



**INFLUENCIA DE LOS BUENOS O MALOS TRATOS PARENTALES EN EL  
DESARROLLO PSICO- SOCIAL Y PSICO-EMOCIONAL DE LOS NNA CON  
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.**

**"PERCEPCIONES DE LOS PADRES Y/O CUIDADORES DE NNA ATENDIDOS POR EL  
EQUIPO DE SALUD MENTAL VIDA NUEVA LA COMUNA DE LA GRANJA Y DE SUS  
PROFESIONALES".**

**Estudiante:** Johanna Maricel Reyes Silva

**Profesora guía:** Cecilia Leblanc C.

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social**

**Tesis para optar al título de Asistente Social**

Santiago – Chile, 2017

## ÍNDICE

### Página

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Planteamiento del Problema .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Preguntas de Investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Hipótesis .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Estrategia Metodológica .....</b>	<b>18</b>
<b>6. Variables .....</b>	<b>22</b>
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>CAPITULO I: FAMILIA Y ESTILOS PARENTALES.....</b>	<b>24</b>
<b>1. Estilos parentales o estilos de crianza. ....</b>	<b>25</b>
<b>2. Competencias: capacidades y habilidades parentales, algunas definiciones.....</b>	<b>33</b>
<b>CAPITULO II: EFECTOS DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADELESCENTES.....</b>	<b>44</b>
<b>1. Buenos tratos parentales.....</b>	<b>44</b>
<b>2. Malos tratos parentales, efectos en la salud mental.....</b>	<b>46</b>
<b>SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>59</b>
<b>CAPITULO III: SALUD MENTAL.....</b>	<b>60</b>
<b>1. Políticas nacionales de salud mental .....</b>	<b>60</b>

<b>2. Salud mental en niños, niñas y adolescentes.....</b>	<b>63</b>
<b>CAPITULO IV: EQUIPO DE SALUD MENTAL VIDA NUEVA LA GRANJA.....</b>	<b>70</b>
<b>TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS _____</b>	<b>80</b>
<b>CAPITULO V: Parentalidad y Estilos Parentales.....</b>	<b>81</b>
<b>1.- Estilos parentales.....</b>	<b>82</b>
<b>1.1 Apego seguro y capacidad de empatía.....</b>	<b>82</b>
<b>1.2. Estabilidad y accesibilidad en los cuidados de NNA.....</b>	<b>84</b>
<b>1.3.- Función socializadora.....</b>	<b>85</b>
<b>1.4.- Función educativa.....</b>	<b>88</b>
<b>2.- Efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de NNA.....</b>	<b>99</b>
<b>2.1. Parentalidad sana y bientratante v/s una parentalidad incompetente y maltratante.....</b>	<b>99</b>
<b>2.2 Efectos en el comportamiento psicosocial.....</b>	<b>108</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>114</b>
<b>HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>123</b>
<b>APORTE AL TRABAJO SOCIAL .....</b>	<b>126</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>136</b>
<b>Anexo N° 1: Operacionalización de variables.....</b>	<b>137</b>
<b>Anexo N° 2: Entrevista.....</b>	<b>146</b>

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene por finalidad identificar si existe un cruce entre el impacto de los buenos tratos parentales y la salud mental de niños, niñas y adolescentes, para así determinar cómo estos pueden favorecer el desarrollo sano de NNA.

Se realizará además el contraste de lo que implica los malos tratos a la infancia y cómo estos repercuten en la salud mental de NNA.

A raíz de esto se puede señalar que la infancia debiese ser el mejor momento de cada persona, momentos en los cuales son atendidos y protegidos por adultos, quienes no solo debiesen cumplir con satisfacer las necesidades básicas (alimentos, vestuario, hogar, salud, etcétera), de sus hijos/as, sino también debiesen proporcionar cariño, amor, cuidados, apego seguro, empatía, reglas, límites, etcétera.

Sin embargo, es sabido que no todos los niños nacen con la fortuna de contar con padres y/o cuidadores que les proporcionen estos cuidados, es más, hay algunos/as que nacen ya con la desventaja de tener padres que ejercen una parentalidad mal tratante.

“De todas las especies, los bebés humanos son los que nacen más inmaduros y necesitan que los adultos, en especial sus madres y sus padres, se preocupen de ellos durante largos periodos. Si estos no tienen las capacidades necesarias, solo el cuidado de otros animales de la manada, de la tribu o de la comunidad humana pueden evitar el deterioro del bebé o incluso su muerte”.  
(Barudy, Dantagnan, 2011:15).

Como se puede apreciar, ambos autores orientan respecto al cómo los seres humanos se necesitan los unos a los otros para vivir, más aún niños y niñas, pues

sin los cuidados que un adulto puede brindar en los primeros momentos de la vida, y de ahí, durante todo el período de la infancia, difícilmente serían capaces de sobrevivir.

Pese a que se puede pensar que por el simple hecho de ser adultos ya se está capacitado para abordar de manera óptima la formación, se puede apreciar que para todos resulta un verdadero desafío. Abundan frases tales como: “nadie está preparado para ser padre o madre”, “nadie nace sabiendo”, o “cada quién tiene sus métodos para criar a sus hijos”, etcétera.

Estos elementos mencionados muestran cierto aspecto de realidad en el proceso de asumir la formación de un hijo o hija, pues si bien cada dinámica familiar es diferente, es real también que existen ciertas conductas básicas adecuadas que se esperan de los adultos y adultas responsables de niños y niñas.

Esto quiere decir entonces, que si bien se aceptan las dinámicas singulares al interior de las familias, se ha llegado a cierto consenso en lo que respecta a las conductas que se esperan de un adulto responsable, sea este biológico o no. A estas conductas adecuadas por así decir, se les conoce como competencias parentales.

Para precisar lo que se entiende por competencias parentales se presentará la siguiente definición:

"Las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano. Las competencias parentales son parte de lo que hemos llamado la parentalidad social para diferenciarla de la parentalidad biológica, es decir, la capacidad de procrear o dar vida a una cría". (Barudy y Dantagnan, 2005: 77).

Lo antes señalado plantea que efectivamente la mayor parte de los seres humanos se encuentran preparados biológicamente para procrear y dar vida a otro

ser humano, pero no así todos se encuentran preparados para cuidar, proteger y educar a sus hijos.

En estos casos, cuando los/as adultos/as responsables no actúan de manera protectora, se les considera padres negligentes, siendo en estos casos necesario, en función de relevar el Interés Superior del Niño, contar con otros cuidadores ya sean abuelos, tíos y tías, hermanos mayores de edad o bien padres adoptivos, los cuales cuenten con las competencias necesarias para entregar estos cuidados.

Es por ello, que para esta investigación se definirá competencias parentales como las capacidades prácticas que tienen padres, madres, abuelos, abuelas, tías, tíos, padres adoptivos y/o cuidadores, para cuidar, proteger y educar a los niños, niñas y adolescentes, y de este modo asegurarles un desarrollo sano. En definitiva, un espacio en el cual se puedan desarrollar de la manera más protegida posible (obviamente pensando en las condiciones ideales en que un niño o niña debiesen formarse).

Para complementar esta idea se señala lo siguiente:

“Para ser competentes, los padres no sólo deben garantizar la correcta alimentación de los niños para asegurar su crecimiento y prevenir la desnutrición, sino que también les deben aportar experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que les permitan construir un vínculo seguro y percibir, al mismo tiempo, el mundo familiar y social como un espacio seguro. Esta experiencia dará la base de seguridad al niño para poder afrontar los desafíos del crecimiento y adaptarse a los diferentes cambios de su entorno”.  
(Sallés y Ger: p. 31, s/f).

Es importante mencionar que este estudio tiene por objetivo recoger las percepciones de los padres y/o, cuidadores y profesionales que trabajan con los niños, niñas y adolescentes del Equipo de Salud Mental de la Comuna de La Granja, que poseen un diagnóstico vinculado con el ámbito de salud mental.

Interesa aquí demostrar la relevancia que tiene una parentalidad positiva y por ende, cuán importantes son los buenos tratos en la infancia, pues las implicancias negativas que tienen los ejercicios de parentalidad maltratante en el desarrollo de un niño o niña tienen más impacto del que se piensa. Por otra parte, se busca relevar cómo estos ayudan en el tratamiento de salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

La importancia de ejercer una parentalidad bien tratante es fundamental en el desarrollo bio-psicosocial de niños, niñas y adolescentes, y requiere de un mayor esfuerzo cuando éstos sufren de alguna patología mental, pues por tener capacidades intelectuales distintas al resto, muchas veces se exponen a tratos más vulneradores y/o maltratadores. Esto se aprecia no sólo viniendo por sus padres, madres y familia en general sino que del propio entorno social, colegios, comunidad, etcétera.

Por tal motivo cabe mencionar que la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, establece en sus principios básicos la importancia de entregarle protección al niño y niña:

"El niño, por su falta de madurez física y mental necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes, como después del nacimiento". (CIDN, 1989).

Actualmente, de acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN) se reconoce expresamente al niño, niña y adolescente como un sujeto de derecho, en oposición a la antigua concepción predominante de niño, en donde este debía obediencia absoluta a los adultos, sin restricción alguna, donde los padres y/o cuidador podía corregir o criar a sus hijos mediante castigos físicos y psicológicos. Esto último fue cuestionado por organismos internacionales, por tanto, desde ahí en más, esta forma de ejercer la parentalidad se encuentra

penalizada por ley, esto quiere decir que niños y niñas, ya no son considerados propiedad de los padres, ahora son considerados sujetos de derechos.

Como consecuencia de lo anterior el Estado de Chile, al ratificar en el año 1990 el compromiso ya mencionado con la CDN, promulga la Ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Sistema de Protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, planteándose el siguiente objetivo:

“Acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder (alrededor de los 4 o 5 años de edad)...En el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a”. (Chile Crece Contigo, 2009).

De igual manera, el Ministerio de Salud, en el año 2009, señala la importancia decisiva que tiene en la vida de un ser humano, la etapa de la primera infancia, en la cual se aseguran las bases de las aptitudes cognitivas, sociales y afectivas principales, las cuales propician un adecuado desarrollo de la vida en sociedad para un niño o niña.

No obstante, a pesar de las modificaciones legales que se han realizado en relación a los Derechos de los niños y niñas, y de las promulgaciones y Políticas Sociales Nacionales que el Gobierno de Chile ha desarrollado, siguiendo las orientaciones de la Convención de los Derechos del Niño (1989), los programas nacionales que se encuentran encargados de otorgar las condiciones necesarias de bienestar y desarrollo social, tanto para los niños, niñas y adolescentes, como para sus familias, no logran entregar un apoyo integral. Al parecer, ocurre porque son muy pocos los recursos destinados a la prevención y promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Más bien los recursos se destinan a



reparación, y los recursos además no dan abasto para abordar un proceso de reparación en toda su magnitud.

Con esto no se quiere decir que no se deban invertir recursos para reparación de daños sufridos por niños, niñas y adolescentes, pero se debería destinar más recursos para prevención y promoción.

Lo mismo ocurre en el caso de la Salud Mental, los dineros destinados a la prevención de enfermedades de salud mental y tratamiento oportuno son escasos, lo que con el tiempo, y sin el tratamiento adecuado de una enfermedad de salud mental, incrementa en un alto porcentaje los costos de tratamiento. Un ejemplo es cuando no se entrega el tratamiento oportuno a un niño, niña y adolescente, y como consecuencia de esto se ve agudizada la patología, lo que luego requiere de intervenciones hospitalarias y costosos tratamientos y exámenes.

Hay diversos factores que pueden influir en la salud mental de un niño, niña y adolescente, algunos de estos pueden ser por si solos y en algunos casos puede existir más de una variable que se conjuga, tales como: el nacer con patologías de salud mental hereditarias, que la madre sufra un accidente durante el embarazo, complicaciones en el parto, factores que provoquen estrés durante y posteriores al embarazo, pérdidas de familiares significativos, e inclusive vivir en periodos de guerra.

Por otra parte hay factores que no tienen que ver con las cargas hereditarias, ni con los accidentes o eventos traumáticos de pérdidas o guerras, más bien tienen relación con factores provocados muchas de las veces por sus seres queridos, o aquellos quienes deben ser responsables de sus cuidados, algunos de estos pueden ser: violencia intrafamiliar, consumo de drogas y alcohol durante el embarazo, negligencias, malos tratos infantiles (agresiones físicas y psicológicas, abuso sexual, etcétera).

Cabe señalar que en muchas oportunidades estos no están solo conjugados entre sí, sino que además son potenciados con: el hecho de pertenecer a una familia monoparental, que no cuente con redes de apoyo, donde el niño y la niña se

encuentre solo durante el día o la noche, porque su cuidador debe trabajar; precariedad económica, vivir en sectores de alta vulneración social, vivir en sectores socio delictuales, socialización callejera, consumo de drogas y alcohol, entre otros.

Para los efectos de esta investigación, se pretende abordar aquellos que no mantienen relación con las cargas hereditarias, ni aquellos sufridos por accidentes o por pérdidas importantes de familiares, tampoco por episodios de guerra o post guerra, sino más bien que conjugados con una parentalidad sana y bien tratante, pudiesen tener un buen pronóstico. Pero, también, como estos mismos si se encuentra asociados a una parentalidad negligente y mal tratante, pueden tener resultados nefastos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

El presente documento, presenta el diseño, resultados y conclusiones de la investigación, a fin que este conocimiento pueda incentivar el trabajo preventivo en la política pública y evitar la aparición de alteraciones en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, a quienes la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar una calidad de vida que les permita un desarrollo integral.

## 1.- Planteamiento del problema:

“El bienestar infanto juvenil, es el resultado de un proceso, que es más que la suma de los aportes y las responsabilidades individuales de los padres y de los miembros de una familia. El bienestar infantil es también y sobre todo la consecuencia de los esfuerzos y recursos coordinados, que una comunidad pone al servicio del desarrollo integral de todos sus niños y niñas”. (Barudy, 2005:7).

Si bien, los padres no son los únicos responsables de proporcionar los cuidados a sus hijos e hijas, estos deben tener las capacidades prácticas para cuidar, proteger y educar a sus hijos/as, y de esta forma, asegurar su bienestar. Esto es lo que Barudy denomina las competencias parentales.

De lo contrario, si no se desarrollan estas competencias parentales, según Barudy, los niños y niñas pueden manifestar trastornos del desarrollo, comportamientos agresivos y violentos.

“Diferentes autores señalan el papel crítico de un ambiente social y cultural adverso para la salud y el desarrollo infantil. En este sentido se señala, por una parte, el papel nocivo de los entornos sociales plenos de carencias, resultado de la pobreza y exclusión social. Por otra parte, se insiste también que, los entornos caracterizados por la acumulación de las riquezas materiales presentan el riesgo de transformar las relaciones familiares y sociales en meros formalismos, que privan a los niños de la afectividad y el apoyo social que necesitan para crecer sanamente.” (Ibid: 2).

Entonces, producto de esto es que esta investigación se basará principalmente en indagar sobre las influencias que tiene el ejercicio de la parentalidad en el desarrollo psicosocial y psicoemocional de los niños, niñas y adolescentes.

Además buscará identificar el tipo de parentalidad predominante en las familias y cómo es que el ejercicio parental se manifiesta en las conductas de los niños, niñas y adolescentes con patologías de salud mental de la Comuna de la Granja insertos en el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.

La parentalidad activa influye positivamente en el desarrollo social y emocional de los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja, así como la falta de competencias parentales influye negativamente en el desarrollo social y emocional de los niños, niñas y adolescentes.

Continuando con la importancia que tiene el sano desarrollo de niños, niñas y adolescentes, diversos autores señalan que el apego seguro y temprano entre el padre, la madre y el bebé es de vital importancia, tanto en el crecimiento físico, como también en el desarrollo cerebral y emocional, es así como Jorge Barudy señala lo siguiente:

"Uno de los grandes logros de los investigadores de lo humano, ha sido demostrar la importancia de las relaciones afectivas y de los cuidados mutuos en la conservación de la salud psíquica".(Barudy y Dantagnan, 2005:23).

Es también relevante dentro de esta investigación, destacar que si bien los principales agentes protectores de los niños, niñas y adolescentes, debieran ser sus padres y/o cuidadores, esta tarea no se les hace para nada fácil, ya que existen miles de factores que deben conjugarse para que esto funcione, tales como: factores de salud, física y mental; factores económicos ( y con esto no es necesario que todas las familias sean clase alta o familias acomodadas, pero que si puedan satisfacer las necesidades de sus miembros); factores ambientales, factores protectores, etcétera.

Lo anterior resulta complejo de cumplir, más cuando se habla de una de las comunas vulnerables de este país, es por ello que cuenta con los programas Vida Nueva, los cuales solo se implementan en las 8 comunas más vulnerables de la ciudad de Santiago.

Y cuando se habla de vulnerabilidad, en este se conjugan diversos factores, tales como: altos niveles de consumo de drogas y alcohol, pobreza, cesantía, deserción escolar, violencia, familias mono parentales sin redes de apoyo, padres o madres ausentes, etcétera.

Resulta complejo esperar entonces que bajo todas estas condiciones adversas los padres, madres y/o cuidadores, puedan desarrollar habilidades parentales competentes, y esto no quiere decir que no existan tales familias en estas comunas más vulnerables o mejor dicho vulneradas por el sistema, en el cual se encuentran inversas. Pero no son la mayoría; sino son las menos, y lo más común que toca ver son aquellas familias que no pudieron desarrollar dichas habilidades o que no tuvieron la oportunidad de aprenderlas.

Porque si miramos en su historia de vida, tampoco a sus padres, madres y/o cuidadores se les hizo fácil o menos compleja la labor de cuidar y educar a sus hijos e hijas, tampoco se pretende con esto justificar los malos tratos que algunos padres y/o cuidadores entregan a niños, niñas y adolescentes, sino más bien poder ver que para el otro tampoco es una tarea fácil de aprender.

Es por esto, que el entregar las herramientas necesarias para que los padres y/o cuidadores manejen habilidades parentales competentes, es una tarea ardua y que compromete a todos los miembros de una comunidad, que vean y crean que los niños, niñas y adolescentes son responsabilidad de todos.

## **2.- Preguntas de investigación:**

**Pregunta 1.-** ¿Cuál es el tipo de parentalidad que predomina en las familias de los NNA con problemáticas de salud mental atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja?

**Pregunta 2.-** ¿Cómo influye el ejercicio de la parentalidad en el desarrollo psicosocial, de los NNA con problemáticas de salud mental que son atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja?

**Pregunta 3.-** ¿Cómo se manifiesta el ejercicio de la parentalidad en el comportamiento social de los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja?

### **3.- Objetivos:**

#### **Objetivo general Nº 1:**

Establecer estilos de parentalidad predominantes en las familias de los NNA, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la Comuna de La Granja.

#### **Objetivos específicos:**

**Nº 1.1:** Identificar dinámicas de apego y empatía de los padres y/o cuidadores con los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la Comuna de La Granja y los adultos a cargo de sus cuidados.

**Nº 1.2:** Identificar normas y límites establecidos por los adultos responsables, que determinan la dinámica familiar de los NNA, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la Comuna de La Granja.

**Nº 1.3:** Identificar el proceso de toma de decisiones en las familias de los NNA, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.

**Objetivo general N° 2:**

Describir los efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.

**Objetivos específicos:**

**N° 2.1:** Caracterizar cómo los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja, proyectan la autoestima/auto-concepto.

**N° 2.2:** Identificar de qué manera los NNA con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja, resuelven los conflictos y se relacionan con su entorno familiar.

**N° 2.3:** Identificar las habilidades de sociabilidad de los NNA, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.



#### **4.- Hipótesis:**

**H1:** El ejercicio de una parentalidad activa influye positivamente en el desarrollo social de los niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.

**H2:** Los malos tratos parentales influyen negativamente en el desarrollo sano de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

**H3:** Las familias de los niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Gran, en su gran mayoría son monoparentales, lo que las hace más vulnerables.

## **5.- Estrategia Metodológica.**

### **5.1 Tipo de estudio:**

El presente estudio es de carácter no experimental, esto debido a lo siguiente:

"Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental, es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos" (Sampieri, 2010: 149)

Tomando el elemento antes citado, es que se trabaja en función de describir los elementos que tengan que ver con la problemática central de esta investigación: estilos parentales y los efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, identificando de qué manera influyen en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

Esto quiere decir que no se manipulan ni se dirigen las variables, para la búsqueda de un resultado específico, pues lo que se pretende, es comprender las situaciones en un contexto natural, lo que permite refutar o afirmar las hipótesis que orientan la presente investigación, y de esta forma observar los conocimientos emergentes.

### **5.2.- Enfoque:**

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, pues profundiza en las percepciones de los sujetos que intervienen en esta problemática, en este caso de padres, madres y/o, cuidadores de niños, niñas y adolescentes, atendidos por el

Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, en la influencia de los buenos tratos parentales en el desarrollo psicosocial de estos. Además de las percepciones de los profesionales que trabajan en dicho programa.

La investigación se sustenta desde el paradigma hermenéutico de la fenomenología, esto, se sostiene con el párrafo expuesto a continuación.

“El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Examina el modo en que se experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante”. (Taylor S.J., y Bodgan R., 1987: 16).

La relevancia de las entrevistas, es poder señalar lo que padres, madres y/o cuidadores perciben de la manera en la cual están educando y criando a sus hijos e hijas. Por otra parte, en lo que respecta a las entrevistas realizadas a los profesionales, el énfasis está puesto en la experiencia que poseen acerca de la salud mental, la parentalidad sana y bien tratante, y sobre la parentalidad negligente y maltratante y sus resultados en niños, niñas y adolescentes.

Estos tipos de estudios buscan lo siguiente:

"Especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (Sampieri, 2010:80).

### **5.3 Unidad de análisis:**

La unidad de análisis correspondiente al estudio, comprende a los padres, madres, abuelos, tíos y/o cualquier otro adulto responsable que mantenga a su

cargo el cuidado personal de los niños, niñas y adolescentes que sean atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva, comuna de La Granja.

Además se indaga en las percepciones de los profesionales que conforman el Equipo de Salud Mental Vida Nueva, y que intervienen con los niños y familias.

#### **5.4 Universo y muestra:**

El universo para esta investigación, corresponde a 100 niños/niñas y sus adultos responsables conformados por padres, madres, abuelos, tíos y/o cualquier otro adulto responsable que mantenga a su cargo el cuidado personal de los niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental, que son atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de la Granja.

Para el presente estudio se establece una muestra de carácter no probabilística, intencionada, constituida por cinco adultos que mantienen a su cuidado a niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, que fueron invitados a participar por ser parte activa y permanente en el programa.

Además se incluye a la totalidad de los profesionales que componen el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, estos son Trabajador Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Médico General y Médico Psiquiatra.

## **5.5 Técnicas de recolección de la información**

El estudio contemplo la realización de entrevistas semi-estructuradas:

Estas se realizan con la finalidad de profundizar en problemáticas y temas los cuales no se pueden abordar de manera grupal, debido a que permiten combinar datos cualitativos y cuantitativos, en el sentido que se pueden dirigir las preguntas, a diferencia del grupo de discusión.

## **5.6 Técnicas de análisis de información:**

Según lo señalado por Sampieri, la técnica de análisis de contenidos busca lo siguiente:

“Obtener datos que se convertirán en información y conocimiento: se da inicio con la estructuración de datos, a través de la organización de datos, transcripción del material y se requiere de una bitácora de análisis para documentar el proceso”. (Sampieri, 2007; 407).

Se utilizó la técnica de análisis de contenido a través del procesamiento de las respuestas agrupadas por categorías, mediante la organización y transcripción de datos del material recopilado en las entrevistas semi estructuradas.

## **6.- Variables:**

Estilos parentales.

Efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

# **PRIMERA PARTE**

# **MARCO TEÓRICO**

## CAPITULO I

### FAMILIA Y ESTILOS PARENTALES

La familia cumple un rol vital para el desarrollo psicosocial y psicoemocional de los niños, niñas y adolescentes. Por tal motivo es deber de los padres biológicos, o de quienes ejerzan una parentalidad social, entregarles los cuidados necesarios desde recién nacidos hasta su mayoría de edad, prodigando cuidados tales como alimentos, amor, educación, salud, un hogar, etcétera. En ausencia de los padres, se acudirá a un adulto responsable para asumir el cuidado de hijos e hijas, sean abuelos, tíos, hermanos mayores o personas que puedan ejercer la parentalidad social.

"Nadie cuestiona la importancia de la familia para la sociedad y tal vez no exista al respecto frase más repetida que aquella de que *la familia es la célula básica de la sociedad*, afirmación que muchos países incluyen en su Constitución Política". (Aylwin, Solar, 2009:23).

En la actualidad la tarea de construir familia y sostener la labor adecuadamente, se vuelve cada vez más compleja debido a los cambios sociales y culturales que van operando en los contextos donde los sujetos se desenvuelven. Dicen las autoras al respecto:

"El papel mediador de la familia es una consecuencia de su difícil posición intermedia entre los individuos y la sociedad, que la enfrentan a demandas múltiples y contradictorias. Por una parte, ella debe desempeñar las funciones que le asigna la sociedad, adecuarse a sus políticas, transmitir sus valores y sus normas. Por otra, debe responder a las necesidades y requerimiento de cada uno de sus miembros individuales. Las demandas provenientes de estos dos polos, que la familia está recibiendo permanentemente, no son siempre congruentes ni fáciles de descifrar. Más aún, cuando la familia misma, como



grupo, tiene sus propias necesidades y aspiraciones que pueden entrar en conflicto con las de sus miembros y la sociedad". (Ibid, 2009:41).

Pues bien, las familias se conforman de maneras diversas, y a su vez las dinámicas que se construyan al interior de estas dependerá de múltiples factores. Estos factores operan de modo manifiesto en la forma en que se ejercen y delimitan los roles entre los integrantes de la familia. Dependiendo de estas formas se desprenden ciertas categorizaciones.

### **Estilos parentales o estilos de crianza**

Para continuar profundizando en las familias y en sus dinámicas internas, se establecerán ciertas categorizaciones que denotan rasgos específicos y característicos del ejercicio de parentalidad.

Se hace referencia aquí, como el título indica, a los estilos parentales o estilos de crianza, los que se pueden explicar cómo el método que utilizan los padres y/o cuidadores para la crianza de niños, niñas y adolescentes.

Las diferencias en la forma varían, dependiendo por ejemplo de cómo se establecen las normas al interior de la familia: quién las establece, si son consensuadas, flexibles, rígidas, permisivas, etcétera. Otro elemento importante diferenciador, es la dinámica familiar, en términos relacionales, es decir cómo son las relaciones entre los miembros de la familia: si son simétricas, asimétricas, autoritarias, fluidas, etcétera.

Una propuesta de categorización es la que plantea Baumrind (1966-1971), que establece tres tipos de estilos parentales:

- Autoritario: Ordenan o dicen siempre a los hijos qué hacer.

- Indulgente (permissivo): Dejan que los hijos hagan lo que quieran.
- Asertivo o democrático: Proporcionan normas y orientación sin ser dominantes.

Ahora, no se puede establecer un único tipo de familia ni tampoco un único estilo parental. Para efectos de esta construcción teórica, se hablará de diversos estilos parentales y de cómo estos se constituyen a partir de la forma en que se ha estructurado la familia.

Estas estructuras poseen un carácter histórico, el cual al mismo tiempo configura diversos tipos de familias donde convergen, a su vez, distintas dimensiones (económicas, culturales, etcétera). Estas dimensiones impactan en el desarrollo y despliegue de sus miembros.

Pues bien, lograr mantener una familia, en términos económicos, y a la vez dedicarle tiempo en cantidad y calidad óptima, resulta bastante complejo de realizar, sobre todo considerando las exigencias que emanan de la sociedad y a las que se encuentran expuestos sus integrantes. Por lo tanto, según lo anterior, lograr fortalecer lazos y ejercer roles parentales que permitan un adecuado desarrollo de los miembros de la familia variará de acuerdo a los contextos sociales y culturales en que estas se desenvuelvan.

Es así como el autor Urie Bronfenbrenner señala que:

"El hecho que los padres puedan cumplir con eficacia su rol de educadores dentro de la familia, depende de la demanda de roles, el estrés y el apoyo que surjan de otros entornos. Las evaluaciones que hacen los padres de su propia capacidad para funcionar, así como también la opinión que tienen de sus hijo, están relacionadas con factores externos como la flexibilidad en los horarios de trabajo, la adecuación de los arreglos para el cuidado del niño, la presencia de amigos y vecinos que puedan prestar ayuda en caso de emergencia grandes y pequeñas, la calidad de la salud y de los servicios sociales y la seguridad del barrio". (Bronfenbrenner, 1987:26-27).

Sin embargo, habrá que coincidir en que para una familia en condiciones de pobreza puede resultar aún más complejo sobrellevar este rol de socializadora de los valores de la sociedad, valga la redundancia. Para complementar, Aylwin plantea lo siguiente:

"las familias pobres son las que se encuentran en una posición más difícil para asumir este papel mediador porque la carencia generalizada de recursos en que viven, hace que fallen en responder tanto a las necesidades de sus miembros como a las de la sociedad. La frustración cotidiana a que se ve sometida la familia por esta situación y la imposibilidad de encontrar caminos de salida a ella, genera una secuencia de conflictos que alteran gravemente su funcionamiento, afectando su estabilidad e integración". (Aylwin, Solar, 2009:41).

Pese a que es relevante el estatus económico de la familia o su posición dentro de la sociedad (pues las herramientas cambian de acuerdo a esta estratificación), hay semejanzas en las familias, por ejemplo los vínculos entre sus miembros y las crisis que derivan del ciclo vital en que estos se encuentren. No es lo mismo una familia con hijos recién nacidos, que una familia con adolescentes. Las crisis que devienen, dependiendo de un ciclo y otro, requieren acciones y formas de abordaje distinto.

Resulta importante destacar lo siguiente:

"Los cambios sociales no afectan de la misma forma a todas las familias, sino que éstas varían enormemente en su reacción a ellos. Se señala que las variaciones más importantes están relacionadas con la posición de la familia en la estratificación social. En general, existe evidencia de que la estabilidad, el nivel de vida y la calidad de vida familiar están inversamente relacionados con la clase social, y estas diferencias son tan significativas en Chile. (Ibid, 2009:24).

Lo señalado en el párrafo anterior no quiere decir que las familias de estatus sociales más alto o sectores medios, no tengan complicación en la crianza de sus hijos, hijas y adolescentes, es solo que cuentan con más herramientas para enfrentar las problemáticas familiares. Para dar un ejemplo de lo antes mencionado se señalará qué ocurriría con Pedrito, un niño de 5 años de edad el cual fue diagnosticado con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)<sup>1</sup>, dependiendo de su estrato socioeconómico. Cabe señalar que esta patología esta diagnosticada en un alto porcentaje de niños, niñas y adolescentes.

Pedrito cursa primero básico y es inquieto y disruptivo en la sala de clase. No permite que su profesora pueda dar la clase de manera normal y constantemente se levanta de su puesto, lo que impide la concentración del resto de sus compañeros. Se llama a su apoderado y se le pide que realice una visita al médico (psiquiatra) para ver qué medidas se pueden tomar al respecto. Una vez que el médico realiza el diagnóstico, le entrega a la madre los medicamentos que este debe tomar para aliviar en parte su problemática, además dentro de las indicaciones se señala que debe controlarse mensualmente y realizar distintas actividades recreativas que le ayuden a canalizar sus energías, que son más que las de un niño "común sin esta patología".

En el caso de que Pedrito provenga de una familia con mayores recursos económicos, los padres y/o cuidadores deciden que uno de ellos debe dedicar el 100% de su tiempo al niño para trabajar en lo que el médico pidió (acciones totalmente plausibles para ciertas familias de estrato social alto). Para esto debe dejar de trabajar y solo dedicarse a los cuidados del niño, asistiendo a sus controles mensuales. Además se le inscribe en un centro deportivo al que Pedrito asiste tres veces por semana, y realiza un deporte escogido por él. Esto permite que la enfermedad de Pedrito, en la medida que pasa el tiempo, se vea disminuida y que este pueda concentrarse en la sala de clase, lo que redundaría en una mejor

---

<sup>1</sup>Ejemplo modificado extraído del Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja.

experiencia en su entorno escolar. En definitiva, logra adaptarse a su entorno y a las exigencias de su contexto, mejorando su calidad de vida.

Ahora bien, si Pedrito proviene de una familia de bajos recursos, donde los adultos que sustentan este hogar no pueden dejar de trabajar debido a que sus necesidades económicas no se lo permiten. Donde con gran dificultad uno de sus cuidadores, en algunas oportunidades, pide un permiso momentáneo para asistir a los controles, (los cuales no pueden ser de forma mensual) y tampoco existe la posibilidad de realizar actividades recreativas debido al poco tiempo con el que cuentan sus padres y/o cuidadores, brindarle a Pedrito la atención requerida será mucho más difícil. Por tanto, su tratamiento no será abordado de manera muy efectiva. Esta situación tendrá como consecuencia lo siguiente: Pedrito no mejorará su situación en el colegio, se verá expuesto a castigos constantes, pues continuará "siendo disruptivo", el estrés para los padres se verá aumentado, lo que posiblemente redunde en un ciclo de violencia en el hogar. Situación que evidentemente no será un aporte en la situación de Pedrito.

He aquí un ejemplo de cómo puede influir positiva o negativamente el estrato socioeconómico en las formas y posibilidades de abordaje en una problemática específica, en este caso referida al ámbito de la salud.

Pues bien, en otro sentido, en el ámbito familiar, se puede observar que aunque coexisten visiones de familia (algunas que defienden la estructura más tradicional nuclear y biparental) resulta innegable la emergencia de fuertes cambios en la estructura familiar.

Estas autoras lo expresan de la siguiente manera:

"En el contexto actual, encontramos una gran pluralidad de composiciones familiares: familias monoparentales, homoparentales, reconstituidas, extensas, adoptivas, de acogida, etcétera". (Educación Social, Sallés, Ger : 31, s/f).

Así como se habla del caso de familias afectadas por la cantidad de herramientas que otorga el estatus socioeconómico, se observan diferencias también de acuerdo al tipo de familia que sea. Es decir, según cómo se ha conformado.

El cómo enfrente una problemática propia del ciclo vital, por ejemplo una crisis de adolescencia, una familia monoparental o una familia nuclear, extensa o reconstituida, será diferente. Si se piensa en el ideal de familia, donde los otros integrantes del núcleo familiar tengan la predisposición de contribuir en el abordaje de estas crisis, esta será posiblemente superada de mejor manera. A diferencia de un adulto que vive solo con un niño o niña y no cuenta con redes familiares que les sirvan de cobijo, contención y/o apoyo material.

Por tanto, no se puede negar que en el caso de las familias monoparentales, resulta aún más complejo resolver una problemática de crianza de niños, niñas y adolescentes, debido a la carencia de redes primarias. Por último, si se conjuga familia monoparental y pobreza se enfrenta entonces una situación más compleja aún.

La familia monoparental en situación de pobreza es el tipo más habitual en los casos de niños, niñas y adolescentes que son atendidas por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, lo que complejiza aún más el resultado de una intervención, esto debido a que el adulto es el único sustento económico del hogar y le resulta complejo conseguir los permisos necesarios para acudir junto a su niño, niña o adolescente al centro de atención.

Sin embargo, sin importar cómo se construyan las familias ni de qué tipo sean, las competencias parentales y un buen ejercicio de éstas, son tremendamente importantes, pues como ya se ha dicho los buenos tratos parentales son vitales para el desarrollo, la construcción y mantención de una familia. Como ya se ha mencionado, se dice que los estilos parentales suelen ser heredados de una generación a otra. Al respecto dicen los autores lo siguiente:

"La adquisición de competencias parentales es el resultado de procesos complejos donde se mezclan las posibilidades personales innatas, marcadas

por factores hereditarios, con los procesos de aprendizaje influidos por la cultura y las experiencias de buen trato o maltrato que la futura madre o padre hayan conocido en sus historias familiares, sobre todo en su infancia y adolescencia". (Barudy, Dantagnan, 2005:79).

Sin embargo, hay personas cuyo referente no fue cuidadoso, ni le entregó los cuidados que todo niño o niña merece, es decir no recibió un buen trato por provenir de familias vulnerables, donde hay factores de riesgo tales como: pobreza, exclusión social, VIF, alcoholismo de uno o ambos progenitores, etcétera. Aun así, si estos tuvieron la fortuna de vincularse con alguna persona significativa en sus vidas, y cuenta además con recursos protectores en su propia estructura individual, se vuelve resiliente, siendo capaz de revertir lo aprehendido y no replicar con sus hijos o hijas las conductas mal tratantes.

"El concepto de habilidades parentales es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano". (Ibid, 2005:77).

Por otra parte, cuando los sistemas familiares se alejan de esta funcionalidad y los cuidadores no cumplen con un rol bien tratante, dejando de brindar protección, cuidado y en general de satisfacer las necesidades de niños, niñas y adolescentes, se incurre en negligencia parental.

La negligencia parental se conoce como una de las formas más comunes de violencia y maltrato infantil, la cual puede ocasionar profundos daños en la vida de los niños, niñas y adolescentes. La negligencia parental es considerada una vulneración de derechos, pues si bien puede ser considerada muchas veces, en términos de categorización, una vulneración leve, va contra los principios fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

En lo que respecta a los principios fundamentales de niños, niñas y adolescentes, y haciendo referencia a la intervención en salud mental, es importante destacar

que el rol del profesional es fundamental a la hora de analizar la situación familiar en que se encuentran los sujetos de atención. Esto debido a que debe cuidar permanentemente su observación objetiva a la hora de abordar por ejemplo el ejercicio paterno/materno negligente. Cuando se observa una actitud negligente hacia niños, niñas y adolescentes, el o la profesional debe relevar el interés superior del NNA.

Lo anterior se menciona porque hay oportunidades en las cuales los profesionales insertos en programas infanto-juveniles se sienten afectados/as por la historia de vida que han tenido los padres y/o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes con los cuales trabajan. Esto, debido a que los padres, madres y/o cuidadores, han tenido también una historia de vida compleja, por tanto el hecho de que repliquen las dinámicas aprehendidas en contextos maltratadores se ve en alguna medida justificada. Surge ahí la identificación con los adultos responsables, padres o madres en este caso, y se plantea el dilema acerca de la dificultad de pedirles que sean padres, madres y/o cuidadores competentes debido a que es entendible que no sepan cómo hacerlo, si su relato de vida contiene negligencia, abandono, maltrato, exclusión social, abusos padecidos a lo largo de su vida, etcétera.

"Al observar las causas de estas incompetencias, puede existir la tentación de identificarse con el sufrimiento de los padres en desmedro de las necesidades y derechos de sus hijos". (Ibid, 2005:78).

Por lo tanto, desde el rol profesional, hay que evitar la victimización de los adultos, pues estos siguen siendo responsables por la vida de niños, niñas y adolescentes.

Siempre, en una intervención social, el foco debe estar puesto en la posibilidad de transformar las conductas negligentes a las cuales los adultos/as se encuentran habituados/as., en función de resguardar el interés superior de niños, niñas y adolescentes.



## **Competencias: capacidades y habilidades parentales, algunas definiciones:**

Para el marco de esta investigación se hablará de parentalidad social, pues se diferenciará de la parentalidad biológica.

Al respecto Jorge Barudy señala:

"Las competencias parentales son parte de lo que hemos llamado la parentalidad social para diferenciarla de la parentalidad biológica, es decir, la capacidad de procrear o dar vida a una cría. La mayoría de los padres pueden asumir la parentalidad social como una continuidad de la biológica, de tal manera que sus hijos son cuidados, educados y protegidos por las mismas personas que los han procreado. Sin embargo para un grupo de niños y niñas esto no es posible. Sus padres tuvieron la capacidad biológica para copular, engendrarlos y, en el caso de la madre, parirles; pero desgraciadamente no poseen las competencias para ejercer una práctica parental mínimamente adecuada". (Ibid, 2005:78).

Con lo señalado en el párrafo anterior, se busca dar a entender que si bien los seres humanos, en un gran porcentaje, tienen las capacidades biológicas, de dar vida, esta capacidad por sí sola no es suficiente para criar a sus hijos e hijas de manera adecuada. Además son necesarias las competencias parentales mínimas para poder amar, educar y protegerles.

Lamentablemente estas no se encuentran intrínsecamente unidas a la capacidad biológica sino más bien están determinadas en parte por el sujeto, por ende, por su historia. Por lo tanto, se puede decir que el mayor aporte se encuentra en lo que cada uno de ellos recibió como cuidados desde el momento de su gestación, por la cultura en la cual les tocó nacer, el tipo de familia en que se desarrollaron, el nivel educacional de sus progenitores, etcétera. Si durante este proceso de sus vidas, las madres y los padres (durante su infancia) sufrieron malos tratos, abandonos, carencias emocionales, carencia de cuidados en términos de alimentación, educación, etcétera, resulta complejo que ellos puedan ejercer una

parentalidad bien tratante con sus hijos e hijas, pues en muchas ocasiones reproducen los malos tratos recibidos en su infancia ahora, siendo padres/madres.

Sin embargo, existe siempre la posibilidad de ir desarrollando competencias parentales adecuadas si se realiza una orientación y formación adecuadas en este ámbito. Barudy y Dantagnan, señalan al respecto:

"Con intervenciones adecuadas, estas incompetencias pueden ser compensadas por otras figuras significativas (cuidadores, padres adoptivos, padres de acogida) con capacidades para ofrecer una parentalidad social que satisfaga de una manera integral las necesidades de los niños y las niñas".  
(Barudy y Dantagnan, 2010:34).

Masten y Curtis (2000) definen la competencia como integrador, que se refiere a la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas (afecto, cognición, comunicación, comportamiento) flexibles y adaptativos a corto y a largo plazo ante las demandas asociadas a la realización de sus tareas vitales y generar estrategias para aprovechar las oportunidades que se le brindan. (Sallés Y Ger, 2011: 29).

Con el objetivo de facilitar la comprensión, se toman algunos ejemplos del Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales, del Programa Abriendo Caminos. Se cita a Barudy y Dantagnan que realizan el siguiente gráfico para describir las competencias parentales:

## **Competencias Parentales**

### **Las Capacidades Parentales**

- Capacidad de Apego: se reconoce como una de las más importantes, ya que la capacidad de apego para un recién nacido, le significa su sobre vivencia, pero además tiene que ver con la capacidad que tiene los padres y/o cuidadores, es vincularse afectivamente con sus hijos e hijas y de esta manera poder responder a sus necesidades, tanto básicas, como de afectos.
- Empatía: tiene que ver con reconocer las necesidades del otro, puede ser a través de gestos, el llanto de un bebe, e inclusive el poder distinguir el por qué llora, por hambre, frío, sueño, etcétera.
- Modelos de Crianza: son aquellos que por lo general se aprenden en la familia de origen y estos pueden ser muy variados, dependen de factores culturales, de la historia de cada uno de los cuidadores.
- Capacidad de participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios: esta capacidad consiste en poder reconocer cuando se necesita ayuda y aceptarla, ya sea por parte de la familia, sociales e incluso de las instituciones que cumplen la función de apoyar a las familias, que lo necesitan, de cierto modo, es poder reconocer que no necesariamente debe estar solo/a, en la crianza de sus hijos/as.

### **Las Habilidades Parentales**

- Función Nutriente: Esta incluye la capacidad de apego entre otras y la reconoce como una de las más fundamentales, ya que funciona a nivel cognitivo y sensorial de entre una madres, padre y cuidador con sus hijos e hijas.
- Función Socializadora: En parte se reconoce como la construcción del sí mismo, y del como me ven los otros y esto tiene relación con la construcción de la personalidad del niño o la niña.

- Función Educativa: Tiene que ver con el establecimiento de normas y límites, que les hace parte de la sociedad y del convivir con otros.

Fuente: Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales, del Programa Abriendo Caminos; pág. 46).

De este modo se entenderán las capacidades parentales, según Barudy y Dantagnan de la siguiente manera:

"El conjunto de capacidades cuyo origen está determinado por factores biológicos y hereditarios; no obstante, son modeladas por las experiencias vitales e influidas por la cultura y los contextos sociales". (Barudy y Dantagnan, 2005:80).

A continuación, para complementar lo expuesto anteriormente respecto de la forma en que se expresan las capacidades parentales y como éstas se relacionan con una función específica, se expondrán los siguientes conceptos, basando en la teoría de Barudy y Dantagnan (2010):

La capacidad de apego es explicado desde distintas teorías. Hay autores más conservadores que piensan que la teoría del apego tiene que ver con la conexión madre e hijo/hija, desde el momento de su concepción y que luego estos lazos se incrementan en el periodo de lactancia. Y en el caso de los padres, este vínculo se generaría desde que el feto escucha constantemente la voz de este desde el útero materno, hasta cuando lo escucha por primera vez.

Pero la teoría del apego contempla esta y otras formas que posibilitan su desarrollo, ya que solo estas formas de concebir el apego no harían posible que otro adulto que no sea un padre o madre biológico/a pudiese construirlo. Cabe señalar que el/la bebé nace con el factor de apego ya que este es el que le permite sobrevivir, aunque es el adulto quien se encargará de los cuidados del

recién nacido llegando a ser capaz de entender las necesidades de este relacionadas con el hambre, frío, contención, etcétera.

Si resulta que el apego es seguro, el niño/a se sentirá protegido y cuidado, pero si por el contrario este no resulta serlo, el niño/a se encontrará en un estado constante de inseguridad lo que provocará que esté constantemente en alerta con el respectivo impacto en su constitución anímica.

Por otra parte la empatía es esta otra característica que deben tener los padres y/o cuidadores. Esta se encuentra intrínsecamente unida al apego y les permitirá entender y reaccionar frente a las necesidades de los niños y niñas a su cuidado. A través de gestos, llanto y otras manifestaciones corporales, podrán comprender lo que los niños/as demandan de ellos/as. Un ejemplo es cuando los bebés tienen sueño y el adulto a su cargo logra entender que lo que alguna vez se entiende como una "maña", no es otra forma que la necesidad de dormir.

Los modelos de crianza como teoría, tienen bases ecológico-sistémicas. Por tanto, se toma al autor Bronfenbrenner, que muestra cómo los sistemas se ven influidos los unos por los otros. Por ejemplo tiene que ver con lo que los cuidadores han recibido como educación y cuidados de sus propios padres y/o cuidadores (micro sistema familiar) y por sus relaciones primarias significativas, como el colegio, los vecinos, amigos (mesosistema), etcétera. Todos estos componentes modelan e influyen la vida de una persona y cómo esta se para frente al mundo. (Bronfenbrenner, U, s/f. )

La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios responde a algo similar a lo señalado en el párrafo anterior y ocurre en este caso, al entender que no se es un ser aislado y que las redes sociales y comunitarias tales como, la familia, vecinos, centros de salud, programas especializados en trabajo con niños, niñas y adolescentes, son necesarias. Estas puedan ayudar y orientar respecto a los cuidados de estos niños, niñas y adolescentes. El saber utilizar estas redes de apoyo, que pueden brindar orientaciones básicas acerca de paternidades responsables, puede permite asumir la parentalidad bien tratante como un deber social.

Por otra parte, Barudy y Dantagnan, respecto a la parentalidad y cómo esta se expresa señalan lo siguiente: "La función parental tiene tres finalidades fundamentales: nutriente, socializadora y educativa. A continuación se explicarán estas funciones:(Barudy y Dantagnan, 2005; 83)

Para los autores, la función nutriente consiste en la activación de mecanismos neurobiológicos que permiten que el bebé reconozca y genere lazos con su cuidador, sean estos los padres biológicos, padres sociales, o cualquier otro cuidador con que el recién nacido mantenga una relación de apego y que por tanto cuente con la empatía necesaria para responder a las necesidades del niño o niña. La función nutriente va más allá del aspecto alimenticio, sino que pasa por satisfacer las necesidades básicas materiales y afectivas. El nutrir a otro ser humano pasa justamente por abarcar dimensiones de tipo físico, psíquico y emocional. Si esta función no se cumple, no se logra un desarrollo óptimo del recién nacido.

La función socializadora según Barudy (2005) y otros autores, se expresa a través del autoconcepto y la percepción de sí mismos que tienen las personas. El autoconcepto, es una construcción que niños y niñas adquieren a temprana edad, pero no solo por la forma en que ellos mismos se ven, sino que fundamentalmente por cómo los otros los ven (como un efecto espejo). Cuando los padres y/o cuidadores ejercen una parentalidad bien tratante, la percepción que tendrá el niño o niña de sí mismo/a será positiva, ya que podrán reconocer en ellos virtudes, mientras que el resto de las personas les reconocerá de la misma manera. Si por el contrario, los padres y/o cuidadores ejercen una parentalidad maltratante, el autoconcepto del niño y niña será negativo, por tanto mantendrá una autoestima baja, la cual además será percibida por el resto de las personas que les rodea.

La función educativa tiene distintos protagonistas. En un primer plano se habla de los padres y/o cuidadores como los primeros agentes educativos. Mediante este proceso, los niños y niñas aprenden y acceden al mundo social, involucrándose con el resto de la sociedad. Si bien este proceso permite mayor autonomía a nivel personal de los niños y las niñas, también les permite desenvolverse en un

entramado social que posee normas y límites los cuales van siendo aprehendidos. En un segundo plano, opera la escuela. Es aquí donde parte del proceso formativo consiste en la socialización con otros.

En ambos casos, el ideal es que los procesos formativos sean desplegados de manera afectuosa y respetuosa, no a través de la imposición y malos tratos, sino que sean procesos donde la comunicación pueda fluir entre las partes. Que niños y niñas puedan ser escuchados y considerados en sus opiniones, obviamente respetando la edad y el ciclo vital en que se encuentran. Y por último, pero no menos importante, que el establecimiento de normas y su transmisión se enmarque en la protección del interés superior del niño. (Barudy, Dantagnan, 2005).

Lo anteriormente señalado es solo una parte de lo que Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, han señalado en su texto "Los Buenos Tratos a la Infancia, parentalidad, apego y resiliencia", pero ha sido de utilidad para graficar en cierto modo cuál es la idea de una parentalidad sana y bien tratante poniendo en contraste lo que implica la parentalidad disfuncional, incompetente y maltratante.

Es una importante tarea reconocer cuales son las incompetencias y las disfuncionalidades familiares, para así detectar y trabajar en la prevención o en la reparación de niños, niñas y adolescentes que han sido maltratados.

### **Características de la parentalidad maltratante.**

Los padres y/o cuidadores que ejercen este tipo de parentalidad se caracterizan por no vincularse de manera sana con sus hijos, el apego es inseguro y existe escasa o nula empatía. No demuestran afecto o cariño.

La forma de educar a los hijos/as puede ser rígida e inflexible, las normas no se establecen mediante acuerdo, sino que son impuestas por los adultos, estableciendo castigos severos, los cuales suelen ser poco coherentes con la falta. Sin embargo, puede ser también totalmente permisiva, sin preocupación por

los hijos, no existen normas, no existe una jerarquía entre el adulto y el niño o la niña, se confunde el rol materno o paterno con el de un amigo o amiga, e incluso puede llegar a confundir al niño o la niña haciendo creer que son seres perfectos y poderosos. Esta laxitud también es negligente, aunque su violencia no aparezca de manera evidente.

El resultado de esto es que muchas veces no se pueden hacer cargo del cuidado de sus hijos porque resultan ser inadecuados, vulneradores.

Por tanto, los tipos de maltrato pueden ser por descuidos o directamente por una acción maltratadora, sea física y/o psicológica.

Los traumas con los cuales crecen estos niños y niñas son complicados de resolver o de tratar, debido a que estos malos tratos son realizados por aquellos adultos que resultan ser significativos en sus vidas.

“A su vez, los hijos y las hijas de padres con incapacidades parentales presentan desde muy pequeños indicadores de sufrimiento y de daño causados por los trastornos del apego, los traumatismos severos como consecuencia de las agresiones, los trastornos de la socialización y los déficit de sus procesos educativos”. (Ibid, 2005:108).

Siguiendo la idea anterior, se señalan tipologías de parentalidad disfuncional incompetente y maltratante, tomando algunas ideas de los que señalan los autores Jorge Barudy y MaryorieDantagnan (2005):

### **Parentalidad mínima:**

No existe una normativa o regla que señala cómo ser buen padre o buena madre, sean estos biológicos o sociales, pero sí se pueden señalar algunas características básicas con las cuales se debe contar para desempeñar este rol. Se habla aquí del desarrollo del apego, la empatía y los modelos de crianza ya



antes señalados. Puede que no se cuenten con las condiciones ideales, pero es importante que el adulto logre identificar la dificultad que tiene para abordar la crianza de sus hijos e hijas. Se logre reconocer que no cuentan con las competencias óptimas para el cuidado de sus hijos e hijas y pedir la ayuda necesaria para poder resolver este problema, pensando en que la dificultad no proviene únicamente de un mal comportamiento del niño o la niña.

Este reconocimiento por parte del adulto implica aceptar la ayuda de otros, especialmente profesionales a cargo de realizar intervenciones en el área infanto-juvenil.

### **Parentalidad parcial:**

Es aquella en que los padres y/o cuidadores, logran darse cuenta que efectivamente no cuentan con las capacidades mínimas para el cuidado que sus hijos necesitan, y por tal motivo piden ayuda para que los cuidados sean realizados por otro adulto significativo para los niños, niñas y adolescentes o directamente delegan a otro la responsabilidad de los cuidados. Estos pueden ser realizados por los abuelos maternos o paternos, por tíos, amigos y/o padres que ejerzan una parentalidad social. Esta entrega de la responsabilidad a otro adulto no significa que estos se desvinculen de sus hijos por completo sino más bien de manera parcial. Este proceso habitualmente está mediado o guiado por algún profesional que trabaje en el área infanto-juvenil, quién mediante acuerdos entre ambos padres (biológicos y sociales), logra que se preserve el interés superior del niño. (Ibid, 2005).

### **La parentalidad disfuncional severa y crónica:**

Este tipo de parentalidad, no presenta ninguna de las características señaladas en los puntos uno y dos, y se encuentra asociada generalmente a malos tratos

graves, en donde los daños físicos y psicológicos realizados en contra de los niños y niñas les pueden causar daños que atenten contra su integridad, crecimiento físico y psicosocial.

Algunas características que tienen este tipo de padres, madres y/o cuidadores es la ausencia o falta de disponibilidad para con sus hijos e hijas, o sea dificultades con el apego seguro. No disfrutan del estar con sus hijos y más pareciera que la presencia de estos les molesta, pues se muestran constantemente irritables y con inestabilidad emocional lo que provoca que los niños y niñas vivan en un estado de alerta constante.

En este ejercicio de parentalidad, se carece de empatía y aun cuando estos se encuentren físicamente accesibles, pareciera que no están, ya que no son capaces de satisfacer las necesidades básicas.

No hay por tanto una interiorización en los procesos que hijos e hijas van experimentando a través de su crecimiento y en el desarrollo de su personalidad, no van siguiendo los cambios físicos y psicológicos de sus hijos e hijas. No les acompañan. Por ejemplo hay niños o niñas que a los 5 años no controlan esfínteres y no porque tengan un problema de tipo biológico, sino que nadie les ha dedicado tiempo para enseñarles.

Estas características son crónicas y permanentes. Habitualmente estos adultos presentan graves trastornos vinculados a su historia familiar.

La gravedad del daño que ejercen padres, madres o cuidadores llega a ser tan alta, que resulta muy complejo rehabilitarlos. En estos casos hay que buscar rápidamente opciones que modifiquen la circunstancia de vulneración en que se encuentran niños, niñas y/o adolescentes. (Ibid.,. 2005).

### **Parentalidad tóxica:**

Tal como lo señalan los autores Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan (2005), estos casos solo corresponderían a un 0,5% de las madres y los padres, que ejercen

este tipo de parentalidad, en los cuales los casos son más graves y severos que en todos los antes señalados. En estos casos las vulneraciones van desde, explotación sexual, obligar a los hijos a robar o matar. Los adultos pueden ejercer una violencia psicológica tan aguda que incluso pueden causar el desequilibrio o enloquecer a sus hijos e hijas. Pueden incluso llegar a producirles daños físicos para tener el reconocimiento de otros, provocando desestructuras anímicas terribles que se manifiestan en cuadros sintomáticos. O, directamente, estos padres, en este caso más específicamente las madres llegan envenenar a sus hijos, provocándoles incluso la muerte. Esta última forma de parentalidad tóxica está catalogada como una patología, más conocida como el síndrome de Münchhausen. (Ibid., 2005).

Resulta importante poder detectar y reconocer estos tipos de parentalidad maltratante, para poder frenar el ciclo de violencia sufrido por niños, niñas y adolescentes al interior de estas familias, aclarando que con las primeras dos se puede trabajar, en la primera no es necesaria la separación entre padres, madres e hijos/as, de todos modos se debe realizar un trabajo de por medio y proporcionar a estos, las herramientas necesarias, para alcanzar una buena parentalidad; en el segundo caso se debe buscar a un tercero que se encargue de los cuidados personales del niño o la niña, sin desvincular por completo a la madre o el padre, más bien se realiza un trabajo en paralelo, que les permita en el futuro una buena vinculación, en este caso es fundamental la separación entre padres e hijos/as, mientras se realiza en paralelo el trabajo, ya que de lo contrario se pueden producir nuevos hechos de maltrato y por en las dos últimas se debe realizar una desvinculación completa entre los padres y sus hijos ya que esta permanencia, puede provocar daños irreversibles tanto física o psicológicamente, en los niños, niñas y adolescentes.

## CAPITULO II

### EFFECTOS DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

#### Buenos Tratos Parentales:

*"Los buenos tratos, más en particular los cuidados, la estimulación y la protección que reciben los niños y niñas, resultado de una parentalidad competente en el transcurso de sus tres primeros años de vida, son determinantes para la configuración de un cerebro sano con capacidad para responder a todos los retos de una existencia infantil y, más tarde, a los de una vida adulta". (Barudy y Dantagnan, 2010:55).*

Tal como lo señala Barudy y Dantagnan, en el párrafo anterior los buenos tratos infantiles, no solo permiten el crecimiento sano físicamente hablando de los niños y las niñas, sino que también son fundamentales para el desarrollo de un cerebro sano, pues este necesita de diversos estímulos para alcanzar la madurez necesaria.

Por este motivo, dependerá de las capacidades parentales de sus padres y/o cuidadores si se logra o no este objetivo, pues si existe un correcto desarrollo de capacidades parentales, el desarrollo neurobiológico será normal. Esto implica que niños y niñas responderán bien al ambiente circundante debido a los estímulos propios de una parentalidad bien tratante lo que genera la conformación de un núcleo de apego seguro entre el cuidador (biológico y/o social) y el hijo o hija recién nacido/a. El o la cuidadora le muestran al recién nacido cómo es el mundo desde el momento en que lo reciben. Estas características se observan en situaciones cotidianas, como por ejemplo cuando el cuidador o cuidadora calma a un bebé mientras llora.

Es así como Lecannelier, citando a Schore(2001), señala:

"... durante el encuentro afectivo entre la madre y su bebé, la primera regula de un modo inconsciente e intuitivo una serie de activaciones fisiológicas y emocionales del segundo. Estos encuentros reguladores empiezan a desarrollar en el infante un conjunto de habilidades y mecanismos para enfrentar/regular el estrés, las emociones, las situaciones novedosas (impredecibles), el aprendizaje y los estados mentales, en épocas posteriores (Schore, 2002). Pero más aún, dado que son los sistemas cerebrales los principales responsables de esta capacidad de enfrentamiento, se puede postular entonces que la madre modela y modula con sus acciones de cuidado, el cerebro del bebé". (Lecannelier, F. 2006:29)".

El resultado de esto se verá reflejado en la capacidad que tendrá el niño y la niña para vincularse primero con el o los adultos responsables de su cuidado, y posteriormente con el resto de la sociedad. Por lo tanto desarrollar el apego es fundamental, así como lo es que los padres y/o cuidadores tengan la capacidad de empatizar con el infante.

Como ya es sabido, los primeros años son esenciales en la formación de los sujetos, de ahí que haya que estar cada vez más conscientes acerca de la responsabilidad que se posee cuando se está a cargo de prodigar cuidados a hijos/as. Según los autores:

"Durante los primeros tres años de vida del niño o la niña, aparece una multitud de ramificaciones neuronales resultante de una abundante producción de axones y dendritas que, cuando sea el momento, se interconectarán en las distintas regiones sinápticas, asegurando así el funcionamiento de las diferentes áreas cerebrales. Lo contrario ocurre cuando el bebé crece en un ambiente humano que no le proporciona alimentación, afectividad y protección o lo somete a un estrés intenso y crónico. Cuando esto ocurre, el cerebro se desorganiza e incluso puede atrofiarse, provocando graves trastornos en el funcionamiento de la mente infantil con consecuencias importantes para la vida adulta y, por ende, para la parentalidad". (Barudy y Dantagnan, 2010:54).

Resulta imprescindible evitar situaciones de estrés en los niños y niñas, ya que estas son tremendamente contraproducentes para el desarrollo sano del cerebro, pudiendo causar serios daños y posteriores enfermedades mentales a corto, mediano y largo plazo. Las situaciones estresantes se dan habitualmente en familias que sufren pérdidas, cuando hay procesos de duelo no tratados, cuando existe violencia intrafamiliar, abandono y malos tratos; cuando hay negligencias, malas condiciones de vida, etcétera.

Lecannelier, citando a Schore (2002) señala al respecto lo siguiente:

"El crecimiento cerebral de las áreas implicadas en la regulación y sincronía biológica se sitúan durante los primeros años de la vida del individuo (y que son dependientes de la experiencia), las relaciones de apego tempranas moldean tanto directa como indirectamente las capacidades de enfrentamiento y regulación del estrés durante las etapas iniciales de la vida y en las edades posteriores. Por esto la relación apego-desarrollo cerebral y salud mental es una vía muy interesante a explorar para explicar la psicopatología". (Lecannelier, F. 2006:35).

### **Malos Tratos parentales, efectos en la salud mental**

Es relevante señalar que los seres humanos cuentan con una carga biológica heredada a través de las distintas generaciones, esto posibilita que, dependiendo de la tendencia familiar, se repitan ciertas enfermedades en las generaciones posteriores. Ahora, esta herencia no resulta ser un condicionante para la vida, puesto que, según lo ya mencionado, los buenos cuidados parentales (sumado a otros factores del entorno) pueden evitar y prevenir enfermedades mentales que podrían estar en latencia.

"Sin la menor duda existen determinantes genéticos, dado que en la actualidad hay descritas 7.000 enfermedades genéticas. Pero esos genes responsables de algunas enfermedades no "se expresan" más que en el caso de que los errores

hereditarios impidan el desarrollo de una evolución armoniosa. Los determinantes genéticos existen, pero no quiere decir que el hombre se encuentre genéticamente determinado". ( Cyrulnik, 2010:23).

Respecto al impacto de un buen o mal trato en la infancia, se señala que muchas de las enfermedades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes, han sido producto de tratos negligentes o agresivos de los padres y/o cuidadores. Importante también es mencionar que los tratos negligentes impactan especialmente cuando se producen durante la primera infancia, e incluso durante la gestación. Referido a esto último, durante la gestación, cuando las madres tienen consumo habitual o problemático de drogas, o cuando sufren violencia.

Ahora, no es únicamente por situaciones de negligencia y malos tratos ejercidos por los padres y/o cuidadores que los niños y niñas sufren traumas, estos también pueden ocasionarse por accidentes y/o desastres naturales. Sin embargo, los más dañinos para los infantes son aquellos traumas provocados por las personas significativas para ellos. La imagen de la herida que vuelve a abrirse una y otra vez sería la que hay que homologar con la imagen de niños y niñas siendo maltratados por los adultos significativos una y otra vez.

"En las diversas áreas de la salud mental, ya es un consenso que los problemas que se generan durante los primeros años de vida del bebé, a través de una serie de acciones de abuso y negligencia por parte de los cuidadores, posee efectos devastadores en las edades posteriores, no solo en el ámbito afectivo, sino que también en el plano cognitivo, social y neurológico". (Lecannelier, 2006:36).

Para complementar lo antes señalado, se pondrá un caso extraído de un texto de la autora Amanda Céspedes.

Caso de Magdalena:

"Magdalena tiene diez meses. Regularmente despierta entre la medianoche y la una de la madrugada y llora desconsoladamente. Su madre se levanta y mueve suavemente la cuna mientras canta una canción en voz baja hasta que la pequeña retoma su sueño. El papá está cada vez más irritado y le exige a su esposa que no se levante. <Déjala llorar que aprenda que lo mejor que puede hacer es volverse a dormir>, le dice a su mujer. Estima que esta malcriando a Magdalena". (Céspedes, 2007:27).

Lo más probable que la conducta de este padre haya sido aprendida de sus progenitores y/o cuidadores, y de la cultura en la cual vive. Se dice, habitualmente por parte de la gente mayor por así decirlo, que si el niño o la niña llora podrá desarrollar mejor sus pulmones. Lo que este padre desconoce, es que a la edad de Magdalena no le es posible controlar sus miedos, necesita encontrarse con su figura de apego, en este caso la madre, que le otorgue la confianza y calma necesaria.

En este caso podemos señalar que la actitud de la madre sería la adecuada, pues evita elevar los niveles de estrés que provoca en Magdalena el sentirse sola en la oscuridad. Con posterioridad, cuando Magdalena haya aprendido a controlar sus miedos o a buscar refugio en otra cosa, ella podrá autoregularse debido a las relaciones de apego saludable construidas.

"Neurológicamente hablando, las experiencias traumáticas a temprana edad afectan el desarrollo y buen funcionamiento del hemisferio derecho, responsable por todas aquellas funciones propias de lo afectivo y lo social, y por ende, dañan todas aquellas capacidades que permiten una regulación y adaptación al mundo humano. Más específicamente, el trauma relacional genera una pérdida en la habilidad para regular la intensidad de los afectos, produciendo un aumento en la sensibilidad a los efectos del estrés en las edades posteriores, y desarrollando una vulnerabilidad a las enfermedades psiquiátricas". (Lecannelier, F. 2006:36).



El daño a nivel neuronal que provocan las situaciones de estrés crónico en los bebés, y que más tarde producen diversas patologías mentales, son:

"la muerte neuronal en las interconexiones entre las diversas áreas del sistema límbico (específicamente aquellas encargadas de las funciones de regulación tales como la corteza orbitofrontal, cíngulo anterior y amígdala) y en las conexiones de este sistema con otras áreas del cerebro". (Lecannelier, 2006:39).

Lo anterior provoca que el cerebro se vea dañado y que no pueda cumplir con las funciones que se espera que todo niño y niña logren en su desarrollo.

Algunas manifestaciones en las alteraciones de la desorganización y fallas del funcionamiento del sistema límbico pueden ser resumidas en los siguientes párrafos, tomadas desde las explicaciones de Barudy y Dantagnan (2010):

**Trastorno de las capacidades sensoriales:** estas explican las dificultades que algunos niños y niñas tienen para percibir lo real de los deseos de realidad. Desarrollan también la dificultad que tienen para percibir las situaciones amenazantes o de peligro, tanto de ellos como del mundo que los rodea. Esto impide que los niños y las niñas logren reconocer los peligros que tiene el realizar actividades como por ejemplo saltar desde mucha altura. O no logren distinguir entre lo que es fantasía y lo que es realidad.

**Deficiencias en el conocimiento y manejo de las emociones:** Esto se puede ver en niños y niñas que hayan padecido malos tratos durante su primera infancia y no logren distinguir cuando alguna persona tiene un gesto de amabilidad con ellos. Por ejemplo, cuando otra persona les toca la cabeza pueden reaccionar con suma agresividad o, por el contrario con miedo o desconfianza. Lo anterior se produce debido al daño que tiene en su cerebro producto de los malos tratos a los que fueron sometidos:

"Diferentes investigaciones han mostrado una mayor excitabilidad de la amígdala en estos niños, que es la región del sistema límbico en donde se percibe el miedo y las amenazas, y se dispara la agresividad". (Ibid, 2010:79).

**Trastorno de la empatía:** La empatía al igual que el apego, funcionan en el sistema límbico del cerebro, solo aquellos niños y niñas que hayan sido criados por padres competentes y bien tratantes podrán sensibilizarse frente a situaciones que les ocurran a ellos o a los demás y de esta manera actuar en consecuencia. Por el contrario, cuando los niños y niñas han crecido en ambientes vulneradores y mal-tratantes viviendo durante largos y constantes períodos situaciones de estrés, no podrán sintonizar con las personas que los intentan ayudar. Es más, quienes les rodean los identifican como niños y niñas egoístas y poco empáticos/as. (Barudy, Dantagnan, 2010).

**La existencia de memorias emocionales traumáticas:** Se pueden distinguir dos tipos de memorias. La primera se denomina memoria implícita. Esta es la más importante para la primera infancia, ya que en ella no se guardan recuerdos sino emociones y sensaciones interiores que haya sentido y percibido el niño o la niña. La segunda, se denomina memoria explícita, en ella se alojan los recuerdos y de las representación que les ha tocado vivir, a esta se le denomina como "memoria narrativa".

Es por tal motivo que los niños y las niñas que han sufrido malos tratos en la primera infancia no tienen recuerdos de estos. Sus experiencias se traducen en sensaciones dolorosas de privación, de estrés y dolor físico, ante ciertos estímulos del entorno. Debido a esto, a la imposibilidad de detectar exactamente de qué situación concreta se está hablando, es que resulta tan complejo para los profesionales entender estas sensaciones somatizadas de dolor sin el recuerdo de la experiencia que provocó el trauma. (Ibid, 2010).

**Trastorno en la regulación del apetito, agresividad, frustración y la excitación sexual:** Resulta imperioso que los niños y las niñas aprendan desde muy pequeños a controlar sus pulsiones, el ideal es que los padres y/o cuidadores, tengan conductas de buenos tratos con sus hijos, en el caso de que esto no ocurra, deberán ser otros adultos que cumplan con esta funcionalidad que les permitirá ser parte de una sociedad, con relaciones de respeto y empatía por los otros.

"Es en el sistema límbico o cerebro emocional, donde se regulan las pulsiones que tiene que ver con el mantenimiento y la preservación de la vida". (Ibid, 2010:81).

Cuando se piensa en conductas difíciles, si se profundiza un poco en la biografía del niño o niña o adolescente, se puede encontrar que es posible que hayan sufrido malos tratos desde que se encontraban en el útero materno y que posteriormente al nacimiento los hayan seguido padeciendo. Se pueden observar conductas extrañas, contradictorias, por ejemplo posturas rígidas, miradas perdidas, mientras evitan a sus padres, etcétera. Estas conductas suelen ser reconocibles en niños, niñas y adolescentes que durante su primera infancia y de ahí en adelante, han sufrido malos tratos, cuidados negligentes, abusos de padres y/o cuidadores incompetentes y maltratantes. El daño sufrido construyó seres humanos con dificultad para relacionarse con el mundo, no hay confianza ni cercanía, no se sienten parte de él, por así decir.

Al respecto Céspedes menciona:

"Hay niños que presentan alteraciones de diverso grado y naturaleza en ciertas regiones cerebrales encargadas de percibir al otro como ser humano, decodificar sus códigos comunicativos (lenguaje verbal y no verbal, como gestos, tono y timbre de voz) o interpretar lo implícito en sus conductas". (Céspedes, A. 2007:39).

Pues bien, es grave pensar que estas alteraciones puedan producirse por malos tratos y negligencias parentales, siendo que ser padre, madre o cuidador/a debiese implicar tanta consciencia. No solo acerca de lo que implica formar a otro ser humano, sino de la responsabilidad que conlleva mirarse a sí mismo y transformarse en relación con las necesidades del hijo o hija.

Hay muchas personas que se preguntan cómo puede ser que tal o cual niño o niña cause daños a otros, por ejemplo golpear, insultar o maltratar sin remordimiento alguno. Muchas veces la respuesta a sus preguntas puede ser respondida por alguien que conozca a la familia de origen del niño. Lo más probable es que este hable acerca de las condiciones de violencia que vive en su casa de manera cotidiana.

El punto es que el daño no terminaría allí, pues la conducta agresiva del niño o niña no solo responde a patrones de repetición por estar expuestos a la situación en sí misma, sino que como se ha intentado mostrar, el daño se encuentra a nivel cerebral y no son capaces de ponerse en el lugar de otros. No lograron desarrollar la capacidad cognitiva para empatizar con los otros, fueron privados de esta posibilidad debido a los tratos negligentes. Esto, si en términos humanos es tremendo, las consecuencias sociales dejan a estos futuros adultos expuestos al aislamiento social, pues en el caso de lograr adaptarse, muchas veces requerirá mucho trabajo y apoyo.

"En los primeros veinte años de la vida, el ser humano aún no es autónomo y depende del conjunto de normas y límites que le imponen los padres, la escuela y la sociedad como requisito para ser aceptado como ser social". (Céspedes, 2007:42).

Lo cual resulta ser complejo y en algunos casos más graves, imposible de solucionar, ya que no solo se necesita educarlos nuevamente, sino que debido a las limitaciones cognitivas que niños, niñas y adolescentes posee, el abordar la

problemática, requiere de un que hacer más complejo, con mayor demanda de tiempo, con el cual muchas veces no sé cuenta.

Es de esta manera que se le pide a los seres humanos, a lo largo de los primeros veinte años de vida que puedan resignificar las experiencias que han tenido en este ámbito. La autora menciona lo siguiente:

"Durante estas dos décadas, es fundamental que logre hacerse cargo de las consecuencias de sus acciones e internalice, es decir, que haga suyo, el corpus valórico que padres, escuela y sociedad le imponen, el cual, en términos muy gruesos, se sustenta en la capacidad de discernir entre lo correcto y lo incorrecto. Esta capacidad es fundamento psicológico del desarrollo moral y una condición básica para poseer inteligencia emocional, es decir, saber adaptarse creativamente a las exigencias sociales". (Ibid, 2007:42).

Al respecto, la autora establece dimensiones psicológicas que sustentan la capacidad de discernimiento. A continuación se desarrollan tres dimensiones:

**Atribucionalidad:** Se reconoce como la capacidad de asumir las consecuencias de nuestros actos, así como el acto de tomar distancia mental de una acción para reflexionar sobre la misma para así luego extraer aprendizajes de esta. Aprender de la experiencia, que la situación vivida cobre sentido a partir de la comprensión de las causas y las consecuencias que esta trajo consigo. Se deja de responsabilizar al otro.

**Locus de control:** Significa lugar de control, y se reconoce como el proceso en el cual los niños y las niñas regulan su conducta en concordancia con las normas sociales. Para ejemplificar, se plantea el siguiente caso: cuando se observa a un preescolar se puede apreciar que sus reacciones son más impulsivas. Esto se produce debido a que sus impulsos no son aun controlados, mas luego de esta

etapa los niños/as deben aprender a controlar estos impulsos, mediante la valoración e interiorización de normas y límites que les permiten ser partes de una sociedad. Se le denomina también a este proceso "locus de control interno". (Ibid, 2007).

**Carácter, un motor propulsor:** Es aquella en la cual se reconoce la dimensión de la personalidad humana, el carácter de una persona es moldeado por los adultos que se han encargado de su cuidado. El hecho de poseer carácter, es contar con un conjunto de destrezas las cuales proporcionan solidez y consistencia a la conducta. Pero además las funciones del carácter son parte de funciones cerebrales destinadas a administrar lo cognitivo y lo social, lo cual también dependerá del moderador, es decir de cómo lo construyó o representó o entregó directamente el adulto significativo.

Todas las dimensiones antes señaladas son viables de trabajar en niños y niñas que hayan sido criados en hogares bien tratantes, con padres y/o cuidadores que contaban con las suficientes competencias parentales para proporcionar el adecuado desarrollo de ellas. En el caso contrario, de los niños y niñas que crecieron con padres y/o cuidadores maltrantes, que se vieron expuestos a altos niveles de estrés, con el impacto ya expuesto a lo largo del texto, esta tarea resulta ser compleja e incluso en algunas ocasiones imposibles de trabajar.

Cuando se habla de buenos tratos, hay que hacer referencia a que es un proceso de construcción positiva, debido a que tiene un impacto en quien lo ejerce y en quien lo recibe. Taylor (2002), señala que:

"Las investigaciones actuales han permitido establecer que cuando una madre o un padre cuida a su hijo de una forma adecuada y afectiva, presenta un aumento en la sangre de las tasas de oxitocina, vasopresina y endorfinas. Todas ellas son hormonas responsables de conductas sociales de muchos tipos y forman parte de lo que los neurofisiólogos denominan el "circuito neurológico asociativo. (Taylor (2002), citado en: Barudy y Dantagnan, 2010:68).

Con lo anterior se busca reforzar la idea de que los buenos tratos parentales, no solo benefician al niño o la niña, sino que también a aquellos adultos responsables de sus cuidados. Los ambientes seguros y confortantes impactan en toda la familia, los episodios de conflicto pueden ser abordados de una mejor manera, la construcción de normas permite que los límites sean conocidos por todos y de esta forma no se transgredan.

Por este motivo, resulta necesaria la tarea de realizar evaluaciones parentales que puedan medir los factores de riesgo o factores protectores con los cuales cuenta una familia para realizar los cuidados necesarios para niños y niñas.

En la eventualidad que estas familias no cuenten con las competencias necesarias para proporcionar un sano crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas, es necesario buscar quienes puedan cumplir esta función. Ya sea con la familia extensa (abuelos, tíos, primos, padres sustitutos, etcétera), además de realizar una intervención social y multidisciplinaria adecuada, pues no irá dirigida únicamente a acabar con los malos tratos sino además se intentará reparar el trauma ya ocasionado por padres y/o cuidadores negligentes.

"El fin de los malos tratos no representa el fin del problema. Encontrar una familia de acogida cuando se ha perdido la propia no es más que el comienzo del asunto: "Y ahora, ¿qué voy a hacer con esto?". El hecho de que el patito feo encuentre a una familia de cisnes no lo soluciona todo. La herida ha quedado escrita en su historia personal, grabada en su memoria, como si el patito feo pensare: "Hay que golpear dos veces para conseguir un trauma". El primer golpe, el primer golpe que se encaja en la vida real, provoca el dolor de la herida o el desgarramiento de la carencia. Y el segundo, sufrido esta vez en la representación de lo real, da paso al sufrimiento de haberse visto humillado, abandonado. Y ahora ¿Que voy a hacer con esto? ¿Lamentarme cada día, tratar de vengarme o aprender a vivir otra vida, la vida de los cisnes? (Cyrulnik, 2010:23).

El párrafo anterior lleva a la reflexión de que el problema de los malos tratos parentales y el daño tanto físico como cognitivo recibido por los niños y las niñas

no se soluciona solo con cambiarlos de ambiente y buscar un lugar donde se ejerza una parentalidad sana y bien tratante. Se requerirá además del compromiso por parte de estos nuevos cuidadores para sanar y reconstruir la vida de estos futuros/as adultos/as.

En definitiva lo que se buscará en estas nuevas condiciones, a partir de la intervención, será generar procesos que construyan resiliencia. Para esto, según Cyrulnik (2010) establece que los siguientes elementos deben ser reconocidos:

“La adquisición de recursos internos que se impregnan en el temperamento, desde los primeros años, en el transcurso de las interacciones precoces preverbales, explicará la forma de reaccionar ante las agresiones de la existencia, ya que pone en marcha una serie de guías de desarrollo más o menos sólidas.

La estructura de la agresión explica los daños provocados por el primer golpe, la herida o la carencia. Sin embargo será la significación que ese golpe haya de adquirir más tarde en la historia personal del magullado y en su contexto familiar y social lo que explique los devastadores efectos del segundo golpe, el que provoca el trauma.

Por último, la posibilidad de regresar a los lugares donde se hallan los efectos, las actividades y las palabras que la sociedad dispone en ocasiones alrededor del herido, ofrece las guías de resiliencia que habrán de permitirle proseguir un desarrollo alterado por la herida".(Ibid, 2010:27).

Lo antes señalado permite comprender la complejidad y las adversidades a las cuales se deben enfrentar los niños y las niñas que han sufrido traumas que no han sido trabajados, durante periodos prolongados de su infancia debido a las incompetencias de sus padres y/o cuidadores.

Los traumas deben ser trabajados desde edad temprana, no cuando han pasado años, pues en el transcurso de estos, mientras el trauma no ha sido tratado, es probable que el niño, niña o adolescente haya sido retraumatizado en distintas ocasiones. La responsabilidad política que existe en este ámbito es un elemento a



relevante, pues existen pocas instituciones, desde el ámbito público, que se dediquen a detectar estos elementos o que potencien la inversión en el área de salud mental infantil.

Se debe comprender, que no solo se necesita terminar con los malos tratos infantiles; si no que además se requiere de un trabajo, que les permita a niños, niñas y adolescentes, encontrar la resiliencia, trabajar sus traumas. Pero se debe re-educar a los adultos que tendrán sus cuidados, para lograr que estos sean capaces de revertir las situaciones ya sufridas por los niños y/o niñas.

Además se debe potenciar la autoestima de estos niños, niñas y adolescentes, ya que por lo general aquellos que han sufrido de malos tratos, pierden la confianza en sí mismo, ven disminuida o completamente anulada la capacidad de quererse y respetarse.

Es así como las autoras N. Milicic y S. López, señalan que:

“La aceptación es un elemento central para sentirse perteneciente y querido, y por lo tanto es necesario que se exprese lo más explícitamente posible. No basta con querer a los niños, sino que es necesario demostrárselo”.(Milicic y López, 2009:97).

Según lo señalado anteriormente, es fundamental demostrarles a los niños y niñas, con buenos tratos, que ellos nos preocupan, proporcionándoles cuidados, protección, amor, cariño, que sepan cuán importantes son, decirles cuanto los aman, cuan querido y aceptado son, cuán importantes son para los otros.

Potenciar la autoestima de niños, niñas y adolescentes, es fundamental, ya que por lo general aquellos que han sufrido de malos tratos, pierden la confianza en sí mismo o simplemente se ve disminuida o completamente anulada.

“En la mayoría de los niños la autoestima es una característica estable, por lo que hay niños que tienen preferentemente una actitud de valoración positiva y

de confianza en sí mismo, mientras que otros tienden a desvalorizar lo que son y hacen, mostrando poca satisfacción consigo mismo".(Ibid, 2009:177).

Resulta complejo el imaginar a un niño, niña o adolescente que ha sufrido durante toda su vida malos tratos parentales, que pueda tener una autoestima positiva o una valoración de sí mismo positiva, por lo general es todo lo contrario, recibir malos tratos físico y psicológicos por parte de los adultos que debieron cuidarlos y protegerlos, resulta perjudicial en la concepción del sí mismo. "Si la persona que me cuida y ama, me dice que soy tonto, porque no he de creerle".

Lograr que niños, niñas y adolescentes, puedan revertir este pensamiento catastrófico de su persona, es una gran tarea, que no solo compete a padres, madres, y/o cuidadores, sino que a toda la comunidad, se debe pensar que estos cambios pueden suceder, es así como autores como Manciaux, señalan que:

"Sin entrar demasiado en consideraciones teóricas, sacan a la luz los sucesos, elementos y factores que construyen la resiliencia, y muestran que ésta puede aparecer en niños, personas y grupos a los que no se habría creído capaces de ella".(Manciaux, 2010:111).

La resiliencia es fundamental en todos los seres humanos que han sufrido algún tipo de daño, el resignificar la vida de niños, niñas y adolescentes es una enorme, pero hermosa tarea y es uno de los pilares fundamentales para crear una mejor sociedad. Una que, no cuida, ama y valora a sus niños y niñas es una sociedad vacía, sin vida y sin bases para el futuro.

# **SEGUNDA PARTE**

# **MARCO REFERENCIAL**

## **CAPÍTULO III**

### **SALUD MENTAL**

El presente capítulo mostrará las estrategias que se utilizan en Chile para abordar las problemáticas de salud mental de sus ciudadanos y en especial la forma en que se atiende a niñas, niños y adolescentes. Esto último considerando las estrategias y lineamientos programáticos que implementa el Ministerio de Salud.

#### **POLITICA NACIONAL EN SALUD MENTAL**

En un mundo globalizado donde se vive de manera acelerada y es poco el tiempo que queda para la familia y para el ocio y donde los niveles de estrés se perciben en distintos ámbitos de la vida, resulta coherente que el resultado de los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), reflejen esta realidad:

*“Actualmente, **400 millones de personas a nivel mundial sufren trastornos mentales o neurológicos**, de enorme repercusión social, psicológica y económica. Otro estudio de la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)**, en base al análisis de nueve países miembros y trabajos realizados desde 2012, sostiene que **una quinta parte de las personas en edad de trabajar sufre una enfermedad mental**”. (Salud Mental y el aumento de trastornos asociados, Universidad San Sebastián, 2015).*

Cuando se mira Chile directamente, se sabe que es reconocido como un país que va camino a ser desarrollado, sin embargo, esto no necesariamente ha impactado en mejoras en algunos ámbitos de la vida. Por ejemplo, en temas de salud mental,

los trastornos relacionados a esta área han aumentado en los distintos rangos etareos.

Al respecto, indica la OMS:

*“Al mirar la tendencia en Chile, la Encuesta Nacional de 2010 del [Ministerio de Salud](#), indica que la prevalencia de síntomas depresivos en la población mayor de 15 años es de 17,2%. El mismo informe revela que en nuestro país 2 de cada 10 personas han presentado síntomas depresivos a lo largo de un año y, de éstos, aproximadamente el 30% corresponde a mujeres entre 45-64 años, el 11% a hombres entre 25-44 años y que el 21% se concentra en hombres y mujeres con un bajo nivel educacional”. (Ibid, 2015).*

En las consultas realizadas el año pasado se destacó la importancia de la función que podía desempeñar la OMS en el plano internacional en favor del fortalecimiento de los sistemas de salud en un mundo en constante cambio. (Programas y Proyectos, de la OMS, 2015).

Es por esta razón que el Ministerio de Salud de Chile, para adecuarse a las necesidades de la población, formula el Plan Nacional de Salud Mental, el cual se construye en base a la experiencia y análisis realizado por un importante número de profesionales en el área de la salud.

En él se recopila la experiencia y logros de equipos de salud mental y psiquiatría de Chile de los últimos 10 años.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, trabaja desde 4 aristas, estas son:

“La promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, en las opiniones de expertos nacionales y en normativas técnicas internacionales.

Sus objetivos específicos son los siguientes:1.- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria. 2.- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles. 3.- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia. 4.- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.(Plan Nacional de Salud, Chile, 2015).

Desde esta perspectiva, el Ministerio de Salud busca no solo dar tratamiento a los pacientes de salud mental sino que además planifica en conjunto con los profesionales, familiares y la comunidad, la mejor forma de detectar a tiempo las patologías de salud mental. Por ejemplo, realiza trabajos con la comunidad, de la expertís de otros profesionales (psicólogos y psiquiatras). Además se pone énfasis en que el sujeto de atención no es una isla en sí mismo y necesita de los otros (de la comunidad) para vivir y sobrellevar de mejor manera cualquier patología clínica que se le diagnostique.

Si bien la idea del Ministerio de Salud y del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, es una buena iniciativa, como Política Pública no es lo suficientemente eficaz. Esto, por una parte, debido a la alta demanda de usuarios en salud mental y por otra parte por la complejidad de los casos, no solo en el área clínica, sino además en el área social. Además hay que considerar el bajo presupuesto que se destina efectivamente a esta área de la salud.

Por otra parte cabe señalar la relevancia que tiene el trabajo con pacientes de salud mental a temprana edad, pues esto permitiría mitigar el daño e incluso en casos más exitosos entregar altas clínicas.

Actualmente hay muy pocos programas que trabajan con niños, niñas y adolescentes que cuenten con los profesionales necesarios para atender a pacientes con problemáticas de salud mental.

## **Salud Mental en niños, niñas y adolescentes**

Es reconocido por todos los organismos nacionales e internacionales de la salud, la importancia que tiene el intervenir y entregar tratamiento a quienes sufren patologías mentales a temprana edad, ya que de esta manera se pueden entregar atención oportuna y preventiva a mayores complejidades. No es un determinante en los seres humanos sufrir de alguna enfermedad de salud mental, lo que sí es determinante, en el curso de la enfermedad, es el tratamiento oportuno de esta, un niño o niña al cual se le diagnostica a temprana edad problemas de salud mental, tiene más posibilidades de que los daños causados por la patología puedan ser tratados.

Es este un planteamiento apoyado por distintos organismos, entre ellos la mentada OMS, que ha señalado que los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o adolescencia deben ser una prioridad para la Salud Pública.

“Estudios prospectivos de cohortes de niños nacidos en la década 1960-69 identificaron claramente dos grupos de trastornos, aquellos que se inician en la infancia y en la adolescencia. Sin embargo, datos sobre la prevalencia de estos trastornos son aún insuficientes especialmente en países en desarrollo. En Chile se disponía de estudios realizados en población escolarizada con la obvia limitación de quizá no representar toda la población más vulnerable ya que aun cuando es obligatorio algunos pudieron no estar asistiendo a la escuela”.  
(Revista Médica de Chile, Scielo, 2012).

Lo último mencionado es importante porque si se mira la dimensión socioeconómica de los niños y niñas que sufren patologías de salud mental, se puede apreciar que grandes grupos provienen de estratos bajos y vulnerables. Por lo tanto, al momento de hacer ese estudio en los colegios, ya se estaba considerando una importante cantidad de niños, niñas y jóvenes que se encontraban desescolarizados.

Un estudio realizado en Chile por Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción y el Departamento de Salud Mental Oriente de la Universidad de Chile, entre abril de 2007 y diciembre de 2009. Publicado en la Revista Médica de Chile (2012):

*“De un total de 1.558 sujetos fueron entrevistados, 50,9% hombres y 49,1% mujeres. Más de la mitad de la muestra, 52,9%, fueron niños entre 4-11 años y 47,1% adolescentes entre 12 y 18 años. La tasa de respuesta alcanzó al 82,4%”.*

**TABLA N°1 Muestra las prevalencias de los diagnósticos estudiados**

	Total		Varones		Mujeres		4-11 años		12-18 años	
	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE
<b>Trastornos ansiosos</b>	18,5	1,1	13,8	1,4	23,5	2,1	21,0	1,8	15,7	1,9
Fobia social	5,5	0,9	2,9	0,8	8,2	1,6	5,9	1,2	5,1	1,3
Trastorno de ansiedad generalizada	8,2	0,9	6,2	1,3	10,3	1,3	8,0	1,7	8,4	1,6
Trastorno por ansiedad de separación	10,2	8,8	7,3	0,9	13,1	1,3	13,4	1,2	6,5	1,5
<b>Trastornos afectivos</b>	6,1	0,8	3,7	1,0	8,6	1,4	3,8	1,1	8,6	1,2
Trastorno depresivo mayor	5,9	0,8	3,6	1,0	8,4	1,4	3,8	1,1	8,3	1,1
Distimia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,04	0,03	0,3	0,2
<b>Trastornos por comportamiento disruptivo</b>	21,8	1,8	19,9	2,1	23,7	2,8	29,7	3,7	12,8	1,4
Trastorno disocial	3,7	0,5	4,4	0,9	3,0	0,7	1,2	0,3	6,5	1,0
Trastornos oposicionista desafiante	8,7	1,0	7,5	1,1	9,9	1,4	11,8	1,5	5,1	1,2
TDAH	15,1	1,2	13,7	1,6	16,6	2,2	23,9	2,2	5,4	1,4
<b>Trastornos por consumo de sustancias</b>	4,8	0,8	4,6	1,0	4,9	1,0	-	-	10,1	1,7
Abuso de alcohol	1,9	0,6	2,4	0,8	1,3	0,8	-	-	4,0	1,3
Dependencia de alcohol	1,7	0,4	1,5	0,5	1,9	0,7	-	-	3,6	0,9
Abuso de marihuana	0,4	0,2	0,2	0,1	0,6	0,4	-	-	0,9	0,3
Dependencia de marihuana	0,4	0,2	0,3	0,2	0,5	0,2	-	-	0,9	0,3
Dependencia de nicotina	1,6	0,4	1,4	0,5	1,8	0,6	-	-	3,4	0,8
Abuso de otras sustancias	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	-	-	0,4	0,2
Dependencia de otras sustancias	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	-	-	0,4	0,2
Trastorno alimenticio	0,3	0,2	0,05	0,05	0,5	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Esquizofrenia	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Cualquier trastorno	38,3	2,3	33,5	2,5	43,3	3,6	42,9	3,6	33,2	2,4

Datos Pesados Censo Chile 2002.



“La [Tabla.1](#) muestra las prevalencias de los diagnósticos estudiados. La prevalencia global general alcanzó a 38,3% que disminuyó a 22,5% cuando se considera el impedimento D. El grupo diagnóstico más prevalente fueron los trastornos disruptivos con 21,8%; seguido por los trastornos ansiosos, 18,5%; y los afectivos con 6,1%. Los trastornos asociados al consumo de sustancias alcanzaron a 4,8%; la esquizofrenia y los trastornos alimentarios fueron comparativamente escasos”.

Conforme a los otros capítulos del marco teórico, se puede ver que la prevalencia está asociada a cuadros de niños, niñas y adolescentes que suelen ser un poco más disruptivos que el resto de la población de su misma edad.

Siguiendo a algunos de los autores señalados en el mismo marco teórico, podemos señalar que en gran parte estas patologías son padecidas por niños, niñas y adolescentes que han sufrido periodos prolongados de vulneración y en algunos casos maltrato, ya sea durante el período de su gestación o durante el transcurso de los años siguientes al parto.

La [Tabla 2](#) muestra la relación entre los grupos diagnósticos y las principales características socio demográficas. Las mujeres tenían un riesgo mayor de desarrollar trastornos ansiosos (OR = 1,9, 95% CI [1,3-2,8]) y afectivos (OR = 2,5, 95% CI [1,2-4,9]), lo que se repite o confirma cuando se considera la prevalencia global o cualquier trastorno estudiado (OR = 1,5, 95% CI [1,1-2,2]).

**TABLA 2.**

**Correlaciones socio-demográficas de los trastornos psiquiátricos estudiados, sin impedimento(n = 1.558).**

	Trastornos ansiosos		Trastornos afectivos		Trastornos por comportamiento disruptivo		Trastornos por consumo de alcohol y sustancias		Cualquier trastorno	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Género</b>										
Masculino	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Femenino	1,9***	(1,3-2,8)	2,5*	(1,2-4,9)	1,2	(0,9-1,8)	1,1	(0,7-1,6)	1,5*	(1,1-2,2)
<b>Edad</b>										
4 - 11	1,0		1,0		1,0		-	-	1,0	
12 - 18	0,7	(0,5-1,1)	2,4*	(1,2-4,6)	0,4***	(0,2-0,6)	-	-	0,7*	(0,5-0,9)
<b>NSE</b>										
Pobreza ≤ 2	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Pobreza ≤ 5	0,9	(0,5-1,5)	0,9	(0,5-1,6)	1,8	(0,9-3,4)	0,8	(0,3-2,1)	1,4	(0,8-2,3)
Pobreza ≤ 8	0,6	(0,3-1,3)	0,6	(0,2-1,3)	1,6	(0,7-3,5)	0,7	(0,2-2,1)	1,1	(0,6-2,3)
Pobreza > 8	0,5*	(0,3-0,9)	0,6	(0,2-1,5)	1,3	(0,5-3,2)	1,6	(0,6-4,5)	1,3	(0,7-2,6)
<b>Funcionamiento familiar</b>										
No	0,6**	(0,4-0,9)	0,3**	(0,1-0,6)	0,5**	(0,3-0,8)	0,4**	(0,2-0,7)	0,5***	(0,4-0,7)
<b>Psicopatología familiar</b>										
No	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Sí	1,9**	(1,3-2,9)	4,0***	(1,8-9,0)	2,9***	(1,7-4,8)	2,3	(1,0-5,4)	2,4***	(1,8-3,2)
<b>Estructura familiar</b>										
Ambos padres	1,0		1,00		1,0		1,0		1,0	
Sólo un padre	2,0***	(1,5-2,7)	3,0***	(1,8-5,0)	1,9***	(1,4-2,6)	1,9*	(1,1-3,6)	2,1***	(1,5-2,9)
Otro	2,0*	(1,1-3,8)	3,9***	(2,0-7,6)	1,5	(0,9-2,5)	2,5	(0,7-8,6)	1,7*	(1,1-2,5)
<b>Deserción escolar</b>										
No	1,0		1,0		1,0		1,0		1,0	
Sí	1,3	(0,5-3,3)	1,8	(0,9-3,7)	0,6	(0,3-1,3)	6,8***	(3,4-13,8)	1,3	(0,7-2,3)

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; - no casos. Datos Pesados Censo Chile 2002. NSE: número de veces la línea de pobreza urbana.

“Los adolescentes tuvieron más probabilidad de presentar cuadros afectivos (OR = 2,4, 95% CI [1,2-4,6]) y claramente menos cuadros disruptivos y cualquiera de los trastornos estudiados. Un nivel socioeconómico alto aparece significativamente asociado a la menor probabilidad de presentar trastornos ansiosos. La percepción de disfunción familiar estuvo significativamente

asociada con la presencia de todos los trastornos estudiados al igual que el antecedente de psicopatología en la familia, con la excepción de los trastornos asociados al consumo de sustancias. Vivir solo con un padre fue fuertemente asociado con la presencia de trastornos psiquiátricos y la deserción escolar, se asoció sólo con la presencia de trastornos por uso de sustancias (OR = 6,8, 95%, CI [3,4-13,8]).(Revista Médica de Chile, 2012).

En este segundo cuadro, se puede ver que se repiten otras dos variables que se han señalado con anterioridad, y que tienen relación con las familias monoparentales, las cuales por lo general son más vulnerables. Esto, debido a que hay solo un cuidador que además debe ser el proveedor de la familia y, asociado a lo mismo, es el bajo nivel socio económico de las familias que tiene niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental, más prolongadas en el tiempo.

Por otra parte en opinión del psicólogo [Álvaro Jiménez Molina](#), del Centro de Investigaciones Periodísticas (CIPER), señala que:

“Chile tiene una deuda pendiente con la salud mental. La alta prevalencia, significación social y costo económico de los trastornos mentales contrasta con la escasez de políticas públicas específicas, un presupuesto aún reducido y la ausencia de un marco legal e institucional adecuado. Dicha situación es aún más crítica respecto de la salud mental de niños y adolescentes chilenos”. (CIPER, 2014).

Este último señala además lo siguiente:

“durante las últimas décadas se ha producido un aumento significativo de los trastornos mentales en niños, adolescentes y jóvenes en el mundo. La prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes se sitúa alrededor del 20% de la población. Es decir, uno de cada

cinco adolescentes sufren un tipo de trastorno mental en el mundo. Esto convierte a los trastornos mentales en una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en este grupo de edad. ¿Se trata de una “epidemia” del siglo XXI? Aún no es claro. Pero lo que sí es evidente es que la “transición epidemiológica” de las sociedades contemporáneas ha hecho de los trastornos mentales una nueva prioridad en salud pública. Dichos trastornos no sólo repercuten sobre la calidad de vida y dificultan los aprendizajes, sino que también interfieren con el desarrollo y comprometen el devenir de los niños”. (Ibid, 2014).

Continuando con lo que señala el Psicólogo don Álvaro Jiménez;

“en 2012 se conocieron los resultados del primer estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes chilenos. En él se muestra una prevalencia general de trastornos mentales de 22,5% (19,3% para los hombres, 25,8% para las mujeres), siendo los trastornos del comportamiento disruptivo y los trastornos ansiosos los problemas más comunes. Ahora bien, la tasa de prevalencia es más elevada en niños entre 4-11 años (27,8%), en comparación a los adolescentes entre 12-18 años (16,5%). En Santiago, el mismo estudio mostró una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 25,4% (20,7% para los hombres y 30,3% para las mujeres)”.(Jiménez, 2014 ).

Por otra parte, como bien lo señala el mismo autor, en los párrafos anteriores, el presupuesto para la salud mental en Chile, es bastante escaso en comparación con las cifras tan elevadas de niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental.

Hay que señalar que en la actualidad solo un 2.16%, de los fondos destinados a la salud en Chile, son para la salud mental. Esta cifra se encuentra muy por debajo del presupuesto que debía ser destinado, según el Plan Nacional de Salud Mental, el cual debía ser de un 5%. Esto según el informe de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile, de conformidad al mismo informe se señala además;

“Comparado con otros países de ingreso alto y medio alto, el porcentaje del presupuesto asignado a salud mental en Chile también parece relativamente bajo. El porcentaje destinado a salud mental sitúa a nuestro país muy por debajo de los porcentajes que muestran otros países de ingresos altos como Estados Unidos de Norteamérica (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido (10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), y al promedio mundial (2,8%)”. (Artículo especial, revista médica Scielo, 2015).

A partir de los antecedentes mencionados, se puede decir que Chile, como país en vías de desarrollo, tiene una deuda pendiente con los niños, niñas y adolescentes que se encuentran diagnosticados con patologías de salud mental y con aquellos que aún no han podido ser diagnosticados.

## **CAPÍTULO IV**

### **EQUIPO DE SALUD MENTAL VIDA NUEVA LA GRANJA**

El Equipo de Salud Mental Vida Nueva de La Granja (ESM), surge en el transcurso del año 2010, mediante una mesa intersectorial, compuesta por el Ministerio del Interior, SENAME, CONACE, de Planificación y el Ministerio de Salud.

Surge debido a la importancia de la existencia de especialistas en el área de salud mental para satisfacer las necesidades de los niños y niñas que son atendidos por los programas colaboradores de SENAME, los cuales no cuentan con dispositivos de salud mental.

El Equipo de Salud Mental depende administrativamente de la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, cabe destacar que en un comienzo este equipo debió pasar a ser parte del COSAM La Granja, pero por motivos de espacio físico, no se logró dicha unión, quedando separados físicamente, lo que luego produjo cierta desvinculación. Por este motivo que el ESM, es el único en su especie, las otras siete comunas de Santiago que cuentan con Programas Vida Nueva, no tienen este equipo especializado.

Según lo señalado en el proyecto de diseño de ejecución de trabajo del equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, este atiende a niños, niñas y adolescentes desde los 0 a los 18 años de edad, los cuales ingresan por tener alguna problemática de salud mental, asociado a trayectorias de vulneración de derechos y/o infracción de ley. Estos niños, niñas y adolescentes se han vinculado a través de los programas colaboradores de SENAME, tales como OPD, PPF, PIR, PDE, PRM, pertenecientes a la red VIDA NUEVA LA GRANJA. Además la atención primaria salud; atención terciaria de salud (H. Padres Hurtado y H. Sótero del Río); atención secundaria (COSAM); instituciones dependiente del Ministerio del Interior

(MST, EDT); Ministerio de Justicia (Tribunales de Familia, CAVI) y SENDA (PAI Infanto-adolescente).

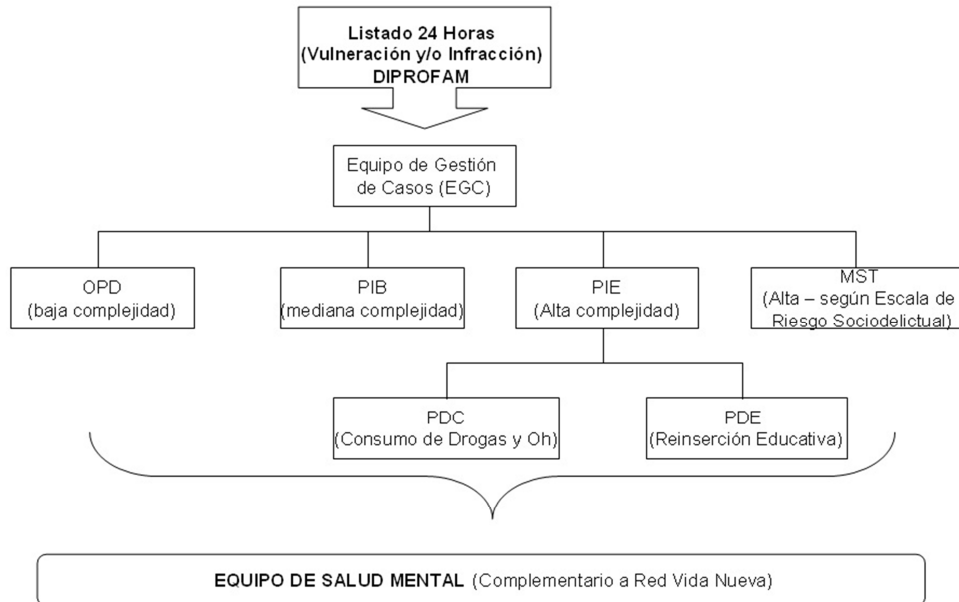
La importancia de mencionar estos programas surge debido a que todos trabajan o intervienen con NNA que han sido vulnerados en sus derechos y trabajan en conjunto con el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja. Se entiende por tanto que este equipo no solo trabaja a nivel clínico, es decir con el niño y su enfermedad, sino que se trabaja con la familia y la comunidad, con el propósito de romper con las trayectorias de vulneración de derechos.

Cabe señalar que el Equipo de Salud Vida Nueva (ESM) La Granja, se encuentra ubicado en el Centro Vasco, Centro Comunitario ubicado en la comuna de la Granja, que cuenta actualmente con biblioteca y sala de internet comunitaria. Además funciona el Centro de la Mujer, y se ejecutan programas tales como el Programa de Intervención Especializada, y el Programa Vida Nueva. El hecho de que el equipo posea una ubicación diferente, produjo que el ESM quedara como un equipo independiente de COSAM, el cual se especializa en la atención de niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental asociado a vulneración de derechos e infracción de ley.

El Equipo está compuesto por los/as siguientes profesionales:

1 Médico Psiquiatra 22 horas; 1 Médico General 22 horas; 1 Trabajador Social 44 horas, una Terapeuta Ocupacional 44 Horas y 1 Psicóloga y coordinadora del equipo 44 horas.

## FLUJOGRAMA VIDA NUEVA



El flujograma grafica cuales son los Programas que derivan a los niños, niñas y adolescentes al Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, recordando que si bien, la gran mayoría de los paciente provienen de la Red SENAME, este no es excluyente, ni exclusivo.

En la actualidad, los/as profesionales que conforman este equipo se encuentran diseñando un plan de trabajo propio, con una impronta distintiva que los distancia, en alguna medida, de los programas de salud convencional.

Lo que aquí se pretende, es recopilar experiencias, aprendizajes y estrategias utilizadas desde el año 2010 a la fecha. Es importante señalar que la principal distinción que tiene este ESM Vida Nueva La Granja, con los otros, es que tiene su propia visión y misión, la cual se expresa en una metodología propia.

Es relevante mencionarlo porque pese a que se distingue en ciertos aspectos de los Centros de Salud Mantel, (COSAM), mantiene los objetivos generales y



específicos en pro de respetar los lineamientos programáticos u orientaciones técnicas emanados del Ministerio de Salud.

Parte de la metodología, que se desprende de su proyecto, se describe a continuación:

“La Misión es contribuir a restablecer y/o establecer en algunos casos las condiciones de salud mental a través del alivio de síntomas, rehabilitación e integración social, con el fin de mejorar la calidad de vida a niños, niñas y adolescentes que presentan trastornos psiquiátricos moderados a severos, inscritos en la Red de Salud Primaria de la comuna de La Granja y usuarios de los proyectos Vida Nueva principalmente”. (Figuroa, et al, 2016: 12)

El párrafo anterior señala, que su impronta no solo es en el área de salud, sino que el trabajo es holístico y pretende trabajar en todas las áreas que permitan un desarrollo sano e integral de niños, niñas y adolescentes.

“Por otra parte su visión es, ser un Equipo de Salud Mental, capaz de utilizar el modelo socio comunitario, en el enfrentamiento de los problemas de salud mental de NNA y sus familias, que presentan diversos cuadros psiquiátricos asociados a trayectorias de Vulneración de Derechos y/o conductas transgresoras”. (Ibid, 2016:14)

Se consideran los siguientes aspectos:

- Buenas prácticas terapéuticas y administrativas: Cuando se habla de buenas prácticas terapéuticas es resaltar la importancia que tienen los pacientes, para el equipo, en donde cada caso es único y cuenta con un plan de trabajo diseñado especialmente para él o ella y su familia y en lo que se refiere a las buenas prácticas administrativas, se habla de manejar una agenda en común y que se encuentre al conocimiento de todos sus

integrantes, además de entregar la posibilidad de que las horas sean cambiadas y otorgadas de acuerdo a las necesidades de los usuarios y capacidades del equipo.

- Trabajo en equipo: en este sentido cada caso es conversado al momento de su ingreso, por todo el equipo en reunión clínica, y los casos más complejos o si alguno necesita un tratamiento especial, también se sigue el caso por el equipo en reunión, asignando responsable de su seguimiento.
- Generación de conocimiento e innovación: se asiste a cada capacitación que entregue el sistema (SENAME, SALUD u otros), pero además se hacen capacitaciones internas, donde los mismos profesionales que conforman al equipo, entregan sus conocimientos al resto, mediante presentaciones.
- Entregar atención eficaz y eficiente: en la atención se busca encontrar junto a los pacientes y su familia herramientas o estrategias de solución a sus problemas, además de la atención médica.

Si bien se entregan las horas con una o dos semanas de antelación, se atienden de todas maneras los casos que tengan problemas que deban buscar una solución urgente.

- Altos índices de satisfacción laboral: La rotación de personal ha sido muy poca o nula, los profesionales que trabajan en el Equipo de Salud Mental, tienen un alto grado de compromiso social.

A continuación se presentan el objetivo general y los específicos, tomados desde el plan de trabajo que se encuentra en desarrollo 2016-2017.

Objetivo general:

Brindar atención psiquiátrica y de salud mental integral a niños, niñas y adolescentes que presentan trastornos mentales de mediana y alta complejidad, asociados a trayectorias de vulneración de derechos y/o conductas transgresoras, en complementariedad con proyectos del Programa Vida Nueva de la comuna de La Granja.

Objetivos específicos:

- 1.- Realizar diagnóstico y tratamiento complementario desde una perspectiva biopsicosocial y sistémico de los problemas de salud mental más relevantes en la infancia vulnerada.
- 2.- Establecer acciones de coordinación y colaboración intersectorial con los programas pertenecientes a las redes de infancia de la comuna.
- 3.- Articular y apoyar las redes locales, formales e informales, en pro de la salud mental infanto juvenil de la comunidad.
- 4.- Acompañar a los niños, niñas y adolescentes en su tránsito por la Red u otros dispositivos de Salud.

En lo relativo al perfil de atención, se establecen ciertos criterios comunes a todos los equipos de salud mental, y otros que le son propios al ESM Vida Nueva La Granja. En este caso los usuarios deben pertenecer a la Comuna de La Granja y deben estar inscritos en alguno de los centros de atención primaria de Salud de la comuna. Esto, debido a que en la eventualidad que el niño, la niños o el/la adolescente requiera, según el diagnóstico emanado del profesional de psiquiatría, tratamiento farmacológico, este es proporcionado de manera gratuita y previa receta del profesional del área de la salud del ESM, por los centros médicos de APS (Atención primaria de salud) de la comuna.

Por otra parte, se entrega atención preferente y no exclusiva a niños, niñas y adolescentes que pertenecen a la red SENAME debido a que se encuentran en algún programa de Protección de Derechos o Programa de Reparación o institucionalizados en residencias SENAME.

Quizás las diferencias más notorias, entre el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja con el COSAM de otras comunas, está en las estrategias de trabajo, en

atender patologías de salud mental con trayectoria de vulneración de derechos y el estar separado del COSAM La Granja y contar con mayor autonomía.

En lo relativo a los usuarios o sujetos de intervención clínica, se observa que estos/as presentan rangos etéreos que van desde los 2 años hasta los 17 años con 11 meses y 29 días. Aun cuando se puede atender desde los cero años, es casi imposible pesquisar estos casos, la mayoría, incluso, recién pueden ser detectados desde la edad preescolar. Además se realiza atención y/o intervención con los adultos responsables y/o significativos como parte del plan de tratamiento del usuario. En algunos casos también se realiza atención médica y/o psicológica a los adultos responsables y/o significativos con trastorno mentales, y que según el nivel de complejidad, continúan en nuestro centro, o son derivados a la red de salud comunal. Si bien en la formulación del Programa no se consideró una cantidad de plazas asignadas, ni canastas de atención, su experiencia les permite establecer un flujo de atención de 100 usuarios activos.

Por otra parte el equipo de salud mental, ha podido establecer que la mayoría de los usuarios presentan como común denominador, las siguientes características:

- Vulneración de derechos: Maltrato físico y psicológico, Negligencia de cuidados, Abuso Sexual.
- Psicopatologías derivadas de vulneración de derechos.
- Déficit intelectual de los usuarios y de los cuidadores.
- Psicopatología de padres y/o cuidadores.
- Adicción a Drogas de abuso de los cuidadores y el entorno
- Familias ensambladas.
- Familias monoparentales.
- Baja escolaridad de los padres y/o cuidadores.
- Familia extensas : Familias que se caracterizan por estar integradas por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales y que están

*obligadas* a convivir en mismo hogar, en algunos casos generando hacinamiento o dificultad para desarrollarse en forma independiente.

- Territorialidad familiar: Convivencia en territorio cercana a familia de origen
- Casos judicializados (Presentan medidas de protección, cautelares, etc).
- Familias multi-asistidas
- Sistema educativo insuficiente.
- Inestabilidad laboral de los padres.

Estos factores, que por sí solos no son determinantes en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, sí pueden llegar a influir cuando convergen varios a la vez, impactando en el sano desarrollo del niño, niña y/o adolescente. Un ejemplo de esto puede ser que en el caso de padres y/o cuidadores con baja o nula escolaridad, con un ingreso económico mensual bajo, que además presenta consumo de alcohol y drogas por uno de los cuidadores, quién además ejerce violencia intrafamiliar, estos factores juntos, pueden provocar daños en la salud mental del niño o la niña que conviva con ellos.

Lo señalado anteriormente, muestra como el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja realiza trabajos en el área de salud mental, desde una mirada ecológico-sistémica, donde no solo se interviene con los niños, niñas y adolescentes y su problemática de salud mental, sino que se trabaja con su sistema familiar completo y su entorno. Esto debido a que la práctica les ha demostrado que los sistemas que rodean al paciente son fundamentales en su tratamiento, recuperación e incluso en su deterioro o aumento de complejidad en la problemática que manifiestan.

Dado lo mencionado hasta ahora, en lo relativo al ESM Vida Nueva La Granja, se pone de manifiesto la importancia de intervenir tempranamente y entender que existen distintas aristas que están generando que se produzcan patologías vinculadas al área de salud mental. La intervención

por tanto, tiene que ser abarcadora de las dimensiones sociales también, tal como se lo plantea el equipo de Salud Mental y trabajar con las familias y las dinámicas que se generan al interior de estas.

Por otra parte cabe destacar, que en la actualidad existe un programa de Gobierno “Chile Crece Contigo”, que trabaja con la madre y su hijo desde el periodo de gestación hasta su ingreso a pre-kinder, esto es a los cuatro o cinco años de edad del niño o la niña.

“En el entendido que el desarrollo infantil es **multidimensional** y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos **biológicos, físicos, psíquicos** y **sociales** del niño/a, es que *Chile Crece Contigo* consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad (**primera infancia**).” (Programa Chile Crece Contigo, s/f).

En el párrafo anterior, se señala como este programa concuerda con autores tales como: Barudy, Dantagnan y Céspedes, (op. cit), en la importancia y relevancia que es trabajar con niños y niñas en situación de riesgo a temprana edad, e incluso se habla de trabajar desde el momento de la concepción del niño o la niña, ya que los daños físicos y psicológicos más graves e irreversibles, son en el periodo de la gestación.

Chile Crece Contigo, busca proteger la infancia desde sus inicios, a través de distintas estrategias, tales como controles mensuales de las madres embarazadas, entregando educación al respecto de los buenos tratos infantiles y entregando herramientas de cómo cuidar y tratar a un recién nacido y durante el desarrollo de su vida. Todas, estrategias importantes a la hora de cuidar el crecimiento sano de un niño o niña. Pero lo que aún queda como enorme trabajo, es velar por tener mejores condiciones de salud, vivienda, educación e igualdad de derechos y oportunidades para

todos, reconociendo esto como única manera en la que se logre alcanzar buenos tratos no solo para los niños y niñas, sino para todos.

Porque si un cuidador de niños, niñas y adolescentes no tiene sus necesidades cubiertas, difícilmente podrá cubrir las de otro.

# **TERCERA PARTE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**



## **CAPITULO V**

### **1.- Parentalidad y Estilos Parentales.**

Una vez recogidos los datos para esta investigación, el paso siguiente fue el análisis de estos, el cual se realizó tomando como eje orientador, los dos tópicos contenidos y operacionalizados a partir de los objetivos del proyecto: esto es; estilos parentales y efectos de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, ejes que constituyeron el objeto de estudio de esta investigación. Fue de interés del estudio, reconocer las características de los estilos parentales que adoptan los padres de niños con problemas de salud mental y por otra parte, determinar los efectos de estos estilos parentales en el desarrollo psico-emocional de los niños, niñas y adolescentes.

Se espera que a través de este análisis se pueda describir de qué manera se expresan los buenos y los malos tratos a la infancia y como estos repercuten en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, y así mostrar cómo influyen en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, no solo físicamente sino que además mentalmente, es decir como los buenos o malos tratos repercuten en la salud mental de estos.

La información se obtuvo a través de entrevistas a dos grupos de informantes. Por una parte se entrevistó a cinco madres y/o figuras cuidadores de los niños/as atendidos en el Programa de Salud Mental Vida Nueva, de la Comuna de La Granja y a cinco profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario del Programa. (Psicóloga, trabajador social, terapeuta ocupacional, médico general y médico psiquiatra).

A continuación se presenta el análisis de las entrevistas realizadas a 5 madres o figuras cuidadoras de los niños /as, atendidas en el programa.

## **Estilos Parentales.**

### **1.1 Apego seguro y capacidad de empatía.**

Respecto a esta dimensión, referente a las capacidades y competencias que despliegan los padres en el cuidado de sus hijos/as, se pudo encontrar que en la mayoría de los casos, es la madre la que realiza los cuidados directos de los niños, niñas y adolescentes. Pero, por otra parte se puede señalar, que también existen otros cuidadores, parientes consanguíneos cuando falta alguno o ambos padres en la crianza, como ocurrió en los casos estudiados en los cuales, una de los cuidadores, era la abuela, no obstante, en todos los casos existe poca o nula presencia de la imagen paterna.

Esta tendencia trae consigo que los cuidados solo han sido ejercidos por una figura femenina, tendencia que reafirma que en un gran porcentaje, las familias de los niños, niñas y adolescentes atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, son parte de familias monoparentales, las cuales resultan ser a su vez las más vulnerables. Esto último debido a que en ausencia de uno de los padres, quien permanece con ellos, es quién tiene que encargarse, no solo de los cuidados, sino además de mantener económicamente a la familia, doble tarea, que dificulta realizar los cuidados que los niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental necesitan. Aun así, hay algunos casos que señalan recibir ayuda de su familia extensa cuando lo necesita.

“Yo, aquí quien me ayuda en sí son mis papas, cuando yo no estoy por asuntos de mi enfermedad, se preocupan de los dos” (Marcela).

Otro dato que se puede rescatar de las entrevistas realizadas, es que con la complejidad que resulta ser una familia monoparental, estas familias en su gran mayoría, se ven obligadas a vivir en calidad de allegados en hogares de familias extensas, donde conviven distintas generaciones, lo que complica las relaciones interpersonales.

También están los casos de familias con padres separados, ante lo cual se agudiza aún más esto de que el rol del padre en los procesos de crianza, es casi nulo y solo en ocasiones responde económicamente a las necesidades que pueda presentar su hija o hijo. O en el peor de los casos, se desvinculan por completo.

“Me ha costado. Difícil sola también, porque no he estado con el papá, yo me he llevado todo el peso de ella, igual ha sido difícil porque uno está como enferma, hemos estado las dos solitas, por eso ha sido difícil”. (Norma).

Otra factor que confluye en el caso de las familias monoparentales, y es que muchas veces se les juzga como negligentes o poco adecuadas, porque no pueden cumplir con todas las necesidades de sus hijos, un ejemplo es la madre, madre o cuidador de un niño, niña o adolescente que trabaja y no puede acudir a los controles médicos con sus hijos. En estos casos, la ley tampoco favorece que esto ocurra, ya que solo existen los permisos dentro del fuero maternal, pero los niños/as menores de 18 años no pueden asistir solos al médico y menos en los casos en los cuales se entreguen fármacos como tratamiento. No existe una ley que regule dicha situación y solo queda en la voluntad del empleador.

A esto hay que agregar que los servicios de salud pública, solo atienden hasta las 17:00 horas y luego solo existen las urgencias médicas.

## **1.2 Estabilidad y accesibilidad en los cuidados de niños, niñas y adolescentes.**

A la consulta de cómo consideran que ha sido su rol de madre, padre o figura cuidadora, las madres y / cuidadoras, hay que explicar que esta pregunta no solo se encuentra enfocada en cuán capaces se consideran los cuidadores de niños, niñas y adolescentes, sino que además mantiene relación con la auto crítica en el cómo se cree que se está actuando al respecto, cuánto se ha aprendido y cuánto queda por aprender, además de cuán dispuesto se está para aprender la difícil tarea de ser padres.

“A mi parecer, creo que me falta mucho todavía, no me considero como una gran mamá, pero hago todo lo posible”. (Eliana).

“Mi rol de madre, yo creo que ha sido bueno en la parte de los cuidados, pero igual en algunas partes he fallado, pero por el tema que yo asistí donde atienden a la Antonia, entonces sé que algunos puntos no soy la mejor mamá del mundo, pero lo intento y me esfuerzo por ser mejor”. (Evelyn).

En este sentido las madres de los niños que asisten al programa reflejan que les ha servido participar activamente del tratamiento, pues no solo sienten que están mejorando sus hijos, si no que ellas mismas señalan estar aprendiendo a ser mejores madres y cuidadoras para sus hijos, tarea que no les ha sido fácil. De todos modos señalan que se esfuerzan cada día por superarse, muchas veces porque ellas mismas tiene el peso de haber sido criados por padres que no se preocuparon de ejercer una parentalidad sana y bien tratante y no conocieron otra forma de crianza. Su historia de vida muchas veces está cargada de dolor y pena.

Entonces, el conocer que existen otras formas de crianza y que ellas pueden contar con más herramientas que con las que contaron sus padres y/o cuidadores, el abrirse a otros aprendizajes, les permite resignificar su propia historia y no cometer los errores de otros. Les permite entonces, crecer en esta difícil misión, que es ejercer una parentalidad lo más óptima posible para sus hijos.

El tema de los malos tratos hacia los hijos e hijas, estuvo culturalmente aceptado. En estos casos se mantiene y en ocasiones se remarcan estas posiciones adulto-céntricas, donde el padre, la madre y cualquier otro adulto que tuviera a su cargo niño, niñas y adolescentes, tenían todo el derecho de golpearles y agredirles.

Hoy en día esto se ha ido mitigando con el paso del tiempo. Se considera que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y por tanto existen leyes que los protegen, aunque siguen existiendo los casos en los cuales estos derechos no se respetan y son constantemente vulnerados, incluso, por quienes debiesen velar por que esto no suceda. Esto se vuelve más grave cuando se habla de NNA que cuentan con patologías de salud mental, pues lo habitual es que estos malos tratos no solo sean en el hogar, sino también dentro de otros espacios, como colegios, amigos, vecinos del barrio, etcétera.

### **1.3 Función socializadora**

Dentro de las diversas funciones que debe cumplir un adulto que tiene a su cuidado a un niño, niña o adolescentes, se encuentra las de entregarle las herramientas necesarias para que este se pueda ir desarrollando de acuerdo a su edad. Esto les permitirá irse construyendo y reconociendo como personas, y ser capaces de reconocer a los otros de igual forma.

Para cumplir con esta función es importante que el adulto tenga disponibilidad de tiempo. A la consulta que con este fin se hizo, las respuestas fueron las siguientes:

“Ahora más que antes, lo que pasa que yo antes trabajaba de nana, entonces estaba todo el día afuera y llegaba en la noche y de repente veía a las niñas y de repente no las veía, hay veces en las que llegaba y estaban durmiendo”.

“Entonces ahora no, desde que las niñas empezaron con problemas, yo pucha, me retire no más del trabajo, y yo dije ya bueno ahí veré qué hago y cómo me gano las lucas y cómo paro la olla en mi casa”. (Eliana).

“Sí, yo tengo tiempo con ella, pero sí reconozco que eso de estar viendo teleseries no me gusta, pero si usted sabe que yo me pongo a coser y le digo ya Victoria, espérate un poquito. La dejo, no le tomo atención al tiro algunas veces, pero algunas veces lo hago sí, pero no es siempre, porque uno se pone a hacer esto y lo otro, porque ando haciendo cositas, porque quiero ponerme en la feria de navidad”. (Norma).

Como se puede ver, el tema de los recursos económicos vuelve a aparecer, siendo un elemento mencionado de manera recurrente en las familias que se atienden en el programa, pues son de escasos recursos económicos, uno más de los factores que influyen en la crianza de los hijos.

Otros dos factores son además el hecho de ser familias monoparentales, donde el cuidador además debe ser el proveedor, donde se evidencia la falta de protección por parte del Estado y del sector privado, que no apoyan ni sustentan el hecho de que las familias con hijos menores de edad, necesitan más tiempo para la crianza.

Al consultarles por la calidad de la comunicación que mantienen con sus hijos/as, respondieron lo siguiente:

“Yo creo que es buena, pero yo considero que a ellas les falta mucho más expresarse, expresar más lo que ellas sienten. Yo tengo que andar adivinándoles las cosas que a veces a ellas les pasan”. (Eliana ).

“Ella no me dice, es como que ella me tiene temor, entonces ella no me dice siempre las cosas que ella quiere, que hace, no me cuenta muchas cosas, pienso yo que no tenemos muy buena comunicación, yo pienso que por lo mismo, porque no me acerco mucho a ella”. (Norma).

“Ahora súper buena, el que asista el centro nos ha ayudado hartito. Ahora puedo tener más comunicación con ella, podemos, si a ella le pasa algo, o si a mí me pasa algo, nos comunicamos o sea yo me apoyo con ella y ella se apoya conmigo”. (Marcela).

Es una condición del ser humano el relacionarse con otros, estos primeros estímulos de comunicación son aprendidos desde muy pequeños, a través de la comunicación que se pueda tener entre la niña o el niño con el adulto que está encargado de sus cuidados, será de esta misma forma que luego el niño o la niña se comunicará con el mundo.

Hay que recordar que no siempre son los padres biológicos quienes representan las figuras significativas para los niños y estas funciones parentales como tal, pueden ser suplidas por padres sociales para así no confundirlos con los biológicos, principalmente son abuelos, tíos o hermanos mayores, quienes cumplen con este rol y sus funciones.

“Bien, buena porque yo le digo a él que me diga las cosas que él quiere, las cosas que él siente y que no le de vergüenza y que me diga. Él anda pendiente, nene esto, nene esto otro, hay veces que él me pregunta cosas y yo le digo después en el diccionario buscamos las palabras, pero yo siempre,

aunque no tengo mucha educación, llegué hasta octavo básico, pero yo siempre he tenido contacto con niños”. (Ramona).

#### **1.4 Función educativa, es a través de esta función que los niños, niñas y adolescentes, aprenden a convivir con los otros en sociedad.**

Respecto a la función educativa que las madres o figuras protectoras cumplen, es conveniente decir que la función educativa es inherente al cuidado que un adulto haga de un niño/a, por acción u omisión, ya que es misión de este ir entregando las herramientas que les sean necesarias al niños/a, para ir desarrollando sus capacidades físicas, emocionales y psíquicas, junto con cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vestuario, salud, hogar, etcétera. También debe incluirse, el cariño, el apego, y los afectos para que puedan crecer como personas, pero además de deben incluir normas y valores, los que luego le permitan formar parte de la sociedad.

En esta línea, se les consulta a las madres y/o cuidadoras respecto a quien establece las normas y las hace cumplir, a lo que señalan:

“Yo. Y de repente, cuando no las cumple ahí tenemos problemas y discutimos, ahora no le pego, porque tiene que ser mucho para que le dé una palmetada. Igual tuvimos algunos episodios como más fuertes cuando eran más chicas, ahora como que no pasa. De repente yo, es más verbal o psicológica que le dicen ustedes, de repente la trato un poco mal cuando no me hace caso, pero ahora es como menos”. (Evelyn)

“Yo soy la que da las órdenes y esto sí o sí o sea el horario de ellos es este, el de sus tareas, para dibujar yo les doy el tiempo, y si ellos quieren otro rato, se lo acepto, pero soy yo la que ordeno qué se hace”. (Ramona).



“Ahora yo le he tratado de decir bueno, ya, si yo te mando “ahora me ha costado sí”, porque como yo antes no cumplía el rol en sí, yo tenía que quedarme calladita no más. Ahora, si, yo le digo Bárbara, ponte, lo que más me cuesta es que ella haga su dormitorio, que ordene sus cosas, entonces cuando yo le digo lo tienes que hacer, de principio me costaba, pero ahora ya no tanto”.  
(Marcela).

En la medida que estos adultos se involucren y sean parte de la crianza de los niños, niñas y adolescentes, podrán generar mejores vínculos. Y cuando estos vínculos son firmes, no es tan complejo el poner normas y límites, lo complejo resulta cuando el adulto que está a cargo de los cuidados de NNA, no se involucra o mantiene distancia en el acompañamiento del desarrollo de este, ya que se debilita la posibilidad de obtener una reacción del niño o la niña más favorable.

Más complicado resulta cuando estos vínculos no se han forjado desde pequeños y se llega a tratar con adolescentes. Por este motivo es importante mantener una buena comunicación y que los NNA sientan que tienen que cumplir con estas normas y límites que los adultos les dan, pero que al mismo tiempo se sientan protegidos, apoyados y escuchados por sus cuidadores.

Respecto a esto mismo, es importante que las normas y límites, sean claros y que los NNA los entiendan, explicándoles el por qué deben cumplirse y cuáles pueden ser las consecuencias negativas que puede ocasionar su incumplimiento. Es decir, cuáles pueden además ser los castigos que susciten de esto, por otra parte el adulto responsable de los cuidados del niño, la niña o el adolescente no debe incluir castigos que puedan provocar daños físicos ni psicológicos, deben ser castigos que se encuentren acorde con el incumplimiento de los límites o las normas impuestas, y por otra parte, es importante que el adulto cumpla con los castigos. Por ejemplo si el castigo a un niño o niña es un día sin ver televisión, porque le dijo una grosería a otra persona, no se debe permitir ver televisión durante ese día, no se debe, una hora más tarde decirle, “bueno, ya ahora sí

puedes ver”, porque esto refuerza en el niño o la niña, que no tiene para qué cumplir normas, si de todos modos no será sancionado.

Respecto de lo mismo al consultar a las entrevistadas si existen castigos cuando el niño/a se porta mal, estas responden:

“Si, les quito el celular y el computador, ese es el castigo más grande que ellas puedan tener. Los castigos son efectivos, si yo les digo es una semana, son dos semanas, es, y yo les digo es un mes, el mes entero están sin computador y sin celular”. (Eliana).

“Si, el salir para afuera, porque a ella le encanta salir a jugar con la Florencia. Ese es el castigo que le doy y de no ver tele lo que a ella más le gusta, pero algunas veces, es efectivo, porque hay otras veces que me pongo a coser y ella me le arranca para afuera, y allí tengo que estar “Victoria, Victoria vente para adentro”. (Norma).

“No ven tele, no salen al patio, los dejo en el living nada más y si quieren algo no. Son efectivo los castigos, si digo no, es no. En ese sentido soy bien estricta, a veces me da cosa decir, porque alguna mamitas me dicen que soy muy estricta, pero yo les digo, es que yo con mis hijos fui igual entonces yo tengo que seguir las reglas”. (Ramona).

Por otra parte los cuidadores deben ser capaces de comunicarse en un ambiente de respeto y de escucha mutua, pensando en que el otro (niño, niña y adolescentes), también son personas y tienen el derecho de ser escuchados, al respecto, al consultar si consideran ellos que dan respuestas a las necesidades afectivas del niño y/o niña, estas responden:

“es todo el día y en la casa también así, estamos todo el rato enviándonos mensajitos y si estoy en la casa, nos tiramos en la cama un ratito y regaloneamos las tres”. (Eliana).

“no soy muy afectiva y no porque no quiera, como que no se, y no sé cómo hacerlo y me da un poquito de temor, a que si me pongo muy afectiva con ella, porque yo le doy besitos, la abrazo y ella se sube al piano”. (Norma).

La función afectiva es fundamental para crear lazos sólidos, pero además en el caso de la relación niño/a y cuidador, permite ir desarrollando en el niño/a, sentimientos de seguridad, autoestima, apoyo, lazos de apego, protección, que le permitan ir desarrollándose como ser humano y social. Pero cómo puede un adulto, que tiene a su cuidado un niño/a, lograr transmitir afectos si nunca los recibió, si no sabe cómo hacerlo y si, por el contrario, cuando intenta entregar cariño recuerda frases como “esta niñita está bastante mimada, por eso no te hace caso”.

En estos casos resulta complejo que estos padres y/o cuidadores, logren entender y hacer parte de su vida que los afectos son importantes y necesarios para el desarrollo del ser humano y que lo que se debe tener claro, es que tener normas y límites, marca la diferencia. Cuando estas últimas dos están claras para todos los integrantes de la familia y son respetadas por todos, esto no influye en los afectos que se puedan entregar, porque si enseño y corrijo a un niño/a, no es porque no lo quiera, solo lo estoy preparando para convivir con el resto del mundo.

A estas mismas entrevistadas se les preguntó lo siguiente: ¿Qué hace ud. cuando su hijo presenta algún problema?

Es importante mencionar que para entender el comportamiento de una familia y sus miembros, hay que saber cómo estos enfrentan sus problemas y de qué manera los solucionan. Al respecto las entrevistadas respondieron lo siguiente:

“Hablo con ella, algunas veces le digo Victoria qué te pasa, pero ella conmigo no es tan afectiva para contarme, porque me tiene temor, por lo mismo porque antes la retaba, la castigaba mucho, yo creo que por eso la niña me tiene temor de decirme cosas”. (Norma).

“La escucho y le trato de conversar y si algo me parece mal que no corresponde se lo digo, le digo no estoy enojada, pero esto no es así, converso con ella, ahora podemos conversar, ella cuando necesita algo o le pasa algo, ella me lo dice y trata de entender la situación” (Marcela).

“Yo lo dejo allí solo, me pongo a hacer las cosas, pongo la radio a veces o la tele, y entonces él solito llega donde mí, y me abraza y yo le doy un beso, entonces le digo como está ahora, esta mejor hijo, ya que quiere y él me dice lo que quiere y yo se lo doy. Entonces ahí quedamos y que solucionamos luego las cosas”. (Ramona).

“Es que cuando ella tiene problemas y llega llorando y allí yo me doy cuenta que las cosas le afectan y yo le explico, la abrazo y le trato de explicar un poco lo que pasa.” (Evelyn).

Por otra parte hay que entender que los problemas y el tipo de soluciones deben ser acordes a la edad del niño o niña, ya que los problemas de un niño/a de cinco años no son los mismos que los de una adolescente que ya posee una capacidad de razonar mucho más desarrollada. Por lo tanto, estos deben de ser abordados de distinta manera.

En las entrevistas anteriores la primera es una adolescente y los últimos dos niños/as entre 4 y 6 años de edad.

Los seres humanos atraviesan distintos ciclos en la vida y se espera más de la mayor edad o ciclos por los cuales se haya transitado, mayor sea la capacidad de analizar y reflexionar acerca de los desafíos de la vida.

Ahora, por otra parte se debe entender que los niños, niñas y adolescentes que son atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, tienen problemáticas de salud mental, algunos más o menos graves, situación que sin un trabajo previo dificulta una posible evolución, de la misma manera que un niño o niña sin estas patologías. El proceso de estos/as niños/as puede ser más lento y los traumas por los cuales han pasado, que no han sido tratados, complican todavía más su desarrollo.

Otra manera que tienen los niños y niñas para desarrollar sus habilidades sociales es a través del juego, no solo con sus cuidadores sino que con sus pares. Esto nos permite ver cómo se comunica con otros. Pues no se comporta el niño o niñas de la misma manera en casa que cuando está fuera de ella.

Es por esto que la comunicación debe ser siempre personalizada, afectiva y respetuosa, pero además con normas y límites claros, los cuales deben ser conversados en familia, explicando que el incumplimiento de estos es causal de algún castigo, el cual por cierto no debe ser físico ni psicológico, y debe ser acorde a la edad del niño o niña. Además, hay que considerar que las normas y límites no solo deben ser respetados por los niños y niñas, sino que es importante que sean respetados por los adultos, ya que estos son sus referentes.

Otro de los ámbitos abordados con las madres y/ cuidadoras, fue cómo y en qué espacio sociabilizaban los niños/as con sus pares, a lo que se respondió lo siguiente:

“No, no tienen amigos, mi sobrina que va de repente una vez al mes, va a la casa y se queda y allí están hasta las dos o tres de la mañana despiertas y luego se quedan dormidas”. (Eliana).

“Sí, pero ella no sale a la calle, sino que está en el sitio, juega con la niña de la arrendataria, que es más chiquitita que ella, pero por ser, yo no la mando afuera a la calle a jugar, no tiene amistad como para salir”. (Norma).

“Aquí la Bárbara no tiene amigos, aquí por el sector no tiene amigos, tiene la mayor parte de la gente adulta, ella los amigos que tiene, son los que tiene en el colegio” (Marcela).

En su mayoría los niños/as y adolescentes que son atendidos en el programa, no socializan con amigos fuera del hogar, y se puede pensar que debido a su patología de salud mental, les cueste más relacionarse con sus pares. Y sí, en parte este puede ser uno de los factores que influye, pero por otra parte, se puede pensar también que sus cuidadores son aprensivos y no les permiten relacionarse con otros.

Otro elemento que se puede observar, y es posible que todas las familias concuerden en lo mismo, es que el sector o población en la cual viven, es de alto riesgo social, por lo tanto, dejar que los niños salgan a la calle implica un alto grado de exposición. Los tiroteos entre bandas rivales, enfrentamientos con carabineros, venta y consumo de drogas, socialización callejera, bandas delictuales, etcétera, son factores comunes. Entonces lo que sus padres y/o cuidadores señalan, es que no quieren que sus hijos se vean involucrados con personas que los puedan perjudicar y que se aprovechen de su condición para involucrarlos en conflictos delictuales.

Al estar en un entorno de alto riesgo, la escuela aparece como el espacio de sociabilización por excelencia tanto con sus pares, como con otros adultos, además de ser el espacio de socialización más relevante para los niños, ahí aprenden normas, límites e internalizan nuevos conocimientos. Al respecto ante la consulta de cómo se comporta el niño/a en el colegio, se obtienen las respuestas siguientes:

“Lo que me han dicho es que son tranquilas y poco comunicativas, pero más que eso no me han dicho nada más”. (Eliana).

“El comportamiento es bueno, pero es inquieta no más, igual eso le genera conflicto porque molesta a los otros niños, se pone a conversar, ese es el problema de ella que me ha llamado la profesora”. (Norma).

“Uy, al principio yo asistí con él, porque es muy hiperactivo, por algo esta con ustedes, yo asistí con él casi un mes al menos, entraba a clases con él y me sentaba, estudié con él, el colegio me pidió que me tenía que quedar, porque si no, no lo iban a aceptar”. (Ramona Navarro).

Una de las principales patologías que se presentan en los niños, niñas y adolescentes que se atienden en el programa son: “Trastornos por déficit de atención con hiperactividad” también denominada TDAH, que son niños y niñas más inquietos y poseen un menor control de impulsos o mayor irritabilidad. Esto implica que son niños y niñas a los cuales les cuesta mantenerse quietos por un periodo de tiempo relativamente prolongado, trayendo aparejada la dificultad que tienen de memorizar o recordar las materias que se le enseñan en el colegio.

Por lo general presentan problemas en el colegio, en especial en aquellos en los cuales tienen más de 40 niños por sala, con un solo profesor o profesora. Si bien se cree que la enfermedad mencionada no existe, se ha comprobado que en los niños “bien diagnosticados”, por un profesional de la salud, ya sea psiquiatra infantil y/o neurólogo, estos presentan una diferencia a nivel cerebral que no es la misma que un niño “normal” a su misma edad, el proceso de maduración cerebral es más lento y es por este motivo que necesita de atención especializada.

Se sabe además que un niño o niña con esta patología de salud mental, y que tenga un buen tratamiento médico y en especial con apoyo familiar y escolar puede mejorar, y con esto no solo mejora su rendimiento académico, sino que

también ayuda a mejorar su vida cotidiana, con mejores relaciones con sus pares, con su familia y con la comunidad escolar.

Además, es importante destacar que el tratamiento no es únicamente farmacológico, pues en el caso de los niños y niñas que son atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, (salvo en aquellos casos que de acuerdo a la evaluación del equipo son tratados con medicina alternativa como Flores de Bach y cambios en la dieta alimenticia), todo el proceso es acompañado por un médico y apoyado por el resto del equipo interdisciplinario. Además se hacen trabajos con las familias y reuniones con los colegios, donde se trazan estrategias en conjunto.

Por tal motivo es fundamental que los adultos que están a cargo del cuidado de niños, niñas y adolescentes, se comprometan con entregar los mejores cuidados que se puedan, pero que además estén dispuestos a involucrarse en sus vidas, ser parte de estas y proporcionarles las herramientas que estos necesiten para su desarrollo, y no dejar esta responsabilidad en manos de otros.

Junto a todo lo anterior, y siguiendo la idea de que el colegio sería el segundo lugar donde más tiempo pasan niños y niñas, los padres y/o cuidadores, también deben reforzar en sus casas, los cuidados y la entrega a estos y acompañarlos en sus procesos de formación.

Relacionado con esto último, al preguntar si la madre u otro adulto acompañan a los niños o niñas en sus tareas escolares, las respuestas fueron las siguientes:

“Si, hemos estudiado bastante para las pruebas y allí me pongo yo con ellas, revisamos los cuestionarios y cosas así para ayudarlas para las pruebas, yo lo único que les digo es que tiene que hacer, es comprensión de lectura”. (Eliana).

“Yo, yo tengo que estar allí, yo me siento aquí (un costado de la mesa) y él acá (otro costado de la mesa), sino no trabaja, yo me doy mi tiempo, yo estoy con



él, me dice él yo no puedo hacer esta y yo le ayudo, entonces en otra hojita, yo le tomo la manito con el lápiz y yo le digo mira allí está, se hace así". (Ramona).

"Solo yo, la ayudo a hacer las tareas, o cuando tiene que hacer alguna disertación, yo la ayudo, yo le reviso igual las tareas, es que aquí no hay nadie más, estamos las dos solas en eso". (Evelyn).

Por último y relacionado el rendimiento escolar, al consultar qué sucede cuando el niño/a obtiene bajos resultados en el colegio, estas fueron las siguientes:

"Yo le digo que chuta, que tiene que intentarlo de nuevo, que le tiene que poner más empeño, pero no hay castigo". (Eliana).

"Yo cuando la Bárbara empezó el año pasado a irle mal en el colegio, la trataba de apoyar, de tirarla para arriba, nunca la reté, lo que le dije, fue que ella tenía que esforzarse, las cosas se iban a pasar, que los problemas había que darle una solución y traté de apoyarla". (Marcela).

"Es que no ha tenido ese problema, no obtiene bajas calificaciones, y cuando obtiene buenos resultados, me da felicidad a mí, me enorgullece, siempre le digo cuando ha traído la nota baja, y se ha sacado un 5.8 y encuentro que esa no es una mala nota y siempre que ha tenido siete, yo la felicito y también siento que igual soy parte de eso". (Evelyn).

En el caso de estas madres y/o cuidadoras entrevistadas, podemos ver que ellas han podido entender que sus hijos tienen más dificultades para comprender que el resto de los niños o niñas, y esto no sólo asociado a las patologías de salud mental que mantienen, sino además a sus trayectorias de vida. Cuando se hace mención a la trayectoria vital, es importante decir que estos niños y niñas han estado sometidos/as a bastantes episodios de vulneración.

Cabe destacar, que los niños, niñas y adolescentes atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, no solo se atienden allí por patologías de salud mental, sino que además cuentan con situaciones de vulneración de sus derechos y por tanto llegan a través de los programas colaboradores de SENAME.

Por lo tanto, la patología en su salud mental, es uno de los factores por los cuales ingresan, pero no es el único factor relevante en este proceso.

Es así como la vulneración de derechos es uno de los primeros temas que debe ser abordado con los niños y niñas, ya sea entregando herramientas a los padres y/o cuidadores, para que esto no vuelva a suceder (el maltrato); o bien, buscando otros cuidadores que puedan cumplir con la satisfacción de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes. A lo ya mencionado, hay que agregar la importancia de los buenos tratos parentales, esto se realiza de manera conjunta con los programas con los cuales se trabaja y en algunos de los casos, también se incluye a los colegios donde asisten.

Entendiendo que lo primero que se debe hacer es velar por el interés superior del niño, niña o adolescente, es que se actúa primero activando mecanismos que interrumpan la vulneración inmediata a la cual está siendo expuesto. Luego, se trabaja atendiendo la alteración en su salud mental que estos/as presentan, lo que se hace una vez resuelto lo anterior, cuando ya no se encuentra presente la vulneración de derechos y cuando el adulto responsable logre comprender la importancia que tiene el tratamiento correcto y las mejoras que éste pueda tener.

Es relevante en este sentido pensar en las distintas formas de abordaje para estas situaciones, entendiendo que la mejoría que el niño, niña o adolescente experimentará, tendrá una repercusión favorable en todo el núcleo familiar. Por tanto, la calidad de vida se verá impactada también.

## **2. Efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.**

### **2.1 Parentalidad sana y bien tratante versus una parentalidad incompetente y maltratante.**

La familia representa un pilar fundamental en el desarrollo de un niño, niña y adolescente, son los adultos ya sean padres biológicos o padres sociales, los encargados de proporcionar los cuidados necesarios que estos necesitan. Se dice incluso que los cuidados prodigados desde el momento de la concepción y durante el periodo de embarazo, junto a los cuidados posteriores una vez producido el nacimiento, son aquellos que impactan tanto física como mentalmente el sano desarrollo de niños y niñas.

De ahí la importancia de brindar estos cuidados durante todo el proceso de gestación y posteriormente durante la primera infancia.

Primero hay que hacer una distinción importante cuando se hace referencia a niños y niñas con problemas de salud mental.

Hay niños y niñas que, por una carga biológica, muchas veces hereditaria, nacen con patologías asociadas a salud mental, e inclusive por problemas generados durante el embarazo y que no se relacionan a una negligencia de parte de la madre, sino más bien asociada a factores externos. Por otra parte existen los casos en los cuales puede existir una carga genética, es decir, con el gen de la enfermedad en latencia y sin embargo jamás llegan a aflorar. Esto último ha estado asociado muchas veces a contextos donde priman factores protectores, no solo por parte de los padres, sino del contexto en su totalidad.

En el desarrollo de las siguientes entrevistas, realizadas a los profesionales que forman parte del Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, se irá visualizando la relevancia que tienen los buenos tratos parentales y cómo pueden llegar a impactar en niños, niñas y adolescentes en procesos de formación.

Con los profesionales se quiso indagar primeramente, el significado que ellos/as le atribuyen a la parentalidad. Ante la consulta, la visión de estos, es la siguiente:

“Buena parentalidad es una parentalidad positiva, se traduce en todos los cuidados y preocupación, resguardos de la integridad de sus hijos, y no solo de sus hijos, sino que cualquier persona que tenga a cargo niños, debe otorgarles los cuidados básicos, pero también respeto, educación y proporcionarle cariño, resguardando su integridad y propiciando su desarrollo integral”. (Psicóloga, Paola).

“Esta tiene que cubrir distintos niveles de atención hacia el niño y entre las cosas que se tienen que cumplir por ejemplo, está la atención que se le da al niño, el reconocimiento que le dan los padres al niño, los cuidados, desde los más básicos hasta los más complejos” (Terapeuta Ocupacional, Miluska).

“Buena parentalidad, significa que los adultos que están a cargo del cuidado de los niños, los nutren emocionalmente y con las condiciones físicas mínimas de vestimenta, alimentación, y todas esas cosas. Y al mismo tiempo, una buena parentalidad además de quererlos y nutrirlos, tiene que ver con socializar, enseñar las normas sociales, de convivencia, está el respeto al otro”. (Psiquiatra, Antonio).

Con esto se puede destacar que dentro de las opiniones de los profesionales que trabajan en el equipo ya tantas veces señalado, la buena parentalidad se caracteriza por el cumplimiento de ciertas conductas, como por ejemplo cumplir con las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, tales como alimentación, un techo, vestimenta, salud, etcétera. Eso, en lo relativo a los aspectos de índole material. En lo relativo al aspecto más afectivo, se encuentran los siguientes atributos, el cariño, los cuidados, el apego y la empatía, la escucha activa, el establecimiento de normas y límites claros, afectos, integridad.

Vinculando estas respuestas con las primeras realizadas a las madres y/o cuidadoras de niños, niñas y adolescentes, se debe recordar que todas las madres se consideraban buenas madres, pero sin embargo, sentían que estaban en un proceso de aprendizaje que les estaba indicando cómo ser mejores. Señalaban que no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo por sí solas, debido a eso algunas de ellas ven en el tratamiento efectuado por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, un apoyo en este proceso de aprendizaje. Incluso señalan estar cargadas de patrones culturales de los cuales tienen que desprenderse, debido a su propia historia de vida, en la cual estuvieron presentes procesos de vulneración y de maltrato hacia ellas, situación que expresan abiertamente no quieren que se repita con sus hijos/as.

Contrariamente al consultárseles que conciben ellas como una mala parentalidad, en las respuestas entregadas, se observa como un rasgo común, que sus percepciones de lo que es una mala parentalidad, se asocia más bien con parentalidades más bien maltratadoras. Esto se expresa en tratos que son vulneradores, donde se encuentra presente la violencia, física y psicológica y donde las necesidades de los adultos, están por sobre las necesidades de los niñas/as.

“...lo que yo veo cuando las necesidades de los adultos no permiten ver y cubrir las necesidades de los niños, eso quiere decir que están más preocupados de ellos que de los niños y en su preocupación, eso tiene consecuencias negativas en el sentido como daño hacia los niños”. (Psiquiatra, Antonio).

“...no se le entrega la atención suficiente, no se reconoce al niño, no hay respeto, no hay un reconocimiento como persona, no se suplen las necesidades tanto básicas, como más complejas del niño. (T.O. Miluska).

“...yo creo que sería la falta de herramientas de los padres para poder criar, porque que no se les enseña a ser papás, en sí los programas, cuando abordan

la infancia, no lo abordan desde un enfoque familiar". (Trabajador Social, Antonio).

En esta última entrevista, el trabajador social aporta un dato importante, pues menciona que desde los programas cuya línea principal de intervención, es la infancia, no se abordaría desde un enfoque familiar, es decir considerando el contexto en el que se desenvuelve la familia en las distintas dimensiones.

En este sentido también hemos podido ver que hay muy poco en términos programáticos, por no decir un único programa público que trabaje en prevención y sustentado en los buenos tratos a la infancia. Este es el programa Chile Crece Contigo, el cual, pese a enfocarse exclusivamente en el área de infancia, no logra abordar todas las temáticas relacionadas con la importancia de los buenos tratos en este período del ciclo vital.

El material con que cuentan, es muy bueno, pero falta entregar este contenido de manera más presencial. Es decir, ya es efectivo que las madres lean el material que se les entrega, pero la investigadora considera que el impacto sería mayor aún, si este contenido fuese explicado en diversos talleres a los cuales puedan asistir antes del parto, por ejemplo.

Hay que preguntarse además qué ocurre con las personas que no asisten a controles médicos, pues hay muchas mujeres en situación de calle, o con consumo problemáticos de alcohol y drogas, que no reciben esta información.

Por lo tanto, se puede apreciar las limitaciones que tiene este programa dedicado exclusivamente a la Infancia. Hay que pensar qué acciones efectivas se están realizando y de qué manera impacta en estas madres, por ejemplo, y por ende, cómo está impactando en esos niños o niñas que están por nacer. Niños y niñas que incluso antes de nacer ya están siendo vulnerados, por así decirlo. El Estado debiese hacerse cargo de velar porque los derechos de estos niños y niñas sean respetados.

El resto de los programas dirigidos a trabajar con la Infancia, tienen un lineamiento dirigido a la reparación o al apoyo o acompañamiento de ciertos procesos. Sin embargo, cuando el problema ya subsiste, cuando la vulneración ya está presente, aumentan los costos de la intervención, no sólo para el Estado y sus diversas instituciones colaboradoras, sino que es más costoso para el niño, niña y/o adolescente, que vivió los episodios de vulneración de sus derechos. Los daños que incluso pueden marcar de por vida la historia de una persona y determinar así las conductas que estos/as desarrollarán.

Siguiendo esa argumentación, las respuestas a la consulta si creen que los malos tratos en la infancia pueden provocar daños en la salud mental futura de los niños/as.

“Indudablemente. Cuando tenemos una mala parentalidad, esto se observa en deficiencia y dificultades del desarrollo a muy temprana edad, de hecho el tema de cómo se va configurando el vínculo entre el niño y sus cuidadores, nosotros observamos a través de patologías del vínculo, trastornos conductuales, trastornos de aprendizaje....? (Psicóloga, Paola?)

“Eso está totalmente comprobado, eso es así, los niños cuando son víctimas de tratos negligentes y de constantes carencias, tanto afectivas como en cualquier ámbito, eso incide directamente en su salud”. (T.O. Miluska).

“Si claro, no en la salud mental, pero la tragedia más grande es cuando los matan, eso es lo más grave.

“Bueno eso está bien estudiado. Hay muchos tipos de daños, por ejemplo asociados sobre todo al uso de drogas intrauterina como todas las mal formaciones y las embriopatías derivados del consumo de sustancias intrauterinas, asociado a los cuadros con los que viene, como cuadro orgánico y déficit intelectuales y mal formaciones”. (Psiquiatra, Antonio).

Acá encontramos que unánimemente, los profesionales concuerdan en que, producto de los malos tratos sufridos por niños, niñas y adolescentes, se pueden ocasionar daños en su salud mental. En algunos casos,(los más complicados), cuando existió consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, pueden provocarse daños de carácter irreversible.

Esto último es relevante, ya que cabe destacar que durante el periodo de embarazo y hasta la primera infancia, el cerebro aún se encuentra en proceso de conformación, por tanto, cualquier daño que a este le afecte, es más difícil de revertir.

En relación a la reversibilidad de los daños, ante la consulta, los profesionales señalan lo siguiente:

“Sí, hay daños que vemos que no son reversibles, cuando hay situaciones de consumo de drogas en el embarazo, se genera en los niños un deterioro intelectual o desarrollo cognitivo mal, o sea con pésimo pronostico”. (Psicóloga, Paola).

“En varios casos, sí existe la posibilidad de que sean irreversibles, sobre todo cuando son familias que no tienen acceso a pedir ayuda. (T. Ocupacional, Miluska).

Hay otros casos menos severos, en los cuales sí se pueden encontrar soluciones, sin embargo para estos se necesita la intervención de profesionales especializados en el tema, ya que hay que entender que muchas veces los padres y/o cuidadores no cuentan con las herramientas para abordar estas problemáticas. Además, hay que señalar que en algunos casos, los padres, madres y/o cuidadores, también tienen alguna patología de salud mental, por lo tanto, en estos casos, se debe incluir además, otros adultos que colaboren en estos procesos de tratamiento.



Respecto a la edad donde el daño puede afectar mayormente a los niños/as, los profesionales concuerdan que durante la gestación hasta la primera infancia, es el periodo crucial en la formación del cerebro, los daños provocados a esta edad resultan ser los casos más complejos de tratar y con un pronóstico clínico menos auspicioso debido a la alta complejidad que conllevan.

Lo anterior no quiere decir que los niños y niñas, luego de su primera infancia estén aptos para recibir cualquier tipo de malos tratos, porque los malos tratos ocasionan daños a cualquier edad. Es solo que los daños sufridos desde más pequeños son más difíciles de trabajar porque muchas veces dejan como secuelas, daños orgánicos en los niños, niñas y adolescentes.

“Es difícil establecer una edad, porque sabemos que los niños son receptivos desde su concepción, desde el periodo perinatal, los niños están recepcionando todo lo que ocurre en su entorno y su ambiente”. (T. O.Miluska).

“Yo creo que hasta los 7 años, cuando ellos se van formando, cuando ellos están recibiendo tanto las directrices de lo que tienen que hacer, más la parte afectiva también asociada....” (Médico, Patricio).

“Los más grave que yo he visto, son los que ocurre antes del nacimiento, consumo de drogas intrauterina, que no se cuidaron durante el embarazo, siguieron fumando, no se controlaron, que nacieron prematuros o sea todo lo que sea antes del nacimiento.....” (Psiquiatra, Antonio).

En los fragmentos citados, aparece la negligencia, cuyo impacto se puede visualizar desde el mismo momento de la concepción del niño o la niña, ya que es desde ese momento que él o ella están recepcionando todo lo que ocurre alrededor. Si la madre mantiene consumo de drogas, alcohol e incluso cigarrillos, esto afecta directamente a la formación tanto física como a nivel cerebral; cuando

existe violencia intrafamiliar, los niveles de estrés de la madre también perjudican el desarrollo sano del niño o la niña y más aún cuando esta violencia es física, que en algunos casos es extrema.

Lo anterior se refleja en las patologías médicas con las que nacen estos niños, y en la distancia que se produce entre el ciclo vital en que el niño y niña se encuentran y los hitos que en ese determinado ciclo debiesen cumplirse.

Por ejemplo, en una etapa específica en la cual se espera que el niño o niña pueda caminar, hablar, controlar esfínter, aprender a escribir y leer, aprender a acatar y responder a la norma social; en el caso de los niños y niñas que sufren patologías mentales más severas, estos ciclos no se cumplen de manera “normal”. Más bien se observa un desarrollo muy por debajo de la media y necesitan que se les dedique el doble de esfuerzo y paciencia que el resto de niños y niñas, y por ende, un tratamiento médico que responda a sus necesidades.

Según los entrevistados, los daños que pueden producirse, son los siguientes:

“Resultados pueden haber a todo nivel y en cualquier tipo de área, ya sea física, si hay una mala alimentación, va a tener consecuencias biológicas de desarrollo, van a haber retraso sicomotores, retraso en cómo aprender y adquirir los distintos hitos del desarrollo, en la parte afectiva, los niños se van a desarrollar mucho más inseguros y eso va a afectar directamente a su autonomía...”. (T.O.Miluska).

“...por ejemplo asociados sobre todo al uso de drogas intrauterina como todas las mal formaciones y las embriopatías derivados del consumo de sustancias intrauterinas, asociado a los cuadros con los que viene, como cuadro orgánico y déficit intelectuales y mal formaciones, y todos los otros provocados por daños iniciales, como cuadros afectivos, ansioso, de personalidad, conducta anti social, estrés post traumático”. (Psiquiatra, Antonio).

“Trastorno de personalidad, ansiedad, auto lesiones, trastorno oposicionista....? (Médico, Patricio).

Es importante mencionar que se establece una relación de causalidad: ¿los malos tratos perjudican la salud mental? Sí, efectivamente lo hacen, en menor o mayor grado, pero dependerá de la edad del niño o la niña. Se dice que a menor edad mayor la gravedad, es decir se vuelve más complejo el impacto del daño y por tanto puede ser imposible de revertir, restaría únicamente aminorar los daños, mediante tratamiento y buenos cuidados parentales.

Pero, por otra parte, también son tan importantes los cuidados parentales y el establecimiento de normas y límites claros, desde el principio con los niños/as, pues otra causal de daño en la salud mental, puede ser el consumo de drogas y alcohol en la edad de adolescencia de los niños/as. El consumo a temprana edad les puede provocar severos daños, o llegar a gatillar alguna enfermedad que estaba en latencia en su organismo.

Sin embargo, en este punto se abre un tema importante de debate, pues en estos casos es difícil responsabilizar por completo a la familia, porque quizás ese niño o niña tenía una muy buena madre, pero, al pertenecer a una familia monoparental, donde ésta debía salir a trabajar por muchas horas al día, y además este niño o niñas vivía en un sector geográfico de alto riesgo social y vulnerabilidad, los factores de riesgo se ven multiplicados.

Es decir, siempre influyen otros factores, sociales, culturales, ambientales. La pobreza, la exclusión, la falta de políticas públicas y leyes laborales que favorezcan a los cuidadores de niños, niñas y adolescentes, quizás considerando jornadas laborales menos extensas, para que padres y madres puedan priorizar la crianza; colegios con más cupos en integración, con menos niños por sala de clase, con más recursos disponibles para trabajar con niños, niñas y adolescentes con capacidades cognitivas distintas, etcétera.

Son muchos los factores que pueden influir y esta investigación no pretende realizar una reducción o minimización del problema, centrándolo sólo en los buenos o malos tratos parentales, sino que pretender visualizar lo relevante que

resultan para los niños, niñas y adolescentes que su proceso de formación sea el más adecuado en función de sus necesidades. Para esto, no se puede obviar el contexto en el que se encuentran estas familias y las necesidades que estas traen aparejadas.

## **2.2 Efectos en el comportamiento psicosocial.**

Continuando con lo anterior también sería interesante poder dilucidar los pronósticos clínicos de niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental, que cuentan y que no cuentan con cuidadores con capacidades parentales suficientes. Al respecto la opinión de los profesionales se refirió a lo siguiente:

“...los problemas o trastornos del vínculo, que se dan a partir de estas dificultades de interacción entre los cuidadores y los niños, generan déficit graves, de índole, intelectual, problemas de aprendizaje, problema de interacción con el entorno, problemas contextuales, problemas de lenguaje, problemas de déficit atencional con hiperactividad, trastornos oposicionista desafiante, un sin número de dificultades del desarrollo de los niños, que están dados principalmente por estas dificultades a nivel familiar”.(Psicóloga, Paola).

“El pronóstico, la verdad, es poco positivo, lo más probable es que este niño manifiesta psicopatologías, no tratadas y una variable de cosas a todo nivel del niño....” (T. Ocupacional, Miluska).

“Podría ser un pronóstico medio sombrío, porque también va a depender de los recursos que tenga el propio niño, porque a veces los puede obtener viendo lo que pasa con otros niños... (Médico, Patricio).

Acá se puede ver que, efectivamente, si los padres y/o cuidadores no otorgan los cuidados necesarios a sus hijos e hijas, los pronósticos clínicos no son buenos, ya que no solo basta con entregar medicamentos y asistir una vez al mes a control (en el caso de que esto último se cumpla, porque muchas veces esto no ocurre y no siempre es por vulneración, sino también porque los padres tienen dificultad para asistir, por salud o empleo), sino que tiene que ver con una forma de actuar en el hogar. Es decir, los niños y niñas se ven perjudicados debido a que en el hogar persisten prácticas maltratantes.

En estos casos lo más sano es buscar a la familia extensa, que se encuentra en condiciones de cuidar de los niños y niñas y que además posean la voluntad de asumir el cuidado de estos/as. Hay ocasiones en que lo aceptan por una cierta obligación moral, pero no se encuentran preparadas para asumir de manera responsable el cuidado de estos niños y niñas. Es decir, no cuentan con las herramientas necesarias.

Siguiendo la misma línea, cuando los niños y niñas se enfrentan a situaciones de vulneración, la última instancia deseable, es recurrir a los Hogares, esto debido a que dentro de ellos se siguen replicando malas prácticas de maltrato, por parte de los niños, niñas y adolescentes más antiguos o por los mismos funcionarios de la institución. Solo se llega a este punto cuando existe riesgo vital con la familia de origen y no hay familia extensa a la cual recurrir. Estos últimos son la menor cantidad de casos.

Cuando se trata de padres sociales o adoptivos, que cuidan a niños/as que han sido vulnerados en el seno familiar, estos deben entender que no solo bastará con cariños y buenos tratos, se debe hacer un trabajo de reparación del daño que los marcó en su propia trayectoria de vida, pues de esta manera podrán resignificar los sucesos vividos. Es un trabajo arduo y complejo, pero muy posible de hacer, si se siguen los pasos adecuados y no se cae en una nueva vulneración, situación que suele ocurrir cuando estos padres sociales, se ven superados por los comportamientos de estos niños, niñas y adolescentes.

Siguiendo la misma idea, pero ahora viendo el lado positivo de la situación, cuando existen daños en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, ya sean estos por una carga biológica, o producidos por la falta de herramientas de sus padres y/o cuidadores, y aun así se logra desarrollar una parentalidad sana, se puede pensar que los pronósticos pueden ser más auspiciosos.

Al respecto según la opinión de los profesionales, la situación varía en su pronóstico cuando los niños/as cuentan con padres y/o cuidadores que ejercen una parentalidad sana. Al respecto, señalan:

“...van a ser niños más seguros, van a ser niños que serán capaces de lograr expectativas, es decir de lograr lo que ellos buscan, sabiendo que puede ser difícil, sabiendo que pueden caer, cometer errores, pero van a tener un poder de autoestima bastante alto, lo que va a ser una herramienta para enfrentarse a las dificultades de la vida”. (Médico, Patricio).

“...acá lo que nosotros vemos es que cada vez que existen recursos y siempre mirándolo desde esta perspectiva, si los padres tienen los recursos, los cambios son favorables y más rápidos, es increíble cuando uno ve que los padres problematizan, que se sensibilizan, empatizan, que logran visualizar que el niño no es el problema. (T. Social, Antonio).

“...te doy un ejemplo así como que vemos acá, las mamas son sanas, los tratan bien, los tratan de ayudar, pero son madres solteras y ellas trabajan y tienen poco tiempo para ellos, y entonces salen a la calle y acá en La Granja, consumen drogas a los 12 años, y tenía una buena parentalidad y el niño era sano, pero el contexto lo perturbó. (Psiquiatra, Antonio).

En este sentido podemos ver que además existen otras variables que favorecen la resiliencia y los buenos tratos, que es cuando los padres tienen recursos, que quizás no han sido potenciados y solo les faltan las herramientas y guías necesarias para entregar mejores tratos a sus hijos. Esto se puede ver además

cuando por lo general los padres quieren a sus hijos, y se esfuerzan por tratar de ayudarlos, pues son pocos los casos en los que se observa una parentalidad toxica.

En estos últimos casos, cuando se encuentra un núcleo familiar tóxico, el trabajar con estas familias es imposible. Aquí, lo indicado, pensando en lo más sano para los niños/as, es buscar nuevos cuidadores que puedan reparar en parte el daño sufrido por estos niños, niñas y adolescentes. E incluso hay autores como Cirulnik (2010), que han señalado que, no se puede olvidar que debe existir reparación, y que por lo general es complicado, porque se supone que los padres son aquellas personas que se deben preocupar de tu bienestar y no dañarte, el trauma es más que si hubiesen sido testigos de una guerra.

Por otra parte, no hay que olvidar que el ser humano tiene la capacidad de ser resiliente, y que solo necesita una figura significativa en su vida, ya sea un abuelo o abuela, tíos, hermanos, un profesor, e incluso algún profesional que lo haya atendido y le muestre un camino distinto al que ya ha vivido. Estos elementos mencionados pueden impactar positivamente en el proceso de resignificación del evento traumático.

Tal vez es por esto que cuando los niños, niñas y adolescentes sufren traumas, no siendo en su primera infancia, lleguen a ser sus propios recuerdos los que les permitan desarrollar resiliencia.

Por último, al abordar el contexto más amplio en el cual se desarrolla la vida del niño, niña y/o adolescente, es decir en su interacción con los otros sistemas, no sólo de aquellos de donde ellos provienen, se tiene que un niño, querido, protegido, seguro de sí mismo, va a tener menos dificultades para enfrentar el contexto mayor en el que lo toca desenvolverse y esto lo reconocen los profesionales entrevistados:

“Las dificultades que tienen desde el apego, en el fondo le van a durar toda la vida, piensa en que si estos niños no se sintieron queridos, desde su temprana

edad, por las personas que, supuestamente, más cariño y protección debieron entregarles, y no sucede así, de qué forma ese niño va a tener confianza en que algún otro adulto pudiera proporcionarle esos cuidados que en el fondo nunca recibió”. (Psicóloga, Paola).

“Hay muchas cosas del desarrollo que se adquieren o que viene desde lo individual, desde lo biológico, venimos preparados con algunas cosas, pero estas características que traemos todos como seres humanos, son activadas de alguna manera y son incorporadas en el aprendizaje y el aprendizaje tiene directa relación con la socialización, hay cosas en el aprendizaje que no se adquieren de manera solitaria, el aprendizaje siempre va a ser una construcción”. (T. Ocupacional, Miluska).

“Hoy en día un niño que tiene estas complejidades, entiéndase estas por problemas de salud mental, es discriminado, es expulsado, es etiquetado, como desordenado, con mala conducta, como problemático, entonces los efectos que puede provocar esto, es que el niño sea estigmatizado y eso va a generarle un daño obviamente”. (T. Social Antonio).

Podemos señalar entonces que existe una real importancia, en proporcionar buenos tratos parentales y de esta manera poder tener niños felices. Hay un sin número de enfermedades con las cuales niños y niñas pueden nacer, tener una carga biológica hereditaria importante, pero estas no pueden ser una condicionante para llevar una vida de malos tratos y vulneraciones, se sabe que hay otros factores que influyen en la vida de los seres humanos y su conformación, tales como la cultura, el nivel socio económico, provenir de diversos tipo de familias (monoparentales, nucleares, extensas, ensambladas, etcétera), vivir en sectores con exclusión social, con consumo de sustancia ilícitas, delincuencia, bandas delictuales, etcétera, pero esto no justifica que al interior del hogar, ni fuera de este, se entreguen malos tratos a niños y niñas, menos que



estos sean proporcionados por quienes deberían velar por el cuidado y la integridad de estos últimos.

## CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó en función de dos objetivos, que se orientaban a trabajar dos temas centrales.

Estos son: estilos parentales y efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes; en los cuales se buscó, por un lado, poder describir cuáles son los estilos parentales presentes en los sistemas familiares estudiados y, por otra parte, determinar cuáles son los efectos de estos estilos parentales en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de Salud Vida Nueva La Granja.

Para llevar a cabo esta investigación se tuvo como referencia a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, los cuales son atendidos por el Equipo de Salud Vida Nueva La Granja, también conocido como “ESM Vida Nueva La Granja”.

Al tiempo que fue avanzando este trabajo, se hizo necesario ir complementando ciertos criterios con el fin de poder dar respuestas a las hipótesis planteadas en el diseño. Esto último, debido a que la investigadora busca no caer en el reduccionismo, entendiendo que pueden ser múltiples los problemas que deben enfrentar niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Aun cuando lo central de esta investigación son los estilos parentales y la influencia de estos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, estos en si no se conjugan de manera aislada, hay diversos factores que influyen en la dinámica familiar, como lo es el nivel socio económico, la cultura en la que están inmersos, los factores de riesgos sociales a los cuales se ven expuestos (vivir en barrios de alta vulneración social, consumo problemático de alcohol y drogas), etcétera.

De esta manera fue posible identificar cuáles son los estilos parentales que predominan en las familias de los NNA; cuáles son los efectos de estos estilos en

la salud mental de estos, para así, posteriormente, describir los indicadores de los estilos parentales.

Los estilos parentales se encuentran de alguna manera determinados por la escasez o falta de herramientas en el desarrollo de competencias parentales. Esto se puede visualizar en la escasa vinculación desde el punto de vista relacional y afectivo, con los niños, niñas y adolescentes, esto en muchas ocasiones, por falta de conocimiento y porque estos padres y/o cuidadores siguen patrones, con los cuales ellos mismo fueron educados.

La presente investigación no pretende justificar el que padres y/o cuidadores, mantengan malos tratos parentales, porque estos sufrieron estos mismos malos tratos cuando eran niños/a por parte de sus padres, más bien en este sentido pretende entender que estos padres deben aprender a tratar bien a sus hijos e hijas y para esto, lo ideal es que puedan acudir a buscar ayuda de un tercero.

Con respecto a lo anterior, las personas entrevistadas reconocen este hecho e incluso buscan ayuda para no repetir los errores que sus padres cometieron con ellos.

Sin embargo, se piensa además que existen otros ejes que complican más aún la situación en que estos padres, madres, y/o adultos responsables se encuentran. A continuación se señalan algunos elementos relevantes.

Al ser familias monoparentales, el cuidador además es quién debe trabajar para sustentar a la familia, lo cual hace que la demanda de tiempo que significa trabajar, reste tiempo al cuidado de los hijos e hijas, contando además que se deben realizar los deberes del hogar, cocinar, limpiar, etcétera.

El factor económico que se asocia con el anterior, permite incluso que los padres compensen la falta de tiempo con sus hijos, con cosas materiales, muchas veces. Esto ni siquiera por que los niños/as lo pidan, sino por su historia de vida marcadas por las carencias y necesidades. Esto muestra que no existe una comprensión acerca del rol de un padre, madre y cuidador, pues este no solo se

debe enmarcar en ser un proveedor sino que además debe cumplir entregando ciertos factores protectores y emocionales.

A su vez lo anterior genera que el niño, la niña o adolescente, permanezca muchas horas del día sin el cuidado de un adulto, muchas veces en la calle donde existen alto factores de riesgos, ya que no hay que desconocer que la comuna de La Granja, es una comuna con alta vulneración social, delincuencia, consumo de drogas y alcohol.

Si estos ejes además los asociamos a que los niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva la Granja, padecen de alguna enfermedad de salud mental, se puede apreciar entonces, una situación en que aumenta la vulnerabilidad de estos/as.

Con lo anterior se busca reconocer que no solo los malos tratos parentales provocan daños en la salud mental de niños y niñas sino que también existen otros factores que se conjugan como lo es provenir de una familia monoparental, nivel socio económico bajo, vivir en poblaciones de alta vulneración social, etcétera.

Quizás no se pueda cambiar ninguna de las realidades antes señaladas y a las cuales se ven expuestos niños y niñas, debido a que responden a fenómenos estructurales, pero sí se pretende recalcar que los buenos tratos parentales ayudan y mejoran la vida de un niño, niña y adolescentes y no solo a ellos, sino que también ayuda a que la dinámica familiar mejore.

Al analizar estas variables se puede apreciar que en ninguno de los casos entrevistados había por parte de las madres y/o cuidadoras, la intención de dañar a sus hijos e hijas, o de entregar malos tratos parentales. Sin embargo sí se pudo apreciar la falta de herramientas para educarlos y criarlos.

Lo que también aparece como una constante, es que las madres y/o cuidadoras, confundan las competencias parentales con el solo hecho de garantizar bienes materiales a sus hijos e hijas en desmedro de lo afectivo. Además de la falta de

normas y límites, debido a que se confunde con el ser “buena onda”, lo que suele desarrollar cierta ambigüedad en niños, niñas y/o adolescentes al momento de relacionarse con los/as adultos/as, ya que no saben reconocer lo que sí se puede y no se puede hacer.

Esta falta de herramientas en las competencias parentales, muchas veces pasa además por el poco tiempo que tienen las madres y/o cuidadoras, para estar con sus hijos e hijas, ya que la mayor parte de su tiempo deben dedicarlo a trabajar y a los deberes de la casa, desarrollando así una relación alejada de lo afectivo y sustentada en lo material.

Entendiendo además que en el contexto actual de sociedad, (bajo un sistema neoliberal y de consumo), las relaciones se han vuelto más impersonales y tecnológicas, cuesta mucho comunicarse hoy en día con un niño o niña, ya que se encuentran inmersos en la tecnología.

Esto resulta ser muchas veces contraproducente, ya que los niños y niñas aprenden lo que ven en la televisión o en Internet, sin un adulto a su lado que pueda controlar esta información y muchas veces copian conductas inadecuadas.

Lo anterior tiene impacto no solo en las relaciones familiares, sino además en las relaciones interpersonales con otros. Los niños, niñas y adolescentes, pueden pasar horas frente a un televisor o computador, sin mantener contacto con sus pares, esto los perjudica porque a la hora de entablar relaciones con otros no saben cómo hacerlo.

Por otro lado, las extensas jornadas laborales, el tiempo de traslado y los deberes de la casa, llevan a ritmos de vida acelerados y una de sus más altas consecuencias: dejar de lado a hijos e hijas. Y peor aún es que el poco tiempo que hay para ellos, además se ejerza maltrato hacia ellos/as, esto hace que cada vez se encuentren más desvinculados emocionalmente de sus padres, madres y/o cuidadores/as.

Lo anterior se visualizó a lo largo de las entrevistas con las madres y/o cuidadoras, donde en varias ocasiones se resaltaba su preocupación por velar que nada material les hiciera falta a sus hijos e hijas en desmedro de lo relacional y los afectos. Es decir, sin relevar este último elemento.

Con lo antes expuesto, se aprecia que la realidad de estas madres y/o cuidadoras, respecto al ejercicio de la parentalidad se aleja en varios aspectos de la teoría, en especial del apego, ya que esta plantea que los padres, las madres o figuras significativas debieran poseer ciertas habilidades parentales, que les proporcionen garantías a sus hijos e hijas. Esta distancia desarrollada a partir del desconocimiento que muchas veces se tiene respecto a los debates actuales relativos a la crianza y a las formas más adecuadas de ejercerla, lleva muchas veces a ejercer una parentalidad maltratante.

Entendiendo además que es la familia, el principal sistema donde se debe educar y criar a los hijos, es deber de los padres, madres y/o cuidadores garantizar a los hijos el respeto de sus derechos, proporcionándoles además cuidados, afectos, un apego seguro, normas y límites, para que estos a su vez se puedan ir desarrollando como personas sanas.

Tomando en consideración que esta investigación tiene como ejes centrales los estilos parentales y los efectos de estos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, es que se plantearon tres hipótesis al respecto, que además mantiene relación con los objetivos planteados.

En este sentido es que a continuación se presentan las hipótesis planteadas al principio de esta investigación, donde la primera es que el ejercicio de una parentalidad activa influye positivamente en el desarrollo social de los niños, niñas y adolescentes, con problemáticas de salud mental, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva de la comuna de La Granja.

Según los datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se puede decir que los buenos tratos parentales, tienden a influir positivamente en el tratamiento de niños, niñas y adolescentes que sufren alguna patología de salud mental.

Se pudo apreciar que estos buenos tratos no siempre estuvieron presentes, esto debido muchas veces a la falta de herramientas de las madres y/o cuidadoras, asociadas a la falta de tiempo por sus trabajos, como ya se dijo en párrafos anteriores.

Sin embargo, según lo comentado por ellas, una vez que comenzaron el tratamiento con sus hijos e hijas en el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, acompañado de la implementación de las sugerencias por parte de los profesionales acerca de la importancia de los buenos tratos, estas pudieron observar cambios significativos en la conducta de sus hijos e hijas, lo que además les permitió mejorar las relaciones en la dinámica familiar.

Los buenos tratos parentales, además permiten que el niño y la niña mantengan una autoestima alta que les posibilite además relacionarse con los otros manteniendo una mejor imagen de ellos.

Los buenos tratos parentales, son, por ende, fundamentales en la vida de todos los niños, niñas y adolescentes, no solo en aquellos que sufren de alguna enfermedad relacionada con la salud mental. Los buenos tratos parentales pueden llegar a evitar que si alguna persona tiene una carga biológica relacionada con alguna patología, ésta no llegue a aflorar, permaneciendo en latencia.

Por otra parte se debe señalar que existe una conciencia y reconocimiento en cuanto a que hay bajas competencias parentales, por parte de las madres y/o cuidadoras de niños, niñas y adolescentes, que son atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva la Granja.

Esto, a su vez se transforma en una ventaja, porque les permite a los profesionales entregar herramientas a estas madres y/o cuidadoras, para que estas puedan cambiar sus procesos de crianza.

Se muestran constantemente llanas a aprender acerca de la maternidad y de los cuidados de un niño, niña o adolescentes y se comprometen a no volver a ejercer malos tratos que puedan provocar daños en la salud mental de sus hijos e hijas.

Por otra parte, una segunda hipótesis de esta investigación fue que los malos tratos parentales influyen negativamente en el desarrollo sano de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Esta hipótesis se puede reafirmar con la entrevista realizada a los profesionales y con la bibliografía desarrollada en esta investigación de autores como Barudy, Dantagnan (2005), Cirulnik, (2010) entre otros que señalan que muchas de las enfermedades de salud mental que en la actualidad presentan niños, niñas y adolescentes, son producto de los malos tratos parentales. Se lleva este punto incluso al proceso previo al nacimiento, ya que es durante el proceso de gestación, con el consumo de drogas y alcohol por parte de la madre, violencia intrafamiliar, etcétera, cuando se van generando daños que tendrán un pronóstico clínico más complejo, esto debido a que los daños que se producen en el cerebro de un feto, por lo general, son irreversibles.

Algunas de las enfermedades de salud mental que se pueden producir por los malos tratos parentales son por ejemplo, las malformaciones, embriopatías derivadas del consumo de sustancias intrauterinas, asociado además a los cuadros con los que vienen, como por ejemplo: cuadro orgánico y déficit intelectuales. También pueden aparecer otros provocados por daños iniciales, tales como: cuadros afectivos ansiosos, de personalidad, conducta antisocial, estrés post traumático, patologías del vínculo, trastornos conductuales, trastornos de aprendizaje, entre otros.

Todas estas enfermedades se pueden llegar a provocar en niños, niñas y adolescentes que reciben malos tratos parentales, porque además se debe entender que estos malos tratos son reiterados y prolongados en el tiempo, además ejercidos por las figuras significativas de los niños y niñas.

Resulta altamente complejo revertir estas patologías y requieren de esfuerzo en conjunto de todos los actores que forman parte de la vida de niños, niñas y adolescentes. Se requiere por tanto, del compromiso de madres, padres y/o



cuidadores, de toda la familia, abuelos, tíos, primos, hermanos, etcétera, pero además de la comunidad, de los servicios sociales, del colegio.

Es un trabajo que solo los padres y/o cuidadores no pueden resolver, porque si bien pueden comenzar a revertir las situaciones de violencia y malos tratos con NNA, se debe reparar el daño ya existente y eso requiere de una terapia, por si solo no se puede reparar.

Para finalizar, la tercera y última hipótesis decía que las familias de los niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, en su gran mayoría son monoparentales, lo que las hace más vulnerables.

Con esto no pretende satanizar a las familias monoparentales, ni tampoco pretenden entender que todas las familias monoparentales son iguales, porque sí existen aquellas que cuentan con redes de apoyo que les permite tener una realidad distinta, acá se hablara de las familias monoparentales atendidas por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, que fue el grupo de estudio para esta investigación.

En el caso de las familias monoparentales, atendidas por el ESM Vida Nueva La Granja, podemos señalar que esta condición las hace más vulnerables, ya que muchas de ellas incluso no cuenta con redes de apoyo familiares y no saben cómo buscar redes de apoyo externas. Este hecho agudiza más aún las dificultades a la hora de criar a niños, niñas y adolescentes, entendiendo además que el padre, madre o cuidador/a además debe ser el proveedor, lo que dificulta más aun la tarea de criar, educar y enseñar a su hijos e hijas.

Además, muchas veces estas familias, debido a la escasez de vínculos y de ayuda de otras redes, no pueden cumplir con los tratamientos de salud de sus hijos e hijas, lo que hace que la enfermedad, con el tiempo se complejice aún más, por la dificultad debe ser supervisadas al entregar los medicamentos a sus hijos e hijas. Mucha veces no pueden participar de las terapias que complementan el tratamiento, el cual no es solo farmacológico, ya que este se acompaña de terapia

ocupacional, sesiones individuales y familiares, talleres socio educativos, etcétera.

Por otra parte, todos estos elementos contextuales dejan a los niños y niñas más expuestos/as a una socialización callejera, lo que muchas veces los hace ser partícipe de bandas delictuales, del consumo del alcohol y drogas, de abusos sexuales, etcétera, esto entendiendo que la enfermedad de salud mental de sus hijos e hijas los hace más vulnerables que al resto de los niños, niñas y/o adolescentes.

Estos elementos son los que se lograron visualizar a partir de los datos obtenidos en esta investigación. Por tanto queda en evidencia lo dañino que pueden ser los malos tratos parentales en la salud mental de niños, niñas y adolescentes y por otra parte lo beneficioso para la salud mental, el contar con buenos tratos parentales.

Los datos recogidos también reflejan la importancia de buscar ayuda para resolver estas problemáticas en las redes de apoyo, sean familiares, de la comunidad e incluso en instituciones que trabajan con niños y niñas. En el caso de tratamientos, lo ideal es buscar a los profesionales que se especialicen en el área.

Por ende, es deber del Estado de Chile contar con políticas públicas mejores que las actuales en cuanto a temáticas de Infancia se trate, ya que se entiende que un país es mejor cuando se preocupa de sus niños, niñas y adolescentes, que son el futuro.

## HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación da cuenta de la aplicación de las entrevistas semi-estructuradas a las madres y/o adultos responsables de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, con la finalidad de trabajar las variables: estilos parentales y efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Todos ellos habitantes de la comuna de La Granja, una de las ocho comunas que cuenta con Programas Vida Nueva, el cual trabaja con las comunas más vulnerables de la Región Metropolitana. A partir de los resultados de la investigación fue posible reconocer los siguientes hallazgos:

1.- Que las madres y/o cuidadoras de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, puedan reconocer la falta de herramientas para ejercer una parentalidad bien tratante.

Al entrevistar a las madres y/o cuidadoras, estas en su gran mayoría expusieron contar con escasas herramientas, para poder criar y educar a sus hijos e hijas, ya sea por su escasa educación, por factores de su propia crianza, e inclusive por el poco tiempo que tienen para cumplir con esta misión, pero a su vez se muestra llanas a recibir estas herramientas por parte de los profesionales que conforman el equipo, ya tantas veces singularizado. Estos señalan que sus principales falencias se encuentran en entregar afecto a sus hijos e hijas, ya que más bien se preocupan de que no les haga falta nada material, despreocupándose de la parte afectiva, manifiestan de igual forma que no saben cómo hacerlo, como acercarse a sus hijos, como entregarles cariño.

El tema de la entrega de afectos de parte de las madres y/o cuidadoras surgió en distintos ámbitos, lo que resulta atractivo como materia de investigación, ya que resulta complejo pensar que a una madre y/o cuidadora le cueste expresar sentimientos de amor con sus hijos e hijas.

Es decir en varios de los relatos se puede apreciar la falta de un apego seguro de estas madres y/o cuidadoras, con sus hijos e hijas, esto hace que los vínculos y las relaciones de confianza sean más inestables, además genera en los niños y niñas sentimientos de inseguridad, e incluso una autoestima más baja de lo esperado.

Por otra parte, el hecho que las madres y/o cuidadoras, puedan reconocer su falta de herramientas en las competencias parentales, facilita el trabajo de los profesionales a la hora de intervenir, ya que estas se muestran dispuestas a realizar cambios significativos al respecto. Este elemento es muy relevante ya que no se tenía considerado previamente.

2.- otro hallazgo de la investigación, fue la ausencia de figura masculina, en el proceso de crianza de hijos e hijas.

De todas las entrevistadas ninguna se encontraba viviendo con los padres de sus hijos/as, y tampoco existía otra figura masculina significativa, por tanto, los cuidados y crianza están solo a cargo de una figura femenina. En algunos casos el padre solo aportaba con recursos económicos y en otros, definitivamente no existía ninguna vinculación.

Esta nula presencia de imagen masculina en la crianza de los hijos e hijas, deja en evidencia la incompetencia parental por parte de los padres, ya que no se hacen cargo de sus hijos/as y la labor de criar y educar, sólo recae en la madre y/o cuidadora. Al parecer esto es una tendencia en los sectores más vulnerables, donde inclusive esta ausencia se debe a situaciones de violencia intrafamiliar ejercida por parte del hombre hacia la mujer e incluso hacia sus hijos e hijas. Es este un motivo que trae como consecuencia la total desvinculación del padre.

Las madres y/o cuidadoras señalaron durante la entrevista que la ausencia de esta imagen paterna responde en la mayoría de los casos a situaciones como el consumo problemático de alcohol y drogas por parte de estos, por haber estado privados de libertad, o por haber ejercido violencia intrafamiliar.

3.- La falta de límites y normas dentro del hogar, otra variable que apareció varias veces en las entrevistas, que la dificultad que presentan las madres y/o cuidadoras en establecer normas y límites a sus hijos e hijas, y en el caso que estas existían, éstas no estaban claras y no siempre se cumplían por ninguna de las dos partes.-

Les cuesta mucho realizar la desvinculación o disociar las normas y límites de los malos tratos, ya que su creencia es que son una sola cosa. Lo cual resulta complicado a la hora de educar, ya que el establecimiento de normas y límites claros, ayudan en la labor de criar y educar a los hijos e hijas. En alguno de los casos, las madres y/o cuidadoras señalaban que sus hijos e hijas se portaban mal, y la respuesta era pegarles o castigarles, pero que jamás les explicaban que cosas se debían hacer o no hacer, o porqué era mejor hacerlo de tal modo o de otro.

4.- Otro hallazgo relevante, es la dificultad que presentan los niños, niñas y adolescentes del programa para vincularse con sus pares, en ninguno de los casos los NNA, mantenían relaciones de amistad que no fuesen estrictamente en el colegio, no existían amigos cercanos al hogar, con los cuales ellos se relacionaran.

Es parte de la socialización el compartir con otros niños/as, tener amigos, comunicarse con ellos, donde además se pueden reconocer ciertas virtudes o falencias en los seres humanos, como por ejemplo, la capacidad de liderazgo, de compartir, la aceptación del otro y el reconocimiento de este por sus pares.

5.- El último hallazgo relevante también fue la importancia de trabajos interdisciplinarios que permiten el manejo del equipo en todas las áreas en las cuales se trabaja, como por ejemplo hablar con los médicos y que estos no solo aporten en el área de la salud, sino que además se preocupen de todos los otros factores que influyen en la vida de un niño o una niña. Cada uno destaca en su especialidad, pero además se interesa en aprender de los otros profesionales, esto sin duda es un avance muy relevante en los equipos de salud mental.

## **APORTE AL TRABAJO SOCIAL**

El Trabajo Social se caracteriza por participar de las transformaciones sociales, esto, debido al alto nivel de compromiso con las problemáticas sociales. Por tanto, lo habitual es que sus profesionales trabajen en los sectores más vulnerables de la sociedad y sus intervenciones se realizan directamente con los sujetos de una comunidad, mirando dicha relación de manera horizontal, trabajando con los usuarios como sujetos de derechos.

En este último sentido, cabe profundizar, ya que el Trabajo Social, busca que los sujetos sean también actores de cambios, no se les ve como actores pasivos, sino que se trabaja desde la co-construcción, es decir tomando y resaltando la importancia de construir el cambio con el sujeto y no para el sujeto.

En la investigación, se trabajó con los relatos de madres y/o cuidadoras de niños, niñas y adolescentes, que son atendidos por el Equipo de Salud Vida Nueva La Granja, y con los profesionales que conforman dicho equipo. Se tuvo en cuenta entonces a los sujetos de análisis como sujetos de derechos.

Se trabajó con los adultos que tienen a su cuidado NNA, atendidos por el ESM Vida Nueva La Granja, con la finalidad de recolectar datos por estos proporcionados, para identificar los estilos parentales predominantes en las familias, reconociendo además las distintas competencias parentales que estas manejan.

Y en segundo lugar, se trabajó con los profesionales, que conforman el Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, para obtener información a través de sus relatos de los efectos de los estilos parentales en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que son pacientes del equipo ya tantas veces señalado.

El aporte que pretender proporcionar esta investigación al Trabajo Social, es visibilizar las problemáticas sociales, asociadas al ejercicio de la parentalidad, ya que muchas veces, por desconocimiento, se cree que se está haciendo bien la

tarea de criar y educar a los hijos. Esta carencia lleva a dificultar los proceso de problematización debido a que no existe un contraste proveniente de los círculos más cercanos, que muestre cuándo se está actuando de manera equivocada, o cuándo, por el contrario, se están entregando buenos tratos en función del sano desarrollo de hijos e hijas.

Se pretende visibilizar que los malos tratos parentales, pueden provocar daños irreversibles en los niños, niñas y adolescentes, y es a su vez una forma de violencia infantil, por tal circunstancia como una forma de vulneración de derechos, en este sentido el Trabajo Social, como una disciplina con visión crítica de la realidad, debe velar por promover el respeto por los Derecho de los niños, niñas y adolescentes.

Junto a lo anterior es que la presente investigación pretende contribuir al reconocimiento de los buenos y malos tratos parentales y las implicancias de estos en el desarrollo sano de un niño, niña y adolescente. Esto tiene como objetivo problematizar el tema y de esta forma, que el profesional sea capaz de ejercer un rol que permita generar cambios en la vida de quienes han sufrido malos tratos.

Entendiendo además que el enfoque de derecho ocupa un lugar central al momento de ejercer el trabajo profesional, hay que tener presente que todas las personas son sujetos de derechos. Por ende, los niños, niñas y adolescentes también lo son, y velar por el Interés Superior del niño y la niña, es una tarea fundamental como agentes de cambio social, generando espacios que propicien que niños y niñas puedan ser reconocidos como sujetos de derechos.

Una tarea importante al respecto es poner atención a las necesidades de niños, niñas y adolescentes y sus familias y a plantearse nuevos desafíos al respecto en especial sobre las dinámicas familiares, y como estas benefician y/o complejizan la salud de NNA.

En relación a lo anterior, se debe entender que el Trabajo Social, trabaja desde los aspectos de la realidad humana, y debe buscar por el desarrollo del sujeto de

una manera autónoma y digna, logrando el bienestar de las personas, en especial cuando se habla de niños, niñas y adolescentes con problemáticas de salud mental, ya que por su condición, estos se ven más expuestos a sufrir vulneración y malos tratos, incluso por sus cuidadores.

Entonces, se puede ver que hay una tarea pendiente en lo que respecta a promover los buenos tratos parentales, para lograr cambios desde lo más micro. Por tanto, estos motivos debiesen sustentar las intervenciones familiares, y llegar a lo macro participando en la creación de políticas públicas, enfocadas a los buenos tratos parentales y en el ámbito de la salud mental, en la búsqueda de mejores condiciones para aquellos que padecen de alguna enfermedad relacionada con el ámbito ya mencionado.

Es así que para lograr promover y participar de cambios sociales, no se debe caer en el asistencialismo, respetando que los principales actores de la intervención son los sujetos allí atendidos, y que, por tal motivo, el Trabajo Social, sería solo el medio para llegar al objetivo de cada familia.

El Trabajo Social, en su rol transformador, debe ser capaz de generar trabajos estratégicos que, permitan trabajar con padres, madres y/o cuidadores, en la importancia y relevancia que tienen los buenos tratos parentales y como estos influyen en la conformación de sujetos que formen parte de la sociedad.

Para concluir, no quiero dejar de mencionar la importancia que tiene trabajar desde la prevención del maltrato infantil, en la prevención de enfermedades de la salud mental. Y es acá donde me tomaré la libertad de criticar a las políticas públicas chilenas, que están llenas de tecnicismos, construidas desde una oficina y que no se ajustan a la realidad social, la cual es mucho más compleja de lo que se señala en un manual o papel.

Estas políticas, además, están enfocadas desde la lógica conductista y que responden mayoritariamente a modelos cuantitativos en desmedro de los aspectos cualitativos, que deberían ser claves en la intervención. Sólo de esta manera se



puede velar no por el cumplimiento de metas en “cantidad de casos atendidos”, sino por la calidad de la intervención en los distintos casos atendidos.

Es importante además que trabajar desde la prevención tiene mejores resultados en especial para los niños, niñas y adolescentes a los cuales les ha tocado sufrir malos tratos, porque sus padres, madres y/o cuidadores, no cuentan con las herramientas necesarias para criarlos y educarlos.

El trabajo de reparación tiene un alto costo y no hablamos de un costo económico para el Estado, que sí lo es, sino que hablamos del costo a veces crónico que deben pagar los niños, niñas y adolescentes por la escasez o ausencia casi total de políticas exclusivas de infancia que se preocupen de proporcionar a los padres, madres y/o cuidadores las herramientas necesarias para el cuidado de sus hijos.

Por otra parte, el trabajo social como disciplina debiese evidenciar también la precarización existente en materia laboral, mostrando que las leyes laborales debiesen resguardar, en estos casos a los padres, madres y/o cuidadores posibilitando que estos/as puedan acompañar y estar con sus hijos e hijas, en especial cuando estos padecen de alguna enfermedad de salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aylwin, N. y Solar M. (2009):  
Trabajo Social Familiar,  
Chile, Ediciones UC Editorial
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005):  
Los buenos tratos en la  
infancia. Parentalidad,  
Apego y Resiliencia, España,  
Gedisa Editorial.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011):  
La fiesta mágica y realista de  
la resiliencia infantil, España,  
Gedisa Editorial.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010):  
Los desafíos invisibles de ser  
madre o padre: Manual de  
evaluaciones de las  
competentes y la resiliencia  
parental, España, Gedisa  
Editorial.
- Bronfenbrenner, U. (1987):  
La ecología del desarrollo  
humano: Cognición y  
Desarrollo Humano,  
Argentina Paidós Editorial.

- Céspedes, A. (2007): Niños con pataletas, adolescentes desafiantes: Cómo manejar los trastornos de conducta en los hijos, Chile, Ediciones B. Chile S.A, Editorial.
- Cyrulnik, B.(2010). Los Patitos Feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida, España, Gedisa Editorial.
- Figueroa, P et al (2016) Plan de Trabajo Equipo de Salud mental Vida Nueva La Granja, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Chile. S/Editorial.
- .
- Lecannelier, F. (2006). Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental, Chile, Lom Ediciones.

- Manciaux, M. (2010). La resiliencia: resistir y rehacerse, España, Gedisa Editorial.
- Milicic, N. y López S. (2009). Hijos con autoestima positiva, Chile, Grupo Editorial Norma.
- Organización de las Naciones Unidas (1989): Convención sobre los Derechos del niño.
- Sampieri, R. y Fernández, C. (1991): Metodología de la Investigación, Perú, Editorial El Comercio S.A
- Taylor S.J., y Bodgan R., 1987 Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación, Argentina, Editorial Paidós

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Anales de Psicología (2007): Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión, consultado 28/07/2016, 12:10 hrs  
<http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/23231/22511>.
- Baumrind, D (1980) Los estilos educativos parentales, ¿Cuál estas utilizando? ¿es correcto?. Consultado 28/07/2016, 13:30 hrs.  
<http://www.omicrono.com/2013/09/los-estilos-educativos-parentales-cual-estas-utilizando-es-el-correcto/>.
- Centro de Investigación Periodística (2014): Deuda pendiente: Desigualdad y trastornos mentales de niños, consultada 05/08/2016, 21:30 hrs.  
<http://ciperchile.cl/2014/03/26/deuda-pendiente-desigualdad-y-trastornos-mentales-de-ninos/>

Chile Crece Contigo (2009):

Chile Crece Contigo, ¿Qué es?,  
Consultado el 26/04/2016, 13:00  
hrs.

<http://www.crececontigo.gob.cl/sobreechilecrececontigo/que-es/>

Convención sobre los Derechos  
del Niño (S/F):

Convención sobre los Derechos del  
niño, consultado 03/04/2016, 22:00  
hrs:

[http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/pdocs/CONVENCION\\_NINO.pdf](http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/pdocs/CONVENCION_NINO.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (S/F):

Que es Chile Crece Contigo?,  
consultado 10/08/2016, 22:30 hrs.

<http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>

Ministerio de Desarrollo Social  
(2009)

Manuel de apoyo para la formación  
de competencias parentales,  
Programa Abriendo Caminos.  
Consultado 03/08/2016, 21:40

hrs <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/midepla>

n/manual\_formac.compet.parentales.pdf

Ministerio de Salud (S/F):

Programa de Salud Mental y Psiquiátrica, consultado, 02/08/2016, 19:00 hrs.  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b628460e04001011f01239d.pdf>

Organización Mundial de la Salud (S/F):

Estrategia de la OMS para los sistemas de salud, consultado 03/08/2016, 22:10 hrs.  
<http://www.who.int/healthsystems/strategy/es/>

Revista Médica de Chile (2012):

Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias, consultada 03/08/2016, 19:30 hrs.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000400005#t1](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005#t1)

Revista Médica de Chile (2015):

Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente, consultada 07/08/2016, 22:00 hrs. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>

Salles, C y Ger, S (S/F)

Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación, consultado 03/04/2016, 12:00 hrs. <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/250177/369142>

Universidad San Sebastián(S/F):

Salud Mental y el aumento de trastornos asociados, consultado 02/08/2016, 16:10 hrs. <http://www.uss.cl/newsletter-uss/2015/04/09/salud-mental-y-el-aumento-de-trastornos-asociados/>



# **ANEXOS**

MATRIZ DE VARIABLES

Estilos parentales:

Definición conceptual  Estilos Parentales	Definición operacional  Estilos Parentales	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítem
<p>Corresponde a la capacidad práctica de una madre o un padre para atender las necesidades de sus hijos. No sólo se trata de nutrirles o cuidares, sino también de brindarles la protección y la educación necesaria para que se desarrollen como personas sanas, buenas y solidarias.(Barudy y Dantagnan, 2005: 93).</p>	<p>Se reconoce como las capacidades y habilidades que tienen los padres, madres y/o cuidador, para proporcionar los cuidados, emocionales, educativos, formativos, sociales y económicos a un niño o niña, de manera que estos se puedan desarrollar de manera sana.</p>	<p>Parentalidad sana, competente y bientratante</p>	<p>Nutrientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apego seguro sensorial y emocional.</li> <li>- Capacidad de empatía.</li> <li>- Disponibilidad múltiple de los padres y/o cuidadores.</li> <li>- Estabilidad emocional, ofreciendo a los NNA, continuidad a largo plazo de las relaciones que aseguren cuidados y protección.</li> <li>- Accesibilidad, que los adultos cuidadores estén siempre visibles implica presencia y disponibilidad.</li> <li>- Construcción del concepto de sí mismo, sano, positivo y resiliente.</li> <li>- Las representaciones</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- ¿Qué relación de parentesco tiene ud. Con el niño o la niña?.</li> <li>2.- ¿Quién es la figura encargada de brindarles los cuidados y protección al niño y/o niña?.</li> <li>3.-¿El niño/a ha estado con la misma persona bajo su cuidado siempre?.</li> <li>4.- ¿Cómo considera que ha sido su rol de madre, padre o figura cuidadora?</li> <li>5.- ¿Es capaz de reconocer, cuales son las necesidades que tiene el niño/a, sin que esta se las pida?.</li> <li>6.- ¿Cuan disponible cree ud que está para las necesidades de su hijo/a ?.</li> </ol>

				<p>de los NNA corresponden a imágenes positivas de ellos.</p> <p>-Relaciones adulto NNA, son siempre personalizadas, afectivas y respetuosas.</p>	<p>7.- ¿Cómo es la comunicación entre el niño /a y ud.?.</p> <p>8.- ¿Quién pone las normas o reglas en el hogar?. ¿Qué hace cuando el niño/a no las cumple?</p> <p>9.¿Cómo es la comunicación entre los miembros de su familia?</p> <p>10.- ¿Cómo responde ud. a las necesidades afectivas del niños y/o la Niña?.</p> <p>11.- ¿Qué hace ud. cuando su hijo presenta algún problema?.</p> <p>12. ¿Quién enseña al niño sobre cómo comportarse con otros adultos y niños?.</p> <p>13. ¿El niño/a tiene amigos/as, sale a jugar con ellos?.</p> <p>14.¿Cuál es el comportamiento del niño/a en la</p>
--	--	--	--	---	---

			Socializadora	<p>Prepara e incentiva al niños para la vida social y la convivencia con otros</p> <p>Incentiva la relación con pares</p> <p>- A través de la educación los NNA, acceden al mundo social de la convivencia y de la verdadera autonomía.</p>	<p>Escuela, le gusta asistir?</p> <p>15 ¿Ud. u otro adulto lo acompaña en sus deberes escolares?</p> <p>16 ¿Qué sucede cuando el niño/a obtiene bajos resultados en el colegio?</p> <p>17.- Existen castigos cuando el niño/a se portan mal? ¿Cuáles?.</p>
			Educativa.	<p>- Expectativa de conducta de los NNA, son constructivas, esto es confiar en sus posibilidades y se espera que se comporten adecuadamente.</p> <p>- El control de los comportamientos se ejerce a través de intervenciones inductivas consistentes cuando las sanciones son necesarias, éstas son respetuosas claras y razonables.</p>	

		<p>Parentalidad incompetente y maltratante.</p>	<p>- Autoritario represivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cuidadores se comunican en un ambiente de escucha mutua, respeto y empatía.</li> <li>- El apoyo en los procesos de desarrollo y la exigencia de la madurez.</li> <li>- Distancia, ausencia o frivolidad afectiva.</li> <li>- Comunicación unidireccional.</li> <li>- Control parental , se ejerce de manera rígida, inflexible, a través de las amenazas y castigos.</li> <li>- Padres siempre deciden por los niños y niñas.</li> <li>- No existe un reconocimiento de las capacidades de los niños y niñas.</li> <li>-Existe afectividad en la</li> </ul>	
--	--	---	---------------------------------	--	--

			<p>- Permisivo indulgente.</p>	<p>relación adulto niño, pero habitualmente para satisfacer necesidades afectivas de los padres.</p> <p>- Madres y padres disponibles, pero no ejercen autoridad.</p> <p>- Niños y niñas crecen con ausencia de normas.</p> <p>- Los niños y niñas crecen sin respetar jerarquías.</p> <p>- Los niños y las niñas crecen con la ilusión de un poder y capacidades que no han logrado desarrollar.</p>	
			<p>- Permisivo negligente.</p>	<p>- Carencia afectiva de todo tipo.</p> <p>- Los adultos no ejercen autoridad ni dominancia, por tanto los niños y niñas no acceden a un control interno de sus emociones y conductas.</p> <p>- Los adultos se</p>	

				<p>comunican poco con sus hijos, la comunicación es superficial y sin contenidos educativos.</p> <p>- Los adultos no apoyan, estimulan ni reconocen los logros de los niños y niñas.</p> <p>- La permisividad es la norma generalizada y ésta es el resultado de la comodidad o la negligencia.</p>	
--	--	--	--	---	--

MATRIZ DE VARIABLES

Efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental en NNA:

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítem
Son las consecuencias que afectan el desarrollo psicoemocional de los niños/as, de manera positiva o negativa según reciban un trato nutricional o maltratantes de las personas encargadas de su crianza que pueden ser por acción u omisión.	Se entenderán como los efectos positivos o negativos para el desarrollo cognitivo, físico y emocional de los niños y niñas resultado de los cuidados parentales.	Efectos en el comportamiento psico-emocional	Favorece el desarrollo psico-emocional	-Autoestima/autoconcepto - Aceptación de sí mismo. - Capacidad comprensiva del entorno. - Tolerancia a la frustración. - Control del impulso. - Manejo de la ira.	1.- ¿Qué es para ti una buena parentalidad? 2.- ¿Y que es para ti una mala parentalidad? 3.-¿Tú crees que los malos tratos parentales sufridos por los niños y niñas, pueden provocar daños en su salud mental?.
		Efectos en el comportamiento psico-social	Desfavorece el desarrollo psico-emocional	- Baja Autoestima. - No aceptarse a sí mismo. - intolerante a la frustración. - Descontrol de impulsos.	4.- ¿Existe la posibilidad de que estos daños puedan ser irreversibles?.
			- Comportamiento adaptativo	- Acatamiento a la norma. - Auto-regulación.	5.- ¿Cuál crees tú que es la
			- Sociabilidad	- Con la familia. - Grupo de pares - En el colegio	



					<p>edad en la cual más afectan estos daños en los niños/as?</p> <p>6.- ¿ Y qué tipo de daño pueden producirse?.</p> <p>7.- ¿Cuál es el pronóstico o clínico para un niño o niña , que no cuenta con padres y/o cuidadores que, con las capacidades parentales adecuadas?.</p> <p>8.- ¿Cuál es el pronóstico o clínico para un niño o niña que cuenta con</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>padres y/o cuidadores, que ejercen una parentalidad sana y bien tratante?.</p> <p>9.- ¿Cuales son los efectos que puede provocar en el niño/a , una escasa o mala relación con su entorno?</p>
--	--	--	--	--	---

## ENTREVISTA

**Entrevista semi-estructurada dirigida a los profesionales del Equipo de Salud Mental Vida Nueva La Granja, con el objetivo de analizar los efectos del ejercicio de la parentalidad en la salud mental en NNA:**

1.- ¿Qué es para ti una buena parentalidad?

2.- ¿Y que es para ti una mala parentalidad?

3.- ¿Tú crees que los malos tratos parentales sufridos por los niños y niñas, pueden provocar daños en su salud mental?.

4.- ¿Existe la posibilidad de que estos daños puedan ser irreversibles?.

5.- ¿Cuál crees tú que es la edad en la cual más afectan estos daños en los niños/as?

6.- ¿Y qué tipo de daño pueden producirse?.

7.- ¿Cuál es el pronóstico clínico para un niño o niña, que no cuenta con padres y/o cuidadores, que ejerzan parentales sana y bien tratante?.

8.- ¿Cuál es el pronóstico clínico para un niño o niña que cuenta con padres y/o cuidadores, que ejercen una parentalidad sana y bien tratante?.

9.- ¿Cuáles son los efectos que puede provocar en el niño/a , una escasa o mala relación con su entorno (familiar, escolar, etc. ?

**Entrevista semi-estructurada dirigida a padres, madres y/o cuidadores de niños, niñas y adolescentes, atendidos por el Equipo de salud Mental Vida Nueva La Granja, con el objetivo de analizar los estilos parentales**

1.- ¿Qué relación de parentesco tiene ud. Con el niño o la niña?.

2.- ¿Quién es la figura encargada de brindarles los cuidados y protección al niño y/o niña?.

3.-¿El niño/a ha estado con la misma persona bajo su cuidado siempre?.

4.- ¿Cómo considera que ha sido su rol de madre, padre o figura cuidadora?

5.- ¿Es capaz de reconocer, cuales son las necesidades que tiene el niño/a, sin que estase las pida?

6.- ¿Cuan disponible cree ud que está para las necesidades de su hijo/a ?.

7.- ¿Cómo es la comunicación entre el niño /a y ud.?.

8.- ¿Quién pone las normas o reglas en el hogar?.¿Qué hace cuando el niño/a no las cumple?

9¿Cómo es la comunicación entre los miembros de su familia?

10.- ¿Cómo responde ud. a las necesidades afectivas del niños y/o la Niña?.

11.- ¿Qué hace ud. cuando su hijo presenta algún problema?.

12. ¿Quién enseña al niño sobre cómo comportarse con otros adultos y niños?

13. ¿El niño/a tiene amigos/as, sale a jugar con ellos?

14.¿Cuál es el comportamiento del niño/a en la Escuela, le gusta asistir?

15 ¿Ud. u otro adulto lo acompaña en sus deberes escolares?

16 ¿Qué sucede cuando el niño/a obtiene bajos resultados en el colegio?

17.- Existen castigos cuando el niño/a se portal mal? ¿Cuáles?.