayoría de las necesidades humanas. En el sistema educacional el niño aprende en relación con otros y la sala de clases resulta un contexto adecuado para que el alumno desarrolle sus habilidades para interactuar con otras personas.

Entre los factores de la situación que afectan al ajuste del niño y sus avances en el ambiente escolar, probablemente el más importante es la relación profesor - alumno (Valcárcel, 1986). El profesor probablemente será el primer adulto externo a la familia que pasa a desempeñar un papel de importancia en la vida del niño.

Según Marchesi (1999) tradicionalmente los estudios sobre los aspectos emocionales y afectivos implicados en la educación escolar se limitan a establecer

relaciones entre estas características de los alumnos y sus resultados en el aprendizaje. En este contexto destacan como elementos fundamentales las personas con las que el alumno interactúa, en especial el profesor y otros alumnos.

Las fuentes en las que se basan las representaciones mutuas de profesores y alumnos son diversas. Indudablemente, la más importante es la observación que llevan a cabo unos y otros de sus respectivas características en la interacción directa que tiene lugar en el contexto escolar, y en especial en el contexto aula (Marchesi, 1999).

El concepto Bienestar socioemocional ha sido definido como una vivencia general positiva, a percepciones y sentimientos que resumen la experiencia del niño en el colegio (Lira, Edwards, Hurtado & Seguel, 2004). Esto es, si el niño puede ir respondiendo a las exigencias académicas del establecimiento al que asiste, si se incorpora al grupo de niños y puede establecer una relación adecuada con los adultos, si logra expresar sus deseos y necesidades, si no se siente menoscabado frente a los demás, si logra desenvolverse por sí solo en las conductas que de él se esperan, si va al colegio con buenas expectativas y logra expresar sus sentimientos, se puede afirmar que lo disfruta y goza de bienestar socioemocional.

El paso del niño a la educación básica constituye un desafío a su capacidad de adaptación: el horario, el ritmo de clases y la relación con el profesor son diferentes, son condiciones nuevas para él. En la medida que el niño se va adaptando a los nuevos requerimientos, que va ganando en seguridad en este nuevo ambiente, que va logrando relacionarse con otros niños y adultos, que va aprendiendo a expresar sus sentimientos ante sus pares y ante adultos ajenos al grupo familiar, que va adquiriendo independencia personal, va experimentando un bienestar que le permite rendir y desarrollarse en las diferentes áreas.

En el desempeño de los adultos, el desarrollo se centra en el logro, en la productividad, en la eficiencia. Los establecimientos educativos sin descuidar lo anterior, han ido poniendo creciente énfasis en la dimensión “el clima laboral”, que en definitiva

también apunta a una percepción y un sentimiento de “bienestar socioemocional” en el lugar en que trabajan: ir al trabajo con agrado, desempeñar su tarea sin tensión, sentirse miembros de un equipo, poder aportar y expresar sus opiniones, además del valor que tienen en sí mismas, contribuyen significativamente a una mayor productividad.

Conocer cuál es el grado de bienestar socioemocional de un niño o grupo de niños en una institución educativa puede aportar información relevante para un programa preventivo o para referir al niño oportunamente a un diagnóstico especializado. La situación escolar necesita un ambiente agradable para desarrollar sus actividades; si esas condiciones no se dan, el aprendizaje y rendimiento se ponen en riesgo.

Condiciones de trabajo docente

Conocer las variables de la realidad escolar a la que los profesores se enfrentan día a día y comprender el significado que estos profesionales de la educación atribuyen a dicha situaciones, es el inicio de un proceso cultural de prevención en salud mental en las instituciones educativas. Gil y Sánchez (2004) destacan la importancia de los adultos (padres, apoderados, docentes, educadoras) en la educación y desarrollo de los niños pequeños. Subrayan que los padres, los docentes, los educadores y otros actores significativos en el desarrollo de los niños, los ayudarán a crecer en ambientes de calidad sobre todo que el entorno físico y las interacciones sean las desencadenantes del potencial talento y habilidades con las que crece.

Artazcoz (2003) plantea que trabajar como docente tiene aspectos específicos relacionados con la relación con el alumnado o con sus padres, lo que supone una experiencia emocional con potencial efecto sobre el estado de salud. Existirían grandes diferencias a nivel individual con respecto a la percepción del entorno, por lo cual lo que unos perciben como un reto, otros lo perciben como una amenaza. La reacción frente a estos ambientes siempre es diferente en cada persona, unos se controlan más y tienen mejor manejo de las amenazas que otros.

Hoy en día miles de profesores a nivel nacional y latinoamericano sufren del llamado agobio laboral. En el año 2012 se realizó el primer censo docente a 12 mil trabajadores chilenos del área, demostrando una vez más que el agobio laboral, estrés y las extensas jornadas de trabajo son una realidad cotidiana (Ciper Chile, 2000). El sufrimiento laboral docente se comenzó a estudiar durante los años 70. El sufrimiento era un malestar relacionado con la falta de reflexión sobre el sentido del propio trabajo y la multiplicidad de roles que los profesores debían cumplir.

La realidad laboral que vive el profesorado de hoy vincula el malestar docente directamente con los esfuerzos excesivos de las jornadas de trabajo. Según las investigaciones realizadas sobre la problemática de la salud mental de los docentes en los últimos años, hay una extensa información donde se puede visualizar una preocupación sobre el tema y mucho conocimiento acumulado (Artazcoz, 2003; Corvalán, 2005; Jadue, 2002; Trucco, 2004).

Estrés laboral: Modelos

Uno de los modelos teóricos que más interés ayuda a explicar la motivación y salud en el trabajo, es el “modelo vitamínico del bienestar psicológico en el trabajo” o “modelo general de salud” del profesor Peter Warr de la Universidad de Sheffield, Inglaterra, enunciado en 1987 (en Córdoba, 2010). Se trata de un modelo integrador que considera los factores y variables que pueden estar influyendo en el bienestar psicológico de una persona trabajadora tanto fuera como dentro del ambiente de trabajo.

Como determinantes de la salud aparecen: (1) Oportunidad de control, (2) Oportunidad para el uso de habilidades, (3) Metas generadas externamente, (4) Variedad de las tareas, (5) Claridad de la información relevante, (6) Disponibilidad de medios financieros, (7) Seguridad física, (8) Oportunidad para las relaciones interpersonales y (9) Posición socialmente valorada.

Como componente de la salud figuran: (1) Bienestar psicológico, compuesto por estados de satisfacción, ansiedad- relajación, entusiasmo – depresión, (2) Competencia, (3) Aspiración, (4) Autonomía y (5) Funcionamiento integrado.

En este caso, este modelo propone que –al igual que las vitaminas– cada uno de estos factores se necesita en una justa medida. Con la carencia de ellas la salud decae, lo mismo puede ocurrir con un exceso de ellas.

Por otra parte, cuando existe un deficitario “ajuste persona-entorno” en el medio laboral, objetiva o subjetivamente, surge el estrés (o distrés, estrés nocivo) debido a que las exigencias del entorno no se corresponden con la capacidad individual, o las oportunidades que ofrece el entorno no están a la altura de las necesidades expectativas del individuo. Los principales factores situacionales que dan lugar a “desajustes” pueden clasificarse de la siguiente manera (Hurrell, Lawrence, Levi, Murphy & Sauter, 2001):

- **Sobrecarga cuantitativa:** Demasiado que hacer, presión de tiempo y flujo de trabajo repetitivo.
- **Insuficiente carga cualitativa:** Contenido demasiado limitado y monotonía, falta de variación en el estímulo, falta de demandas a la creatividad o a la solución de problemas, y escasas oportunidades de interacción social.
- **Conflictos de roles:** Es fácil que surjan conflictos entre nuestros diversos papeles, y esos conflictos suelen propiciar la aparición del estrés.
- **Falta de control sobre la situación personal:** Si la persona no es la que decide qué es lo que hay que hacer, cuándo y cómo o cuando hay incertidumbre o no existe una estructura evidente en la situación laboral.

Modelo de demanda – control

Otro modelo para comprender cómo afectan las presiones sobre los trabajadores, es el modelo demanda - control enunciado por Robert Karasek en 1976, más tarde complementado por Johnson en 1988 y luego por Karasek y Theorell en 1990 (Hurrell et al., 2001). Éste ayuda a comprender los entornos de trabajo en los que los “estresores” son crónicos, no suponen una amenaza inmediata para la vida y son el producto de complejas

decisiones humanas en materia de organización. El modelo predice, en primer lugar, el riesgo de enfermedad relacionado con el estrés, y después los correlatos de comportamiento activo/pasivo de los puestos de trabajo. Se ha utilizado principalmente en estudios epidemiológicos de enfermedades crónicas, como la enfermedad coronaria.

La dimensión “demanda psicológica” tiene que ver con “cuánto se trabaja”; la dimensión “toma de decisiones” refleja cuestiones de organización del trabajo, como las referentes a quién adopta las decisiones y quién realiza qué tareas. Básicamente la premisa es que mientras más demandas o exigencias ejerce el ambiente y menos control del trabajador sobre la forma de desarrollar el trabajo, más tensión y riesgos para su salud es el resultado. Si existe apoyo social (de pares o superiores), el riesgo disminuye.

Modelo Esfuerzo – Recompensa

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (Effort Reward Imbalance: ERI) fue planteado por el sociólogo del trabajo Johannes Siegrist (Briones, Canepa, Briones, Pérez, Vera & Juárez, 2008) y se centra en el rol e importancia del trabajo remunerado, la amplia gama de fuentes de estrés y carga en el trabajo (esfuerzo físico y psicológico) así como, varios tipos de recompensa (estima, seguridad laboral, salario, promociones dentro del trabajo). La potencia de esta teoría proviene de su capacidad para combinar en un solo modelo global los factores sociales, psicológicos y biológicos. Este modelo surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones toman la forma de 3 «transmisores» socialmente aceptados: a) salario o ingresos; b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción laboral y seguridad en el empleo.

Se han encontrado numerosas asociaciones entre el desbalance esfuerzo recompensa y repercusiones sobre la salud física y mental. Se ha demostrado que el ERI es un importante predictor de estrés laboral percibido y de salud mental entre los trabajadores (Briones et al., 2008).

Estrés y salud mental de los docentes

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. La OMS (2001) define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, se puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Es mucho más que la ausencia de la enfermedad mental.

Según Nieto (2006) los entornos educativos encierran peligros para la salud física y, sobre todo, la salud mental de los enseñantes. Están permanentemente expuestos al estrés. Los problemas personales y laborales originados por el estrés en el trabajo son de una gran gravedad creciente por su extensión y por sus consecuencias en el rendimiento laboral. El estrés, cuando se hace crónico, perturba el equilibrio emocional y mental, y puede derivar en trastornos psiquiátricos y/o somáticos de superación frecuentemente lenta.

Las exigencias a las que se enfrenta el cuerpo docente han cambiado radicalmente en los últimos 15 o 20 años, haciendo aumentar las responsabilidades que se acumulan sobre él (Cooper & Travers, 1997). Al mismo tiempo, la familia y la comunidad en general han ido disminuyendo su responsabilidad por el bienestar educativo del niño. Además de estos incrementos en la responsabilidad, no se han introducido necesaria o adecuadamente cambios en las instalaciones ni preparación suficiente para ayudarles a enfrentar esas nuevas exigencias. Todo esto provoca presiones adicionales que recaen sobre los docentes, produciendo altos niveles de incertidumbre, de inseguridad laboral y la reestructuración de la propia enseñanza. Estos se transforman en factores de vulnerabilidad en la salud mental y generan resultados diversos en el bienestar biológico, cognitivo y social en los docentes, llevándolos a necesitar licencias médicas de orden psiquiátrico.

Casassus (2003) coincide en que estos grandes cambios implican que las diversas funciones de los docentes son, a veces, contradictorias. Se les exige que cumplan un papel de amigo, colega y ayudador, papel quizás incompatible con el de evaluador, selector y disciplinado. La mayoría de las licencias médicas en docentes chilenos actualmente se

deben a causas de salud mental, y muchos que desempeñan doble jornada para poder satisfacer sus necesidades y las de su familia. El malestar que se despierta en cada una de ellas tiene que ver con que no solo se cumple con el horario del colegio o escuela, sino que los docentes tienen que realizar en su casa tareas relacionadas con las actividades de planificación, corrección de guías, trabajos y pruebas, que por lo tanto muchas de ellas dejan de hacer sus actividades de familias para cumplir con lo que se le exige según su contrato de trabajo.

Nieto (2006) identifica como las principales fuentes de estrés docente:

- 1) Conducta perturbadora de alumnos: alumnos ruidosos, clases difíciles, problemas de conducta, conductas inadecuadas de los alumnos.
- 2) Condiciones de trabajo poco satisfactorias: pocas oportunidades de promoción, salario insuficiente y /o inadecuado, escasez de equipamiento, escaso o nulo reconocimiento, escasa o nula participación en la toma de decisiones.
- 3) Tiempo disponible escaso: demasiadas tareas que realizar, demasiadas tareas administrativas, carencia de tiempo para preparar la clase, ritmo de la jornada escolar es demasiado rápido.
- 4) Una cultura escolar pobre: reglamento y/u orientación disciplinar inadecuado/a, actitudes y conducta del director, sanciones disciplinarias poco adecuadas, carencia de asesores o consultores disponibles para cada profesor.

Nieto (2006) afirma que en EE.UU, el 27% de los educadores investigados había padecido problemas crónicos de salud como consecuencia de la enseñanza. En Suecia el 25% de los educadores dijo estar sujeto a tensión psicológica y por ello la enseñanza podría considerarse un trabajo de alto riesgo. En Alemania, investigando sobre los efectos físicos del estrés, se descubrió que uno de cada dos educadores está en grave riesgo de padecer un ataque cardíaco. En Hungría se comprobó que determinadas enfermedades “comunes” son más frecuentes entre los educadores que entre la población en general: laringitis, faringitis, enfermedades del sistema locomotor y circulatorio, neurosis y diversas enfermedades asociadas al estrés. Según el mismo autor, la Sociedad Española para el estudio de la

Ansiedad y el Estrés (SEAS) confirma que la docencia se encuentra entre las seis profesiones más estresantes.

Efectos en los estudiantes de la salud mental de los docentes

Existen algunas variables cruciales que afectan los resultados de la educación y que son, por ende, generadoras potenciales de igualdad o de desigualdad. Algunas variables tienen un efecto positivo y/o negativo en el logro de los alumnos y esto permite ver el sentido en que operan algunas variables (Casassus, 2003). Por ejemplo al analizar las causas de determinado rendimiento de un grupo de alumnos y observar que sus docentes atribuyen el resultado a las condiciones familiares de esos alumnos, por solo ese hecho, los alumnos tienen resultados más bajos que los alumnos que tienen profesores que asumen la responsabilidad por los resultados. En este caso, el autor plantea que el sentido en el cual opera esta variable (“atribución de los resultados a la familia”) es negativo. Cuando ellos atribuyen el resultado a su propia práctica pedagógica, los alumnos tienen mejores resultados. En este caso la variable tiene un impacto o un sentido positivo.

Los docentes en sus interacciones con sus alumnos literalmente crean el aula, en la medida que su interacción está regida por el patrón que guía el proceso de enseñanza aprendizaje (Casassus, 2003).

Jadue (2002) por su parte analiza algunos factores psicológicos y sociales que aumentan el riesgo estudiantil de bajo rendimiento y de fracaso en la escuela. Según esta autora, hoy en Chile muchos escolares presentan bajo rendimiento, perturbaciones conductuales y emocionales, que al no ser tratados, no sólo provocan problemas en el aprendizaje de estos estudiantes, sino además afectan la capacidad de los profesores para enseñar y la de sus compañeros para aprender, lo que hace sentir a muchos docentes sobrepasados por las alteraciones emocionales y conductuales que estos alumnos presentan en clases. Los educadores pueden sentirse frustrados y sentir ansiedad cuando deben enfrentar un alumno con problemas de conducta. Así, las inestabilidades emocionales en los profesores, producen alteraciones en las habilidades sociales de los niños, afectando la conducta, manejo de emociones y el aprendizaje, lo que puede llegar a una debilidad en las

interacciones sociales y en otros ámbitos del proceso de enseñanza aprendizaje (Jadue, 2002).

Corvalán (2005) en un estudio sobre salud mental en profesores identifica diferentes situaciones que constituyen una presión emocional y ocupan una gran carga horaria del profesor. Según esta autora, algunos factores estresores inciden directamente sobre el desempeño del profesor en su clase generándole tensiones asociadas a sentimientos y emociones que constituyen el origen empírico del malestar docente. Existen otros, como condiciones del ambiente y al contexto en que se ejerce la docencia que también afectan su labor. La acción de este conjunto de factores es indirecta; afecta la eficacia del pedagogo porque disminuye la motivación de éste por su trabajo.

Conclusiones

Por todo lo anterior, se puede afirmar que en el aula, el estado emocional y salud mental del docente frente a los estudiantes, no es un hecho irrelevante sino más bien central en la interrelación de éste con sus alumnos, que no sólo imitan y prenden formas de expresión emocional del adulto sino además aprenden con mayor motivación lo que allí se comparta.

La salud mental del profesorado es un tema pendiente en el malestar docente, que deberá ser abordado más temprano que tarde, sobre todo en nuestro país que ha comprometido su voluntad frente a la comunidad nacional e internacional en mejorar la calidad de la docencia.

Se hace urgente capacitar a los docentes en herramientas básicas de auto observación y manejo de las propias emociones así como también de estrategias para enseñar a conocerse y modular expresiones socio-emocionales a sus alumnos.

Referencias bibliográficas

Arancibia, V., Herrera, P., & Strasser, K. (2007). Manual de psicología educacional. Santiago, Ediciones UC.

Artazcoz, L. (2003). Estrés y riesgos psicosociales en la enseñanza. Confederación de STEs – Interdindical. Recuperado de: [www.stes.es/salud/Libro Riesgos laborales/c04a1](http://www.stes.es/salud/Libro_Riesgos_laborales/c04a1)

Cánepa, C., Briones, J., Pérez, C., Vera, A. & Juárez, A. (2008). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de Servicios de Salud en Chile. *Ciencia & trabajo*, 30, 157-160

Casassus, J. (2003). La escuela y la desigualdad. Santiago. LOM ediciones.

Ciper Chile. (2000). Del malestar al agobio: un paso significativo en la re-articulación del movimiento docente. Recuperado de [HTTP://CIPERCHILE.CL/2015/06/10/DEL-MALESTAR-AL-AGOBIO-UN-PASO-SIGNIFICATIVO-EN-LA-RE-ARTICULACION-DEL-MOVIMIENTO-DOCENTE/](http://CIPERCHILE.CL/2015/06/10/DEL-MALESTAR-AL-AGOBIO-UN-PASO-SIGNIFICATIVO-EN-LA-RE-ARTICULACION-DEL-MOVIMIENTO-DOCENTE/)

Corvalán, M. (2005). La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. *Revista enfoques educacionales*, 7(1), 69-79.

Córdoba, E. (2010). Factores Psicosociales y su influencia en el bienestar laboral. Aspectos Psicosociales del bienestar en distintos contextos socio-culturales. Universidad de Buenos Aires.

Cooper, C., & Travers, Ch. (1997). El estrés de los profesores. La presión en la actividad docente. Barcelona: Paidós.

Duskin, R., Papalia, D., & Wendkos, S. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. México D.F.: McGraw-Hill.

Duskin, R., Papalia, D., & Wendkos, S. (2009). Psicología del Desarrollo. De la infancia a la adolescencia. México D.F.: McGraw-Hill.

- Fernández, J., Hernández, R., Rodel, A., & Siegrist, J. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y que podemos hacer?. Universidad de Oviedo, España.
- Gil, M., & Sánchez, O. (2004). Educación inicial o preescolar: el niño y la niña menores de tres años. Algunas orientaciones a los docentes. *Educere*, 8(27), 535-543.
- Hurrell, J., Levi, L., Murphy, L., & Sauter, S. (2001). Factores Psicosociales y de Organización. Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo. Tercera Edición.
- Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen al bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar. *Estudios pedagógicos*. 28, 193-204.
- Lira, M., Edwards, M., Hurtado, M., Seguel, X. (2004). Autorreporte del bienestar socioemocional. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Marchesi, A. (1999). Desarrollo psicológico y educación. Psicología de la educación escolar. Madrid: Alianza.
- Nieto, J. (2006). *Cómo evitar o superar el estrés docente*. Madrid: CCS.
- OMS. (2001). *Documentos básicos*. Ginebra: Organización mundial de la salud.
- Santrock, J. (2003). *Psicología del desarrollo en la Infancia*. España: McGraw-Hill.
- Trucco, M. (2004). Estrés y la salud mental en el trabajo: documento de trabajo de la asociación chilena de seguridad. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 185-188.
- Valcárcel, M. (1986). El desarrollo social del niño. *Educación*, 9, 5-21.

SEGUNDA PARTE:
CONTEXTOS DE SALUD PRIMARIA

Resiliencia en adolescentes con enfermedad o insuficiencia renal crónica

Helen Sinisterra Hinestroza

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Eugenio Saavedra Guajardo

Universidad Católica del Maule

Introducción

La adolescencia es una etapa comprendida entre la niñez y adultez, lo cual permite que sea considerado como población sana. La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es un problema de salud pública mundial, la cual ha aumentado en los últimos años en incidencia y prevalencia no solo en la población general, sino además en la población infanto-juvenil, produciendo un gran impacto en la vida de los adolescentes.

En este periodo se originan muchos cambios físicos, biológicos y emocionales; además se da lugar para la planificación y preparación hacia el futuro. El adolescente con esta patología tiene una perspectiva diferente de ver la vida, debido a que es una enfermedad altamente demandante por las restricciones y limitaciones en su tratamiento, sino que además debe pasar varias horas conectados a la maquina que suple una de las funciones vitales.

Su vida normal se ve alterada debido a que su vida gira alrededor de hospitales, centros de atención médica y controles, los cuales generan la inasistencia escolar. También existen cambios en la alimentación, ingesta de múltiples fármacos y la adherencia a las indicaciones médicas; lo cual hace interesante conocer los mecanismos que los adolescentes utilizan, para desarrollan conductas resilientes que les permitan afrontar su enfermedad.

Este trabajo surge del interés de la investigadora, el cual se originó de la experiencia de trabajar como médica con pacientes que presentan esta patología. Mi interés se centra en

pacientes con ERCT que reciben tratamiento de sustitución renal con diálisis (peritoneo diálisis o hemodiálisis).

El presente trabajo tiene como objetivo conocer como los adolescentes con ERCT en tratamiento de sustitución renal de la región del Maule, desarrollan resiliencia como herramienta para afrontar su enfermedad, la cual nos permitirá a los profesionales de la salud estrategias para abordar a esta población.

Enfermedad renal crónica terminal

La enfermedad crónica terminal (ERC) se define como un estado o situación clínica en la que ha ocurrido una pérdida irreversible de la función renal, de una magnitud suficiente para que el sujeto dependa en forma permanente del tratamiento sustitutivo renal (diálisis o trasplante), con el fin de evitar la uremia que pone en peligro la vida (Skorecki, Green & Brenner, 2006).

La enfermedad renal crónica terminal es un problema de salud pública mundial, con una incidencia y prevalencia crecientes (Ministerio de salud, 2005). En la actualidad, la mayoría de los estudios relacionados con esta problemática se realizan principalmente con la población adulta, lo cual origina poca información epidemiológica de la enfermedad en el área infanto-juvenil, de ahí la importancia de iniciar la investigación en Chile.

Actualmente, más de 1.5 millones de personas en el mundo padecen ERC avanzada, las cual en su mayoría viven gracias a la diálisis o trasplante. Según la Sociedad Chilena Nefrología es una epidemia silenciosa, pero si son tratados oportuna y adecuadamente pueden detener o enlentecer el desarrollo de la enfermedad (Sociedad Chilena de Nefrología, 2013).

La incidencia de la ERC en América latina tiene un amplio rango de 2,8 a 15,8 casos nuevos/por millón de habitantes en niños menores de 15 años. En Chile durante el año 2005 la prevalencia era de 10.400 personas en tratamiento con hemodiálisis, con una tasa de 648 por millón de población y en tratamiento por peritoneo diálisis cerca de 427

personas, quedando de manifiesto que la ERC requiere tratamiento de sustitución renal, ya sea por diálisis o trasplante renal. (Ministerio de Salud, 2005).

Existen grandes diferencias entre la población infanto-juvenil y la adulta. Según la literatura; las principales causas de ERC en los niños y adolescentes se deben a malformaciones estructurales, enfermedades glomerulares y/o hereditarias (Fernández & Melgosa, 2004). En la población adulta principalmente se deben a enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, entre otros) que conducen a esta condición.

El riñón es un órgano extremadamente vascularizado, recibiendo la cuarta parte de toda la sangre que sale del corazón. La sangre que pasa por los riñones es filtrada, retirando los desechos a través de un proceso denominado filtración glomerular. Así que los riñones son órganos depuradores de sustancias indeseables o que estén en exceso en nuestro organismo y, por ello, deben eliminarse (Guyton & Hall, 2001).

Además de eliminarse los desechos y controlar el volumen de los líquidos del organismo, los riñones producen hormonas. Entre las muchas hormonas que producen los riñones, se destacan la eritropoyetina que ajusta la producción de glóbulos rojos y previene la anemia; la vitamina D3 que regula la absorción del calcio en el intestino; y la renina ayuda a controlar la presión arterial (Skorecki, Green & Brenner, 2006).

La enfermedad renal afecta todos los sistemas, donde las complicaciones más notorias son anemia, disminución del apetito y trastorno nutricional, anormalidad del metabolismo del calcio y el fósforo que acompaña de enfermedad ósea metabólica y anormalidades de la hemostasia de sodio, agua, potasio y acidobásica. Cuando la filtración glomerular disminuye lo suficiente, los pacientes suelen experimentar un trastorno grave de sus actividades de la vida diaria, su sensación de bienestar, su estado nutricional y su equilibrio de agua y electrolitos, y el problema culmina en un estado francamente urémico en el que se vuelve imposible la supervivencia sin tratamiento de reemplazo (sustitutivo) renal. La terapia de sustitución renal (diálisis o trasplante), para las personas con IRC

terminal, está incorporada en el listado de condiciones con garantías explícitas de salud (GES) desde 2005 (Ministerio de Salud, 2005).

Las enfermedades renales se agrupan en dos grandes categorías:

- ***Insuficiencia renal aguda***: es un síndrome clínico en el que se produce un fallo brusco de las funciones del riñón. Abarca desde muy sutiles alteraciones hidroelectrolíticas hasta la necesidad de terapia de sustitución renal (Antón & Fernández, 2014).
- ***Insuficiencia renal crónica***: Alarcón, Lopera, Montejo, Henao y Rendon (2005) definen “Estadio clínico en el cual hay perdida irreversible de la función renal, lo cual lleva al paciente a depender permanentemente de una terapia de reemplazo renal con el fin de evitar la condición conocida como uremia”. El síndrome urémico afecta tanto la parte física y los paraclínicos que refleja la disfunción de todos los órganos debido a la ERC.

Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006) refieren que los tratamientos de sustitución renal están: el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales son acompañados de una dieta estricta (controlando los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio), a la vez de la ingesta de medicamentos y manejo de líquidos.

La diálisis no es un tratamiento curativo, es la sustitución superficial de la función renal. Este tratamiento permite a las personas que cuenten con un grave daño anatómico y funcional de los riñones una esperanza de vida y rehabilitación. En los paciente con una enfermedad aguda el tratamiento es por un periodo definido, pero en los paciente con insuficiencia renal crónica el tratamiento es indefinido o hasta que reciba el trasplante (Vargas, 2005).

Dentro de los tratamientos de la ERCT, tenemos dos modalidades de diálisis:

Diálisis peritoneal es el procedimiento que se realiza en domicilio, en el cual mediante una inserción de un catéter en la cavidad peritoneal, se infunde una solución de diálisis, permitiendo el intercambio de sustancias y eliminando líquido, electrolitos y sustancias (Ministerio de Salud, 2010). Es a menudo el tratamiento de elección para pacientes pediátricos, porque tienen una superficie para el intercambio de solutos relativamente mayor a la de los adultos, lo cual hace de la diálisis peritoneal una modalidad efectiva (Daugirdas, 2007).

Hemodiálisis es un proceso mediante el cual se extrae sangre del cuerpo a través de un acceso venoso, de ahí a la máquina de hemodiálisis el cual utiliza membranas para extraer los desechos y una vez la sangre libre de toxinas regresa al cuerpo, permitiendo un equilibrio hidroelectrolítico, el cual le va a permitir al paciente vivir (Guyton & Hall, 2001; Cassaretto & Paredes, 2006).

Aparicio (2010) en un estudio transversal, argumenta que la ERC modifica la vida del paciente y afecta de manera especial a los niños en la etapa de desarrollo personal. Los aspectos que se ven alterados son a nivel físico, social y emocional; demostrando que las limitaciones más significativas fue el alejamiento escolar, la dificultad para las relaciones de vida social y el practicar ejercicio.

Morales (2007) en un estudio cualitativo, utilizó la fenomenología interpretativa de Heidegger, el cual le permitió observar en los adolescentes que recibían tratamiento con diálisis, tenían pérdida de su cotidianidad sobre todo en su vida de estudiantes, en su independencia, en la imagen corporal previa y la imagen corporal deseada. Las relaciones de los adolescentes con sus padres se deterioran por el aislamiento social en que se sumergen como una manera de afrontar las pérdidas.

En conclusión podríamos decir que la ERC afecta la vida de las personas en sus diferentes facetas desde el nivel físico, social, emocional y en su diario vivir. Todo esto secundario a las modificaciones que debe realizar; como el asistir a los tratamientos en el

horario impuesto, las complicaciones secundarias a su patología y el conocer poca información del impacto de la enfermedad en su vida.

Resiliencia

La palabra *resiliencia* tiene su origen en el latín, en el término *resilio* que significa volver atrás o rebotar. El término fue adaptado de las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situación de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997).

Unicef (2013) define la resiliencia como la habilidad de una persona, grupo o comunidad expuestos a una amenaza, que es capaz de resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz. La construcción de la Resiliencia significa apoyarse en las fortalezas de los sujetos y en la autonomía de los mismos.

Saavedra (2011) define la resiliencia como la identificación de mecanismos dinámicos y procesos que la persona construye, como una manera viable de adaptación ante un contexto adverso y la posibilidad de proyectarse a partir de dicho obstáculo.

Otras definiciones de resiliencia encontradas en la literatura; en ingeniería es la cantidad de energía que puede absorber un material, antes de que comience la deformación plástica, es decir, cuando a un material se lo somete a una carga excesiva. En física se utiliza para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones. En psicología este término también es utilizado, como la capacidad de la persona o de un grupo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de condiciones adversas (Kotliarenco, Cáceres & Fontecilla, 1997).

Vinaccia, Quiceno y Moreno en el 2007, refiere que el origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación, y al estudio de niños que habían vivido en condiciones difíciles. En este mismo trabajo se menciona que, la creencia fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del

comportamiento es errada. Los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

Los seres humanos presentamos reacciones distintas bajo un mismo estímulo. Según Saavedra (2011), refiere que lo mismo ocurre frente a estímulos dolorosos o situaciones de adversidad o estrés, las cuales pueden ser:

- Personas que frente al dolor o la adversidad reaccionan con conductas de vulnerabilidad frente al estímulo.
- Personas que permanecen indiferentes o existe una ausencia de reacción frente a la situación.
- Personas resilientes, resistentes al estímulo adverso y que logran alcanzar una adecuada calidad de vida a pesar de las condiciones negativas para su desarrollo.

En la actualidad en el ámbito de la salud, las investigaciones sobre la resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano: de un modelo de riesgo basado en las necesidades y en la enfermedad, se han pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (García & Domínguez, 2013).

Resiliencia en adolescentes

Adolescencia al ser una época de cambios, en la cual se pierde la estabilidad conseguida en la infancia, permitiendo que los padres y los mismos adolescentes tengan problemas en el proceso de transición que ocurre en esta etapa.

Saavedra (2004) manifiesta que en la resiliencia intervienen algunos factores:

- Factores de riesgo: Implican el potencial para un resultado negativo, sin embargo, también implica que ese resultado puede evitarse. Los factores de riesgos no necesariamente conducen a problemas en la vida, pero si aumentan la probabilidad de que tales problemas se presente. Consta de 3 vertientes: características del niño

(por ejemplo: temperamento, deterioro neurológico, enfermedades crónicas, fracaso académico, entre otros), características familiares (por ejemplo: pobreza, familia grande, padres con enfermedades mentales, entre otros) y experiencias familiares (violencia familiar, divorcio, mudanzas, etc).

- Factores de protección: Son condiciones capaces de favorecer el desarrollo del individuo y en algunos casos reduce los efectos de las circunstancias adversas. Los factores protectores tiene su origen en el propio sujeto (incluida su biología), la familia y el ambiente social que rodea al sujeto.

Maldonado (2005) define la adolescencia como un proceso de crecimiento y desarrollo acelerado, que permite alcanzar la identidad, adaptación e incorporación a la sociedad, por lo tanto el enfrentamiento a situaciones de adversidad el resultado es inesperado. En este mismo estudio el autor manifiesta que la adolescencia es la habilidad para adaptarse a la adversidad, mediante el equilibrio de los factores de riesgo y protección, el cual permite que se desarrollen fortalezas para un desarrollo más saludable.

Por otro lado Morelato (2005) refiere que la interacción entre el individuo y el contexto, dan lugar a dos dimensiones: elementos de riesgo y elementos de protección. Dependiendo del contexto y de la historia de cada sujeto será la conducta que se construya, resiliente o no.

La resiliencia en los adolescentes tiene diferentes direcciones, una parte mira el poder de la adaptación a las tareas según su ciclo vital. Por otra parte a nivel psicológico como la presencia o ausencia de salud mental (Sánchez & Robles, 2014).

Saavedra (2011), reporta algunos resultados encontrados en los estudios previos de resiliencia en jóvenes:

- No hay una relación entre el nivel de resiliencia y el género de los jóvenes.
- No hay relación entre el nivel de resiliencia y el tramo de edad de los sujetos.

- No existen una relación directa entre nivel de resiliencia y si los jóvenes provienen de familias biparentales o uniparentales.

Estos resultados causan un mayor interés de conocer si los adolescentes con esta patología, se encuentra alguna diferencia con respecto a estos hallazgos; lo cual trataremos de despegar estos interrogantes con el presente trabajo de investigación.

Resiliencia en enfermedad renal crónica

Los adolescentes con ERC no solo tienen que aceptar los cambios de la adolescencia, sino además los cambios secundarios de la enfermedad. Muchos dejan de realizar su vida normal de asistir al colegio, viajes, reuniones con sus pares y otras actividades; por el de convivir en hospitales o clínicas, adherirse a la ingesta de múltiples fármacos, las cicatrices, las punciones y además cumplir con los requerimientos nutricionales.

En un estudio exploratorio se evidenció que la resiliencia, especialmente la *aceptación de sí mismo y de la vida* aminora la percepción negativa de las *consecuencias* y la *preocupación* por la enfermedad. Esto permite que el paciente logre un mejor rendimiento en la realización de sus actividades diarias, una perspectiva de salud en el futuro de manera optimista y una mejor comprensión de su enfermedad (Vinaccia & Quiceno, 2011).

La ERC al convertirse en una enfermedad irreversible, donde los pacientes tienen que recibir una terapia renal sustitutiva, creeríamos que la mayoría de las personas con esta enfermedad presenta baja resiliencia pues deben cambiar sus hábitos diarios, cumplir con el tiempo de la hemodiálisis (trisemanal, entre 3 y 4 horas) y cumplir con las exigencias médicas.

Pero al revisar la literatura, se encuentra en un estudio colombiano que evalúa la resiliencia y calidad de vida de adultos con enfermedad renal crónica (Vinaccia & Quiceno, 2011), se observó que la resiliencia en estos cumple el rol de factor protector, debido a que

la mayoría de estos pacientes tienen una mirada positiva de la hemodiálisis porque es la posibilidad de mejorar y prolongar su vida. En este mismo estudio citan a Dobbie y Mellor (2008), quienes mencionan que uno de los factores asociados con la resiliencia, es entender la enfermedad ya que esto permite disminuir los niveles de incertidumbre en los pacientes crónicos.

La resiliencia, en tanto, juega un papel importante como variable amortiguadora y moduladora para mejorar la percepción de calidad de vida a nivel mental y las consecuencias negativas de la enfermedad; por lo que se hace importante utilizar la resiliencia a futuro para desarrollar programas de promoción, prevención e intervención en salud.

En el momento existen pocos estudios de la resiliencia en pacientes con enfermedad renal, en especial en el área infanto-juvenil, tendríamos que preguntarnos si los hallazgos encontrado en el estudio anterior se cumplen en los adolescentes con esta patología, pues en los adultos los factores que influyen son muy diferente a la de los jóvenes por su percepción abstracta hacia el futuro, lo cual deberíamos cuestionarnos si en los adolescentes que no cumplen con los requisitos, presentan sí o no resiliencia.

La enfermedad renal crónica terminal produce muchas alteraciones a nivel físico, social, económico y emocional; mientras que la resiliencia juega un papel protector de la salud mental del adolescente, por lo cual se hace necesario fomentar la resiliencia en los paciente que cursan con esta patología, como un factor protector.

Referencias

- Alarcón, J., Lopera, J., Montejo, J., Henao, C., & Rendon, G. (2005). Enfermedad e insuficiencia renal crónica. *Medicina UPB*, 24(2), 97-125.
- Antón, M., & Fernández, A. (2014). Daño renal agudo. Protocolo diagnóstico terapéutico. *Pediatría*, 1, 355-71.

- Aparicio, C. (2010). Calidad de vida percibida por niños con enfermedad renal crónica y por sus padres. *Nefrología*, 30(1), 103-109.
- Cassaretto, M., & Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 24.
- Contreras, F., Esquerro, G., Espinoza, J., Gutiérrez, V., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5, 487-499.
- Daugirdas, J. (2007). *Manual de diálisis*. (4 Ed). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dobbie, M. y Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for Psychologists. *Psychology, health & medicine*, 13 (5), 583-590.
- García, M., & Domínguez, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Guyton, A., & Hall, J. (2001). *Tratado de filología médica*. (10ma Ed.). México: McGrawHill.
- Fernández, C. & Melgosa, M. (2014). ECT en la infancia. Diagnóstico y tratamiento. Protocolo terapéutico pediátrico.
- Ibertic (s.f.). Entrevistas en profundidad: guía y pautas para su desarrollo. Recuperado el 14 de Junio de 2015, de http://www.ibertic.org/evaluacion/pdfs/ibertic_guia_entrevistas.pdf
- Kotliarenco, M., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*.

Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Maldonado, R. (2005). Resiliencia en la adolescencia. *Rev Soc Bol Ped*, 44(1), 41-3.

Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía clínica insuficiencia renal crónica Terminal*. Santiago: Minsal.

Ministerio de Salud de Chile (2010). *Guía clínica diálisis peritoneal*. Santiago: Minsal, 2010.

Morales, L. (2007). Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. *Colombia Médica*, 38(4).

Morelato, G. (2005). Perspectivas actuales de los procesos que sustentan la resiliencia infantil. *Investigación en Psicología*, 10(2), 61-82.

Saavedra, E., & Castro, A. (2004). Escala de resiliencia escolar (E.R.E) para niños entre 9 y 14 años. Santiago: CEANIM.

Saavedra, E. (2011). Investigación en resiliencia, algunos estudios cualitativos y cuantitativos. Alemania: Editorial académica Española.

Sánchez, D., & Robles, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 181-192.

Skorecki, K., Green, J., & Brenner, B. (2006). Enfermedad renal crónica. En Braunwald E., Isselbacher KJ, Petersdorf R, Skorecki K, Green J, editores. *Harrison: Principios de Medicina Interna* (14 ed). pp. 1824 – 1825. México: Interamericana

Sociedad Chilena de nefrología (2013). XXXIII Cuenta de hemodiálisis crónica en

Chile (al 31 de agosto de 2013).

Unicef. (2013). Guía para gobiernos: Acciones para la resiliencia de la niñez y la juventud. Recuperado el 22 de diciembre de 2015, de http://www.unicef.org/guia_gobiernos_acciones_resiliencia_niñez_juventud_SP.pdf

Vargas, R. (2005). Hemodiálisis práctica para enfermeras y estudiantes de enfermería. Editorial PABST.

Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.

Vinaccia, S., Quiceno, J., & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de psicología*, 16, 139-146.

Vinaccia, S. & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica-IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.

Resiliencia en familiares de pacientes con cáncer mamario

José Guillermo Correa Delgado

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Eugenio Saavedra Guajardo

Universidad Católica del Maule

Introducción

La mama como órgano que forma parte del sistema reproductor femenino tiene gran relevancia en la reproducción, dada su configuración anatómica se hace susceptible a patologías, una de ellas es el cáncer de mama; siendo esta una enfermedad que afecta a muchas mujeres hoy en día alrededor de toda la esfera global, presentándose la mayor morbilidad en la adultez media. Afectando tanto psicológicamente como estructuralmente la figura de la mujer, su familia y su entorno laboral.

Todas las personas no reaccionan de manera igual frente a un estímulo estresante, respondiendo a este de una manera resiliente o no resiliente, más aún sabiendo que está de por medio el riesgo de muerte de un ser querido. Desde el punto de vista de la resiliencia como la aptitud para resistir a la destrucción (Vanistendael, 1994), ligadas al factor estrés, (Gordon, 1996), resiliencia familiar según Patterson 1983, designa los procesos de superación y adaptación que tiene un lugar en la familia como unidad funcional. Para comenzar a hablar del cáncer mamario como patología y con sus respectivas secuelas, se hace necesario conocer y comprender el funcionamiento tanto fisiológico como anatómico de la mama femenina, obteniendo así una visión base para continuar con el análisis de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer esta enfermedad, pudiéndose estos categorizar de acuerdo a su localización y extensión. En ocasiones, la autoimagen puede provocar respuestas emocionales condicionadas al cambio físico que se da con una cirugía, siendo algunos síntomas la ansiedad, insatisfacción y displacer (Fernández, 2004).

La mama femenina

La mama o seno femenino son glándulas ubicadas en la parte anterior del tórax de la mujer y sirven como mecanismo de alimentación a las crías, al pasar por esta la leche y demás componentes de gran contenido para el buen desarrollo del recién nacido, vista de manera estética en el último siglo, y de forma erógena por los hombres.

Algunas de las funciones más importantes de la mama son:

Función de alimenticia biológica, En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre (Tamblay & Bañados, 2004).

Función psicológica del amamantamiento: En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente, unitariamente. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre con primera instancia en el apego de madre a hijo (Tamblay & Bañados, 2004).

Función identificadora: la función de la mama como identidad de ser mujer tanto física como psicológicamente, una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la femineidad (Tamblay & Bañados, 2004).

Función erógena: Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico, las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico (Tamblay & Bañados, 2004).

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un conjunto de enfermedades originadas en las diferentes células que componen la glándula, consiste en un crecimiento anormal y desordenado de estas células.

Por esta razón esta enfermedad se presenta de muchas formas y no es igual en todas las mujeres, pues varía de acuerdo con la velocidad del crecimiento del tumor y su capacidad de diseminación a otras partes del cuerpo. Es imposible predecir con certeza las consecuencias de la enfermedad, puesto que el grado de malignidad varía y, además, porque las personas reaccionan de forma diferente a la enfermedad (Ministerio de Salud Colombia, 2000).

Factores de riesgo mayores

Portadores de mutaciones de alta penetrancia en los genes BRCA1 (breast cáncer 1, Cáncer de mama) y BRCA2 (breast cáncer 2, cáncer de mama), además de otras mutaciones en otros genes, aún desconocidos (Ministerio de Salud de Chile, 2011). La historia familiar, mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA2 (en aproximadamente una de cada mil mujeres), polimorfismos genéticos asociado a la síntesis de estrógenos y su metabolismo, son factores que determinan la prevalencia de cáncer mamario en una población (McPherson, 2000).

Historia familiar. Familiares de 1° o 2° grado con cáncer de mama bilateral; cáncer mamario antes de los 50 años sin mutaciones demostradas; familiares con cáncer de mama en dos generaciones; cáncer de mama y ovario; familiar varón con cáncer de mama. Se recomienda investigar la historia familiar de cáncer en tres generaciones sucesivas (Ministerio de Salud de Chile, 2011). Las mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer de mama tienen de tres a cuatro veces más posibilidades de desarrollar dicha enfermedad. Este factor de riesgo es mayor si el cáncer de mama de la madre o hermana ocurrió antes de la menopausia o fue bilateral y en aquellas en donde la historia familiar se remonta a dos o más familiares de primer o segundo grado. Sin embargo, en el 75% de los casos de mujeres con cáncer de mama no tienen historia familiar de dicha enfermedad (Woster, 2003).

Radioterapia de tórax antes de los 30 años de edad por cáncer, usualmente de origen linfático (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Antecedentes de lesiones histológicas precursoras: hiperplasias atípicas, neoplasia lobulillar in situ, atipia plana. Antecedente personal de cáncer de mama (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Factores de riesgo menores

Edad. Como factor aislado es muy importante en el riesgo de cáncer de mama. A mayor edad, mayor riesgo (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Historia familiar en parientes de 1º, 2º o 3º grado, después de los 60 años de edad (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Factores reproductivos. 1) Menarquia precoz y menopausia tardía, 2) Nuliparidad y primer parto después de los 30 años se asocia con aumento del riesgo en un tercio. Las mujeres con menarca tardía y menopausia artificial están asociadas con una menor incidencia de cáncer, mientras que las que menstruaron a edades inferiores a los 12 años y tuvieron menopausia natural tardía (después de los 50 años) están asociadas a un ligero incremento de riesgo al cáncer de mama (Cárdenas et al., 2008).

Enfermedades mamarias benignas proliferativas: adenosis esclerosante, lesiones esclerosantes radiales y complejas (cicatriz radiada), hiperplasia epitelial ductal florida, lesiones papilares y fibroadenomas complejos (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Sobrepeso después de la menopausia: existe relación entre Índice Masa Corporal (IMC) elevado y riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas. (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Ingesta crónica de alcohol: la ingesta de alcohol produce un aumento de 7% de riesgo de cáncer de mama por cada 10 grs. de alcohol adicional consumido diariamente, el consumo de alcohol se asocia a mayor riesgo de desarrollar tumores (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Algunas terapias de restitución hormonal: El aumento del riesgo de cáncer de mama con el uso de terapias de restitución hormonal ha variado en el transcurso de los últimos años de acuerdo a los diferentes preparados estudiados, El mayor riesgo observado con terapias de restitución hormonal combinadas, es de responsabilidad de ciertas progestinas (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

Resiliencia

El concepto de resiliencia tiene su origen en el latín “resilio” que significa volver atrás, rebotar, claramente el termino fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a

los sujetos que a pesar de haber nacido y vivir en situaciones de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1994).

Tradicionalmente el término resiliencia se usó en el campo de la física y se refiere a la capacidad que tiene los cuerpos para volver a su forma original, luego de haber sufrido deformaciones producto de una fuerza aplicada, según Vaniestendael (1994), es la aptitud para resistir a la destrucción, es decir, preservar la integridad en circunstancias difíciles; la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades, también es considerada como la habilidad de crecer, madurar e incrementar la competencia de cara a circunstancias adversas y obstáculos, recurriendo a todos los recursos, tanto personales como ambientales (Gordon, 1996). En todas las definiciones según los autores la resiliencia está ligada al factor estrés, adversidad en una primera época caracterizada por el énfasis en la búsqueda de factores protectores o de riesgo, que facilitarían o perjudicarían la aparición de conductas resilientes, dicha tradición se mantendrá en los autores hasta la primera mitad de la década de los noventa. Una segunda época, en donde el concepto de resiliencia es ligado a la identificación de mecanismos dinámicos y procesos que el sujeto construye como forma de adaptación viable ante un contexto adverso y la idea de proyectarse a partir de dicha adversidad. Dicha concepción aparece a partir del año 1995 en adelante (Saavedra, 2011).

Las fuentes interactivas de la resiliencia

De acuerdo con Edith Grotberg (1997), para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado, los niños toman factores de resiliencia de cuatro fuentes que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes: “yo tengo” en mi entorno social, “yo soy” y “yo estoy”, hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales, “Yo puedo”, concierne a las habilidades en las relaciones con los otros.

Tengo: Personas alrededor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.

Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros. Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.

Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro, o cuando necesito aprender.

Soy: Alguien por quien los otros sienten aprecio y cariño.

Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

Respetuoso de mí mismo y del prójimo.

Estoy: Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.

Seguro de que todo saldrá bien.

Puedo: Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.

Buscar la manera de resolver mis problemas.

Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.

Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.

Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Resiliencia familiar

La familia resiliente es definida, como aquella que logra comprender que los sucesos de la vida son parte de un proceso continuo y constructivo de perturbaciones y de consolidaciones y que a la vez se pueden enfrentar y salir fortalecidos de ellos (Simpson, 2008).

La resiliencia familiar se conoce como el reconocimiento de cómo una crisis puede producir cambios que impactan a la familia con un todo, sucesivamente se reconocen procesos familiares claves que median en la adaptación de todos.

McCubbin y McCubbin (1988) definieron la resiliencia familiar como cualidades y propiedades de las familias que les ayudan a ser resistentes frente a los cambios; facilitan la adaptación en situaciones donde se vive una crisis, mediante procesos que promuevan la sobrevivencia, salir adelante y resistir. Una postura proactiva, de respuesta inmediata y las estrategias a largo plazo de la sobrevivencia, calidad del cuidado, cariño y compromiso en las relaciones intrafamiliares son ejemplos de estrategias de apoyo familiar y fomento de las habilidades resilientes (Walsh, 2002). Para estos autores, una familia resiliente posee fortalezas que protege y ayuda a sus miembros a recuperarse de las experiencias negativas;

se benefician y contribuyen a una red de relaciones en sus comunidades; buscan extraer un aprendizaje significativo y desarrollar entendimientos compartidos de las experiencias negativas y, enfrentan crisis sin perder el orden y el equilibrio en sus vidas. Para McCubbin y Patterson (1983) una familia resiliente es aquella que cuenta con cierta flexibilidad y moldeamiento capaces de cambiar su aproximación de la crisis haciéndola más comprensible, manejable y significativa; intercambian recursos familiares, soporte social, percepción de su situación y habilidades para resolver problemas al mediar el nivel de adaptación a la crisis. En el buen funcionamiento familiar también influye el número de integrantes, la disponibilidad para obtener atención y cuidado de los distintos miembros, las cargas de trabajo manejable, las reglas y la estructura durante la adolescencia; la cohesión familiar, las redes de amigos así como pocos eventos estresantes durante la infancia y adultez (Howard, Dryden & Johnson, 1999).

Más recientemente, Patterson (2002) establece que una familia resiliente se distingue por la cohesión que existe entre sus miembros, la flexibilidad, la comunicación abierta y el significado en la familia como unidad por parte de cada integrante. A lo que Secombe (2000) agrega tener expectativas claras y sencillas de sus hijos, rutinas, celebraciones y valores centrales compartidos. Werner, Bierman y French (1971) detectaron la cualidad de resiliencia en una gran muestra de niños en pobreza de Kauai, y a partir de ello, reportaron una serie de factores protectores como las relaciones de apoyo entre padres e hijos, el establecimiento de reglas que mostraban respeto por la individualidad de los hijos, daba estabilidad y cohesión familiar. Estos niños mostraban además una historia de buena salud, integración social, sentido de autonomía, habilidades para identificarse y relacionarse con modelos positivos, buenas relaciones con sus compañeros, ganas de buscar apoyo de otros adultos, múltiples intereses. La familia ante un proceso de cáncer como enfermedad crónica, va más de la relación que puede tener la institución el paciente y la familia, el cáncer mamario siendo una enfermedad multifactorial que influye muchos componentes como son los factores ambientales, genéticos, la familia toma un papel importante para este proceso de mantención, contención y mejoramiento de la calidad de vida de todos sus integrantes, algunos de los componentes en la intervención de pacientes con cáncer apoyan la realización de intervenciones psicoeducativas algunos

estudios realizados por Fawzy y Fawzy (1994) y Fawzy (1995), estos señalan cuatro componentes a) información y/o educación para la salud, b) entrenamiento conductual en el manejo del estrés; c) entrenamiento en habilidades de afrontamiento y d) apoyo emocional.

El cáncer de mama es una de las patologías con mayor trauma a nivel emocional y que tiende a desestructurar a la mujer y a su familia, debido a las situaciones que se van a tomar desde el diagnóstico luego el tratamiento y a la pérdida de órganos fundamentales para la mujer. Según (García & González, 2007), dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda de que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento (Stanton, 2000).

En una paciente con cáncer de mama, la enfermedad puede repercutir en todas las esferas de su vida como son la familiar, la relación de pareja la laboral y social (Soriano, 1997), influye un todo desde lo individual hasta lo colectivo causando conflictos desde lo amoroso y el compartir con las demás personas, en la mujer sus mamas como función identificadora y biológica, acarrea daño en la vida sexual del individuo y la pareja, este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamín & cols., 2002; Mathews & cols., 2002; Compas & Luecken, 2002).

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Borbón & Beato, 2002). La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social (Ford, 2002). Muchas de las mujeres reaccionan frente al diagnóstico con sentimientos de culpa, la ansiedad de saber si todo va a salir bien, la sensación de sentirse inútil por haber perdido parte de su cuerpo, con tendencia a la depresión por su

proceso de adaptación, a la enfermedad, Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (Zhao & cols., 2001). Sin embargo, Torrico y colaboradores señalan que, después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santín, López & Andrés, 2003).

La literatura, así como la experiencia clínica, reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida (Sirgo, 2001). De igual manera la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar (Appleton & cols., 2001; Hagoel & cols., 2001; Decruyenaere & cols., 2001; Broadstock & cols., 2001). Durante el tratamiento del cáncer de mama uno de los procedimientos que más se utiliza es la intervención quirúrgica siendo esta con menor o mayor mutilación al perder solo una parte de su mama cirugía conservadora o radical pérdida total de la mama como sería la mastectomía total, desde el punto estético una más conservadora como su nombre lo dice, algunos estudios reportan en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama un cierto estilo represivo de afrontamiento en su personalidad, caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social (Sirgo, 2001), la mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales, se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas, la situación objetiva que requiere la movilización de los recursos de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama está dada precisamente por los cambios en la imagen corporal de acuerdo con el tipo de cirugía y posibilidades de reconstrucción,

así como por los efectos físicos o psicológicos de los otros recursos terapéuticos empleados (Stanton & cols., 2002; Tomich & Helgeson, 2002). Siendo muy importante en las mujeres las re intervenciones pos mastectomías la realización de mamoplastía para mejorar la autoimagen y el autoconcepto de la pérdida como ganancia de nuevo de su mama para ser partícipe de la sociedad y de la parte conceptual de la mujer.

Referencias

- Appleton, S., Fry, A., Rees, G., Rush, R., & Cull, A. (2001). Psychosocial effects of living with an increased risk of breast cancer: an exploratory study using telephone focus groups. *Psycho-oncology*, 9(6), 511-521.
- Benjamin, B., Ziginskas, D., Harman, J., & Meakin, T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11(3), 244-248.
- Borbón, J. E. & Beato, A. I. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.
- Broadstock, M., Michie, S., Gray, J., Mackay, J., & Marteau, T. M. (2001). The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer. A pilot study. *Psycho-Oncology*, 9(6), 537-548.
- Cárdenas E., R; Rubio Poo, C; M., M A; Gómez R., J A; Kravzov J., J; (2008). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(3), 58-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57911110008>
- Compas, B. & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 111-114.

- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L., & Claes, E. (2001). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behavior: a theoretical perspective. *Psycho-Oncology*, 9(6), 528-526.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L., & Pasnau, R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-113.
- Fawzy, F., & Fawzy, N. (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients (Manual). *General Hospital Psychiatry*, 16, 149-192.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.
- Ford, L. A. (2002). Predictors of psychological functioning in african american women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 63(1-B), 523.
- García Viniegras, C., & González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902508>
- Gordon, K. (1996). Resilient hispanic youths' self-concept and motivational patterns. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18(1), 63-73.
- Grotberg. (1997). *La resiliencia en acción*, Universidad Nacional de Lanús, Fundación Van Leer, 1997.
- Hagoel, S., Dishon, R., Almog, Z., Silman, S., & Bisland-Becktell, G. (2001).

Proband family uptake of familial genetic counseling. *Psycho-Oncology*, 9(6), 522-527.

Howard, S., Dryden, J., & Johnson, B. (1999). Childhood resilience: review and critique of literature. *Oxford Review of Education*, 25(3), 307-321.

Matthews, A., Baker, F., Hann, D., Denniston, M., & Smith, T. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-Oncology*, 11(3), 199-211.

McPherson, K., Steel, C., & Dixon, J. (2000). Breast cancer -- epidemiology, risk factors and genetics. *BMJ*, 321, 624-628.

Ministerio de Salud Colombia. (2000). Salud mujer: guía para el diagnóstico temprano de la patología mamaria. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE.

Ministerio de Salud. (2011). Guía clínica cáncer de mama. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.

McCubbin, H., & McCubbin, M. (1988). Typologies of resilient families: emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 3, 247-254.

Patterson, G. (1983). Stress: a change agent for family process. En N. Garnezu y M. Rutter, eds., *Stress, coping, and development in children*. Nueva York: McGraw-Hill.

Rutter, M. (1994) Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14(8), 626-631.

Saavedra, E. (2011). La resiliencia desde una mirada post racionalista. Madrid: Editorial Académica Española

- Seccombe, K. (2000). Families in poverty in the 1990's: trends, causes, consequences and lessons learned. *Journal of Marriage & Familie*, 62(4), 1094-1113.
- Sirgo, A., Díaz-Aviejo, M. B., Cano-Vindel, A., & Pérez-Monga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Simpson, M. (2008). Resiliencia en el aula, un camino posible. Buenos Aires Editorial Bonum.
- Soriano, J., Norat, T., Arrébola, J., & Fleitas, G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. En J. R. Acosta Sariego (Ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana* (pp. 165-172). La Habana: Editorial Centro Félix Varela.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S. B., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.
- Tamblay A., & Bañados B. (2004). Psicooncología del cáncer de mama. Tesis para optar a título de Psicólogo, Universidad de Chile.
- Tomich, P., & Helgeson, V. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11(2), 154-169.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., López López, M., & Andrés Villas, M.

(2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com*, 7(1).

Walsh, F. (1998). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. *Sistemas familiares*, 14(1), 11.

Vanistendael, S. (1994). La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado. *Revista La Infancia en el Mundo*, 5(3), 5.

Wooster R., Weber B. (2003). Breast and ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*, 348, 2339-2347.

Zhao, W., Wu, J., Zhu, M., Fan, S., Zou, Q., Si, S., & Lian, H. (2001). Depression, anxiety and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 286-289.

Fragmentos para una historia del suicidio infanto-juvenil en Chile

Vanessa Merino Altamirano

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Gonzalo Salas Contreras

Universidad Católica del Maule

El suicidio como problemática histórica, se ha estudiado de forma distinta en función de los principios filosóficos, religiosos, culturales, sociales y económicos que han imperado en cada época. Los historiadores coinciden en afirmar la *universalidad del suicidio*, dada su presencia en todo tipo de culturas a lo largo de la historia de la humanidad y la diferencia se encuentra en la respuesta social que se le otorga, que es extremadamente dispar (Molto, Tremine, Martínez & Martínez, 1990).

La variedad de significados y definiciones en torno al suicidio provoca que las personas reaccionen frente a éste con silencio y encubrimiento (Martínez, 2001), ya que se considera una reacción contraria al instinto de conservación de vida, lo cual desde ciertas perspectivas puede ser entendido desde un acto de cobardía, una manifestación de desequilibrio mental o incluso una muestra de fanatismo religioso según la civilización y el contexto histórico en que ocurra (Flores, 2013).

En Chile, el suicidio es observado, analizado, estudiado y comprendido a través de diferentes perspectivas y disciplinas (social, religiosa, política, psicológica, psiquiátrica) y también a través del contexto histórico. En este sentido, el presente trabajo, intenta realizar un breve relevamiento histórico de este fenómeno con énfasis en la población infanto-adolescente, identificando algunos fragmentos distribuidos en tres apartados para su mejor comprensión: antecedentes epidemiológicos del suicidio, el suicidio desde tiempos antiguos y el último, con un énfasis en el suicidio infanto-juvenil en Chile.

Antecedentes epidemiológicos del suicidio

Los antecedentes actuales del suicidio a nivel mundial y nacional son relevantes a la hora de estudiar temas históricos, ya que permiten comprender la situación actual del fenómeno y desde allí es donde se considera relevante relevar los hechos antiguos.

En relación a datos mundiales, en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60%, actualmente casi un millón de personas mueren al año por esta causa, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes, esto equivale a que una persona se suicida cada 40 segundos en algún lugar del planeta. Es una de las diez primeras causas de defunción en la mayoría de los países desarrollados y una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En Chile, el escenario es similar que en el resto del mundo. Según los datos del Ministerio de Salud, el suicidio consumado presenta un aumento en las últimas dos décadas con una tasa de 4,8/100.000 en el año 1992 hasta 12,7/100.000 en el 2009, es decir, prácticamente se han triplicado las muertes por esta causa en dicho período, situación que también ha sucedido en otros países latinoamericanos. El fenómeno ha ido en aumento en la población general, registrándose dentro de los países con las mayores tasas de suicidio entre 1995- 2009 y ocupando el segundo lugar con la mayor tasa de suicidio adolescente, después de Corea del Sur. Las tasas más altas se registraron en el país en 1931, con un progresivo descenso en los años 40', una nueva elevación en la década de los años 50' y posterior descenso. En la década de los 80' la tasa fue de 5,59 suicidios por 10.000 habitantes en 1 año, siendo en Santiago (Región Metropolitana) una tasa superior de 6,57. Actualmente a nivel nacional mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, lo que representa cerca del 2% del total de muertes (Ministerio de Salud, 2013; Silva, Vicente, Saldivia & Kohn, 2013).

Entre niños y adolescentes se ha observado un importante aumento en la cantidad de ingresos a servicios de salud del país vinculados a intentos de suicidio y otras conductas autolesivas. Incluso en el 2013, la OMS inició un plan de acción para reducir un 10% la tasa de suicidio en los países desde ese año a 2020 (Ministerio de Salud, 2013). En relación a modelos de evaluación y seguimiento para pacientes suicidas, se sugiere revisar el programa *Código 100*, el cual presenta interesantes comparaciones entre características clínicas y demográficas de los pacientes y la presentación de un esquema de actuación, durante intervención del SAMUR-Protección Civil (en vía pública y lugares públicos) y el

Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz en Madrid (por demanda propia o intervención sanitaria) (López-Castroman et al, 2015).

Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica, incluido el Caribe (Silva et al., 2013). La cifra total de defunciones por suicidio, representan al 10% de la población general. Los adolescentes hombres, al igual como lo muestran las cifras de población general, registran tres veces más defunciones que las adolescentes mujeres, lo que se mantiene como una constante, aumentando la tasa de 5,7 a 7,0 por cada 100.000 habitantes entre los años 2005 y 2010, existiendo una tendencia en aumento principalmente en el grupo entre 15 a 19 años, y se espera que para el 2020 llegue a 12 por cada 100.000 habitantes. Debido a esta situación, el MINSAL se ha propuesto para la década 2011-2020 disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años. Es decir, la meta de impacto esperada al año 2020 es de 10,2 por 100.000 adolescentes. Estas cifras tendrían relación con el considerable aumento en conductas de riesgo en niños y jóvenes entre 10 y 24 años, tales como conducta sexual riesgosa, consumo problemático de drogas, alcohol, tabaco, alimentación poco saludable, sedentarismo y estados depresivos. Respecto a tales factores de riesgo, destacan: el género masculino, el abuso de sustancias, la presencia de psicopatología previa, trastornos del ánimo y conductuales, historia familiar de suicidio, antecedentes de intento previo, vivir fuera del hogar, sentimientos de pérdida, la separación de los padres, las decepciones amorosas, el abandono familiar, la sensación de soledad, orientación homosexual o bisexual e historia de abuso sexual. Las armas de fuego en casa, incluso estando fuera del alcance de los hijos, se asocian con mayor riesgo de suicidio en adolescentes. Otra de las posibles causas que se puede mencionar en el suicidio adolescente está relacionada con la crisis propia de la edad en la que se encuentra el sujeto, ya que la adolescencia es la etapa donde más cambios se sufren y para algunos es difícil el hecho de afrontar nuevos retos; ya que no todos poseen los mismos mecanismos de afrontamiento y resiliencia (Areiza, 2008; Inzunza, Navia, Catalán, Brehmeb & Ventura, 2012; Ministerio de Salud, 2013).

En base a esa información, se observa que existe una amplia variedad de información acerca del suicidio en Chile (Areiza, 2008; Duarte, 2007; Echávarri, Maino, Fischman, Morales & Barros, 2015; Florenzano, Valdés, Cáceres, Santander, Aspillaga & Musalem, 2011; Retamal, Luengo & Trebilcock, 2010; Silva et al., 2013) estos estudios

están ligados principalmente a datos epidemiológicos, etiologías, factores de riesgo y sintomatología asociada. Sin embargo, son escasos los estudios históricos del fenómeno en el país, siendo más bien registros fragmentarios y basados principalmente en caracterizar a los suicidas o analizar la subjetividad de testimonios escritos (Belmar, 2015; Chávez & Ovalle, 2015; Fabregat, 2015; Fernández, 2003; Flores, 2013; Flores, 2015; Quezada, 2009).

El suicidio a través de los tiempos

Como es de esperar, las diversas culturas que han existido sobre la tierra han abrigado consideraciones diversas y disímiles en relación con el suicidio. Consideraciones que, por lo demás, no han sido constantes ni estáticas, sino que, por el contrario, han tenido como rasgos característicos, su evolución y dinamismo.

En las culturas primitivas (4.000 a.c. hasta 476) predominaban las creencias religiosas y sobrenaturales. El suicidio era visualizado como una práctica religiosa y de actos ceremoniales en muchos países (Muelas & Mangado, 2007). Estas sociedades se caracterizaban por su fuerte integración y habrían sido permisivas en relación con el suicidio e incluso en muchos casos habrían ejercido una cierta presión en favor de estas conductas sobre los miembros más débiles de la misma (Durkheim, 1995).

Más tarde en la Edad Media (476-1453), surgió una mentalidad social y cultural que consideró el suicidio tabú y marcó una clara ruptura con la Antigüedad Clásica. La Iglesia, a través del Código Canónico, empezó a castigar el suicidio a partir del concilio de Aries en el año 552 con penas que fueron extendiéndose progresivamente hasta el XVI Concilio de Toledo (693) en el que, además de la privación de sepultura y funerales cristianos, se incluyó la excomunión de los que habían cometido un intento de suicidio. Apareció entonces, la prohibición absoluta del suicidio junto al castigo social y religioso (Marra, 1987; Molto et al., 1990; Pizzi, 2001), y además curiosamente el suicida fallido, solía ser condenado a muerte. Estos castigos respondían al temor y al deseo de controlar un acto que era considerado delictivo y debía ser condenado para evitar su propagación (Muelas & Mangado, 2007).

Luego, en la Edad Moderna (1453 hasta 1789) ante los cambios sociales, vuelven las costumbres antiguas en defensa del suicidio que destruyeron los prejuicios tradicionales. Surgen planteamientos filosóficos a favor que consideran que la muerte voluntaria es permitida y consentida por Dios y el universo (Hume, 1777/1995; Schopenhauer, 2002) y también surgen teorías en contra del suicidio (Camus, 1985; Nietzsche, 1878/1993) donde no era justificable cuando se trataba de un acto irracional relacionado con la enfermedad mental (Barrionuevo, Brito & Wolfenson, 2011; Muelas & Mangado, 2007; Nietzsche, 1883/2002). Incluso, en algunos casos, el suicida fracasado debía ser condenado a muerte, ya que quien puso sus manos con violencia sobre sí mismo no debe evitar la muerte violenta que quiso generarse (Foucault, 1964/2015).

Por último, en la situación actual, surgen los intentos de explicación científica del fenómeno y se produce un cambio en torno al suicidio, iniciándose su estudio desde el punto de vista médico y sociológico. Desde el campo de la psiquiatría el suicidio es considerado como la expresión de una enfermedad mental o son resultados de patología, por lo tanto no puede ser castigado por la ley ya que se transformaría un delito que se comete en forma involuntaria. Por ello, es que dejan de establecerse sanciones contra el suicida, pero se castigan con penas que tienden a disminuir las conductas de intervención en el suicidio de un tercero; al mismo tiempo, en algunos países va abriéndose camino la atenuación (caso de España) o la despenalización de algunos supuestos específicos de eutanasia voluntaria (caso de Holanda y de Bélgica, o de Oregón, en EEUU, donde se ha despenalizado la ayuda médica al suicidio). A mitad del siglo XX proliferan las explicaciones psicológicas, de hecho, con algunos años de anterioridad, el afamado conductista John Watson⁴ (1933/2014), plantea que el suicidio es una enfermedad psicológica que procede de determinadas causas sociales y desde la segunda mitad del mismo siglo se han producido una serie de cambios importantes en torno al suicidio, tanto en el ámbito conceptual, epidemiológico, estudio de sus causas y cambio en la actitud social. Si bien no se niega la evidente relación entre psicopatología y suicidio, trasladan el foco hacia la posibilidad de considerar el suicidio como un fenómeno humano no reductible

⁴ La *Revista Historia de la Psicología* de la Sociedad Española de Historia de la Psicología, publicó un número monográfico dedicado a John B. Watson, con motivo del centenario de la publicación de su manifiesto conductista. En él aparece el citado artículo denominado “*Why I don’t commit suicide*”, el cual Watson publicó después de la Gran Depresión de 1929 y no pudo verlo publicado en vida porque fue rechazado por la *Revista Cosmopolitan* y demás revistas populares a las que lo remitió (Gondra, 2014).

por completo a la enfermedad mental (Barrionuevo et al., 2011; Juanatey, 2003; Martínez, 2001; Muelas & Mangado, 2007; Pizzi, 2001).

El Suicidio infanto-juvenil en Chile

En Chile, el tema del suicidio comenzó a ser tratado en las últimas décadas del siglo XIX desde la medicina y desde la psiquiatría (De Béze, 1899; Mori, 1887). El suicida era descrito como un sujeto afectado por una enfermedad. En las primeras décadas del siglo XX, la teoría sobre la Melancolía comenzó a cobrar fuerza, adquiriendo cierta popularidad como una explicación a un problema complejo. Al referirse a la relación melancolía-suicidio, se dice que los melancólicos son enfermos que tienen marcadas tendencias al suicidio; pues ven en el autosacrificio, el único medio de verse libre de todos los sufrimientos, la vida les resulta una carga y el suicidio era la única forma de liberación (Pérez, 1935). Así, desde la visión psiquiátrica y psicológica ese dolor moral que provoca sufrimiento, es el que hace propenso al suicidio a los enfermos de melancolía. Sumados a esta, se decía que el suicidio estaba presente en otras enfermedades mentales como por ejemplo: locura alcohólica, delirios sistematizados, demencia precoz, fuga epiléptica, psicosis maniaco-depresiva y parálisis general (Gajardo, 1924). Por otro lado también el individuo podía poner fin a su vida bajo la influencia de ideas delirantes, y antes de suicidarse cometer homicidio dando muerte a su mujer e hijos, este hecho es conocido como el “homicidio-suicidio”, en el cual se dice, que el hombre psicológicamente desempeña un rol pasivo, y ejecuta los hechos bajos la influencia de una mujer melancólica (Chadwick, 1940).

Se puede mencionar, como otras variantes, los suicidios colectivos y el suicidio de dos. En el primero el suicida mata a sus familiares (o a quienes fuesen) para librarlos de la pena y en el segundo se hace referencia a las parejas que deciden suicidarse juntos o uno pudiese ser homicida y suicida a la vez (Pérez, 1935).

Ahora con respecto al suicidio infanto-adolescente en el país, hacia finales de siglo XIX se encuentran estudios que tienen referencias a dicha etapa evolutiva. Desde esta época ya preocupaba el aumento de suicidios cometidos por niños y adolescentes, sin embargo la escasez de estudios asociados se obviaban en esta población (Duarte, 2007).

Principalmente la información que se ha encontrado tiene relación con los factores de riesgo del suicidio infanto-adolescente, dentro de los que destacan las influencias ambientales y hereditarias. Los psiquiatras de la época, al igual que en el caso de los adultos, afirman que los niños que se suicidan presentan enfermedades mentales, entre las que se encuentran la hebefrenia o esquizofrenia anticipada, obsesión congénita, anormalidad grave, “debilidad mental”, defectos psicopáticos y degeneración hereditaria. También debido a anomalías en el desarrollo psíquico como la Enfermedad de Little, Idiocia, Epilepsia, Hipotiroidismo, Encefalitis, Meningitis y Sordo-mudez (Chadwick, 1940). La melancolía presente en los niños, sería una de las principales causas de suicidio, la cual se caracteriza por la presencia de sentimientos de desagrado por la vida y desinterés por todo; nostalgia que se intensifica, para conducir a niños y jóvenes, a suicidarse (Ferriani, 1902; Gajardo, 1940).

Respecto a los factores ambientales, la familia, el colegio y el trabajo juegan un importante rol. En primer lugar, la vida familiar de los niños suicidas se caracteriza por tener relaciones conflictivas entre los miembros de la familia; límites excesivamente rígidos, laxos o inexistentes; bajos niveles de cohesión y distancia emocional; presencia de psicopatología en los padres; apoyo disminuido frente a las adversidades y la solución de problemas; bajo nivel de escolaridad en ambos padres; progenitores en la cárcel, aficionados a los juegos de azar y/o abuso de tóxicos. Son factores que se asocian frecuentemente con estas conductas (Echávarri et al., 2015). Estos hogares se caracterizaban por un ambiente doméstico apático de violencia entre los cónyuges y rudas reprimendas a los hijos (golpes brutales), donde muchas veces eran tratados como sirvientes, por lo tanto, vivían en condición de abandono. Otras características que se asocian también son: vivir apartado de los dos padres, bajos niveles de comunicación y celos hacia los hermanos (Ferriani, 1902; Gajardo, 1940). En segundo lugar está el área educacional. El colegio tiene un rol importante en el desarrollo de todos los niños, siendo “un sistema coordinado y completo de formación intelectual, moral y física, cuya eficacia depende de la calidad de los métodos y competencia del personal” (Gajardo, 1940; p. 92). Dicha institución, es la encargada de cultivar hábitos sociales, ideas, pensamientos y canalizar las tendencias instintivas que predisponen a conductas delictuales. La pedagogía de entonces, no incluía en todos sus programas la psicología infantil, lo cual empieza a adquirir mayores

énfasis hacia la mitad de siglo XX. Para los niños y adolescentes “anormales”, la educación se dividía en dos grupos: los educables e ineducables. En el caso de niños suicidas, la educación era muy limitada e intermitente. La mayoría de estos presentan analfabetismo, baja escolaridad y reiteradas repitencias, presencia de problemas de convivencia con sus compañeros (relaciones pobres o deficitarias con el grupo de pares) y una actitud negativa respecto de la escuela y la actividad escolar (Ferriani, 1902; Gajardo, 1940). El tercer factor ambiental que influye en el suicidio infanto-adolescente es el trabajo, éste, es objeto de críticas, sin embargo existe el pensamiento que algunas labores generan disciplina y responsabilidad entre los niños y jóvenes. Los trabajos que desempeñaban aquellos que se suicidaban eran los oficios callejeros, como venta de periódicos, limpieza de calzado, transporte de bultos, etc. Las fabricas también dieron empleo a los adolescentes en aquella época, surgiendo como una alternativa a la calle, sin embargo comienzan a cuestionarse las condiciones laborales en las que trabajan los niños a partir de 1917 y se reglamentó el trabajo de menores en las distintas faenas del Estado, en donde se prohíbe dar empleo a niños/as menores de 12 años; además se regularizó el trabajo entre aquellos de 12 y 16 años; en 1919 se prohíbe emplear a menores de 14 años en faenas salitreras; y finalmente en 1924 solo los mayores de 18 años podían ser contratados. Para los menores de edad se solicitaba autorización de los padres, con ciertas restricciones de aspectos considerados peligrosos para el desarrollo físico y moral (León, 1996; Rojas, 2010). Más adelante el acceso al trabajo de los niños y jóvenes se hizo más tardío con la mejora en el acceso a la educación.

Conclusiones

Se observan las infinitas conjeturas que generan en la comunidad el suicidio de una persona, sobre todo de niños y de jóvenes, por lo inentendible e inimaginable que puede ser quitarse la vida (Chávez & Ovalle, 2015). En este trabajo se ha planteado como objetivo relevar algunos fragmentos que sirvan como antecedentes para la construcción de una historia del suicidio con énfasis en la población infanto-juvenil.

Desde la antropología, dicha invisibilidad se relaciona con la concepción de muerte que tiene nuestra cultura occidental, en la medida de que la muerte como concepto y

realidad nos vincula con sentimientos profundos de dolor y pérdida (López et al. 1993), lo que hace que su abordaje no siempre se haga de manera abierta, no se hable de ella, no se le haga frente, porque ella es “tabú”, y más aún, más distancia se adquiere cuando se trata de un caso de muerte violenta y autoinfligida.

Esto preocupa, ya que el suicidio se ha convertido en un grave problema de salud pública en todo el mundo debido al aumento de las tasas de suicidio en un 60% a nivel mundial en los últimos 45 años, además que Chile se registra como uno de los países con mayores tasas (Ministerio de Salud, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2012; Silva et al., 2013).

En el país, los siglos XIX y XX suponen una nueva fase en el enfoque del problema del suicidio y a lo largo del siglo XX se va contemplando de forma creciente desde una perspectiva que hacía de él ante todo un problema social y médico y no tanto una cuestión teológica (Barrionuevo et al., 2011; Juanatey, 2003). En este contexto se piensa el suicidio infanto-juvenil como un fenómeno atribuido a problemas sociales: alcoholismo, pobreza, enfermedades. Todas ellas, en distintos grados, contribuirían a la comprensión del fenómeno, tanto en su desencadenamiento como en su representación (Fabregat, 2015).

Como se ha visto, el fenómeno del suicidio se ha estudiado desde diversas perspectivas y enfoques, así como también en distintas épocas, sin embargo representa uno de los actos más incomprensibles, ya que quitarse la vida supone también cuestionar su sentido. Pasando desde épocas primitivas, el suicidio se relacionaba con las creencias religiosas y culturales; en la edad media se considera el suicidio desde el prohibicionismo religioso y se bloquea absolutamente a través de castigos sociales; en la época moderna, se apoya el suicidio como un derecho del ser humano, debido a planteamientos filosóficos de poner el bienestar subjetivo de la persona por sobre la vida misma; y finalmente en la época actual el fenómeno del suicidio va a ser estudiado científicamente y es visto desde los puntos de vista médico, sociológico y psicológico (Durkheim, 1995; Juanatey, 2003; Marra, 1987; Muelas & Mangado, 2007; Pizzi, 2001; Schopenhauer, 2002).

Difícilmente el suicidio puede explicarse desde una lectura unicausal o reduccionista del problema, pues se trata de un suceso construido social e históricamente, y que contiene en sí mismo, múltiples dimensiones, ya sean de orden psicológico o antropológico, económico, social y político. Por lo tanto, asumiendo que el fenómeno del

suicidio entran en juego una serie de factores, este breve texto solo intentó describir el fenómeno a la luz de la historia y visibilizar una cuestión que ha tendido a permanecer en el anonimato y oscuridad.

Referencias

Areiza, Y. (2008). Posibles causas del intento de suicidio y del suicidio en niños y adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 15, 1-6.

Barrionuevo, C., Brito, R., & Wolfenson, Á. (2011). El Suicidio: reflexiones ético-históricas. *Revista GPU*, 7(1), 111-120.

Belmar, D. (2015). Dame mi anillo o mátame. Suicidio y afectividad en registros judiciales de Santiago y San Felipe, 1920-1937. *Revista Historia y Justicia*, 4, 103-137.

Camus, A. (1985). *El mito de sísifo*. Barcelona: Alianza Editorial.

Chadwick, O. (1940). *La psicología del suicida* (Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales). Universidad de Chile: Santiago.

Chávez, P., & Ovalle, A. (2015). Vengo en tomar por resolución única, la conclusión de mí fatal y asarozca escistencia: justicia y voluntad suicida. Arica, 1900-1930. *Revista Historia y Justicia*, 4, 11-37.

De Béze, F. (1899). *El suicidio en Chile*. Santiago: Moderna.

Duarte, D. (2007). *Suicidio en Chile: un siglo de exclusión*. Santiago: Universitaria.

Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. (4° Ed). Madrid: Akal.

- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública*, 10(79), 3-14.
- Fabregat, M. (2015). El suicidio: exégesis judicial, Reconstrucción estadística y caracterización. Provincia de Santiago, 1900-1920. *Revista Historia y Justicia*, 4, 66-102.
- Fernández, M. (2003). He resuelto darme la muerte por mi propia mano. Una reflexión micro histórica en torno al suicidio. *Histórica*, 27(1), 207-225.
- Ferriani, L. (1902). *La Explotación Infantil (Dramas de la Infancia): Estudios de psicología social y criminal*. Barcelona: Talls. de Artes Gráfs. de Henrich y Cía.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139, 1529-1533.
- Flores, A. (2013). *La vida se me ha hecho tan pesada... más vale mil veces dejarla. Representaciones en torno al suicidio. 1844-1906*. Tomé: Al Aire Libro.
- Flores, A. (2015). Soy enfermo de cuerpo y alma y mejor muerto que vivir así. Justificar el suicidio ante la justicia, Punta Arenas 1894-1899. *Revista Historia y Justicia*, 4, 38-65.
- Foucault, M. (1964/2015). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Gajardo, A. (1924). *Trabajo médico-legal. El suicidio de los alienados* (tesis para optar al grado de licenciado en la facultad de medicina y farmacia). Santiago: Universidad de Chile.

Gajardo, S. (1940). *Delincuencia Infantil*. Santiago: s.e.

Gondra, J.M. (2014). Presentación Monográfico sobre John B. Watson. *Revista Historia de la Psicología*, 35(1), 9-11.

Hume, D. (1777/1995). *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Madrid: Alianza.

Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Brehmeb, C., & Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. Análisis descriptivo. *Revista Médica de Chile*, 140(6), 751-762.

Juanatey, C. (2003). Notas históricas sobre el suicidio y la eutanasia. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(1), 25-34.

León, M. (1996). *Sistema carcelario en Chile: visiones, realidades y proyectos: (1816-1916)*. Santiago: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

López-Castroman, J., Méndez Bustos, P., Pérez-Fominaya, M., Villoria, L., Zamorano, L., Molina, C., Lorie, A., Pacheco-Tabuena, E., Casado-Florez, M., & Baca-García, E. (2015). Code 100: A study on suicidal behavior in public places. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 142-148.

López, M., Hinojal, R., & Bobes, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 309-411.

Martínez, J. (2001). Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885). *Frenia*, 1(2), 39-65.

Marra, R. (1987). *Ley de suicidio y la anomia - Imágenes de la muerte voluntaria en la civilización occidental*. Nápoles: Edizione Scientifiche Italiane.

- Ministerio de Salud. (2013). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Santiago: MINSAL.
- Molto, J., Tremine, T., Martínez, M., & Martínez, G. (1990). El homicidio de sí mismo. Revisión histórica y estudio comparativo entre la legislación española y francesa en materia de suicidio. *RAEN*, 10(33), 169-179.
- Mori, D. (1887). *El suicidio en Chile*. Santiago: Universidad de Chile.
- Muelas, V., & Mangado, O. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatría*, 11(3), 1-7.
- Nietzsche, F. (1878/1993). *Humano Demasiado Humano*. Madrid: ME. Editores.
- Nietzsche, F. (1883/2002). *Así hablaba zarathustra*. México: Editores Unidos Mexicanos.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2012). *Programa de Prevención del Suicidio*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Pérez, E. (1935). *Psicología del suicida*. La Coruña: Galicia Clínica.
- Pizzi, T. (2001). *El dolor, la muerte y el morir*. Santiago: Mediterráneo.
- Quezada, I. (2009). *Bajo el peso de mi desgracia... suicidio, suicidas y modernidad, Santiago-Valparaíso. 1876-1911* (Informe de Seminario de Grado para optar al Grado académico de Licenciada en Historia). Santiago: Universidad de Chile.
- Retamal, P., Luengo, J., & Trebilcock, J. (2010). Epidemiología del suicidio en Chile. *Acta Médica CSM*, 4(1), 13-21.

Rojas, J. (2010). *Historia de la infancia en el Chile republicano, 1810-2010*. Santiago: JUNJI.

Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica Chile*, *141*, 1275-1282.

Schopenhauer, A. (2002). *Sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir*. Madrid: Editorial Tecnos.

Watson, J. (1933/2014). Why I don't commit suicide. *Revista de Historia de la Psicología*. *35*(1), 37-46.

Percepción del uso de la técnica del reciclaje y cuidado del medioambiente en la terapia reparatoria de abuso sexual y maltrato grave: la experiencia del Centro Unamos Las Manos, PRM de la ciudad de Talca

Karen Vásquez Torres

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Mariano Ruperthuz Honorato

Universidad de Santiago

Introducción

La presente investigación tiene como finalidad dar a conocer los resultados obtenidos de la aplicación de un nuevo modo de intervención, analizando y conociendo la percepción del uso de la *Técnica de Intervención Basada en el Reciclaje y Cuidado del Medio Ambiente*, la que busca a través de diferentes actividades, lograr resignificar la experiencia sexualmente abusiva, sin ser dañino para el niño/a, ya que no trae a la terapia remembranzas que puedan desestabilizarle, sino que se trabaja a través de mensajes metafóricos, que relacionan con su trabajo manual, utilizando además materiales reciclados, presentando esta técnica un valor adicional, que consiste en concientizar a niños y niñas respecto del cuidado hacia el medioambiente y la naturaleza, y la importancia de utilizar materiales reciclados, con el fin de justamente reciclar, o transformar situaciones vitales que han causado dolor o daño emocional.

Se han estudiado muchas técnicas en el ámbito de la psicología para abordar lo conocido como daño emocional asociado a vulneración de derechos, lo cierto es, que no todas las técnicas se ajustan a todos los niños y niñas, o en algunas se requiere mayor nivel de abstracción, cierto nivel de comprensión de las dinámicas sexualmente abusivas que se dan dentro del fenómeno del abuso sexual, u otras especificaciones que deben calzar perfectamente con el estilo vivencial del niño/a. Por tanto, se busca ampliar el abanico de posibilidades frente a una intervención en esta problemática, a fin de que se considere por un lado, una reparación de la situación respecto de la resignificación propia de la

experiencia vulneradora, que al mismo tiempo no re- victimice promoviendo la aparición continua del recuerdo traumático, lo cual podría reactivar sintomatología ya remitida o controlada. Además, se busca contribuir a una técnica que junto al beneficio que tiene en sí misma, pueda solapadamente contribuir a potenciar el desarrollo de otras áreas del niño/a, ya sea la creatividad, el disfrute de actividades recreativas e interés por el medio ambiente. El objetivo general de esta investigación es Aproximarse a las percepciones de 5 niños/as y sus adultos a cargo, respecto de la utilización de la técnica de intervención basada en el reciclaje y cuidado del medioambiente, en el proceso terapéutico realizado en PRM de la ciudad de Talca en el período 2014-2015.

Antecedentes teóricos

El servicio Nacional de Menores aporta datos estadísticos de acuerdo a niños y niñas que han ingresado a Centros bajo la causal de un delito en la esfera de la sexualidad, correspondiendo a más de 40.000 niños y niñas en el año 2014 a lo largo de todo Chile (SENAME, 2015).

En cuanto a la oferta que ofrece el estado para tratar de manera psico-socio-legal vulneraciones graves, están los llamados “PRM”, Programas de Protección Especializados en la Reparación del daño asociado a Maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual constitutivo de delito, ejercida en contra de un niño, niña y/o adolescente. Estos proyectos se enfocan en contribuir a la plena protección de los derechos de esos niños, niñas y adolescentes, como primer objetivo marco, a fin de promover una recuperación integral mediante la intervención especializada, que aborde principalmente la resignificación de las experiencias abusivas que los niños, niñas y adolescentes han vivenciado, y además asegurando una interrupción de cualquier vulneración y promover contextos adecuados para el desarrollo del proceso (SENAME, 2015).

Modelos Explicativos

El Enfoque Ecosistémico de Bronfenbrenner en una vivencia de abuso sexual pretende que se considere tanto a la víctima como al victimario, a la familia, al sistema escolar y el papel de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, respectivamente. Esta

mirada permite una visión más integral del contexto en que acontece la situación y permite el diseño de estrategias de intervención adecuadas, enfocando el fenómeno desde una óptica general, considerando todos los factores implicados en una situación de esta naturaleza (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002).

En el caso de que un niño/a sea víctima de una persona que no es familiar, pero que si ocupa un lugar importante dentro del círculo cercano a la familia, estamos hablando de abuso sexual por parte de un conocido. En cuanto a su perfil, por lo general son del sexo masculino y no mantienen relaciones sexuales con adultos, y acceden a niños/as mediante el cariño, el chantaje, mentiras, engaños, y utilizando este vínculo cercano y de confianza ganado con los padres para presionar a participar de estos actos sexualmente abusivos, generando una influencia poderosa consiguiendo el silencio de la víctima, atrapándola en una esfera confusa en donde no encuentra explicaciones lógicas y cree en la persuasión del abusador, mientras este continua engañando a los adultos con una fachada agradable y noble (Barudy, 2001).

Daño emocional

Smith y Bentovim, (1994) definen 5 dimensiones de síntomas que podrían presentar niños y niñas que han sufrido una vulneración de derechos en la esfera de la sexualidad: *Efectos sexualizadores*; afectando específicamente en las conductas sexualizadas que pudieran presentar tanto niños como niñas, caracterizadas por una adaptación patológica a la dinámica del abuso en donde tienden a relacionarse de manera seductora y sexualizada con su entorno o sexo opuesto. *Efectos emocionales*; entre los cuales se aprecian sentimientos de culpa y vergüenza al sentirse partícipes de la situación abusiva, desencadenando además sentimientos de vacío como sensación subjetiva. *Efectos depresivos*; entre los cuales generalmente se aprecian los síntomas asociados a la depresión en niños, pero que no llegan a constituir un cuadro sino que un conjunto de síntomas. *Efectos ansiosos*; caracterizados por alteraciones en el sueño tales como pesadillas y miedo. También se podrían dar síntomas psicossomáticos. Y *Efectos conductuales*; caracterizados por una conducta disruptiva, hiperactiva o por el contrario, conducta retraída introvertida repentina, distinta al estilo vivencial con el cual la persona generalmente se relaciona con

su entorno. Finkelhor y Browne (1995), definen dinámicas traumatogénicas que se podrían desencadenar luego de una experiencia sexualmente vulneradora, siendo: *sexualización traumática*, caracterizada por el conocimiento inapropiado de la sexualidad que tiene la víctima, en relación al ciclo evolutivo e ideas erróneas acerca de la conceptualización del cuerpo y repetición e interés por conductas sexuales. *Traición*, definida por la conciencia de la víctima de que una persona cercana a el/la ha transgredido límites y que ha traicionado su confianza, desarrollando una alteración en el establecimiento de relaciones de confianza. *Indefensión*, donde se observa un fuerte sentimiento de perder el control de la situación y de alta vulnerabilidad, apreciando que su territorio y espacio personal han sido invadidos. Y *Estigmatización*, caracterizada por mensajes negativos que oye de sí mismo son comentados desde la figura del agresor, como también dentro del entorno y son integrados por el niño/a dañando su autoimagen alcanzando altos niveles de culpa y vergüenza.

Metáfora e intervención

El uso de la metáfora dentro de las terapias psicológicas infantiles, puede ser de gran utilidad, ya que dentro de la evaluación, pueden contribuir al fortalecimiento del vínculo terapéutico y facilitar al paciente el rol del psicólogo, así también reunir el material necesario para la elaboración del diagnóstico. Por otro lado, dentro de tratamiento mismo, la metáfora podrá contribuir en el análisis y explicación de las estrategias a emplear, con el objetivo de presentarlas de modo atractivo para el niño, pudiendo además ser un factor que permita lograr una adherencia terapéutica y que el niño se encante con su proceso. Finalmente, durante la fase final de la terapia, se podrá llegar a una consolidación de lo que el paciente ha logrado en toda su terapia, comprendiendo la razón de esta fase final. Por lo anterior, se evidencia que la utilización de esta herramienta permite llegar al establecimiento de una alianza terapéutica, facilitar al niño la comprensión de las técnicas que se desean implementar, siendo un mecanismo amigable para su etapa del desarrollo, permitiendo un enganche lúdico dentro de la terapia, siendo apropiado incluso en niños pequeños (Bunge, Gomar & Mandil, 2007).

Desarrollo artístico

Es claro que, si un niño/a a corta edad es capaz de expresar emociones mediante sus creaciones artísticas, más lo podrá lograr un niño de mayor edad, teniendo más desarrolladas sus capacidades cognitivas y motrices, lo que con el tiempo aumenta con una eficaz estimulación (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Se añade además que consideran fundamental la necesidad de estimulación, pudiendo los adultos colaborar en sus procesos de crecimiento y desarrollo cognitivo, fomentando la estimulación de la imaginación, la curiosidad por enterarse de lo que ocurre a su alrededor y de abstraer nuevos conocimientos, para que logren explorar el mundo y conocerlo con seguridad y entusiasmo (Barudy & Dantagnan, 2005).

Infancia y medioambiente

El contacto con el medio ambiente y el cuidado de la naturaleza puede generar un florecimiento valórico y espiritual, y se aprecia que mientras menores sean los niños/as, más abiertos a estas ideas están, puesto que en la adolescencia se da una disminución de la motivación por características propias de esta etapa del desarrollo, es por eso que resulta interesante poder inculcarlo desde pequeños (Castrechini & Pol, 2013). La consciencia del cuidado hacia el medio ambiente y todo el entorno natural, puede ser beneficioso a la hora de realizar actividades que se enmarquen en un proceso terapéutico de Salud Mental en población infanto juvenil, ya que suelen tener más conductas pro ambientales, si se les fomenta desde pequeños, pudiendo llegar a ser grandes activistas de la naturaleza, lo cual se explica porque los niños/as son más abiertos al cambio y menos inmersos en el sistema económico (Bedim, Bolzan, Castelláy & Galli, 2013). Además, promover conductas amables hacia el exterior fortalece la salud mental de niños/as, ya que la amabilidad hacia el entorno es una motivación con una base emocional promotora de conductas prosociales, sin la expectativa de un beneficio recíproco (Corral, Fraijo, Ortiz & Tapia, 2013).

Metodología

Tipo de investigación: En la presente investigación, se utilizará el método de investigación cualitativa de tipo exploratorio con elementos descriptivos, ya que busca

visualizar las percepciones de un grupo de 5 niños y niñas respecto de la técnica empleada en su terapia reparatoria.

Método: El método a utilizar en esta investigación, corresponde a un *estudio de caso múltiple*, con la intención de observar en profundidad el fenómeno desde todas sus direcciones, apreciando la riqueza de la información subjetiva de cada participante. Los estudios de caso analizan profundamente una unidad de análisis con el objeto de responder un problema planteado, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Participantes: Corresponde a un grupo de cinco niños y niñas que están dentro de los que han sido atendidos por la investigadora. Los participantes han utilizado esta técnica dentro de su terapia reparatoria sin exclusión de género ni edad y que además han demostrado motivación por participar en esta investigación.

Muestra: La selección de la muestra será de tipo *no probabilística o dirigida*, ya que el objetivo no es la generalización en términos de probabilidad (Hernández et al., 2010). Así también, se supondrá una muestra de *participantes voluntarios*, por tanto, se intenta que las personas respondan a una invitación respecto a su intención de participar cumpliendo con los requisitos del estudio.

Recolección de información: se analizaron documentos de cada sesión de los niños, en donde mencionaban sus sensaciones luego de los trabajos realizados, para obtener la percepción de ellos en relación a la técnica. Con las adultas responsables de ellos/as, se realizaron entrevistas semiestructuradas para obtener los resultados de lo realizado con los niños y niñas, y la percepción que las madres tienen de la técnica.

Aspectos metodológicos

Resguardos éticos

Los resguardos éticos se basaron en los lineamientos del Comité de Ética Científico de la Universidad Católica del Maule. Además, no se revelan los nombres de los participantes, siendo estos modificados por unos ficticios. Los niños, niñas y adultas a cargo han sido protegidos resguardando su integridad psíquica, ya que no se llevaron a sesión ni a entrevistas remembranzas que pudieran desestabilizarles, trabajando mediante la técnica como puente de información.

Fundamento del análisis usado

Se utilizó la *teoría fundamentada* propuesta por Glaser y Strauss (1967, citado en Hernández et al., 2010), la cual consiste en un procedimiento sistemático de orden cualitativo con el objeto de generar una teoría que explique en un nivel conceptual un área de estudio. Por tanto, lo que se pretende es generar una teoría sustantiva de naturaleza local que explique las características de esta nueva técnica de intervención.

Triangulación

Las entrevistas realizadas a las adultas a cargo, serán parte de la triangulación de la información que complementará lo recogido entre los documentos de los niños y niñas. Por tanto se realizará entre la teoría y las dos fuentes de información.

Resultados

Principales hallazgos:

El valor metafórico de la acción concreta de reciclar un acontecimiento traumático produce descanso y una sensación de felicidad luego de modificar los recuerdos negativos. Se sabe que no pueden desaparecer, ya que son eventos vitales, pero está presente la idea de modificar la sensación desagradable que produce en sí mismos, lo cual tiene efectos visibles en su conducta, en su autoeficacia y en los síntomas que presentaron antes de iniciar su terapia psicológica.

El beneficio de disfrutar de un espacio de relajación que puede ser, tanto dentro de un contexto terapéutico, como en un contexto natural en el hogar, en donde la adquisición de materiales es fácil y no se requiere de instrucciones, solo la imaginación propia estimulando imágenes mentales. En el contexto del hogar, esto podría llevar a fortalecer el vínculo fraterno y parento filiar, ya que se observa que dentro de las familias se ha incorporado el deseo de cuidar el medio ambiente y seleccionar materiales para reciclar y hacer manualidades o para llevar a centros de acopio.

En cada trabajo finalizado, existe la sensación de haber logrado un objetivo, y se espera el reconocimiento de personas que visualicen ese objetivo como un logro, reforzando su autoeficacia, sintiendo que han sido capaces de realizar lo que se propusieron.

Esta técnica contribuye a la generación de consciencia pro ambientalista, que se disipa entre las redes que pueda tener el niño/a, lo que podría contribuir a aumentar el volumen de personas que proteja el medio ambiente y se motive por esta causa.

Discusión

Mediante esta investigación, se pueden visualizar grandes hallazgos en el ámbito de la psicología y que pueden también compararse con otras investigaciones y estrategias para abordar el tema de la vulneración de derechos a la infancia. Se aprecia que, las técnicas graficas proyectivas que utiliza CAVAS (2003), contribuyen a este problema social que daña profundamente la estructura conductual y emocional de niños y niñas, asimismo, se visualizan diversos tipos de daño emocional dependiendo de diversas variables, como por ejemplo la relación que se tenga con el agresor/a, lo que también es difícil de trabajar, puesto que muchas veces este suele estar al interior de la familia (Ministerio Público, 2010).

Tal parece entonces que pese al gran abanico de posibilidades para abordar terapéuticamente esta problemática, se requieren aún más posibilidades, que puedan abordar no solo un ámbito del daño emocional, sino que también poder contribuir a desarrollar y/o desplegar habilidades ya existentes, y de esta manera nos centraremos no solo en lo negativo o en el factor de riesgo, sino que también podemos potenciar áreas que conlleven a una contribución de la salud mental integral de niños y niñas y a sus necesidades infantiles (López, 2008).

Por lo anterior señalado, se aprecian técnicas gráficas, bandejas de arena, juego, y otras técnicas que se han utilizado en los centros de reparación, en donde han existido indicadores de logros importantes, ya que si se continúan implementando PRM a nivel nacional, esto responde a que habría un avance en los procesos (Fundación CRATE, 2013). La experiencia del Centro Unamos Las Manos considera una tasa de ingresos alta que va en ascenso debido a la necesidad de intervención para niños y niñas debido a las causales de ingreso que presentan, pero sin embargo, no se han realizado mayores actualizaciones en el modo de trabajo, ya que en comparación al modo de intervenir desde la primera

sistematización a la última, no se visualizan grandes cambios en técnicas de intervención que apuesten por un trabajo más integral, un modo dinámico, lúdico y que promueva la utilización de espacios naturales, que potencie la vinculación con su entorno familiar y/o próximo y que le permita a las figuras significativas incorporarse a las actividades que se pueden extender incluso más allá del Centro de intervención.

En la actualidad chilena Badilla (2011), ha incorporado al contexto terapéutico el material reciclado para el trabajo con personas con necesidades especiales, lo cual aparece como una nueva forma de intervenir a modo de inclusión y añadiendo lo que es la amabilidad con el medioambiente, lo que hoy en día es verbalmente conocido pero prácticamente casi invisibilizado, y como resultado se obtuvo que las personas demostraban más confianza y seguridad en sí mismas, un hallazgo muy relevante en el área. Además como es sabido, los niños, mientras más pequeños, más arraigan la idea y la motivación hacia la protección y el trato cuidadoso hacia el ambiente natural (Castrechini & Pol, 2013).

En el extranjero, la investigación basada en las artes y la arte terapia también impulsa luces hacia novedades a la hora de intervenir, y por supuesto, cada intervención en particular, considerando que todo niño/a es distinto, por tanto su proceso de intervención debería considerar esas particularidades (McNiff, 2008).

Michea (2015) en su Tesis: “Biblioterapia: los cuentos como una herramienta utilizada en las intervenciones clínicas reparatorias de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales”, también realiza una contribución novedosa que abre una nueva manera de intervenir en este ámbito de la psicología, ya que podría adaptarse a diversos esquemas terapéuticos para poder abordar temáticas ya sea en vulneración de derechos o en otros motivos de consulta.

Por último, esta técnica de intervención que funda el objetivo central de esta investigación, busca principalmente poder contribuir en este ámbito de la psicología, tal como lo han deseado las dos investigaciones anteriormente destacadas, y en este contexto también busca poder ampliar fundamentalmente el foco de una intervención rutinaria y

típica dentro de un box de atención, pudiendo expandir esta intervención a contextos naturales, incorporar a otros miembros de la familia, e incluso poder llevar los aprendizajes a contextos escolares u otros donde el niño se desempeñe, tal como lo ha hecho una de las niñas que formó parte del grupo niños/as incluidos en esta investigación, quien en la actualidad forma parte del grupo Forjadores Ambientales de su establecimiento educativo, esto, como valor agregado a todo lo que significó este proceso de intervención, en donde además de resignificar experiencias negativas de su experiencia, desarrolló habilidades sociales, interés por cuidar el medioambiente, fortaleció confianza en sí misma y reforzó la vinculación que existe entre ella y su madre, quien apoya permanentemente esta iniciativa. Por lo anterior señalado, se considera de suma importancia actualizar formas de intervención y potenciar factores protectores en niños/as junto con abordar el motivo por el cual han ingresados.

Conclusiones

La investigación realizada ha sido creada con la intención de aportar en el ámbito de la psicoterapia con niños y niñas que han sido gravemente vulnerados en sus derechos, pudiendo desarrollar una nueva técnica que les permita, principalmente reelaborar la situación vulneradora, y junto con ello, poder desarrollar otras áreas de su desarrollo, incorporando la consciencia hacia el cuidado del ambiente natural que les rodea.

Se realizó un trabajo con tres niños y dos niñas, analizándose los dichos que ellos indicaron posterior a cada sesión en donde se utilizó la técnica del estudio. Todos ellos ya en una fase avanzada del proceso psicoterapéutico, estando ya en el trabajo de la resignificación del acontecimiento vulnerador. Hubo dos fuentes de información, por un lado el análisis de los registros evolutivos de los niños/as posteriores a las sesiones en donde trabajaron con la técnica, y las entrevistas realizadas a las adultas, en relación a la técnica utilizada. Estas dos fuentes de información fueron analizadas y dieron como resultado la coincidencia de 8 categorías presentes en ambas fuentes, lo cual formó parte de la triangulación de la información. Las categorías halladas fueron: Transformación de los recuerdos /de lo negativo a lo positivo, Reciclaje, Cuidado del medioambiente –animales, Relajación, Vínculo terapéutico, Logros alcanzados y cambios posteriores, Ser capaz de–

autoeficacia, Vinculación con figura significativa. Se apreciaron beneficios en la utilización de esta técnica, distintos a los beneficios entregados por otros métodos de intervención, ya que añade específicamente la importancia de potenciar factores protectores en el niño/a y no trabajar desde el déficit de forma central, sino que además de resignificar el evento traumático. También se desarrollan otras aéreas que aportarían en la minoración de sintomatología subyacente al acontecimiento, junto con desplegar recursos que le permitan una sensación de aporte hacia su entorno y el descubrimiento de sus propias potencialidades.

Referencias bibliográficas

- Almonte, C., Insunza, C., & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30.
- Barudy, J. (2001). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación* (3a ed.). Santiago: Editorial Galdoc.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bedim, L., Bolzan, C., Castellá, J., & Galli, F. (2013). Comportamiento proambiental en la infancia: un análisis de niños del sur de Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(3), 459-471.
- Badilla, C. (2011). *Arte terapia: una manera de fortalecer la autoestima*. (Disertación de Postgrado no publicada). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2007). Implementación de metáforas en la terapia cognitiva con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 239-249.
- Castrechini, A., & Pol, E. (2013). ¿Disrupción en la educación para la sostenibilidad?. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(3), 333-347.

- Corral, V., Fraijo, B., Ortiz, A., & Tapia, C. (2013). Las virtudes de la humanidad, justicia y moderación y su relación con la conducta sustentable. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(3), 361-372.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1995). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Fiscalía Nacional del Ministerio Público. (2010). *Guía para la evaluación de daño en víctimas de delitos sexuales*. Documento de trabajo interinstitucional. Santiago: sin publicar.
- Fundación CRATE. (2013). Sistematización programa de intervención especializada en reparación de maltrato infantil grave Unamos Las Manos 2010-2013. Chile: [s.n].
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª. Edición). México: Editorial McGraw-Hill.
- Michea, J. (2015). *Biblioterapia: los cuentos como una herramienta utilizada en las intervenciones clínicas reparatorias de niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales*. (Disertación de Pregrado no publicada). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- McNiff, S. (2008). Handbook of the arts in qualitative research: perspectives, methodologies, examples, and issues. *SAGE Research Methods*, 3,1-19.
- Policía de Investigaciones de Chile. (s.f.). *Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales (Cavas Metropolitano) área reparación*. Santiago: Instituto de Criminología. Recuperado de <http://www.policia.cl/jenafam/cavas/downloads/infocavas.pdf>
- Servicio Nacional de Menores SENAME. (2015). *Catastro de la oferta programática de la red SENAME*. Recuperado de <http://www.sename.cl/wsename/otros/op/CATASTRO-201501.pdf>.
- Smith, M., & Bentovim, A. (1994). Sexual abuse. En Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (Eds), *Child and adolescent psychiatry*. London: Ed Blackwell Science.

López, F. (2008). *Necesidades infantiles, la respuesta de la familia, la escuela y la sociedad*. España: Universidad de Salamanca.

Padres presentes en la crianza de sus hijos/as criados bajo un estilo machista: qué motivaciones los llevan a ejercer este rol.

Gerardo Chandía Garrido

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Nélida Ramírez Naranjo

Universidad Católica del Maule

Introducción

Considerando los cambios culturales originados principalmente por la transformación de los papeles sociales de las mujeres, dentro y fuera de la familia, caracterizado por una participación más activa en el ámbito público e incorporación al ámbito laboral, como también cambios en la estructura y dinámica familiar, la tendencia hacia la individualización de los derechos y los cambios en las formas de intervenir a las familias, ha llevado al hombre a cuestionar su rol tradicional en términos de su ejercicio de la parentalidad (Ugalde, 2002). Este cuestionamiento se asocia principalmente a una nueva generación de padres, que no les acomoda el rol tradicional marcado por un estilo machista y patriarcal, por tanto se encuentran en una fase de transición hacia una nueva masculinidad. Dichos padres además asumen una crianza activa en relación a sus hijos/as, evidenciándose más bien una co-parentalidad con la madre, lo que sin duda trae beneficios para el desarrollo emocional de los niños/as.

Por otra parte, si bien existe claridad de los beneficios de la participación de los hombres en la crianza de sus hijos/s un porcentaje muy bajo ha adoptado el ejercicio de un rol basado en la igualdad y en base a una nueva masculinidad. Así también, la evidencia clínica del investigador, ha llevado a evidenciar que la mayor parte de los hombres que hoy en día intentan ejercer cambios hacia una paternidad presente, provienen de estilos de crianza basados en modelos tradicionales (patriarcales). Lo anterior, necesariamente nos lleva a cuestionarnos qué hace que estos hombres, a pesar de ser criados bajo un modelo machista, hoy se cuestionen su masculinidad, considerando que las investigaciones señalan que los seres humanos tienen tendencia a repetir los patrones interiorizados en base a modelos de sus figuras significativas. Por tanto, la presente investigación pretende conocer

cuáles son las motivaciones que llevan a estos padres a cuestionarse su masculinidad a pesar de haber sido criados bajo un modelo machista, que nos permita comprender el fenómeno y generar estrategias de intervención acorde a los resultados obtenidos.

Antecedentes teóricos

Rol de Género

Para hablar del rol de género debemos distinguir entre el concepto de sexo y género. El primero se entiende como el componente de índole biológico y reproductivo y el segundo, como aquellos aspectos psicológicos, sociales y culturales que se adjudican las personas de acuerdo al sexo (Rivera & Ceciliano, 2004).

En Chile, durante la mitad del siglo XX, las políticas públicas de Estado fortalecieron un tipo de ser familia: nuclear patriarcal, donde existía acuerdo en que era la mujer la que debía responsabilizarse de lo privado y los temas ligados a la familia, siendo la encargada de las tareas de cuidado y labores domésticas. El hombre pertenecía a lo público y era el encargado de proveer económicamente a la familia (Celedón, 2013). Este tipo de socialización responde a estilos de educación desde el nacimiento con el objeto de responder a modelos que asignan funciones y roles determinados según el sexo, los que se van adquiriendo a través de la socialización (Aguayo & Kimelman, 2012).

Cambios en los roles de género

Existen varias situaciones que explican que durante las últimas décadas se haya producido un cuestionamiento a los roles tradicionales y hegemónicos de género (cambios demográficos, incremento de nivel educativo de las mujeres y su incorporación al ámbito laboral). Este debate ha traído algunos avances como el incremento de los tiempos que los padres dedican a sus hijos/as, una mayor conciencia y responsabilidad sobre el deseo de tener hijos/as y una cercanía afectiva hacia éstos, sin embargo, sigue siendo un obstáculo la incorporación de los hombres al ámbito de responsabilidades domésticas y la remoción de la violencia (Ugalde, 2002; Celedón, 2013). En Chile, recién en los años ochenta las ciencias sociales comenzaron a investigar temáticas de hombres y fue recién en la mitad de

la década del noventa cuando se comienza a de-construir la masculinidad hegemónica (Olavarría, 2007).

Masculinidades alternas

Pizarro (2006) define las nuevas masculinidades en base a distintos aspectos, entre ellos: Masculinidad alterna, cada hombre elige su forma de relacionarse con otros hombres y la forma de cómo expresar sus sentimientos hacia ellos; Masculinidad y relaciones dentro de la familia, se reconoce que todos los miembros de la familia tienen los mismos derechos y obligaciones, se da importancia a valorar el trabajo doméstico y la distribución igualitaria de roles; Masculinidad y relaciones de pareja, se enfatiza en la capacidad de resolver conflictos de pareja sin violencia, se crea un clima de confianza y apoyo y Masculinidad y salud, expresar dolor no es síntoma de debilidad, sino el reconocimiento de las limitaciones físicas y la necesidad de ayuda y apoyo.

Rol de género y paternidad

Si pensamos que la paternidad, es parte de la masculinidad, ésta debe cumplir los atributos que caracterizan al rol masculino. En este contexto, se espera que los hombres de acuerdo a su rol asignado bajo el rotulo de fuertes y protectores, tengan la capacidad de defender la integridad de la mujer y garantizar la integridad de la familia, además de desempeñar el rol de proveedor familiar. Así también, de acuerdo a su rol de dominación, el poder recae sobre él, lo que significa que la imposición de la autoridad es su responsabilidad, no solo con su mujer, sino también con sus hijos/as (Montesinos, 2004).

Cambios en los roles de género y paternidad

Ortega (2004), establece 3 tipos de paternidad masculinidad, entre ellas:

(1) Paternidad tradicional: más prevalente en hombres de más de 50 años, se basa en una referencia biológica de las diferencias entre hombre y mujer, siendo el hombre el encargado de proveer y responsable de la autoridad y la disciplina. Prevalece la concepción que el rol de las mujeres debe ser pasivo y subordinado y el de los hombres activo y dominante.

(2) Paternidad moderna: más prevalente en hombres entre 20 a 49 años. Poseen una visión más integral de la paternidad, incluyendo dentro de sus roles la función afectiva y de cuidado de los hijos/as.

(3) Paternidad en transición: definidos básicamente como aquellos padres que se encuentran en una fase intermedia entre las dos etapas anteriores.

Paternidad y aspectos legales

La Convención de los Derechos del Niño ratificada por nuestro país en el año 1990 (UNICEF, 2004), hace énfasis a la importancia de la co-parentalidad de diversos artículos. Así también en las distintas conferencias internacionales hacen referencia a la participación de los padres en la crianza de sus hijos/as, ejemplo de ellas son la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) (Aguayo & Kimelman, 2012), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), entre otros. En Chile, resulta relevante señalar las modificaciones realizadas al Código Civil, de acuerdo a la ley N° 20.680 que da énfasis a la co-parentalidad y la ley 20.545 (citada en OIT-PNUD, 2013) que modificó el Sistema de Protección de la Maternidad, incorporando el permiso postnatal parental.

Impacto de la paternidad activa en los hijos/as

Diversos autores como Allen y Daly (2007), Barker (2003), Nock y Einolf (2008), Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid y Bremberg (2008), Ravanefra (2008) (citados en Aguayo, Correa & Kimelman, 2012), señalan que cuando los padres se involucran activamente en la crianza de sus hijos/as, estos presentan un mejor desarrollo en distintas áreas, bienestar que se traspa a los propios padres y a los demás integrantes de la familia como las madres.

Datos sobre participación de los hombres en la crianza de sus hijos/as

Diversos estudios (SERNAM, 2009, IMAGES, 2011, OIT-PNUD, 2013), realizados en nuestro país, muestran que si bien los hombres se muestran más preocupados de ejercer su paternidad, su participación en las tareas domésticas es muy escasa, centrando su desempeño básicamente en roles como el juego, paseos y apoyo en tareas escolares de sus hijos. Respecto a su participación en el ámbito de salud, se han realizados esfuerzos con el

objeto de aumentar la participación de los varones. De acuerdo al estudio sobre Paternidad en el Sistema Público de Salud Chileno (2012), se evidencia que ha existido un aumento de la participación de los padres en los servicios de salud en relación a sus hijos/as, en especial en las prestaciones como el parto y los controles prenatales, evaluándolos como momentos con alto significado emocional. No obstante, en las demás prestaciones su participación es más bien baja. En lo que respecta a la crianza de los hijos/as los resultados de la encuesta “Padres del Bicentenario” realizada por el SERNAM en el año 2010 (citado en OIT-PNUD, 2013) concluye que la mayoría de los padres se definen como “colaboradores”, sin embargo no asumen la misma “responsabilidad” en la crianza de sus hijos/as que las madres. Por último, respecto a la conciliación trabajo familia, en Chile la Ley 19.532 del año 1997 (citado en OIT-PNUD, 2013) asociado a la implementación de la Jornada Escolar Completa (JEC), se ha definido como una buena práctica en torno a facilitar la conciliación trabajo-familia. No obstante, los mayores beneficios se restringen casi con exclusividad a las regulaciones laborales para la protección de la maternidad, dirigidas a mujeres cuyo trabajo se ampara en la legislación laboral.

Aspectos pendientes para aumentar el rol activo de los padres

En este sentido, el Estado en su rol de generador de políticas públicas adquiere un papel importante, siendo necesario generar medidas para lograr una mayor equidad en el cuidado de los hijos/as, a través de promover una mayor presencia de las mujeres en el mercado del trabajo remunerado, promover salarios igualitarios entre hombres y mujeres, legislar postnatales masculinos más prolongados (Aguayo et al., 2012) y políticas públicas que permitan la conciliación de trabajo y familia, que permita a los varones participar en las necesidades de sus hijos/as. Así también, es necesario que los distintos profesionales que trabajan con padres generen prácticas que permitan hacer efectiva la incorporación e involucramiento activo de los hombres en el cuidado y crianza de sus hijos/as (Aguayo et al., 2012).

¿Estamos realmente frente a una nueva paternidad masculina?

Las construcciones de género necesitan tiempo para poder generar cambios, es así como comúnmente los hombres y mujeres se sienten incómodos cuando se transgreden

espacios que han sido definidos tradicionalmente para cada uno (Ramírez & Cervantes, 2013). Al parecer estamos recién en una fase de transición, donde existe una confusión de roles entre una paternidad tradicional versus una moderna. Leñero (1994) (citado en Barker & Verani, 2008) señala que estamos frente a una forma de “neomachismo” o “machismo light”, es decir, hombres más abiertos a la igualdad de género pero manteniendo roles tradicionales. Se debe considerar que al parecer existe un ordenamiento de género que se encuentra institucionalizado, definiendo prácticas sociales que fortalecen la resistencia de los varones a establecer relaciones más equitativas, no solo en el ámbito público, sino también en el ámbito privado.

Aspectos metodológicos

Tipo de investigación

Se utilizó el método de *investigación cualitativa de tipo exploratorio con elementos descriptivos*, considerando que lo que se pretende conocer y comprender son las percepciones de los padres en torno a un fenómeno, lo cual supone, por parte del investigador, un acercamiento con fines interpretativos, buscando comprender las formas que tienen los sujetos de vivenciar una realidad particular.

Método y participantes

Se utilizó el método de *estudio de casos múltiples*. La selección de la muestra fue de tipo *no probabilística o dirigida*, cuya finalidad no es la generalización en términos de probabilidad (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Así también, se consideró una muestra de participantes voluntarios, por tanto, se solicitó que las personas respondieran a una invitación respecto a su intención de participar cumpliendo con los requisitos del estudio, padres que ejerzan una parentalidad presente criados bajo un modelo machista. El número de sujetos fueron cuatro padres. El nivel socioeconómico no fue requisito excluyente.

Procedimiento de recolección de información

Se elaboró una encuesta con el objeto de establecer un screening de los participantes que cumplieran con los requisitos para el estudio. Se aplicaron un total de 14 encuestas de los

cuales solo 5 cumplían con los requisitos del estudio (paternidad presente y haber sido criado bajo un modelo machista). En base a lo anterior se definen los 4 participantes del estudio que fueron invitados a participar voluntariamente de la investigación. Se elaboró pauta de entrevista que fue revisada a través de la modalidad de criterio experto por dos profesionales con especialidad en la temática.

Resguardos éticos

Los resguardos éticos se basaron en los lineamientos del Comité de Ética Científico de la Universidad Católica del Maule.

Fundamento del análisis usado

Se utilizó la *teoría fundamentada* propuesta por Glaser y Strauss (1967, citado en Hernández et al., 2010), la cual consiste en un procedimiento sistemático de orden cualitativo con el objeto de generar una teoría que explique en un nivel conceptual un área de estudio. Por tanto, lo que se pretende es generar una teoría sustantiva de naturaleza local que explique las motivaciones que llevan a los padres criados bajo un modelo machista ejercer una parentalidad presente con sus hijos/as.

Triangulación

Se utilizó la triangulación de sujetos, es decir, considerando que los participantes del estudio cumplen las mismas características, se procedió a identificar si sus relatos resultan consistentes entre ellos, existiendo una concordancia y similitud de acuerdo a las dimensiones observadas.

Resultados

En lo que respecta a los modelos de crianza, si bien todos los participantes provienen de familias cuya dinámica familiar se caracterizaba por estilos relacionales tradicionales (machismo), se observa una figura materna preponderante, desde un rol protector, afectivo y que inculcaba la participación en labores domésticas, además de tomar la mayoría de las decisiones a nivel familiar, considerando que era la que pasaba más tiempo en el hogar. Por otra parte, la figura paterna se visualiza como presente pero lejana afectivamente,

intentando inculcar dos valores principales: la importancia del trabajo y la responsabilidad, así también en él recaían las decisiones más importantes, por lo general del ámbito económico. Otro factor relevante es que no se observan situaciones de violencia de género de carácter grave. En relación a la participación en labores domésticas, se observa que participan de forma activa y en la mayoría de las labores, no obstante sigue existiendo una tendencia a evaluar esta cooperación como ayuda más que como un equipo de trabajo, existiendo una distribución de funciones con algunos tintes de roles tradicionales. Así también, se autodenominan como inexpertos en estas funciones, otorgándole la experticia a sus parejas.

Respeto a la participación en labores de crianza, se observa una participación activa en la totalidad de las funciones. Acá, si bien siguen reconociendo que la mujer posee mayor experticia, ésta se tiende a equiparar desde la práctica. Refieren además la importancia que sus parejas les “permitan” cuidar. La temática de co-parentalidad aparece como un tema zanjado, señalando que la distribución de funciones es por lo general equitativa.

Se observa un número equitativo tanto de facilitadores como obstaculizadores del ejercicio de una paternidad participativa. No obstante, destacan tres aspectos que se repiten en las narraciones obtenidas. En lo que respecta a los facilitadores destacan: importancia de la figura materna, la construcción de una nueva masculinidad y la importancia de la relación de pareja. En relación a los obstaculizadores, destacan: presiones del entorno, condiciones laborales y factores culturales.

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que los hombres que participaron del estudio dan cuenta que provienen de dinámicas familiares donde prevalece el estilo tradicional, consistente con lo que señala Ortega (2004) asociado a un “paternidad tradicional”. No obstante, en el estudio se detalla que son las mujeres las encargadas de tomar las demás decisiones que conciernen al ámbito privado y cotidiano, refiriéndolas como figuras relevantes. Respecto a los roles de género transmitidos por los padres y madres, se observa consistencia con lo señalado en el marco teórico asociado a las

diferencias entre el estilo de crianza en el caso de ser hombre versus el de ser mujer. Un aspecto que aparece en tres de los cuatro participantes se asocia a que si bien existía un estilo tradicional de roles de género, su figura materna les inculcó la importancia de participar de las labores domésticas, involucrándolos en dicho rol desde pequeños.

Por otra parte, en lo que respecta a la participación en labores domésticas se observa que los participantes se involucran de forma más activa al rol de participación activa en dichas tareas, aspecto considerado por Pizarro (2006) como una de los aspectos que definen las nuevas masculinidades. No obstante, igualmente se observan situaciones que se asocian a que este cambio se encuentra en proceso. Tales situaciones se asocian a que sigue apareciendo el ejercicio desde un rol de “ayuda” más que de responsabilidad compartida de forma igualitaria, además de entregarles la experticia de las labores domésticas a las mujeres.

Respecto a los roles de crianza, se observa que los padres que participaron del estudio participan de forma activa en los roles de crianza, existiendo mayor equidad de roles y distribución de funciones, lo que da cuenta que los padres le están dando más importancia a su participación dentro del rol de crianza. Un aspecto importante a considerar en la participación de los varones en las labores de crianza se asocia a que todos señalan que sus parejas les permiten su participación, definiendo a sus parejas como “compañeras” en este rol. Situación relevante de acuerdo a lo planteado por Ramírez y Cervantes (2013), quienes señalan que uno de los aspectos que limita la participación de los varones en nuevos roles, se asocia a que algunas mujeres no permiten que los hombres se involucren en actividades que culturalmente les “pertenecen”.

Dentro de las barreras que impiden el ejercicio de una paternidad presente, se observan situaciones que se asocian a lo definido por Celedón (2013), quien refiere que el ordenamiento de género se encuentra institucionalizado en distintos ámbitos (familiar, escolar, trabajo, iglesia, entre otros). En el presente estudio estas barreras responden a la presencia de estereotipos de género tradicionales incorporados por los varones, influido factores culturales, además de altas cargas laborales y académicas, en una sociedad que

privilegia lo individual por sobre colectivo, señalando escaso tiempo, además de dificultades económicas que los lleva a la necesidad de trabajar más tiempo para conseguir lo deseado. Por último, se observa la presión que ejerce el entorno en relación a hombres que intentan ejercer un estilo parental más igualitario.

Por otra parte, dentro de las variables que influyen en que los padres adopten un estilo de crianza participativo, se observa que todos los entrevistados refieren un estilo de masculinidad alterna (Pizarro, 2006). Refieren además que intentan ejercer un rol paterno “mejorado”, es decir, logran reconocer aspectos positivos de ambas crianzas (paterna y materna), prevaleciendo el rol materno. Un último aspecto importante lo constituye la relación de pareja, definida como una compañera de un proyecto común, con un estilo relacional basado en el buen trato.

Respecto a los roles que juegan otras instancias de socialización, se observa que en general los distintos contextos en que se desenvuelven los hombres, ya sea laboral, con su grupo de pares, escuela de sus hijos/as y familia extensa, continúan replicando modelos tradicionales de roles de género.

Tal como señala Andrews y Bonta (2006) en su modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad, donde refieren factores de riesgos dinámicos (susceptibles al cambio) y estáticos (no están sujetos a cambio), se establecieron aspectos tanto favorecedores como dificultades asociados al ejercicio del rol paterno. Lo anterior, con el objetivo de sentar las bases para la generación de propuestas de intervención centradas justamente en los aspectos modificables, dentro de los cuales se encuentran: estilo relacional con pareja, constructos de masculinidad, desgaste debido a cargas laborales extensas, distribución del tiempo, factores económicos y estilos de afrontamiento frente a presiones del entorno, entre otros. Por otra parte, se evidencian situaciones que no dependen directamente del sujeto como son: el estilo de crianza, cambios en el sistema educacional, factores culturales que siguen imponiendo un estilo tradicional y condiciones laborales que no permiten la conciliación trabajo familia.

Conclusiones

Dentro de las barreras presentes en el ejercicio de la paternidad presente se encuentran factores individuales como de índole socio-cultural. Por tanto, si bien los resultados nos permiten identificar factores a intervenir a nivel terapéutico, existen varios factores donde es necesaria la propuesta de políticas públicas que conlleven a cambios a nivel cultural, que si bien sabemos necesitan tiempo y son paulatinos, se deben generar a corto o mediano plazo. Dentro de estas destacan las propuestas de cambio a nivel de la legislación laboral (conciliación trabajo-familia), además de cambios a nivel de la legislación educacional de los niños, niñas y adolescentes.

El rol que juegan otras instancias de socialización, por lo general son más bien de replicar estilos de paternidad tradicional, lo que resulta consistente con lo señalado en investigaciones anteriores, donde se define que si bien hay intentos por generar mayor equidad de género, estos más bien se mantienen en el discurso más que en la práctica. Por tanto, resulta necesario generar instancias de sensibilización de la importancia del rol paterno, no solo dentro de las labores de crianza, sino también en la realización de tareas domésticas. Por otra parte, si bien hoy en día la mayoría de los programas gubernamentales incorporan dentro de sus lineamientos el enfoque de género en sus intervenciones, esta variable queda relegada a cuestiones más bien prácticas y simplistas, siendo necesario la incorporación de reflexiones profundas respecto a lo que entendemos por enfoque de género. No obstante lo anterior, existe una figura que resulta preponderante como instancia de socialización que son las parejas femeninas, desde la lógica de permitir que los hombres puedan ejercitar una nueva masculinidad.

Los resultados indican que los padres que se definen como ejerciendo una paternidad presente (requisito del estudio) participan de forma activa en labores domésticas pero con tendencia a entregar la experticia a sus parejas, por ende, desde un rol más secundario. En lo que respecta a las labores de crianza, la participación resulta más equitativa, desde una co-parentalidad. Son padres además que poseen una construcción de masculinidad más cercana a lo que se define como masculinidades alternas o nuevas masculinidades (Pizarro, 2006).

Nuestra interrogante nos llevaba a preguntarnos cómo padres criados bajo un modelo machista logran ejercer una paternidad presente. En este sentido, los resultados nos llevan a centrarnos en tres aspectos que resultan fundamentales. El primero asociado a la importancia de la figura materna, visualizada como una figura cercana, bientratante, afectiva, que pasaba la mayor cantidad del tiempo con ellos y que, a pesar de estar inserta en una dinámica tradicional, intentaba inculcar un modelo alternativo al tradicional. En este contexto, los entrevistados señalan, que si bien incorporan aspectos positivos de ambos padres, optan por acercarse a un modelo más parecido al ejercido por su madre, dándole relevancia al factor afectivo como necesario en toda crianza bientratante. Otro factor a destacar es la construcción cognitiva de visualizar que el estilo parental ejercido por su padre, a pesar de reconocerle aspectos positivos, no es el que desean para sus hijos/as, por tanto, intentan ejercer un estilo parental basado en el entregado por el padre pero mejorado, es decir, incluyendo los aspectos entregados por la madre, en especial, de índole afectivos. Por último, el factor que de acuerdo al criterio del investigador resulta primordial, es la importancia de la relación de pareja, caracterizada por un estilo relacional bientratante e igualitario, pero que además permite que los hombres se incorporen en las labores de paternidad presente. Lo anterior, en ningún caso busca responsabilizar a las mujeres de la incorporación de los hombres a las labores de crianza, sino más bien, permite identificar la necesidad de generar estilos relacionales de relación de pareja basadas en el diálogo, negociación, compañerismo, equidad y buen trato, que permita además disminuir los índices de violencia intrafamiliar presentes en nuestro país.

En síntesis, de acuerdo a la presente investigación estamos frente a una generación de padres que podemos denominar generación bisagra, cercano a lo que Ortega (2004) define como paternidad en transición, es decir, que se encuentran en una fase intermedia entre una paternidad tradicional y una moderna.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra la triangulación de información con otras fuentes como son las parejas de los entrevistados. Por tanto, resulta de gran interés continuar con una línea de investigación que incorpore los relatos de estas figuras.

Referencias bibliográficas

- Aguayo, F., Correa, P., & Cristi, P. (2011). *Encuesta IMAGES Chile resultados de la encuesta internacional de masculinidades y equidad de género*. Santiago: CulturaSalud/EME.
- Aguayo, F., Correa, P., & Kimelman, E. (2012). *Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile. Informe Final*. Chile: Cultura Salud/MINSAL.
- Aguayo, F., & Kimelman, E. (2012). *Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y la crianza de niños y niñas*. Santiago: Chile Crece Contigo / Ministerio de Desarrollo Social.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4ª Ed.). EEUU: Anderson Publishing Co.
- Barker, G., & Verani, F. (2008). *La participación del hombre como padre en la región Latinoamérica y el Caribe: una revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas*. Promundo/Save de Children Brasil.
- Celedón, R. (2013). *Código de buenas prácticas laborales: Incorporación de los hombres en la conciliación trabajo – familia*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª Ed.). México: McGraw-Hill.
- Montesinos, R. (2004). La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. *Polis*, 4(2), 197-220.
- Organización Internacional del Trabajo-OIT (2013). *Panorama laboral 2010. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT.

- Olavarría, J. (2007). Distribución del trabajo en las familias y las (nuevas) masculinidades, *Reunión de especialistas: futuro de las familias y desafíos para las políticas públicas (Documento de trabajo)*. CEPAL.
- Ortega, M. (2004). Masculinidad y paternidad en Centroamérica. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 2(1), 59-74.
- Pizarro, H. (2006). *Porque soy hombre. Una visión a la nueva masculinidad*. México, Chile: [s.n].
- Ramírez, J., & Cervantes, J. (2013). *Los hombres en México: veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres, las masculinidades*. (1ª edición). México: Universidad de Guadalajara.
- Rivera, R., & Ceciliano, Y. (2004). *Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en Costa Rica*. (2a. edición). San José: Editorial FLACSO.
- SERNAM. (2009). *Valorización del Trabajo Doméstico No Remunerado (Encuesta de Uso del Tiempo)*. Documento de Trabajo N°111. Chile: SERNAM.
- Ugalde, Y. (2002). *Propuesta de indicadores de paternidad responsable*. México: CEPAL.
- UNICEF. (2004). *Derechos niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/101/todo_derechos.pdf.

Visualización de niños y niñas entre 6 y 10 años cuyas cuidadoras son diagnosticadas con depresión leve o moderada por profesionales pertenecientes a tres equipos de Salud Mental del sistema de atención primaria de la Región del Maule.

Ma. Carolina Daneck Muñoz

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Mariano Rupertuz Honorato

Universidad de Santiago de Chile

Resumen

La presente revisión teórica, sirve de base a la investigación que tuvo como objetivo conocer la visualización de niños y niñas entre 6 y 10 años cuyas cuidadoras son diagnosticadas con depresión leve o moderada, intentando identificar la existencia de un procedimiento frente a estos casos y la aplicación teórica utilizada de acuerdo a lo exigido a Centros de Atención Primaria en Salud. Los resultados, analizados bajo la Teoría Fundamentada, se asocian a la caracterización de una cuidadora de niñas y niños con diagnóstico de depresión, los efectos de este diagnóstico en ellos y la inadecuada utilización del Enfoque Biopsicosocial, así como también del Modelo de Salud Familiar, como elementos que permiten y promueven la invisibilización de niños y niñas, creando la ilusión de contar con procedimientos específicos para su pesquisa.

Introducción

La presente revisión teórica, responde a la investigación realizada respecto de la visualización, por parte de profesionales pertenecientes a equipos de salud mental, de niños y niñas a cargo de cuidadoras diagnosticadas con depresión que reciben tratamiento en aquellos CESFAM de mayor población atendida con dicha patología en su grado leve y moderado. Bajo este marco, se pretende indagar acerca de la existencia o no de procedimientos para trabajar específicamente con esta población e intervenir de acuerdo a las necesidades del caso y al modelo que guía su intervención. Para lo anterior será necesario conocer las respuestas estatales existentes y disponibles para la atención de dicha patología y cómo las actividades de intervención propuestas son ejecutadas con el fin de responder a las necesidades de dichas pacientes, las que involucran a su sistema familiar e

inciden en el desempeño del rol de cuidados frente a la infancia. Considerando el abordaje desde el Modelo de Salud Familiar, que se enmarca en el enfoque comunitario propuesto desde el Ministerio de Salud de nuestro país, implica entonces la *visualización* del entorno familiar y su inserción en la comunidad en el desarrollo de los procedimientos a ejecutar, actividades y alcance de objetivos planteado dentro del tratamiento, teniendo en consideración las actividades de intervención propuestas al nivel de atención definido, el abordaje propuesto desde lineamientos teóricos mencionados así como también temáticas de género estrechamente relacionadas al proceso diagnóstico.

Depresión, mujer y crianza

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), en adelante OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Muestra mayor prevalencia en el sexo femenino, es un trastorno mental común, especialmente en mujeres de edad fértil, en nuestro país existe una prevalencia de depresión mayor de un 11,3% en mujeres y un 6,4% en hombres (Rubilar & Halperm, 2012).

Se ha demostrado que madres deprimidas, muestran interacciones negativas, menos positivas, menos vocalizaciones, menos acercamiento y aumento de conductas evitativas (Fritsch, Montt, Solfs, Pilowsky & Rojas, 2007). El trauma relacional entre madre e hijo, producido por la depresión, genera un daño acumulativo y crónico, en el que el niño como consecuencia, sufre una pérdida en la habilidad para regular la intensidad de sus afectos y muestra un aumento a la sensibilidad a los efectos del estrés en edades posteriores, desarrollando vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas (Castro, 2011).

Una madre deprimida, aunque físicamente presente, puede funcionar psíquica y afectivamente ausente para las necesidades de su hijo, el cambio no es radical ni se produce una pérdida repentina del amor que se pueda identificar como un único suceso

traumatizante, se trata de un proceso de distanciamiento que es gradual y generalmente parcial, constituyéndose entonces el trauma relacional (Castro, 2011).

Fritsch et al (2007), realizan una investigación respecto de la salud mental de hijos de madres depresivas consultantes del sistema primario de salud, mostrando en sus resultados que los hijos de dichas madres presentarían una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales (49,8%), lo que supera la prevalencia en la población general (5%). Llama la atención entonces, que ningún programa de tratamiento de la patología depresiva en nuestro país incluya una evaluación de los hijos, quienes pudiesen constituir un grupo de alto riesgo. Sumado a lo anterior, cobra relevancia la consideración del enfoque Biopsicosocial, de uso obligatorio en los diferentes niveles de el cual propiciaría la visualización de problemáticas, de los diferentes consultantes, en áreas biológicas, sociales y psicológicas considerando una atención integral desde el Modelo de Salud Familiar propuesto mas tarde para la ejecución de las prestaciones establecidas e indicadas.

Existe un aumento significativo de la incidencia de depresión en la mujer durante los años en edad fértil, disminuyendo después de los 45 años. Por lo tanto, los efectos negativos de la depresión de la mujer en el funcionamiento familiar impactan en la etapa más sensible de la crianza de los hijos. Sin perjuicio de lo anterior, ningún programa de tratamiento de la patología depresiva en nuestro país incluye una evaluación de los hijos, quienes pudiesen constituir un grupo de alto riesgo (Fritsch et al., 2007).

Bagner, Pettit, Lewinsohn y Seeley (2010), considerando la proliferación de teorías que existen respecto a la influencia de síntomas depresivos en la crianza de los hijos, realizan un estudio con el fin de identificar cual es el período particularmente sensible a los efectos negativos de esta patología sufrida por las madres, llegando a la conclusión que el periodo sensible y de mayor vulnerabilidad, de riesgo específico, sería el primer año de vida del niño, sin distinción de género, pudiendo predecir problemas internalizantes mas no externalizantes. A pesar de proponer esta teoría en general para depresión en mujeres, hacen alcance a la importancia de los primeros meses del post parto, ya que serían predictores de problemas de conducta en los niños.

Callender, Olson, Choe y Sameroff (2012), siguiendo en la línea anterior, realizan un estudio longitudinal con niños preescolares (entre 3 y 5 años) con el fin de explorar diferentes vías posibles por las cuales las conductas externalizantes en niños son transmitidos desde padres deprimidos a sus hijos. Concluyen que padres con sintomatología depresiva que perciben la conducta disruptiva en los niños como característica propia del niño, controlable por ellos, estable, como una disposición, tienden a utilizar en mayor medida el castigo físico y propiciarían la aparición de conductas externalizantes, a diferencia de aquellos padres que perciben dicha conducta como fuera del control del niño (atribuyéndola a inmadurez o mal humor). Padres depresivos estarían más dispuestos a desarrollar actitudes negativas respecto de sus hijos, sobre reaccionando incluso al mal comportamiento esperado por etapa de desarrollo. Es relevante señalar que estos autores, hacen hincapié en que resultaría mayormente perjudicial la emisión de estas conductas por una madre depresiva, aclarando que esto se relaciona a que la madre sería quién cuidaría del niño de forma constante.

Es interesante hacer el alcance a la evidencia reportada por Bagner et al (2014), quién propone que los estados depresivos anteriores al embarazo, así como aquellos que se dan en el periodo prenatal, no lograrían predecir significativamente problemas de conducta posterior en los niños, sugiriendo que el riesgo se encuentra para esta población, específicamente durante el primer año de vida. En este sentido, Callender et al., (2012), propone que los objetivos terapéuticos de alcance en niños con conductas externalizantes, de aparición luego del año de vida, deberían incluir objetivos a trabajar con los padres respecto de la percepción que poseen de su hijo ya que esta se encuentra teñida por síntomas depresivos, propiciando respuestas negativas de los niños frente a eventos frustrantes, tanto para infancia como para adolescentes, propiciando la aparición de las conductas disruptivas.

Sin perjuicio de lo anterior, podemos apreciar como la información existente respecto del niño, se investiga e hipotetiza a través de lo que sucede con su cuidador, utilizando un papel privilegiado la madre. Pareciera que históricamente se han

diagnosticado con mayor frecuencia problemas de salud mental en mujeres más que en hombres. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha constatado de forma consistente, existe mayor probabilidad de desarrollar ciertos trastornos según género (depresión y ansiedad en mujeres, abuso de sustancias y trastornos de personalidad antisocial en hombres) lo que no se relacionaría con la prevalencia (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

Muchos enfoques se han elaborado para comprender las diferencias de género en la patología depresiva, sin embargo hasta hoy los resultados serían poco concluyentes, ya que la limitación de estos enfoques se relaciona a la explicación respecto de género y depresión sin considerar que las semejanzas y diferencias no son un fenómeno estático, sino que variable en función de las etapas evolutivas: los procesos que afectan al desarrollo a lo largo de la vida pueden incrementar o disminuir las diferencias de género en distintos momentos del ciclo vital (Cova, 2004).

Bonino (2003) refiere que el poder de la creencia milenaria del varón como modelo de normalidad es tal que invisibiliza la anormalidad y psicopatología masculina, por lo que a diferencia de las mujeres, no han logrado acceder al campo de la salud mental como sujetos de estudio y tratamiento, siendo validada la anormalidad para ellos solamente en el campo de lo penal/judicial, aludiendo a la desviación o antisocialidad masculina, que únicamente pueden ser vigiladas o castigadas, en cambio la anormalidad femenina se entiende como una construcción de la cultura patriarcal inferiorizante para las mujeres, la que podría ser deconstruida/construida desde la cultura en una propuesta de igualdad de trato entre los géneros.

Algunos autores sugieren que las diferencias se relacionan mayormente a “artefactos” y no a diferencias “reales”, ya que mujeres percibirían, reconocerían, se informarían y buscarían ayuda con mayor frecuencia que los hombres, los que expresarían su sintomatología de forma diferente (como por ejemplo haciendo abuso de sustancias) lo que incidiría en que en los hombres el diagnóstico sea diferente (Matud et al, 2006). Diversos investigadores han planteado que conductas externalizadoras (abuso sustancias, impulsividad, violencia) serían formas de reacción más típicas, ante experiencias negativas

y malestar emocional, en hombres pudiendo ser considerados como “equivalentes depresivos”, con independencia que depresión y conductas externalizadoras deberían considerarse como diferentes formas de respuesta a circunstancias semejantes, más que como diferentes aspectos de un mismo trastorno (Cova, 2004).

Para comenzar a problematizar y deconstruir la ilusoria normalidad masculina se deberá nombrar lo patológicamente silenciado, desnormalizar a los varones y entregarles el trozo de anormalidad que les corresponde, logrando encuadrar e investigar respecto de ellos, permitiendo el encuentro de un lugar en los dispositivos teóricos prácticos de la salud mental (Bonino, 2003).

La salud mental en Chile: consideraciones estatales respecto a la depresión

La primera vez que se conceptualizó formalmente la idea de los Servicios de Salud Mental comunitarios y de integración en Atención Primaria de Salud (en adelante APS) fue en 1966 en un primer Programa Nacional de Salud Mental, el que no llegó a ser implementado por falta de apoyo político y de recursos. Uno de los autores de este primer plan fue el profesor, y Doctor, Juan Marconi, quién lideró un grupo universitario que se trasladó desde el principal hospital psiquiátrico del país al sector sur de Santiago, en 1968, con el objeto de desarrollar una experiencia piloto de psiquiatría comunitaria, experiencia que fue diseminada en pequeña escala a otros lugares de Chile. Dichas experiencias fueron clausuradas por la Dictadura Militar en 1973, logrando con el retorno a la democracia en 1990, la posterior creación del Plan de Salud Mental y Psiquiatría (en adelante PSMP) en el año 2000 (Minoletti et al., 2012).

El propósito del PSMP consistía en contribuir al desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de las personas junto al logro de metas individuales y colectivas (Valdés & Errázuriz, 2012). Con este fin se plantean 7 áreas programáticas prioritarias en el país, encontrándose en su cuarta prioridad el tratamiento de personas afectadas por depresión (Ministerio de Salud, 2000). Dicha prioridad es incluida en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el año 2004 como parte de la reforma en salud, lo que ha permitido la integración de la depresión

en forma considerable, donde más del 80% de las personas de 15 años pertenecientes al seguro público son tratadas en nivel primario de salud por médicos generales y psicólogos. (Minoletti et al., 2012).

Minoletti (2005), realiza un análisis de las dificultades y falencias, así como también resultados, presentadas por el PSMP a 10 años de su funcionamiento, respecto de los logros alcanzados destaca la creación del Programa de Detección Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión (en adelante PDTID), el que se inicia en el año 2001, logrando al cabo de 3 años generalizar en todos los centros APS, articulados con los centros de atención psiquiátrica.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 destaca la expansión del Programa Integral de Salud Mental en APS a partir del 2006, la cual incorpora la atención en depresión como una de sus prioridades (Minoletti et al., 2012). Sin perjuicio de lo anterior, la nueva estrategia nacional de salud reconoce como un problema el que no haya mediciones de resultados específicos en salud mental, proponiendo medir en forma periódica la prevalencia y discapacidad poblacional asociada a los problemas que se desprenden del PSMP 2000, proponiendo conjuntamente aumentar la cobertura de equipos especializados en salud mental y mejorar la calidad de las intervenciones (Valdés & Errázuriz, 2012).

Cabe señalar que el acceso a especialistas de salud mental es complejo, especialmente para los sectores pobres de la sociedad, por lo que la mayor cantidad de casos son tratados en APS, caracterizándose esta atención por ser desorganizada y frecuentemente no efectiva tanto en países ricos como pobres. La depresión, frecuentemente no es reconocida, y la iniciación y adherencia a tratamientos es pobre. Contamos con médicos que poseen deficiente entrenamiento formal para realizar el trabajo en la atención primaria, que atienden entre 6 y 10 pacientes por hora (a pesar de esto, una hora para atención inicial puede demorar 2 meses), lo que ocasiona que finalmente, estos profesionales permanezcan en este sistema menos de dos años. (Araya, Rojas, Fritsch, Gaete, Rojas, Simono & Peters, 2003).

Salud mental en la Región del Maule

Los trastorno depresivos afectan alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, siendo dos veces más frecuente en mujeres, en el rango de 20 – 45 años (Ministerio de Salud, 2000). En la región del Maule, La población per cápita inscrita en APS es de 78,6%. Presenta una situación de salud deteriorada en comparación a otras regiones, respecto de la percepción de salud, el porcentaje de personas que percibe haber tenido depresión durante las últimas dos semanas llega al 27,2%, siendo el porcentaje más alto a nivel país, la nota promedio asignada por las personas a su bienestar mental es de 5,3 en la región, la más baja a nivel del país. En este mismo sentido, un bajo porcentaje de personas (31,9%) declara contar con redes de apoyo social (Ministerio de Salud, 2012).

El Plan de Desarrollo comunal de Salud (2015) informa que la región del Maule se divide en siete comunas, que cobijan más de las cuatro quintas partes de la población, tienen niveles de logro bajos y muy bajos en la dimensión salud. Talca ocupa el lugar 58 entre 333 comunas estudiadas en el país, posición afectada negativamente por el Índice de Desarrollo Humano de la salud, donde ocupa el lugar 228. De acuerdo al último corte per cápita validado por FONASA en Octubre del año 2014, la comuna de Talca cuenta con 199.739 personas inscritas en el sistema de salud, la población total estimada por INE para el año 2014 es de 257.483 personas, lo que permite inferir que ha sido cubierto un total de 78 % de la población estimada por INE.

Infancia y plan de salud mental: ¿cuál es el lugar de los niños en los planes de intervención?

Durante el siglo XX se aprecia un aumento en la preocupación por las condiciones de vida de la niñez, sensibilidad que se plasma en la promulgación por parte de la ONU en 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Existe hoy la preocupación por la infancia, desplegando políticas públicas, y proyectos a partir de estas con el fin de propiciar el cuidado, el buen trato, en fin, las condiciones que permitan un desarrollo sano y armónico de nuestra infancia. Sin embargo se presentan ciertas contradicciones en el trato

que reciben niños y niñas, dado que no se permite su plena participación en la sociedad donde viven, ni se considera su opinión en los asuntos que los afectan (Pavéz, 2012).

En nuestro país, la ratificación de la Convención de los derechos del niño realizada en el año 1990, un año después de su aprobación por las Naciones Unidas, fue seguida por una serie de programas enfocados en la infancia. La entonces Presidenta de la República Michelle Bachelet, firmó la ley que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social, garantizando el resguardo de la infancia, mediante el subsistema Chile Crece Contigo, a partir de su compromiso de gobierno de igualar las oportunidades de desarrollo de los niños *“independiente de su origen social, género, la conformación de su hogar o cualquier otro factor potencial de inequidad”*, lo que si bien nos sitúa en una etapa histórica marcada por las posibilidades, también lleva el sello de la desigualdad (Schonhaut, 2010).

Desde la salud mental, al analizar el PSMP, se puede percibir la importancia teórica del enfoque comunitario, el cual es explicitado en distintos momentos, relacionando este con la relevancia del abordaje desde esta orientación dando importancia a intervenciones que involucran a las personas desde su integralidad, planteando como primera prioridad la promoción y prevención en salud mental, donde se indica *“el desarrollo de habilidades para el fortalecimiento de personas, familia y grupos”* (Ministerio de Salud, 2010). Sin perjuicio de lo anterior, al momento de proponer las intervenciones posibles, estas son explicitadas considerando los niveles de atención existente en el país en relación a las prioridades programáticas establecidas, donde una de ellas refiere aquellas dirigidas a las personas que poseen diagnóstico de Depresión. Para el sistema primario de atención, dichas actividades refieren una serie de intervenciones mencionando a qué profesionales de los equipos corresponderían, sin embargo la ejecución de dichas intervenciones se centran en el consultante, considerando el entorno familiar en actividades relacionadas a psicoeducación en el contexto de la consulta médica de salud mental, no existiendo consideraciones respecto a esto en las diferentes áreas planteadas con posterioridad (consulta de salud mental, intervención psicosocial grupal, psicoterapia grupal, intervención/actividades comunitarias y consultoría/enlace salud mental) en las que objetivos e intervenciones no consideran familia o la existencia de niños en dicho entorno, dejando entrever la

permanencia y persistencia, de un modelo más bien biologicista en la intervención, más que la aplicación de un Modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario, de utilización obligatoria en APS.

Aquellas intervenciones dirigidas a población infantil quedan entonces restringidas a aquellas prioridades programáticas que se dirigen directamente al tratamiento de este tipo de población, siendo estas: Maltrato Infantil y Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (en adelante TDAH) no contando en este caso con intervenciones del ámbito familiar o el involucramiento directo del cuidador, sino más bien relacionándolos con actividades de psicoeducación en el contexto de la consulta médica de salud mental.

Llama la atención que luego de lo anterior, nuestro PSMP, y el plan posterior 2011-2010, expone insistentemente que las intervenciones mencionadas responden a una orientación más no a una norma, clarificando que las actividades planteadas no posee obligatoriedad, dejando en libertad a los equipos de atención de implementar nuevas estrategias que permitan el alcance de sus metas, relevando la importancia del Modelo de Salud Familiar y enfoque comunitario. Lo anterior permitiría comprender como, contando con las mismas prioridades programáticas, diferentes servicios de salud cuentan con diferentes procedimientos y, por tanto, actividades en el desempeño de su labor, no unificando el quehacer ni acordando el funcionamiento respecto de aquellas actividades que mostrarían resultados positivos en términos de su costo efectividad, así como el lineamiento general para esto lo indica en sus inicios.

Existe ausencia de evaluación en la aplicación de programas de salud mental. Fritsch et al., (2012) sugieren, en el caso específico del que Programa Nacional de Depresión, que este debería incorporar una evaluación y tratamiento de los hijos de madres depresivas que presentan síntomas clínicos y sub-clínicos de posibles alteraciones de salud mental, ya que de no tratarse se mantendría la depresión en las madres, dado la influencia reciproca en la diada madre – hijo.

Castro (2011), plantea que es responsabilidad del terapeuta buscar y orientar sobre el tratamiento oportuno y precoz de padres deprimidos, ya que la depresión es una enfermedad tratable, existiendo numerosos tratamientos efectivos para esta, considerando la importancia de intervenciones tempranas preventivas, como facilitadoras del crecimiento y maduración de las capacidades de adaptación de los niños, siendo necesario activar la red social de apoyo a la familia, de la comunidad, especialmente de aquella población con mayores riesgos de depresión, intervenciones que permitirían prevenir y promover el bienestar biopsicosocial de los niños a corto y largo plazo.

Para Bustelo (2012), nos encontraríamos en presencia de la más formidable asimetría histórica la que, en la dimensión de la cultura, expresaría la relación de la infancia con la adultez predominante en la actualidad, la infancia sería situada incuestionablemente en una relación de dependencia y subordinación. Se entiende entonces que lo mejor que le puede pasar a un niño o una niña es crecer, la trayectoria del desenvolvimiento humano culmina en el adulto racional, autónomo, dueño de sí mismo, el ciclo de madurez es sinónimo de progreso lo que, a su vez, equivale a desarrollo.

Pizzo, Chardon, Krauth, Grippo, Cattaneo, Kalejman, Gomez & Biotti (2012), realizan una revisión de las investigaciones argentinas y extranjeras de los últimos 10 años, la que permite identificar una tendencia a trabajar con los niños, haciendo análisis a partir de la información que ellos mismos aportan; y a considerarlos, por lo tanto, no solo “actores” sino “agentes” sociales, activos en la comprensión y transformación del mundo en que viven.

Jens Qvortrup en Nascimento (2011), realiza un análisis estructural, donde propone a los niños/as como parte de la sociedad, siendo posible y necesario conectar a la infancia con fuerzas estructurales mayores, que expandirían la investigación sociológica de esta categoría social. Propone una síntesis de nueve tesis que explicarían la infancia como un fenómeno social, constitutivas de la “sociología de la infancia”. Es de interés para este estudio las consideraciones realizadas respecto a lo que define como la dependencia acordada de los niños por los adultos, la que tiene consecuencias para su invisibilidad en

descripciones históricas y sociales, así como para su autorización de proveer bienestar, mostrándose como una categoría minoritaria clásica, objeto de tendencias marginalizadoras y paternalizadoras, donde en muchas ocasiones la ideología de familia constituye una barrera contra los intereses y bienestar de los niños.

Si utilizamos la edad como categoría de análisis histórico, ocupa un lugar preponderante, ya que una cosa es escribir sobre temas infantiles y otra, muy diferente, es entender la cultura infantil como parte de una construcción de la sociedad, grupo social o formación de una generación, ya que ser niño implica un cambio según el contexto histórico y social del que se hable encontrándose, muchas veces, sujeto a las ideas del estado (Jackson, 2007).

Referencias bibliográficas

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simono, G., & Peters, T. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *361*, 995-1000.
- Bagner, D., Pettit, J., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period?. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *49*(7), 699-707.
- Bonino, L. (2000). *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Acaria.
- Bustelo, E. (2012). Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colectiva*, *8*(3), 287-298.
- Callender, K., Olson, Sh., Choe, D., & Sameroff, A. (2012). The effects of parental depressive symptoms, appraisals and physical punishment on later child externalizing behavior. *Abnorm Child Psychol*, *40*(3), 471-483.
- Castro, P. (2011). Depresión materna y desarrollo infantil. *Revista de Familias y*

Terapias, 20(30), 91-95.

Castro, J. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, 2, 73 - 114.

Cova, F. (2004). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23(1), 49-57.

Dos Santos, M., & Pereira, S. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 389-394.

Fritsch, R., Montt, M., Solfs, J., Pilowsky, D., & Rojas, M. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Rev. Méd. Chile*, 135(5), 602-612.

Granados, A., & Hernández, L. (2003). Patrones de daño a la salud mental: patología y diferencias de género. *Rev. Salud Mental*, 26(1), 42-50.

Huertas, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. *Revista Asociación Especialistas Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.

Ilustre Municipalidad de Talca. Departamento de Salud. (2015). Plan Comunal de Salud 2015. Recuperado en Julio 2015 de http://www.talcatransparente.cl/documentos/cat_view/53-transparencia-municipal/506-plan-comunal-de-salud

Jackson, E. (2007). Reseña de conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México, 1880-1920". *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33, 123-129.

- Matud, M., Guerrero, K., & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Minnicelli, M. (2009). Infancia, significante en falta de significado. *Educação em Revista Belo Horizonte*, 25(1), 179-202.
- Ministerio de Salud, Unidad de salud mental. (2000). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cuadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 7-440.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública*, 18(4), 58-346.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Kustner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vásquez-Barquero, J. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Revista Gac Sanit*, 18(1), 175-181.
- Nascimento, M. (2011). Apresentação nove teses sobre a “infância como um fenômeno social” Jens Qvortrup. *Revista Pro-Posições*, 22(1), 199-211.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Temas de Salud*. Recuperado en Julio 2015, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pavez, I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores Sociales. *Revista de Sociología*, 27, 81-102.
- Pizzo, M., Chardon, M., Krauth, K., Grippo, L., Cattaneo, M., Kalejman, C., Gomez,

- I., & Biotti, F. (2012). Infancia y producción de subjetividades en la niñez: el estudio de la relación adulto-niño como dimensión de las representaciones de la infancia. *Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones*, 21(2), 255-262.
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barrohilet, S., & Jadresic, E. (2010). *Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev med Chile*, 138(5), 536-542.
- Rubilar, K., & Halpem, M. (2012). Riesgos psicosociales en los hijos de personas con trastornos de salud mental. *Revista Chilena de psiquiatría y neurología en la infancia y adolescencia*, 23(1), 31-41.
- Schonhaut, I. (2010). Profilaxia del abandono: cien años de protección de la infancia en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 4(81). pp. 304-312.
- Valdés, C., & Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de Salud. *Instituto de Políticas Públicas UDP, Clave de políticas públicas*, 11, 1-10

Bienestar subjetivo en jóvenes hombres homosexuales en la región del Maule

Katherine Ramírez Venegas

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Carolina Reynados Quinteros

Universidad Católica del Maule

*“...hay jóvenes por ser, por esta orientación sexual son incomprendidos,
se suicidan, son maltratados, son violentados...
yo me siento agradecido y afortunado de en el lugar donde estoy...”*
(Entrevistado 3)

Introducción

El presente estudio de tipo cualitativo, pretende entregar una mirada descriptiva, respecto a la percepción de bienestar subjetivo en jóvenes hombres entre 18 a 22 años que se definen con una orientación homosexual en la región del Maule, identificando desde sus propias visiones, acciones que benefician y/o obstaculizan su bienestar, a fin de poder mirar su actual escenario de desarrollo y vislumbrar acciones que promuevan un desarrollo positivo en estos jóvenes.

Busca con ello sensibilizar, respecto a escenarios de riesgo y protección que vive esta población, especialmente a los padres, profesores, amigos, profesionales y población general, que conviven con estos jóvenes, pero por sobre todo a propios jóvenes que viven esta realidad.

Al dar a conocer estas experiencias y permitir visualizar que existen posibilidades para un desarrollo positivo y en bienestar, partiendo de la base de la normalidad del concepto de homosexualidad, la necesidad de igualdad, respeto, aceptación y buen trato, pero por sobre todo la relevancia que tiene el apoyo social y la revelación en la vida de estos jóvenes.

Siendo un tema relevante, si se considera la alta vulnerabilidad en la que encuentra esta población, por los constantes episodios agresivos, de discriminación y prejuicio a las que muchas veces están expuestos estos adolescentes, que inclusive han llevado a la muerte por terceros o al propio suicidio.

Adolescencia y homosexualidad

La adolescencia es considerada una de las etapas del ciclo vital en la cual se producen múltiples cambios y transformaciones físicas, psicológicas, cognitivas y sociales (Orcasita & Uribe, 2010; CONACE, 2010; Papalia, Wendkos & Duskin, 2001; Gómez & Cogollo, 2010; González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002).

Siendo, la construcción de la identidad una de las tareas del período de ciclo vital adolescente, de esta forma, muchos de los pensamientos, sentimientos y deseos de los adolescentes están dirigidos a su sexualidad, proceso que a menudo se acompaña de preocupación, confusión e incertidumbre, especialmente en lo referente a la orientación sexual, debido a que comienzan a sentir emociones y afectos con una carga libidinal hacia otras personas; con mayor frecuencia esta orientación es heterosexual, pero en otros casos puede adquirir características homosexuales o bisexuales. Esto puede generar conflictos basados en prejuicios y estigmas hacia esta población, por lo cual el sujeto que se reconoce desde esta orientación se siente más expuesto a actos agresivos, de hostigamientos o discriminación (Todo Mejora, 2013; Cortés, Pérez, Aguilar, Valdés & Taboada, 1998).

Es así entonces como actualmente, muchos adolescentes además de verse enfrentados a los distintos desafíos y cambios emocionales, cognitivo, físicos, sociales propios de la etapa de ciclo vital, deben además afrontar los prejuicios, estigmas y conflictos que conlleva aceptar un proceso de reconocimiento de una orientación homosexual, ya que la elección relacionada con el comportamiento sexual en estos casos es compleja y poco comprendida (Cortés et al., 1998), escenario que ha conllevado a que actualmente en la población y grupo de adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales muestre un riesgo más alto de presentar ideación, planificación o intentos

suicidas que sus pares heterosexuales, existiendo un alto riesgo de presentar ideación suicida y/o intentos suicidas asociados a experiencia de bullying (MINSAL, 2013).

De hecho cifras obtenidas en los EEUU, indican que los adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT), son 4 veces más propensos a suicidarse que sus pares heterosexuales y la cifra aumenta a 8 veces si existe rechazo familiar. Es así como entonces la acogida y aceptación familiar y del entorno, se relaciona a una mejor autoestima y salud general, además de ser un factor protector contra la depresión, el abuso de sustancias y la ideación y conductas suicidas (MINSAL, 2013).

En Chile, de acuerdo a los datos aportados por UNICEF, el mayor grado de prejuicio en los adolescentes está en relación con los homosexuales (Todo Mejora, 2013). Por esto, es muy relevante sensibilizar a la población respecto al respeto a la diversidad, comprendiendo y visibilizando a todos los adolescentes como sujetos de derecho, no centrándose en el análisis negativo de una orientación homosexual, sino buscando las acciones que contribuyan al bienestar y el desarrollo positivo de estos adolescentes, generando espacios acogedores que faciliten una mejor inserción y trato igualitario para estos, evitando así las conductas de riesgo antes mencionadas y los hostigamientos y bullying.

Actualmente en Chile, la homosexualidad se presenta como un tema contingente, donde si bien se han iniciado acciones nunca son suficientes. Una de las estrategias para manejar el bullying y producto de la brutal tortura y homicidio de un joven homosexual, se promulga en 2014 la ley 20.609, denominada Ley antidiscriminación o Ley Zamudio, la cual establece medidas contra la discriminación, además también, se han creado spot publicitarios entre otros medios, todos actos incipientes que buscan sensibilizar en el tema (Nieto & Parada, 2014).

Por todo lo señalado, es que se hace relevante mirar desde los propios jóvenes homosexuales, como evalúan su vida a través de la percepción de bienestar subjetivo a fin de conocer desde primera fuente como evalúan sus vidas, qué aspectos la facilitan y cuáles

consideran obstaculizan su desarrollo positivo a fin contar con herramientas e información que aporte al bienestar de estos jóvenes y a disminuir la ejecución de conductas de riesgo.

Bienestar

Si bien el concepto de bienestar ha sido usado por años, solo recientemente se ha definido en forma más clara, esto producto de que el énfasis tradicional en el área de la salud mental, se ha centrado en la patología y en los déficit, existiendo una notable falta de investigación empírica acerca de los factores de riesgo y de protección de las personas y el desarrollo de habilidades y competencias personales que beneficien el bienestar de los individuos (Cowen, 1991, citado en Martínez & Cumsille, 1996; Chavarría & Barra, 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud, bienestar lo define no sólo como el estado de bienestar físico y mental sino también social, aludiendo a la eficacia funcional tanto a nivel celular como social incorporando la necesidad de armonía con el medio ambiente, por ello desde una perspectiva psicológica y social, el bienestar no consiste sólo en la ausencia de síntomas o emociones positivas sino también que la persona se valore a sí misma, tenga relaciones positivas con otros y crea que controla su ambiente (Bilbao, 2008 citado en Zubieta & Delfino, 2010)

En cuanto al concepto de bienestar subjetivo, Ryff (en Gómez & Cogollo, 2010) plantea que el bienestar no es la ausencia de malestar o de trastorno psicológico, sino más da énfasis a la autorrealización, el significado vital, ciclo vital y el funcionamiento mental óptimo; otros autores reconocen la relevancia en el concepto de bienestar a la personalidad, la calidad de las interacciones sociales, las relaciones familiares positivas y la autoestima.

Bienestar subjetivo se entiende como el conjunto de percepciones, evaluaciones y aspiraciones de las personas acerca de sus propias vidas (UNICEF, 2012), correspondiendo al componente cognitivo de este constructo el concepto satisfacción vital, que se define como la evaluación general que una persona hace de su propia vida (Chavarría & Barra, 2014; San Martín & Barra, 2013). Este concepto aporta una visión positiva, pues se refiere a situaciones, comportamientos y relaciones que influyen en el bienestar de las personas, visualizando aspectos que benefician u obstaculizan el desarrollo de las personas, pudiendo

contribuir a generar acciones de promoción y prevención para la población que se estudia (UNICEF, 2012).

Aspectos metodológicos

La presente investigación, se plantea desde un enfoque cualitativo, ya que este estudio busca acercarse a través de un proceso flexible de conocimiento a la realidad de los jóvenes homosexuales recogiendo e intentando “reconstruir” la vivencia de estos adolescentes en la línea de su bienestar, a través del desarrollo natural de los sucesos, no manipulando o alterando sus espacios de desenvolvimiento, siendo naturalista, partiendo de la base de que la “realidad” se define por medio de las interpretaciones de los participantes del estudio, por lo anterior, esta investigación pretende conocer desde sus participantes como ellos evalúan y definen su bienestar desde su subjetividad, conociendo los aspectos que benefician y/o obstaculizan su desarrollo y rescatando las interpretaciones que ellos realizan de su vida y satisfacción vital (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; Rodríguez, Gil & García, 1996).

Tiene un alcance descriptivo, ya que busca conocer características de las personas, grupos, comunidades, objetivos o cualquier otro fenómeno, siendo útil para reflejar las dimensiones de un fenómeno, en este caso percepción de bienestar en adolescentes homosexuales hombres, (Hernández, et al., 2010).

Desde este enfoque, la investigación cualitativa describe, comprende e interpreta los fenómenos, por medio de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, así se recolectan datos sobre diversos conceptos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar en este caso bienestar en jóvenes homosexuales de la región del Maule (Hernández, et al., 2010; Valles, 1997).

Esta investigación contó con la participación de 5 jóvenes homosexuales hombres entre 18 a 22 años que residen en la región del Maule y el objetivo general de la investigación fue conocer la percepción de bienestar subjetivo de jóvenes hombres con

orientación homosexual en la región del Maule. Corresponde a un estudio de casos múltiples con metodología cualitativa, que utilizó una entrevista semi estructurada.

Para el análisis de los datos se utilizó la teoría fundamentada, por considerar que la teoría va emergiendo fundamentada en los datos, considerando un proceso no lineal y flexible (Hernández, et al., 2010; Ameigeiras, et al., 2006).

Resultados de la investigación

Se encontraron coincidencias en grandes áreas:

Concepto de bienestar:

Los jóvenes coinciden en su totalidad, en visualizar un estado de bienestar como un período de satisfacción, tanto consigo mismo pero también con el entorno, entregando relevancia a este último aspecto, en relación a la capacidad de aceptación y acogida que este brinde en sus vidas, percibiendo una integralidad en el concepto. No restringiendo el término a la individualidad y salud física.

- *“Bienestar es estar bien con uno mismo tanto en lo físico, lo psicológico y en lo social”. (E1)*
- *“Sentirse mejor con uno mismo.....que amigos, tu pareja en ese sentido si tienes, familia, pucha las personas que uno conoce también que te sintai acogidos por ellos si.....entonces personas así que son heterosexuales que te digan oh tu gay y que digan bakán igual puedo tener un hermano si los quiero caleta te ayuda a sentirte mejor contigo mismo”. (E2)*
- *“Es como uno sentirse bien o estar cómodo con lo que uno hace con lo que uno es en general...es como el bienestar propio y en el entorno po”, “es sentirse cómodo bien con la sociedad”. (E4)*
- *“Sentirse bien como con uno, pero aparte como que el ambiente también te haga sentir bien” “si el ambiente te va generando dificultades o cosas eso también merma tu bienestar...tiene que ver con uno y con el ambiente....”. (E5)*

Percepción de bienestar subjetivo:

Los jóvenes participantes, manifiestan actualmente sentirse en bienestar y con satisfacción con sus experiencias de vida, a pesar de que reconocen haber experimentado etapas traumáticas, dolorosas y críticas en su desarrollo, rescatando una visión positiva y de aprendizajes de las experiencias vividas.

- *“Mi infancia y mi adolescencia no fueron lindas....tuve que madurar antes...no tuve tiempo de ser niño...yo pienso que mi vida no fue fácil pero rescato cosas buenas....” (E1).*
- *“...Siempre positivo al contrario, me carga ser negativo por que si soy negativo todo va ser negativo entonces si en cambio si soy positivo le doy un toque a que la vida sea más así...”, “Yo me siento con muchos logros...” (E2)*
- *“Super positivo...de hecho me siento agradecido, yo soy creyente en Dios....entonces yo me siento super agradecido de eso, de la vida que me ha tocado, la gente que me ha tocado conocer, eh... mis papás, de la gente que Dios me ha puesto en el camino. agradecido...con todas las cosas que uno ve....no sé, de que hay jóvenes por ser por esta orientación sexual son incomprendidos, se suicidan, son maltratados, son violentados...yo me siento agradecido y afortunado....de en el lugar que estoy...” (E3).*
- *“...He pasado por períodos bien fuertes y momentos felices como todas las personas, pero es una vida que igual me ha enseñado harto a la corta edad que tengo...”, “...pienso que todas las cosas como malas que uno vivió se quedan en el pasado, siempre tratar de rescatar las cosas buenas po, las cosas buenas del entorno, no las cosas malas y si tuviera que elegir otra vez elegiría la misma (vida)...”, “...no todo es malo en la vida....o sino ya me hubiera matado que rato y ...siempre pienso que de las cosas malas uno va aprendiendo...” (E4).*

Factores que benefician el bienestar subjetivo:

Apoyo social y de redes significativas

Los jóvenes participantes de la investigación describen que una de las bases fundamentales para su bienestar radica en el apoyo y afecto incondicional que puedan recibir de sus redes significativas, principalmente de su grupo familiar en relación a su orientación sexual.

- *“la aceptación de mis papás...que me ha llevado a estar bien hoy día emocionalmente, sentirme bien... es la aceptación de mis papá, el que mis hermanos me apoyen, el de haber encontrado una pareja estable es un apoyo fundamental...”*, *“...el apoyo de las personas que están a mi alrededor es importante...”* (E3).
- *“...una de las cosas que me ha tirado pa arriba en este tiempo como en mi bienestar es mi mamá porque ella se la ha jugado por mí”* *“...que la familia lo apoye, que la familia sea un factor de apoyo”* (E5).
- *“Es bueno sentirse escuchados, el que te quieren, que te comprenden, te conversan...”* (E4).
- *“el apoyo es fundamental, yo pienso que en todo homosexual, el apoyo de los papás o de las personas más cercanas es fundamental...”*. *“mi familia ha sido todo en este proceso, ellos desde que supieron nunca me dieron la espalda, siempre me dijeron que siempre me iban apoyar, que yo iba a ser su hijo, iba a ser su hermano, su primo, lo iba a ser siempre sea como sea y eso te sirve de mucho...”* (E1).
- *“...sentirse apoyado, aceptado, tu misma familia que te apoye es lo fundamental porque tus amigos pucha...te podí buscar unos amigos en cualquier otro lado y que sea y que te acepten en cambio a tu familia no podí cambiarla de un día a otro...”* (E2).

Revelación de su orientación homosexual

En base a los resultados de la investigación se deja en evidencia desde el relato de los jóvenes que el proceso de revelar, de contar o manifestar a otro significativo su orientación sexual, es un evento que genera un cambio y quiebre positivo en la vida de ellos en base al apoyo que puedan encontrar. Permitiendo esta instancia canalizar y despejar angustias y temores previos a la revelación asociados a si contaran o no con apoyo familiar.

- *“...y ahí ya eso fue lo que marco un antes y un después po, porque yo sentí su apoyo, ellos me apoyaron, nunca me dejaron solo y eso me sirvió decir ehh pucha no me importa el resto a mí me importaba que las personas más cercanas a mí lo supieran y sigamos dando la pelea”* *“uno siente que se te va un peso de encima que*

tu familia sepa porque al fin y al cabo es tu familia, lo más cercano, lo más importante” (E1).

- *“...entonces desde ahí en adelante yo como que tome más fuerza o sea todo a mi alrededor cambio...”, “...ese fue el punto no sé, como que marco mi antes y después... que ahí ya tuve más confianza en mí, entonces mi autoestima, yo ya me sentía querido, apoyado, mi autoestima estaba bien, ahí fue como una explosión” (E3).*
- *“falta que sepan los demás y cuando sepan voy a poder quedarme super pleno” (E5).*

Respeto, buen trato e igualdad

A través de la investigación se aprecia que los jóvenes dan importancia al cómo ellos son percibidos y tratados por el entorno, enfatizando en la relevancia que tiene el buen trato, el ser percibido como igual y normal respecto a otros seres humanos en el bienestar. Realzando la idea de no ser reconocido y etiquetado desde su orientación sexual sino más bien desde la totalidad de sus características y recursos personales.

- *“...tratarme como uno más eso me hace sentir bien que nadie que ya no me presenten como Fulanito homosexual...”, “Que se me mire como persona no como mi orientación” (E4.)*
- *“...me encantaría que las personas pudieran entender que somos todos iguales po, así que no haya discriminación” “Que se pudieran casar...” (E2)*
- *“...la sociedad yo creo que igual a lo mejor sería un mundo más feliz po, si la sociedad fuera más...más abierta de mente...por ejemplo vea... a una pareja homosexual y que no esté diciendo cosas pesadas...y siempre respeto, por que sea como sea es una persona igual a ti, que lo tienes que respetar igual” (E1).*
- *“...donde se desempeñe también las personas sepan y lo apoyen” “respetarlo” (E5).*

Factores o acciones que obstaculizan o colocan en riesgo el bienestar en jóvenes homosexuales

Agresiones y prejuicios por la orientación sexual

Uno de los aspectos que los jóvenes visualizan como un elemento que obstaculiza el bienestar y que afecta el desarrollo positivo hace alusión, a la mantención de espacios y contextos donde se agrede ya sea verbal, físicamente o a través de actos discriminatorios a la población homosexual. Señalando que constantemente son víctimas de episodios agresivos, donde prevalecen comentarios despectivos o bromas a este grupo humano, debiendo desplegar ellos la tolerancia y paciencia frente a estos escenarios.

- *“uno hubiera sido mujer se habría ahorrado de miles de cosas, los mismos insultos de repente que hay en la calle que tú por que teni el cuerpo más detallado...oh mira el maricón por así decirlo...” “los griteríos que se pongan a gritar cosas malas en la calle...a nadie le gusta recibir insultos” (E2).*
- *“...uno se encuentra con gente más inmadura...que no piensa si es que a ti te va hacer bien que te estén molestando y ellos no se plantean eso... ellos les interesa molestar, molestar, molestar” “mi suegra dice que nosotros somos unos demonios” (E1).*
- *“...igual uno ha sabido que han hablado de ti...” “...se junta con puras niñas y que es un maricón...” “como minoría no yo siento que estamos siempre en peligro de que aparezca alguien que rechaze” “...la agresión verbal, la intolerancia...” (E3).*
- *“tolerar las tallitas...” “si porque los caballos, los maricones, los huecos...” (E4).*

En este escenario, mencionan que existen ciertos espacios donde se perciben mayores limitaciones para insertarse y desarrollarse plenamente, una de las cuales señalan es el ámbito religioso. Exponen, que desde sus experiencias, la religión no ha facilitado la clarificación y desmitificación del tema de la homosexualidad, por ende, refieren que sus seguidores se adscriben a sus planteamientos los cuales en muchas ocasiones afectan la interacción y convivencia con la población homosexual.

- *“la gente de repente tiende aclararse en este aspecto, pero salen otras voces negativas, pueden ser las voces religiosas que ha estado muy en tema entonces eso hace que la gente sienta como el miedo a asumir la realidad, entonces por eso se dice...no que el ser homosexual es enfermedad y empiezan a decir otras cosas que en verdad no son ciertas” (E3).*

- *“ es que mi mamá no me deja juntar contigo porque soy...es que yo voy a una iglesia...Dios no lo permite...” (E4).*
- *“Que aparezca un sacerdote diciendo no los gay son no sé, es una perdición, no deberían haber venido al mundo, eso impacta a la gente y aunque los niños no lo demuestren después todo eso va quedando” (Juan).*
- *“...la homofobia más que nada, la profesora de religión era abiertamente contra los gays” (Nicolás).*

Así también hacen referencia a las fuerzas armadas y de orden como espacios donde aún prevalece desde sus puntos de vista una cultura machista y donde existirían resistencias y dificultades para ingresar a estas escuelas en función de la orientación social.

- *“ yo quise postular a la banda de los carabineros...eh yo postule e influyo po, me dijeron que no podía po por ser homosexual...ahí sentí discriminación” (E1).*
- *“cuando se trata de jóvenes que están en el ejercito, yo creo que se hace más difícil como mucho machismo todavía que va faltar comprender” (E5).*

Espacio escolar (colegio, liceo)

Los jóvenes plantean en sus discursos que el espacio escolar en sistema formal básica media se visualiza como un escenario de riesgo para un adolescente con una orientación homosexual tanto en base a sus propias vivencias como lo que han observado. Refiriendo que en este contexto los niños y jóvenes de forma frecuente manifestarían acciones de hostigamiento y agresiones a jóvenes con una orientación homosexual configurando en algunos casos según reportan episodios de bullying, siendo identificado este espacio como de alta vulneración a esta población.

- *“...en el colegio me discriminaban, me pegaron entre varios jóvenes” “me botaron al suelo patadas me tiraron orina” (E4).*
- *“...hubieron años ya en tercero o cuarto medio super marcado que era una exclusión de mi persona, no se me pedía opinión para cuando votaban pal curso siempre me molestaron siempre toda la vida” “ el colegio no me ayudó” (E5).*

- *“Yo creo que en el ámbito de estudio en el liceo eh uno no se puede desarrollar bien” “en el colegio siempre va haber gente que te va a querer hacer la vida imposible o te va hacer bullying por ser diferente al resto” (E1).*
- *“no pude recurrir a ningún profesor y a veces me daban ganas de contarle a los profesores...”(E4)*
- *“...el mismo bullying que lleva hacer muchas cosas” (E2).*
- *“... en el colegio es súper delicado el tema yo encuentro...si porque los niños son super hirientes...” (E1).*

Conducta e ideación suicida

Los relatos de los jóvenes dan cuenta de que durante la etapa de la adolescencia y juventud ellos han presentado episodios tanto de ideación suicida como de conductas suicidas, además de haber conocido casos de pares que también han replicado este accionar.

Tanto las ideaciones como conductas autoagresivas se asocian como una respuesta y acción para manejar angustias, temores, episodios de rechazo asociados a su orientación sexual tanto en el medio familiar, educativo y social.

- *“...yo esa vez me intente suicidar” “tome medicamentos, pero tome muchos estuve en la UCI, estuve en coma unos días” (E1).*
- *“...me dieron ganas de suicidarme...tome medicamento” “...como tú vas a enfrentar la vida si la persona que tengo más cerca no me acepta como me va aceptar la sociedad” “tenía mucha pena en ese momento y quería desaparecer no más”(E4).*

Inhibición de expresión emocional

Los jóvenes coinciden en señalar que uno de los aspectos que afecta el bienestar y su desarrollo positivo, hace mención a cierta inhibición en la expresión de sus afectos y conductas asociadas a su orientación en espacios públicos, en función de la mantención de estigmas y prejuicios sociales que los exponen en estos escenarios a posibles agresiones.

- *“me gustaría andar con mi pareja de la mano por ejemplo en la calle..otras parejas heterosexuales pueden...yo pienso que ese aspecto si a lo mejor me haría más feliz” (E1).*

- “..amigos decirles pucha soy homosexual, no saber no vai a saber si tus amigos se van a quedar contigo o si no se van alejar de ti” (E2)

Conclusiones

Si bien la homosexualidad ha existido desde siempre en la historia de la humanidad, se encuentran distintas formas de entender, comprender y abordar el concepto en base a la época y las creencias de cada cultura. Es así como la conducta homosexual ha transitado entre una concepción de normalidad, de patología, de crimen y como un estilo u opción de vida (Saeteros, Sanabria & Pérez, 2014; Gafo, 1997; Espriella, 2007; Ardila, 2007).

Si existe coincidencia en definir la homosexualidad como aquella persona que se siente atraída, física, sexual y sentimentalmente por individuos del mismo sexo (Chomali, 2008; Todo Mejora, 2013).

Ahora, si bien se han realizado intentos por despatologizar y normalizar el concepto de homosexualidad, se mantiene una predominancia y una mirada desde lo anormal y distinto respecto a la cultura sexual más frecuente que es la heterosexual (Saeteros et al.2014; Barrientos & Cárdenas, 2013).

Por ello, estudiar la percepción de bienestar en la población adolescente e identificar recursos protectores y acciones obstaculizadoras para el desarrollo, es fundamental, más en la etapa del ciclo vital, si se considera que la adolescencia y juventud es un período vulnerable, de exposición a nuevas situaciones, de autoevaluación de los recursos propios y del contexto, más cuando se asume una orientación sexual que aún para el entorno tiende a ser observada desde la anormalidad.

De hecho así lo muestra la evidencia de que la población juvenil homosexual está hoy, expuesta a mayores riesgos de agresión, lo cual incluso ha llegado a desencadenar episodios de bullying, muerte por terceros e intentos o conductas suicidas (Todo Mejora, 2013).

Por ello reconocer acciones que apunten al bienestar y el desarrollo positivo es sumamente relevante, a fin de poder disminuir episodios de riesgo para esta población, pero por sobre todo aplicar medidas protectoras y que aporten al bienestar de cada uno de los jóvenes que viven esta realidad.

En concreto, esta investigación, concluye que el medio y contexto en el cual se desenvuelven estos adolescentes familia, escuela, profesionales, amigos, parejas, compañeros de trabajo cumplen un rol fundamental en el bienestar de esta población, a través del respeto, buen trato, afecto, valoración y apoyo que les puedan brindar, sobre todo en el proceso de revelación de su orientación sexual como posterior a ello. Acciones que se consideran básicas para el bienestar de estos adolescentes y de generaciones futuras y que pueden marcar la diferencia en el desarrollo y evitar así conductas de riesgo como conductas suicidas y bullying en esta población.

Referencias bibliográficas

Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez, V., Mallimaci, F., Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G., & Soneira, A. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Chavarría, M., & Barra, E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia psicológica*, 32, 41-46.

CONACE, (2010). *Drogas tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes, orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva*. Chile: Gobierno de Chile.

Cortés, A., Pérez, D., Aguilar, J., Valdés, M., & Taboada, B. (1998). Orientación sexual en estudiantes adolescentes. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14,450-454.

- Gómez, E., & Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista salud Pública*, *12*, 61-70.
- Gonzalez, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Pscothema*, *14*, 363-368.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P., (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Martínez, M., & Cumsille, P. (1996). Bienestar psicológico de adolescentes urbanos: su relación con niveles y competencia psicosocial, sistema de apoyo social y calidad del tiempo libre. *Psykhe*, *5*, 185 – 202.
- MINSAL (2013). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Chile: Gobierno de Chile.
- Nieto, R., & Parada, O. (2013). Análisis ley No.20.609: ley antidiscriminación o ley zamudio. Disponible en <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/113346>
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, *4*, 69-82.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- San Martín, J., & Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en

adolescentes. *Terapia psicológica*, 31, 287 – 291.

Todo Mejora (2013). *Orientaciones generales de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans para profesionales de salud mental*. Chile: autor.

UNICEF (2012). *El bienestar infantil desde el punto de vista de los niños*. España: autor.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Zubieta, E., & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 18, 277- 283.

Una aproximación a las barreras percibidas para el acceso a servicios de salud mental en población adolescente

Loreto Silva Saavedra

Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil

Cecilia Olivari Medina

Universidad Católica del Maule

Introducción

La salud mental es fundamental para nuestra capacidad colectiva e individual como seres humanos de pensar, de exteriorizar los sentimientos, de establecer y mantener relaciones, para estudiar, para perseguir las actividades de ocio, para tomar decisiones diarias y para disfrutar de una vida plena (Campos, Díaz, Palha, Duarte & Veiga, 2014).

La revisión de la literatura señala que, el inicio de enfermedades mentales a tempranas edades en la vida resulta en una prolongada discapacidad y carga, el curso de la enfermedad sin tratamiento es a menudo, crónico y debilitante. Existiendo evidencia sólida en el sentido que el tratamiento es central y eficiente en la reducción de la discapacidad para el individuo y su familia, mejorando los síntomas y alterando el curso de la enfermedad. No enfrentar estas brechas de tratamiento tiene graves implicancias para la salud pública (Vicente, Kohn, Saldivia & Rioseco, 2007).

La adolescencia se percibe como un período más bien saludable, de hecho las tasas de morbilidad y mortalidad son muy bajas en comparación con otras etapas de desarrollo. Sin embargo, la adolescencia sería un periodo fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que puede afectar al individuo a través del resto de la vida (Barra, Cerna, Kramm & Veliz, 2006). No obstante, los adolescentes tienden a no buscar ayuda profesional cuando se enfrentan a un problema de salud mental, lo que puede

conllevar importantes consecuencias para su desarrollo (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

Es por las razones antes mencionadas, que se hace relevante la investigación en relación a las barreras de acceso a los servicios de salud mental, puesto que obteniendo una mayor información en relación a esta temática en particular se pueden generar y desarrollar mejores estrategias para abordar las dificultades en torno al acceso a servicios de salud mental para adolescente. Como también favorecerá generar espacios en los cuales los y las adolescentes sientan que pueden generar mejores aprendizajes, pudiendo así dar un vuelco a los prejuicios asociados a la salud mental acercando así a la población tanto adolescente como general a los servicios de salud mental.

Adolescencia

La adolescencia es un proceso de desarrollo normal del individuo, pero los cambios físicos y psicológicos que presentan en esa época ocasionan desviaciones del carácter que preocupan y angustian a la familia y con frecuencia al propio adolescente, que se muestra inestable, en ocasiones agresivo y altanero, a veces retraído, indiferente o excesivamente sensible y con frecuencia se muestra hostil frente a sus padres como manifestación de su deseo de independencia. Todos estos rasgos de conducta son en general transitorios pero necesitan la comprensión, tolerancia y cariño de los padres (Álvarez, 2002).

En la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven (Domínguez, 2008).

Finalmente podemos señalar que la adolescencia es la transición entre la infancia hacia la adultez. Denominado como un proceso fundamentalmente psicosocial: no está prescrita en los genes de la especie, sino en la organización y las características de la cultura y la sociedad (López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, 2003). Esta etapa de desarrollo, ofrece oportunidades para crecer, no solo en las dimensiones físicas sino también en la competencia cognitiva y social, la autonomía, la autoestima, y la intimidad (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Salud Mental

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual como seres humanos de pensar, de exteriorizar los sentimientos, de establecer y mantener relaciones, estudiar, para realizar actividades de ocio, para tomar decisiones diarias para disfrutar de una vida plena. Por lo que una adolescencia saludable es requisito importante para una vida adulta saludable (Campos, Diaz, Palha, Duarte & Veiga, 2014).

En Chile los problemas de salud mental se convirtieron a partir del año 2008 en la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público de salud. Durante los últimos años se observa un aumento importante de patologías mentales en niños, jóvenes y adultos jóvenes. De hecho las tasas de suicidio históricamente más elevadas entre las personas mayores, actualmente tienen la tendencia a invertirse hacia los grupos más jóvenes (Rojas, 2008, citado en Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012). Si nos detenemos a evaluar este segmento de la población, encontramos que los resultados son preocupantes. Según un estudio nacional de calidad de vida y bienestar de los jóvenes, los puntajes más bajos se encuentran en la dimensión bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones (Molina et al., 2012), mientras que según un estudio nacional de prevalencia psiquiátrica infanto-juvenil, un 22% de niños y adolescentes chilenos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico (De la Barra et al., 2012, citado en Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012).

En Chile se han efectuado dos grandes estudios de prevalencia psiquiátrica en la década (1990-1999). Uno de ellos limitado a determinar prevalencias de un mes en

Santiago, y un sondeo de representación nacional de cuatro regiones (metropolitana, Bio-Bio, Tarapacá y Araucanía). Casi un tercio de la población ha tenido trastornos psiquiátricos en su vida, y 22% durante el año previo. Los trastornos por ansiedad son los trastornos con mayor prevalencia. Las depresiones mayores constituyen uno de los trastornos específicos más prevalentes, 9,2% en vida y 5,7% en un año. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas presentan también una alta prevalencia, 11% y 8,1% respectivamente. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5,5% y severos, 3,3%. En Chile se estima que 3.529.625 personas tienen el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico durante su periodo de vida y 2.495.035 han presentado un trastorno psiquiátrico en los últimos doce años (Vicente, Kohn, Saldivia & Rioseco, 2007).

En un estudio en Chile Micin & Bagladi (2011) refieren que es importante señalar que los hallazgos sobre salud mental en nuestro país, sugieren una alta incidencia de trastornos mentales en población chilena. El estudio chileno de incidencia psiquiátrica, ECPP (Vicente et al., 2002), señala que sobre un tercio de los chilenos han presentado un desorden mental a lo largo de la vida (36% incidencia-vida para trastornos psiquiátricos), encontrándose mayores incidencias-vida para los trastornos ansiosos (16,2%), trastornos afectivos (15%) y el grupo de uso de sustancias (14,4%). Se identificó a la población entre 15 y 24 años con tasas cercanas a la población total para trastornos afectivos (13,86%), ansiosos (11,3%) y esquizofrénicos (2,18%); pero tasas más altas para el consumo de alcohol y drogas (15,31%) y trastornos antisociales (1,45%). El estudio identifica que el grupo etario de los jóvenes presentan un mayor riesgo de presentar un desorden psiquiátrico, hallazgo coherente con otros estudios en relación a la misma temática (Vicente et al., 2002). Estas cifras, evidencian la necesidad de prevenir los problemas de salud mental, y favorecer la atención oportuna de estos.

Servicios de Salud Mental

La responsabilidad de la salud en la comunidad corresponde primordialmente al estado. Para cumplirla tiene dentro de su estructura, un organismo encargado de dirigir y coordinar las acciones necesarias para alcanzar el máximo posible de salud de la población, promover

su desarrollo y elevar su nivel de vida, siendo esta en nuestro país el ministerio de salud (Álvarez, 2002).

A diferencia de lo que ocurre en más de un tercio del mundo, Chile cuenta con una política pública de salud mental, con atención comunitaria para estos problemas y con una legislación que protege, al menos parcialmente, los derechos de quienes padecen enfermedades mentales. Chile tiene 4,0 psiquiatras por 100.000 habitantes, tasa que está en un nivel medio respecto de otros países en América Latina, y lejos más baja que la de países más desarrollados. En contraste, hay 15,7 psicólogos por 100.000 habitantes. La disponibilidad de atención de salud mental y de especialistas para poblaciones infantiles y geriátricas es limitada y en la mayoría de los casos, no está disponible. Además, existe una amplia disparidad de recursos disponibles a lo largo del país (Vicente, Kohn, Saldivia & Rioseco, 2007).

En la actualidad el programa de control de joven sano del ministerio de salud es la principal puerta de entrada para la población adolescente, la presente política pública está apuntando a abarcar a la población más desprotegida siendo esta la adolescencia, comprendida entre los 10 a 19 años. El programa tiene el propósito de mejorar el acceso y la oferta de servicios, diferenciados, integrados e integrales, en los distintos niveles de atención del sistema de salud, articulados entre sí, que respondan a las necesidades de salud actuales de adolescentes y jóvenes, con enfoque de género y pertinencia cultural, en el ámbito de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, incorporando a sus familias y la comunidad (Minsal, 2012).

En un estudio de la salud mental infanto-juvenil en Chile se mostró que la utilización de servicios alcanza al 33,3% de los sujetos entrevistados que presentan un trastorno habían buscado en el año previo ayuda formal o informal por problemas conductuales, emocionales, psiquiátricos o asociados a consumo de sustancias. Siendo la fuente más frecuente de ayuda los servicios educacionales, 18,1%; seguido de servicios formales de salud mental, 14,5%; solo 3,6% contacto a curanderos o medicinas alternativas. Especialmente destacable es la bajísima proporción en que se recurrió a servicios sociales

considerando la actual estructura asistencialista de nuestro país. La mayoría (66%) de los niños o adolescentes con un trastorno mental diagnosticado en el estudio no recibió atención de ningún tipo (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillan, Valdivia & Kohn, 2012).

Barreras para el acceso a los servicios de salud mental

Por barreras de acceso se entiende toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud (Campos, Celina & Herazo, 2014).

La revisión de la literatura internacional del tema, señala que pese a la mayor susceptibilidad en los adolescentes y adultos jóvenes a desarrollar un problema de salud mental, existe una tendencia a no buscar ayuda profesional (Benito, Aparicio & Briones, 2000; Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005; Sareen & Cols., 2007). En una revisión sistemática realizada por Gulliver, Griffiths & Christensen (2010), que pretende estudiar las barreras y facilitadores reportados de búsqueda de ayuda en los jóvenes, utilizando tanto la investigación cualitativa de las encuestas, grupos focales y entrevistas y datos cuantitativos de las encuestas publicadas concluyen que la barrera más mencionada fue el estigma que se informó en más de las tres cuartas partes de los estudios. Además, en casi la mitad de los estudios citados los adolescentes refieren preocupaciones relacionadas con la confidencialidad y la confianza. En más de un tercio de los estudios los adolescentes reportaron dificultades en la identificación de síntomas de los problemas de salud mental, preocupación por las características del proveedor, y la confianza en uno mismo; estos serían los principales obstáculos percibidos para la búsqueda de ayuda. Como se menciona estudio el estigma y la vergüenza para buscar ayuda han surgido, como la barrera más importante para la búsqueda de ayuda de los problemas de salud mental. La preocupación por la confidencialidad y la confianza también pueden estar relacionadas con el estigma, donde el temor a la ruptura de la confidencialidad se deriva del miedo al estigma y la vergüenza (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Este tema del estigma como barrera, también se ha identificado en adolescentes provenientes de zonas rurales, donde la

percepción de estigma se ve favorecida por la visibilidad social y falta de anonimato (Boyd et al., 2007).

En relación a la falta de accesibilidad como barrera, en las zonas rurales donde hay una escasez de profesionales de salud mental, los jóvenes pueden tener dificultades para disponer de una fuente cercana de ayuda profesional. Por otra parte, respecto a la confianza en sí mismo, tanto los adolescentes como los adultos jóvenes prefieren depender de sí mismos en lugar de buscar ayuda externa para solucionar sus problemas. Además, la investigación sugiere que la preferencia que tienen los adolescentes que prefieren ser autosuficientes en momentos difíciles, tenderían a preferir la autoayuda para abordar sus problemas de salud mental, lo cual evitaría la búsqueda de ayuda profesional (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

También se han identificado características del proveedor de ayuda que pueden ser factores que determinen la búsqueda o no de ayuda desde el profesional (por ejemplo, el psicólogo, médicos generales, etc.). Se identificó, que características como la raza, la capacidad del proveedor para proporcionar ayuda, su credibilidad, y si el profesional conoce al adolescente, pueden influir en que el adolescente busque ayuda profesional (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

En cuanto al conocimiento sobre los servicios de salud mental, se muestra que la falta de conocimiento acerca de los servicios de salud mental de los jóvenes era también una barrera percibida. Algunos de los hallazgos más relevantes es que los adolescentes tienden a no percibir al médico general como una fuente apropiada de ayuda para problemas de salud mental y que el acto de buscar ayuda es estresante para los adolescentes (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010).

Estigma como barrera

Como se ha señalado, el estigma es una de las principales barreras para acceder a atención en salud mental, según los adolescentes, por lo que es importante profundizar en esta.

Goffman (1963) define el fenómeno de estigma como los atributos de un individuo que le generan profundo descredito y desvaloración social. Según el autor, los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una “identidad social virtual” (las características que debe tener una persona según las normas culturales) y una “identidad social actual” (los atributos que efectivamente presenta la persona). Por otra parte Link et al., (citado en Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015) postulan la teoría de etiquetamiento para explicar la estigmatización hacia la enfermedad mental. Según dicha teoría, los seres humanos, por medio del lenguaje, aprenden e internalizan concepciones respecto a aquellas personas, que luego se transforman en “rótulos” con los cuales se les etiqueta, clasifica y discrimina. El estigma se transforma en un fenómeno contraproducente para lograr la plena inclusión social de los individuos con algún padecimiento psíquico.

Algunos investigadores de temas relativos al estigma han planteado que esta condición, en salud mental, el que puede clasificarse de la siguiente manera: el estigma en las personas con una enfermedad mental, el estigma de (o desde) la familia, el estigma institucional y el estigma público. El estigma en los sujetos que padecen una enfermedad mental, se manifiesta más gravemente en lo que se ha denominado como estigma internalizado o autoestigma. Esta condición se refiere a la internalización, por parte del individuo estigmatizado, de las actitudes negativas que ha recibido, lo cual está relacionado con creencias de desvalorización y discriminación de la calidad de vida, la autoestima, la autoeficacia y el agravamiento de los síntomas. Por otra parte el estigma en la familia es una condición en la que se transmite la devaluación social por estar asociado a una persona estigmatizada. Con respecto al estigma institucional, este se vincula con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas, a pesar de que las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público general, son frecuentes las actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y las limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental. Por último el estigma público se produce cuando la comunidad se comporta con prejuicios y estereotipos negativos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente hacia ellos. Estas actitudes estigmatizadoras pueden instalarse desde edades tempranas de la vida por medio del proceso de socialización (Mascayano, Lips, Mena & Manchego, 2015).

El fenómeno del estigma hacia los pacientes de salud mental ha sido identificado como una de las principales barreras para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo, el estigma no solo generado por la comunidad en su totalidad sino también de los profesionales de la salud surgiendo por esto la necesidad de crear instrumentos válidos, confiables y adaptados culturalmente para medir este fenómeno (Varas & Cols., 2012). Algunas de las manifestaciones del estigma hacia el paciente con trastorno mental pueden observarse en la falta de oportunidades de empleo, la falta de vivienda adecuada, en las barreras en la obtención de servicios de salud y en las actitudes negativas que pudieran manifestarse por parte de los profesionales de la salud (Babic, 2010 citado en Varas & Cols., 2012).

En relación a las barreras de acceso a servicios de salud mental en población y juvenil con jóvenes universitario, en un estudio realizado en adolescentes deprimidos y no deprimidos universitarios de la carreras de medicina en Filadelfia, se mostró que las principales barreras tenía relación con la falta de tiempo, lo cual fue mencionado por más de la mitad de los entrevistados. Por otra parte, se señaló la falta de confidencialidad como otra razón, el estigma asociado a la enfermedad mental, falta de fe en los servicios de salud mental, el que percibir estrés es normal en estudiantes de medicina, y la creencia que el personal tendía más a recomendar farmacoterapia con insuficiente psicoterapia (Givens & Tjia, 2002). Las barreras mentales como pensamientos que el problema iba a mejorar por si solos son más frecuentes que las barreras estructurales como la dificultad para conseguir una cita en población adolescente (Sareen et al., 2007). En adolescentes de zonas rurales, se percibe que existen varias barreras que afectan tanto su decisión de acceder a la ayuda, así como su capacidad de participar de manera efectiva con los servicios de salud a través del tiempo. Entre las barreras encontradas se mencionan las siguientes: la falta de transportes hacia y desde el servicio de salud mental, falta de profesionales capacitados en la región que se especialicen en salud mental infantil y adolescente. Los usuarios presentan frustración por largas listas de espera y la falta de servicios post-hora, llegando al punto que los usuarios se generarían auto-daño deliberadamente a fin de obtener acceso rápido. Por otra parte se menciona que la red de rumores y visibilidad social dentro de las comunidades

rurales agravan la experiencia del estigma y la exclusión social de los adolescentes (Aisbett et al., 2007).

En base a los antecedentes desarrollados se puede concluir que la temática de las barreras hacia la salud mental adolescente está cobrando mayor relevancia los últimos años, a fin de poder realizar una pesquisa a tiempo de dichas problemáticas con el objetivo claro de disminuir un deterioro significativo hacia la vida adulta. Si bien se aprecia que existen variados estudios en relación a las barreras y dificultades de acceso a los servicios de salud, es necesario generar estudios en nuestra población nacional adolescente, para así progresar en la comprensión del tema en la realidad local y poder contribuir a favorecer el acceso tomando así en consideración las vivencias de los propios adolescentes en relación a la salud mental en este grupo.

Referencias bibliográficas

- Aceituno, R., Miranda, G., & Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 3, 89-102.
- Aisbett, D., Boyd, C., Francis, K., Newnham, K., & Newnham, K. (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and remote health*, 7, 1-10.
- Álvarez, R. (2002). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual moderno.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Veliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24, 55-61.
- Benito, A., Aparicio, M., & Briones, A. (2000). Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5, 1-11.

- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Journal Compilation, 15*, 196-200.
- Campos, A., Celina, H., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*, 162-167.
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2014). Finding space to mental health-promoting mental health in adolescents (12 to 14 year olds): preliminary results of the interventions's effectiveness. *Revista de Psicología, 19*, 107-116.
- Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Notas: Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, 4*(1), 69-76.
- Givens, J., & Tjia, J. (2002). Depressed medical student's use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine, 77*, 918-921.
- Goffman, I. (1963). *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry, 10*, 1-9.
- Lopez, F., Etxebarria, I., Fuentes, M., & Ortiz, M. (2003). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental, 38*, 53-58.

Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un Servicio de Salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29, 53-64.

Ministerio de salud (2012). *Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes*. Santiago. Extraído el 20 de junio del 2015 de <http://www.minsal.cl/programa-salud-integral-adolescentes-y-jovenes/>

Papalia, D., Feldeman, R., & Martorell. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.

Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the advancement of mental health*, 4, 218-251.

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., Ten-Have, M., Belik, S., Graaf, R., & Stein, M. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Ser*, 58, 357-364.

Varas, N., Santos, A., Polanco, N., Cajigas, I., Rivera, M., Lugo, C., Rosario, E., & Rivera, E. (2012). Desarrollo de una escala para medir el estigma relacionado a problemas de salud mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 107-118.

Vicente, P., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.

Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., & Rioseco, P. (2007). Carga del enfermar

psíquico, barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile. *Rev Med Chile*, 135, 1591-1599.

Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillan, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev. Med. Chile*, 140, 447-4.

