



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Escuela de Trabajo Social

“TRASTORNO DE PANICO EN ADOLESCENTES”

¿Una Problemática de la Sociedad Actual?

AUTORES: NATALIA CASTRO CATALAN

DANIELA ESPINOSA REVECO

PROFESOR GUÍA : JEANETTE HERNANDEZ BRICEÑO

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

EN TRABAJO SOCIAL

SANTIAGO, 2009

“Estoy comenzando a sentir la embriaguez
En que te sumerge esta vida agitada y tumultuosa.
La multitud de objetos que pasan ante mis ojos, me causa vértigo.
De todas las cosas que me impresionan.
No hay ninguna que cautive mi corazón,
Aunque todas juntas perturben mis sentidos,
Haciéndome olvidar quien soy y a quien pertenezco.”

Dedicada a Nuestras Familias.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| 1. Planteamiento del Problema..... | 13 |
| 2. Preguntas de Investigación..... | 19 |
| 3. Objetivos..... | 20 |
| 4. Hipótesis..... | 22 |
| 5. Estrategia Metodológica..... | 24 |
| 5.1. Tipo de Estudio..... | 24 |
| 5.2. Universo..... | 25 |
| 5.3. Muestra..... | 26 |
| 5.4. Unidad de Análisis..... | 26 |
| 5.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos..... | 27 |
| 5.6. Técnicas de Análisis..... | 28 |
| 5. Variables del Estudio..... | 28 |
| PRIMERA PARTE: | |
| MARCO TEÓRICO..... | 30 |
| CAPITULO I: "Salud Mental" | 31 |
| 1. Trastornos de Ansiedad..... | 31 |
| 1.1. Reseña Histórica..... | 34 |
| 1.2. Epidemiología..... | 36 |
| 1.3. Etiopatogenia..... | 38 |
| 1.4. Sintomatología de los Trastorno Ansiosos..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 1.5. Tipos de Trastornos Ansiosos..... | 44 |
| 1.6. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes..... | 47 |
| 2. Trastornos de Pánico..... | 49 |
| 2.1. Reseña Histórica..... | 50 |
| 2.2. Prevalencia..... | 50 |
| 2.3. Epidemiología..... | 52 |
| 2.4. Etiología..... | 52 |
| 2.5. Diagnóstico..... | 56 |
| 3. Crisis de Pánico o de Angustia..... | 58 |
| 4. Tratamiento..... | 61 |
| 4.1. Tratamiento desde el Enfoque de la Psiquiatría..... | 61 |
| 4.2. Tratamiento desde el Enfoque de la Psicología..... | 62 |
| 4.3. Combinación de Tratamiento Farmacológico y Psicoterapia..... | 65 |
| Glosario..... | 67 |
| CAPITULO II: “La Familia en la Sociedad Actual”..... | 70 |
| 1. Modelo Sistémico..... | 70 |
| 1.1. Bases Teóricas del Modelo Sistémico..... | 71 |
| 1.2. Familia como Sistema..... | 73 |
| 2. Estructura y Dinámica Familiar..... | 73 |
| 2.1. Tipos de Familia..... | 78 |
| 2.2. Funciones de la Familia..... | 82 |
| 2.3. Ciclo Vital de la Familia..... | 85 |
| 3. Familia en Crisis y sus Transformaciones..... | 88 |

| | |
|---|------------|
| 3.1. Sociedad y Familia..... | 88 |
| 3.2. Crisis de la Familia..... | 91 |
| 3.3. Familias Multiproblemáticas..... | 97 |
| CAPITULO III: "Sujeto Juvenil ¿Qué es ser Joven Hoy?..... | 101 |
| 1. Adolescencia..... | 101 |
| 1.1. Características propias de la Etapa de Adolescencia..... | 103 |
| 1.2. Problemáticas surgidas durante la Adolescencia..... | 105 |
| 2. La Juventud en la Sociedad Moderna..... | 109 |
| 2.1 Historia de la Juventud en la Sociedad Moderna..... | 110 |
| SEGUNDA PARTE: | |
| MARCO REFERENCIAL..... | 113 |
| CAPITULO IV: "Estado de Salud en Chile" | 114 |
| 1. Políticas de Salud..... | 114 |
| 2. Reforma de Salud..... | 117 |
| 2.1. Las Personas en el Centro de las Políticas..... | 118 |
| 2.2. Pilares Fundamentales de la Reforma de Salud..... | 120 |
| 3. Política Pública en Promoción de la Salud..... | 124 |
| 3.1. Estrategias de Promoción de la Salud..... | 125 |
| 3.2. Política Pública y Salud Mental Infanto Juvenil como Problemática Pública..... | 125 |
| 4. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría..... | 127 |
| 4.1. Modelos de Intervención..... | 129 |
| 4.2. Dificultades y Falencias..... | 132 |
| 4.3. Resultados Alcanzados..... | 134 |

| | |
|--|------------|
| CAPITULO V: "Contextualización Territorial" | 138 |
| 1. Comuna de Santiago..... | 138 |
| 1.1 Reseña Histórica..... | 138 |
| 1.2. Datos Generales de la Comuna de Santiago..... | 140 |
| 1.3. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades..... | 142 |
| 1.4. Organigrama Municipal..... | 144 |
| 2. Salud en la Comuna de Santiago..... | 146 |
| 2.1. Objetivos de la Gestión..... | 146 |
| 2.2. Estaciones Médicas de Barrio..... | 148 |
| TERCERA PARTE: | |
| ANÁLISIS DE DATOS..... | 152 |
| CAPÍTULO VI: "Jóvenes con Trastornos de Pánico desde una Perspectiva Socio-Familiar" | 153 |
| 1. Identificación de los Encuestados..... | 153 |
| 2. Características del Grupo Familiar..... | 155 |
| 3. Dinámica Familiar..... | 157 |
| 4. Calidad de Vida..... | 174 |
| CAPÍTULO VII: "Jóvenes con Trastornos de Pánico y sus Vivencias con su Entorno Social y Familiar: Un Pasaje desde la Infancia hasta Nuestro Días" | 198 |
| CAPÍTULO VIII: "Jóvenes con Trastornos de Pánico: y sus Relaciones con el Entorno Social, Familiar e Individual" | 233 |
| 1. Matriz Historia de Vida: Relaciones Interpersonales y con el Entorno..... | 235 |
| 1.1.- Análisis de las Relaciones Interpersonales de los Jóvenes con sus Entorno Social..... | 236 |
| 2. Matriz Historia de Vida: Relaciones y Vivencias Familiares..... | 241 |

| | |
|---|------------|
| 2.1.- Análisis de Relaciones y Vivencias Familiares..... | 243 |
| 3. Matriz Historia de Vida: Vivencias Personales y Autoimagen..... | 251 |
| 3.1. Análisis Historia de Vida: Vivencia Personales y Autoimagen..... | 253 |
| 4. Matriz Historia de Vida: Visión de la Sociedad y Proyecto de Vida..... | 257 |
| 4.1. Análisis Historia de Vida: Visión de la Sociedad y Proyecto de Vida.. | 258 |
| 5. Matriz Historia de Vida: Efectos del Trastorno de Pánico en la Vida de los Individuo..... | 261 |
| 5.1. Análisis Historia de Vida: Efectos del Trastorno de Pánico en la Vida de los Individuo | 263 |
| CONCLUSIONES..... | 267 |
| HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 279 |
| APORTES DEL TRABAJO SOCIAL A LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL | 282 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 286 |
| ANEXOS..... | 298 |
| Anexo N° 1 Operacionalización de las Variables..... | 299 |
| Anexo N° 2 Encuesta Socioeconómica..... | 310 |
| Anexo N° 3 Pauta Entrevista en Profundidad..... | 324 |

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro país, en el marco de la salud pública, los problemas de salud mental, constituyen una prioridad nacional a enfrentar. Entre estas enfermedades mentales, una que ha adquirido una mayor incidencia entre la población, son los Trastornos de Pánico, enfermedad que ha aumentado sus cifras en los últimos años, pero que el diagnóstico en sí, presenta ambigüedades respecto a las causas que inciden en la patología, por lo que no se ha podido determinar con exactitud los factores biológicos, medioambientales e individuales que originan el síndrome.

Los elevados índices de éste trastorno que afecta la salud mental, está estrechamente vinculado con factores sociales que alteran el equilibrio psicológico de las personas, tales como eventos vitales, situaciones estresantes tanto del individuo como de su entorno familiar y social.

Un análisis realizado por la OMS en la ciudad de Santiago, arrojó que la prevalencia de la Depresión corresponde a un 29,5 %, superando los Trastornos Ansiosos que correspondieron a un 23,8 %. Sin embargo en el año 2006, un estudio realizado en la Atención Primaria a 4.079 personas arrojó que la Angustia fue la sintomatología más frecuente. Cabe destacar dentro de estos estudios, que la prevalencia de Patologías Psiquiátricas menores (ansioso-depresiva) ha ido en aumento, teniendo una prevalencia de 53 %, en relación a las cifras arrojadas en otros países participantes del estudio, que corresponden a un 24 %. En nuestro país de los pacientes que consultan a nivel primario, el 66,3 % lo hacen por síntomas físicos, mientras que el 21 % por síntomas psicológicos. (Heerlein, 2000)

Un análisis financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) ubicó a la ciudad de Santiago como una de las ciudades con más alto índice de problemas de salud mental en el mundo (56 %). En el año 2001 el 25 % de la población adulta de Santiago, entre 15 y 64 años de edad, (unas 800.000

personas) padecían "desórdenes de ansiedad" y "del ánimo," y sólo el 10 % había consultado un Siquiatra o Psicólogo" (www.cladem.org).

Un estudio realizado por la Superintendencia de Seguridad Social en el año 2008, arrojó que alrededor de 560.000 chilenos pidieron licencias médicas debido a trastornos mentales, lo cual ha aumentado en relación al año 2005 donde las cifras alcanzaban a 253.000 personas. De las 15 familias de patologías analizadas, las licencias por trastornos mentales (que incluyen Depresión, Estrés y Trastornos Ansiosos) registraron un aumento de 82 % entre el año 2005 y 2007. Una cifra bastante más alta que el alza registrada por las enfermedades del sistema respiratorio y las asociadas al sistema osteomuscular, patologías con mayor cantidad de licencias tramitadas.

Este estudio señala que las personas entre 21 y 40 años son quienes piden licencias por trastornos de salud mental. Sin embargo, los grupos donde se ha aumentado la cantidad de permisos entre los más jóvenes (menores de 20 años) y los mayores de 61 años. En ambos grupos las licencias se duplicaron en sólo dos años.

Según un estudio realizado por la facultad de Ciencias Sociales, específicamente por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, durante el primer semestre del año 2007, detectó una incidencia notable de Trastornos de Pánico en jóvenes entre 13 y 25 años de edad, siendo de 10,5 % respecto a otras patologías mentales, con mayor incidencia en mujeres con un 8,5 % respecto a los hombres. Este estudio revela un debilitamiento del concepto de familia, perdiendo su rol de protección, las relaciones sociales se vuelcan a relaciones instrumentales, perdiéndose el sentido de pertenencia de las personas. Estos cambios afectan mayormente a los jóvenes, debido a que estos se encuentran en una permanente búsqueda de satisfacciones, sin embargo, la sociedad no responde a los requerimientos de este grupo, lo que genera en ellos una conducta de rebeldía ante las normas y reglas establecidas, negándose a asumir los cambios propios de su etapa de desarrollo.

Esta enfermedad es complicada tanto para las personas que sufren esta patología mental, su entorno familiar y relacional, y para los centros de salud que tienen que intervenir en este síndrome. En el plano individual las personas se pueden ver imposibilitadas de realizar actividades cotidianas, desarrollando cuadros de Depresión, baja autoestima, lo que impide un óptimo desarrollo personal. A nivel familiar, esta patología, puede provocar una pérdida de la homeostasis, además de incurrir en un elevado costo económico. En el ámbito social el individuo deja de desarrollar las actividades propias de su etapa de desarrollo (escolar, laboral, educacional, etc.), perdiendo los espacios recreativos, generándose un retraimiento social.

Debido al aumento considerable de las patologías mentales en nuestra sociedad actual, el Ministerio de Salud (MINSAL) a través de la Reforma de Salud y la Reforma Sanitaria, ha dado énfasis a la incorporación de la salud mental como prioridad en sus programas y en la salud primaria. El enfoque epidemiológico ha tenido modificaciones adaptándose al perfil sociodemográfico existente hoy en día. Décadas atrás el perfil epidemiológico estaba basado en un modelo Bio-médico, dirigido a atacar solo el problema de salud (enfermedad) y por ende la curación de esta (causa- efecto), por ellos sus programas se fragmentaban dirigiéndose a cada sector afectado (programa de alcoholismo, de madres, de mujeres con depresión, entre otros). (Ministerio de Salud, 1999)

Actualmente esta visión ha sido reemplazada por el nuevo modelo Biopsicosocial, el cual se inicia en el año 1992 en la Atención Primaria, siendo sus primeros pasos transformar los Consultorios a Centros de Salud, poniendo énfasis en la salud y no en la enfermedad, y así también la prevención, promoción de la salud y no en la curación de las patologías.

Por lo demás este nuevo enfoque más que ha la enfermedad, se dirige a las personas, visto como un sujeto activo, capaz de tomar decisiones frente a la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida

saludable, considerándolas como seres sociales pertenecientes a diferentes contextos y que se encuentran en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente. Por esto, el nuevo modelo se orienta a promover el bienestar de las personas y el cuidado de su salud, “mejorando la calidad de vida, previniendo factores de riesgo y quizás lo más importante, favorecer el cambio de rol de “paciente” a “sujeto participante” en el cuidado y promoción de la salud” (www.minsal.cl, A).

El Modelo de Salud Integral, al tener una mirada sistémica y multidisciplinaria sobre el proceso salud- enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, a través de un trabajo de involucración de la comunidad y de las familias en los procesos de salud y entendimiento de las patologías.

La disciplina del Trabajo Social, promueve la resolución de problemas en las relaciones interpersonales y su entorno social, promueve el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos, desarrolla el potencial humano, mejora de la sociedad mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales. El Trabajo Social, interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno, con su contexto. Es por ello que la profesión puede pasar a formar parte de este grupo multidisciplinario promovido por el modelo Biopsicosocial, entregando una visión social y holística de las problemáticas de salud presentes en la sociedad.

En relación a los aportes en salud el Trabajo Social contribuye a cooperar con el equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la causa, la distribución, el progreso de la enfermedad y sus efectos sociales, de esta forma identificando, controlando o eliminando aquellas variables que impiden el logro de los objetivos de salud. Otro de los roles de la profesión radica en orientar y capacitar a las personas, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas referentes de la enfermedad, con el objeto de considerarlos como agentes de prevención, promoción, recuperación

y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor social que deben resguardar. (Donoso, n/d)

Este estudio es conveniente de realizar debido a la gran relevancia de la problemática a abordar, Trastornos de Pánico, producto de la incidencia de esta patología en la sociedad actual, y el desconocimiento de esta enfermedad tanto para la sociedad como para disciplina del Trabajo Social. Esta patología mental es atendida en su mayoría por profesionales de área de la salud, sin embargo al poseer causas sociales en su generación, esta patología debe ser abordada desde una mirada sistémica, incluyendo profesionales capacitados en problemáticas sociales.

El Valor Teórico de esta investigación radica en aportar un conocimiento nuevo de apoyo a las teorías y enfoques ya establecidos de la salud mental, ya que solo se aborda desde un punto vista cognitivo, minimizando o desconociendo los factores sociales presentes en las patologías. Este estudio ofrece una investigación fructífera sobre el fenómeno de los Trastorno de Pánico y del contexto que esta presente en la patología, además de entregar lineamientos sobre los factores psicosociales que caracterizan el contexto en que se presenta.

Esta investigación, adquiere relevancia social en la medida en que su temática es coyuntural y de contingencia nacional para el área de la salud, debido al aumento de esta patología en las personas, especialmente en los jóvenes de nuestra sociedad. Es importante resguardar el futuro de nuestros adolescentes, ya que estos son la base productiva de nuestro país. De no intervenir en estos síndromes, la calidad de vida de las personas ira en declive acentuando problemáticas más graves como lo son la Depresión, Cuadros de Esquizofrenia, Trastornos de Personalidad, llegando a puntos abismantes como lo son el suicidio.

Este estudio es factible de realizar, ya que se cuenta con una institución que respalda la investigación, como lo es la Universidad Academia de

Humanismo Cristiano, desde el punto de vista de ayuda metodológica. Además se cuenta con una institución, Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago, la cual nos permitirá extraer una muestra significativa de sujetos que aportarán elementos suficientes para abordar los objetivos del estudio. En relación a los recursos, económicos el estudio no requiere de mayor presupuesto, y el necesario será financiado por las investigadoras. En cuanto al recurso tiempo esta investigación, se desarrollara en un lapso máximo de ocho meses, siendo un tiempo prudente para extraer la información que se requiere.

Debemos ser conscientes, como Trabajadoras Sociales, que este problema no nos es indiferente, ya que tenemos mucho que aportar y por tanto contribuir a un conocimiento empírico que nos permitirá a situarnos a la vanguardia del problema, otorgando nuevas características sobre el Diagnóstico de Trastornos de Pánico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, en nuestro país, han aumentado las enfermedades de salud mental, ampliando estas cifras en niños y adolescentes, viéndose expuestos y vulnerables a los problemáticas sociales que se dan en nuestra actual sociedad. Las principales patologías que presentan estos grupos son; Depresión, Fobias, Déficit Atencional y Trastornos de Pánico, siendo esta última un síndrome que ha aumentando su incidencia en las últimas dos décadas. (Belloch, Sandin, Ramos, 1995)

Los sistemas sociales están en constante intercambio unos con otros, en un recíproco entrelazamiento de pautas interaccionales, de modo tal que si uno de estos sistemas (sociedad, comunidad, familia, individuo) se ve afectado, influye directa e indirectamente en el otro.

Hoy en día existe una crisis relacional entre el macrosistema social y los microsistemas, quedando estos vulnerables a las influencias del macrosistema, por ello es necesario comprender las complejidades de los nuevos cambios sociales.

El éxodo campo-ciudad ha sido uno de los hitos característicos en el inicio del proceso de globalización, gran parte de la población se ha agrupado en las diferentes urbes del sistema siendo este espacio la principal vía de interacción de los seres humanos.

“La globalización une a toda la humanidad. Pero es una unidad paradójica, la unidad de la desunión: nos arroja a todos en una vorágine de perpetua desintegración y renovación, de lucha y contradicción, de ambigüedad y angustia” (Berman, 2004: 1)

El modo de organización de esta sociedad está estrechamente relacionado con las estructuras que presentan las ciudades, caracterizadas por

poseer una fuerte fragmentación de los espacios, existiendo una diferencia notable entre las personas, donde los excluidos, es decir, aquellos sujetos que no cuentan con los recursos para incorporarse al sistema, presentan nulas posibilidades de verse beneficiados con este proceso de desarrollo.

La existencia de estos dos clanes que conviven dentro de una misma sociedad, amenaza la convivencia entre ambos grupos provocando miedos e incertidumbres, aumentando la segregación y la exclusión social. Esta segregación social provoca un desconocimiento hacia el otro, hacia su manera de vivir, su cultura, sus formas de comunicación, sus normas y códigos imperantes, transformándose en dos grupos totalmente desconocidos, con perspectivas de vida distintas, pero que sin embargo deben compartir dentro de un mismo espacio físico, agudizando el miedo al otro.

Este proceso de globalización trae consigo una serie de cambios, como: "la transformación del conocimiento científico en tecnología, crea nuevos entornos humanos y destruye los antiguos, acelera el ritmo general de la vida, genera nuevas formas de poder colectivo y de lucha de clases; las inmensas alteraciones demográficas, que han separado a millones de personas de su hábitat ancestral, lanzándolas a nuevas vidas, a través, de medio mundo; el crecimiento urbano, rápido y a menudo caótico; los sistemas de comunicación de masas, de desarrollo dinámico, que envuelven y unen a las sociedades y pueblos mas diversos, los estados cada vez mas poderosos, estructurados y dirigidos burocráticamente, que se esfuerzan constantemente por ampliar sus poderes; los movimientos masivos de personas y pueblos, que desafian a sus dirigentes políticos y económicos y se esfuerzan por conseguir cierto control en sus vidas; y finalmente conduciendo y manteniendo a todas estas personas e instituciones en un mercado capitalista mundial siempre en expansión y drásticamente fluctuante" (Ibid:1)

Vivimos en un mundo de transformaciones y cambios sociales que afectan de manera directa a los sujetos, orientados por un orden social que no todos entienden, pero que los afecta negativa o positivamente.

Este nuevo orden social ha traído, en el plano de las relaciones sociales, un fenómeno de individualismo, donde el sujeto sólo vela por su bienestar propio, olvidándose del "otro", perdiendo progresivamente la identidad colectiva, los valores, las tradiciones y la moralidad.

El proceso de globalización no es solo un fenómeno económico, sino también político, cultural y tecnológico, que afecta y modifica todas las estructuras de la sociedad. Uno de las esferas más importante que se ha visto alterada en este proceso es la transmutación de un estado benefactor a un estado subsidiario administrador de políticas públicas y segregador del sistema (salud, educación, vivienda, etc.), que centra su eje en los sectores más desfavorecidos de la población.

La familia como institución ha sido otra de las estructuras afectadas por el proceso de globalización. La familia tradicionalmente ocupa un rol mediador entre los individuos y el sistema social, cumpliendo las funciones de socialización de sus miembros y trasmisor de normas y valores, que preparan a los individuos para funcionar en el sistema macro social. Los cambios sociales actuales surgidos en el macrosistema han debilitado la institución de la familia, provocando desequilibrio relacional, lo que genera en los miembros de este microsistema, una sensación de frustración, desesperanza y resentimiento, generando disfunciones familiares. (Grau, Meeghello, 2000)

Este debilitamiento de la familia se debe a que sus miembros han adquirida mayor autonomía, se presentan como un grupo con menor cohesión en torno a objetivos comunes, entre sus miembros existe una menor dependencia económica (incorporación de la mujer al ámbito laboral), perdiendo progresivamente el rol educador, lo que ha generado una pérdida del poder de la familia, cobrando mayor importancia la influencia de los medios de comunicación como agentes socializadores.

El ámbito económico no ha estado exento de estos cambios sociales en la macroestructura, transformando la función productora de la familia en una función consumidora. Actualmente estamos inmersos en una sociedad de consumo, donde lo que cobra valor para las personas es el prestigio, el estatus y el dinero, "donde tener más, es más importante que ser" (Ibíd: 327). Todo esto es antagónico o contradictorio con las funciones y valores que pretende inculcar la familia a sus miembros, siendo sustituidos por valores sociales como el individualismo, la competitividad y la satisfacción personal, provocando disonancias y contradicciones en los individuos respecto a lo entregado por el núcleo familiar.

Estos cambios han traído consigo la desintegración de las redes de protección de los seres humanos, provocando en estos un sentimiento de abandono, incertidumbre y vacío interior en los sujetos. Los miedos a los desafíos que deben enfrentar en el actual sistema imperante, van generando preocupaciones que desestabilizan su cotidianidad, lo que paulatinamente puede afectar, en distintos niveles, la salud mental de los individuos.

Salud Mental se define como "la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común" (www.redsalud.gov.cl). Los trastornos mentales tienen distintas etiologías entre estas se encuentran causas biológicas o genéticas propias del sistema inmunológico de los individuos, causas cognitivas y causas ambientales. La combinación de estos factores en los individuos, ha provocado un aumento de enfermedades mentales en nuestra sociedad actual, entendiendo como factores ambientales las exigencias sociales, la insatisfacción y la aceleración de la vida moderna.

Entre los trastornos mentales que tiene entre sus causas factores ambientales se encuentran; Estrés, Fobia (Fobia Social, Agorafobia, Fobia Escolar), Trastornos del Estado de Ánimo, Trastorno de Ansiedad o de Pánico, Depresión, Adicciones (drogadicción, alcoholismo, jugos de azar, trastornos sexuales, entre otras), Trastornos Alimenticios, Violencia y Agresividad.

En nuestro país la prevalencia de los principales trastornos mentales es de "36% y los más frecuentes son Trastornos de Pánico con o sin Agorafobia (11,1%), la Depresión Mayor (9,0%), la Distimia (8,0%) y la Dependencia del alcohol (6,4%)". (Minsal, 2002: 2)

Debido al aumento de enfermedades mentales en la sociedad actual, nuestro país, a través del Ministerio de Salud (MINSAL), ha implementado el Plan Nacional de Salud, que ha incorporado como elemento primordial al "Plan Nacional de Salud Mental" tendiendo como objetivo "contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común" (Ibíd: 3)

El Plan Nacional de Salud Mental contiene entre sus apartados, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los centros de salud (hospitales, consultorios, CESFAM, centros de salud mental), creando vínculos intersectoriales. Este plan tiene un enfoque biopsicosocial, priorizando la prevención, promoción y la intervención, todo esto con la activa participación de las instituciones de salud, las organizaciones sociales locales, familia e individuos (usuario).

Entre las enfermedades mentales, ya mencionadas, esta investigación se abocara al estudio del Trastorno de Pánico, el cual se define

como una forma de ansiedad patológica, cuya manifestación principal son las crisis o ataques de pánico recurrentes. Las crisis suelen aparecer como episodios de angustia extrema, abruptamente y en diversos contextos. Sus principales síntomas son malestar de carácter intenso, sensación de peligro o de muerte próxima, síntomas somáticos como palpitaciones, sudoración, sensación de falta de aliento o ahogo, entre otros. (Hales, Yudofsky, Talbott, 2000)

Este trastorno se da mayoritariamente entre los 16 y 40 años de edad, sin importar estratos sociales, en ambos sexos, predominando mayoritariamente en el sexo femenino. Nuestro estudio se abocará a los jóvenes entre los 17 y 21 años de edad, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago. Se trabajará con este rango de edad debido a que en la Adolescencia Tardía, se comienza un proceso de autonomía e inserción al medio social, donde el individuo debe hacer coincidir su identidad, con un rol social que lo dirija hacia el futuro. En esta etapa surge la necesidad de sustentar las bases de su proyecto de vida, definiendo las relaciones con el mundo social externo.

El proyecto de vida del joven se ve afectado producto de la prolongación de las expectativas de vida (socioeconómica), la modernización, la globalización y las complejidades que estos conllevan, y que están incrementando incertidumbres en los individuos, obstaculizando el acceso al mundo social, asumiendo óptimamente los cambios Biopsicosociales propios de esta etapa evolutiva.

Ante todo lo propuesto cabe preguntarse entonces:

¿Que factores psico-socio-familiares están presente en la actualidad en el aumento de Trastorno de Pánico en Jóvenes entre 17 y 21 años, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago?

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

1.- ¿Qué características presenta el contexto familiar de los jóvenes entre 17 y 21 años, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago?

2.- ¿Qué aspectos del contexto social están presentes en el aumento progresivo del Trastorno de Pánico, en jóvenes entre 17 y 21 años, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago?

3.- ¿Qué características individuales presentan los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago?

3. OBJETIVOS

Objetivo General N° 1:

- Describir el contexto familiar de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el contexto socioeconómico de las familias de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.
- Identificar la dinámica familiar del grupo de origen de los jóvenes entre 17 y 20 años de edad, que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.
- Clasificar los factores de riesgo presentes en el grupo familiar de los jóvenes entre los 17 y 21 años de edad, que presenten Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.
- Establecer los aspectos resilientes en relación a crisis del ciclo familiar, de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad, que presenten Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

Objetivo General N° 2:

- Describir el contexto sociocultural de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el estilo de vida que presentan los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.
- Identificar la existencia de espacios de participación social de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que presentan Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.
- Establecer la calidad de las relaciones interpersonales que mantienen los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

Objetivo General N° 3:

- Describir factores individuales de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

Objetivos Específicos:

- Identificar la autoimagen que presentan los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

- Caracterizar el proyecto de vida de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad, que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago
- Identificar las formas de resolución de conflictos, presentes en jóvenes entre 17 y 21 años de edad, que padecen Trastorno de Pánico, pertenecientes a las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago

4. HIPOTESIS

Hipótesis N° 1

Hi: El desarrollo de los jóvenes en ambientes familiares desestructurados (carencias afectivas, comunicación deficiente, disfuncionalidad de roles), generan situaciones de alto riesgo, pueden derivar en Trastornos de Pánico.

Ho: Los ambientes familiares desestructurados (carencias afectivas, comunicación deficiente, disfuncionalidad de roles), no constituyen un factor de riesgo, en el desarrollo de Trastornos de Crisis de Pánico en jóvenes.

Ha: El desarrollo de los jóvenes en ambientes familiares con disfuncionalidad comunicacional, generan situaciones de alto riesgo, para que estos generen Trastorno de Pánico.

Hipótesis N° 2

Hi: La desigualdad, la falta de vinculación con redes sociales y la deficiente calidad de las relaciones interpersonales que establecen los jóvenes, genera en estos un escaso sentido de pertenencia.

Ho: La desigualdad, la falta de vinculación con redes sociales y la deficiente calidad de las relaciones interpersonales que establecen los jóvenes, no genera

en estos un escaso sentido de pertenencia, ni discrepancias respecto a las normas establecidas por la sociedad

Ha: La falta de redes sociales que mantiene los jóvenes genera en estos un escaso sentido de pertenencia.

Hipótesis N° 3

Hi: Los jóvenes que padecen Trastorno de Pánico, poseen personalidades retraídas, baja autoestima, tendencia a la depresión y ansiedad, que se unen a la falta de expectativas y temores, en relación a sus proyectos de vida, lo que genera en ellos desconfianza, incertidumbre y desmotivación.

Ho: Los jóvenes que padecen Trastorno de Pánico, no poseen personalidades retraídas, baja autoestima, ni tampoco tendencias a la depresión y ansiedad, lo que no debería generar temores, faltas de expectativas e incertidumbres en relación a sus proyectos de vida.

Ha: Ciertos jóvenes que padecen Trastorno de Pánico, poseen tendencia a la depresión y ansiedad, lo que genera en ellos desconfianza.

Hipótesis N° 4

Hi: Los factores psicosociales son un factor gatillante en la generación de Síndrome de Trastorno de Pánico.

Ho: Los factores psicosociales no constituyen un factor gatillante en la generación de Patologías Psiquiátricas.

Ha: Sólo los factores psicológicos son un factor gatillante en la generación de Patologías Psiquiátricas.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para efectos de este estudio utilizaremos la metodología mixta, es decir cuantitativa y cualitativa.

La metodología cualitativa permitirá obtener datos del fenómeno en estudio, a partir del propio discurso de las personas, habladas o escritas y de su conducta observable. Es así, como el paradigma cualitativo, posee un fundamento decididamente humanista, entendiendo la realidad social como la creatividad compartida de los individuos. El hecho que sea compartida de los individuos. El hecho que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva y cognoscible para todos los participantes en la interacción social, especialmente si se considera que el mundo social no es fijo, ni estático, sino combatiente, mudable y dinámico. Bajo este supuesto, y como lo que nos interesa es la opinión directa de los jóvenes que padecen de Trastornos de Pánico, el método Cualitativo favorecerá en tanto permite entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. (S.J. Taylor, 1970).

Por otro lado, el método cuantitativo, se complementa al tema investigado, a través, de la recolección de información mediante técnicas cuantificables que contribuyen a dar mayor precisión a la interpretación de los resultados.

5.1. Tipo de Estudio.

El tipo de estudio será de carácter No Experimental Descriptivo, ya que esta investigación busca especificar características relevantes de personas, familias, grupos comunidades, sometiéndolas a otras problemáticas para su análisis. Este estudio busca medir de forma independiente los conceptos o variables presentes en los Trastornos de Pánico en jóvenes, y a su vez como la integración de los resultados de las mediciones de estas variables se manifiestan en la problemática señalada. (Hernández, Collado, Baptista, 2003).

Por lo demás este tipo de estudio posee una mayor validez externa, ya que los resultados se pueden generalizar a otros individuos o situaciones cotidianas.

Según las características de la investigación, se debe agregar que estudio será de tipo No Experimental- Transeccional. Será de carácter No Experimental o Ex Post- Facto, ya que se iniciará el proceso de investigación observando el fenómeno de estudio, tal cual se da en su contexto natural para luego llevar a cabo un análisis. Lo relevante de este tipo de investigación es que las variables independientes son estudiadas sin ser manipuladas intencionalmente, es decir, sin aplicar condiciones o estímulos que afecte el desarrollo habitual de lo observado. En este tipo de estudio el investigador no ejerce control sobre las variables independientes, ya que estas ya han ocurrido, por lo que no pueden ser alteradas, es decir, se observan situaciones ya existentes dentro del contexto real.

Esta investigación no experimental se clasifica como un estudio Transeccional- Descriptivo, ya que los datos o la información se recogen en un solo momento, y en un tiempo único y delimitado, para así lograr describir las variables, analizando la interrelación de estas y su incidencia en el fenómeno en un momento determinado. Será de carácter Descriptivo, ya que se describirá la variable, indagando su valor e incidencia en la problemática a investigar, pudiendo abordar grupos, personas u objetos. (Hernández et al, op.cit.)

En síntesis este estudio será Descriptivo, No Experimental, con diseño Transaccional -Descriptivo.

5.2. Universo.

El universo corresponderá a jóvenes entre 17 y 21 años de edad, insertos en las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago, con Diagnóstico de Trastorno de Pánico. Este universo se encuentra conformado por 36 jóvenes.

5.3. Muestra.

La muestra de este estudio será de tipo No Probabilística, por cuanto el criterio de selección es de decisión de las investigadoras y se basa en los objetivos del estudio y del esquema de investigación. Aquí el procedimiento no es mecánico, sino, que depende del proceso de tomas de decisiones de una persona o grupo de personas y de la muestra que se ha seleccionado.

Los criterios de selección son:

- Rango de edad: jóvenes entre 17 y 21 años de edad.
- Diagnóstico: Trastorno de Pánico simple, sin ser de carácter endógeno.
- Tiempo de diagnóstico: 6 meses mínimos desde que se confirma el diagnóstico.

La muestra estará constituida por 29 jóvenes entre 17 y 21 años de edad, que padezcan Trastorno de Pánico simple, insertos en las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago. Se seleccionaran siete Estaciones de Barrio para llevar a cabo el estudio, entre las que se encuentran Estación Médica Concha y Toro, Estación Médica Huemul, Estación Médica Unión Latino Americana (ULA), Estación Médica San Borja, Estación Médica Parque Forestal, Estación Médica Nicola D` Onofrio y Estación Médica Coquimbo.

En relación al instrumento de recolección de información, que en este caso es la encuesta, esta será aplicada a 25 jóvenes que conforman la muestra. En cuanto a la técnica historia de vida, esta se realizará a 4 jóvenes que serán escogidos según las necesidades de las investigadoras.

5.4. Unidad de Análisis.

La unidad de análisis corresponde a jóvenes diagnosticados con Trastornos de Pánico, insertos en las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.

5.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar, y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

- **Historia de vida:** el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias. Además, presenta la visión de su vida (de la persona), en sus propias palabras. En la historia de vida se revela como de ninguna otra manera la vida interior de una persona, sus luchas morales, sus éxitos y fracasos en la creación de su destino, que muchas veces, el mundo no corresponde o coincide con sus ideales, y esperanzas.
- **Encuesta:** la encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información (oral o escrita) de una muestra ampliada de sujetos. La muestra a de ser representativa de la población de interés y la información se limita a la delineada por las preguntas que componen el cuestionario precodificado, diseñado al efecto.

La encuesta constituye una estrategia de investigación basada en las declaraciones verbales de una población concreta. Puede utilizarse de forma aislada, o en conjunción con otras estrategias de investigación. Si bien, sus resultados mejoran cuando en su realización han intervenido otras estrategias.

- Revisión de literatura: consiste en detectar, obtener y consultar bibliografía y otros documentos que puedan ser útiles para la investigación. De aquí se extrae y recopila información relevante y necesaria relacionada con nuestro problema de estudio, esta revisión debe ser selectiva, priorizando en lo mas importante y reciente.
- Entrevista con informantes calificados: estas entrevistas tienen una doble función fundamental, puesto que son un aporte muy importante en lo que se refiere a información y además es de relevancia para poder entender el fenómeno estudiado, sus causas y características, lo cual, permite un mejor entendimiento de la problemática.

5.6. Técnicas de Análisis.

El procedimiento para analizar la información de este estudio mixto (cualitativo – cuantitativo) se dividirá según la técnica y enfoque utilizada. En relación a la metodología cuantitativa, y la técnica de la encuesta, se analizará en base al programa computacional SPSS, herramienta que permitirá realizar un análisis estadístico descriptivo.

De acuerdo a la metodología cualitativa se analizarán los resultados obtenidos, de la aplicación de las entrevistas en profundidad, a través de matrices de análisis, con el fin de obtener datos más completos de la realidad de la muestra, que respondan con los objetivos planteados con anterioridad.

6. VARIABLES DEL ESTUDIO

• Contexto Familiar.

Dimensiones.

- Características socioeconómicas.
- Dinámica familiar.
- Factores de riesgo.
- Aspectos resilientes.

• Contexto Sociocultural.

Dimensiones.

- Estilo de vida
- Existencia de espacios de participación social.
- Calidad de las relaciones interpersonales.

• Factores Individuales.

Dimensiones.

- Autoimagen representación
- Proyecto de vida
- Resolución de conflicto.

I PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I

Salud Mental

Con la finalidad de comprender mejor los Trastornos de Pánico y sus orígenes, se estima necesario revisar el contexto en el cual se desarrolla esta patología dentro de nuestra actual sociedad. Comenzando así por conocer el concepto de salud mental y todo lo que conlleva esta definición.

La salud mental se refiere a cómo pensamos, sentimos y actuamos para enfrentarnos a las situaciones de la vida. Es la manera cómo nos vemos a nosotros mismos, a nuestras vidas y a las personas que conocemos y queremos. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, cómo nos relacionamos con otras personas, cómo evaluamos nuestras opciones y cómo tomamos decisiones. Así como la salud física, la salud mental es importante en cada etapa de la vida. Todas las personas tienen salud mental.

“La susceptibilidad a enfermedades somáticas, emocionales y conductuales está influenciada por una combinación de exposiciones a situaciones sociales estresantes y la protección lograda mediante capacidades individuales y apoyos sociales adecuados.”
(www.redsalud.gov.cl)

1. TRASTORNO DE ANSIEDAD

La Ansiedad normal se puede definir como una emoción psicobiológica básica, adaptativa frente a un desafío o algún peligro presente o futuro. La función de esta es motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración, se relaciona con la magnitud y la resolución del problema que la ha provocado. A diferencia de esta la Ansiedad Patológica, es una respuesta exagerada, un temor inadecuado que no necesariamente se liga a un peligro, situación u objeto externo, es decir, ocurre de modo innecesario, pudiendo llegar a resultar incapacitante, al punto de llegar a condicionar la

conducta de un sujeto, perturbando el funcionamiento cotidiano de su vida, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar. (H. Cía, 2002)

Cabe mencionar que en la CIE-10, las palabras "ansiedad" y "angustia" se utilizan como sinónimos, aunque generalmente figura "ansiedad", ya que este término usualmente es empleado en distintas ramas de la medicina. (Ibíd).

El concepto de Ansiedad, también se puede definir como "el efecto básico subjetivo que sentimos ante situaciones de amenaza. Miedo, incertidumbre, etc.; no es extraño, por lo tanto, que se presente ansiedad ante cualquier situación de riesgo o tensión" (Vallejos, 2006: 808)

También se define como "una señal de alerta; advierte el peligro inminente, se manifiesta por una amenaza interna y desconocida y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza" (Kaplan, Sadock, 1999: 658). Es importante hacer la distinción entre el concepto de ansiedad y miedo. El miedo es un signo de alerta similar que responde a una amenaza externa conocida, sin embargo el miedo también se puede provocar por un objeto interior, inconsciente y reprimido, trasladado a otro objeto del mundo exterior. La principal diferencia psicológica entre ambas es la agudeza del miedo y la cronicidad de la ansiedad. (Ibíd)

La ansiedad no siempre esta presente de forma secundaria acompañando a otros trastornos, también tiene su propia entidad clínico-nosológica, conocida como Crisis de Angustia o Crisis de Pánico según el DSM (Vallejos, op.cit.)

Un estado de ansiedad normal causa una óptima respuesta adaptativa frente a situaciones de tensión, peligro o amenaza. Dentro del aspecto psíquico, la angustia se percibe "como una sensación desagradable, de expectación aprensiva, de presentimiento de peligro y sensación de espera

incierto" (Heerlein, op.cit: 343). Un individuo que presenta un estado de ansiedad normal se inquieta por la situación que esta viviendo y considera que su estado de ansiedad es normal, debido a la situación que se encuentra vivenciando. (Ibíd)

El vivir una situación de angustia se acompaña de cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales, que le permiten al individuo afrontar la amenaza a la que se ve enfrentado, de este modo la sensación de angustia funciona como un mecanismo de homeostasis. (Peña y Lillo cit.post. Heerlein, op.cit).

Los síntomas de la ansiedad se presentan en dos formas, con sensaciones fisiológicas y cognoscitivas. Los primero son palpitaciones y sudoraciones, mientras que los segundos afectan la percepción, el pensamiento, el aprendizaje y la concentración. (Kaplan et al, op.cit).

"Las personas ansiosas están predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que esta justificado considerar una situación como amenazante y responder en consecuencia. Si falsamente justifican su miedo, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de la ansiedad". (Ibíd: 659)

Se considera ha la ansiedad como un estado patológico, cuando este síntoma va en desproporción al estímulo amenazante que la provoca, manteniéndose después que la situación de estrés ha concluido o si se presenta sin un motivo externo, interfiriendo en el funcionamiento habitual de los sujetos.

En el ambiente Psiquiátrico Francés el termino Ansiedad alude a "aspectos psiquiátricos de la misma y angustia para designar preferentemente a los componentes somáticos" (Heerlein, op.cit: 343), sin embargo, en el ambiente Psiquiátrico Anglosajón y Alemán, angustia y ansiedad incluye tanto la sintomatología psíquica como la sintomática.

La angustia, se encuentra presente en diversos trastornos psiquiátricos, por ello se habla de Trastornos o Síndromes de Ansiedad. La Ansiedad como trastorno perturba los distintos aspectos de la vida cotidiana y las relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo. (H. Cía, op.cit)

La importancia que tiene los distintos Trastornos de Ansiedad por la elevada morbilidad que presentan, por su habitual tendencia a la cronicidad o "persistencia", al no ser adecuadamente reconocidos, por lo tanto tratados, esto produce una alteración severa de la calidad de vida, se alteran las relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales. Las diversas manifestaciones que presenta la Ansiedad se relacionan con patologías médicas, afectando la funcionalidad de varios sistemas, especialmente el cardiovascular, respiratorio y digestivo. (Ibíd)

"En los últimos veinte años, el mayor conocimiento de los factores biológicos que afectan a la ansiedad han alterado los conceptos sobre estos trastornos, al cambiar las bases diagnósticas desde la formulación psicodinámica de la neurosis a criterios válidos, fiables y reconocibles".
(Kaplan et al, op.cit: 657)

1.1. Reseña Histórica

La definición y clasificación de los Trastornos de Ansiedad ha experimentado grandes cambios significativos a lo largo del tiempo.

Beard en el año 1880, denominó a los Trastornos de Ansiedad como Neurastenia, años más tarde Sigmund Freud, acuñó el término Neurosis de Ansiedad, identificando dos formas de manifestación. (Ibíd)

La primera forma de ansiedad planteada por Freud, alude a la expresión de la libido, señalando que "un incremento fisiológico en la tensión sexual conlleva a un incremento correspondiente de la libido, siendo su descarga

normal el acto sexual, pero las prácticas sexuales tales como la abstinencia y el coitus inceptus impiden la liberación de la tensión, y producen Neurosis, Neurastenia, Hipocondrasis y Neurosis de Ansiedad, estas con una base biológica" (Ibíd: 657). El otro tipo de ansiedad descrito por Freud se describe como una sensación difusa de preocupación o temor que se genera en los individuos por un deseo o un pensamiento reprimido, siendo esta la responsable de las Psiconeurosis-Histeria, Fobias y Neurosis Obsesivas.

En el año 1926 Sigmund Freud crea una nueva teoría sobre la ansiedad, señalando la existencia de una Ansiedad Externa Real y la Ansiedad Interna Neurótica, como respuesta a situaciones consideradas de peligro. A su vez, también identificó dos situaciones que provocan ansiedad, "una que implica una estimulación instintiva y abrumadora y, otra más común que se desarrolla en la anticipación de un peligro más que por la presencia de este" (Ibíd) con ello señala que dependiendo de los tipo de defensa que se utilicen, hay distintos tipos de Neurosis.

El Manual Diagnóstico para Trastornos Mentales DSM-III (1980) hizo cambios importantes en cuanto a los Trastornos de Ansiedad. "La antigua Neurosis de Angustia desapareció, dando paso a dos entidades diferentes, el Trastorno de Pánico (TP), caracterizado por una angustia episódica, y el Trastorno de Ansiedad más permanente." (Ibíd: 345)

A su vez las Fobias se clasificaron como Agorafobia, Fobia Social y Fobia Simple. Es así como los Trastornos, los Cuadros Obsesivos y el Trastorno por Estrés Postraumático, se constituyen como Trastornos de Ansiedad.

El DSM III-R (1997), no realizó grandes cambios en los criterios de diagnóstico, incorporó la Agorafobia a los Trastornos de Pánico, ya que hasta entonces estaba en la clasificación de las Fobias. Así se deshizo la estructura que separaba lo que en su origen era la Neurosis de Ansiedad y las Neurosis Fóbicas.

Es así como las Crisis de Pánico adquieren importancia en el diagnóstico de los procesos ansiosos.

La última versión del DSM incorpora a la sección de Trastornos de Ansiedad, las categorías de Trastorno de Ansiedad producido por una enfermedad médica y Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias.

Otros cambios relevantes que realizó el DSM-IV fue sustituir la Fobia simple por la Fobia Específica, así compatibilizó la clasificación del Consejo Internacional de Enfermedades CIE-10, con los criterios diagnósticos para Ataques de Pánico y Agorafobia, esto se llevó a cabo para expresar que ambas suelen aparecer en el contexto de Trastornos de Ansiedad. (Hales, et al, op.cit)

1.2. Epidemiología

Los Trastornos de Ansiedad son los más comunes en los Trastornos Psiquiátricos. El estudio Nacional de Comorbilidad informó que “una de cada cuatro personas cumple los criterios de diagnóstico de por lo menos uno de los Trastornos de Ansiedad, y que la tasa anual de prevalencia es del 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un Trastorno de Ansiedad (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) que los hombres (19.2% de prevalencia). (Kaplan et al, op.cit: 659). Este estudio arrojó también que la prevalencia de los Trastornos de Ansiedad es menor en los estratos socioeconómicos más altos.

Estudios Epidemiológicos de la población, realizados por el National Institute Of Mental Health, en Estados Unidos de Norte América a finales de la década de los 80, revelan que los Trastornos de Ansiedad son la patología psiquiátrica más frecuente en la población de ese país. Según este estudio, “el 8.9% de los norteamericanos sufre de un Trastorno Ansioso, si se toma cualquier periodo de seis meses (prevalencia semestral). La prevalencia de vida sería de un 14.6%.” (Heerlein, op.cit: 346)

Estudios realizados en Chile han revelado cifras similares en la prevalencia de Trastornos Ansiosos dentro de nuestra población. Esto es “una prevalencia semestral de 7.3% y una prevalencia de vida de 12.6%,”. (Ibid: 346). Sin embargo, la medición local señala que los medios de Trastorno Ansioso son superados por los Trastornos de Ánimo en cuanto a su frecuencia en la población general. (Ibid)

“La literatura extranjera indica que sólo el 25% de los individuos con Trastornos Ansiosos solicita ayuda profesional de la salud, incluyendo a los Psiquiatras” (Ibid: 346)

Los estudios a nivel primario que se han efectuado en la ciudad de Santiago, no han podido determinar una predominancia de la sintomatología depresiva o la ansiosa. “según un estudio de la OMS, efectuado en consultantes por molestias somáticas, la prevalencia de Depresión (29.5%) fue superior a la de los Trastornos Ansiosos (23.8%). Por su parte, un estudio más reciente, realizado en 4.079 consultantes de 23 consultorios de atención primaria (consultantes en general), encontró que la angustia fue la sintomatología más frecuente”. (Ibid: 346)

Sin embargo, en ambos estudios se obtuvieron resultados de gran relevancia, al detectar que en los dos estudios efectuados a grupos independientes, se encontró una alta prevalencia (53%) de patologías psiquiátricas (ansioso-depresiva) menor a nivel primario, la que duplica la cifra promedio (24%) de los centros de otros países que participaron en el estudio de la Organización Mundial de la Salud OMS. (Ibid)

“En Chile, de los pacientes ansiosos que consultan en el nivel primario, el 66.3% lo hace por síntomas físicos y el 21% por síntomas psicológicos. A su vez, el grado de detección de estos trastornos por parte de los médicos generales es alto (88%), lo que se compara favorablemente con los porcentajes de pesquisa detectados en otros países”. (Ibid: 346)

Diversos estudios epidemiológicos demuestran que las mujeres presentan las tasas más elevadas de Trastornos de Ansiedad que los hombres, siendo de 2 a 3 veces comunes. Los motivos de esta frecuencia más elevada en las mujeres, tiene relación con “la existencia de una mayor vulnerabilidad genética, se deben considerar las fluctuaciones condicionadas por los cambios hormonales, que se dan a lo largo del ciclo vital femenino” (H. Cía, op.cit). Es decir, los cambios hormonales que condicionan el premenstrúo, la menopausia y la post- menopausia, influyen sobre el curso y la manifestación de diferentes trastornos psiquiátricos.

1.3. Etiopatogenia

Antes que todo se comenzará por definir el concepto Etiopatogenia como “el estudio de los factores que causan o intervienen en el desarrollo de una enfermedad específica.” (Real Academia Española, 1997)

A continuación se presentarán diversas perspectivas de la Etiopatogenia de los Trastornos Ansiosos.

1.3.1. Teorías Psicológicas

- **Teoría Psicoanalítica**

Sigmund Freud creyó originalmente que la ansiedad provenía de una acumulación fisiológica de la libido, en el año 1926 reformuló su antigua tesis sobre la tensión sexual no liberada, pasando a considerarla como “una señal de alarma que surge ante un estímulo pulsionar y que se encauza hacia el desarrollo de mecanismos de defensa”. (Heerlein, op.cit: 346). Esto quiere decir que la angustia no se inicia por la represión, sino que sería la señal para que esta se origine.

De este modo las neurosis serían “configuraciones en las que se utilizan mecanismos de defensa preferenciales para evitar que surja la angustia, emoción desagradable y difícil de tolerar” (Ibíd: 346). Es así como se plantea que dependiendo del mecanismo de defensa que utilicen las personas, se tienen distintos tipos de neurosis fóbica.

La ansiedad se entendió como el resultado de un conflicto mental entre los deseos sexuales inconscientes muchas veces agresivos, y las amenazas del Superyo (valores y ética social) y la realidad. Como respuesta a esto el “Yo” (ego equilibrador) activa los mecanismos de defensa para evitar los pensamientos y sentimientos inaceptables o descabellados sean conscientes. Freud propone “que la ansiedad es lo que produce represión y no, como anteriormente se creía, la represión lo que produce ansiedad” (Freud cit-post. Kaplan et al, op.cit: 659)

La ansiedad se presenta como una respuesta en diferentes etapas del ciclo vital de las personas, por tanto se postula que los tratamientos farmacológicos no darían solución al real conflicto que ha dado origen a la crisis de angustia.

Postulados del psicoanálisis dan a conocer los siguientes tipos de ansiedades.

- Ansiedad de desintegración: esta ansiedad se da producto del miedo a perder el control y el sentido de sí mismo o la preocupación a que el “Yo” se fragmente producto de la desaprobación de los otros.
- Ansiedad Paranoide o Persecutoria; esta relacionada con el miedo a ser invadidos “o aniquilados por una fuerza exterior malévolas” (Ibíd: 660)

- La Ansiedad de Castración y la Figura de Edipo: esta se manifiesta en la niñez y tiene relación con el miedo a la figura paterna castigadora, que podría provocar daños en los genitales del menor o daño corporal.
- La Ansiedad del Superyo: esta se desarrolla en la etapa de maduración de la persona, y tiene relación "con los sentimientos de culpa acerca de no vivir de acuerdo con las normas internalizadas de conducta moral derivadas de los padres" (Ibíd: 660)

- **Teoría del Aprendizaje**

Dentro de las teorías del aprendizaje se mencionan las teorías conductistas, las cuales señalan que la ansiedad es una parte condicionable del miedo. La ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos, es decir, un estímulo incondicionado provocará respuestas incondicionadas como lo es el miedo. Si se realizara un condicionamiento clásico se asociaran otros estímulos, esto generará respuestas condicionadas, que sería la ansiedad. Esto explicaría la genética de las fobias. Muchas respuestas de ansiedad interna son aprendidas en imitación a los padres (Teoría del Aprendizaje)

Según esta teoría, las personas que padecen Trastornos de Ansiedad tienden a sobrevalorar el grado de peligro e infravalorar sus capacidades para enfrentar situaciones que amenazan su bienestar físico. Este modelo sostiene que los pacientes que padecen este trastorno presentan pensamientos de pérdida de control y miedo a morir como consecuencia de las sintomatologías físicas.

Esta teoría queda en parte probada por el éxito de las técnicas de descondicionamiento de estos pacientes. Esta teoría no explica del todo las fobias en cuyo inicio no aparecen incidentes que sean traumáticos que funcionen como estímulos incondicionados. (Heerlein, op.cit)

- **Teorías Existenciales**

Las teorías existenciales proporcionan modelos para los Trastornos de Ansiedad, "en los que no hay ningún estímulo específico identificable para un sentimiento crónico de ansiedad" (Kaplan et al, op.cit: 660). Para esta teoría las personas toman conciencia de la falta de sentido de sus vidas y del enorme vacío que existe, siendo la ansiedad la respuesta a este sentimiento.

1.3.2. Teorías Biológicas

- **Bases Biológicas**

Las teorías biológicas basan sus posturas en estudios aplicados tanto en animales ansiosos como en pacientes con Trastornos de Ansiedad. Algunos autores sostienen que los cambios biológicos que presentan los pacientes, reflejan conflictos psicológicos, mientras que autores opuestos sostienen que los sucesos biológicos se presentan antes que los conflictos psicológicos.

Desde el descubriendo de que "la infusión de lactato producía Crisis de Pánico en individuos susceptibles, ha surgido un amplio espectro de teorías relacionadas con la génesis del trastorno." (Heerlein, op.cit: 347).

Según el Planteamiento Medular de Gorman, un aumento de las descargas neuronales en el Locus Coeruleus, localizado en el tronco cerebral, sería el responsable de la generación de las Crisis de Pánico, es decir, al momento de presentarse las sintomatologías que caracterizan las crisis, se denota una gran actividad del sistema nervioso autónomo.

En la actualidad el Trastorno de Pánico se asocia con anomalías en la función de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina) y con segundos mensajeros tales como inositol.

- **Teorías Familiares**

Dentro de las Teorías Biológicas se encuentran las Familiares. “La incidencia de Trastornos Ansiosos en familiares de primer grado de estos pacientes es de aproximadamente 15 %. Esta alta incidencia se debe, sobre todo, al Trastorno de Pánico (TP) y a la Agorafobia” (Heerlein, op.cit: 347). Los familiares en primer grado de un paciente que padece Trastorno de Pánico tienen un mayor riesgo de presentar la misma enfermedad durante su vida, es decir, entre tres y 21 veces mayor que el riesgo que presentan los familiares de personas que no padezcan Trastorno de Pánico.

Las personas que padecen de Trastornos de Pánico y Trastornos Fóbicos y que estos se repiten en las familias, se presentan con la misma forma clínica, es decir, se da con el mismo padecimiento, sin un riesgo mayor a sufrir otros trastornos ansiosos. Sin embargo, la Agorafobia constituye una excepción, ya que los familiares de un portador de Agorafobia, tienen un riesgo mayor de sufrir no sólo esta patología, sino que también de padecer Trastorno de Pánico. Sin embargo los familiares de personas que padecen Trastornos de Pánico tienen mayor probabilidad de padecer Pánico sin Agorafobia. Por estas razones se señala que la Agorafobia es una forma genéticamente más severa de Trastorno de Pánico. (Ibíd)

1.4. Sintomatología de los Trastorno Ansiosos

Dentro de los Trastornos Ansiosos, se puede identificar una sintomatología similar entre sí, variando entre estas las circunstancias en que se originan y en la historia natural que tiene cada diagnóstico. Estos síntomas psicopatológicos como las Crisis de Pánico y las Agorafobias, en ocasiones, se presentan en contextos de diferentes Trastornos de Ansiedad, por ello se les consideran como síntomas que no se pueden diagnosticar como entidades separadas.

La sintomatología presente en los Trastornos de Pánico se puede caracterizar en dos planos, uno de ellos es el psíquico y el otro el somático. En el plano psíquico la persona se siente "nerviosa, inquieta, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un Yo que se siente amenazado. Su mundo se va estrechando y se hace cada vez más hosco. Todo le preocupa y progresivamente esta situación va afectando más su rendimiento profesional, lo que le hace sentirse incapaz. Los ruidos le sobresaltan, el futuro le agobia y poco a poco entra en una restricción de su relación social" (Vallejos, op.cit: 379).

Las personas que padecen estos síntomas se encuentran en constante tensión debido a lo molesto de los síntomas que presenta, ocasionando molestias al momento de dormir, causando pesadillas, llegando al extremo de temer conciliar el sueño por el miedo a abandonar la vigilia.

Todos estos síntomas generan en los sujetos cambios anímicos que lo afectan en su vida social, presentan cambios de humor, irritabilidad, llegando al llanto, por impotencia y sobrecarga tensional, esto les permite votar parte de su tensión haciéndolos sentir más tranquilo y relajado. Estos síntomas que presentan los sujetos, van acompañados de un constante temor, sintiendo que su integridad física esta amenazada, lo que los lleva a perder el control sobre sí mismos al creer que padecen alguna enfermedad.

En relación al plano somático, la sintomatología presente es producto de una desregulación neurovegetativa y neuroendocrina, que es provocada por la alta hiperactivación. Esto se traduce en síntomas como "disnea, mareos, opresión torácica, algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias o temblores, sudación, hipertensión o hipotensión, anorexia o bulimia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, poliuria, distermias, hipertonia muscular, trastornos de la función sexual, etc." (Ibíd: 379). Estos síntomas son los que se presentan con mayor frecuencia en los Trastornos de Angustias.

Todos estos síntomas están contenidos en el Trastorno de Ansiedad y pueden ser definidos dentro de dos grandes categorías, presentándose como:

- Crisis de Angustia o Crisis de Pánico: éstas se consideran como una sintomatología que consiste en la aparición diurna o nocturna temporal y aislada de miedo o malestar intensos, agobio moral, vivencia de muerte, ansiedad, inquietud psicomotriz, cuya duración no sobrepasa los 15-30 minutos, esto son caracterizados por una descarga neurovegetativa, acompañada de otros síntomas que alcanzan gran intensidad en segundos o minutos, que posteriormente se desvanecen.

La Crisis de Pánico puede ocurrir por presentar Trastornos Mentales distintos a los Trastornos de Angustia, como lo son las Fobias Específicas, Fobia Social y Trastorno de Pánico por Estrés Postraumático. (Kaplan et al, op.cit)

- Agorafobia: la agorafobia se puede presentar bajo un contexto de Trastorno de Pánico con Agorafobia o se puede dar como Agorafobia sin historia de Trastornos de Pánico. El rasgo principal que presenta la Agorafobia es la ansiedad de estar en lugares o situaciones desde los cuales es difícil o incomodo escapar o en los que no se pudiera disponer de ayuda en el caso de presentar un Ataque de Pánico inesperado o que se relacione con una situación o síntomas del tipo Ataque de Pánico. (Heerlein, op.cit)

1.5. Tipos de Trastornos Ansiosos.

En el año 1980, la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), estableció un criterio diagnóstico preciso para dos nuevas entidades (H. Cía, op.cit)

- **Trastornos de Pánico (TP)**

La característica principal de los Trastornos de Pánico es la presencia de angustia, manifestada en Crisis de Pánico recurrentes. Estas crisis son espontáneas e inesperadas. El DSM-IV (op.cit) sugiere como requisito, para confirmar enfermedad, que las Crisis de Pánico se prolonguen durante un mes y que tengan los siguientes síntomas:

- Inquietud, ante la probabilidad de presentar más crisis.
- Preocupación por las consecuencias de las crisis (perder control, sufrir infarto, volverse loco).
- Cambios en el comportamiento.

El Trastorno de Pánico puede presentarse en dos modalidades:

- Trastorno de Pánico con Agorafobia: Cuando el temor de la Crisis de Pánico comienza a asociarse a ciertas situaciones, es decir, un temor de ansiedad anticipatoria.
- Trastorno de Pánico sin Agorafobia: Las Crisis de Pánico se presentan sin temor de ansiedad anticipatorio, es decir, espontáneamente.

La edad de comienzo de los Trastornos de Pánico fluctúa entre la adolescencia tardía y la mitad de la década de los treinta. (Ibid: 351)

- **Fobias**

La principal característica de la Fobia Específica (antes Fobias Simples) es el temor intenso y persistente, provocado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica (precipicios, animales, aviones, inyecciones, entre otros).

La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, la cual puede desencadenar en una Crisis de Pánico relacional, los sujetos que lo presentan padecen un miedo excesivo e irracional.

El diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico, interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales, además, estas situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro Trastorno Mental. El DSM-IV describe subtipos de Fobias Específicas, como son (Ibid):

- Tipo Animal: el miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- Tipo Situacional: el miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, siendo su mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del Trastorno de Angustia con Agorafobia.
- Tipo Ambiental: el miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.
- Tipo Sangre- Inyecciones-Daño: el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

- Otros Tipos: el miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los espacios (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La sintomatología de las Fobias esta caracterizada por “una aceleración de la frecuencia cardiaca, seguida por una disminución de la misma y caída de la presión arterial” (Heerlein, op.cit: 351)

1.6. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes.

Los temores son normales y propios en la vida de adolescente y niños, sin embargo, si estos temores persisten a lo largo del tiempo o interfieren en las actividades cotidianas, pueden originar patologías mentales, como Fobias o Trastornos de Ansiedad, siendo estos últimos los más comunes en esta etapa del ser humano.

Los rasgos de temperamento y los síntomas ansiosos tienden a la cronicidad, haciendo que esto se repita en la etapa adulta de la persona. “Los factores que tienden a contribuir a la ansiedad en la infancia y adolescencia incluyen una inhibición temperamental de base genética y biológica, que es posiblemente una manifestación de la tendencia ansiosa o al neuroticismo, registrado con frecuencia como antecedente en los individuos que padecen Trastornos de Ansiedad” (H. Cía, op.cit: 345)

Las experiencias de vida desfavorables en la infancia, como pérdidas y ciertos controles parentales perturbadores, posibilitan la contribución de Trastornos Ansiosos. “los reforzamientos parentales y las expectativas de los padres acerca de las conductas temerosos o ansiosas de los niños, además del modelado de temores y la ansiedad que los mismos manifiestan, influyen sobre los infantes. (Ibid: 346)

1.6.1. Miedos Normales o Comunes Durante la Infancia y Adolescencia. (Dulcan M.K. y Popper Ch, 1991 cit.post, H. Cía, op.cit)

Cuadro N° 1

| Estado Evolutivo. | Situación Vivida |
|-------------------------------|--|
| Del Nacimiento a los 6 meses. | Pérdida de contacto físico con la madre. Ruidos intensos u objetos que se acocan rápidamente. |
| A 12 meses 1 a 5 años | Personas extrañas. Ruidos intensos, tormentas, animales, oscuridad, separación de los padres. |
| 3 a 5 años | Monstruos, fantasmas y otros seres terroríficos |
| 6 a 12 años | Daños físicos, a asaltantes, a ser castigados, al fracaso, a ser enviado a la dirección de la escuela. |
| 12 a 18 años | Pruebas o exámenes escolares, sentirse socialmente avergonzado o excluido. |

Fuente: La Ansiedad y sus Trastornos Manual Diagnóstico y Terapéutico, (H. Cía, op.cit)

El cambio de los temores a través de la etapa evolutiva de los seres humanos, tiene que ver con el resultado del desarrollo evolutivo en lo cognitivo-conductual, sobre todo en las habilidades que permiten reconocer los peligros propios de cualquier situación. Sin embargo, este desarrollo normal puede ser perturbado "por refuerzos reiterados y persistentes del entorno procedentes de padres, familiares, amigos o de los medios de comunicación masiva, donde determinados temores tienden a persistir de manera patológica" (H. Cía, op.cit: 347).

Diversos estudios sostienen que los niños que presentan ansiedad en las primeras etapas de vida, siguen manteniéndolas, presentando temperamentos tímidos asociados a los Trastornos de Ansiedad.

1.6.2. Orígenes de la Ansiedad en Infanto-Juveniles.

Según H. Cía. (op.cit), existen tres hipótesis explicativas de las causas de los Trastornos de Ansiedad en este período de vida.

- Base Biológica: basada en el temperamento genéticamente transmitido, que predispone al sujetos a desarrollar miedos y ansiedad.
- Conductas Parentales: reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía que van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.
- Genético - Ambiental: el temperamento ansioso y las interacciones propias al desarrollo evolutivo, especialmente las vinculadas a la influencia parental.

2. TRASTORNOS DE PÁNICO

El Trastorno de Pánico es una condición diagnóstica relativamente reciente. Su descripción surge de la observación fenomenológica del psiquiatra norteamericano Donald Klein (1964) y se reconoció formalmente como realidad en EEUU, por los criterios diagnósticos de Feighner, fue así como luego se incluyó formalmente en el DSM-III (manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales), preparada por la APA (American Psychiatric Association) en el año 1980. En 1992, la OMS incluye este cuadro en su versión española denominada CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión).

El Trastorno de Pánico es considerado como un tipo de enfermedad que se puede dar dentro de los Trastornos de Ansiedad. "El Trastorno de Pánico se caracteriza por la presencia espontánea e inesperada de Crisis de Pánico, este trastorno se acompaña a menudo de Agorafobia o miedo a estar solo en lugares públicos" (Kaplan et al, op.cit: 671)

2.1. Reseña Histórica

El Trastorno de Pánico tiene su origen en el síndrome de corazón irritable, que fue observado por Jacob Méndez DaCosta, en soldados durante la guerra civil americana, donde estos presentaban síntomas psíquicos y somáticos que actualmente se incluyen en los criterios de diagnóstico de los Trastornos de Pánico. (Ibíd)

Sigmund Freud en el año 1895, "introdujo el concepto de Neurosis de Ansiedad, que abarcaba síntomas psíquicos y somáticos, agudos y crónicos. La Neurosis de Ansiedad Aguda de Freud, era similar al Trastorno de Pánico definido en el DSM-IV y Freud fue el primero en detectar la relación entre las Crisis de Angustia y la Agorafobia". (Ibíd: 672)

2.2. Prevalencia.

Los Trastornos de Pánico son una patología universal, que afecta a todas las culturas, razas y niveles socioeconómicos. Se estima que 1 de cada 10 personas presenta una crisis de pánico aislada a lo largo de su vida, sin que vuelva a repetirse.

Distintos estudios epidemiológicos señalan que su prevalencia (porcentaje de personas afectadas) de por vida del Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia en la población general, fluctúa entre 2 y 5%, esto significa que de cada 30 personas 1 padece la enfermedad. (H. Cía, op.cit)

Hoy en día este trastorno adquiere mayor prevalencia al inicio de este nuevo milenio y se cree que es debido a que: (Ibíd.)

- Existe una mayor conciencia pública y profesional acerca de la existencia de la enfermedad.

- Las condiciones de vida actuales, el estrés ambiental, generan situaciones desfavorables en relación a décadas pasadas, lo que puede desencadenar un trastorno. Las presiones socioeconómicas se han incrementado y ciertos factores como la inseguridad, la sobre ocupación, la incertidumbre laboral, el desempleo o la violencia urbana y las exigencias cotidianas a las cuales el individuo se ve sometido.

Prevalencia del Trastorno de Pánico en la Población y en la Asistencia Primaria.

Cuadro N° 2

| Muestra | Prevalencia del T.P. (En %) |
|--|-----------------------------|
| -Población General | 1,5 -3 |
| -En consultas de Asistencia Primaria | 7 |
| -En los usuarios frecuentes de la Asistencia Primaria. | 22 |

Fuente: La Ansiedad y sus Trastornos Manual Diagnostico y Terapéutico (H. Cia, op.cit)

2.2.1. Edad de Inicio del Trastorno de Pánico.

Esta enfermedad se presenta con frecuencia durante la adultez temprana, ya que esta etapa implica una transición hacia la separación e independencia, por lo que se deben comenzar a asumir responsabilidades de adultos, la edad habitual de comienzo oscila entre los 25 y 30 años, donde tres de cada cuatro son mujeres.

2.2.2. Discapacidad o Disfunción Debido a la Enfermedad

La incapacidad de este trastorno puede variar desde causar una alteración leve en la vida normal, hasta producir una discapacidad casi total que impide al individuo trabajar y desempeñarse en cualquier ámbito limitándolo a estar en su casa. Muchos individuos afectados por este trastorno han llegado a

perder sus trabajos o han debido ser reubicados en tareas que requieren de poco desplazamiento, otras personas han debido dejar sus estudios restringiendo sus vidas en distintos ámbitos de esta, es decir, actividades recreativas, deportivas y sociales. Esto los transforma en discapacitados psíquicos, restringido limitando una vida autónoma. (Ibíd)

2.3. Epidemiología

Estudios epidemiológicos a nivel mundial indican que la prevalencia del Trastorno de Angustia (con o sin Agorafobia) se concentra entre el 1,5 y el 3,5%. La prevalencia anual fluctúa entre el 1 y el 2 %. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de Trastorno de Pánico en la población general presentan también Agorafobia. (DSM-IV, op.cit)

2.4. Etiología

2.4.1. Factores Biológicos

Todos los organismos, tanto mamíferos como seres humanos, reaccionan para sobrevivir cuando se sienten amenazados, produciéndose una reacción compleja que moviliza las capacidades del organismo, denominada respuesta al estrés agudo a respuesta de alarma. (H. Cía, op.cit)

“En cuanto se percibe una situación estresante o traumática, el cuerpo se moviliza para la acción. Una vez disparada la respuesta de alarma ocurre una cadena de eventos fisiológicos, y se activan diversas glándulas, como la hipófisis, y la suprarrenal, a partir de la estimulación mediada por los neurotransmisores del hipotálamo. Una vez que la adrenalina es segregada y volcada al torrente sanguíneo por las glándulas suprarrenales, el corazón, los pulmones y los músculos se preparan para la emergencia” (Ibíd: 104)

La reacción de alarma se activa frente a un suceso traumático o amenazante ocasionando que la adrenalina despierte el cuerpo, el corazón se

acelera y late con más fuerza, la glucemia aumenta, las pupilas se dilatan, la respiración se acelera, los músculos se tensan, se producen mareos y falta de aire.

Los Trastornos de Pánico están relacionados con una gama de anomalías biológicas en la estructura y funcionamiento cerebral. “El sistema nervioso de los pacientes con Trastorno de Pánico tiene un incremento de tono simpático, una adaptación lenta a la repetición de estímulos y una respuesta excesiva a estímulos moderados. Los principales sistemas neurotransmisores que se han implicado son los de la norepinefrina, la serotonina y el ácido amino-butírico”. (Kaplan et al, op.cit: 672)

- **Sustancias Inductoras de Pánico**

Entre las sustancias inductoras de pánico se encuentran las inductoras respiratorias que invierten el equilibrio ácido base, entre estas se encuentran el dióxido de carbono, lactato sódico y bicarbonato. Las sustancias neuroquímicas inductoras de pánico actúan a través de sistemas neurotransmisores específicos entre ellas están la Yohimbina, Fenfluramina, los m-carbolinas y la cafeína. (Ibíd)

- **Imagen Cerebral**

Estudios de imagen cerebral han detectado un funcionamiento patológico de los lóbulos temporales, particularmente del hipocampo, además de una mala regulación de flujo sanguíneo cerebral. El Trastorno de Pánico se asocia a la “Vasoconstricción Cerebral, que puede producir síntomas propios del sistema nervioso central como el vértigo y síntomas del sistema nervioso periférico inducidos por la hiperventilación y la hipocapnia” (Ibíd: 673)

Esta anomalía metabólica tiene que ver con una predisposición de la persona, a padecer una Crisis de Pánico, especialmente en periodos de estrés. (H. Cía, op.cit)

- **Prolapso de Válvula Mitral**

Estudios de investigación han demostrado que no existe relación entre los Trastornos de Pánico y prolapso de válvula mitral, es decir que no existe relación entre las afecciones cardíacas y los Trastornos de Pánico.

2.4.2. Factores Genéticos

Estudios indican que los Trastornos de Pánico con Agorafobia son los más graves, por ello se cree que son hereditarios. “se ha encontrado un riesgo cuatro veces mayor de padecer Trastornos de Pánico entre los parientes de primer grado de pacientes con dicho trastorno que entre los parientes de primer grado de otro tipo de pacientes psiquiátricos” (Kaplan et al, op.cit: 673)

Los Componentes Familiares inciden en la aparición de Trastornos de Pánico, existiendo factores causales relevantes del ambiente, que se relacionan con el aprendizaje infantil y las influencias del estilo educativo y vincular parento-filial, es decir, “la familia influye de dos maneras; en lo genético y hereditario y en el aprendizaje a través de la convivencia y de los estilos educativos o modalidades vinculares”. (H. Cía, op.cit: 106)

Se afirma también, que problemáticas familiares como el maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual u otras situaciones traumáticas, pueden generar patologías como Trastornos de Pánico, o incluso patologías mentales más complejas como Histeria o Neurosis Histórica. (Ibid)

2.4.3. Factores Psicosociales

- **Teoría Cognoscitivo-Conductuales**

Las teorías conductuales proponen que “la ansiedad es una respuesta aprendida bien por imitación de la conducta de los padres o a través, del proceso de condicionamiento clásico”. (Kaplan et al, op.cit: 673)

- **Teoría Psicoanalítica**

Las teorías psicoanalíticas conceptúan las Crisis de Pánico como “el resultado de una defensa infructuosa contra impulsos generadores de ansiedad. Lo que previamente era una señal leve de ansiedad se convierte en un sentimiento abrumador de aprensión al que se añaden síntomas somáticos”. (Ibid: 673)

- **Teoría Social**

Existen distintos estudios que señalan que el Trastorno de Pánico se asocia a:

- “Una disminución en la calidad de vida proporcional a la severidad de los síntomas.
- Una disfunción sustancial en el desempeño de roles (de pareja, familia, trabajo, etc.)
- Un incremento importante del uso de los servicios de salud, antes de ser diagnosticado correctamente.
- Una utilización innecesaria e inapropiada de estudios o servicios complementarios de costo elevado, que podrían evitarse con una detección precoz de la enfermedad”. (H. Cía, op.cit: 91)

2.5. Diagnóstico

El diagnóstico de Trastorno de Pánico no se debe realizar si las Crisis de Pánico se consideran secundarias a los efectos orgánicos directos de una patología médica, en cuyo caso el diagnóstico adecuado es Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica. Entre las patologías médicas que pueden producir Crisis de Pánico se encuentran el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, los trastornos del sistema vestibular, los trastornos comiciales y las enfermedades cardíacas, un ejemplo de ello son las arritmias y la taquicardia.

Cuadro N° 3

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno de Pánico (*Panic Attack*)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión los primeros 10 min. En un periodo prolongado de un mes o mas (Síntomas ordenados según su frecuencia, de mayor a menor):

- 1.- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca. *
- 2.- Sudoración. *
- 3.- Temblores o sacudidas. *
- 4.- Sensación de ahogo o falta de aliento. *
- 5.- Sensación de atragantarse. *
- 6.- Opresión o malestar torácico. *
- 7.- Náuseas o molestias abdominales. *
- 8.- Inestabilidad, mareo o desmayo. *
- 9.- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo). **
- 10.- Miedo a perder el control o volverse loco. **
- 11.- Miedo a morir. **
- 12.- Arestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo). ***

13.- Escalofríos o sofocaciones. ***

* Síntomas Fisiológicos o Somáticos

** Síntomas Cognitivos

*** Síntomas Fisiológicos o Somáticos

Fuente: Criterios DSM-IV, 1995.

2.5.1. Situaciones Resultados de los Trastornos Ansiedad (H. Cía, op.cit)

- Sensibilidad a la separación infantil o del adulto; tiene relación con un miedo profundo a separarse de los padre o pareja, respondiendo de manera dramática ante este hecho o la posibilidad de que ocurriera.
- Sensibilidad a ciertas sustancias: se traduce en una hipersensibilidad a dosis pequeñas de distintos fármacos, especialmente estimulantes o abstinencia alcohólica.
- Sensibilidad al estrés: manifestación de una gran vulnerabilidad a factores de estrés como, exceso de problemas o de trabajo, pérdidas o malas noticias, privación de sueño, conflictos conyugales o familiares y periodos prolongados de tensión o preocupación. "Estas circunstancias hacen que la persona tienda a evitar todo aquello que considere puede llegar a dañarla, como el recibir malas noticias, o todo lo que produzca cambios en su precaria estabilidad" (Ibíd: 100)
- Manifestaciones fóbicas o evitativas: en pacientes con Trastornos de Pánico, existe un patrón fóbico evitativo que al alejarlos de lo temido, van reduciendo las crisis de pánico situacionales, pero aumenta la Agorafobia. Las manifestaciones de fobias mas comunes en los Trastornos de Pánico con agorafobia son; las claustrofobias, los trastornos de ansiedad social y la hipocondriasis.

- Conductas de búsqueda de ayudas: surge un permanente pedido de ayuda a personas consideradas protectoras o de ayuda, sean estos médicos, amigos o familiares, "siendo común encontrar a estos pacientes en Centros Médicos y Unidades de Emergencia o verlos interesados en temas de salud o enfermedad" (Ibíd: 101).

3. CRISIS DE PÁNICO O DE ANGUSTIA

Las Crisis de Pánico o Ataques de Pánico o también llamadas Crisis de Angustia "tienden a considerarse de naturaleza esencialmente endógena y sustancialmente diferentes etiopatogénicamente de los estados con una conflictiva personal (personalidad neurótica) o ambiental (reacción neurótica de angustia)" (Vallejos, op.cit: 379)

Se discute el origen de las Crisis de Pánico, ya que algunos autores señalan que proviene de los Trastornos de Ansiedad, mientras que otros destacan aspectos psicodinámicos, avalados por la elevada frecuencia de acontecimientos desencadenantes mientras otros proponen etiopatogenias biológicas.

Las Crisis de Pánico se presentan en cualquier patología psiquiátrica como los Trastornos de Ánimo, algunas intoxicaciones, cuadros de privación entre otros, siendo su presencia más habitual en los Trastornos de Pánico (T.P.) y los Trastornos de Ansiedad. (Ibíd)

"Se denomina síntomas del tipo Crisis de Pánico a las crisis que satisfacen todos los criterios, sólo que tiene menos de los cuatro síntomas requeridos para el diagnóstico" (Heerlein, op.cit: 349)

El DSM- IV distingue tres tipos de Crisis de Pánico, dependiendo del contexto en que estos se presenten:

- Inesperados o espontáneos: en estas no se logra detectar un factor causal, estas ocurren generalmente al comienzo del Trastorno de Pánico. Se pueden presentar en cualquier momento de la enfermedad. (H. Cia, op.cit)
- Situacionales: son ataques predecibles que se producen cuando se presenta la exposición a un desencadenante situacional.
- Predispuestos situacionalmente: ocurren al exponer al individuo a estímulos potencialmente fobígenos. (Ibíd)

“Es fundamental determinar el tipo de Crisis de Pánico para hacer un diagnóstico diferencial preciso. En general los ataques situacionales se ven mas frecuentemente en pacientes con Fobias Especificas y Fobias Sociales, los predispuestos situacionalmente son mas frecuentes en pacientes con T. P. con Agorafobia, y los ataques inesperados son imprescindibles para hacer el diagnóstico de Trastorno de Pánico (con o sin Agorafobia)” (Heerlein, op.cit: 350)

Para poder dar un diagnóstico de Trastorno por Crisis de Pánico, el DSM-IV-TR (2000), señala que deben presentarse como mínimo, cuatro de los siguientes síntomas

Cuadro N° 4

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca. * b. Sudación. ** c. Temblores o sacudidas. **** d. Sensación de ahogo o falta de aliento. *** e. Sensación de atragantarse. *** f. Opresión o malestar torácico. *** |
|---|

- g. Náuseas o molestias abdominales. *****
- h. Inestabilidad, mareo o desmayo. *****
- i. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo). *****
- j. Miedo a perder el control o volverse loco. *****
- k. Miedo a morir. *****
- l. Parestesias. (sensación de entumecimiento u hormigueo). ****
- m. Escalofríos o sofocaciones." (Vallejos, op.cit; 380). **2

Síntomas Cardiológicos. *

Síntomas Neurovegetativos. **

Síntomas Respiratorios. ***

Síntomas Neurológicos. ****

Síntomas Digestivos. *****

Síntomas Psiquiátricos o Psicológicos. *****

Fuente: DSM-IV-TR (2000).

En la mayoría de los casos las personas que han padecido de Crisis de Pánico asocian la situación en la que se encontraban al momento de padecer la crisis, iniciándose con esto una conducta de asociación, evitando situaciones o estímulos que se asocien al momento de padecer la Crisis de Pánico. (Ibid)

"Al menos el 70% de los pacientes que presentan Crisis de Pánico tienen algún grado de evitación fóbica hacia hechos o situaciones específicas, como espacios cerrados, multitudes, transportes públicos, etc. Por otra parte estos pacientes suelen presentar ansiedad anticipatorio y un exceso de preocupación por todo." (Ibid: 808)

4. TRATAMIENTO.

Para el tratamiento del Trastorno de Pánico existen dos maneras efectivas de darle solución a la patología, una de ellas es la corriente Psiquiátrica que plantea un tratamiento farmacológico y la segunda es la corriente Psicológica que plantea un tratamiento que consiste en una psicoterapia cognoscitivo-conductual, donde se plantea que la terapia familiar y grupal mejora la adaptación del sujeto a su medio social.

En la gran mayoría de las personas que han presentado Crisis de Pánico, pese a su frecuencia estas no ocasionan daños en los diferentes órganos y sistemas del organismo, sin embargo, generan un deterioro emocional importante, principalmente en aquellos sujetos que no han sido diagnosticados adecuadamente y que por lo tanto, no acceden a un buen tratamiento.

4.1. Tratamiento desde el Enfoque de la Psiquiatría.

- **Farmacoterapia.**

Lo que se plantea para las Crisis de Pánico, es un tratamiento basado en fármacos como alprazolam, sertralina, ansiolíticos, benzodiazepinas y diazepam. En caso de fallos en el tratamiento farmacológico se debe reevaluar al paciente para descartar la presencia de otros trastornos como la depresión, el consumo de alcohol u otras sustancias.

Una vez que se han obtenido los resultados deseados en el tratamiento farmacológico, se debe continuar con éste durante un periodo de de ocho a doce meses, esto debido a que los Trastornos de Pánico son crónicos y quizás para toda la vida, pudiendo repetirse estos trastornos si se abandona el tratamiento antes del tiempo indicado. (Ibid)

Objetivos de la Farmacoterapia del Trastorno de Pánico. (H. Cía)

- Bloquear las Crisis de Pánico
- Disminuir la ansiedad anticipatorio y la evitación fóbica.
- Lograr la remisión y tratar los síntomas residuales.
- Facilitar las terapias asociadas, como cognitivas o de autoayuda.
- Recuperar la autoestima y la autoconfianza.

4.2. Tratamiento desde el Enfoque de la Psicología.

Estudios han determinado que las psicoterapias son superiores al tratamiento farmacológico, en relación a la reducción de los síntomas a largo plazo. (Kaplan et al, op.cit)

4.2.1. Terapias Cognoscitivas y Conductuales.

- **Terapia Cognoscitiva.**

Esta terapia tiene dos elementos centrales, uno de ellos es entregar información fidedigna a los pacientes en relación a la Trastornos de Pánico, ya que por lo general, estos tienden a malinterpretar los síntomas físicos como indicativos de una Crisis de Pánico inminente, o incluso llegar a sentir la muerte. La persona a cargo del tratamiento debe instruir al paciente en que consiste su enfermedad, en que momento ocurrirá la crisis, su duración y que este trastorno no constituyen un peligro para su vida.

Una recomendación a la hora de diagnosticar el trastorno de angustia es informar al paciente de forma ordenada sobre la enfermedad que padece evitando la frase "no tiene nada", para así el paciente se sienta apoyado y comprendido en su afección. (Ibíd)

Técnica.

- Indicaciones Educativas: "reglas para enfrentarse al pánico" de Mathews y Cols. (1981): quedarse en el lugar, sentarse, respirar lentamente, autoinstruirse calma. (Clínica Mars, 2007)

- **Relajación Aplicada.**

El objetivo de esta modalidad de terapia es brindar a los pacientes un sentido de control respecto a sus niveles de ansiedad y relajación, a través del uso de procedimientos de técnicas de relajación muscular y de imaginerías de situaciones placenteras y tranquilizantes. Los pacientes aprenden estas habilidades que les son útiles al momento de presentarse la Crisis de Pánico.

Técnicas.

- Distracción: entrenamiento en relajación, visualización de escenas agradables, parada y cambio de pensamiento, distracción con estímulos externos.
- Focalización Sensorial: aprender a prestar atención a sensaciones internas agradables, mediante relajación y meditación. (Ibid)

- **Entrenamiento en Técnicas de Respiración.**

La hiperventilación esta asociada a las Crisis de Pánico, por tanto, una de las técnicas más apropiadas es entrenar a los pacientes en el control de su necesidad de hiperventilar, a través de técnicas de respiración.

Técnica.

- Control Respiratorio: ejercicios graduales para aumentar la respiración abdominal. (Ibid)

- **Exposición en Vivo.**

Señalada como una de las principales técnicas del tratamiento conductual en Trastornos de Pánico, “implica la exposición progresiva del paciente al estímulo temido, el cuál, con el tiempo, empieza a desensibilizarse. Inicialmente, el foco era el estímulo externo; recientemente, la técnica ha incluido la exposición del paciente a las sensaciones internas temidas” (Kaplan et al, op.cit: 681)

Técnica

- Exposición: imaginando las sensaciones internas elicitoras, las cogniciones y significados asociados y/o incrementando la alteración respiratoria, a través de respiración rápida o parada respiratoria voluntaria.

- **Terapia Cognitiva- Conductual:**

La Terapia Cognitiva Conductual pone un énfasis especial en las interpretaciones equivocadas y catastróficas del paciente acerca de la ansiedad que padece. (H. Cía, op.cit)

- Se focaliza en el comportamiento del sujeto y en la cognición.
- Esta orientada al presente.
- Utiliza terapias a corto plazo.
- Le relación terapeuta- paciente es de colaboración con un enfoque didáctico.
- Fomenta la independencia de la persona.
- Esta centrada en los síntomas y en su resolución.
- Pone énfasis en el cambio.
- Se centra en la resolución de problemas.
- Propone una continuidad temática en las sesiones.
- Trabaja con la participación activa del paciente.

4.2.2. Terapias Psicosociales.

- **Terapia Familiar**

La dinámica familiar de pacientes que padecen Trastornos de Pánico, puede verse muy alterada, por lo que es recomendable una terapia familiar, dirigida a educar en relación al trastorno y apoyar tanto a la persona que lo padece como a su entorno familiar.

- **Psicoterapia de Introspección.**

Este tratamiento se centra en ayudar al paciente a comprender el posible significado inconsciente de su ansiedad, "el simbolismo de las situaciones evitadas, la necesidad de reprimir impulsos, y las ventajas de los síntomas". Se cree que la resolución de los conflictos edípicos e infantiles tempranos se correlaciona con la resolución de las tensiones actuales. (Kaplan et al, op.cit)

4.3. Combinación de Tratamiento Farmacológico y Psicoterapia.

Estudios indican que la combinación de la Terapia Cognoscitiva y conductual con el tratamiento Farmacológico, es más efectiva que cualquiera de estos de manera aislada. Se plantea que los tratamientos Farmacológicos son eficaces para reducir síntomas primarios de los Trastornos de Pánico, corrigiendo la desregulación biológica característica de esta enfermedad, mientras que las Psicoterapias instruyen, a los pacientes, en relación a la temática de la enfermedad, ayudan a superar los temores creados a partir del trastorno, además de fortalecer las vulnerabilidades psicológicas que pueden haber generados el Trastorno de Pánico.

"Por lo tanto, un tratamiento adecuado para el trastorno causado por pánico puede prevenir ataques posteriores o hacer éstos menos severos y

frecuentes, lo que trae consigo un gran alivio al 70 o 90 por ciento de las personas que padecen este trastorno" (Mariani, 1999)

Como se ha señalado anteriormente los trastornos mentales han ido debilitando paulatinamente la calidad de vida de las personas que las padecen, especialmente en su interacción social y familiar.

Sobre la base de esta premisa se orienta el siguiente capítulo, que pretende comprender a partir de los elementos mencionados, la estructura familiar de la sociedad actual.

GLOSARIO.

Agorafobia: la Agorafobia o Fobia a los espacios abiertos y al desplazarse o viajar solo, es también definida como “un temor o evitación a un conjunto de situaciones que varían de paciente a paciente, pero en las que hay temas recurrentes claramente identificables”

Angustia: la palabra angustia significa estrangulamiento, constricción y sofocación, esto se refiere a la sensación de opresión o constricción. La angustia es una manifestación afectiva de gran importancia clínica, y se caracteriza por un temor a lo desconocido.

Todos hemos sentido, en distintos momentos de nuestra vida, sentimientos de angustia ante estímulos estresantes que implican una amenaza real y nos imponían un desafío. Frente a este tipo de situaciones, si la apreciación de la amenaza es inexistente, desproporcionada o el estímulo es imaginario, la angustia tiende a persistir durante el tiempo, pasa a ser anormal o patológica. Es decir, el estímulo es percibido erróneamente como amenazador aunque el individuo se da cuenta de que es irreal, no puede desprenderse de él aunque así lo desee.

Ansiedad: la palabra ansiedad significa congoja o aflicción, consiste en un malestar psicofísico caracterizado por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La diferencia principal entre ansiedad normal y patológica es que esta última se basa en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es severa puede llegar a paralizar al sujeto, transformándose en pánico.

Crisis: es definida como una coyuntura de cambios en cualquier aspecto de una realidad organizada pero inestable, sujeta a evolución; especialmente, la crisis de una estructura. Los cambios críticos, aunque previsible, tienen siempre algún grado de incertidumbre en cuanto a su reversibilidad o grado de profundidad,

pues si no serían meras reacciones automáticas como las físico-químicas. Si los cambios son profundos, súbitos y violentos, y sobre todo traen consecuencias trascendentales, van más allá de una crisis y se pueden denominar revolución.

Epidemiología: la epidemiología es, en la acepción más común, el "estudio de las epidemias" es decir, de las "enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado.

Etiología: la Etiología es el estudio de las causas sobre alguna enfermedad, curiosidad, etc. Su origen etimológico proviene del griego, "dar una razón de algo"

Etiopatogenia: es una palabra compuesta por las siguientes dos palabras: Etiología: estudio de todos los factores que pueden intervenir en el desarrollo de una enfermedad, incluyendo la susceptibilidad del paciente, la naturaleza del agente patológico y la forma en que este invade el organismo afectado. Patogénesis: origen o causa de una enfermedad o trastorno. Por lo tanto Etiopatogenia es el estudio de los factores que causan o intervienen en el desarrollo de una enfermedad específica.

Fobia: es un trastorno caracterizado por un miedo intenso, persistente, excesivo e irracional hacia objetos o situaciones concretas que, por lo general, se acompaña por una pronunciada tendencia a evitarlos. Se considera fobia cuando esta origina una disfunción o incapacidad funcional significativa, perturbando la vida cotidiana.

Miedo: es una reacción defensiva instantánea del hombre frente al peligro situaciones de amenaza que contribuye a nuestra supervivencia. Existen ciertos miedos comunes en determinadas etapas del desarrollo evolutivo y no son consideradas como fobias, a menos que ocasionen una disfunción o incapacidad funcional significativa. Un miedo común puede ser sobrellevado,

aunque con cierto malestar y causa mínima o ninguna alteración en la vida cotidiana.

Pánico: el pánico es considerado como una experiencia de miedo muy intenso o terror, con sensación de descontrol, de desvanecimiento o de muerte inminente, que se presenta súbita y espontáneamente en individuos predispuestos.

Patología: es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

Síndrome: es un cuadro clínico o conjunto sintomático con cierto significado y que por sus características posee cierta identidad; es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiologías. Como ejemplo: insuficiencia cardiaca, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica.

Trastorno: la enfermedad es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.

CAPITULO II

La Familia en la Sociedad Actual

La familia es la célula básica de nuestra sociedad, esta posee una definición compleja debido a los distintos tipos de familia que se encuentran, sin embargo la definición mas común corresponde a que es un grupo o sistema de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo, constituyendo la unidad básica de la sociedad.

En este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, colaborando con su integración en la sociedad. Esta unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

La base de la familia en Chile es el matrimonio, el cual está regulado por el Código Civil Chileno

Sin embargo, actualmente esta estructura de familia ha ido variando debido a múltiples cambios que se abordaran a continuación.

1.- MODELO SISTÉMICO

Existen diversos modelos de intervención para el trabajo con individuos y familias, entre estos se encuentra el modelo sistémico el cual en sus bases teóricas y metodológicas nos plantea observar, entender e intervenir de manera holística, considerando los diversos factores que influyen en el problema a intervenir.

1.1. Bases Teóricas del Modelo Sistémico.

El modelo Sistémico toma elementos teóricos de otras disciplinas, que permiten explicar situaciones familiares. Este modelo sustenta sus bases en cuatro pilares teóricos básicos: (Escartín, 1992)

- **Teoría General de los Sistemas.**

Esta teoría fue elaborada por Ludwig Von Bertalanffy, quien construye un modelo práctico que permitiera conceptualizar los fenómenos que no podían ser explicados por las ciencias clásicas, y de esta manera proporcionar un marco teórico para las ciencias. Plantea que la forma en que se relacionan los organismos, puede ser aplicado a la organización y relación del sistema familiar. Esta base teórica define sistema como una "*Totalidad, que funciona por la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean*". (Miranda, 2002).

Esto hace referencia a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender de forma separada que al resto de sus miembros. Por ello, esta base teórica, considera que la familia es la unión de sus componentes, por ello el principio de la teoría general de sistemas es "el todo es más que la suma de las partes". (Anónimo, n/d: 17).

En definitiva el considerar a la familia como un sistema implica que:

- Los miembros de la familia funcionan en interrelación donde las causas y los efectos son circulares.
- Cada familia tiene características propias de interacción, estas características mantienen al sistema familiar en equilibrio, ajustando sus procesos de progreso o cambio.

- **La Cibernética**

Esta base teórica, planteada por Cannon (n/d cit.post, Escartín, op.cit) sostiene que los sistemas se encuentran en constantes cambios, lo que desestabiliza su equilibrio, los sistemas evolucionan en el tiempo buscando equilibrios diferentes, los que se caracterizan por ser procesos complejos. La evolución de los sistemas, permite el desarrollo de sus miembros, por tanto el equilibrio es considerado como un aspecto negativo que rigidiza la estructura familiar.

Dentro de esta área surgen conceptos que permiten explicar el funcionamiento de los sistemas, como el concepto de Homeostasis, el cual se define como la tendencia de todo sistema a permanecer estable a través del tiempo. (Escartín, op.cit)

- **Teoría de la Comunicación.**

Todo sistema familiar tiene objetivos que efectuar a lo largo de la historia, esto se consigue a través de la interacción de los miembros entre sí y con otros sistemas. La comunicación define las relaciones, las funciones, los roles y los patrones conductuales.

- **La teoría de los tipos lógicos de Russell.**

Esta teoría "define los distintos niveles por donde va pasando un sistema en su crecimiento" (Ibíd: 181). Russell (n/d cit.post, Escartín, op.cit) define la relación de los elementos de un sistema entre sí, y la relación como totalidad. Los niveles que define este autor serían los diferentes sistemas por los que pasa cada uno de los elementos del sistema total, en estados de complejidad creciente. El paso de un nivel a otro afecta al sistema total.

1.2. La Familia como Sistema.

Un sistema se define como “un conjunto de partes organizadas entre sí, en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (Anónimo, n/d: 19). La familia es el primer sistema en el que se ve involucrado el individuo, el cual es considerado como un sistema dinámico, compuesto de subsistemas en constante interacción.

El sistema familiar va creciendo y se va desarrollando en la medida en que este realice un intercambio de funciones y papeles de todos los miembros entre sí y en relación con los demás sistemas de los cuales forman parte. Es así como entran en una cadena sin fin de retroalimentaciones e interacciones. Cada sistema individual, al entrar en interrelación con otros, cambia su ordenación, pasando a otros niveles de complejidad y desempeñando roles y funciones distinta.

La familia como sistema, experimenta diversos estados, pasando de procesos de estabilidad a estados de crisis. Este sistema se regula y equilibra por medio de normas y reglas las cuales se van modificando en la medida en que el sistema familiar vaya evolucionando.

2.- ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR.

La familia cumple un rol fundamental en la formación y desarrollo de un individuo, por ello para poder comprender a éste es preciso conocer y entender a la familia.

Para poder comprender un sistema familiar es preciso determinar la estructura que ésta posee y la dinámica familiar en la cual se desarrolla la interacción de sus miembros. Por ello se deben tomar en cuenta tanto los procesos internos como externos que influyen en una familia y el conjunto de valores y creencias que posee cada grupo. (Universidad de Chile, 2007)

La Dinámica Familiar esta compuesta por diversos elementos conceptuales que nos ayudan a comprender mejor los componentes, funciones, interacciones e interrelaciones al interior de la familia. Es una dimensión compleja que incluye y articula aspectos tales como la situación laboral de sus integrantes, la distribución de las tareas domésticas, roles – límites, el ejercicio y distribución del poder expresado en la toma de decisiones, la comunicación intrafamiliar, los estilos de crianza, los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; y los sub-grupos constituidos al interior del grupo familiar, así como las funciones intrínsecas de la familia. (Instituto de Medicina Familiar Social e Integral, n/d).

El concepto de familia es un término complejo de definir debido a lo amplio de este, a los distintas organizaciones familiares que existen y a las distintas concepciones que cada persona tiene de lo que es una familia.

Por ello podemos decir que la familia es “una abstracción, un concepto cuyos contornos no están bien definidos” (Morales cit.post. Ribeiro, 2000: 24), para otros la familia “nos refiere a cada uno de nosotros, a una experiencia particular y concreta tan evidente que conduce con frecuencia a olvidar que más allá de esta realidad privada existe otra, la de la definición social o pública de familia”. (Gall y Martín cit.post. Ribeiro, op.cit: 24)

Segalen (2000) agrega que la familia, es además, una institución expuesta a diversos cambios, en donde cada época ha tenido sus formas particulares de funcionamiento, “donde sociedad y familia son el producto de fuerzas sociales, económicas y culturales comunes, sin que una sea el resultado de la otra” (Segalen 2000, cit.post. Tironi, 2006: 17)

El autor anterior definen familia “como un grupo de personas, a menudo de distintas generaciones, relacionadas por vínculos de sangre y/o identidades compartidas de parentesco, que ocupan diversas posiciones

diádicas, como esposo y esposa, padres e hijos, y hermanos y hermanas, se relacionan con redes de parentesco mas amplias, como abuelos y nietos, tíos y primos y cumplen funciones tales como la reproducción , el sustento físico, la socialización de los niños y la gratificación emocional” (Ibíd.). Autores como Smith (1995 cit.post, Ribeiro, op.cit) cuestionan este tipo de conceptos de familia, ya que no incluyen o contemplan las familias homosexuales.

Los distintos conceptos de familia varían dependiendo del contexto social y cultural en que se haga referencia. Es así como podemos mencionar que existen familias monogámicas o poligámicas, patriarcales y matriarcales, patrilineales y matrilineales, extensas nucleares, entre otras.

Con frecuencia se piensa en una familia cuando hablamos de un grupo de personas que tienen parentescos consanguíneos originados por el matrimonio, sin embargo, esta concepción es muy limitada ya que la familia se constituye como tal por sus funciones, sus lazos, etc. todo ello ligado estrechamente a la cultura y contexto en el que se habita.

Algunos autores plantean la necesidad de incorporar al concepto de familia las relaciones de poder que se establecen entre sus miembros. Uno de estos autores es Valdés (1998) quien define a la familia como “una organización social, un microcosmo de relaciones de producción, de reproducción y de distribución que cuenta con una estructura de poder interna integrada por personas de diferentes sexo y edades que tiene una relación de alianza y parentesco o afinidad, cuyo propósito es la convivencia prolongada” (Valdés, 1998 cit.post. Tironi, op.cit: 18)

“Las familias constituyen ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas, de géneros y generaciones distintas. En su seno se construyen fuertes lazos de solidaridad; se entretajan relaciones de poder y autoridad; se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros del grupo;

se definen obligaciones, responsabilidades y derechos de acuerdo con las normas culturales, la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes. (Salles y Turián en Ribeiro, op.cit: 25)

La familia tiene dos funciones importantes, una de ellas es “la protección psico-social de sus miembros: engendra nuevas personas y responde por el desarrollo integral de todos; su otra función es la inserción del individuo en la cultura y su transmisión, lo que se conoce como la socialización”. (Quinteros, 1999: 18)

Dentro de este desarrollo se encuentra el sentido de la identidad de los seres humanos el que esta determinado por el sentido de pertenencia de una familia, en la cual se asumen pautas que perduran a lo largo de la evolución del individuo.

Entonces familia se define como “un grupo primario formado por padres e hijos, y eventualmente otros parientes, unidos entre si por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad” (Ribeiro, op.cit: 26)

Esta definición plantea un concepto muy amplio, ya que cuando se refiere a padres no hace la diferencia entre padres biológicos o padres adoptivos, padres fuera o dentro del hogar, padres únicos o con pareja, conviviendo o unidos por el matrimonio.

Hace alusión también a las familias extensas en las cuales se convive con otros familiares, ya sea de carácter político, consanguíneo, consensual, afectivos, entre otros.

Cuando se menciona que esta institución cumple funciones en beneficio mutuo y de la sociedad, se hace referencia a que estas son universales, pese a que esto esta determinado por las distintas culturas y los distintos tipos de familia. Además de ello se puede mencionar que la familia cumple funciones

como la reproducción biológica, de crianza, socialización, satisfacción de necesidades afectivas, de seguridad y biológicas, como también el desarrollo de la identidad psicosocial.

Para comprender a los individuos, su comportamiento y sus perspectivas, es necesario conocer parte del entorno en el que se han desarrollado, para ello es necesario conocer a su familia, cuyo origen y evolución se relaciona estrechamente con los cambios que vive la sociedad.

Los seres humanos se han reunido en comunidades estableciendo normas y valores que rigen su actuar, y el grupo primario socializador por excelencia ha sido la familia, esta se encarga de garantizar la enseñanza y cumplimiento de las normas y valores a sus miembros, así los sujetos cumplen sus funciones, adquiriendo roles dentro de este grupo y dentro de la sociedad. (Quinteros, op.cit)

Hasta ahora ninguna institución social ha logrado sustituir el funcionamiento de la familia, por sobre todo en las necesidades biológicas y afectivas de los individuos. La familia moderna aún mantiene su función básica que es el desarrollo humano, sin embargo a lo largo de la historia ha sufrido transformaciones importantes.

Para lograr un conocimiento integral de la familia es necesario conocer las tres perspectivas básicas que esta posee:

- Estructural: esta hace referencia a las formas de unión que posee la pareja, al tamaño de las familias, según su número de integrantes, las personas que han sido incluidas, el parentesco que tengan, su evolución histórica, entre otras.
- Interaccional o Funcional: forma que existe para relacionarse, la comunicación, distribución de roles, afecto, cohesión y adaptabilidad.

- Evolutiva: el ciclo vital de la familia o su modelo evolutivo. (Ibid)

2.1.- Tipos de Familia

Las familias son estructuras que van cambiando y se van adaptando según la realidad que a cada una le toca vivenciar, para así asegurar su subsistencia y lograr cumplir con sus funciones básicas.

La convivencia de diferentes estructuras familiares es ya una realidad en nuestra sociedad que se caracteriza por su permanente transformación.

Durante el siglo XX la familia extensa dio paso a la familia nuclear. El siglo XXI se ha caracterizado por la diversidad de estructuras familiares. El avance de la ciencia con las técnicas de reproducción asistida y la apertura de la adopción internacional han dado nuevos colores a la estructura familiar. Familias con padres heterosexuales, familias con padres gay o madres lesbianas, familias que adoptan (nacional o internacionalmente), familias con padres procedentes de diferentes culturas o razas, familias con padres divorciados o separados, nuevas familias creadas después de anteriores matrimonios (familias reconstituidas, ensambladas o familiastras), familias de acogida (acogimiento familiar simple, acogimiento familiar permanente, acogimiento familiar preadoptivo, acogimiento abierto), familias donde los abuelos hacen de padres de sus nietos, familias donde los hijos hacen de padres de sus padres, familias con hijos fruto de la reproducción asistida (con diferentes técnicas), familias monoparentales.

Actualmente hablar de familia implica mucho más que padres heterosexuales e hijos biológicos fruto de la concepción natural. Si tenemos en cuenta que entre las estructuras de familia numeradas anteriormente son posibles interacciones, como por ejemplo, madre lesbiana sola que adopta, o madre heterosexual con hijo de anterior matrimonio que con una nueva pareja tiene un

hijo gracias a la fertilización in vitro, entonces las posibilidades de convivencia familiar sólo tienen una repuesta diversas. (Ibíd.)

Entre la diversidad de estructuras familiares sobresale un punto en común que es la parentalidad. La forma de ser padres ha ido cambiando con el paso del tiempo como una función del ajuste social, económico y tecnológico. Sin embargo, la meta de la parentalidad permanece; capacitar a los hijos para que sean adultos competentes y humanitarios, capaces de funcionar dentro de la sociedad.

La parentalidad es un proceso complejo que implica algo más que una madre o un padre proporcionando comida y seguridad al niño. Es un proceso bidireccional donde la clave es criar al hijo de la manera más saludable que sea posible. El papel del padre/madre implica proporcionar al niño un medio ambiente seguro y estable, garantizando las necesidades nutricionales, ofreciendo amor y apoyo y favoreciendo interacciones predecibles de naturaleza positiva. Como consecuencia, el desarrollo del niño será saludable y las experiencias vividas en la familia le permitirán adquirir conocimientos, valores, actitudes y conductas que en el futuro serán las bases de un adulto que contribuirá a su familia, a su comunidad y a la sociedad de un modo eficaz y adaptado. La calidad de la parentalidad no depende del tipo de estructura familiar donde se vive, depende de las conductas, interacciones y enseñanzas de los padres (Ibíd.).

- **Tipos de Familia Tradicionales**

- Familia nuclear: este tipo de familia esta conformada por dos generaciones, padres e hijos, estos están unidos por lazos de consanguinidad y conviven bajo un mismo techo, por lo que generan relaciones más profundas de afecto, intimidad e identificación. Este tipo de familia va variando su composición, evolucionando según su ciclo vital y con los cambios socioculturales en que se desenvuelven.

- Familia extensa o conjunta: este tipo de familia esta conformada por una pareja con o sin hijos, por lo demás componen la familia otros parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales, este grupo de generaciones comparte funciones y un techo. Este tipo de familia se daba con mayor frecuencia en zonas rurales, sin embargo, esta tipología ha aumentado en las zonas urbanas debido a las rupturas conyugales.
- Familia ampliada: permite al interior de la familia miembros no consanguíneos o convivientes como lo son vecinos, colegas, amigos, ahijados, compadres, etc. Estas familias se caracterizan por estrechos lazos de solidaridad y apoyo, compartiendo funciones dentro del hogar de forma temporal o definitiva. (Ibid)

- **Tipos de Familia de Nuevo Orden**

- Familia simultánea, antes denominada superpuesta o reconstituida: se integra por parejas, en la cual uno de ellos o ambos vienen de haber tenido otra pareja anteriormente, por esta razón es frecuente que los hijos sean de distintos padres o madres, siendo mayor el número de hijos que en las familias nucleares o monoparentales.

Por lo general estas uniones son de hecho, estando asociadas con las uniones libres, los cambios de valores y de ética cultural. Dentro de este tipo de familia se esta en varios procesos simultáneos, por lo que los hijos, deben alternarse entre distintas familias ya sea la materna, la paterna, es decir con quien no cohabitan.

- Familias monoparentales o uniparentales: esta tipología se da en casos de separación, de abandono, divorcio, muerte o ausencia forzosa de uno de los padres, siendo solo uno de ellos quien se hace cargo de los hijos conviviendo con estos. En relación a la situación de pareja esta supone

variadas formas desde cohabitar en forma temporal con la pareja hasta vínculos sutiles.

Dentro de esta modalidad se encuentran en aumento los progenitores solteros, ya sea de parte de las mujeres como de los hombres, esto incluye también a personas solteras que optan por la adopción de hijos. Otros reordenamientos que caben dentro de esta categoría son los grupos fraternos, tíos – sobrinos, abuelos – nietos.

- Familias homosexuales: esta tipología corresponde a la relación estable entre dos personas del mismo sexo. En caso de tener hijos a su cargo estos llegan por intercambios heterosexuales de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y procreación asistida. (Ibíd.)

- **Formas de Convivencias Diferentes a la Familia:**

- Díadas conyugales o parejas: Estas familias se constituyen por dos personas que por opción o imposibilidad orgánica no tiene descendencia, sin embargo viven juntos conformando una familia. Se les llama también parejas con status procreativo diferido.

Una variación de este tipo de familia, es la pareja homosexual, que deciden vivir juntos, sin descendencia.

- Estructura unipersonal o ciclo individual u hogar uniparental: esta tipología corresponde a personas solas que no comparten la vivienda. Esto es frecuente en las personas solteras, viudas y ancianas. Surgen por opción o necesidad, independientemente de su situación afectiva.
- Hogar o unidad domestica: en esta tipología las personas están unidas voluntariamente como una estrategia principalmente económica, no existe claridad sobre el tipo de relaciones que existe entre sus miembros,

pueden o no incluir vínculos sentimentales, de autoridad, de solidaridad, poder, etc. Algunas formas de este tipo de hogar más conocidas son: el gaminismo (niños de la calle), infantes institucionalizados (hogares sustitutos, orfanatos), nómadas o recolectores (cosecheros).

- La familia de origen: esta "constituida por la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos). Pese a los procesos de composición y recomposición y al aislamiento geográfico y/o funcional, la familia de origen será siempre la misma. Es importante diferenciarla de los otros grupos de la edad adulta, ya que la mayoría de las personas funcionan como mínimo, en dos sistemas familiares paralelos: el nuclear actual (pareja / hijos) y la familia de origen (donde inicio su existencia)" (Ibíd: 23)

2.2. Funciones de la Familia.

Autores como Winch (1963) y Cox (1999) (cit.post. Tironi, op.cit), plantean que la familia presenta 4 funciones primordiales, en relación al desarrollo de la vida de sus miembros.

- **Función de Reproducción**

- Función de reproducción biológica: todas las sociedades dependen de las familias para preservar la vida, generando nuevos nacimientos. Es en la familia donde nacen nuevas personas, y es en este núcleo donde se entrega a los individuos lo necesario para garantizar su sustento, hasta que logren la autovalencia e independencia económica.
- Función económica: los integrantes son los responsables de administrar los recursos generados por sus miembros. (Tironi, op.cit)

- **Función de Socialización**

Las sociedades dependen de las familias y la escuela, para que la socialización de sus miembros (obediencia, altruismo, y la conformidad), pueda funcionar con éxito dentro de la sociedad, (Ribeiro, op.cit)

Las familias constituyen el grupo primario de las personas, en la cual va desarrollando su personalidad, es aquí donde los sujetos definen la clase de personas, los valores y principios que guiarán su actuar. Este proceso se realiza de diversas formas, siendo la principal, la entrega de modelos para que el niño imite conductas que lo formarán a futuro (Teoría del Aprendizaje).

En la familia se aprenden a internalizar los valores, normas y aspectos que rigen la vida en sociedad, se adquiere el lenguaje y códigos de comunicación, costumbres, rituales, gustos e ideologías.

- **Función Afectiva.**

Esta función alude a las emociones y afectos. La familia es el espacio, que protege al ser humano de la dinámica de la sociedad, colaborando en la conformación de la individualidad. El ser humano encuentra aquí seguridad, intimidad y afecto. (Tironi, op.cit)

La opinión Psiquiátrica señala que posiblemente la mayor causa de problemas emocionales, de comportamiento y de las enfermedades físicas, es la falta de amor. (Ribeiro, op.cit)

- **Función de Comunidad**

“La familia es, además, una pequeña comunidad donde las nuevas generaciones adquieren sus bases morales y las herramientas para participar en comunidades mayores. Ella crea la capacidad de generar

responsabilidad y valores comunes, pues se coloca más allá de los intereses individuales” (Tironi, op.cit: 19)

También se plantean otras dos funciones que debe cumplir la familia (Ribeiro, op.cit)

- **Función de Regulación Sexual**

La familia es una de las instituciones más importantes por la cual las sociedades se organizan, además regula la satisfacción de los deseos sexuales de las personas. Todas las sociedades establecen normas en relación a las prácticas sexuales, prohibiendo algunas de estas que atenten contra dignidad y respeto del otro (violación, abuso, incesto).

- **Función de Definición de Status.**

La familia proporciona al individuo un status dentro de la sociedad, sin embargo, el individuo trae consigo varios de estos (edad, sexo, lugar por orden de nacimiento, etc.). Por lo demás la familia otorga ciertas categorías como religión, ideologías y clase social.

El status social de cada persona posee, determina las oportunidades que se le presenten, recompensas y expectativas.

2.3.- Ciclo Vital de la Familia

La familia constantemente esta experimentando cambios según la interacción de sus miembros con los componente internos y externos, según las etapas de desarrollo de sus integrantes y el contexto en el cual se desenvuelven. Esto repercute en el actuar de la familia y en cada uno de sus miembros.

Los individuos crecen y evolucionan a lo largo de su vida, esta evolución esta marcada por tres ciclos que se entrecruzan entre sí, entre ellos se encuentran, los individuos, las familias y las parejas.

"El Ciclo Vital de la Familia; referente a todo el grupo, en su interrelación generacional entre los miembros consanguíneos y los de afinidad. Ciclo Vital del Individuo; es el desarrollo intrínseco, ineludible, de cada persona, en correspondencia con la forma familiar o de convivencia que elija. Ciclo Vital de la Pareja; hace relación a dos personas que se unieron y formaron una familia con hijos." Quinteros, op.cit: 117)

El proceso de vida de una familia, de una persona o una pareja, pasa por distintos procesos evolutivos entre los que se encuentran varios supuesto:

- "El crecimiento del sistema familiar ocurre a través de la secuencia de etapas que se influyen mutuamente.
- Las etapas del ciclo vital son inexorables y, supérense o no, el sistema sigue funcionando.
- Las crisis propias de cada una de las etapas son normales y en esa medida previsible y superables". (Ibíd.)

De este modo la familia pasa por distintos ciclos que van determinando el desarrollo de este sistema, adaptándose al desarrollo individual de sus miembros, de los sistemas externos, según la transición de una etapa a otra:

- Formación de la pareja, etapa prefilial (noviazgo – cortejo – galanteo – compromiso): es el punto de partida de la formación de un nuevo sistema familiar, se inicia en el momento en que dos personas, que provienen de núcleos familiares distintos, establecen una relación afectiva sólida con

perspectivas reales de consolidarse hacia el futuro. No todas las relaciones con estas características logran formar una familia.

- Matrimonio o formación de la pareja: en este proceso dos sistemas familiares se unen, aquí ambos aportan con experiencias y con el deseo de constituir una familia con los parámetros universales de pareja con hijos. En este caso no importa el tipo de vínculo de la pareja, es decir, si se encuentran casados o se encuentran unidos por libre vínculo.
- Nacimiento de los hijos, etapa filial: en esta etapa la díada familiar se transforma en triada. Es la etapa en la cual los hijos llegan a la pareja, ya sea por distintos caminos, biológicos, adopción, procreación asistida, esto independiente del vínculo conyugal formado. En esta etapa existen distintos cambios al interior de la pareja, en ciertas ocasiones se dificulta la creación de espacios de intimidad entre estos.
- Familia con hijos en edad escolar: este es el proceso de socialización secundaria, lo que implica cambios importantes dentro de la familia. Existe un cambio en las relaciones familiares en relación a las normas y las reglas, que ya no son sólo impuestas por el sistema familiar, ya que el niño se comienza a relacionar con personas externas a su familia. En esta etapa el niño comienza su primer acercamiento con la independencia, en este periodo los padres deben ceder y dar espacios a sus hijos, permitiéndoles este desarrollo fuera del hogar.
- Familia con hijos adolescentes, intermedio de la vida marital: “período de máxima confrontación en las relaciones parentofiliales, en tanto se requiere que dejen de ser complementarias, para constituirse en simétricas, donde la autoridad paterna evite el choque generacional tan frecuente y acceda a la autonomía y naciente genitalidad del hijo adolescente. Siendo también básico el grupo de pares, sea el fraterno, el escolar o el social, al igual que para las relaciones heterosexuales”. (Ibid: 123). Este

periodo es complejo para los padres, ya que se deben asumir cambios en el ejercicio de la autoridad asumiendo la autonomía de sus hijos, para permitirles el desarrollo de la independencia.

- Desprendimiento de los hijos y reencuentro de la pareja, familia plataforma egreso de los hijos: en esta etapa los hijos abandonan el hogar, se independizan afectiva y económicamente, generando ellos mismos otros sistemas familiares. En esta etapa la familia pasa por una etapa de crisis, si los lazos entre los padres no son sólidos se tienden a dar procesos de separación o divorcio.
- Familia anciana, periodo terminal de la familia: durante esta etapa los padres creadores de la familia, ya se encuentran en la edad adulta mayor, estos se vuelven dependientes, y en ciertas ocasiones un miembro de la diada conyugal ya ha muerto.

“El Ciclo Vital de la familia es el desarrollo de la familia de dos generaciones, padres e hijos, hacia tres o más generaciones, creando y sosteniendo los patrones circulares de funcionamiento familiar, esto asume el crecimiento individual, familiar y social” (Ibíd: 125)

Se debe recalcar que las familias no mueren, se transmiten y se transforman generacionalmente.

3. FAMILIA EN CRISIS Y SUS TRANSFORMACIONES.

Actualmente la familia se encuentra en crisis debido a los distintos cambios que vive la sociedad moderna, los ritmos de vida más acelerados han generado una redistribución de roles y de labores en el hogar, lo que ha provocado un desequilibrio de ésta. Por esta razón han surgido nuevas problemáticas que la célula básica de nuestra sociedad debe intentar superar para adaptarse a los nuevos requerimientos sociales.

3.1- Sociedad y Familia

La historia de la sociedad Chilena ha sufrido diversos cambios, ya sean de carácter político, cultural, económico, estructural, educacional, demográfico, tecnológico, etc., estos cambios han afectado a su vez la institución de la familia. Por ello es necesario analizar el tipo de sociedad que estamos forjando para el futuro de los habitantes.

La familia y la sociedad están mutuamente ligadas entre sí y dependen la una de la otra, existiendo relaciones recíprocas, por tanto, las transformaciones que ha sufrido la sociedad en las últimas décadas, explican de alguna manera los cambios y transformaciones que han afectado a la institución familiar, sus miembros, los roles y funciones que estos deben desempeñar al interior del grupo primario. (Fromm, 1998)

Para Güell los problemas que aquejan a la familia chilena y que se relacionan con temas de educación, de trabajo, de salud y de seguridad ciudadana, "son sólo problemas, por duros que sean, y no crisis cuando no arriesgan una relación más profunda entre sociedad y familia" (Güell, n/d: 2), es decir, cuando la problemática sentida por la familia es también una problemática global de la sociedad. Mientras la problemática familiar se mantenga como un problema para el grupo familiar no hay problema en la relación familia y sociedad porque quiere decir que la sociedad contempla medios eficaces para dar solución a la problemática.

No obstante, ya sea por razones culturales o institucionales, de modernidad o de modernización, la sociedad no está proveyendo a la familia de los recursos y mecanismos necesarios para abordar problemáticas actuales y crisis familiares que se vinculan a los nuevos sucesos que imperan en la sociedad.

El problema radica cuando los problemas dejan de ser puntuales y se desbordan hacia los otros ámbitos de la vida familiar. Allí se comprueba que la

relación entre la familia y la sociedad deja de ser complementaria, ya que por una parte surgen nuevas demandas de la sociedad hacia la familia, y ésta última no cuenta con nuevos recursos para enfrentarlas o se han debilitado sus recursos tradicionales, generando fuertes tensiones e incertidumbres al interior del sistema familiar.

Las familias siempre se han visto expuestas a dificultades, no obstante, las problemáticas que enfrentan las familias actualmente, son vistas y sentidas como enormes crisis que tienden a desintegrar y desestabilizar a los miembros. A pesar de que las familias poseen mecanismos de resolución de conflictos, que son adquiridos a través de su interacción con el grupo familiar y que son traspasados mediante mecanismos de tradición, las familias actuales “no disponen de los recursos correspondientes, ni cognitivos ni materiales, ni de sociabilidad. Entre estos puede citarse el que las familias se ven obligadas a convivir con la inestabilidad laboral como un hecho estructural, con el trabajo femenino, con la transformación de la vida íntima o de la sexualidad”. (Ibíd: 2)

Existen, también, problemáticas para aceptar los nuevos roles familiares, teniendo en consideración el nuevo rol que cumple la mujer en la sociedad, las nuevas características que presentan los adolescentes y los nuevos estilos de crianza que sumen los padres en esta sociedad.

La entrada de la mujer al trabajo, y su consecuente ausencia en el hogar, han llevado a que los niños y jóvenes presentan niveles de libertad inéditos, los jóvenes del nuevo tiempo, deciden que hacer con su tiempo libre, con su cuerpo, con su sexualidad y acceden a medios de socialización como la televisión e internet, que se apoderan de la real responsabilidad que deben tener los padres en este proceso, debilitándose así mismo el discurso de la autoridad patriarcal o paternal y la correspondiente imagen maternal. (Olavaria: 2003). Los padres no están siendo capaces de entender y contener emocionalmente a sus hijos, ya que no saben como hacerlo, es por esto que los grupos de pares, como

los amigos y compañeros, como también los medios de comunicación, les dan respuestas a los jóvenes frente a sus problemáticas y dificultades.

Las familias en las que ambos padres poseen un trabajo remunerado se deben enfrentar a una redistribución de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos. Por lo general esta organización familiar no ocurre, lo que por consecuencia trae una sobrecarga y sobre exigencias hacia la mujer, la que debe asumir las tareas domésticas, el cuidado de los hijos, además de su trabajo formal. En el caso de las familias de escasos recursos, para enfrentar la carencia del rol materno al interior del hogar, deben acudir a la familia extensa u otros adultos que suplen el cuidado de los hijos. En otras ocasiones estas tareas se delegan a niños y/o adolescentes, en especial, en el caso de las hijas mayores, quienes generan una relación de tensión con sus hermanos hombres, ya que, por razones de género estos no asumen estas tareas. (Sernam, 1996)

Esta nueva organización familiar puede generar, también, una tensión al interior de la pareja especialmente cuando la mujer es mejor remunerada que su pareja, especialmente en los sectores populares, donde el hombre tiende a sentir un debilitamiento de su autoridad, en su rol de padre y esposo. Esto se da a partir de tres fenómenos. (Ibid.)

- El incumplimiento del rol proveedor.
- El debilitamiento de la imagen paterna, debido a que se generan unas nuevas.
- Nueva ideología que fomenta una mayor igualdad entre los sexos, lo que cuestiona el valor de autoridad en el género masculino. Lo que puede gatillar en el hombre un comportamiento violento hacia la mujer.

Las familias durante muchos años, volcaron la solución de sus problemáticas o crisis familiares hacia las redes sociales, abriendo los conflictos hacia el entorno inmediato, ya sea familiar, comunitario, sindical, eclesiástico, etc.

Actualmente las redes que proveyó la sociedad se tornan indeficientes y débiles, haciendo que las familias mantengan los problemas y conflictos dentro del mismo sistema, acentuando aún más la crisis.

Las familias responden a los impactos de la modernización, a través de una regeneración caracterizada por un aislamiento. La solución a las dificultades se encuentran dentro de la familia, y consisten en generar “un conjunto de lenguajes, recursos, distribución de roles y estilos muy particulares que les permite solucionar su problema, pero que las obliga a volverse hacia dentro porque esas soluciones no son compartibles para afuera ni encuentran legitimación y sustento en el medio social más amplio” (Güell, op.cit: 12)

A la familia la fortalecerá aquello que la descargue de las responsabilidades que la modernización chilena le está exigiendo. Lo que hay que rehacer es el pacto familia/sociedad, siendo las instituciones y el estado las que se encarguen de apoyar a las familias a manejar las crisis internas, ya que son producidas, a su vez, por factores externos, de este modo será posible que ingrese un tercer aliado: una ciudadanía fuerte que crea tiempos, espacios y lenguajes públicos.

3.2. Crisis de la Familia

La familia esta en una constante transmutación, algunos autores contemporáneos le llaman la crisis familiar. Los factores responsables de esta crisis que sufre la familia son las separaciones que sufren los matrimonios, la desformalización de las nuevas parejas, es decir la cohabitación aumenta sus índices en comparación con décadas anteriores. Los nacimientos fuera de la institución del matrimonio son cada vez mayores, “al punto de que ellos representan actualmente más de la mitad del total de los recién nacidos” (Tironi, op.cit: 13). A lo anterior se agrega que la mayoría de las madres son solteras y tiene menos de 20 años de edad, y la relación de pareja que mantiene con los

padres de los hijos, es muchas veces inestable o inexistente, lo que afecta de alguna manera la formación de la nueva generación.

Otro de los factores que afecta a la familia y la demografía es el envejecimiento de la población, esto debido a la disminución de la natalidad y del aumento de las expectativas de vida de las personas, producto de la mejora en la calidad de vida de esta. Para las próximas dos décadas "habrá una reversión drástica. Aumentará rápidamente la población económicamente inactiva y se plantearán nuevos desafíos a los sistemas de salud y previsión" (Ibid: 14).

La discusión pública sobre el tema de la familia y en particular sobre la crisis que ha estado afectando a este grupo primario, ha sido tema de análisis tanto para teóricos, como para la sociedad en general. Una de los lineamientos o teorías más fuertes y drásticas son los planteados por los comentaristas conservadores quienes culpan a la "Crisis de la Familia" de los problemas sociales, tales como, el fracaso, la deserción escolar, la delincuencia juvenil, la prostitución infantil, el abuso de menores, el embarazo adolescente, la drogadicción y alcoholismo, entre otros, dando a entender que de dar solución a la crisis familiar, estas problemáticas sociales declinarían.

La principal crítica que se le hace a este enfoque es "que se enmarca en una concepción muy tradicional de los roles de género (la mujer en el hogar, y el hombre en el mercado laboral), lo que, en el fondo carga, gran parte de la responsabilidad de la "crisis" en las mujeres, por que la misma se centra al parecer en el ámbito doméstico" (Ibid: 15). Esta perspectiva difiere de lo que realmente postula la modernidad, en donde se plantea la igualdad entre hombres y mujeres, en todas las estructuras de la sociedad.

El subsistema conyugal es quien por lo general regula el funcionamiento del sistema familiar, este subsistema también se ha visto

directamente afectado debido a los cambios que enfrenta la familia, situación que desestructura el equilibrio natural de los sistemas.

Dentro de las problemáticas que debe enfrentar el subsistema conyugal están presente conflictos como las diferencias de poder, situación que se ha acrecentado en la actual sociedad, situación que ha tenido un alto impacto en la pareja, en la medida que los roles del hombre y de la mujer están menos definidos.

En la vida de pareja, como en la mayoría de las relaciones cercanas se viven episodios de confrontación y conflicto, así como de paz y acuerdo. La mayoría de los conflictos se dan en distintos niveles ya sean vinculados al contexto socioeconómico cultural, emocional o político del cual una pareja forma parte. A demás de las características interpersonales que siempre están presentes en la vida familiar y de la pareja, esto es sólo una parte visible de un sistema más amplio en el cual están insertos y del cual reciben influencias. Muchos de los significados mitos y creencias deberían buscarse en el contexto más amplio, es decir en el microsistema. (Escartín, 2004 B)

Otro aspecto a considerar son los recursos económicos, aspecto que genera conflicto debido a lo que simboliza el dinero al interior del núcleo familiar, este en algunos casos representa el poder, se asocia al éxito, expresiones de cariño de padres que no saben expresar sus sentimientos afectivos.

Siguiendo con las dificultades que enfrentan las parejas se puede mencionar también las lealtades con las familias de origen, este es uno de los conflictos más comunes entre las parejas, ya que se pueden guiar en distintas direcciones, es decir hacia la familia de origen, a la propia familia, a la familia del resto.

Otro punto de conflicto son los hijos, etapa compleja de la familia, ya que se genera una situación triangular, lo que podría provocar exclusión de

uno de los miembros de la pareja, exige la presencia de nuevos roles, por lo demás los hijos generan alianzas con algunos de sus padres lo que provoca de forma inconsciente problemas de carácter relacional.

Otro aspecto dice relación con la intimidad al interior de la pareja, esto dice relación con la privacidad frente a los hijos y frente al mundo exterior. Muchas veces surgen tensiones por la imposibilidad de tener un espacio propio y personal donde poder pensar, vivenciar y sentirse protegido frente a los demás.

La pareja y el poder, es otro aspecto que genera conflicto en la relación de pareja, el matrimonio es una relación que requiere de un grado de mutua dependencia, haciendo que sea más o menos imperativo que cada miembro de la pareja sea capaz de dejarse influir por el otro. (Ibíd)

Pareja y comunicación es un punto fundamental dentro de la relación de pareja y que no esta exento de conflictos. Las parejas podrían superar sus problema y dificultades con mayor la claridad, si reconociera que muchas de sus frustraciones, rabias y desilusiones, ocurren por la no comprensión de los significados de aquello que buscan comunicar y de un sesgo en la interpretación de lo escrito o escuchado.

"Hoy en día la comunicación ha pasado a ser un aspecto central de nuestra convivencia y una exigencia para las relaciones humanas. Hay que comunicarse dependiendo de los signos y señales que son muy ambiguos, pero que informan acerca de las actitudes y deseos de los demás. Al codificar con el sistema propio y personal, se puede incurrir fácilmente en errores, especialmente si no se esta atento a verificar los significados".
(Sarquis, 1995: 34)

A raíz de lo mencionado anteriormente la familia puede verse enfrentada también a problemáticas más severas como lo son la violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción, sin embargo estas problemáticas pueden

deberse a factores externos que se acentúan debido a los problemas anteriormente señalados.

Una de las crisis importantes que vive una familia y una pareja es verse enfrentado a una situación de separación o divorcio. La separación es sin duda un acto complejo, que genera la vivencia de un duelo, ya que esto implica cambios a nivel social, familiar, legal, económico, emocional, relacional, ya que provoca cambios en la dinámica y estructura familiar. Implica una pérdida inevitable que todos los miembros de la familia deben enfrentar. La separación representa en mayor o menor medida un periodo de crisis que requiere de cambios y ajustes en toda la familia.

La gran mayoría de las personas que se separan viven un proceso de duelo, este sufrimiento no depende de la felicidad o infelicidad que se haya vivido con anterioridad, si no de la pérdida de las esperanzas, de las expectativas de las fantasías, en otras palabras de lo que pudo haber sido y no fue durante el matrimonio o vida en pareja.

“Durante las fases previas o posteriores a la ruptura del matrimonio, es que se manifiesten intensos estados afectivos en todos los involucrados. Son frecuentes las somatizaciones, así como las consultas por trastornos del sueño, apetito, ingestión de alcohol o tranquilizantes” (Ibid: 122)

Aunque la separación tiene distintos significados y consecuencias según el ciclo vital en que esta ocurra, así como el manejo que se le da en la pareja, casi siempre constituye un evento altamente estresante. Son comunes las bajas de autoestima, se comienza a revisar el pasado y comienza una incesante incertidumbre sobre el futuro.

En el ámbito más práctico, se retoma la vida con nuevas rutinas, el padre a cargo de los hijos se sobrecarga de responsabilidades y tareas. También suele ocurrir que los hijos comienzan un proceso de maduración más rápida. (Ibíd)

En relación a los hijos los más vulnerados son los niños, puesto que la función parental se ve alterada, desarrollándose en muchos casos inadecuadamente.

Por otra parte, el efecto psicológico varía según la edad de los niños, por ejemplo durante los 3 a 5 años de edad pueden ocurrir dificultades de identificación sexual, debido a la ausencia de modelos o patrones a seguir, todo ello unido a sentimientos de inseguridad. Los niños en esta edad poseen un pensamiento concreto, por lo que no logran entender el motivo por el cual sus padres se separan, por lo que en ocasiones su pensamiento los lleva a pensar que la separación se provocó por algún mal comportamiento de ellos. En los niños de 5 a 7 años de edad, la separación se vincula a una mayor tristeza, lo que puede provocar retraimiento y bajas en el rendimiento escolar entre otros.

Durante la infancia tardía se incrementa el sentimiento de culpa por la separación familiar, se acrecienta la baja autoestima y surgen sentimientos más claros de depresión.

Para prevenir la salud mental tanto de los adultos como de los niños, es importante que esta separación produzca la menor destrucción de la imagen de los padres. No se debe incurrir en la desvalorización de uno de los padres, ya que esto impide la completación de las etapas del desarrollo, de la adquisición de una identidad, aspectos fundamentales para una vida futura. (Ibíd)

3.3. Familias Multiproblemáticas.

Como mencionamos anteriormente nuestro contexto social ha variado según los nuevos cambios que la sociedad ha debido enfrentar, situación que ha repercutido directamente en el sistema familiar. Algunos de estos cambios son el consumo elevado, el rápido desarrollo tecnológico lo que unifica mentes, deseos y la vida en general, volcándose al individualismo y a la competencia.

Bajo estas características es que se comienza a formar un proceso modernizador y surge un nuevo enfoque en la historia de las ciencias humanas, denominado "familias multiproblemáticas", el cual es representativo de la posmodernidad.

Las familias Multiproblemáticas, son familias que están cargadas por un contexto social de poco soporte emocional, social y económico. Son denominadas de muchas maneras: familias pobres, desorganizadas, de bajos ingresos, disfuncionales, y familias en crisis continuas.

Por otra parte, las definiciones que desde la salud mental y la terapia se ofrecen acerca de estas familias, ha menudo no toman en consideración el contexto desfavorecedor en que se desenvuelven, es decir, su contexto social y cultural. Terapeutas y profesionales de la salud ha menudo focalizan las dificultades de las personas en aspectos intrapsíquicos, dejando de lado las condiciones sociales y económicas adversas que afectan las relaciones y la vida de las familias, haciéndolas sentir indefensas y desesperadas, con dificultades emocionales por pérdidas y abandonos lo cual se traduce en multitud de síntomas. (Universidad de Castilla, 2005)

Las familias multiproblemáticas poseen historias de crisis que no han sido completamente resueltas, lo que se transforma en un problema crónico dentro del núcleo familiar lo que provoca pérdidas emocionales o físicas, enfermedad y, en definitiva mucho dolor. Estas situaciones las sobrellevan con sentimientos de miedo hacia las pérdidas, el abandono, la aniquilación y también con sentimientos de ira, frustración y depresión. Esto se manifiesta en conductas disfuncionales con manifestaciones de violencia, abandonos o estilos negligentes de cuidados para los hijos. (Escartín, op.cit B)

Las familias multiproblemáticas pueden definirse como:

1. *“Presenta de forma simultánea, en dos o más miembros, comportamientos anormales (síntomas), y que estos sean lo suficientemente graves como para solicitar una intervención externa.*
2. *Los adultos de la familia presentan un serio déficit en sus habilidades funcionales (proporcionadoras de soporte para la subsistencia) y expresivas (soporte afectivo y cultural).*
3. *Los dos anteriores factores se realimentan mutuamente.*
4. *Presentan una fragilidad en los límites familiares con una apertura fácil de sus fronteras.*
5. *Dependencia crónica mutua entre los/as profesionales y la familia, generando una condición de homeostasis inter sistémica.*
6. *Con el tiempo se van produciendo modificaciones peculiares en los comportamientos sintomáticos”. (Astudillo, Miranda, 2006: 53)*

Por ello al intervenir o trabajar con estas familias no sólo se debe poner atención en el grupo familiar y en sus disfuncionalidades, sino también al medio que suele ser deficitario.

Este tipo de familias poseen variados problemas económicos y psicosociales, los cuales, se relacionan a su vez al desarrollo de los roles, especialmente en los paréntales y en la asunción del liderazgo, existe escasa delimitación de los sistemas y la progresiva tendencia a la inestabilidad psicosocial de los subsistemas familiares. Esto se debe a una inconstante organización de su estructura, en la cual más de un miembro de la familia presenta algún tipo de problemática, sin dejar de considerar los frecuentes problemas vivenciados por éstas y que son producto de las precarias condiciones de vida con las cuales se desarrollan. (Minuchin, 1979)

Este tipo de familias son también familias con alto contenido mitológico en su explicación de la vida y de las relaciones, poseen creencias irracionales, son familias altamente ritualizadas en algunas tareas, o por el

contrario con pocos rituales lo que proporciona a sus miembros identidad como grupo y sentimiento de pertenencia.

Existe una tipología para este tipo de familias, la cual combina aspectos emocionales con carencia socioeconómica, estableciendo una categorización:

- Familia desorganizada: escaso cumplimiento de las funciones parentales, cuidado negligente de los hijos, organización caótica del hogar, reglas implícitas o secretas, poca ritualización de la vida familiar.
- Familia socialmente enferma: conflictos de relación internos y con el entorno, dificultades en la red social; problemas con figuras de autoridad, desarrollando problemas legales.
- Ajuste defectuoso al medio: discrepancia entre metas y recursos; privación socioeconómica; fragilidad en los límites externos, tendencia a la desintegración y al desequilibrio; pérdida de la homeostasis familiar.
- Familia deprivada: graves carencias socioeconómicas, familias marginales, viven alejadas de la sociedad y de los servicios de protección social.
- Familia simbiótica: relaciones intrincadas de sometimiento y dependencia, violencia en forma de actos como forma de relación con escaladas complementarias. (Escartín, op.cit B)

Otra clasificación útil para identificar las familias con las que trabajamos es la de Cancrini y Cols. (1997, cit.post. Escartín, op.cit B) que presenta la siguiente tipología:

- Con padre periférico: aquí la organización práctica descansa sobre las mujeres, entre las que se destaca una figura materna caótica y desorganizada. A veces ella misma impide la presencia del padre.
- La pareja inestable: formada por padres muy jóvenes, incapaces de cuidar a los hijos, en pelea constante y con presencia constante de una de las Familias de Origen, las cuales adoptan en muchos casos la crianza de los hijos.
- La mujer sola: queda esta con los niños, es ineficaz en su crianza y con una carencia total de modelo paterno. Frecuentemente se enfrenta a la retirada de los hijos por las autoridades.
- La familia petrificada: tras la pérdida de varios miembros en situación traumática o de conflictos terroristas. Los supervivientes o algunos de ellos se quedan como paralizados deviniendo en multiproblemáticas por su pasividad e inoperancia.

La familia como se ha visto es un sistema básico dentro de los seres humanos, el cual se encuentra hoy en día en múltiples cambios adaptándose a los estilos de vida moderno, este a su vez provoca y genera nuevas tipologías de familias y nuevos conflictos, los cuales se deben intervenir, para proteger y resguardar a la célula básica de nuestra sociedad.

CAPITULO III

Sujeto Juvenil, ¿Qué es ser Joven Hoy?

Al utilizar el concepto "Juventud", "Periodo Juvenil", "Adolescencia", pareciera ser que todos se están refiriendo a lo mismo, sin embargo, constatamos que la categoría juvenil es muy diversa teórica y empíricamente. En el campo teórico las diferencias están marcadas por las distintas corrientes psico-sociológicas que se preocupan del tema, en el campo empírico es posible advertir diferencias según el lugar geográfico donde viva, la época histórica, la pertenencia a un determinado sector social, las características de la cultura imperante, etc. (Sandoval, 2007)

Por esta razón dentro de este capítulo caracterizaremos el proceso de adolescencia, describiendo sus distintas etapas, como estas influyen en la vida de los jóvenes y como estos se relacionan con el medio social.

1. ADOLESCENCIA

El hombre a lo largo de su vida pasa por diversas etapas evolutivas de acuerdo a su evolución y desarrollo, estas etapas se constituyen en la adaptación a su entorno ambiental, siendo cada una de estas determinantes en la construcción del individuo.

Las etapas de desarrollo son:

- **La Niñez.**

Esta es una etapa dinámica que comprende desde la infancia, corresponde a los dos primeros años de vida; primera niñez que comprende desde los 3 años de edad hasta los 7 años; segunda niñez comprende desde los 7 años hasta los 12 años de edad.

Durante esta etapa es primordial el apego de los padres hacia sus hijos, ya que este primer vínculo incide en la capacidad de relacionarse con el entorno, en la autoestima y seguridad de los individuos.

- **La Adolescencia.**

Etapa compleja para el individuo, ya que es una etapa de transición a una nueva etapa de la vida, asumiendo una identidad determinante. Durante esta etapa de desarrollo cobra importancia generar apego tanto con los padres como también con profesores, amigos, pololos y otras figuras significativas.

- **La Aduldez.**

Considerada como una etapa de plenitud para los individuos, ya que en esta etapa el adolescente comienza a establecer vínculos con sus pares y adultos.

Nos detendremos en la etapa juvenil o periodo de adolescencia, la cual se describe como una etapa compleja y de transición. Hoy en día el concepto de juventud ha variado debido a los distintos cambios sociales a los cuales se ha visto enfrentada nuestra sociedad.

El concepto o la noción que se tiene respecto a la etapa de la adolescencia es un concepto desarrollado en la época moderna, es por ello que para aportar a su definición variadas disciplinas se han interesado por hacer un aporte a su concepto, por lo que se este es amplio en su definición, ya que se toman aspectos tales como elementos psicológicos, físicos, biológicos, sociales, que van determinando e interviniendo en el proceso de desarrollo de los jóvenes.

Algunos autores han definido a los jóvenes como aquellos que ya no pueden seguir siendo considerados niños, pero que todavía no poseen la capacidad suficiente de maduración y de asumir responsabilidades

importantes. Bourdieu (1977) remite la juventud a las relaciones de poder entre las generaciones, es decir, los jóvenes son los que luchan por el poder frente a los adultos.

La juventud es considerada el período de la vida que con mayor intensidad evidencia el desfase entre las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. (Lozano, 2003)

Otros autores como Freud aseguran que la adolescencia se define como la etapa en donde se inicia el periodo de maduración, "la capacidad de amar y trabajar. En culturas menos sofisticadas, el adolescente es considerado como un adulto, preparado para casarse, tener hijos y educarlos. En sociedades más complejas como la nuestra, el adolescente es considerado todavía como un niño en la mayoría de los aspectos". (Freud, n/d cit.post, Papalia 1997: 470).

El periodo de la adolescencia es un periodo complejo para la gran mayoría de los jóvenes, ya que es una etapa del ciclo evolutivo del hombre, que esta marcada por un periodo de transición en el cual se pasa de la niñez a la previa adultez, por lo tanto este es un periodo de incertidumbres, inquietudes, hasta de desesperación, donde los jóvenes buscan su identidad. Es en esta etapa cuando se forman amistades íntimas, donde el adolescente comienza a desprenderse de los padres, proyectando su vida hacia el futuro. (Mc Kinney, n/d)

1.1. Características Propias de la Etapa de Adolescencia.

El concepto de adolescencia se utiliza para referirse a las personas que se encuentran entre los 13 y 20 años de edad, período entre la niñez y adultez, durante esta etapa se producen fuertes cambios a nivel social, sexual, físico y psicológico.

Las transformaciones más evidentes, a los que se ven afectados los adolescentes, son los cambios físicos, especialmente durante la primera etapa del período, desarrollándose de manera más rápida los órganos sexuales y funciones reproductivas. En términos de desarrollo físico se generan importantes cambios en la talla, estatura, peso y musculatura, se produce un cambio hormonal importante tanto en el hombre como en la mujer.

Este período también está caracterizado por el despertar sexual, definiéndose la condición u orientación sexual.

En relación al desarrollo cognitivo, el sujeto comienza a desarrollar operaciones y pensamientos formales, capacidad de pensar y reflexionar, extraer lo esencial de la información, estableciendo hipótesis, logrando constituir un pensamiento racional. Esta es la etapa de las operaciones formales, se produce la capacidad de abstracción obteniendo los máximos conocimientos. El joven razona de forma muy parecida a un científico, adquiriendo normas más lógicas, a través de una reflexión interna. Establece un pensamiento hipotético en base a teorías generales. (Piaget, 1972 cit.post, Papalia, op.cit)

El desarrollo social está marcado por una búsqueda de autonomía e independencia, el adolescente se debe adecuar a las normas y reglas impuestas por la sociedad. Surgen también en este período un importante proceso de toma de decisiones, se inicia el despertar vocacional desarrollando el adolescente una filosofía de vida propia, aspectos que ponen en juego el proyecto de vida. Surgen preocupaciones propias de esta edad como el consumo de drogas y alcohol, la sexualidad y el embarazo adolescente, entre otras.

En relación al desarrollo moral en este período, éste está marcado por la relación entre el desarrollo cognitivo y la edad. El individuo busca relaciones democráticas, tiene una actitud frente al tema de la ética y la moralidad, mantiene además una postura crítica tanto hacia la familia como a la sociedad.

Sin embargo, la principal característica que reviste este proceso de desarrollo es la búsqueda insaciable de identidad de los adolescentes, agudizándose la exploración personal, el adolescente indaga en formas de ser y de posicionarse frente al mundo, siendo la principal tarea resolver el “quien soy”, esta búsqueda se desarrolla durante gran parte de la vida, acentuándose en la etapa de adolescencia. Los cambios temporales, hacen que los jóvenes se cuestionen quienes son, en quienes se están convirtiendo y que esperan a futuro en la vida. (Papalia, op.cit)

El enamoramiento, también es considerado por algunos autores, como una forma de definir la identidad, ya que se crea una relación íntima con otro sujeto, en donde se comparten sentimientos, pensamientos, reflejando de esta manera, el adolescente, su propia identidad en la persona amada. Para Karceguis y Adams “las personas que han resuelto su propia crisis de identidad, especialmente en relación con sus objetivos profesionales, son más capaces de desarrollar relaciones íntimas con otras personas”. (Karceguis, Adams, 1989 cit.post, Papalia, op.cit: 475).

Uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es la elección por seguir una carrera; los adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar sus destrezas. El crecimiento físico y la madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta, y comienzan a adquirir nuevos roles dentro de la sociedad adulta. De la crisis de identidad, a las que muchos jóvenes se ven expuestos, surgen importantes aprendizajes, marcados por una constante fidelidad y confianza, no solo del joven hacia el exterior (compañeros, amigos comunidad) que puede ser catalogado como sentido de pertenencia, sino también de una confianza hacia si mismos. (Eriksson, 1968 cit.post, Papalia, op.cit).

1.2. Problemáticas Surgidas Durante la Adolescencia.

El periodo de adolescencia es considerado la etapa más crítica de la vida de las personas, esto debido a las transiciones a nivel conductual, cognitivo, sexual y social. La falta de experiencia respecto a la realidad social y familiar genera angustia y miedo en los jóvenes, que son gatillados por inseguridades.

Los principales problemáticas que presentan los individuos durante la etapa de adolescencia son: (Etcheverry, 2005)

- **Miedo a la Adolescencia.**

Este temor se genera debido al brusco cambio que experimentan los jóvenes tanto en el ámbito físico, sexual, intelectual y social, pasando de un estado de niñez a una búsqueda de la identidad adulta. En esta etapa se vive el duelo por la identidad infantil. En esta etapa se dan los índices más altos de suicidios o conductas suicidas, debido a la falta de motivaciones, expectativas y el deseo de no vivir.

- **Las Injusticias.**

Las injusticias más visibles y que afectan de mayor manera a los adolescentes son las de orden social, con una sociedad con una marcada estratificación social y económica, falta de oportunidades y desigualdades. Los jóvenes durante este periodo o etapa de desarrollo necesitan de una sociedad que guíe la formación o construcción de identidad, pero esta por el contrario obstaculiza este proceso. Los adultos ven a los jóvenes como seres temibles, cargados de defectos y problemáticas. (Instituto Nacional de la Juventud, n/d).

- **La Discriminación**

“La discriminación valorativa es uno de los más grandes obstáculos para la realización plena de los derechos humanos y uno de los factores que genera mayor violencia social” (Etcheverry, op.cit: 25). Esto ocurre debido a la falta de fortalecimiento educativo respecto a la aceptación de las diferencias, miradas, opiniones y actitudes. En este periodo se acentúan los estereotipos, los clanes y tribus sociales, ya que estas favorecen el desarrollo de las construcciones de identidad individual y cultural, es decir, a través del reconocimiento de las diferencias.

Sin embargo, existen otros tipos de discriminación que apuntan a la raza, religión sexualidad, política o de clase social, que contiene un factor negativo, “acompañada de una actitud valorativa que desconoce la igualdad de los individuos en tanto seres humanos” (Ibíd.)

- **La Violencia.**

El proceso de crecimiento, de maduración, conlleva a profundas crisis internas y duelos en los adolescentes, los cuales pueden concluir de forma severa.

Rozitchner (n/d cit.post Etcheverry, op.cit) sostiene que el período de adolescencia es una etapa confusa, en donde se deben enfrentar serias problemáticas que son difíciles de sobrellevar, por tanto, esta sobrecarga puede conllevar a un comportamiento agresivo y rebelde por parte del joven.

- **Temores al Futuro y Toma de Decisiones.**

Los temores en esta etapa se relacionan con la angustia que causa la obtención de la independencia y la definición de las aspiraciones. El desconocimiento sobre el medio que muchas veces no se domina y que se

presenta como un ente amenazador, maximiza los temores y conflictos en esta etapa. Aquí se adquieren mayores libertades, pero que van de la mano con nuevas responsabilidades y roles, se van perdiendo las seguridades que se gozaban durante la infancia.

El temor al fracaso, el deber seguir una vocación y dominar una profesión, son situaciones que gatillan serias inseguridades y angustias en los adolescentes, que de no lograr sobrellevar adecuadamente, podrían desencadenar en serias crisis juveniles.

- **Enfermedad y Muerte.**

El miedo es considerado "como una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo, daño real o imaginario, es una emoción vital y útil, que nos pone es estado de alerta, cataliza las sensaciones y aumenta la conciencia ante el peligro" (Roth, n/d cit.post, Etcheverry, op.cit: 17)

Existen ciertas enfermedades que provocan mayor angustia en los jóvenes y que al mismo tiempo pueden ser provocadas por temores, entre estas están:

- Anorexia Nerviosa.
- Bulimia Nerviosa.
- Depresiones.
- Ansiedades.

La muerte por su parte, sigue siendo el mayor temor en todo ser humano, ya que es un hecho desconocido, que se liga al dolor, al sufrimiento y a la pérdida. El adolescente siente riesgo y temor de muerte, tanto hacia los seres que ama (apego), como ante su propia muerte.

A modo de síntesis, en la etapa de la adolescencia confluyen procesos físicos, cognitivos y sociales, que van determinando el actuar y los intereses de los jóvenes. Es en esta etapa cargada de búsquedas, conflictos y definiciones, en que los jóvenes determinan procesos e identidades, proyectos y metas; y conductas que guiarán su devenir.

2. LA JUVENTUD EN LA SOCIEDAD MODERNA

La juventud es un tema netamente moderno, que se plantea en las sociedades contemporáneas. Para muchas sociedades pre-modernas, no existe diferencia entre etapa de niñez y la juventud produciéndose la distinción drástica entre la niñez y la vida adulta por medio de los conocidos rituales que incluyen, por cierto, en forma implícita o explícita, la iniciación a la vida sexual. (Mideplan, 2000)

Este proceso de diferenciación, de pasar del estado de un estado de niñez, solo se da en las sociedades actuales, caracterizado por un proceso de individuación progresivo desencadenado por la modernidad, "ser joven denota, más que un estado, un proceso dinámico en tensión hacia una personalización creciente." (Ibíd: 13)

La principal caracterización del periodo que va entre la niñez y la adultez es la afirmación del carácter y desarrollo de la personalidad. En este periodo se extiende la afectividad en el joven quién, este además busca una identificación con los modelos que ofrece la sociedad y al mismo tiempo quiebra los modelos paternos de identificación, como una forma de adquirir autonomía.

Los autores Mead, Mannheim (n/d cit.post Mideplan, op.cit) sostienen que las características de la juventud moderna no radican simplemente en los cambios biológicos que se provocan en los seres humanos, si no que también comprende otros aspectos sociales, especialmente la entrada de este grupo en la vida pública y es entonces cuando en la sociedad moderna "tiene

que enfrentarse por primera vez con el caos de las valoraciones antagonistas” (Ibíd: 13). Los adolescentes en sociedades más atrasadas no presentan conflictos psíquicos, ya que no existe una separación entre las enseñanzas entregadas por la familia en un primer proceso de socialización y las enseñanzas propias de la sociedad.

Hasta la edad de la pubertad el individuo vive con su familia y sus actitudes se están compuestas por rasgos característicos, afectivos e intelectuales de la familia. En el período de la adolescencia los sujetos tienen sus primeros contactos con nuevas amistades, la vecindad, la comunidad y ciertas esferas de la vida pública. Por ello el adolescente, además de encontrarse en un pleno período de cambios biológicos y psicológicos, entra en un mundo nuevo donde los hábitos, costumbres y sistemas de valor son diferentes de los conocidos por él hasta ese momento.

El joven busca en la familia un espacio psicoafectivo, su red social y su medio de socialización. Los conflictos generacionales no parecen ser la tónica de la juventud de las últimas dos décadas. Los jóvenes forjan su identidad juvenil en complemento con el mundo adulto, la familia pasa a ser un espacio fundamental en la vida de los jóvenes y estos necesitan de esta constante reciprocidad. En la actualidad los rasgos de acuerdo con los padres se han acentuado. (Espinoza, 1998).

2.1. Historia De La Juventud En La Sociedad Chilena.

El concepto de juventud y la mirada de ver a estos ha sufrido diversas modificaciones a lo largo de la historia social del país. En los años 60 los jóvenes eran vistos únicamente como jóvenes universitarios y jóvenes trabajadores, con un sentido de acción participativo. Durante el período dictatorial aparece un nuevo concepto de joven, el joven poblador y los jóvenes excluidos o marginales, aquellos que protagonizaron numerosos desórdenes públicos y protestas contra el gobierno militar, enfrentamiento con carabineros y fuerzas de orden. (Molina, 2000)

La participación social de la juventud de los 80, generalmente se limitó a actividades en clubes deportivos y actividades religiosas; no existían canales sindicales, de movimientos estudiantiles u otros de participación social que le permitiese el acceso a integrarse a la sociedad. "Las actividades de carácter religioso tendrían un sentido comunitario, comunidades cristianas de base, que posibilitaba una pacífica convivencia social". (Ibíd: 2)

Los Jóvenes de la década de los 90 hasta estos tiempos, nacieron cuando la televisión estaba incorporada en sus hogares, crecieron utilizando videojuegos, mientras en el país se masificaba el uso de computadores y la televisión por cable, por ello, son miembros de la cultura audiovisual e informática.

El conjunto de cambios ocurridos en la cultura contemporánea y las nuevas corrientes culturales de la sociedad están afectando a los jóvenes, sus valores, percepciones y expectativas de futuro. Los cambios culturales juveniles son el resultado de los cambios experimentados en las familias chilenas como lo es la incorporación masiva de la mujer en el mundo laboral, lo que provoca su ausencia en el hogar, otorgando mayores libertades a los jóvenes. Las familias están siendo más permisivas y flexibles para enfrentar estos cambios en los adolescentes, sin embargo esta no tiene la capacidad de entenderlos y contenerlos frente a tales cambios, lo que genera que estos busquen refugio y apoyo en su grupo de pares.

Para Duarte (1994) la juventud es estudiada a partir de la aplicación de una idea de los jóvenes totalmente predeterminada, de manera globalizada, no tomando en consideración las diferencias existentes entre los jóvenes campesinos, pobladores, estudiantes, etc., de esta manera se procede a estigmatizar a los jóvenes como sujetos rebeldes.

Los jóvenes chilenos son estigmatizados a menudo como "apáticos, anómicos y carentes de inquietudes; estereotipados como sujetos proclives a la violencia y la delincuencia, no encuentran hoy espacios confiables donde poder

mostrarse. Las autoridades, por su lado, diseñan planes y programas buscando una equidad que nunca llega, en gran medida porque los jóvenes son tratados también como meros recursos económicos, a ser domesticados para ser funcionales al modelo" (Molina, op.cit: 3)

El concepto de décadas anteriores respecto al proceso de juventud a puntaba y se consideraba como un proceso natural, biológico y psicológico, sin diferencias, independiente de los procesos históricos y culturales de una sociedad. Las acciones de los jóvenes no eran consideradas como significativas para el mundo adulto ya que proviene de un periodo de inestabilidad de los sujetos. Sin embargo en la década de los 90 la sociedad enfrenta nuevos cambios conceptuales respecto a lo juvenil, viendo a los jóvenes como seres con identidad propia, en una constante búsqueda.

El capítulo anterior nos refleja los procesos que debe vivenciar el hombre durante la etapa de adolescencia, etapa que se caracteriza por un constante transformación a nivel físico e intelectual, además de una constante búsqueda de identidad y de conocimiento del yo.

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO IV

Estado de Salud en Chile

La salud en Chile enfrenta un crucial desafío de adaptarse a las nuevas características de la población. Hay al menos tres fenómenos que afectan a nuestra sociedad y que tienen una consecuencia en el tipo de servicios sanitarios que requerimos.

- En primer lugar, han cambiado las enfermedades que padecemos los chilenos producto del aumento de la esperanza de vida.
- En segundo lugar, nuestro estilo de vida más confortable y sedentario nos está predisponiendo a ciertas enfermedades que podríamos prevenir.
- En tercer lugar, a raíz de nuestro desarrollo y de los nuevos avances de la medicina, los servicios de salud se han encarecido por una parte y por la otra han ampliado su cobertura, lo que requiere un cierto reordenamiento del sector.

La respuesta que ha dado la autoridad a este nuevo escenario es la Reforma de Salud o el llamado Plan Auge. Esta nueva legislación ha abordado no sólo lo referido a la demanda de salud, sino también a la oferta pública y privada, a la autoridad sanitaria y a su financiamiento.

1. POLITICAS DE SALUD

El Gobierno de Chile con el propósito de lograr un país más próspero y más justo, en el ámbito económico y social, con más integración, más oportunidades y mejores perspectivas para todos, ha desarrollado acciones concertadas en los distintos sectores de la sociedad, donde el Estado juega un rol fundamental. Los grandes cambios que se requieren en educación, en

innovación, en salud, vivienda, seguridad social, entre otros, sólo son posibles de lograr con una Administración Pública cada vez más profesionalizada, moderna y eficiente, donde los valores de la probidad y la transparencia guíen su accionar.

Por ello la actual Política de Salud sienta sus bases en algunos principios, los cuales son:

- Marco ético de los derechos humanos, considerando el derecho a la vida, a la salud, entre otros.
- Universalidad, se hace cargo de los problemas de salud de todas las personas, sin consideración de sus condiciones sociales, de género, económicas, culturales, religiosas, multiétnicas, entre otras.
- Equidad en la cobertura, el acceso y la oportunidad a la atención de salud, en la erradicación de discriminaciones y exclusiones de todo tipo.
- Solidaridad, teniendo mayor aporte desde las personas con más recursos a aquellos que tienen menos, desde los sanos a los enfermos, de los jóvenes a los viejos y hacia las mujeres en edad fértil.
- Integralidad con perspectiva biológica, psicológica y social (modelo Biopsicosocial).
- Continuidad de los cuidados, que abarca desde la promoción, prevención, curación y rehabilitación, con calidad y respeto a la dignidad de las personas en la atención y los cuidados de salud.
- Empoderamiento de la población, por medio del fortalecimiento de la comunidad y el ejercicio del control social, fortaleciendo los procesos de autocuidado y promoción de su propia salud con hábitos saludables.

- Democratización, a través de la constitución y el fortalecimiento de los espacios de participación, como los consejos (consejos consultivos, consejos de desarrollo local, consejos de salud, consejos intercomunal de desarrollo en salud, etc.)
- Descentralización, a través de un mayor poder de gestión y decisión regional. (Larraín, Vergara, n/d)

En base a estos principios básicos de la Política de Salud es que se formuló y elaboró la actual Reforma de Salud. Los procesos de reforma para la salud son múltiples y variados ya que estos deben adaptarse a los contextos históricos, políticos, económicos, sociales y culturales que cada país y región poseen.

En Chile, el proceso de reformas se inicio hace años atrás, estas abordan los diferentes aspectos del sistema sanitario del país. En un inicio el énfasis estaba en los recursos económicos, es decir, buscaba cambiar los sistemas de asignación de recursos, siendo estos acorde a los principios y fines del nuevo sistema. Otro aspecto abordado fue el área administrativa y la de gestión, donde se trato de descentralizar y modernizar el ámbito público. (Ministerio de Salud, n/d B)

Es por ello que se crea el Programa Reforma y Modernización del Estado (PRYME), el cual tiene como objetivo contribuir a una gestión más eficiente, transparente y participativa de la administración del Estado, a través de incentivar en los servicios públicos la incorporación de prácticas, herramientas y tecnologías de información que contribuyan al mejoramiento de la producción de bienes y servicios.

El PRYME desde su creación el año 2000, en el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar, ha asumido distintas temáticas asociadas al macro-objetivo inicial de la modernización del Estado, rediseño institucional, descentralización y

desconcentración, modernización de la gestión pública, participación ciudadana y transparencia en la gestión pública. (Larraín, Vergara, op.cit.)

Bajo el marco de la Reforma y Modernización del Estado, es que en el área salud se ha impulsado una reforma para el sector salud, profunda y modernizadora. Posteriormente en el año 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco proyectos de ley que en su conjunto conforman la Reforma de Salud, que rige actualmente. Esta vez se pretendía reformular los programas de salud, con el objetivo de:

- Ajustar la oferta programática a las necesidades de salud de la población, incorporando mayores niveles de calidad en las prestaciones, orientar las acciones hacia aquellas áreas definidas como prioritarias, privilegiar acciones que tengan un mayor impacto costo – efectividad, relevar las acciones de promoción y prevención y aumentar los grados de participación social en la definición de las acciones a ejecutar.
- Nuevo modelo de atención (Biopsicosocial), este cambio busca poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud - enfermedad, orientado hacia la familia y la recuperación. (Gyarmnti, n/d)

Luego durante el año 2005 entra en vigencia la nueva Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del nuevo sistema de Salud chileno.

2. REFORMA DE SALUD

La actual reforma de salud ha sido pensada para dar respuesta a las necesidades de los usuarios, quienes son el eje central de todas las acciones que se están emprendiendo.

La reforma se materializó con la aprobación de cuatro leyes que modifican el sistema hasta el momento vigente:

Ley 19.966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE)

- Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificatorio del Decreto Ley 2.726 de 1979).
- Ley 20.015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
- Ley 19.888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan AUGE. (Ministerio de Salud, op.cit B)

2.1. Las Personas en el Centro de las Políticas

El mecanismo elegido para cambiar el paradigma permite poner a las personas, en su condición de titulares de derechos en el centro de la política.

La reforma se orienta desde una óptica sanitaria o de salud pública, de tal modo que es en base a las enfermedades que se ordena la gestión y la asignación de los recursos. Pero a su vez, esta perspectiva se invierte de la entrega de titularidad o poder a las personas para que pudieran exigir, sin importar el sistema al cual se encuentra afiliado. De este modo, lo importante pasa a ser el cumplimiento de la garantía y no la titularidad del prestador, evitando discriminaciones y dando la mayor relevancia al resultado final para el ciudadano, quien exige que se le cumpla un derecho. (Drago, 2006)

En el eje de la reforma está la creación de una partícula jurídica que no existía con anterioridad, las GE. Esta partícula permite crear un derecho que se incorpora al patrimonio de las personas al momento del diagnóstico o sospecha de la patología. Este derecho pasa a ser exigible, creando mecanismos *ad hoc* para asegurar su reivindicación. Antes de la reforma, el Estado era el responsable, dentro de su limitación de recursos, de procurar la atención de salud. Las personas tenían derecho a solicitar atención curativa, pero con una difusa

exigibilidad, lo que se traducía en tiempos de espera sin control por el beneficiario. (Ministerio de Salud, op.cit B)

En los afiliados al sistema privado no existía una clara delimitación de los costos máximos a asumir, traduciéndose en situaciones de responsabilidad pecuniaria que muchas veces excedían las capacidades del cotizante, pasando a la insolvencia y a la pobreza.

Ahora las personas son reconocidas por las Garantías Explícitas como titulares de derechos de modo explícito, y el aparato del Estado y/o el sector privado correspondiente, son los responsables de darle cumplimiento. La universalidad, exigibilidad y los estándares de oportunidad y calidad son definidos de modo explícito, se incorporan al patrimonio de las personas como derechos, incluso para quienes no contribuyen al financiamiento del sistema.

Observaciones desde el punto de vista de la tarea del Estado, las GE también permiten impulsar una reorganización de su accionar. Ordena y articula los elementos de recursos, al establecer un resultado evaluable en su impacto; la gestión al tener que ordenar los medios al cumplimiento de las GE; y la priorización sanitaria, al establecerse las GE en un marco de objetivos sanitarios, todo de un modo que permite abordar directamente las aspiraciones de las personas.

Esta reforma posee tres motores que la impulsan.

- Nuevo Modelo de Atención: el cual se centra en la familia y en la comunidad con un fuerte énfasis en la promoción y prevención de los factores de riesgo para la salud. De esta forma se espera que las comunidades accedan a un sistema de atención moderno y humanizado, de tal forma que las familias y comunidades se sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud.

En los desafíos que requiere el nuevo modelo, el estar “sano” va más allá de factores exclusivamente genéticos, biológicos y abordables solamente desde la perspectiva médica, sino que reconoce la relevancia del entorno físico, cultural, ambiental y social en el cual se desarrolla la vida cotidiana de las personas.

El nuevo modelo se destaca por ser integral, sistémico, promocional, preventivo, participativo, socio-territorial y orientado a cuidar la salud de las personas. Por ello promueve y facilita acciones que favorezcan una atención eficaz, eficiente y oportuna, considerando a las personas en su totalidad, ya sea física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y contextos, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, económico, social y cultural. (Seremi de Salud, n/d)

- Sistema Gestionado en Red: donde los servicios de salud se hacen responsables por coordinar la atención de salud que reciben los habitantes de su territorio, en cada uno de los niveles de atención, ya sea primaria (consultorios), secundarios (centros de especialidades) y terciario (hospitales).
- Autogestión Hospitalaria en Red; la cual se orienta a que los establecimientos fortalezcan su oferta de atención y den respuesta a la demanda de la población del territorio al que pertenecen, como también aquella solicitada como apoyo por otros servicios de salud. (Ibíd)

2.2. Pilares Fundamentales de la Reforma de Salud.

La reforma de Salud se funda bajo cinco pilares fundamentales, los cuales son:

- **Autoridad Sanitaria.**

Se convirtió en la ley N° 19.937 el 24 de febrero de 2004. Este proyecto entiende por Autoridad Sanitaria a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud, promoción, prevención, curación y rehabilitación de la población. Su rol principal será la rectoría, regulación y fiscalización de los sectores públicos y privados de la salud, y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población.

La Autoridad Sanitaria residirá, en lo fundamental, en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y que tengan atribuciones en éste ámbito. Entre sus funciones se destacan:

- Elaborar y dirigir las políticas nacionales de salud.
- Definir los objetivos nacionales de salud.
- Fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias.
- Definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención.
- Fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.
- Definir el plan de salud y establecer sus garantías.

De este modo se reestructura el Ministerio de Salud, los Seremis y los Servicios de Salud, se crean los llamados "hospitales de autogestión en red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. (Seremi de salud, n/d B)

- **Plan AUGE.**

El Plan Auge se convierte en la ley N° 19.966 el 3 de septiembre de 2004, comenzando a regir el 1 de julio de 2005 con 25 patologías, actualmente contempla 56 nuevas patologías.

El objetivo del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas es garantizar a la población la equidad en el acceso a la salud, independientemente a que seguro de salud se este afiliado, incorporando tanto al sector publico como FONASA y al sector privado como las Isapres, de este modo no toma en consideración la capacidad de pago que tengan las personas. Este plan toma una serie de enfermedades o condiciones de salud como prioritarias para su aplicación y posterior intervención, entre estas se encuentran varios tipos de cánceres, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas, traumatismos con riesgo vital y atención del embarazo. Estas garantías se traducen en que cada persona, de someterse a un tratamiento para alguno de los males contemplados en el plan, sepa cómo la atenderán, en qué plazos de tiempo y cuánto será el precio máximo a pagar por el tratamiento. (Gobierno de Chile, n/d)

- **Instituciones de Salud Provisional.**

Este proyecto se convierte en la ley N° 20.015, el 17 de mayo de 2005. Este proyecto tiene como objetivo resguardar a las personas afiliadas a una Isapre en diversos aspectos. Entre estos aspectos se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, también se obliga a las Isapres a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), entre estos beneficios se incluyen las patologías del Plan AUGE en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes.

- **Derechos y Deberes de las Personas**

Este proyecto aún está en discusión en el Congreso. A través de esta legislación se pretende normar la relación entre los prestadores de salud y las personas.

El proyecto de los Derechos y Deberes de las personas consiste esencialmente en entregar una atención en forma oportuna a los pacientes, sin discriminación de sexo, orientación sexual, etnia, raza, religión, condición física o mental, nivel socioeconómico, ideología, afiliación política o sindical, cultura, nacionalidad, edad, información genética, sistema de salud u otras condiciones. (Congreso Nacional n/d)

Este proyecto distingue dos tipos de prestadores de salud:

- Institucionales (hospitales, clínicas y consultorios)
- Individuales.

Esta iniciativa pretende proteger los derechos de las personas a recibir un trato digno y de forma respetuosa en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Para cumplir con ello, los prestadores de salud deberán utilizar un lenguaje adecuado y comprensible, utilizando normas de cortesía y amabilidad, debiendo indicar si el servicio asistencial tiene fines académicos, pidiendo la autorización a los usuarios. (Ibid)

Otra de las normativas que se deben cumplir para llevar a cabo este proyecto es otorgar a todas las personas el derecho a la compañía familiar y a la asistencia espiritual. En los territorios con alta concentración indígena, los prestadores de salud públicos deberán asegurar la atención en base a un modelo de salud intercultural, que reconozca las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios, de este modo también los establecimientos deberán tener señalizaciones en castellano y en la lengua del pueblo originario.

Entre los derechos que se establecen en esta ley es que todo paciente posee derecho a informarse respecto de la atención y las acciones de salud que se realizarán. Otro aspecto a considerar es que los prestadores deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención en salud. El personal de salud deberá contar con su identificación a la vista. (Ibíd)

La atención de salud a personas con discapacidad física o mental o privadas de libertad, deberán regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud.

- **Financiamiento**

El implementar en Chile el Plan Auge, ha traído un costo de \$153.000 millones. Por esta razón para poder financiar este plan se ha planeado crear un fondo solidario, que reciba aportes de las Isapres, de Fonasa y también del Estado, el cual se redistribuya a las mismas entidades de acuerdo a cuántas personas tenga cada una en riesgo o afectadas por las patologías contempladas por el AUGE. (Gobierno de Chile, op.cit)

3. POLÍTICA PÚBLICA EN PROMOCION DE LA SALUD

La promoción de la salud es un proceso en el cual las personas logran mejorar el nivel de salud asumiendo un mayor control sobre sí mismas. En este sentido se consideran tanto acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio del empoderamiento y construcción de un sistema social que le permita vivir más saludablemente. (Alemany, 2005)

Hoy en día la promoción de la salud adquiere gran relevancia puesto que debe dar respuesta en forma oportuna y eficaz a las necesidades de salud de la población. Los determinantes sociales son parte fundamental del

origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual. La Reforma de Salud en Chile explicita la relevancia de avanzar hacia un sistema de salud equilibrado, donde la equidad, la prevención y la promoción son fundamentales.

El concepto de salud integral desde un paradigma bio-psico-social-ecológico, posee dos conceptos que son centrales.

- El rol de la Comunidad en Salud
- La Promoción de la Salud

De este modo será posible alcanzar un real impacto en las condiciones de salud de la población. El proceso de prevención debe ser balanceado en relación a las acciones de tratamiento y rehabilitación, a través de estrategias integrales e innovadoras. La Promoción de la Salud se considera esencial para alcanzar los objetivos sanitarios nacionales e internacionales. (Anónimo, n/d B).

3.1. Estrategias de Promoción de la Salud

- Abordaje por contextos - entornos para promoción de salud
- Comunidad y desarrollo comunitario
- Trabajo interdisciplinario e intersectorial
- Educación en promoción de salud
- Comunicación en promoción de la salud
- Políticas públicas saludables e inclusión social (medicinafamiliaruc.cl)

3.2. Política Pública y Salud Mental Infanto-Juvenil como Problemática Pública

El Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) en el año 2001, publica la Política Nacional y Plan de Acción integrado a favor de la

Infancia y la Adolescencia (2001), todo ello dentro del marco ético, valórico y programático, dentro del cual debían sentarse las iniciativas públicas y privadas dirigidas a los niños y adolescentes durante el periodo 2001 al 2010.

Desde el período en que el Estado de Chile ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño (1990), se vuelve una obligación asumir el principio de integralidad de estos derechos, esto es, la necesidad que la aplicación de las políticas públicas se den de manera coordinada, flexible y considerando la diversidad de necesidades de los niños, adolescentes y sus familias (MIDEPLAN, 2000).

La infancia y la adolescencia han producido un potente interés en la agenda pública nacional, y el ámbito de la salud mental no ha quedado ajeno a ello.

En el inicio de la presente década, el MINSAL declara públicamente sus objetivos sanitarios para tal periodo. Una de las tareas prioritarias es la de enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad, intentando reducir las muertes y la discapacidad.

En ese contexto aparece una referencia a las enfermedades mentales, las cuales "generan una inmensa carga para la sociedad. No sólo por el aumento de su prevalencia, sino porque son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida" (Abarzúa, Gonzalez, 2007:155).

Por ello se elabora el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, documento cuya aspiración fue la de convertirse en el marco regulatorio, tanto para las entidades públicas como privadas, de las acciones en el área de la salud mental durante el decenio 2000-2010. Este documento pone su énfasis en función de ciertas variables sanitarias:

“Las prioridades de atención de salud mental se han definido sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, su costo económico de años de vida saludable (AVISA), la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlas” (Ibid: 157).

4. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

La solución de los problemas de salud mental constituye indiscutiblemente una tarea importante dentro la salud pública. Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales. El impacto de las enfermedades mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también económicos.

Es por ello que en nuestro país se han tomado distintas medidas como lo son las reformas o políticas de salud que dan respuesta a estas patologías, como bien es el caso de la salud mental.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría recoge y ordena la experiencia de trabajo de muchas personas que en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales de la salud hicieron un aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió la elaboración de este plan. En este se señalan las acciones que el Estado debe seguir para que se mejore el bienestar y la salud mental de los chilenos.

“El Plan tiene como propósito contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales, y el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”.
(Minsal, 2000: 16 B)

Los avances logrados en Chile en los últimos 10 años, como el desarrollo de la red de centros de salud mental y la puesta en marcha de programas en diferentes niveles del sector público de salud, son el resultado de la aplicación de un nuevo modelo de atención comunitario en salud mental y psiquiatría.

"El Plan Nacional ha sido un elemento fundamental en este proceso, ya que ha permitido a los especialistas en salud mental demostrar a los salubristas y a las autoridades sanitarias cómo se puede responder a las necesidades de salud mental de la población con acciones basadas en datos probatorios y que se pueden generalizar a todo el país". (Ibid: 1)

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría promovió la inversión en nuevos recursos y la reconversión de los recursos de los servicios tradicionales de psiquiatría. Además, apoyó la gestión de las redes locales de salud mental mediante la formulación de objetivos claros y la elaboración de medidas eficaces. Al mismo tiempo, ha favorecido que las innovaciones incorporadas se adecuen a las realidades socioculturales y a los recursos de cada región del país.

El nuevo modelo de atención de salud mental y psiquiatría se ha insertado en el sector público de salud chileno gracias a que ha pasado a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales y de las metas del proceso de reforma del sector de la salud, a esto han contribuido también la aplicación de mecanismos financieros adecuados, la puesta en marcha de un sistema de información específico para la salud mental, el aporte de los programas de salud mental de los 28 servicios de salud del país y la práctica diaria de cientos de equipos multidisciplinarios.

"El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en "el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de

salud mental y psiquiatría en red dentro del sector de la salud y junto con otros sectores en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios". (Ibid: 2)

4.1. Modelo de Intervención

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.

"El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria". (Ibid: 4)

- **Estrategias**

Intersectorialidad en salud mental, el sector de la salud debe coordinar con otros sectores del gobierno y de la sociedad civil, y es un primer paso hacia la elaboración de una política y de un plan intersectorial de salud mental en Chile. Para los próximos años se han definido cuatro ámbitos de acción: las escuelas, los centros de trabajo, los barrios y comunas, y las personas en conflicto con la justicia.

"Programa de Salud Mental, tiene el propósito de orientar la programación de los recursos y las prestaciones del sistema. Prevé la detección, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como actividades de promoción y de prevención, según el nivel de resolución, el equipo o establecimiento y el contexto en que se realiza la acción".(Ibíd; 5)

Las prioridades programáticas, se definieron tomando en cuenta algunos indicadores epidemiológicos como la prevalencia, el impacto social, los tratamientos y las intervenciones más eficaces en función del costo, y la disponibilidad de recursos humanos capacitados en salud mental y psiquiatría. Para la primera etapa de aplicación del plan (2000–2010) se dio prioridad a las siguientes acciones:

- "Promoción de la salud mental y de la prevención de los riesgos.
- Atención a los niños y adolescentes en edad escolar con trastornos de atención e hiperactivos.
- Atención a las personas con trastornos mentales asociados con la violencia (maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política durante el período 1973–1990).
- Atención a las personas con depresión.
- Atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia.
- Atención a las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia.
- Atención a las personas con dependencia del alcohol y las drogas". (Ibíd: 6)

- **Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría.**

La creación y el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental y psiquiatría comunitaria tienen como objetivo facilitar el acceso a los servicios y a las acciones sanitarias en instalaciones más cercanas a su residencia.

- **Estructura Organizativa.**

La estructura organizativa de los servicios de salud mental sigue el mismo enfoque del sistema de salud de Chile. La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud es el órgano rector y normativo, mientras que en los 28 servicios de salud del país funcionan unidades de salud mental encargadas de la gestión de los programas en sus respectivas áreas geográficas. Estas unidades están constituidas, en su mayoría, por profesionales de diversas disciplinas que trabajan a tiempo parcial, pero muy motivados y comprometidos con la salud mental de las personas y de la comunidad.

Su función principal es garantizar la puesta en marcha y el funcionamiento de los programas locales, desarrollar y coordinar la red de salud mental y promover la relación con otros sectores y actores locales a fin de dar la mejor respuesta a las necesidades de la población en su área de acción. (Minsal, op.cit A)

- **Inversiones para la Salud Mental.**

La puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de mayor financiamiento público con nuevos recursos y solo de manera secundaria la reorientación de los fondos existentes. El plan propone incrementar el presupuesto destinado a la salud mental entre 0,5 y 1,0% anual a partir del presupuesto general de salud, de manera que el aumento alcance el 5% de dicho presupuesto en 5-10 años.

Esta propuesta se fundamenta en el impacto que tienen las inversiones en la promoción, la prevención, la detección y el tratamiento oportunos. Además, representan un gran ahorro debido a la reducción del número de tratamientos prolongados de mayor costo y de licencias médicas, servicios de rehabilitación y servicios de apoyo social.

- **Regulación.**

Se regula a través del desarrollo de sistemas para evaluar los estándares de calidad de los diversos establecimientos de salud mental y psiquiatría del sector público.

- **Agrupaciones de Usuarios y Familiares.**

Las organizaciones formales de usuarios de servicios de salud y de sus familiares son relativamente nuevas en Chile a inicios de la década de 1990. En el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 se resalta explícitamente el papel y la utilidad de estas agrupaciones en todas las etapas del tratamiento y se promueve la interacción constructiva entre los profesionales y esas agrupaciones. Además, se expone la conveniencia de motivar y capacitar a personas con aptitudes de líder para que dirijan esos movimientos.

4.2. Dificultades y Falencias

- **Resistencia Natural al Cambio.**

Como en todo proceso de transformaciones profundas, la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ha despertado temores. Los trabajadores sanitarios con más años de experiencia en los servicios psiquiátricos tradicionales se sienten inseguros con el modelo comunitario y no ven claramente los beneficios del cambio, muchas veces por falta de conocimientos y de capacitación en el tema. Este fenómeno se ve agudizado por la insuficiencia de los planes de desarrollo de recursos humanos específicos para los servicios de salud mental y psiquiatría que permitan aplicar y dar continuidad a este modelo de atención. (Minsal, 2002 B)

- **Ampliación Presupuestaria.**

Los recursos disponibles para el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, asignados por los Ministerios de Salud y de Hacienda, según las prioridades definidas para el presupuesto de la nación, han sido inferiores a lo propuesto en el Plan. Solo tres de las prioridades programáticas la Esquizofrenia, la Depresión y la Dependencia del Alcohol y de las Drogas cuentan con financiamiento seguro por estar entre las 56 enfermedades del programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

- **Distribución de Recursos.**

En Chile, la distribución geográfica de los recursos, tanto humanos como de infraestructura, muestra desigualdades e inequidades, con una marcada concentración de psiquiatras en los servicios de salud que cuentan con hospitales psiquiátricos.

- **Sistema de Registro e Información de Salud Mental.**

A partir del año 2002 se comenzó a registrar la información con un mayor grado de desagregación y detalle, lo que ha permitido conocer el número de personas atendidas, de casos de abandono del tratamiento y de actividades de salud mental realizadas, tanto en el nivel primario como en el secundario, en los 28 servicios de salud del país. Dada su reciente aplicación y el poco desarrollo de las estructuras necesarias para su buen funcionamiento, la información es aún insuficiente. (Ibíd)

- **Legislación.**

Hasta el momento no se cuenta con una ley de salud mental que garantice el desarrollo y la continuidad del nuevo modelo y que resguarde adecuadamente los derechos humanos de los pacientes.

- **Salud Mental Infantil.**

A pesar de ser una de las prioridades programáticas del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y uno de los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud, el desarrollo de servicios de salud mental para niños y adolescentes está aún muy lejos de alcanzar la cobertura mínima definida en el Plan, ya que el Ministerio de Hacienda no ha destinado los recursos solicitados para esta área.

4.3. Resultados Alcanzados

Los avances del sistema público de salud mental en Chile en los últimos 10 años son numerosos. A continuación se describen algunos de los más importantes.

- **Aumento Real y Sostenido del Presupuesto de Salud Mental.**

Aunque los trastornos mentales y de la conducta "constituyen 15% de la carga total de enfermedad, la inversión pública en salud mental en Chile era solo de 1% del presupuesto asignado al sector de la salud en 1990. A partir de entonces, la proporción del presupuesto de salud destinada a la salud mental ha aumentado sostenida y significativamente hasta llegar a 2,4% del presupuesto asignado al sector de la salud en el año 2003". (Ibid: 10)

- **Programas para Trastornos Mentales Prioritarios**

De acuerdo con las definiciones del Plan Nacional, se han puesto en marcha en todo el país cuatro programas especializados para responder organizada y metódicamente a las necesidades de la población. Estos programas, prioritarios por su magnitud e impacto, han contado con normas técnicas y fondos específicos que van en aumento.

- Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la Depresión: el programa presta atención especial al cuidado integral de los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, lo que ha ayudado a sistematizar y orientar el trabajo cotidiano de los equipos de salud mental y mejorar la capacidad resolutive de los equipos de atención primaria.
- Programa para el tratamiento de la Esquizofrenia: el modelo de tratamiento propuesto por este programa se basa en estrategias comunitarias y en la atención ambulatoria de las personas con esquizofrenia mediante equipos multidisciplinarios, hospitales de día, unidades para la rehabilitación psicosocial y hogares protegidos y en la incorporación paulatina de fármacos al tratamiento.
- Programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con Dependencia del Alcohol y de Drogas: este programa se aplica en todos los servicios de salud del país desde el año 2001 y en él participan la red de atención primaria, los centros comunitarios de salud mental, los hospitales y las comunidades terapéuticas. Este programa ofrece tratamiento gratuito con cobertura limitada a los beneficiarios de FONASA.
- Programa de reparación integral de salud y derechos humanos (PRAIS): El Ministerio de Salud participa activamente en la aplicación de la Política Nacional de Reparación Social, elaborada por el primer gobierno democrático que sucedió a la dictadura militar. El PRAIS está orientado a la atención sanitaria integral, física y mental, tanto de las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en ese período como de sus familiares, ya sea de forma individual, familiar o sociocomunitaria.

Una vez evaluada la magnitud del daño sufrido, se desarrollan intervenciones psicoterapéuticas en las que las propias personas afectadas participan activamente en su rehabilitación con la ayuda de

organizaciones de usuarios, mediante actividades de autoayuda y de reinserción social.

- **Sistema Nacional de Psiquiatría Forense**

Este sistema, establecido en 1999, brinda atención oportuna, ya sea mediante tratamiento o programas de reinserción laboral y familiar a las personas sobreseídas o absueltas judicialmente por padecer de alguna enfermedad mental, las prestaciones de tratamiento y de rehabilitación a las personas que no representan un peligro para la comunidad se realizan mediante programas ambulatorios de psiquiatría forense en instalaciones de la red de centros de salud mental y psiquiatría y en hogares protegidos pertenecientes a los servicios de salud. El tratamiento de las personas que presentan algún grado de peligrosidad se realiza en la Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad que es una unidad de referencia. (Ibíd)

- **Ampliación de la Cobertura de la Atención**

En un estudio realizado entre los años 1992 y 1999 se encontró que la cobertura de atención para personas con enfermedades mentales era de 38,5%. Esto se logró mediante la contratación de profesionales del área de la salud mental como parte de la aplicación del modelo comunitario, de forma que los problemas de salud mental de mayor demanda se podían atender en los consultorios de atención primaria de salud, ubicados en la zona de residencia de los usuarios.

Esta estrategia permitió liberar recursos en los niveles de mayor complejidad y ayudó a revertir la tendencia histórica de concentrar la atención psiquiatría en los servicios especializados del nivel secundario. El aumento relativo de las actividades de salud mental fue mayor en el nivel primario que en el especializado, aunque estos indicadores no reflejan toda la riqueza y el impacto de estas medidas.

- **Satisfacción de los Usuarios**

Se han publicado tres estudios que demuestran los avances logrados con la aplicación del modelo comunitario de atención en usuarios de los servicios públicos de salud.

“Según estos estudios, la aplicación del modelo comunitario está asociada con un mejor estado de salud mental de la población, lo que se expresa en una mayor puntuación en los indicadores de la calidad de la vida, un mejor funcionamiento de las personas con enfermedad mental en la sociedad y una mayor satisfacción de los usuarios” (Ibid: 14)

En un estudio realizado recientemente, las personas con esquizofrenia que vivían en hogares protegidos mostraron un nivel de satisfacción con el servicio significativamente mayor que los que residían en servicios de larga estadía.

- **Impacto en las Políticas de Salud**

La entidad de seguro público (FONASA) ha definido nuevas actividades de salud mental con respaldo financiero; han aumentado los fondos protegidos en el presupuesto de salud, tanto para la compra de medicamentos como para la aplicación de programas específicos de salud mental; las siete prioridades de salud mental han pasado a formar parte de los objetivos sanitarios nacionales para la década 2000–2010; se incorporaron las tres prioridades programáticas de salud mental a las enfermedades que cuentan con garantías de atención en la nueva reforma de salud de Chile; y las acciones de salud mental se incluyeron en la cuenta pública que el Ministerio de Salud entrega cada año al país.

CAPITULO V

Contextualización Territorial

En el siguiente capítulo se analiza a la comuna de Santiago en función de los antecedentes útiles para esta investigación. En este sentido se hace énfasis en las principales problemáticas que presenta la comuna, la historia que ha marcado el contexto, aspectos relevantes del territorio y características de sus habitantes.

Posteriormente, se realiza un análisis respecto a la estructura y metodología implementada por la comuna de Santiago, a través de las Estaciones Médicas de Barrio, sus objetivos, y la importancia de estos centros médicos comunitarios, en la mejora del bienestar y calidad de vida de sus habitantes.

1. COMUNA DE SANTIAGO

La comuna de Santiago presenta grandes potencialidades que guardan directa relación con su calidad de territorio histórico y funcionalmente central.

Alberga de modo concentrado e intenso las más relevantes actividades de gobierno, servicios, comercio, finanzas, cultura, recreación y turismo. Ello genera importantes economías de localización por concepto de oportunidades de comunicación, información y gestión, lo que hace muy atractivo situar nuevas actividades o mantener las existentes. También ofrece importantes ventajas para la localización habitacional, que cuenta con una excelente infraestructura y equipamiento urbano.

1.1 Reseña Histórica

La ciudad de Santiago, fue fundada el 12 de Febrero del año 1541, por el conquistador español Pedro de Valdivia, al pie del pequeño cerro llamado Huelén, hoy Santa Lucía. Fue bautizada como "Santiago del Nuevo Extremo" o "Santiago de la Nueva Extremadura", "Santiago" por el Apóstol Santiago de España, y "Nueva Extremadura" por la región donde nació. Por ello se puede mencionar que la historia de la comuna es la historia de la ciudad.

La ciudad funcional del siglo XVI ya define geográficamente lo que es hasta hoy el corazón mismo de la metrópolis y del país; se sitúa a los pies del cerro Santa Lucía entre definidos límites naturales, Río Mapocho y Cañada, con su centro político, administrativo y social en la Plaza de Armas. Este núcleo crece ordenadamente hacia el poniente, en un esquema que satisface sus necesidades por tres siglos. (municipalidaddesantiago.cl)

La Constitución de la República de 1810, al designar a Santiago como su Capital y centro de funciones políticas y administrativas, junto con su apogeo económico, lo someten a un proceso de rápido crecimiento que desborda sus límites de Río, Cerro y Cañada. Estos dejan de ser "límites de Ciudad" para constituirse en "Bordes de Centro", definiendo por primera vez una periferia preferentemente residencial, y un centro de creciente densidad y complejidad funcional.

Su núcleo concentra, cada vez más intensamente, los poderes administrativos, políticos, culturales y de transporte. Con la construcción de importantes nodos complementarios; Biblioteca Nacional, Museo de Bellas Artes, Congreso, Estación Mapocho, se amplía su territorio más allá de la Plaza de Armas. (Ibíd)

Avanzando en el siglo, se crean grandes complejos recreativos en los bordes, los cuales afirman una centralidad para el territorio total de la ciudad,

noción que define hasta hoy la naturaleza de la comuna de Santiago. Esta ciudad ilustrada de fines de siglo, cada vez más compleja y socialmente diversa, contaba 250 mil habitantes.

La ciudad de siglo XX se caracteriza por un enorme aumento poblacional, el cual, junto con el desarrollo del transporte y la industrialización, acusan un crecimiento sin precedentes en la ciudad de Santiago. En este siglo la ciudad salta los límites creados por el ferrocarril y los grandes parques, pero sin integrarlos como elementos mediadores, marcando así una discontinuidad entre la nueva periferia y la ciudad del siglo XIX. (Pontificia Universidad Católica, 2006)

La comuna de Santiago y esta nueva periferia, constituyen aún una unidad, que refuerza el rol central de la comuna y del centro: se vive en la periferia, pero se trabaja, se toman decisiones, se negocia, se estudia, se compra y se recrea en el centro. (municipalidaddesantiago.cl)

En el núcleo central se multiplica la actividad comercial, de negocios, de servicios y de equipamiento para servir a la creciente población. Las vías de transporte que conectan la comuna y periferia se desarrollan como corredores comerciales y de servicios que definen el carácter mixto de sus barrios.

En las últimas décadas se afirma, además, un proceso de progresiva estratificación: un "centro" de máxima concentración de actividad, en contraposición al proceso de deterioro de barrios que asumen, paulatinamente, usos de soporte y servicios a las actividades del centro mismo.

Santiago en el año 1960 había llegado a un millón 900 mil habitantes, para alcanzar tres millones 900 mil en el año 1982. Finalmente, en 1990 completaba los cuatro millones 800 mil habitantes. Junto a su población, crecía su extensión: de 6.500 hectáreas que tenía en 1930 había pasado a 38.296 en 1980, para llegar a más de 60.000 en la década del 90. (Ibíd)

Un elemento importante de adelanto urbano surgido durante las décadas de los años 70`y 80` durante el gobierno militar fue la completación de las líneas 1 y 2 del Metro de Santiago. En septiembre del año 1975 se inauguró la Línea 1, y en el año 1980 la línea 2. También se terminaron las vías de circunvalación, y calles peatonales como el Paseo Huérfanos y el Paseo Ahumada. Se restauraron edificios históricos para el patrimonio nacional, se despejaron de publicidad visual las calles, y se levantaron algunas construcciones simbólicas, como la llamada Llama de la Libertad en la Plaza Bulnes

1.3. Datos Generales de la Comuna de Santiago.

El diseño original de la ciudad consideraba 35 manzanas en torno a una Plaza de Armas y limitaba a ambos costados con los dos brazos del río Mapocho, uno de los cuales es hoy la Avenida Libertador Bernardo O'Higgins, principal arteria santiaguina. En la actualidad, Santiago se ha convertido en una ciudad moderna, con más de 6 millones de habitantes, que concentra gran parte de la actividad cultural, económica, industrial y comercial del país. En su área céntrica se ubican los edificios antiguos, las sedes de las instituciones más importantes, los museos y monumentos destacados, que representan gran parte de la historia de la ciudad y del país.

Desde el punto de vista de su organización especial, presenta un triángulo central que alberga las funciones de gobierno, negocios y servicios, y un sistema de barrios mixtos con identidad propia, en los cuales la vivienda coexiste con actividades económicas. Santiago tradicionalmente ha sido sede del Poder Ejecutivo, el Poder Judicial, los Ministerios, los Servicios Públicos, las sedes nacionales de los partidos políticos, asociaciones gremiales y sindicales y la mayoría de las organizaciones o instituciones de relevancia nacional.

- **Ubicación Geográfica**

La comuna de Santiago esta ubicada a 543 metros sobre el nivel del mar, en la zona central de Chile; a 2.501 Km. al sur de Arica, la ciudad más septentrional del país, y a 3.141 Km. de Punta Arenas, la ciudad más austral de Chile, 100 Km. la separan de la costa del Océano Pacífico y 40 Km. de la Cordillera de Los Andes.

- **Demografía**

Según los datos recolectados en el Censo del Instituto Nacional de Estadísticas del año 2002, la comuna de Santiago posee una superficie de 22,4 km² que representan el 3,22% de la superficie del área del Gran Santiago. Posee una población de 230.977 habitantes, de los cuales 120.884 son mujeres y 110.093 son hombres. (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2002)

Santiago acoge al 3,31% de la población total de la región. La totalidad de la población corresponde a población urbana.

- **Religión**

La opción en cuanto a la religión de los habitantes de la comuna se divide en:

- Católica 70 %
- Evangélicos 15,1%
- Otra Religión 4,4%
- Ateo 8,3%

- **Centros de Salud**

En este territorio existen importantes centros de atención especializada de salud; atienden grandes sectores de población de recursos bajos y medios, residentes en esta y en otras comunas de la Región, especialmente de las zonas poniente, norte y sur.

La infraestructura de salud a nivel comunal consiste en 5 hospitales, 18 clínicas, 6 consultorios, 2 postas y 17 estaciones médicas.

1.4. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades

Los municipios de nuestro país se rigen por una Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades Vigente, que establece en su artículo 2, lo siguiente: "Las municipalidades estarán constituidas por el alcalde, que será su máxima autoridad, y por el Consejo. Cada municipalidad contará, además con un consejo económico y social comunal de carácter consultivo". (municipalidaddesantiago.cl)

El Consejo Económico y Social Comunal, también llamado CESCO, lo preside el Alcalde y está compuesto por representantes de la comunidad local organizada, y tiene por objeto asegurar la participación de las organizaciones comunitarias de carácter territorial y funcional y de actividades relevantes en el progreso económico, social y cultural de la comuna.

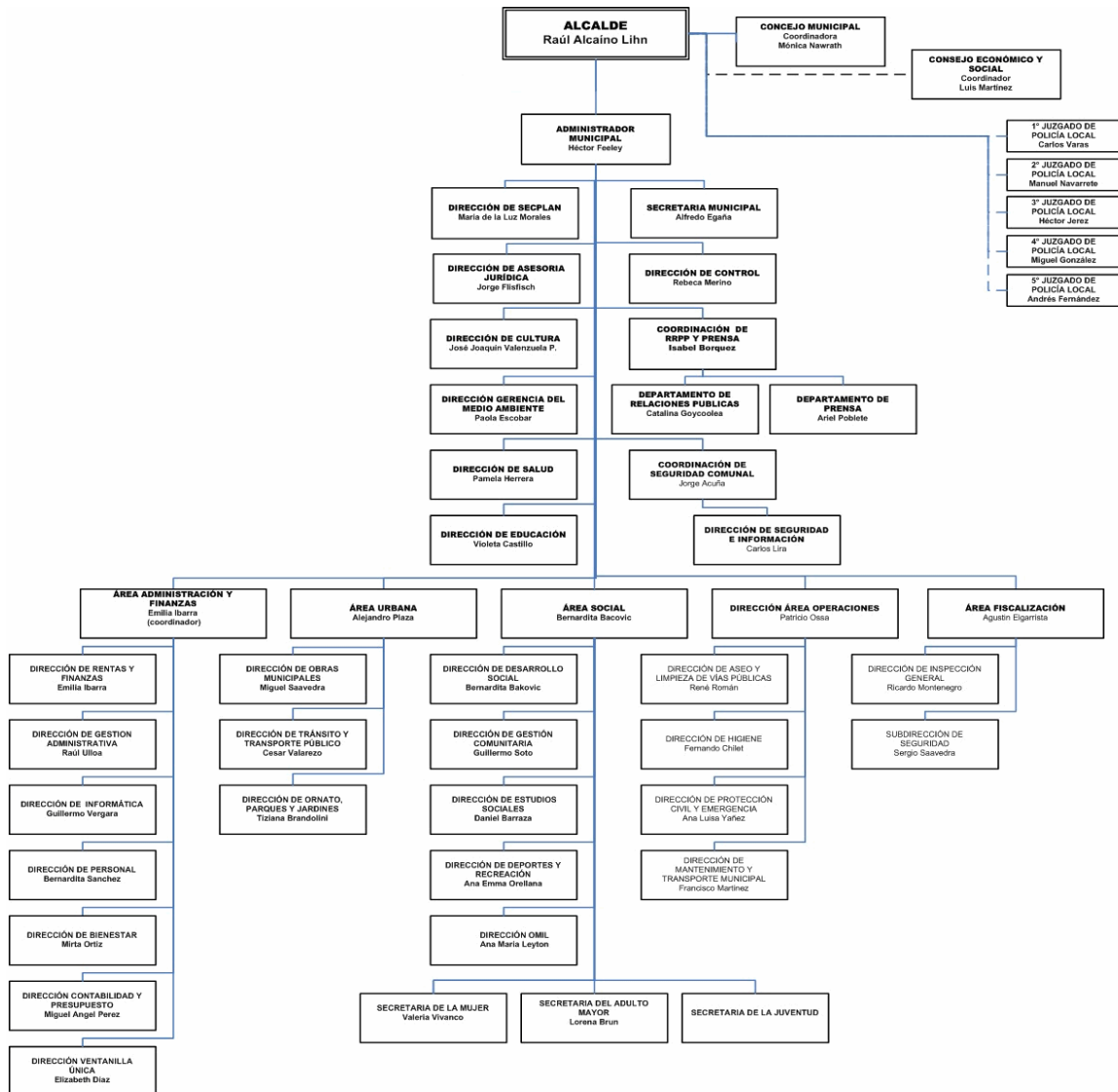
EL CESCO de Santiago está integrado por 32 Consejeros, los que duran 4 años en sus cargos, correspondiendo: (Ibíd)

- 19 Consejeros al Estamento "Organizaciones Territoriales"
- 10 Consejeros al Estamento "Organizaciones Funcionales"
- 1 Consejeros al Estamento "Organizaciones Gremiales"
- 2 Consejeros al Estamento "Organizaciones de Educación Superior"

El actual alcalde de la comuna de Santiago, es Pablo Zalaquett Said, quien asumió su cargo el 1 de diciembre del año 2008, este es asesorado por los siguientes Concejales.

- Jorge Alessandri (UDI)
- Claudia Pascual (PC)
- Carolina Lavín (UDI)
- Bruno Baranda (RN)
- Pedro García (PDC)
- Rodrigo Mekis (Ind/RN)
- Ismael Calderón (PS)
- Loreto Schnake (PPD)

1.5. Organigrama Municipal



Fuente: municipalidadesdesantiago.cl

2. SALUD EN LA COMUNA DE SANTIAGO

En el área de la salud la comuna de Santiago posee ciertas particularidades que la diferencian del resto de las comunas de nuestro país. Entre ellas una de las principales es que el Ministerio de Salud no ha municipalizado la salud en Santiago. Ello implica que conviven en este sistema de Atención Primaria los Consultorios 1 y 5 dependientes del Servicio de Salud Central, la red de Salud Municipal con tuición técnica del Servicio de Salud Metropolitano Occidente para todos sus inscritos y validados además la comuna de Santiago esta dividida territorialmente para efectos del Ministerio de Salud en 2 Servicios de Salud. (Herrera, 2004))

En el mes de diciembre del año 2000, surgieron nuevas autoridades municipales que asumieron la Alcaldía de la comuna de Santiago. Lo que provocó que el equipo de profesionales que se encontraba a cargo de la dirección de salud de la comuna enfrentaron un nuevo desafío, “acercar la salud a la gente”, esto generó una repercusión importante en la atención primaria de salud.

2.1 Los Objetivos de la Gestión

El equipo municipal diseño una red de salud que tuviera presencia territorial, con estrategias pertinentes al problema que había que resolver. Durante esta etapa se puso especial énfasis en la descongestión de los consultorios de la red, los cuales a comienzos del año 2001 estaban colapsados. Para lograr este objetivo se crearon las “Estaciones Médicas de Barrio” para aquellos usuarios que por razones de algún impedimento físico no podían llegar hasta algún centro de salud, por ello estas a su vez implementaron el Programa Salud a Domicilio.

Este nuevo modelo debe centrarse en la salud y no en la enfermedad. Esta protección de la salud debe ser individual, familiar y comunitaria. El accionar de este debe ser predominantemente promocional,

preventivo y asistencial, donde el equipo de salud debe salir a la comunidad a promover la salud. El trabajo se enfoca principalmente a las personas sana, reconociendo que las acciones preventivas permitirían mejorar sustancialmente las condiciones de salud de la población. (Ibíd)

Otra característica de la nueva gestión fue promover que “el usuario debía estar completamente informado y, por lo tanto, se debía otorgar respuestas concretas a sus inquietudes, demandas, sugerencias y reclamos”. En la actualidad en la comuna de Santiago las personas tienen canales expeditos para poder hacer sus demandas, sus sugerencias, sus reclamos y además, para dar cuenta de lo que está pasando con su comunidad. (Ibíd)

Para efectos de este nuevo plan se debe promover la participación activa de la comunidad en la detección y solución de sus problemas. Sin embargo, lograr que la gente participe activamente en la salud es complejo, no sólo porque la comunidad no tiene ganas de participar, sino porque no tiene interlocutores que, de alguna manera, le den continuidad a su participación o se generen mecanismos que no sean mediáticos de participación en el tema de salud.

La salud debía promover la participación intersectorial municipal, entendiendo que la problemática de salud es multivariada. Para esto el equipo de salud comenzó a involucrarse en la mayor cantidad de reuniones o eventos que se realizaran en el Municipio.

- **Misión**

“Contribuir a mejorar la calidad de vida de los residentes de la comuna de Santiago, a través de un modelo de salud con enfoque bio-psico-social centrado en la familia y la comunidad, con la participación de ésta como agente activo en la priorización y solución de sus problemas”. (Municipalidad Santiago.cl)

2.1. Estaciones Médicas de Barrios.

A la red salud de la comuna de Santiago se incorporó un modelo de Estaciones Médicas de Barrio (EMB), las cuales rodean los consultorios existentes. Este modelo surge como un proyecto de atención de salud cercano a la gente. Estas estaciones están diseñadas adaptando el exitoso modelo cubano de médico y enfermera de familia, haciéndolo aplicable a nuestra realidad local. (Herrera, op.cit). El objetivo principal es descongestionar los consultorios.

Este modelo se basa en la percepción que en una red de salud con bases físicas que atiendan a más de 4 o 5 mil personas, se debe buscar fórmulas que permitan una atención más personalizada.

En la actualidad existen 17 estaciones médicas instaladas en Santiago. Están constituidos por un equipo de trabajo compuesto por un médico, una enfermera y un auxiliar de enfermería. Estas estaciones están pensadas para dar cobertura hasta a un total de 2.000 beneficiarios. (municipalidaddesantiago.cl)

El objetivo central de las EMB es cuidar la salud de una población determinada, interactuando con la comunidad y favoreciendo las acciones de promoción y prevención. Para esto el equipo de salud sale a la calle, pesquisando problemas sanitarios, dando atención a pacientes postrados y educando en labores de promoción.

El proyecto nació en febrero del 2002, fecha en la que se genera con La Habana un convenio de cooperación de asistencia técnica entre la Municipalidad y el Ministerio de Salud Pública de Cuba. Santiago adaptó este modelo a la realidad comunal y se convirtió en el primer municipio del país que acercó territorialmente la salud a la población. (Ibíd)

Las Estaciones Médicas brindan atención de salud en Medicina General, atención de enfermería, control de niños sanos y adultos mayores, atención de matrona, nutricionista, psicólogo, tratamiento, curaciones y entrega de medicamentos. Derivaciones a Kinesiología, odontología y especialidades médicas. Acceso a programas especiales como podología, oftalmología, otorrino y otros que se implementen en la red de salud, acceso a las patologías AUGE.

El equipo médico realiza un trabajo de prevención de enfermedades a través de actividades promocionales y educativas en distintas organizaciones comunitarias. Hay ciertos equipos multidisciplinarios que están abocado a este tipo de actividades que se dirigen a la población, a la unidad vecinal, a los clubes del adulto mayor, donde se realizan actividades de intercambio, de conocimiento, pero sencillo y práctico que le permitan a la personas tomar las armas para poder enfrentar estos temas que son relevantes en la salud pública de Chile en estos momentos. (Herrera, op.cit)

Cada Estación Médica tiene capacidad para atender a una población de 2000 vecinos del barrio donde está ubicada. Se realiza atención domiciliaria a los vecinos que por problemas físicos (pacientes postrados) no pueden concurrir a la Estación Médica. Promueven la salud y los estilos de vida saludable en las organizaciones comunitarias de su sector. En las 17 estaciones médicas que funcionan en Santiago hay 15.214 beneficiarios. (municipalidaddesantiago.cl)

- **Los beneficiarios del Servicio.**
 - Los residentes o usuarios de la comuna de Santiago.
 - Ser beneficiarios de FONASA (grupos A, B, C, D)
 - Con tarjeta de Gratuidad o PRAIS (Grupo A)

- **Programa de Salud a Domicilio**

El Programa de Salud a Domicilio posee móviles propios, enfermeras, médicos, nutricionistas, psicólogos, kinesiólogos y atiende a todos los postrados o pacientes frágiles, por operaciones o accidentes, por longevidad que no pueden concurrir a ninguna de los centros de la red.

- **Cobertura y Evolución del Programa Estaciones Médicas de Barrio**

Entre los años 2004 y 2008, 44.945 personas se han adherido al sistema público en la comuna de Santiago.

- **Las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago.**

Cuadro N° 5

| Estación Médica | Dirección |
|------------------------|--------------------------|
| Brasil | Rosas #1963 |
| San Emilio | San Emilio #2106 |
| Huemul | Roberto Espinoza N° 2201 |
| Aldea | Sargento Aldea N° 1470 |
| Arauco | Manuel de Amat N° 2861 |
| Balmaceda | Atacama 3035 |
| Concha y Toro | Santa Mónica 2229 |
| Coquimbo | Coquimbo 270 |
| Dávila Larraín | Dávila Larraín 1920 |
| Franklin | Arauco N° 860 |
| Gacitúa | Artemio Gutiérrez 1354 |
| Nicola D`Onofrio | R. Cumming 1275 |
| Barrio Chacabuco | Chacabuco 463 |
| Parque Forestal | José Ramón Gutiérrez 80 |

| | |
|-------------|--------------------------------|
| Pedro Montt | Juan Espejo 2171 |
| San Borja | Diagonal Paraguay 322, Depto 3 |
| ULA | Unión Latinoamericana 666 |

Fuente: (municipalidaddesantiago.cl)

Frente al escenario descrito es posible formarse una imagen preeliminar de ciertos elementos esenciales que orientan los lineamientos de lo que es hoy la salud en nuestro país. Con una reforma centrada en el usuario, la cual intenta promover el nuevo enfoque biopsicosocial, que permite a estos involucrarse en su proceso de enfermedad, fortaleciendo así la prevención y la promoción de la salud, en los distintos niveles de la población y desde la población infantil a los rangos etéreos más vulnerables como lo son los adultos mayores.

Por otra parte las iniciativas a nivel micro como lo son los municipios han impulsado distintas estrategias que permiten favorecer las iniciativas ministeriales, acercando la comunidad a los establecimientos de salud con un trabajo en red que permite un óptimo desarrollo de la salud de los habitantes.

III PARTE
ANALISIS DE LOS DATOS

CAPITULO VI

Jóvenes con Trastornos de Pánico desde una Perspectiva Socio-Familiar

A continuación se presenta el análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en la investigación, a fin de indagar el contexto social y familiar que afectan a los jóvenes estudiados.

Para esto se aplicó una encuesta a 25 jóvenes entre 17 y 21 años de edad con diagnóstico de Trastorno de Pánico simple, insertos en siete Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago. El instrumento consta de cuatro categorías, entre estas, identificación del sujeto de estudio, características del grupo familiar, dinámica familiar y calidad de vida.

Caracterización de la Muestra

I. Identificación de los Encuestados

Los encuestados presentan un rango de edad que va desde los 18 años hasta los 21 años de edad, el promedio de edad es el mismo que el valor modal correspondiente a 20 años, es por esto que se puede afirmar que se trata de una muestra homogénea.

En relación al sexo de los encuestados, la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres las cuales corresponden a un 83,3% correspondiente a 20 casos, por su parte los hombres conforman un 16,7 % con un total de 4 casos.

En cuanto al estado civil de los encuestados, el instrumento nos indica que un 91,7 % de estos se encuentra "soltero/a", correspondientes a 22 casos, los restantes dos casos corresponden a una situación de "convivencia" y a un estado de "separación", ambos con 4,2 %.

Los resultados del instrumento indican, en relación a la religión que profesan los encuestados, que un 79,2 % de estos se reconocen como "católicos/as" con 19 casos, mientras que existe un igual porcentaje entre quienes dicen ser "evangélicos/as y preferir otra alternativa que corresponde a "ninguna", ambos con un 8,3 % con 2 casos cada opción; y por la alternativa "testigo de Jehová" existe sólo un caso correspondiendo a un 4,2 % del total.

Los datos recogidos en la investigación nos permiten identificar un grupo de individuos, mayoritariamente mujeres, ya que este tipo de trastorno psiquiátrico se presenta principalmente en el sexo femenino. Como lo señala el autor H. Cía, 2002, quien asiente "que los motivos de esta frecuencia más elevada en las mujeres, tiene relación con la existencia de una mayor vulnerabilidad genética, se deben considerar las fluctuaciones condicionadas por los cambios hormonales que se dan a lo largo del ciclo vital"

Las mujeres se encuentran en un estado de vulnerabilidad mayor que el de los hombres, ya que deben lidiar con cambios hormonales durante toda su etapa evolutiva, repercutiendo estos cambios en los estados anímicos, percepciones y cambios físicos a los cuales se ven sometidas. Según Kaplan, 1999, "la tasa anual de prevalencia de los trastornos es del 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de padecerlo (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) mientras que los hombres poseen una prevalencia de 19.2%.

El párrafo anterior deja entrever que los Trastornos de Pánico se manifiestan en las mujeres en un rango mucho mayor que el de los hombres duplicando las cifras de prevalencia.

La edad promedio de aparición del trastorno, según lo estudiado, es de 20 años, esto ya que nuestra cultura esta etapa implica un proceso de transición hacia la adultez, periodo en que los jóvenes deben tomar decisiones importantes respecto a su futuro, definiendo metas y proyecciones, lo que se traduce en el asumir nuevas responsabilidades como adulto.

En cuanto al estado civil de los sujetos de investigación, predominantemente estos se encuentran en situación de soltería, esto debido a que en su mayoría los jóvenes se encuentran cursando estudios superiores, o se preparan para hacerlo. De este modo podemos ver que los sujetos presentan expectativas y proyecciones a futuro, dentro de los cuales ellos priorizan la formación académica superior y el trabajo,

II. Características del Grupo Familiar

En cuanto a las características sociodemográficas, lo que respecta a la situación laboral de los encuestados, se observa una única mayoría y que corresponde a la categoría de "estudiante" con un 79,2 % representando a 19 casos, así mismo las otras categorías correspondientes a "trabajos temporales", "ocasionales", "estables", "labores de hogar" y "sin actividad" cada una posee un porcentaje de 4,2 %, con un caso en cada alternativa.

El nivel educacional entre los encuestados corresponde mayoritariamente a una "educación universitaria incompleta" con un 50% de los casos, es decir, 12 encuestados se encuentran cursando actualmente algún tipo de carrera profesional, mientras que un 29,2 % corresponden a "enseñanza superior técnica" con 7 casos, un 12,5 % señala tener "enseñanza media completa" representando a 3 casos, un 4,2 % corresponde a "enseñanza universitaria completa" e igual porcentaje posee la "enseñanza media incompleta" con 1 caso cada categoría.

Respecto al el ingreso económico Per-cápita que presentan las familias de los jóvenes encuestados este corresponde en su mayoría a un 66,7 % , señalando que el ingreso Per-cápita familiar se encuentra entre "80.000 y 109.000" pesos correspondiente a 16 casos; un 20,8 % corresponde a un ingreso Per-cápita entre "50.000 y 79.000" pesos representando a 5 casos, un 8,3 % se encuentra entre los "110.000 pesos y más" correspondiente a 2 casos, por último un 4,2 % señala tener un ingreso Per- cápita entre "20.000 y 49.000" abarcando a 1 caso.

La situación previsional de los encuestados corresponde en su mayoría, y representando a un 60 % al sistema "FONASA C/D"; un 25 % pertenecen al sistema "FONASA A/B", un 15 % señala "no tener previsión".

Los jóvenes encuestados en su mayoría se encuentran cursando estudios superiores, y solo un 4,2 % se encuentran desempeñando actividades laborales. Esto deja ver que son jóvenes que han asumido responsabilidades respecto a su etapa de vida.

Estos mayoritariamente pertenecen a un estrato social medio, con ingresos económico per cápita suficiente para satisfacer necesidades básicas del grupo familiar. Kaplan hace referencia a un estudio de comorbilidad el cual arrojó "que los Trastornos de Ansiedad se presentan con menor frecuencia en los estratos socioeconómicos más altos", esto se debe a que la clase media se ve expuesta a una serie de limitaciones y exclusiones respecto a beneficios sociales, ya sea educacionales, de salud, vivienda, etc. Esto produce frustración y cuadros de ansiedad en los jóvenes que deben mantener o superar un status social predeterminado, en el cual se les exige estudios superiores, una posición económica estable, en definitiva una calidad de vida confortable y acorde a las exigencias y competencias de la sociedad.

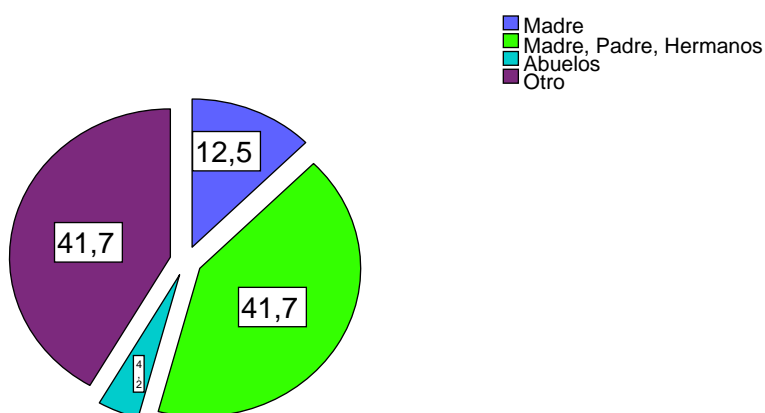
III. Dinámica Familiar

- Tipos de Familia.

Composición del grupo familiar.

Gráfico N° 1

Con quién vive el encuestado



Fuente: Investigación Directa

En el Gráfico N° 1 se puede visualizar que existe un igual porcentaje entre aquellos encuestados que señalan vivir con "padre, madre y hermanos" y aquellos que se inclinan por "otro" correspondiente a un 41,7 % representando a 10 personas en cada categoría, también podemos ver que se encuentra la opción "abuelos" con un 4,2 % correspondiente a 1 persona y la opción "madre" con un 12,5 % representando a 3 casos.

Cuadro N° 6

Otro, con quien vive el encuestado

| | Frecu | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------------|-------|----------------------|-------------------------|
| Válidos - Madre y Conviviente | 1 | 4,2 | 4,2 |
| - Madre, hermanos | 4 | 16,7 | 20,9 |
| - Padre y hermanos | 2 | 8,3 | 29,2 |
| - Padre, Madre e Hijo | 1 | 4,2 | 33,4 |
| - Padre, Madre, hermanos e hija | 1 | 4,2 | 37,6 |
| - Padre, Madre, hermanos y abuelos | 1 | 4,2 | 41,7 |

Fuente: Investigación Directa

En el Cuadro N° 6 se visualizan las opciones de la alternativa "otro" en donde la frecuencia más alta corresponde a un 16,7 % con la categoría de residencia del encuestado con "la madre y hermanos" correspondiente a 4 casos. El 8,3 % corresponde a la categoría "padres y hermanos" representando a 2 casos; mientras que los casos restantes corresponden al 4,2 % con las categorías residen con "madre, padre, hermanos y abuelos", "madre y conviviente", "padre, madre, hermanos e hija", y "padre, madre e hijo" representando a 1 caso cada categoría.

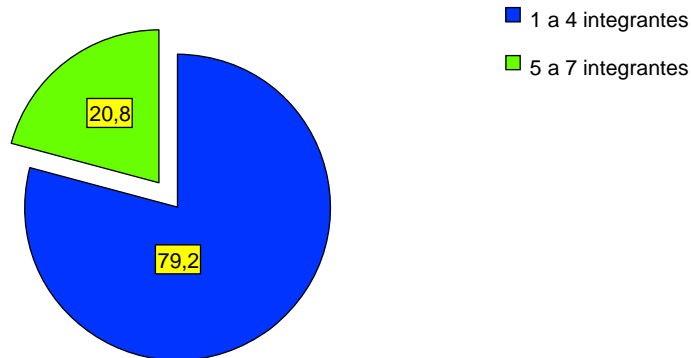
Las familias de los encuestados se caracterizan por ser de carácter nuclear, como lo señala Quinteros (op.cit) "son grupos conformados por dos generaciones, padres e hijos, unidos por lazos de consanguinidad que conviven bajo un mismo techo, por lo que generan afectos más profundos de intimidad y de identificación"

Otra composición presente entre las familias de los jóvenes, son las familiar monoparentales, compuesta mayoritariamente por la madre y los hijos, siendo esta la responsable de mantener y criar de estos.

Cantidad de integrantes que componen el grupo familiar.

Gráfico N° 2

Cantidad de integrantes que componen el grupo familiar del encuestado, incluido él



Fuente: Investigación Directa

Como lo señala el Gráfico N° 2 el grupo familiar de los encuestados se conforman en su mayoría entre "1 y 4 integrantes", teniendo esta opción un 79,2 % del total, mientras que un 20,8 % señala que el grupo familiar está compuesto por entre "5 y 7 integrantes".

Relación de la familia del encuestado con los vecinos.

Cuadro N° 7

Relación que mantiene la familia del encuestado con los vecinos

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos -Cercana | 13 | 54,2 | 54,2 | 54,2 |
| -Funcional | 2 | 8,3 | 8,3 | 62,5 |
| -Distante | 9 | 37,5 | 37,5 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

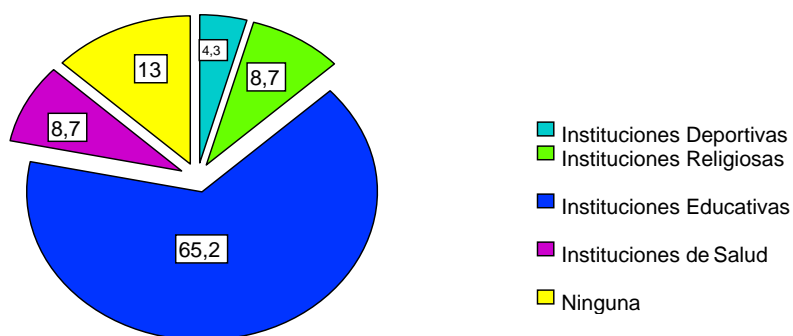
El Cuadro N° 7 nos muestra que la relación que mantienen las familias de los encuestados con los vecinos en su mayoría es “cercana” con un 54, 2 % representando a 13 casos. El 37, 5 % del total sostiene que mantiene una relación “distante” correspondiente a 9 personas, mientras que el 8, 3 % mantiene una relación funcional representando a 2 casos.

La gran mayoría de las familias de los jóvenes presentan una vinculación cercana con sus redes de apoyo, en especial con sus vecinos, sin embargo, existe también un alto porcentaje de familias que mantienen una relación distante con el exogrupo. El último fenómeno se da primordialmente por la escasa vinculación que existe actualmente entre los miembros de las comunidades, acentuándose el individualismo, perdiéndose el sentido de solidaridad y pertenencia.

Institución con la cual la familia se vincula.

Gráfico N° 3

Instituciones con las que la familia del encuestado mantiene algún grado de vinculación



Fuente: Investigación Directa

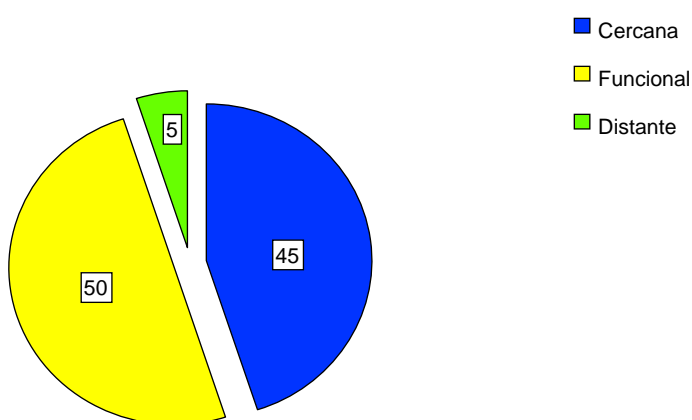
Como lo indica el Gráfico N° 3, las familias de los encuestados mantienen en su mayoría vinculación con “instituciones educativas”, categoría que corresponde al 65,2 % representado a 15 casos, el 13 % del total sostiene “no mantener vinculación con instituciones”, correspondiente a 3 casos; un 8,7 %

corresponde a "instituciones de salud" e igual porcentaje posee las "instituciones religiosas" representando a 2 casos cada categoría y el 4,3 % del total mantiene algún tipo de vinculación con "instituciones deportivas", correspondiente a 1 caso.

Tipo de vinculación con las instituciones

Gráfico N° 4

Grado de Vinculación con las redes antes señaladas



Fuente: Investigación Directa

Como lo muestra el Gráfico N° 4 el grado de vinculación que poseen los encuestados y sus familias con las instituciones anteriormente señaladas es en su mayoría de tipo "funcional" representado el 50 % del total, albergando a 10 casos; un 45 % sostiene mantener un relación "cercana" representando a 9 integrantes, mientras que el 5 % mantiene una relación "distante" con las redes.

Los jóvenes partícipes del estudio se relacionan de manera más estrecha con la red educacional, ya que en su mayoría estos se encuentran cursando estudios superiores. Sin embargo, esta vinculación es de carácter funcional, ya que es una red formal, que solo se limita a la entrega de servicios a

cambio de un crédito. Para algunos jóvenes el grado de vinculación con esta red es cercana, debido a que la mayor parte del tiempo transcurre en este espacio.

- **Comunicación y Toma de Decisiones**

Libertad para expresar libremente las opiniones

Cuadro N° 8

Libertad de expresar opiniones en la familia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos -Sí | 16 | 66,7 | 66,7 | 66,7 |
| -A veces | 8 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Como lo grafica el Cuadro N° 8 el 66,7 % del total de los encuestados sostiene tener “plena libertad” para expresar libremente sus opiniones, representando a 16 casos, mientras que el 33,3 %, correspondiente a 8 casos, “solo a veces” logran expresar opiniones en su grupo familiar.

Libertad para expresar pensamientos respecto a los miembros de la familia

Cuadro N° 9

Expresión libre de pensamientos al interior de la familia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos -Digo lo que pienso a todos los miembros | 18 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| -Digo lo que pienso sólo a algunos | 6 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Como se observa en el Cuadro N° 9 la mayoría de los encuestados representados por el 75 % y que corresponde a 18 casos sostiene que se sienten

con “plena libertad” para expresar lo que piensan a todos los integrantes del grupo familia, mientras que el 6 % sostiene solo expresar libremente a algunos integrantes.

Capacidad de escucha dentro de la familia

Cuadro N° 10

Capacidad de escucha de la familia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Siempre | 13 | 54,2 | 54,2 | 54,2 |
| - A veces | 11 | 45,8 | 45,8 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

En lo que respecta a la percepción de los encuestados respecto a si se sienten escuchados por su grupo familiar, el 54,2 %, representando la mayoría con 13 casos, sostienen “siempre ser escuchados”, no obstante el 45,8 % restante del total, es decir 11 casos, consideran ser escuchados “solo a veces”.

Respeto a la opinión de los integrantes de la familia

Cuadro N° 11

Respeto a la opinión de los integrantes de la familia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Siempre | 11 | 45,8 | 45,8 | 45,8 |
| - A veces | 13 | 54,2 | 54,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

En la Cuadro N° 11 se observa que la mayoría de los encuestados representados por un 54,8 % correspondientes a 13 casos, sostienen que al interior de la familias solo “a veces” se respetan las opiniones de los integrantes, mientras

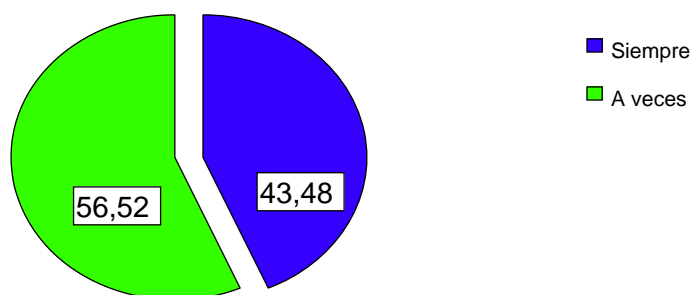
que el 45,8 % cree que "siempre" se respetan las opiniones al interior de su grupo familiar.

En el ámbito de la comunicación en las familias de los encuestados esta se refleja de forma óptima, ya que los jóvenes, en general, se sienten con total libertad de expresar sus opiniones, expresando sus pensamientos respecto la opinión tienen de los miembros del grupo familiar. Sin embargo sienten que estas opiniones no siempre son escuchadas y respetadas, lo que genera en el joven una invalidación respecto a sus pensamientos y creencias.

Disposición de la familia para conversar y escuchar en situaciones de conflicto

Gráfico N° 5

Disposición de la familia para conversar y escuchar en situaciones de conflicto



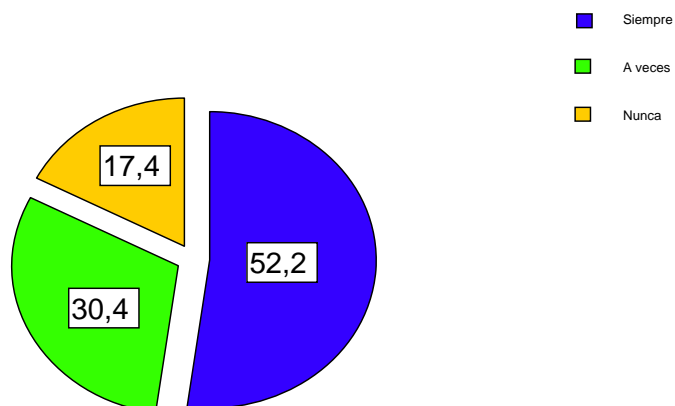
Fuente: Investigación Directa

Como lo señala el Gráfico N° 5, mayoritariamente con un 56, 52 % del total, representando a 13 casos manifiestan que en sus familias solo "a veces" se muestran dispuestos a escuchar en situaciones de conflicto, mientras que el 43,48 % del total, correspondiente a 10 individuos, asegura que en sus hogares "siempre" se encuentran dispuestos a conversar y escuchar las problemáticas planteadas por sus miembros.

Soluciones a las diferencias entre los miembros del grupo familiar

Gráfico N° 6

Soluciones a las diferencias entre los miembros del grupo familiar



Fuente: Investigación Directa

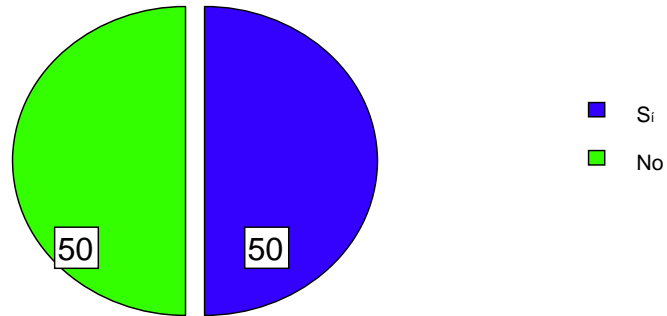
Como lo señala el Gráfico N° 6, en relación a dar solución a las diferencias entre los miembros de la familia, el 52,2 % señala que "siempre", un 30,4 % "a veces", mientras que un 17,4 % señala que en su familia "nunca" se intenta dar solución a las diferencias.

De acuerdo a lo visto entre las familias de los jóvenes encuestados, se puede señalar que en general la comunicación y disposición de escucha en situaciones conflictivas es positiva, esto deja entrever una base comunicacional familiar positiva a la hora de enfrentar situaciones difíciles, en la cual la familia actúa en forma conjunta en pro de una solución definitiva al conflicto vivenciado. De esta forma también potenciar un clima familiar positivo en el cual las diferencias entre sus miembros se resulten mediante la comunicación.

Desaprobación del comportamiento o ideas de otros de manera agresiva

Gráfico N° 7

Desaprobación del comportamiento o ideas de otros de manera agresiva



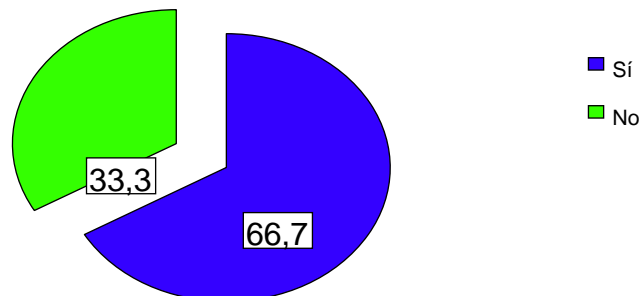
Fuente: Investigación Directa

Respecto al Gráfico N° 7, este señala que un 50 % de los encuestados comenta que en su familia "existe" un miembro que desaprueba las opiniones del resto en forma agresiva, mientras que un igual número de casos, 50 % señala que "no existe" un miembro que no acepte las ideas de los demás en forma agresiva.

Imposición del pensamiento del algún integrante del grupo familiar por sobre los demás

Gráfico N° 8

Imposición del pensamiento del algún integrante del grupo familiar por sobre los demás



Fuente: Investigación Directa

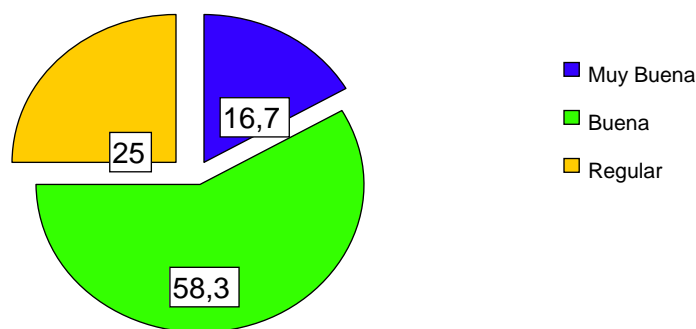
El Gráfico N° 8 nos señala que un 66,7 % de los jóvenes encuestados señala que "existe" un integrante de su familia que impone sus pensamientos por sobre los demás, mientras que un 33,3 % señala que "no existe" un miembro en su familia que imponga sus pensamientos por sobre el resto.

A pesar de que la comunicación al interior de las familias de los jóvenes se da de manera horizontal, pudiendo estos expresar ideas y opiniones de forma clara y con completa libertad, aseguran que existe la presencia de un integrante de la familia que desapruueba ideas y comportamiento de manera agresiva, es decir, a través de gritos o insultos. Esta situación puede provocar, en algunos casos, desequilibrios en la dinámica familiar.

Convivencia al interior de la familia

Gráfico N° 9

Convivencia al interior de tu familia



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 9 nos indica que existe un 58,3% de jóvenes encuestados que señala que la convivencia al interior de su familia es "buena", correspondiendo este porcentaje a 14 casos, un 26 % señala que la convivencia dentro de su hogar es "regular", correspondiente a 6 casos y un 16,7 % señala que la convivencia es "muy buena", correspondiendo esto a 4 casos del total de los encuestados.

En general los jóvenes encuestados aseguran mantener una óptima dinámica familiar, situación que se ve reflejada en los resultados arrojados por el estudio.

- **Normas y Estilos de Supervisión**

Normas del grupo familiar

Cuadro N° 12

Existencia de normas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Sí | 23 | 95,8 | 95,8 | 95,8 |
| - No | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 12 nos muestra que un 95,8 %, representando a 23 casos de los encuestados, señala que al interior de su familia “sí” existen normas, mientras que un 4,2 % del total de la muestra, señala que al interior de su familia “no” existen normas.

Cuadro N° 13

Inexistencia de normas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 23 | 95,8 | 95,8 | 95,8 |
| - Sólo respeto | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Desprendido de la tabla anterior que señala que un 4,2 % señala que al interior de su familia no existen normas, el Cuadro N° 13 nos señala que un 4,2 %, representando 1 caso, señala que no existen normas ya que “sólo existe respeto”.

Imposición de reglas al interior de la familia

Cuadro N° 14

Persona que impone las reglas al interior de la familia del encuestado

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Jefe de Hogar | 18 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| - Dos personas | 4 | 16,7 | 16,7 | 91,7 |
| - Los adultos de la familia | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| - Cada uno toma sus propias decisiones | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

En el Cuadro N° 14 es posible observar que el que impone las reglas al interior de la familia es con un 75 % el "jefe de hogar" correspondiente a 18 casos, un 16,7 % señala que son "2 personas" quienes imponen las reglas, correspondiente a 4 casos, mientras que con un igual porcentaje de un 4,2 % se encuentra la opción de que los "adultos de la familia" toman las decisiones y que cada uno toma sus propias decisiones.

Cuadro N° 15

Persona específica que impone las reglas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 2 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| - Abuela | 1 | 4,2 | 4,2 | 12,5 |
| - Madre | 9 | 37,5 | 37,5 | 50,0 |
| - Padre | 8 | 33,3 | 33,3 | 83,3 |
| - Padre y Madre | 4 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 15 muestra que un 16,7 % señala que las reglas las impone el "padre y la madre", un 37,5 % señala que las reglas las impone sólo la

“madre”, un 33.3 % señala que son impuestas por el “padre”, mientras un 4,2 % señala que las normas son impuestas por las “abuelas”.

Tipos de normas

Cuadro N° 16

Normas son claras y conocidas en la familia

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Sí | 24 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

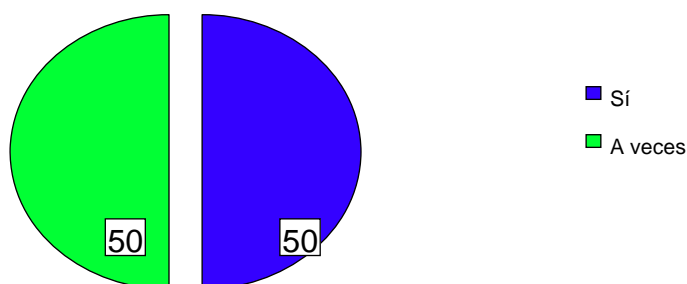
Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 16 nos muestra que un 100 % de los jóvenes encuestados, correspondiente a 24 casos, señala que las normas al interior de su hogar son claras y conocidas.

Aceptación de las normas por los integrantes de la familia

Gráfico N° 10

Aceptación de las normas por los integrantes de la familia



Fuente: Investigación Directa

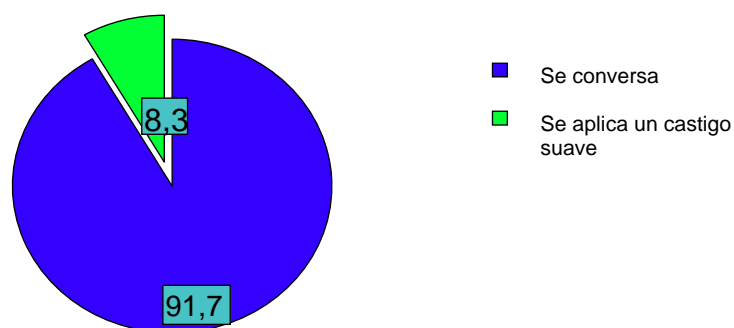
El Gráfico N° 10 señala que existe un 50 % , es decir, 12 jóvenes señalan que las normas son “respetadas y aceptadas” por los integrantes de la

familia, mientras que con un mismo porcentaje 50 % señala que “a veces son aceptadas y respetadas” estas normas.

Consecuencias por el incumplimiento de normas

Gráfico N° 11

Consecuencias por el incumplimiento de normas



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 11 nos muestra que un 91,7 % de los encuestados, es decir 22 jóvenes, señalan que al pasar a llevar una norma “se conversa”, mientras que el 8,3 % restante señala que “se aplica una sanción suave”.

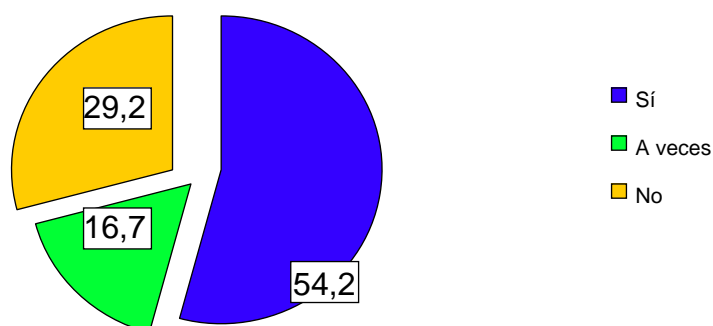
Para poder determinar la dinámica familiar de los jóvenes encuestados, un aspecto que cobra relevancia es la imposición de las normas al interior del hogar. Como lo señala Quinteros (op.cit), la adolescencia “es un periodo complejo para los padres, ya que deben asumir cambios en el ejercicio de la autoridad, asumiendo la autonomía de sus hijos, para permitirles el desarrollo de la independencia”. A pesar de que las normas y reglas, al interior de las familias de los encuestados, son conocidas en su totalidad por estos, no son aceptadas completamente, esto deja entrever una falta de manejo por parte de los padres hacia sus hijos, no logrando una participación de estos en las tomas de decisiones. En este periodo de compleja interacción entre padres e hijos, es de

vital importancia mantener normas claras y conocidas, que deben ser conversadas y consensuadas entre ambas partes.

Control o vigilancia sobre las actividades realizadas por los miembros de la familia

Gráfico N° 12

Control o vigilancia sobre las actividades realizadas por los miembros de la familia



Fuente: Investigación Directa

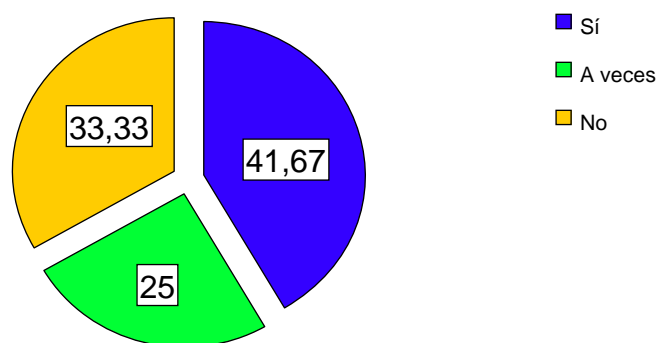
El Gráfico N° 12 nos muestra que un 54,2 % de los jóvenes encuestados señala que en su familia "sí" existe control y vigilancia sobre las actividades que realizan sus miembros, un 29,2 % señala que "no" existe control y vigilancia hacia los miembros de la familia y un 16,7 % señala que "a veces" existe control y vigilancia.

En general los padres de los jóvenes se muestran preocupados respecto a las actividades y comportamientos de sus hijos, sintiendo la necesidad de estar al tanto de sus acciones y movimientos, manteniendo control sobre estos.

Manifestaciones afectivas al interior de la familia

Gráfico N° 13

Manifestaciones afectivas al interior de tu familia



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 13 nos señala que un 41,67 %, representando a 10 de los jóvenes encuestados, señalan que al interior de su familia “no” existen manifestaciones afectivas, un 33,33 %, es decir 8 jóvenes, señalan que “si” existen, mientras que un 25 % señala que sólo existen “a veces”.

Los jóvenes encuestados, aseguran presentar relaciones funcionales y horizontales con sus padres y otros miembros de su familia, sin embargo, las relaciones o manifestaciones afectivas se dan en un grado menor. Según Olavaria (op.cit) “los padres no están siendo capaces de entender y contener emocionalmente a sus hijos, ya que no saben como hacerlo, es por esto que los grupos de pares, como también los medios de comunicación son quienes dan respuestas a los jóvenes frente a sus problemáticas y dificultades”

Esto se refleja también en lo señalado por Astudillo (op.cit), respecto a que los jóvenes sienten cada vez más la falta de apoyo emocional de parte de los adultos de la familia, y estos a su vez carecen de habilidades funcionales y expresivas para entender e interactuar con los adolescentes.

IV. Calidad de Vida

- **Actividades y Recreación**

Actividades realizadas el último mes

Cuadro N° 17

Actividades realizadas durante el último mes

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Cine | 3 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| - Espectáculos de música | 1 | 4,2 | 4,2 | 16,7 |
| - Festividades o actividades religiosas | 2 | 8,3 | 8,3 | 25,0 |
| - Reuniones sociales o familiares | 5 | 20,8 | 20,8 | 45,8 |
| - Salió de carrete a Bares, Pubs o a bailar | 13 | 54,2 | 54,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 17 nos muestra las actividades realizadas en el último mes por los jóvenes encuestados, un 54,2 % señala que "ha salido a carretear (bar, pubs, bailar)" correspondiendo a 13 casos, un 20,8 % señala que "asistió a reuniones sociales", correspondiendo a 5 casos, un 12,5 % señala haber "asistido al cine", correspondiente a 3 casos, un 8,3 % señala haber "asistido a festividades o actividades religiosas", correspondiente a 2 casos, mientras que un 4,2 % señala haber "asistido a espectáculos de música", correspondiente a 1 caso.

Actividad a la que dedica mayor cantidad de horas al día

Cuadro N° 18

Actividad a la que se le dedica mayor cantidad de horas al día

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Estar en el lugar de trabajo | 4 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| - Estar en el lugar de estudio | 15 | 62,5 | 62,5 | 79,2 |
| - Hacer labores domésticas | 1 | 4,2 | 4,2 | 83,3 |
| - Navegar en internet, usar computador y jugar videojuegos | 2 | 8,3 | 8,3 | 91,7 |
| - Otro | 2 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 18 nos señala que a la actividad a la cual dedican mayor cantidad de horas al día, es "estar en el lugar de estudio" con un 62,5 %, un 16,7 % señala "estar en el lugar de trabajo", un 8,3 % señala "estar en Internet", un 8,3 % señala realizar "otras actividades" y un 4,2 % se dedica a realizar "labores domesticas".

Los datos obtenidos, según los jóvenes encuestados nos señalan, que durante esta etapa cobra gran importancia la formación de apego con su grupo de pares, es decir, amigos, pololo/a, u otra figura significativa, ya que según Mc Kinney (op.cit) "en este periodo los jóvenes buscan su identidad, formando amistades íntimas, comenzando a desprenderse de sus padres, proyectando su vida hacia el futuro".

Los jóvenes sienten la necesidad de buscar espacios de interacción con su grupo de pares, siendo principalmente los lugares de encuentro; fiestas y reuniones sociales. Como lo señala Papalia (op.cit), "es en estas instancias de esparcimiento donde comienzan a surgir preocupaciones propias de la edad, como el consumo de drogas y alcohol, la sexualidad y el embarazo adolescente entre otros".

- **Relación con el Entorno**

Problemáticas del barrio o localidad

Cuadro N° 19

Problemas que más preocupan del barrio o localidad

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Contaminación ya sea acústica o atmosférica | 1 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| - Presencia de perros vagos, ratones, moscas u otros | 1 | 4,2 | 4,2 | 8,3 |
| - Presencia de basura en calles y veredas | 3 | 12,5 | 12,5 | 20,8 |
| - Falta de plazas, áreas verdes y canchas | 1 | 4,2 | 4,2 | 25,0 |
| - Transporte público | 5 | 20,8 | 20,8 | 45,8 |
| - Seguridad Pública | 9 | 37,5 | 37,5 | 83,3 |
| - Alcoholismo y drogadicción | 3 | 12,5 | 12,5 | 95,8 |
| - Ninguno | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 19 nos señala que las problemáticas que más preocupan a los jóvenes de su barrio son con un 37,5 % es la "seguridad pública", luego el 20,8 % señala el "transporte público", un 12,5 % señala que le preocupa la "presencia de basura", otro 12,5 % señala el "alcoholismo y la drogadicción", un 4,2 % señala que le preocupa la "contaminación", otro 4,2 % la "presencia de perros vagos", a un 4,2 % la "falta de plazas y áreas verdes", y a otro 4,2 % sostiene "no mantener preocupaciones" con el entorno.

Los datos arrojados del estudio, nos indican que los jóvenes sienten gran preocupación respecto a la seguridad pública, es decir, temáticas de delincuencia y drogadicción a las que se ve expuesta la sociedad en la actualidad.

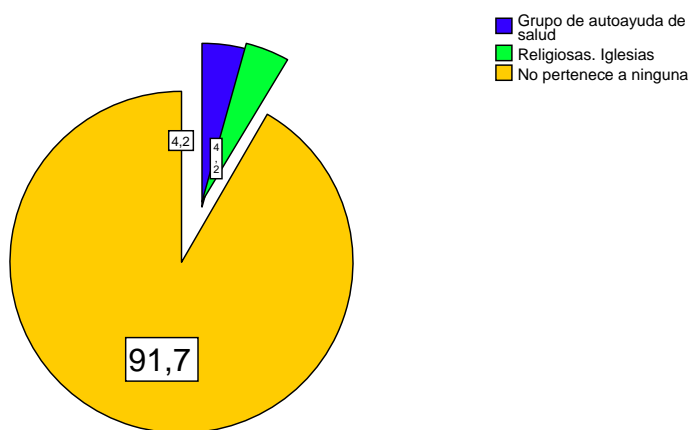
Estos valores predominan en los jóvenes ya que durante este periodo, los adolescentes presentan un pensamiento idealista, donde los afectan principalmente temáticas sobre injusticias de orden social, las faltas de

oportunidades y las desigualdades. Según como lo señala el Instituto Nacional de la Juventud “los jóvenes durante esta etapa de desarrollo necesitan de una sociedad que guíe la formación o construcción de identidad, pero esta por el contrario obstaculiza este proceso”.

Pertenencia a alguna organización

Gráfico N° 14

Pertenencia a alguna organización



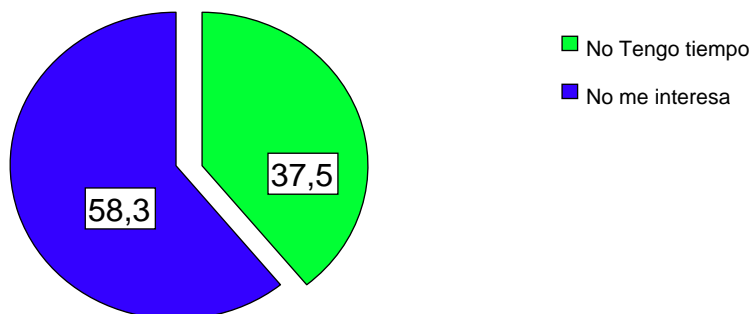
Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 14 nos muestra que un 91,7 % de los encuestados, es decir 22 jóvenes, aseguran “no pertenece” a ninguna organización. Por su parte un 4,2 % pertenece a “organizaciones religiosas”, y con un igual porcentaje el 4,2 % restante señala participar en “grupos de autoayuda de salud”.

Razón por la que no se vincula a algún tipo de organización

Gráfico N° 15

Razones por la que no participas en algún tipo de Organización



Fuente: Investigación Directa

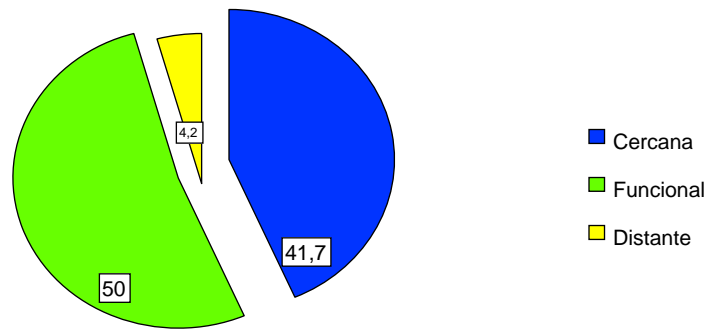
En el Gráfico N° 15 podemos observar que un 58,3 % de los jóvenes, representando a 14 encuestados, señalan no participar en una organización sociales porque "no le interesa", el 37,5 % restante menciona no participar por "falta de tiempo".

Los jóvenes encuestados señalan no formar parte de organizaciones sociales de ningún tipo, ya que señalan no estar interesados en participar de estos movimientos. Esto se debe a que los jóvenes no se ven representados por la sociedad en que viven, ya que esta no les ofrece instancias de interacción acorde a las necesidades y/o ideales de estos. Los jóvenes sienten una constante brecha entre las propuestas emanados por el la sociedad y el estado, y las reales inquietudes que estos presentan, sintiendo que sus ideales y valores, como la justicia y equidad social, no tiene cabida dentro de una sociedad competitiva e individualista.

Tipo de relación que mantiene el joven con su entorno

Gráfico N° 16

Tipo de relación con entorno más cercano



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 16 nos muestra el tipo de relación que el joven mantiene con su entorno, reflejando que un 50% (12 jóvenes) mantienen una "relación funcional" con este, un 41,7% mantiene una "relación cercana", mientras que un 8,3 % mantiene una "relación distante" con su entorno más cercano.

- **Bienestar y Salud**

Estado de salud actual

Cuadro N° 20

Consideración de estado de salud actual en comparación con el de hace un año atrás

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-----------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Mucho mejor que hace un año | 2 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| | Algo mejor ahora que hace un año | 3 | 12,5 | 12,5 | 20,8 |
| | Más o menos igual que hace un año | 17 | 70,8 | 70,8 | 91,7 |
| | Algo peor que hace un año | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| | Mucho peor que hace un año | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| | Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Desde el Cuadro N° 20 se puede observar el estado de salud actual de los jóvenes en comparación con el estado de salud de hace un año atrás, un 70,8 % señala que su estado de salud se mantiene "más o menos igual" que hace un año, un 12,5 % señala que su estado de salud es "algo mejor" que un año atrás, un 8,3 % de los jóvenes señala que su estado de salud es "mucho mejor" que hace un año atrás, mientras que con igual porcentaje un 4,2 % señala tener un estado de salud "mucho peor" que el de hace un año.

Principal medio de información sobre temas de salud

Cuadro N° 21

Medio preferido para informarse sobre temas de salud

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Los médicos o profesionales de la salud | 24 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fuente: Investigación Directa

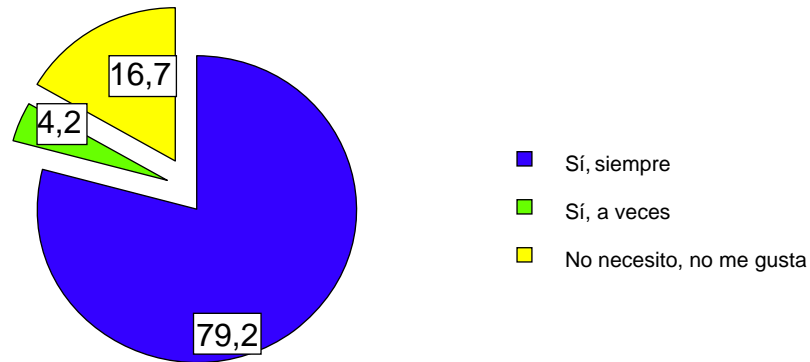
El Cuadro N° 21 señala que el 100 % de los jóvenes encuestados, con una muestra de 24 sujetos, señalan que el principal medio escogido por estos para informarse sobre temas de salud son los "médicos y profesionales de la salud".

Los jóvenes encuestados manifiestan, en su mayoría, que el estado de salud que presentan actualmente es similar al de hace un año atrás, esto debido, y como lo afirma H, Cia (op.cit) "a que los Trastornos de Pánico son de carácter crónico, lo que provoca una alteración severa en la calidad de vida, alterando las relaciones interpersonales, familiares, laborales y sociales, que persisten en el tiempo"

Redes de apoyo emocional

Gráfico N° 17

Redes de apoyo emocional



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 17 nos muestra las redes de apoyo emocional con las que cuentan los jóvenes, señalando que un 79,2 %, representando a 19 sujetos señalan “siempre tener a alguien en quien confiar, pedir ayuda y consejos”, un 16,7 % señala “no necesitar ayuda” y un 4,2 % señala tener “a veces alguien en quien confiar y pedir ayuda” .

Redes de apoyo social y económico

Cuadro N° 22

Redes de apoyo social y económico

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Sí, siempre | 23 | 95,8 | 95,8 | 95,8 |
| - Sí, a veces | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

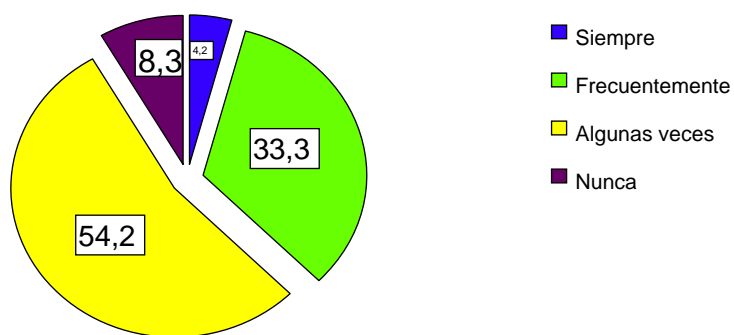
El Cuadro N° 22 nos muestra las redes de apoyo económico y social de los jóvenes encuestados, de los cuales un 95,8 %, representando a la inmensa mayoría, señalan “contar siempre” con alguien con quien contar en caso de alguna emergencia, mientras que un 4,2 % (con 1 caso) señala que “solo a veces tiene a quien recurrir” en caso de problemas e imprevistos.

Los jóvenes estudiados presentan relaciones positivas de interacción con sus grupos de pares y familia, por esto constantemente tiene a quien recurrir en caso de necesitar apoyo emocional o económico. Esto se da, ya que en esta etapa los individuos necesitan generar apego con otras personas, sentir la fidelidad y compromiso de los otros, generándose así lazos de amistad perdurables en el tiempo.

Reacciones negativas hacia la irritabilidad

Gráfico N° 18

¿Con qué frecuencia sientes ganas de gritar, tironear, zamarrear en caso de conflictos?



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 18 nos muestra con qué frecuencia los jóvenes sienten ganas de gritar o zamarrear a alguien, cuando se les presenta algún problema, señalando que un 54,2 %, representando a 13 casos estima que “a veces” sienten ganas, un 33,3 % señala que “frecuentemente” sienten ganas de gritar ante

dificultades, un 8,3 % señala que “nunca”, y finalmente un 4,2 del total de la muestra señala que “siempre” siente ganas de gritar o zamarrear a alguien ante dificultades.

Estados de nerviosismo, ansiedad o estrés

Cuadro N° 23

Estados de nerviosismo, ansiedad o estrés

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos - Frecuentemente | 13 | 54,2 | 54,2 | 54,2 |
| - Algunas veces | 11 | 45,8 | 45,8 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

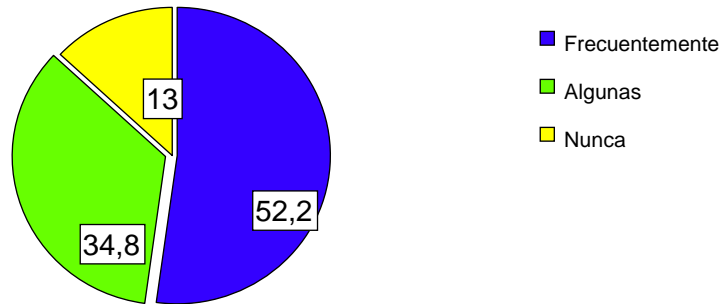
En el Cuadro N° 23 se pueden observar los estados de ansiedad y estrés de los jóvenes, donde se señala que un 54,2 %, representando a 13 individuos encuestados, “frecuentemente” se siente nervioso, ansioso o estresado en general en su vida, mientras que un 45,8 % del total de la muestra, señala que “algunas veces” se siente nervioso o ansioso.

Respecto a los datos anteriores se puede inferir que los jóvenes frecuentemente manifiestan conductas agresivas ante dificultades, debido a la baja tolerancia presentada al estrés, al estar constantemente sometidos a los molestos síntomas de la ansiedad.

Trastornos del sueño

Gráfico N° 19

Trastornos del sueño



Fuente: Investigación Directa

En el Gráfico N° 19 podemos observar que el 52,2 % de los jóvenes que conforman la muestra, "frecuentemente" presenta trastornos de sueño, mientras que un 34,8 % del total "algunas veces" y finalmente un 13 % señala no haber presentado "nunca" trastornos del sueño.

Mayoritariamente existe un alto porcentaje de jóvenes que presentan dificultades para conciliar el sueño, así mismo lo afirma Vallejos (op.cit) al señalar "que las personas que padecen Trastorno de Pánico se encuentran en constante tensión debido a lo molesto de la sintomatología que presentan, ocasionando desagrado al momento de dormir, causando pesadillas, llegando al extremo de temer conciliar el sueño, por miedo a abandonar la vigilia"

Actividad que realizan los jóvenes al estar bajo tensión u estrés.

Cuadro N° 24

Actividad que realiza al estar bajo tensión u estrés.

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Fumas | 4 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | Salen a algún lado | 8 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | Comes | 3 | 12,5 | 12,5 | 62,5 |
| | Te tomas un trago | 4 | 16,7 | 16,7 | 79,2 |
| | Le gritas a la primera persona que te hace enojar | 2 | 8,3 | 8,3 | 87,5 |
| | Buscas estar solo/a | 1 | 4,2 | 4,2 | 91,7 |
| | Ves TV, escuchas música, lees, juegas, o estás en el PC | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| | Respiras profundo y descansas | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| | Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

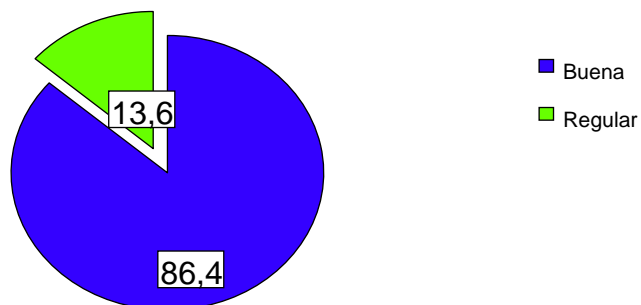
Fuente: Investigación Directa

En el Cuadro N° 24 es posible observar las distintas actividades que ejecutan los jóvenes cuando se encuentran sometidos a estados de estrés o tensión, señalando que un 33,3 % "salen a algún lugar", mientras que las opciones "tomar un trago" y "salir a fumar" presentan el mismo porcentaje correspondiente a un 16,7 %, mientras que la opción "comer" obtuvo un 12,5 % y finalmente las opciones "estar solo", "ver TV" y "respirar profundo y descansar" coinciden con un porcentaje de 4,2 %.

Evaluación de la relación que se tiene con el estilo de vida propio

Gráfico N° 20

Evaluación de la relación que se tiene con el estilo de vida propio



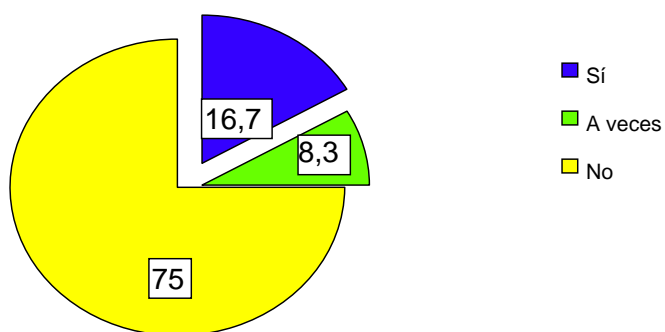
Fuente: Investigación Directa

Como se observa en el Gráfico N° 20 el 86% del total de los encuestados, correspondiente a 19 casos, realizan una "buena" evaluación de su calidad de vida, mientras que solo el 13,6 %, representando a 3 casos del total de la muestra, creen que su estado de salud o estilo de vida es considerado "regular".

Demanda de tiempo de dedicación

Gráfico N° 21

Demanda de tiempo de dedicación



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 21 pretende mostrar si los jóvenes han sentido la necesidad de demandar atención a una persona cercana, obteniendo como resultado que el 75 % señala que "no", un 16,7 % señala que "sí" ha demandado atención de una persona cercana, mientras que el 8,3 % señala que solo "a veces" ha sentido la necesidad de demandar la atención de una persona cercana.

Autopercepción

Cuadro N° 25

Característica positivas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Independiente | 1 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| Alegre | 6 | 25,0 | 25,0 | 29,2 |
| Sociable | 6 | 25,0 | 25,0 | 54,2 |
| Extrovertido | 3 | 12,5 | 12,5 | 66,7 |
| Líder | 3 | 12,5 | 12,5 | 79,2 |
| Respetado | 3 | 12,5 | 12,5 | 91,7 |
| Seguro de sí mismo | 2 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

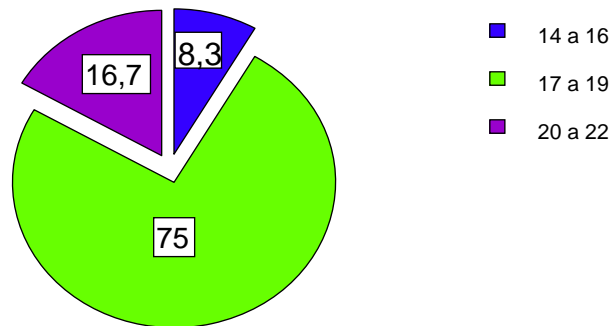
En el Cuadro N° 25 es posible observar la autopercepción de los jóvenes encuestados, reconociendo ellos sus propias características positivas que mejor los describe, de este modo un 25 % de los encuestados señala considerarse "alegre", mientras que un porcentaje igual se considera "sociable" ambas categorías con 6 jóvenes cada una. Con un 12,5 % del total de la muestra se encuentra la opción "líder", "respetado" y "extrovertido", los jóvenes que se sienten "seguros de sí mismos" corresponden a un 8,3 % y los jóvenes que se consideran independientes corresponden al 4,2% del total de la muestra.

- Trastorno de Pánico

Edad de la presentación del trastorno

Gráfico N° 22

Edad de Presentación del Trastornos de Pánico



Fuente: Investigación Directa

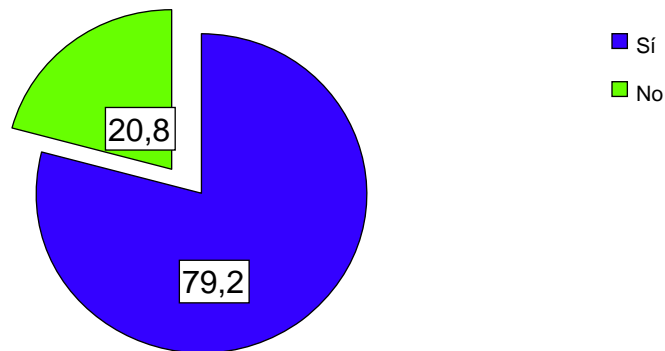
Los encuestados presentan un rango de edad de aparición del Trastorno de Pánico, con un rango de edad mayor que va de los "17 a 19 años de edad", representando por un 75 %, correspondiente a 18 casos; el 16,7 % del total de los encuestados correspondiente a 4 casos entre los "20 y 22 años de edad", mientras que el 8,3 % representando a 2 casos entre los "14 y 16 años de edad".

El rango de edad de aparición del Trastorno de Pánico fluctúa entre los 17 y 19 años de edad, esto debido a que durante este periodo se deben tomar decisiones significativas respecto a proyecciones a futuro, como por ejemplo definir el ámbito vocacional, es decir, caracterizado por una etapa marcada por los cambios, debiendo los jóvenes, enfrentarse a una nueva estructura de vida con mayor participación social.

Claridad de las causas que originaron el Trastorno de Pánico

Gráfico N° 23

Causas que originaron el Trastorno de Pánico



Fuente: Investigación Directa

En relación a la claridad respecto a las causas que originaron el Trastorno de Pánico, y como se señala en el Gráfico N° 23, la amplia mayoría representada por un 79,2 %, correspondiente a 19 casos, señalan "sí" tener claridad respecto a las causas, mientras que el 20,8 % representando por 5 encuestados, señalan "no" saber las causas respecto a la aparición del Trastorno de Pánico.

Causas del Trastorno de Pánico

Cuadro N° 26

Causas de trastorno de pánico

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 5 | 20,8 | 20,8 | 20,8 |
| - Autoexigencia, miedo al fracaso y defraudar a mis padres | 1 | 4,2 | 4,2 | 25,0 |
| - Cuando empecé a estudiar pálido | 1 | 4,2 | 4,2 | 29,2 |
| - Cuando entre a la Universidad | 1 | 4,2 | 4,2 | 33,3 |
| - Cuando me eche un ramo que me atrasó | 1 | 4,2 | 4,2 | 37,5 |
| - Depresión | 1 | 4,2 | 4,2 | 41,7 |
| - Mi sobreexigencia | 1 | 4,2 | 4,2 | 45,8 |
| - Muerte de mi padre | 1 | 4,2 | 4,2 | 50,0 |
| - No saber qué estudiar | 1 | 4,2 | 4,2 | 54,2 |
| - Pensar en el futuro, madurar | 1 | 4,2 | 4,2 | 58,3 |
| - Presión de mis padres para entrar a estudiar | 1 | 4,2 | 4,2 | 62,5 |
| - Presiones en el trabajo | 1 | 4,2 | 4,2 | 66,7 |
| - Presiones en el trabajo y la familia | 1 | 4,2 | 4,2 | 70,8 |
| - Problemas en la infancia y la falta de papá | 1 | 4,2 | 4,2 | 75,0 |
| - Problemas familiares | 3 | 12,5 | 12,5 | 87,5 |
| - Problemas familiares y embarazo | 1 | 4,2 | 4,2 | 91,7 |
| - Problemas familiares y miedo al futuro | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| - Separación de mis padres | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Como se observa en el Cuadro N° 26, las principales causas que aseguran los encuestados, ocasionaron el Trastorno de Pánico, y representando un 20,8 % representando a 5 casos, es la "la autoexigencia, el miedo al fracaso y a defraudar a mis padres", le siguen a esta categoría y con un 12,5%, correspondiente a 3 casos "Problemas Familiares".

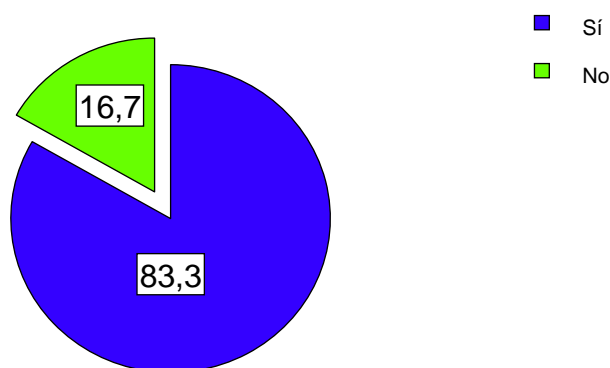
Los jóvenes encuestados tienen total claridad respecto a las causas que incidieron en la aparición del Trastorno de Pánico, mencionando como principal factor las problemáticas familiares al interior de su núcleo. Como lo

afirma H. Cía (op.cit) "Las experiencias de vida desfavorables en la infancia, como pérdidas y ciertos controles parentales perturbadores, posibilitan la contribución de Trastornos Ansiosos. Los reforzamientos parentales y las expectativas de los padres acerca de las conductas temerosos o ansiosas de los niños, además del modelado de temores y la ansiedad que los mismos manifiestan, influyen sobre los infantes" esto quiere decir, que situaciones complejas o problemáticas ocurridas durante las primeras etapas de vida de las personas, pueden gatillar alteraciones mentales, como los Trastornos Ansiosos.

Coincidencias de la aparición del Trastorno de Pánico con algún hecho importante

Gráfico N° 24

Coincidencias de la aparición del Trastorno de Pánico



Fuente: Investigación Directa

En relación a la coincidencia del Trastorno de Pánico con algún hecho importante en la vida de los encuestados, representados en el Gráfico N° 24, podemos señalar que un 83,3 %, correspondiente a 20 casos, señalan que "sí" coincide con una situación particular, mientras que el 16,7 % , representando a 4 casos, considera que "no" existe coincidencia alguna.

Situación o vivencia que coincide con la aparición del trastorno

Cuadro N° 27

Hecho importante que coincide con la aparición de Trastorno de pánico

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 4 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| Cambio de un colegio público a uno particular | 1 | 4,2 | 4,2 | 20,8 |
| Con la entrada a la Universidad | 2 | 8,3 | 8,3 | 29,2 |
| Cuando comence a estudiar y trabajar | 1 | 4,2 | 4,2 | 33,3 |
| Cuando me eche taller | 1 | 4,2 | 4,2 | 37,5 |
| Cuando mi mamá se fue de la casa | 1 | 4,2 | 4,2 | 41,7 |
| Después de dar la PSU | 1 | 4,2 | 4,2 | 45,8 |
| Después del fallecimiento | 1 | 4,2 | 4,2 | 50,0 |
| Problemas familiares | 1 | 4,2 | 4,2 | 54,2 |
| Rendir la PAA y entrar a la Universidad | 1 | 4,2 | 4,2 | 58,3 |
| Separación con el papá de mi hijo | 1 | 4,2 | 4,2 | 62,5 |
| Sí, cuando entre a la Universidad | 1 | 4,2 | 4,2 | 66,7 |
| Sí, cuando quede embarazada | 1 | 4,2 | 4,2 | 70,8 |
| Sí, cuando salí del colegio | 5 | 20,8 | 20,8 | 91,7 |
| Sí, primer año de Universidad | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| Sí, separación de mis padres | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

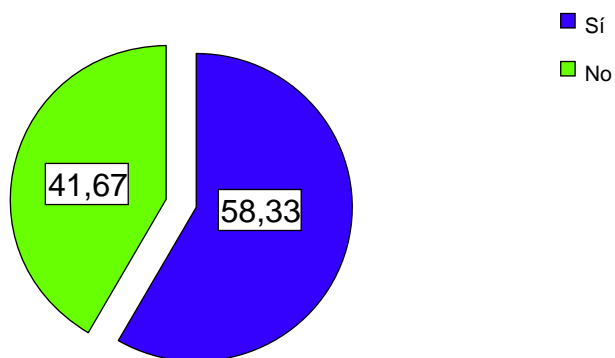
El Cuadro N° 27 señala que el 20,8 % de los casos, correspondiente a 5 casos, señalan que el principal hecho que coincide con la aparición de los Trastornos de Pánico es "al salir del colegio".

Es en este periodo o etapa es donde los jóvenes vivencian el mayor cambio de sus vidas, debiendo pasar de un proceso educativo formal garantizado, a decidir sobre que hacer respecto a su futuro, ya sea laboral o educativo, aumentando de esta manera los niveles de estrés entre los jóvenes, que se ven más vulnerados debido a sus historias de vidas pasadas, a la hora de tomar una decisión favorable.

Existencia de factores estresantes que gatillan el Trastorno de Pánico

Gráfico N° 25

Existencia de factores estresantes que gatillan el Trastorno de Pánico



Fuente: Investigación Directa

Como lo señala el Gráfico N° 25, el 58,33 % representando a la mayoría, correspondientes a 14 casos, señalan que "sí" existen factores estresantes a nivel familiar, social e individual que pudieran gatillar los Trastornos de Pánico. Mientras que el 41,67 % representando a 10 casos asegura que "no" existe relación entre estos factores y la presencia de la enfermedad.

Factores presentes en la aparición del Trastorno de Pánico

Cuadro N° 28

Factores estresantes que gatillan la presencia de Trastorno de pánico

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 9 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| Decidir qué hacer con mi futuro | 1 | 4,2 | 4,2 | 41,7 |
| Decidir qué hacer de mi futuro | 1 | 4,2 | 4,2 | 45,8 |
| Discusiones con mi papá | 1 | 4,2 | 4,2 | 50,0 |
| La falta de comunicación y entendimiento | 1 | 4,2 | 4,2 | 54,2 |
| La presión de mi mamá para que sea profesional | 2 | 8,3 | 8,3 | 62,5 |
| Los dramas de pequeña, la Universidad, La presión de ser siempre la mejor en todo | 1 | 4,2 | 4,2 | 66,7 |
| Mayores exigencias | 1 | 4,2 | 4,2 | 70,8 |
| No contar con dinero para estudiar bien | 1 | 4,2 | 4,2 | 75,0 |
| Peleas | 1 | 4,2 | 4,2 | 79,2 |
| Peleas con mi abuelita | 1 | 4,2 | 4,2 | 83,3 |
| Presiones en general | 1 | 4,2 | 4,2 | 87,5 |
| Sí, todo es estresante | 1 | 4,2 | 4,2 | 91,7 |
| Soy muy perfeccionista y la mayor de mis hermanos | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| Trabajo y la Universidad | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

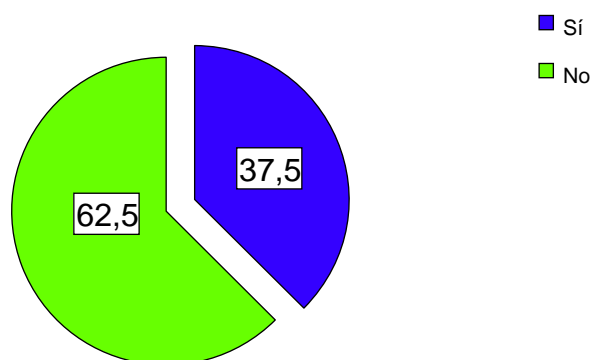
Fuente: Investigación Directa

El Cuadro N° 28 nos muestra que el principal factor estresante que presentan los encuestados, según el 37,5%, abarcando la amplia mayoría, representando a 9 casos es la "toma de decisión respecto al futuro".

Consecuencias negativas del Trastorno de Pánico

Gráfico N° 26

Consecuencias del Trastorno De Pánico



Fuente: Investigación Directa

El Gráfico N° 26, nos señala que un 62,5 % de los casos, señala sentir que los Trastornos de Pánico han retrasado sus metas o planes a futuro, es decir, 15 integrantes del estudio, mientras que el 37 % restante de los encuestados, con 9 integrantes aseguran que esta enfermedad no ha retrasado sus metas.

- Entre quienes dicen que sí

Cuadro N° 29

¿Por qué? el retraso en tus metas

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 15 | 62,5 | 62,5 | 62,5 |
| - En algún momento, sí, en mi vida, en atreverme a ser más independiente a estar sola, a ser yo | 1 | 4,2 | 4,2 | 66,7 |
| - Porque me eche un ramo y me atrase un año | 2 | 8,3 | 8,3 | 75,0 |
| - Porque no puedo rendir el 100% | 1 | 4,2 | 4,2 | 79,2 |
| - Porque no sabía como manejarla | 1 | 4,2 | 4,2 | 83,3 |
| - Sí, pero sólo las postergo | 1 | 4,2 | 4,2 | 87,5 |
| - Sí, porque no puedo trabajar ni estudiar, porque mis crisis son muy fuertes | 1 | 4,2 | 4,2 | 91,7 |
| - Sí, porque no sabía cómo manejarla | 1 | 4,2 | 4,2 | 95,8 |
| - Sí, porque tuve que congelar un año la carrera de Trabajo Social | 1 | 4,2 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

En cuanto al retraso en los proyectos o metas a causa de la enfermedad, el Cuadro N° 29 señala que un 8,3 % de los encuestados, representando a 2 casos, sostienen que la principal causa es el retraso en su año académico al haber reprobado un ramo.

Los jóvenes encuestados aseguran que los Trastornos de Pánico han interferido en el funcionamiento normal de sus vidas, retrasando sus actividades o metas, así mismo lo asegura H. Cía (op.cit) quien sostiene que "muchos individuos afectados por este trastorno han llegado a perder sus trabajos o han debido ser reubicados en tareas que requieren de poco desplazamiento, otras personas han debido dejar sus estudios restringiendo sus vidas en distintos ámbitos de esta, es decir, actividades recreativas, deportivas y sociales. Esto los transforma en discapacitados psíquicos, restringido limitando una vida autónoma"

- Entre quienes dicen que no

Cuadro N° 30

¿Por que no ha retrasado sus metas:

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | 9 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| - Actualmente no porque puedo manejar las crisis | 1 | 4,2 | 4,2 | 41,7 |
| - No, porque aprendía a sobrellevar las crisis | 1 | 4,2 | 4,2 | 45,8 |
| - No, porque aprendía a sobrellevar los síntomas | 1 | 4,2 | 4,2 | 50,0 |
| - No, porque asistí al médico a tiempo | 1 | 4,2 | 4,2 | 54,2 |
| - No, porque logre superararla poco a poco | 1 | 4,2 | 4,2 | 58,3 |
| - No, porque no | 1 | 4,2 | 4,2 | 62,5 |
| - No, porque supe salir adelante | 1 | 4,2 | 4,2 | 66,7 |
| - No, porque tuve la ayuda de mi familia | 2 | 8,3 | 8,3 | 75,0 |
| - No, porque tuve que salir adelante | 1 | 4,2 | 4,2 | 79,2 |
| - No, porque yo soy mas fuerte que la crisis | 1 | 4,2 | 4,2 | 83,3 |
| - Porque ahora puedo controlarlo | 1 | 4,2 | 4,2 | 87,5 |
| - Porque no | 1 | 4,2 | 4,2 | 91,7 |
| - Porque supe salir adelante | 2 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| Total | 24 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Investigación Directa

Como se observa en el Cuadro N° 30, y en relación a los encuestados que aseguraron que el Trastorno de Pánico no ha retrasado sus proyectos y metas de vida, la mayoría es compartida por las categorías "No, porque tuve el apoyo de mi familia" y "no, porque supe salir adelante" ambas con un 8,3 % del total representando a 2 casos cada alternativa.

CAPITULO VII

Jóvenes con Trastornos de Pánico y sus Vivencias con su Entorno Social y Familiar: Un Pasaje desde la Infancia hasta Nuestro Días

Las historias de vida que se revisan a continuación, relatan las experiencias vividas de 6 jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen de Trastornos de Pánico, insertos en las Estaciones Médicas de la Comuna de Santiago. Las entrevistas en profundidad fueron realizadas durante los meses de noviembre y diciembre del año 2008.

A través de los relatos de los jóvenes es posible comprender las relaciones que estos mantienen con su grupo familiar, con la sociedad, con su grupo de pares, y como estos se ven a sí mismos.

En este apartado se relatan de forma cronológica las distintas etapas de vida de los sujetos de investigación, desde su etapa de infancia hasta la adolescencia, desde la propia apreciación de los involucrados y como sus procesos de vida han sido clave en el desarrollo del Trastorno de Pánico.

Los siguientes relatos deben ser analizados tomando en consideración el contexto sociocultural de cada uno de los jóvenes partícipes del estudio, ya que cada uno de ellos vivencia experiencias particulares.

Historia N° 1

“Pese a mi Enfermedad soy una Persona Alegre que no Pierde las Esperanzas”

Constanza, 19 años

Prólogo

La historia de Constanza, permite identificarla como una joven alegre, extrovertida e inmadura, mantiene una relación compleja con su padrastro con quien mantiene constantes conflictos, y con un padre al cual identifica como un amigo pese al escaso vínculo entre ambos.

I

Criada bajo un contexto de felicidad

El 14 de enero del año 1989, nace en el Hospital Félix Bulnes Constanza, la primera hija de Carmen y Miguel. Constanza se cría en la comuna de Quinta Normal, junto a su madre, sus abuelos maternos y tías, ya que durante este periodo la relación entre sus padres se encontraba deteriorada.

Así fue creciendo Constanza en la casa de sus abuelos, junto a sus primos, con quien pasaba largas horas del día jugando, siendo el más recurrente la preparación de alimentos con plantas y tierra. La niña tenía muchos amigos en el barrio de su misma edad, con quienes salía a jugar a la calle todos los días de la semana.

Constanza pasó sus años de infancia feliz, junto a sus amigos y familia, sin mayores dificultades y miedos, sin embargo la relación de sus padres se encontraba cada vez más distanciada, por lo que Constanza no mantenía contacto con su progenitor, por esto su familia, en especial su madre y tía Yanina se esmeraban por complacerla y de esta manera aminorar la carencia afectiva del padre.

En esta etapa de la vida, Constanza, fue criada especialmente por su abuela materna y madre, quienes se hacían cargo de llevarla al colegio, enseñarle las materias, peinarla diariamente y hacerla dormir.

Años más tarde Carmen, su madre, inicia una nueva relación sentimental junto a Osvaldo, con quien comienza a convivir en la casa de sus padres. Este hombre llega a marcar la vida de Constanza, ya que pasa a ocupar el rol de padre, convirtiéndose en una persona muy especial para la menor.

Cuando Constanza cumple los 9 años de edad, nace su hermanastro Camilo, es así como en la vida de la niña se comienza a formar un nuevo núcleo familiar.

II

Mis amigos y la escuela

Al cumplir los 5 años de edad, Constanza ingresa a Kinder al colegio Diego Portales, ubicado a pocas cuadras de su casa, es aquí donde la niña comienza relacionarse con niños de su edad, manteniendo buena relación con estos, encontrando nuevos amigos con los cuales compartiría en su infancia.

Constanza siempre se caracterizó por ser una niña extrovertida, alegre y de muchos amigos, por tanto pasaba largas horas del día compartiendo y jugando con estos, descuidando sus estudios, por lo que su rendimiento escolar era deficiente. A pesar de esto su familia más cercana siempre la motivó y participó en el proceso educativo de Constanza, asistiendo a las reuniones de apoderados, ayudándola a hacer las tareas e incentivándola a obtener mejores calificaciones.

Cuando Constanza cumple los 13 años de edad, ocurren fuertes cambios en su vida, ya que Carmen y Osvaldo se consolidan como pareja, trasladándose a vivir a la comuna de Maipú, junto a Constanza y el menor

Camilo. Este acontecimiento provoca una situación de tristeza en la niña, debido al fuerte vínculo afectivo que mantenía con sus abuelos maternos, y al consecuente abandono de sus amigos de infancia.

III

Mi familia

Constanza al dejar a sus abuelos maternos y tías, se enmarca en un nuevo proyecto familiar junto a su madre, su padrastro y hermano. La nueva familia debe reorganizar la forma de convivencia, instaurando nuevas normas y un estilo democrático de resolución de conflictos.

A medida que pasó el tiempo la familia se comienza a consolidar cada vez más, Constanza siente la confianza de compartir sus problemas y vivencias junto a su familia, en especial con su madre ya que el vínculo entre ambas siempre ha sido cercano, mientras que con Osvaldo, su papá (padrastro), la vinculación también se torna cercana, sin embargo, no esta exenta de conflictos, los que principalmente se relacionan con permisos, salidas y diferencias de opiniones.

Así transcurría la vida de Constanza, asistiendo a su nuevo colegio, compartiendo con nuevos amigos, cuidando a su hermano menor. Pese a ello, los conflictos con su padrastro se hacían cada vez más evidentes, lo que provocaba un estrés familiar, sin embargo, su madre seguía siendo el pilar más importante en la vida de Constanza, convirtiéndose en una figura apoyadora y confidente para la niña.

En ese entonces la familia de Constanza estaba logrando una estabilidad emocional y económica, cuando Osvaldo su padre, como ella lo menciona, quedó sin trabajo lo que provocó un desequilibrio al interior de la familia, ya que este era el único proveedor económico del núcleo familiar. Esta situación se sostuvo durante algunos meses, hasta que Osvaldo logro nuevamente

conseguir un empleo. Sin embargo persistían otros conflictos al interior de la familia, los que eran resueltos de forma unánime por los integrantes.

IV

Los Trastornos de Pánico han retrasado mis proyectos de vida

Constanza cursaba segundo año medio, en el colegio San José de Maipú, mantenía un ritmo de vida tranquilo y normal como toda niña de su edad (16), hasta que un día camino al colegio comenzó a experimentar extrañas sensaciones en su cuerpo. Así fue transcurriendo la mañana hasta que de pronto comenzó a sentir fuertes palpitaciones, ahogo, sudoración y un miedo terrible a morir. Constanza lloraba sin saber que es lo que le ocurría, sin tener una explicación para tales síntomas, en ese momento acudieron en su ayuda su pololo Mauricio, de hace pocos meses, y sus amigas y amigos más cercanos.

Estos síntomas con el tiempo se fueron haciendo cada vez más frecuentes, su familia reaccionó de forma inmediata, aunque no comprendiendo lo que pasaba con Constanza, sin embargo su familia en general le prestó un apoyo incondicional, tomando como primera medida acudir a distintas especialidades como medicina general, neurólogos, psicólogos, sin encontrar explicación a su problema, hasta que acude a un médico Psiquiatra quien logra dar con el diagnóstico final de Trastorno de Pánico.

Constanza antes de enterarse de su diagnóstico, vivenció una situación difícil, al no comprender lo que le estaba ocurriendo, lo que la mantenía en un constante desequilibrio. En su vivencia escolar, sus compañeros le brindaron apoyo, ayudándola cuando gatillaban las crisis, por otra parte sus profesores y directivas del Colegio reaccionaron de manera negativa, cuestionando los síntomas que Constanza presentaba, tratándola de exagerada y de querer evadir los compromisos escolares.

Sumado a ello Constanza mantenía permanentes conflictos con un profesor quien no comprendía su comportamiento, lo que dificultaba la estadia de la joven al interior del colegio. Esta situación se volvió más adversa con el tiempo lo que la obligó a abandonar el colegio.

Al llegar al diagnóstico final, la familia, tratando de explicar la situación, comenzó con una serie de cuestionamientos y culpas respecto a los factores que gatillaron la enfermedad de Constanza, optando por brindarle los cuidados necesarios.

Con el tiempo el tratamiento farmacológico comenzó a hacer efecto, pudiendo Constanza retomar sus actividades normales, volvió al colegio terminando su enseñanza media, e ingresando al mundo laboral, donde trabajó durante un par de meses, hasta que comenzó a sentirse incomprendida dentro de su lugar de trabajo, sintiendo que se le exigía más de lo que correspondía. Además los conflictos con su padrastro se fueron acentuando cada vez más, situación que empeoro la salud mental de Constanza, lo que provocó que volvieran a manifestarse los síntomas de Trastorno de Pánico, pero esta vez de manera más intensa que en su primera aparición.

Constanza volvió a sumirse en su enfermedad, sintiéndose desesperada de su condición, lo que provocó en ella una depresión que la llevó a atentar en variadas oportunidades contra su vida. Su familia se mostró alterada respecto a esta realidad, los padres discutían constantemente, el hermano se mostraba un tanto nervio y temeroso cuando comenzaban las crisis, por lo que la familia tuvo que tomar medidas más extremas respecto a su cuidado y tratamiento.

V

Pese a todo lo malo, siempre feliz.

Pese a todos los obstáculos que ha debido sobrellevar en sus cortos años, Constanza, ha sabido sobreponerse a las distintas dificultades, mostrándose siempre alegre y extrovertida, compartiendo siempre con sus amigos, ya sea en fiestas o en reuniones, además de siempre tener sus metas y proyectos claros, con la convicción de poder realizarlos.

Constanza es una joven que tiene claro la situación que enmarca a la sociedad actualmente, reconoce vivir dentro de un mundo competitivo, individualista y consumista, donde las mujeres han perdido el respeto por sí mismas. Se siente parte de esta sociedad, sin embargo, tiene claro los valores que debe rescatar, como el respeto por el otro y por sí mismos.

Historia N° 2

“Yo pensaba que Todo el Problema Radicaba en Mi”

Paula, 21 años

Prólogo

Paula es una joven, la cual tuvo una infancia muy dura y compleja en cuanto a la relación con su padre y la familia de este. La joven a pesar de presentar un complejo diagnóstico de Trastorno de Pánico, es capaz de mirar atrás y darle un sentido positivo a sus experiencias vividas, intentando siempre salir adelante de manera airosa.

I

“Mi infancia fue mala, pero no diferente a la del resto”

El 19 de Abril de 1987, nace en la clínica Dávila, una niña llamada Paula, hija de Roberto Y Silvana, quienes viven en la comuna de las Condes, en la casa que le arrendaban a Ester, la abuela materna de la niña.

Paula comenzó a crecer, en el barrio en el cual vivían sus padres, no tenía amigos, ya que las relaciones entre los vecinos de su barrio eran de poco contacto, fue así como la niña comenzó a tener amigos al ingresar a kinder al colegio Simón Bolívar. Años más tarde la familia de Paula se traslada a vivir de allegada a la comuna de la Florida, junto a sus abuelos paternos, puesto que la abuela materna los echó de la casa en donde residía junto a su familia.

En este lugar la niña comenzó a relacionarse con niños de su edad dentro del barrio, tenía muchos amigos con los cuales compartía largas tardes de juego.

Tiempo después Roberto y Silvana, le comunican a Paula que tendrán un hijo, situación que pone muy feliz a la niña. Meses más tarde nace

Nicolás el hermano menor de Paula. Así la familia se fue consolidando poco a poco, viviendo Paula una niñez tranquila junto a sus amigos en la escuela.

En ese entonces la madre de Paula se desempeñaba como enfermera, trabajando por turnos en hospitales públicos, por lo que ella debía hacerse cargo de su hermano menor Nicolás.

Cuando Paula cumplió los 11 años de edad, vivió una situación que la marcó para toda su vida, su abuelo paterno era un hombre adicto al alcohol en un grado severo, y una noche, mientras la niña se encontraba bajo su cargo, fue violada y amenazada por él, obligándola a que no contara nada de lo ocurrido a su familia, o de lo contrario le haría daño a su hermano menor Nicolás. Paula por temor y con el afán de proteger a su hermano ocultó esta situación a su familia y amigos.

La vida de Paula se tornaba cada vez más complicada, a lo anterior se agrega el deterioro de la relación entre los padres de Paula, ya que Roberto era un hombre jovial, que gustaba de la música y las salidas nocturnas, no haciéndose cargo de las necesidades reales de la familia, provocando el quiebre definitivo de la relación, debiendo dejar Silvana y sus hijos el hogar común.

En este transcurso de tiempo Silvana con gran esfuerzo logra obtener su casa propia en la comuna de Peñalolen, donde se traslada junto a sus dos hijos. Paula debido al cambio de casa debe trasladarse de colegio, en esta escuela la situación fue adversa, ya que sus compañeros la molestaban e incluso la agredían, esta etapa en la vida de Paula no fue grata, ya que debía lidiar con el secreto de la violación de su abuelo y las constantes burlas de sus compañeros.

Durante este periodo y debido a los conflictos vivenciados, Paula comenzó a generar una dependencia mayor a lo habitual con su madre, no queriendo separarse de ella, con inexistentes deseos de asistir al colegio. Esto provocó en Paula una sensación de angustia al creer que ella era la responsable

de las situaciones vividas en esta etapa, sintiendo que algo malo dentro de ella gatillaba sus sufrimientos. Por otra parte surgieron miedos al no poder tener el respeto de su padre y de que este no se sintiera orgulloso de sus actos.

II

“Pese a mis problemas siempre me exigí”

Paula durante su etapa escolar, se caracterizó por ser una destacada alumna, con excelentes notas, a pesar de la poca exigencia de parte de sus padres, sin embargo, Paula a quien siempre le ha gustado estudiar distintas materias, sentía la necesidad y la obligación de obtener un buen rendimiento para llamar la atención de su padre y así adquirir su reconocimiento, ya que este tenía otros intereses.

La joven comenzó a desarrollarse de manera rápida a nivel físico y social. Su cuerpo comenzó a modificarse de manera más ágil que sus pares, esta situación provocó en Paula una inseguridad para relacionarse con los otros, ya que sentía que su exuberante cuerpo podría llamar la atención de los hombres, y que de esta manera se repitiera la situación traumática vivenciada durante su infancia.

A los 14 años de edad, Paula cambió radicalmente su manera de pensar y actuar, comenzó a tener una vida sexual activa, salía por las noches a beber alcohol y bailar con sus amigos mayores, lo que provocaba grandes peleas con su madre, siendo los principales conflictos los relacionados con permisos, diferencias de opiniones y horarios, Paula imponía sus normas y reglas de forma autoritaria, y su madre las acataba ya que en ese entonces debía sobrellevar el peso de criar a sus dos hijos sola. Sin duda esa etapa en la vida de Paula fue difícil ya que sus conductas de rebeldía distanciaban la relación con sus padres y con su hermano menor.

Este periodo Paula vivenció un nuevo episodio traumático en su vida, ya que una noche y luego de consumir marihuana, su pololo de ese entonces mantuvo relaciones sexuales con ella, mientras se encontraba en un estado de poca lucidez. Esta situación agudizó el afloramiento del recuerdo de violación y abuso sufrido en su infancia.

III

“Mi familia y yo”

Roberto y Silvana, contraen matrimonio en el año 1985, siendo una pareja muy joven de 19 y 21 años respectivamente. Debido a esta diferencia de edad y de etapas de madurez, la pareja siempre presentó conflictos relacionales al no coincidir en sus objetivos inmediatos de vida. Mientras Roberto mantenía una conducta inmadura, sólo aportando en el aspecto económico, Silvana era quien se hacía cargo del cuidado y protección de Paula.

Paula mantuvo desde la infancia una relación distante con su padre, este no se involucraba mayormente en su proceso de crianza, esta relación se fue deteriorando y haciéndose más conflictiva al provocarse la separación de los padres y al llegar Paula a su etapa de adolescencia. Sin duda el mayor conflicto que debió enfrentar con su padre fue cuando accedió a relatar la situación de violación por parte de su abuelo paterno, situación que provocó un quiebre en la relación de Paula y Roberto, ya que este último no fue capaz de aceptar este hecho de agresión, negándose a sí mismo la situación acontecida.

Con su madre la relación era afectuosa y de mucho cariño, pese al poco tiempo que tenían para compartir debido al exhausto trabajo de su madre.

Paula actualmente reside en la comuna de Santiago, junto a su madre y a su pololo Héctor con el cual mantiene una relación desde hace un

año. Aunque Paula ya no vive con su hermano, quien se fue a estudiar fuera de Santiago, aún mantiene una relación simbiótica y una estrecha comunicación.

La joven mantiene una relación armónica con su familia, con una comunicación expedita, con su madre la relación es buena sin problemas, con su padre la relación se ha ido sanando con el tiempo, pese a esto considera que el padre es el miembro de la familia con quien mantiene mayor conflicto, por la personalidad polar de este. Héctor su pareja, es con quien mantiene una mejor relación, basada en el respeto por el otro, en el amor y en el apoyo mutuo.

La dinámica familiar de Paula es de necesidad, más que de afecto y cariño, cuando un miembro lo necesita, todos se hacen presentes para ayudar al miembro de la familia que se ve afectado por un problema o conflicto.

Los conflictos al interior de la familia de Paula, se resuelven en base a la mediación, ya que siempre existe un integrante que se encarga de calmar a las partes involucradas y de guiar la resolución del conflicto a través de acuerdos y consensos.

La crianza que recibió la joven de parte de su familia, fue de mucha libertad, flexible, pero normativa y correcta a la vez, pese a que sus padres vivenciaban distintas etapas, teniendo la madre un rol más activo que el padre, siempre se preocuparon de inculcarles valores y enseñanzas a sus hijos.

IV

“El miedo y las inseguridades de los otros me ayudan a aumentar mis miedos e inseguridades”

Cuando Paula cumplió los 15 años de edad, comenzaron a aflorar los malos recuerdos de su infancia, situación que la atormentaba y que la llevó a experimentar los primeros síntomas de Trastorno de Pánico, los que se agudizaron durante ese año, producto del fallecimiento del abuelo paterno, el

alejamiento con su hermano quien la creía loca y se avergonzaba sintiendo miedo hacia ella, además en esta etapa Paula sintió la valentía de contar a su familia su experiencia traumática de violación, lo que terminó por provocar un nuevo quiebre relacional con su padre.

En una primera instancia Paula y su familia no lograban dar explicación a las sintomatologías que presentaba, debiendo realizarse distintos exámenes para descartar enfermedades hasta llegar al diagnóstico definitivo, durante esta etapa la madre fue el principal apoyo emocional de la niña. Ante el dictamen de la enfermedad, la madre de Paula reaccionó de forma positiva, ya que el diagnóstico final era más alentador que los diagnósticos anteriores que indicaban que la joven no podría salir adelante y que llevaría una vida limitada, no obstante Roberto su padre reaccionó de manera negativa, puesto que este pensaba que su hija no podría realizar actividades como toda persona normal.

La enfermedad de Paula, provocó una crisis a nivel familiar, ya que sus padres se sentían culpables de su patología, cuestionándose sus actitudes al momento de la crianza. Su madre se sintió culpable de la violación al no poder dedicarle tanto tiempo a Paula debido a su trabajo, así mismo para el padre esta situación fue más compleja, ya que en este caso el responsable de la situación problema era su propio padre.

Durante este periodo Paula no resistió los síntomas del Trastorno de Pánico, debiendo iniciar un tratamiento más fuerte basado en fármacos y psicoterapias que la mantenían en un estado somnoliento, lo que la obligó a abandonar el colegio. Sus padres veían que Paula era incapaz de llevar una vida normal, lo que los llevó a tratarla como una persona discapacitada, situación que molestaba a la joven.

A medida que Paula fue avanzando en su tratamiento psiquiátrico, la relación con su padre se fue componiendo, no obstante este aún no logra afrontar el error cometido por el abuelo de la joven, por esta razón Paula ha

debido aprender a vivir con esta situación, de que jamás su padre enfrentará el conflicto que sostuvo con su abuelo.

En cuanto a la relación con la madre, esta se tornó difícil, ya que esta adoptó un rol sobre protector hacia Paula, cuando esta presentaba estados de crisis críticos, sin embargo, en periodos más estables la madre le dejaba el espacio necesario para que ella tomara sus propias decisiones, conciente de la consecuencia de sus actos.

Paula, también mantuvo conflictos con sus compañeros de colegio, ya que estos prejuiciaban y no entendían su enfermedad, pensando que sus reacciones eran exageradas y que lo hacía para llamar la atención, y de esta manera no rendir pruebas y justificar sus inasistencias.

V

"Yo me sentía mala".

Paula vivenció diversos conflictos durante su adolescencia, por una parte los conflictos propios de la identidad, de quien soy y hacia donde voy, además de conflictos con sus padres y hermanos, sin embargo, surgieron conflictos personales en los cuales ella se cuestionaba el porque de sus malas experiencias, sintiéndose responsable de lo que le sucedió durante su niñez, creyendo que había algo malo en ella que provocaba sus vivencias negativas.

Sin embargo, el principal conflicto que vivenció Paula durante su etapa de adolescencia fue la pérdida de su segundo pololo, quién falleció en un trágico accidente automovilístico, este fue quien la apoyó durante sus etapas de crisis.

Otro aspecto que caracterizaba a la joven durante su etapa de adolescencia, eran los distintos intereses y motivaciones personales en relación a sus pares, pese a que Paula siempre mantuvo un buen nivel académico, sus

intereses y proyecciones no estaban enfocados a continuar con sus estudios superiores, sino más bien vivir alejada de la sociedad a las afueras de Santiago. Paula se refugiaba en sus animales, llegando a creer que podía comunicarse con estos y que eran los únicos que la entendían, pasaba largas horas del día leyendo libros y viendo películas.

Paula a medida que fue asumiendo y que fue aprendiendo a vivir con el Trastorno de Pánico, comenzó a proyectar su futuro de manera más clara, queriendo estudiar distintas carreras, aunque no por iniciativa propia sino más bien con el afán de agradar a sus padres y que estos se sentirán orgullosos de sus actos.

La joven mantiene buenas relaciones con su grupo de amigos, reuniéndose con estos periódicamente para compartir, conversar y salir a fiestas. En relación a su entorno social, Paula, no se relaciona mayormente con sus vecinos, aunque mantiene relaciones de respeto mutuo.

Actualmente la joven cursa primer año de Universidad en la carrera de Párvulos, mantiene una buena relación con sus compañeros de universidad, los cuales le han brindado todo su apoyo y poco a poco han ido entendiendo su situación de salud. A pesar de su enfermedad, Paula, mantiene un buen rendimiento académico, sin embargo ella siente no poder rendir igual que sus compañeros debido a las crisis de pánico, ya que en ocasiones, le impiden desenvolverse normalmente.

Una preocupación que mantiene Paula respecto a la sociedad actual es la constante competitividad que existe a todo nivel, donde las personas son capaces de pasar por encima de los demás con tal de conseguir sus objetivos y poder. Sin duda esta característica social, ha afectado a Paula por su constante autoexigencia e inseguridad, comparándose siempre con los demás para intentar superarse. La joven siente que la sociedad actual ha perdido principios valóricos como el respeto por el otro, la solidaridad, y la familia como

fuente de apoyo y comprensión. Paula no se siente parte de este modelo social, ya que este arrastra a las personas a un sistema de consumo y éxitos individuales.

Paula se define así misma como una mujer creativa, comprometida, conforme consigo misma y en un estado de constante aprendizaje, identidad que ha adquirido gracias a la asistencia a sus terapias alternativas, hecho que ha marcado su vida, ya que estas han sido fundamentales en la evolución de su enfermedad logrando su inserción en la sociedad.

Paula con el tiempo ha aprendido a expresar sus sentimientos de angustia y de tristeza, manifestando al resto sus problemas y preocupaciones y de esta manera lograr liberar su carga emocional. Esto lo ha logrado a través de técnicas que ha aprendido en sus terapias, que la ayudan a visualizar sus problemas de manera fría y objetiva. En este proceso su principal apoyo lo encuentra en su madre, Héctor y en su terapeuta alternativo.

Historia N° 3

“Mi Vida ha Sido Triste y Complicada”

Daniela, 21 años

Prólogo

La historia de Daniela, permite identificarla como una joven perseverante, capaz de sobrellevar los obstáculos que se le han presentado durante su vida. A pesar de haber vivido en un contexto social adverso, Daniela se muestra dispuesta a romper las barreras, sin embargo, carga con fuertes recuerdos y problemáticas de infancia que le impiden caminar de manera normal.

I

“Mi infancia estuvo mal vivida”

El 23 de mayo del año 1987, nace en el Hospital San Borja Arriarán, Daniela, la única hija de Maite. Durante esta época Maite vivía de allegada en la casa de sus padres junto a su hija y sus hermanos, en la comuna de Santiago.

Daniela vivió su infancia con la carencia afectiva y económica de su padre, ya que al poco tiempo de nacida la relación entre Maite y Luis se quebró. Pese a ello la niña tenía el cariño de sus abuelos maternos y de su madre, quienes se hicieron cargo de su crianza y cuidado.

La vida de Daniela durante su infancia fue muy dura, ya que su familia mantenía constantes episodios de violencia y conflictos entre sus integrantes, a esto se suma, que los tres tíos con los cuales ella vivía, presentaban problemas de alcohol y drogas. Carlos y Antonio se encontraban sumidos severamente en la adicción, mientras que Juan padecía la adicción en un grado menor, pudiendo así mantener un trabajo estable. Esta situación generó un entorno conflictivo en el cual fue creciendo Daniela.

La infancia de Daniela fue adversa, ya que vivía en un constante conflicto y violencia familiar, a causa de la adicción de sus tíos. Por ello la joven sentía que debía proteger a su madre, abuelos y a su propia persona, fue en este momento cuando más necesito la presencia de su padre, es decir, una persona que la protegerá de las amenazas y que instaurara la autoridad al interior del hogar, y este solo estaba presente una vez al mes aportando en lo económico.

II

“Viví mi juventud responsablemente”

Daniela inicia su etapa escolar en el colegio Hermanos Matte ubicado a pocas cuadras de su hogar. La etapa escolar de Daniela fue positiva, ya que al asistir a un colegio cercano a su hogar, los amigos del barrio coincidían con los amigos de la escuela, por lo que compartían distintas experiencias juntos, donde pasaron momentos agradables, vivenciando las distintas etapas de la niñez.

Daniela desde pequeña siempre se preocupó de estudiar y de obtener buenas calificaciones, manteniendo una buena conducta tanto en su casa como en la escuela, actuando como una joven ejemplar. La madre de Daniela pese a la intensa relación de amistad y de cuidado, no participaba ni estimulaba a la joven en sus estudios, teniendo una conducta un tanto negligente en este ámbito.

Posteriormente sigue sus estudios en un liceo comercial, estudiando secretariado, en este periodo la joven se encontraba muy motivada por lo que su rendimiento era excelente, obteniendo siempre buenas calificaciones, situación que le agradaba ya que obtenía el reconocimiento y el orgullo de su familia.

Pese a tener un buen rendimiento escolar, Daniela sufría grandes carencias económicas, ya que vivía con su madre dentro de una pieza en la casa

de sus abuelos, denotando un cierto grado de hacinamiento. La joven no contaba con privacidad y con un espacio físico donde poder estudiar.

El paso de la niñez a la adolescencia de Daniela, fue un periodo de transición en el cual la joven comienza a comprender las situaciones que le toco vivir. En este tiempo empieza a cuestionarse el porque de sus vivencias, carencias afectivas y precariedad económica, comparándose con el resto de sus pares, cuestionándose el porque no podía tener una familia normal. Estas interrogantes marcaron la vida de Daniela.

La joven siempre mantuvo buenas relaciones sociales, rodeada de amigos y compañeros de colegio, se mostraba como una persona alegre, sociable y extrovertida. Así mismo ocurría en su hogar, manteniendo relaciones armónicas con su madre y abuelos quienes la apoyaban en sus acciones y proyectos.

A los 15 años de edad, Daniela inicia su primera relación sentimental con Cristian, la cual duro dos años. Posterior a eso vinieron otras relaciones de larga duración. Todas sus relaciones amorosas se han caracteriza por ser de mucha intensidad y dependencia.

Daniela desde muy temprana edad debió tomar las riendas de su vida madurando y evaluando sus proyectos a futuro, optando por estudiar y salir adelante pese a sus conflictos económicos. Posteriormente la joven obtiene la beca Presidente de la República y así cursa sus estudios superiores, de esta manera el ser una persona metódica le permitió concretar sus metas a corto plazo. Todo este proceso lo vivió sola, ya que su madre no se involucraba mayormente en las decisiones que la joven tomaba.

III

“Tuve que tomar mis propias decisiones desde joven, dentro de mi familia”

Daniela creció bajo el cuidado de su madre, quien siempre volcó toda su atención en ella, y sus abuelos maternos quienes le brindaron todo el cuidado, cariño y apoyo posible, sin embargo la carencia de la figura paterna se sentía en la vida de la niña, ya que no mantenía ningún tipo de contacto con él.

Los principales conflictos con lo que debió lidiar Daniela fueron las constantes disputas entre sus tíos y abuelos, la joven al intentar defender a sus abuelos y madre, recibía malos tratos psicológicos de parte de sus tíos. Daniela creció en este ambiente de hostilidad bajo constantes amenazas.

Años más tarde Daniela comenzó a contactarse con su padre Javier, un hombre de campo que no contaba con mayores recursos económicos y educacionales, por lo que el rol que desempeñó en la vida de Daniela era netamente de proveedor. La relación entre ambos era distante y funcional.

Durante la época de la adolescencia la relación de Daniela con su familia era óptima, ya que la joven era muy apegada a los estudios y a su hogar, por lo que ellos no tenían la necesidad de estar constantemente motivando a la joven, ya que esta tenía sus tareas y compromisos claros. Daniela sentía bastante apoyo de parte de su familia, sin embargo, no se sentía comprendida, situación que nunca manifestó para no preocupar a sus abuelos.

En la adolescencia surgen conflictos relacionales con su madre, ya que esta volcó toda su atención en Daniela, postergando así Maite su vida amorosa y social. Surgieron otros conflictos como los permisos y las salidas de Daniela, ella comenzó a crecer y con ello también fue creciendo su interés por salir a fiestas junto a sus amigos, llevando una vida con cierto grado de autonomía, además de conflictos respecto a formas de ver la vida y proyecciones, queriendo su madre que Daniela hiciera todas aquellas cosas que

ella no pudo concretar. Pese a que la joven siempre ha mantenido una relación basada en el amor con sus abuelos y madre, estos no apoyan a la joven en sus proyectos y metas a seguir, si no más bien, tratan de ver su propia conveniencia en el actuar de Daniela.

Durante esta etapa Daniela, comenzó a comprender la relación que tenía con su padre, lo que la llevo a exigirle más atención y afecto, pidiéndole explicaciones respecto a la ausencia durante los años anteriores, hecho que deterioró aún mas la relación entre ambos, al Javier sentirse presionado por su hija, distanciándose de ella. Estos conflictos, pese a verse aminorado actualmente, nunca se han logrado resolver completamente.

Sin duda la situación más estresante que ha debido vivenciar el grupo familiar es el fallecimiento del tío menor de Daniela, quien se suicidó en el hogar producto de su adicción a las drogas y el alcohol. Este acontecimiento provocó un grave quiebre al interior de la familia, sin embargo, ayudó a que los conflictos entre los miembros de la familia se apaciguaran, optando por un reencuentro basado en el mutuo respeto.

Cuando Daniela cumple los 18 años de edad, deciden junto a su madre, abandonar el hogar de sus abuelos e iniciar una vida las dos solas en una casa que arrendaban gracias los ingresos captados por Maite como cocinara en un establecimiento educacional. Esta situación favoreció la relación al interior de la familia, sin embargo, la madre dedicaba cada vez mayor tiempo a Daniela, lo que acrecentó las problemáticas relacionales entre estas.

IV

“Los Trastornos de Pánico cambiaron mi forma de ver la vida”

La primera vez que la joven sufrió los síntomas de Trastorno de Pánico fue al cursar su primer año de universidad, ella y su familia desconocían la enfermedad, por lo que no podían dar explicación a su conducta, fue en ese

entonces cuando su madre, quien le brindó mayor apoyo, la llevo a distintos médicos, realizándose múltiples exámenes hasta dar con el diagnóstico definitivo. Cuando sus abuelos se enteraron de lo ocurrido fue un periodo de mucha tristeza ya que Daniela pasaba todo el día encerrada en su casa, aislándose, transformando su personalidad extrovertida en una más retraída.

Por esta razón la familia intento apaciguar los conflictos familiares, para que la joven se sintiera tranquila y acogida dentro de su hogar, ya que los conflictos al interior del hogar y las preocupaciones que le provocaba la universidad, aumentaban la aparición de las crisis. Este apoyo familiar fue importante en la evolución de su enfermedad, sin embargo las crisis no cesaban.

Cuando la familia comprende que la enfermedad de Daniela tenía causas psicológicas, comienzan a culparla y a presionarla para que obtuviera su pronta recuperación, esto provocaba en la joven un sentimiento de vergüenza al no poder manifestar lo que sentía.

Durante este periodo la joven comenzó a bajar su rendimiento en la universidad, interviniendo la enfermedad en sus propósitos, ya que no podía rendir con todos sus exámenes situación que la angustiaba.

Sin duda los Trastornos de Pánico limitaron la vida Daniela, al no poder esta desplazarse de manera normal a cualquier lugar por temor a morir o a que le ocurriera algún hecho traumático o accidente.

V

“Responsable, pero muy insegura de mi misma”.

Daniela a causa de sus experiencias personales, se siente constantemente nerviosa, ansiosa y desprotegida, por lo que se le hace difícil encontrarse sola, razones que la llevan a buscando refugio siempre en los demás para sentirse cuidada y querida.

La joven siempre se ha caracterizado por ser responsable, y perseverante en las cosas que hace, ya que ha obtenido logros personales muy importantes como entrar a la universidad y sacar buenas calificaciones, pese a siempre haber vivido en un contexto adverso de pobreza y alcoholismo. No obstante Daniela posee ciertas falencias que limitan su actuar como la falta de seguridad en sí misma, lo que le impide posicionarse frente a los otros, y abordar los problemas que se le presentan de forma racional, si no que siempre a través de una conducta exagerada y negativa de las situaciones, llegando a cuadros severos de llanto.

Daniela reconoce que debido a las situaciones negativas que ha vivenciado durante su vida, su relación con la religión ha ido declinando con los años, perdiendo cada vez más la confianza en la existencia de Dios, manifestando creer solo en su familia y en ella misma.

Daniela reconoce vivir en una sociedad sumamente competitiva, con pocas opciones laborales, ya que hay mucha gente con la cual debe luchar para conseguir sus objetivos, sin embargo, ha comprendido que el proceso es lento y que no obtendrá sus logros y concretará sus proyectos fácilmente. A lo anterior se agrega que las principales problemáticas presentes en la sociedad apuntan al individualismo y al egoísmo de las personas, perdiéndose los valores esenciales de los seres humanos, asegurando que los sujetos luchan por tener más cada día, que por ser mejores personas.

La joven mantiene buenas relaciones con su grupo de amigos, de amor recíproco, reuniéndose con estos periódicamente para compartir, conversar y salir a fiestas. En relación a su entorno social, Daniela, no se relaciona mayormente con sus vecinos, ya que estos son de edad avanzada, no vivenciando etapas de vida similares.

Daniela pese a siempre haber mantenido una relación de amor enfermizo con su madre, hoy por hoy presentan una relación difícil de poco

confianza, debido a las diferencias de opiniones y formas de ver la vida, además Maite no afronta el crecimiento y maduración de Daniela. Estos constantes conflictos entre madre e hija, se resuelven a través de gritos y llantos que finalmente las distancian más y más.

Actualmente Daniela se encuentra estudiando la carrera de auditoría en la Universidad del Pacífico, carrera que costea gracias a la beca Presidente de la República.

Historia N° 4

“Yo Debo Surgir Para Poder Ayudar A Mi Familia Ellos Son Parte De Mi Responsabilidad”

Francisca, 20 años

Prólogo

Francisca es una joven muy centrada, caracterizándose siempre por ser constante y responsable en sus obligaciones. La vida de la joven ha tenido de altos y bajos, situación que ha sobrellevar junto a su familia, sin embargo, la joven mantiene una constante presión y responsabilidad por responder a su padre, para ganar así su admiración.

I

“Mi infancia fue muy plana, poco vivida”

Francisca nació un 14 de noviembre de 1988, en la comuna de San Bernardo, siendo ella la única hija de Luis y Priscila. La niña vivía junto a sus padres en la casa de la abuela materna, bajo un contexto de humildad, rodeada de adultos.

En esta época la crianza que recibió Francisca fue compartida, ya que ambos padres trabajaban, la madre en una escuela de lenguaje y su padre trabajaba en un banco, por lo que su abuela y su madre se encargaban mayormente de asumir esta tarea.

La infancia de Francisca fue muy grata, ya que al ser la menor de la familia, recibía toda la atención de parte de los adultos del hogar, como tíos, abuelos, padres, quienes la sacaban a pasear, le compraban regalos, preocupándose siempre por el bienestar de la niña. Durante esta etapa Francisca no tenía muchos amigos en su barrio, ya que no le permitían salir a jugar.

Tiempo después Francisca comenzó a asistir al jardín infantil, lugar en el cual disfrutaba mucho, le gustaba participar en las distintas actividades y actos que allí se realizaban siendo una niña muy participativa.

Francisca vivió con su familia en el hogar de sus abuelos hasta los 6 años de edad, para luego trasladarse a vivir a la comuna de Maipú junto a sus padres. Durante este periodo la familia comenzó a crecer, ya que los padres decidieron tener otro hijo, esto provocó en la niña alegría, ya que tendría con quien jugar y a quien cuidar, supliendo así el vacío que ella sentía.

Durante la etapa escolar de Francisca, esta asistió al colegio Franciscano María la Reina, institución religiosa, en la cual vivenció toda su etapa escolar. Fue aquí cuando Francisca comenzó a auto exigirse un buen rendimiento escolar, pese a no pasar largas horas estudiando, se esforzaba obteniendo buenas calificaciones.

Sus padres siempre la apoyaron en este proceso, acudiendo a reuniones de curso, estando siempre presentes en su proceso de estudios, sin embargo, no le exigían e incentivaban mayormente, ya que la niña respondía de acuerdo a lo esperado.

Francisca durante su infancia mantuvo una buena relación junto a sus padres, al relacionarse siempre con personas adultas, crecía bajo la imitación de estas conductas, utilizando así un vocabulario de mayor complejidad que la de una niña de su edad.

La niña durante la etapa de la infancia, tenía un latente miedo a la oscuridad, a los fantasmas, pero principalmente a la muerte, sintiendo siempre gran admiración y curiosidad, por integrarse algún día al ámbito de la salud.

El periodo de infancia de la niña fue bueno, feliz y muy familiar, aunque muy pasivo en cuanto a experiencias vividas, era de pocas salidas, en general de episodios vividos de forma muy plana.

II

“La adolescencia fue la mejor etapa que he vivido”

El periodo de transición de la niñez a la adolescencia en Francisca fue una etapa muy marcada, ya que el cambio fue muy repentino. La joven comenzó a desarrollarse rápidamente y a muy temprana edad en relación al resto de sus pares, teniendo cambios físicos muy notorios. Francisca comenzó a tener pololo a los 13 años de edad, madurando en el aspecto psicológico prontamente, por lo que se relacionaba durante la época escolar con niñas que experimentaban los mismos cambios y transformaciones.

Francisca junto a sus amigas comenzaron a interesarse por las salidas nocturnas salir, vinculándose con jóvenes mayores que ellas, ya que estas no representaban sus 13 años de edad, pareciendo jóvenes de 16 años y más.

La relación que la joven mantenía con su familia durante este periodo de tiempo fue un tanto caótica, ya que su interés por salir intranquilizaba a sus padres, quienes se preocuparon siempre de protegerla. Por lo que Francisca comenzó a sentir que sus progenitores no la comprendían y la oprimían, manteniendo constantes conflictos por las horas de llegada al hogar, su forma de vestir, etc. situación que fue complejizó este periodo.

Durante este periodo Francisca olvido sus metas y proyecciones futuras, como estudiar una carrera y ser una profesional, siendo su único interés pasarlo bien y salir, cayendo en ocasiones en malos hábitos como beber alcohol, fumar, teniendo tan sólo 13 años de edad, siendo este su único objetivo de ese entonces.

Francisca vuelve a la comuna de Maipú, hasta los 15 años de edad, para luego trasladarse a la comuna de de Santiago, a la casa obtenida por sus padres.

Durante la juventud de Francisca, comenzaron a surgir ciertas inquietudes, como por ejemplo el sentirse inferior en belleza, el querer ser delgada, todo esto para poder responder a los prototipos sociales de la mujer. Por ello en una ocasión la joven se sintió discriminada al ir a buscar trabajo como promotora y ser rechazada por no cumplir con los requisitos de belleza exigidos, pese a ello no existió mayor conflicto en relación a este tema.

Durante la enseñanza media, Francisca se destacó por sus buenas calificaciones, obteniendo el primer lugar en rendimiento de toda la generación, acentuándose siempre en este ámbito. Pese a esto Francisca sentía que para sus padres esto era normal, por esta razón la joven no mostraba las notas a su padre, ya que este siempre le decía que ese era su deber, por lo que ella no tenía una motivación o incentivo positivo por su excelente rendimiento.

La etapa de adolescencia, fue muy buena en la vida de Francisca, puesto que los conflicto con sus padres se superaron, ya que estos lograron entenderla, llegando a consensos entre ambas partes. Esto sirvió para acercarse como familia, la joven también logro hacerse de muchos amigos con quienes compartía de manera grata.

La relación de Francisca durante la adolescencia con sus compañeras de colegio fue positiva, compartiendo diferentes vivencias juntas desde pequeñas, les gustaba mucho salir, conversar, contarse sus problemas estudiar juntas, quedándose en innumeradas ocasiones en casa de sus amigas, manteniendo lindos recuerdos de esa etapa, extrañando estas experiencias una vez terminada la etapa escolar.

La relación que mantiene Francisca con su entorno social, es decir, con sus vecinos más cercanos es excelente, ya que estos son un matrimonio joven, con los cuales logro iniciar una amistad muy estrecha compartiendo cotidianamente.

Actualmente la relación de Francisca con sus compañeras de Universidad es bastante buena, la joven siempre se muestra con buena disposición hacia ellas, estudian juntas, por lo que ha logrado formar estrechas relaciones de amistad.

Francisca se proyecta a futuro, terminando su carrera de Obstetricia, en la cual cursa segundo año en la Universidad Mayor, le gustaría lograr tener su casa o departamento, comprarse un auto, si se dan las cosas convivir con su pareja y poder compartir con su familia, teniendo un buen pasar económico.

III

“Mi familia siempre me apoya”

Francisca fue la Primera nieta de Maria, siendo la mayor entre su hermano y primos, lo que la sitúa como el ejemplo a seguir entre el resto de sus familiares, eso generó en ella un grado de autoexigencia mayor.

La comunicación que se da al interior de la familia de Francisca es escasa, más que nada se da cuando existe un problema familiar, es en ese momento cuando aflora una comunicación fluida, pero cuando los integrantes de la familia no presentan problemáticas que los aquejan, cada uno sigue su propio ritmo de vida.

El miembro de la familia con quien mejor se relaciona la joven es su padre, ya que ambos son introvertidos y mantienen una relación positiva, mientras que la relación con mayor conflicto la presenta con su madre, ya que esta es una mujer extrovertida, por lo que a Francisca le cuesta confiar en ella, no pudiendo

confiarle sus más íntimos secretos, puesto que esta los comparte con el resto de la familia, por ello la joven prefiere no comunicarle las cosas que le ocurren, generando en la madre un sentimiento negativo al sentir el distanciamiento de su hija.

La relación con sus padres pese a ser buena, no se caracteriza por presentar conductas de afecto y cariño, ya sea de palabras o gestos, ya que existe entre ellos una barrera que impide establecer ese tipo de relación, hecho que ocurría en especial con su padre, a quien le cuesta expresar sus sentimientos, no así su madre, quien se muestra más afectiva.

El ritmo de vida actual que llevan los integrantes del grupo familiar, les impide por razones de tiempo, compartir experiencias recreativas familiares, pese a ello, cuando tiene la oportunidad se dan el espacio y tiempo para compartir en otras instancias, como por ejemplo reuniones familiares.

Al momento de existir un conflicto dentro del hogar el padre es quien pone fin a este, tomando un rol mediador entre los miembros en disputa. Cuando Francisca comete algún error, su padre reacciona de forma calmada dándole tranquilidad, mientras que su madre se altera exigiendo explicaciones. Pese a ello le dan el espacio y la autonomía para que ella reflexione y de solución a sus conflictos.

La crianza que recibió Francisca de parte de sus padres, durante su infancia fue estricta, sin embargo, a medida que la joven fue creciendo, fue cambiando la relación. Por parte de su padre la relación ha sido más flexible, teniendo una relación de amiga a papa. Francisca señala que su familia ha sido un apoyo fundamental en su vida, ya que han sido ellos los que siempre la han apoyado en todas sus decisiones y proyectos de vida.

Las personas que han brindado mayor apoyo a Francisca, han sido siempre sus padres, pese a su inmadurez su hermano y su familia más extensa

como tíos, abuelos y primos, ya que siempre han estado ahí presentes en sus etapas de vida, dándole consejos y subiéndole el ánimo cuando ha sido necesario. También encuentra refugio en sus amigas de universidad y en sus antiguas compañeras de escuela, con las cuales aún se reúne frecuentemente. El pololo de Francisca, también ha sido un pilar fundamental en su vida ya que la ha motivado y ha apoyado en los distintos momentos y decisiones que ha debido tomar.

La familia de Francisca no ha estado exenta de conflictos familiares, una de las crisis que debieron enfrentar fue la cesantía de su padre, el cual llevaba 20 años trabajando en el mismo lugar, esto provocó un caos familiar, puesto que su padre no sabía como enfrentar la situación con su familia, por lo que durante un tiempo lo calló, mintiéndoles respecto a su cesantía, diciéndoles que asistiría normalmente a su trabajo.

Al poco tiempo el padre de la joven no lo pudo ocultar más hasta que contó a su familia lo ocurrido, por ello la familia tuvo que tomar medidas para paliar este momento complicado por el cual pasaban, cambiándose a una casa que les prestaron, vivían todos en una pieza, en un lugar muy alejados del colegio y del trabajo de su madre. Pese a estos conflictos la familia logro salir adelante uniéndose aún más.

Después de esta situación, cada vez que la familia debe enfrentar un problema, su padre los llama a todos para que se reúnan y discutan los problemas entre todos y así encontrar la pronta solución a las dificultades. Pese a ello quien da la solución al problema tomando en cuenta todas las opiniones, es su padre.

Otro problema por el cual debió pasar la familia de Francisca, fue el periodo de adolescencia de su hermano, ya que comenzó a manifestar conductas agresivas. Esta etapa fue muy caótica en la familia, ya que si no se hacia lo que él quería, este rompía cosas, golpeaba las puertas, por lo que su

padre al intentar tomar medidas más drásticas en ocasiones tuvo que llegar a forcejear con él para intentar controlar la situación, hecho que generaba ansiedad dentro de la familia.

Los problemas más cotidianos que se dan en la familia de Francisca son respecto a asuntos de dinero, ya que nunca se esta conforme con lo que se tiene, sin embargo, estos problemas no han sido mayores, siendo solucionados, siempre por el grupo familiar.

IV

“Trastorno de Pánico”

La primera vez que Francisca manifestó los síntomas de Trastorno de Pánico, se encontraba cursando cuarto año medio, tenía 17 años, quedaba un solo mes para rendir la PSU, por lo que se encontraba enfocada en prepararse para rendir esta prueba.

El experimentar este síndrome le parecía muy extraño puesto que en muchas ocasiones ella, encontrándose en reposo, comenzaba a sentir la sintomatología, experimentando una sensación de ahogo, taquicardia, palpitos en todo su cuerpo, sensación de miedo, sintiendo que algo malo le pasaría, por lo que la sensación de temor era constante e intensa, llegando a pensar que moriría. Esto provocaba en Francisca una sensación de extrañeza, encontrándose fuera de sí misma fuera de la realidad. Estos episodios duraban tan solo un par de minutos, pero la sensación parecía durar horas, dejándola agotada físicamente. A medida que estas crisis se fueron intensificando y haciendo más habituales, Francisca fue perdiendo su autonomía, puesto que no podía salir sola por miedo a experimentar nuevamente la crisis.

La familia de Francisca, no entendía que era lo que le estaba ocurriendo, le ofrecían conversar, sin embargo ella no podía dar explicación a lo que estaba vivenciada.

Por esta razón decidieron llevarla al médico para ver que era lo que estaba ocurriendo con Francisca, durante esta etapa el miembro de la familia que más le brindó apoyo fue su padre, quien se culpaba a sí mismo por su falta de estímulo y su estilo de crianza.

En esta etapa, su familia le dio todas las facilidades a Francisca para que esta continuara con sus estudios, la llevaron al Neurólogo, quien le proporciono un tratamiento farmacológico que la mantenía dopada durante el día, fue en ese momento cuando su familia la ayudaba a desenvolverse normalmente.

Una vez que a Francisca se le dio a conocer el diagnóstico definitivo de Trastorno de Pánico, su madre reacciono muy mal, pensando que su hija era víctima de una enfermedad terrible, en cambio para su padre la situación fue diferente, ya que le dio un sentido más psicológico a la enfermedad.

El apoyo familiar y de su pololo fue un apoyo fundamental en la evolución de la patología de Francisca, estos cambiaron su actitud antes ella siendo más demostrativos, afectuosos y preocupados con ella.

Francisca en un comienzo no lograba controlar su enfermedad, sin embargo, con el tiempo ha logrado reconocer las situaciones que le provocan ciertos grados de angustia, teniendo la capacidad de evitar y controlar, en ciertas ocasiones, algunas crisis de pánico.

V

“Vivencia individual”

Un hito importante que marco la vida de Francisca, fue su ingreso a la universidad, a estudiar una carrera que le gusta, situación que la mantiene contenta y tranquila.

Francisca se ve a sí misma como una buena persona, buena amiga, perseverante, cariñosa, sencilla, creativa y comunicativa, siente que intenta ser más extrovertida que antes, ya que considera necesario poder expresar sus sentimientos y emociones; en el aspecto físico se considera normal dentro del rango, sin creerse el cuento.

La joven señala sentirse conforme consigo misma, cuando le va bien en la universidad, sin embargo, en otras ocasiones siente descontento respecto a su aspecto físico, pero atribuye esto a los cambios de ánimo propios de las mujeres.

Francisca se define como una persona a la cual le gusta hacer las cosas bien, siendo muy perfeccionista en todo lo que realiza, realizando sus actividades trabajos de forma perfecta, cuando se propone algo se empeña en que eso resulte bien. Una habilidad que posee la joven es su consecuencia y responsabilidad en el estudio, su buena memoria, lo que la ayuda a mantener un buen desempeño.

La joven considera que ha aprendido a demostrar sus sentimientos sin reprimirse, sin embargo aún le cuesta superar sus sentimientos de tristeza, ya que comienza a recordar episodios tristes, sin embargo, de un momento a otro logra superar esos estados.

Francisca considera que siempre tiene gente a su alrededor quien poder contar y que le brindan un real apoyo, ella busca a sus amigos, familiares y vecinos para compartir junto a ellos lo que le ayuda superar sus dificultades.

Actualmente Francisca siente que es importante y querida por su familia, a diferencia de épocas pasadas en las que sentía que su familia no la tomaba muy en cuenta, sin embargo ahora se siente una persona significativa para ellos, sintiendo que ella será la encargada de ayudarlos a futuro

económicamente, asumiendo responsabilidades de gran importancia, para que sus padres se sientan orgullosos de ella, viendo los frutos de su esfuerzo.

Francisca considera que la competitividad es muy fuerte en nuestra sociedad, desde lo físico hasta lo intelectual, hecho que se da en todos lados, este hecho la ha afectado ya que siempre debe luchar por ser la mejor, ya que si no cumple con las expectativas no se esta dentro del rango esperado y todo se hace más complejo de sobrellevar, hasta el hecho de encontrar trabajo al no ser bien catalogado. Pese a ello tiene claro que debe salir adelante por sus meritos propios sin pasar por sobre los demás, respetando al prójimo, siendo honesta, transparente, perseverante, solidaria, no repitiendo y actuar lo mejor posible. Valores que tiene claros gracia a la educación de su familia.

La joven cree que se han perdido valores importantes, ya que la gente se aprovecha de la buena voluntad de las personas, donde los sentimientos de solidaridad no son mutuos y son influenciados por el interés personal. Siente que este mundo es estresante y competitivo, con niveles de exigencias demasiado altos, donde no existen espacios de recreación y de relajó.

En este sentido Francisca siente que la sociedad actual no responde a sus necesidades e inquietudes, ya que existe mucha competitividad, donde lo que importa es el dinero y el poder, situación que incomoda a la joven, ya que se prioriza el bien personal. La joven siente que si todas las personas cumplen bien sus roles la vida en sociedad seria mas fácil, se viviría con más tranquilidad puesto que en todo ámbito habría un buen desempeño y todo funcionaria bien.

Francisca al ver como se desarrolla la actual sociedad, siempre se autoexige más, para poder rendir lo necesario en los distintos ámbitos que se encuentre y así lograr el reconocimiento de sus padres.

Pese a lo vivido por Francisca, la joven tiene clara sus metas y proyectos a futuro creyendo poder concretarlos.

CAPITULO VIII

Jóvenes con Trastornos de Pánico: y sus Relaciones con el Entorno Social, Familiar e Individual

Cada una de las historias presentadas anteriormente, dan cuenta de las múltiples experiencias vividas de los jóvenes con Trastornos de Pánico investigados. A continuación se analizarán las narraciones de los individuos desde una mirada holística, que permita integrar todos los elementos presentes en el contexto de vida de cada joven.

Los primeros elementos a analizar en este capítulo, corresponden a las relaciones Interpersonales y entorno social que establecen los jóvenes en las distintas etapas de su vida, es decir, infancia y adolescencia.

Se analizaran además, las vivencias y problemáticas que los jóvenes han debido enfrentar junto a su grupo familiar durante las distintas etapas y cambios que experimentado la familia junto al individuo. En este sentido se destacan situaciones de alta complejidad vividas por los adolescentes y sus familias.

Otro aspecto abordado para efectos de este análisis tiene relación con las vivencias personales de los sujetos de investigación y de la visión que los jóvenes tienen de sí mismos. En este punto nos centraremos en las distintas experiencias que han marcado la vida de los adolescentes a nivel personal, experiencias que también han determinado o han influenciado en la imagen que tiene los jóvenes, es decir, su autoapreciación.

Para efectos de esta investigación, no podemos dejar de examinar las distintas apreciaciones de los jóvenes respecto a la sociedad actual, y como estas calificaciones han influido en la construcción de sus proyectos de vida.

Finalmente se aborda el Trastorno de Pánico como enfermedad, y los efectos que este síndrome ha ocasiona en la cotidianeidad de los sujetos de investigación.

Pese a que las historias de vida no se pueden segmentar en dimensiones, debido a la permanente interrelación de sus componentes, a continuación se ordenan cronológicamente y comprensiblemente los aspectos señalados en los párrafos anteriores, lo que no impide que algunos elementos se crucen o interrelacionen en distintas dimensiones de la investigación.

A continuación se presenta una matriz de análisis para cada uno de los aspectos investigados, lo que permite observar ampliamente las distintas dimensiones de estudio y como estas se relacionan entre sí. Luego se analizan los planteamientos de los individuos, estableciendo distintos tipos de relaciones entre las variables que se indagan en esta investigación.

1. Matriz Historia de Vida: Relaciones Interpersonales y con el Entorno

| Etapa del Ciclo Vital | Dimensión o Categoría a Analizar | Experiencia del Joven |
|-----------------------|---|---|
| Infancia | Relaciones Interpersonales y con el Entorno | <p>“Tenia pocos amigos no porque yo quisiera sino porque no me dejaban salir mucho” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Tenia muchos amigos en mi barrio, salíamos a jugar todos los días, (...) con mis amigos del colegio también me llevaba bien” (Coni ,19 años)</p> <p>“En mi infancia tenia hartos amigos que eran todos del colegio como estudiábamos cerca, todos los amigos del colegio eran los amigos del barrio, compartimos toda la niñez desde el colegio hasta la enseñanza media (...) tenia buena relación, siempre fui buena para conversar y para lesear, me integraba bien” (Daniela, 21 años)</p> |
| Adolescencia | Relaciones Interpersonales y con el Entorno | <p>“Éramos bien agrandadas y empezamos a salir” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Casi no me relaciono con mis vecino, antes hablábamos más” (Coni ,19 años)</p> <p>“Pocas veces me he sentido sola, sola(...) siempre trato de buscar a alguien” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Me fui del colegio porque me chorie (...) en esa etapa estuve mal” (Paula, 21 años)</p> <p>“Con mis amigos conversamos, pero de todo ósea hombre o mujer me da lo mismo, jugamos, escuchamos música estudiamos, hacemos de todo, dependiendo del contexto” (Paula, 21 años)</p> <p>“Mi vida no ha sido nunca muy de vecinos mis papás decían hay no, que andar de vecino y vecina por el mundo es andar de roto” (Paula, 21 años)</p> |

1.1.- Análisis de las Relaciones Interpersonales de los Jóvenes con su Entorno Social.

Todas las jóvenes entrevistadas, durante su niñez vivieron junto a su familia extensa, es decir, con sus abuelos, ya sean maternos o paternos, y luego de alcanzar una estabilidad, ya sea familiar o económica, alcanzaron su independencia emigrando de sus hogares de origen, para residir sólo con su familia nuclear.

*“Cuando chica viví en la casa de mi abuela materna, después ella nose hecho y nos tuvimos que ir a vivir a la casa de mi abuelo paterno, y cuando yo tenía como 12 años, con mi mamá nos fuimos a vivir a la casa propia”
(Paula, 21 años)*

Esto da cuenta de que las familias de los jóvenes al iniciar su vida familiar, no contaban con un sustento económico suficiente que les permitiera llevar una vida de forma independiente, esto a su vez se ve reflejado en que ninguno de los padres de los jóvenes entrevistados posee una profesión o título universitario a excepción de la madre de una de las jóvenes que se desempeñaba como enfermera.

“Mis papás eran jóvenes cuando yo nací, así que vivíamos en la casa de mis abuelitos, hasta que mi papá encontró un trabajo estable” (Francisca, 20 años)

En relación al entorno de las familias de las jóvenes entrevistadas, estas provienen de distintos sectores de la ciudad, como San Bernardo, Quinta Normal y la Florida, desde donde se han trasladado a vivir a la comuna de Santiago, comuna que se caracteriza por poseer habitantes de clase media.

Las relaciones interpersonales que mantenían las jóvenes con su grupo de pares de barrio durante su infancia era positiva, señalando tenían amigos en el barrio con quienes compartían juegos, sin embargo, algunas de la

jóvenes señalaron no tener amigos durante su infancia ya que sus padres no la autorizaban a salir a la calle. Por otra parte, otra de las jóvenes señaló que no contaba con amigos de barrio durante su infancia, ya que vivía en una avenida que no era residencial, no obstante, la joven compartía juegos con su hermano menor y con su posterior cambio de casa consiguió amigos en su nuevo barrio.

“Tenía pocos amigos no porque yo quisiera sino porque no me dejaban salir mucho” (Francisca, 20 años)

En definitiva las jóvenes entrevistadas señalaron tener amigos durante su infancia, siendo los de barrio o los del jardín infantil, manteniendo relaciones de amistad con niños de sus edades, realizando así un óptimo proceso de socialización.

Durante la niñez se puede señalar que los sujetos investigados mantenían una relación más cercana con los vecinos del barrio, sin embargo, ha medida que fueron creciendo, fueron perdiendo estas redes manteniendo solo las más cercanas. Esto se refleja a su vez, en los cambios de casa que las jóvenes han debido sobrellevar a largo de su niñez, lo que cortó algunas relaciones, no volviendo a generar estos lazos en los nuevos barrios de residencia. Situación que se evidencia en las siguientes afirmaciones:

“ Tenía muchos amigos en mi barrio, salíamos a jugar todos los días, (...) con mis amigos del colegio también me llevaba bien” (Coni ,19 años)

“Ahora casi no me relaciono con mis vecino, antes hablábamos más” (Coni ,19 años)

Como señala Papalia (op.cit), durante la etapa de infancia se generan los procesos socializadores determinantes en la vida de los sujetos, es en este período donde se dan los primeros lazos de amistad y de compañerismo. “Durante esta periodo es primordial el apego de los padres hacia sus hijos, ya que

este primer vínculo incide en la capacidad de relacionarse con el entorno, en la autoestima y seguridad de los individuos” (Ibíd.)

En el periodo de infancia los individuos se relacionan de manera más igualitaria con sus pares y entorno en general, sin mayores clasificaciones y dificultades. Las jóvenes se relacionaban de manera satisfactoria durante la niñez, con su entorno social más cercano, es decir, con sus vecinos, amigos y compañeros de colegio.

Con el transcurso del tiempo las jóvenes fueron desvinculándose de su entorno creado en la niñez, generando nuevas amistades durante la adolescencia. Lo anterior se genera por motivos como, cambios de casa, de escuela y de los intereses propios que surgen en los jóvenes en esta etapa.

Esto se contrasta con lo señalado por Mannheim (n/d cit.post Mideplan, op.cit) quien afirma que durante la infancia el individuo vive con su familia, y sus actitudes están compuestas por rasgos característicos, afectivos e intelectuales de esta. Mientras que en el periodo de la adolescencia los sujetos tienen sus primeros contactos con nuevas amistades, la comunidad y ciertas esferas de la vida pública. Por ello el adolescente, además de encontrarse en un pleno período de cambios biológicos y psicológicos, entra en un mundo nuevo donde los hábitos, costumbres y sistemas de valor son diferentes de los conocidos por él hasta ese momento.

Durante la adolescencia los jóvenes comienzan a mantener una relación más estrecha con compañeros de colegio y amigos, acentuándose la identificación con un grupo de pares distintivo y representativo.

En esta etapa el joven se encuentra sumido en una constante reafirmación y búsqueda de su identidad, relacionándose con personas con las cuales se sienten identificados, según la etapa o proceso evolutivo que se

encuentren vivenciando, dándole importancia a los valores de fidelidad y confianza al momento de seleccionar su círculo de amigos.

En este periodo también juega un rol importante la familia, como agente socializador e contenedor de emociones para los jóvenes. Para Molina (op.cit), las familias están siendo más permisivas y flexibles para enfrentar estos cambios en los adolescentes, sin embargo, esta no tiene la capacidad de entenderlos y contenerlos frente a tales cambios, lo que genera que estos busquen refugio y apoyo en su grupo de pares. Esto se ve reflejado en el relato de los jóvenes quienes señalan que durante el periodo de la adolescencia, las familias comenzaron a darles una mayor libertad, tomando sus propias decisiones cayendo a veces en errores, así como lo señalan las siguientes entrevistadas.

“Mis decisiones las tomo sola (...) tenía las cosas claras” (Daniela, 21 años)

“Cuando fui creciendo me fui al otro extremo, que en mi niñez como que nunca pude tener un equilibrio, fui súper polar, entonces que como de ese extremo pase a ser como no, me desbande, tenía 15 años y carretaba ponte tu me iba a discotec, carretaba hasta las cinco de la mañana (...) salía con personas mayores (...) fuera de mi casa no era muy buena p defenderme, pero dentro de mi casa si po, imponía mis normas, mis reglas, paliaba con mi mamá imponía mis reglas, mis papás estaban separados entonces tenía un peso súper grande que era ser como la segunda al mando de la casa (...)” (Paula, 21 años)

Como señala Espinoza (op.cit) los jóvenes forjan su identidad juvenil en complemento con el mundo adulto, la familia pasa a ser un espacio fundamental en la vida de los jóvenes y estos necesitan de esta constante reciprocidad. En la actualidad los rasgos de desacuerdo con los padres se han acentuado, de este modo es posible ver que durante este periodo, los jóvenes necesitan de mucho apoyo, situación que por lo visto en los relatos, no se dio en

todos los casos ya, que a los jóvenes durante esta etapa se les otorgó mayor autonomía, por parte de sus progenitores, cayendo en conductas negligentes.

Las jóvenes mantienen una relación funcional con sus vecinos, es decir, una relación basada en el respeto mutuo, manteniendo una distancia afectiva. Una excepción a lo anterior lo presenta una de las jóvenes, quien mantiene un lazo de amistad con uno de sus vecinos más cercanos, sin embargo, la mayoría señala no relacionarse mayormente con su entorno de barrio, ya que las amistades se relacionan con sus grupos de pares de estudios, es decir, compañeros, también manteniendo antiguas amistades de la escuela.

Todas las jóvenes entrevistadas presentan relaciones interpersonales positivas con sus grupos de pares, es decir, con amigos de barrio, del colegio o con compañeros de universidad, son jóvenes a los cuales les gusta compartir e interactuar con su entorno favorablemente.

“Con mis amigos conversamos, pero de todo ósea hombre o mujer me da lo mismo, jugamos, escuchamos música estudiamos, hacemos de todo, dependiendo del contexto” (Paula, 21 años)

La mayoría de las jóvenes manifiesta vivir en un barrio tranquilo, alejado de problemas de delincuencia, tráfico y drogadicción, por lo que no poseen mayores preocupaciones de esta índole.

Cabe mencionar que la mayoría de las jóvenes han logrado centrar sus vidas y llegar a una etapa de madurez, donde son capaces de mirar atrás y reconocer sus errores, siendo personas concientes de sus actos.

2. Matriz Historia de Vida: Relaciones y Vivencias Familiares

| Etapa del Ciclo Vital | Dimensión o Categoría a Analizar | Experiencia del Joven |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| Infancia | Relaciones y Vivencias Familiares | <p>“Soy la mayor en todo sentido por parte de la familia de mi mamá (...) siempre para los primos mas pequeños, la prima mayor, el pilar el ejemplo a seguir” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Los grandes problemas que ha pasado mi familia son el tema del alcoholismo y drogadicción y cuando se mato mi tío eso fue el gran problema, se ahorco y mi abuela lo pilló” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Con mi familia existe una barrera que oprime que nos demos nuestros sentimientos (...) es mutuo, sobre todo con mi papá” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Si mi papá me decía que siempre tenía que sacar sobre 6, decía que una persona con inteligencia normal no podía repetir (...) si la primera vez que me saque un rojo me puse a llorar fue una angustia terrible” (Paula, 22 años)</p> <p>“Fui súper mamá de mi hermano, mi mamá trabajaba en turno mi papa también trabajaba, entonces tuvimos hartas nanas, mi papá como llegaba tarde no jugaba mucho con nosotros entonces como que me hacia cargo yo de mi hermano” (Paula, 22 años)</p> <p>“Una crisis familiar fue cuando mi abuela materna nos hecho de la casa (...) otra que mis papás estuvieran en distintas etapas, que mi mamá estuviera siendo siempre mamá y mi papá estuviera siendo cabro chico viviendo la etapa de adolescencia que se perdió y nos estreso a nosotros también, después mis crisis (...) que me dieran diferentes diagnósticos, me dijeron que no podría salir nunca adelante, después que mi mamá se enfermara, fue como bastante” (Paula, 21 años)</p> <p>“Viví mi infancia con miedo, miedo que le hicieran daño a mi mamá, que me hicieran daño a mi, (...) me sentía súper desprotegida, (...) y como mi papá no estaba, yo veía en el la autoridad la seguridad, (...) si me pasaba algo a mi, el no me iba a defender ni cagando” (Daniela, 21 años)</p> |
| Adolescencia | Relaciones y Vivencias Familiares | <p>“La relación con mi familia uy fue caótica un poco, yo era rebelde (...) donde me oprimieron tanto cuando chica (...) fue difícil esa etapa” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Mi mamá nunca tuvo pareja así que toda la atención la focalizaba en mi, hasta ahora” (Daniela, 21 años)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>“Yo en ese tiempo cambie mucho, no contaba lo que sentía y me encerraba en mi pieza” (Francisca, 20 años)</p> <p>“La relación con mi papá es distante es extraña (...) si ni siquiera se que hablar con él, y con mi mamá siempre ha sido súper cercana, incluso demasiada, como enfermiza por que ella se preocupo cien por ciento de mi, nunca tuvo pololo no tenía amigas, así como que al final ha sido una relación de apego muy grande” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Mi mamá tiene muchos problemas personales y los proyecta en mi, entonces al final yo trato de hablar con ella pero es imposible (...) evadimos los problemas, al final terminamos gritando, yo me pongo a llorar y me voy (...) como vi tantos problemas no me gusta pelear” (Daniela, 21 años)</p> <p>“En mi casa no se hablan los problemas, siempre se tratan de evadir, porque saben que mis tíos, nose po`, si le digo oye loco porque y tratai mal a mi abuelito me decían, oye que te metí tu, y me podian sacar la xuxa, trataban de no decir nada y todo callarlo para que no dijeran nada porque no querían que hubieran peleas (...) no resuelven na para no pelear (...) mi abuelo es el mas conciliador” (Daniela, 21 años)</p> <p>Resolvemos los conflictos (...) nos llama a todos, (...) nos fumamos un cigarro (...) y buscamos la solución entre todos, pero al final el que toma la determinación (...) es mi papá” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Los conflictos que tuve con mi mamá en la adolescencia, era que ella me quería proteger de todo cuando ya era tarde” (Paula, 22 años)</p> <p>“La crianza que me han dado ha sido flexible, porque siempre a pesar de que mi mamá era muy protectora, siempre me dejo mucha libertad pa` todo, pa` tomar pa` fumar pa` salir pa` pololear siempre fue bien abierta (...) bastante flexible, pero muy valórica de acuerdo a los valores de mis papas” (Paula, 21 años)</p> |
|--|--|--|

2.1.- Análisis de Relaciones y Vivencias Familiares

La dinámica de las familias estudiadas posee ciertas características con componentes que se interrelacionan entre sí. Las familias han debido sobrellevar numerosos conflictos, que se resuelven en su mayoría, a través de distintos medios, siendo el más utilizado el diálogo entre sus miembros, lo que les permite llegar a acuerdos para dar soluciones óptimas a los conflictos enfrentados.

“Cuando hay un conflicto, siempre hay un mediador (...) que trata como de calmar las partes, no hay alguien que de respuesta definitiva, es como que las dos personas explotan, se tiran las cosas y como que después hay un mea culpa por parte de los dos, que se dicen como ya perdón yo no debería haber hecho eso, no yo tampoco deberá haber dicho eso y así se resuelven los conflictos” (Paula, 21 años)

Otro aspecto posible de identificar al interior de las vivencias familiares, es la comunicación, normas y límites que mantienen los grupos. Para ello podemos hacer la salvedad entre infancia y adolescencia, notándose marcados cambios.

Durante el periodo de infancia, en general, se presenta una comunicación fluida y de mucho afecto, con normas más claras y estrictas, mientras que durante el periodo de la adolescencia, los jóvenes adquieren una mayor autonomía, la cual no es mayormente restringida, ya que los adolescentes responden favorablemente a los requerimientos escolares. Como bien señala Tironi (op.cit) la familia cumple una función afectiva hacia sus miembros, ya que esta es el espacio que protege al ser humano de la dinámica de la sociedad, colaborando en la conformación de la individualidad. El ser humano encuentra aquí seguridad, intimidad y afecto.

A través de la matriz anterior, se puede evidenciar que las familias de los jóvenes entrevistados, durante su etapa de infancia, correspondían a la familia extensa, puesto que al iniciar este proceso los padres de los jóvenes vivían junto a los padres de uno de los cónyuges.

“Desde que recuerdo viví con mi mamá y mis abuelitos y mis tíos, todos mis tíos, cuando chica mi mamá me dijo que vivimos en Recoleta, pero yo no me acuerdo” (Daniela, 21 años)

Como señala Quinteros (op.cit) la familia extensa o conjunta corresponde a la familia que se compone por una pareja con o sin hijos, por lo demás componen la familia otros parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales, este grupo de generaciones comparte funciones y un techo.

En los casos anteriormente estudiados, es posible identificar que los padres de los adolescentes vivían junto a sus padres y junto a los hermanos de alguno de los cónyuges. Todo ello mientras la familia nuclear de los adolescentes lograba una estabilidad económica.

Por otra parte es posible distinguir que de los cuatro casos en estudio, tres de ellos corresponden a familias que se desintegraron, llegando a la separación de los padres, haciéndose cargo la madre del cuidado de los hijos. Esto se evidencia en el relato de una de las jóvenes que señala:

“La infancia que tuve con mi papá yo no me acuerdo, desde que yo me recuerdo que viví con mis abuelitos y mi mamá y fue como triste porque me sentí como sola de parte de papá” (Daniela, 21 años)

A pesar de que una de las jóvenes entrevistadas reside con su familia nuclear, es decir, con la madre, padre y hermano, la relación que mantiene con su progenitor es de carácter intensa, no obstante, no exenta de conflictos, ya que el padre se muestra indiferente, no manifestando expresiones

de amor y afecto hacia su hija, lo que se traduce en una constante autoexigencia de la joven con el fin de llamar la atención y conseguir así su reconocimiento.

“Mi papá es mas frío” (Francisca, 20 años)

“Con mi familia existe una barrera que oprime que nos demos nuestros sentimientos (...) es mutuo, sobre todo con mi papá” (Francisca, 20 años)

La separación de los padres, es una de las crisis que vivencian algunas familias actualmente. La familia como se ha visto, es un sistema básico dentro de las sociedades, el cual se encuentra hoy en día en múltiples cambios y transformaciones, adaptándose a los estilos de vida moderno.

Aunque la separación tiene distintos significados y consecuencias, según el ciclo vital en que esta ocurra, así como el manejo que se le da en la pareja, casi siempre constituye un evento altamente estresante. Son comunes las bajas de autoestima, se comienza a revisar el pasado y comienza una incesante incertidumbre sobre el futuro.

Sarquis (op.cit) afirma que la separación es sin duda un acto complejo, que genera la vivencia de un duelo, ya que esto implica cambios a nivel social, familiar, legal, económico, emocional, relacional, ya que provoca cambios en la dinámica y estructura familiar. Implica una pérdida inevitable que todos los miembros de la familia deben enfrentar. La separación representa en mayor o menor medida un periodo de crisis que requiere de cambios y ajustes en toda la familia.

“La infancia que tuve con mi papá yo no me acuerdo, desde que yo me recuerdo que viví con mis abuelitos y mi mamá y fue como triste porque me sentí como sola de parte de papá, o sea, yo no entendía mucho”(Daniela, 21 años)

“Cuando chica viví varias malas experiencias (...) conseguimos la casa propia nos cambiamos y todo y resulta que se quebró el matrimonio de mis papas, se empezaron a separar y ese mismo año tenía unas compañeras que me molestaban y me molestaban y me molestaban, me pegaban, y ahí empecé con cosas de no querer dejar a mi mamá y cosas así, no quería ir al colegio, no quería separarme de mi mamá, lloraba todo el día” (Paula, 21 años)

Dentro de los casos estudiados se observa que la separación de los padres de las adolescentes, se da durante la infancia tardía de estos y como lo señala Sarquis (op.cit) durante esta etapa los hijos se ven afectados, ya que incrementa el sentimiento de culpa por la separación familiar, se acrecienta la baja autoestima y surgen sentimientos más claros de depresión.

Producto de la separación de los cónyuges, es generalmente la madre quien debe hacerse cargo del cuidado de los hijos, asumiendo una sobrecarga de responsabilidades y tareas. Sarquis señala que “el proceso de maduración de los hijos de padres separados se desarrolla en forma más temprana”

“Mi juventud fue un periodo de transición y cuestionamiento, de cachar porque me pasaban las cosas (...) tuve que crecer apurá” (Daniela, 21 años)”

Las familias de las jóvenes estudiadas, después del proceso de separación, sufrieron un cambio estructural, pasando a hacer familias monoparentales, las cuales según Quinteros (op.cit) son aquellas que están formadas por un solo padre quien se hace cargo del cuidado de los hijos. En los casos estudiados este rol está a cargo de la madre, siendo la carencia de una figura paterna, ya sea por una ausencia de afecto o una ausencia física, la que marca a las jóvenes.

“La relación con mi papá es distante, es extraña (...) si ni siquiera se que hablar con el” (Daniela, 21 años)

“El trato de mi papá era distante, pero no era malo jamás me pego ni nada pero era distante, con mi mamá era mas de afecto y con mi hermano era casi simbiótico” (Paula, 22 años)

“Mi papá y mi mamá se hicieron cargo de mi crianza, pero mi papá era más de la onda monetaria, el que daba la plata y mi mamá era más del cuidado” (Paula, 22 años)

Un aspecto a destacar es que en todos los casos estudiados el conflicto que poseen cada uno de las jóvenes es con su padre, ya que la ausencia de este ha provocado carencias afectivas emocionales importantes, sintiéndose indefensas ante las adversidades vividas; mientras que por otro lado, se evidencia la autoexigencia a nivel profesional, para ganar el afecto y la atención de aquellos padres que si están presentes físicamente, pero afectivamente ausentes.

“Como mi papá también trabajaba era más distante, de respeto, de demostrarle mis logros de sacarme buenas notas en el colegio, siempre fui alumna sobre seis cosa de destacarme siempre, porque mi papá no me daba mucho boleto, era como distante conmigo” (Paula, 22 años)

Es posible visualizar dentro de las experiencias de vida de algunas de las jóvenes, la autoexigencia de estas, para poder demostrar sus logros a sus familias y de este modo poder recibir la atención en especial del padre.

“Soy la mayor en todo sentido por parte de la familia de mi mamá (...) siempre para los primos mas pequeños, la prima mayor, el pilar el ejemplo a seguir” (Francisca, 20 años)

“Si mi papá me decía que siempre tenía que sacar sobre 6, decía que una persona con inteligencia normal no podía repetir (...) si la primera vez

que me saque un rojo me puse a llorar fue una angustia terrible” (Paula, 22 años)

Esto se entrelaza también con el asumir a temprana edad grandes responsabilidades, como servir de ejemplo para el resto de la familia y quedar a cargo de hermanos menores, donde también se asumen responsabilidades de cuidado.

“Fui súper mamá de mi hermano, mi mamá trabajaba en turno mi papá también trabajaba, entonces tuvimos hartas nanas, mi papá como llegaba tarde no jugaba mucho con nosotros entonces como que me hacia cargo yo de mi hermano” (Paula, 22 años)

“Cuando nació mi hermano, tuve que ayudar a mi mamá a cuidarlo, me sentía como la segunda mamá” (Coni, 19 años)

Las familias a lo largo de su vida experimentan situaciones de conflicto las cuales deben ser capaces de sobrellevar para mantener la homeostasis familiar, como plantea Tironi (op.cit), una de los lineamientos o teorías más fuertes y drásticas son los planteados por los comentaristas conservadores quienes culpan a la “Crisis de la Familia” de los problemas sociales, tales como, el fracaso, la deserción escolar, la delincuencia juvenil, la prostitución infantil, el abuso de menores, el embarazo adolescente, la drogadicción y alcoholismo, entre otros, dando a entender que de dar solución a la crisis familiar, estas problemáticas sociales declinarían.

“Una crisis familiar fue cuando mi abuela materna nos hecho de la casa (...) otra que mis papás estuvieran en distintas etapas, que mi mamá estuviera siendo siempre mamá y mi papá estuviera siendo cabro chico viviendo la etapa de adolescencia que se perdió y nos estreso a nosotros también, después mis crisis (...) que me dieran diferentes diagnósticos, me dijeron que no podría salir nunca adelante, después que mi mamá se enfermara, fue como bastante” (Paula, 21 años)

“Cuando fui creciendo me fui al otro extremo que en mi niñez como que nunca pude tener un equilibrio, fui súper polar, entonces que como de ese extremo pase a ser como no, me desbande, tenía 15 años y carretiaba ponte tu me iba a discotec, carretiaba hasta las cinco de la mañana (...) salía con personas mayores (...), imponía mis normas, mis reglas, paliaba con mi mamá imponía mis reglas, mis papas estaban separados entonces tenía un peso súper grande que era ser como la segunda al mando de la casa (...) yo creo que estaba tan quebrada por dentro que hacía caos en todas partes, aún así nunca tuve problemas en el colegio” (Paula, 22 años)

Dentro de este aspecto de estudio, se puede señalar que las familias cumplen un rol socializador fundamental que entrega los lineamientos al individuo para poder desarrollarse en sociedad, esto queda de manifiesto en los tipos de comunicación, estilos de crianza, normas, límites y superación de conflictos, que dentro de los casos en estudio, se ven afectados generando un deterioro en alguna de las áreas.

En la investigación se pudo verificar que problemáticas familiares complejas que vivencian las personas durante alguna etapa de su vida pueden ser factores gatillantes en la formación del Trastorno de Pánico. Esto queda plasmado en las siguientes expresiones.

“Viví mi infancia con miedo, miedo que le hicieran daño a mi mamá, que me hicieran daño a mí, (...) me sentía súper desprotegida, (...) y como mi papá no estaba, yo veía en él la autoridad la seguridad, (...) si me pasaba algo a mí, él no me iba a defender ni cagando” (Daniela, 21 años)

“Cuando niña la peor experiencia que pase fue el tema de la violencia intrafamiliar, con mis tíos porque igual, a veces peliaban con mi abuelo y hasta así como que le pegaban, y me sentía tan chica y no hallaba como protegerlos y todos los días ataos, ataos, ataos, eso fue lo que más me marco por eso yo soy tan nerviosa y ansiosa” (Daniela, 21 años)

“Mi mamá trabajaba por turnos y generalmente cuando hacia turnos de noche me dejaba con mis abuelos, ehh y un día de estos mi abuelo ehh... mi abuelo ehh me violó entre comillas, cuando tenía once años, mas que de una cosa que haya sido en el tiempo fue como una cosa así como espontánea que yo creo que se... mi abuelo era alcohólico, yo creo que se deshabeto” (Paula, 21años)

H. Cía (op.cit) señala, respecto a lo anterior que las experiencias de vida desfavorables en la infancia, como pérdidas y ciertos controles parentales perturbadores, posibilitan la contribución de Trastornos Ansiosos. Los reforzamientos parentales y las expectativas de los padres acerca de las conductas temerosas o ansiosas de los niños, además del modelado de temores y la ansiedad que los mismos manifiestan, influyen sobre los infantes.

3. Matriz Historia de Vida: Vivencias Personales y Autoimagen

| Etapa del Ciclo Vital | Dimensión o Categoría a Analizar | Experiencia del Joven |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| Infancia | Vivencias Personales y Autoimagen | <p>“Tengo un nivel de autoexigencia mayor que el de otras personas” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Cuando chica viví varias malas experiencias y todas ocurrieron cuando tenía once años, (...) cuando nosotros vivíamos en la casa de mi abuelo paterno, mi papa por lo general salían los fines de semana a carretiar o que se yo y mi mamá trabajaba por turnos y generalmente cuando hacía turnos de noche me dejaba con mis abuelos, ehh y un día de estos mi abuelo ehh... mi abuelo ehh me violó entre comillas, cuando tenía once años, mas que de una cosa que haya sido en el tiempo fue como una cosa así como espontánea que yo creo que se... mi abuelo era alcohólico, yo creo que se deschabeteó, nosé, nosé...después ese mismo año conseguimos la casa propia nos cambiamos y todo y resulta que se quebró el matrimonio de mis papas, se empezaron a separar y ese mismo año tenía una compañera que me molestaban y me molestaban y me molestaban, me pegaban, y ahí empecé con cosas de no querer dejar a mi mamá y cosas así , no quería ir al colegio, no quería separarme de mi mamá, lloraba todo el día” (Paula, 22 años)</p> <p>“Yo lo de la violación no se lo conté a mis padres, porque mis papas como que ya habían quebrado... mi papá tenía ya la relación quebrada con mi abuelo, mi mama siempre era una carga muy pesada llevarnos a nosotros entonces como que no quería dejar mas la carga de lo que ya estaba (...) con la separación y todo, aparte que mi abuelo me amenazo” (Paula, 22 años)</p> <p>“El miedo que tenía en la etapa que pasó todo esto, era miedo a que no fuera buena, miedo a ser mala por lo que, haber que me hubiera pasado lo que me paso” (Paula, 22 años)</p> |
| Adolescencia | Vivencias Personales y Autoimagen | <p>“Mi juventud fue un periodo de transición y cuestionamiento, de cachar porque me pasaban las cosas (...) tuve que crecer apurá” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Me cuestionaba lo que estaba viviendo, así como pucha porque tenía que vivir lo que estaba viviendo, así porque y me comparaba con mis compañeras que tenían una familia muy bonita” (Daniela, 21 años)</p> <p>Tengo habilidad al estudiar (...) tengo buena memoria, eso me ayuda sin haber estudiado a tener un buen</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>desempeño" (Francisca, 20 años)</p> <p>"Me ha costado aceptar quien era, con toda la historia y consecuencias que traía, eso ha sido lo mas difícil porque fue lo que mas me torturo por tantos años" (Paula, 21 años)</p> <p>"Me considero una persona muy responsable, muy capaz de hacer las cosas, con mucha garra, mucho ímpetu, al final viví en un contexto muy adverso podría haberme quedado ahí estanca, sin embargo salí adelante (...) todo lo que me propongo lo cumplo" (Daniela, 21 años)</p> <p>"Me siento conforme conmigo misma, aunque soy súper insegura, me falta tener mas confianza de mi misma (...) yo no puedo enfrentar situaciones me pongo a llorar (...) me da rabia ser tan débil" (Daniela, 21 años)</p> <p>"Me siento comunicativa y creativa (...) soy empatica preactiva, soy una persona muy solidaria, como que siempre me preocupo mucho de la otra persona, pa ná egoísta" (Daniela, 21 años)</p> <p>"Yo no tenia los mismos interés que el resto, como estudiar (...) me gustaría autoabastecerme en el campo" (Paula, 21 años)</p> <p>"Siempre demuestro mis sentimientos de tristeza, soy muy expresiva, (...) me cuesta superar estas situaciones porque soy débil emocionalmente" (Daniela, 21 años)</p> <p>"el paso de la infancia a la adolescencia fue muy caótico, yo me empecé a desarrollar súper luego(...) entonces recibía demasiada atención y eso me daba miedo, (...), pensaba que podía tener otra situación de riesgo y que me podía pasar lo mismo" (Paula, 22 años)</p> |
|--|--|--|

3.1. Análisis Historia de Vida: Vivencias Personales y Autoimagen

Respecto al punto sobre autoimagen, es posible distinguir, que la gran mayoría de las entrevistadas se consideran personas expresivas, capaces de transmitir sus sentimientos hacia los demás, con ganas de salir adelante, pudiendo identificar una visión positiva de las jóvenes.

Las jóvenes son capaces de reconocer sus habilidades y limitantes, reconociéndose mayoritariamente como personas responsables, consecuentes con proyectos de vida y metas claras, acordes a sus posibilidades.

“Ahora me veo echa bolsa, aunque siempre alegre nunca he perdido eso” (Coni, 19 años)

“Me considero perseverante” (Francisca, 20 años)

“Me considero una persona muy responsable, muy capaz de hacer las cosas, con mucha garra, mucho ímpetu, al final viví en un contexto muy adverso podría haberme quedado ahí estanca, sin embargo salí adelante (...) todo lo que me propongo lo cumplo” (Daniela, 21 años)

Las Jóvenes a pesar de poseer características personales que las indentifican del resto de sus pares, arrojan consigo carencias o situaciones conflictivas arrastradas durante la niñez, situaciones que marcaron el proceso de adolescencia.

“El miedo que tenía en la etapa que pasó todo esto, era miedo a que no fuera buena, miedo a ser mala por lo que, haber que me hubiera pasado lo que me pasó, por que yo era mala o porque no me había portado bien o porque había hecho algo mal, emm miedo a no tener el respeto de mi papá porque todo era por medio de las notas los logros emm y tenía que ser buena en todo, etc. miedo a causarle problemas a mi mamá, miedo a no ser buena ni fuerte para ser responsable de mi hermano “(Paula, 21 años)

“Me cuestionaba lo que estaba viviendo, así como pucha porque tenía que vivir lo que estaba viviendo, así porque y me comparaba con mis compañeras que tenían una familia muy bonita” (Daniela, 21 años)

Lo anterior se afirma según Kaplan (op.cit) quien sostiene que problemáticas familiares como el maltrato infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual u otras situaciones traumáticas, pueden generar patologías como Trastornos de Pánico, o incluso patologías mentales más complejas como Histeria o Neurosis Histérica.

Otro aspecto detectado durante el desarrollo de las historias de vida, nos arrojó que las jóvenes se sienten carentes de afecto de parte, principalmente de la figura del padre, lo que las lleva a una constante autoexigencia, con el fin de obtener el reconocimiento y la atención del progenitor. Esto se refleja, además, en la constante búsqueda de cariño y afecto de las encuestadas con el grupo de pares o en relaciones de pareja.

*“Yo no puedo estar sola como que necesito estar siempre con alguien”
(Daniela, 20 años)*

Así mismo lo plantea Olavarria (op.cit) quien afirma que los padres no están siendo capaces de entender y contener emocionalmente a sus hijos, ya que no saben como hacerlo, es por esto que los grupos de pares, como los amigos y compañeros, como también los medios de comunicación, les dan respuestas a los jóvenes frente a sus problemáticas y dificultades. De acuerdo a lo visualizado en el estudio, los padres no están siendo capaces de contener y entender los procesos actuales que viven los adolescentes, ya que los ritmos de vida actuales difieren de los pasados, acentuándose así las brechas generacionales. Es por esto que las jóvenes en este caso, buscan la satisfacción en sus grupos de pares o romances, creando lazos afectivos simbióticos.

Por otra parte como vivencias personales, el estudio nos muestra que el Trastorno de Pánico ha contribuido al retraso de los proyectos o metas de

las jóvenes. Esto se da principalmente ya que la sintomatología que presentan los trastornos es de carácter crónico, que de no ser tratados a tiempo pueden llegar a hacer invalidantes, debido a la falta de control de la enfermedad. Esto se observó en dos casos, en los cuales las jóvenes debido al alto grado de la sintomatología, se vieron en la obligación de dejar sus estudios, para iniciar un tratamiento ambulatorio desde sus hogares.

"Estuve como en 7 colegios, me atrase un año cuando lo deje por las crisis" (Paula, 21 años)

"La enfermedad limitó mi vida (...) me iba mal en las pruebas, me limita en cierto modo, (...) me puse muy miedosa, insegura" (Daniela, 21 años)

En uno de los casos estudiados se pudo observar una culpabilización de las situaciones complejas, que le ha tocado vivenciar a la joven, sobrellevando estos malos episodios en tan corto periodo de vida, culpándose a sí misma, de las situaciones negativas que le ocurrían. Este hecho pudo ser uno de los causantes en la aparición del trastorno ansioso, como señala Freud (cit.post Heerlein, op.cit) en su postulado del psicoanálisis en la cual se refiere a la ansiedad del Súper Yo, la cual se desarrolla en su Teoría de la Ansiedad en donde postula que esta se desarrolla en la etapa de maduración de la persona, y tiene relación "con los sentimientos de culpa acerca de no vivir de acuerdo con las normas internalizadas de conducta moral derivadas de los padres".

En relación a la autorepresentación que tienen las jóvenes de sí mismas, se puede sostener que en su mayoría son personas extrovertidas, alegres, y con capacidad de perseverancia. No obstante, se encuentran desposeídas de habilidades o herramientas para poder sobrellevar situaciones problemáticas o de tristeza, provocando en ellas una fuerte angustia, que conlleva a episodios de llantos, arrebatos y cuadros de autoflagelación.

"Yo misma me auto flagelo cuando tengo pena" (Francisca, 20 años)

“Siempre demuestro mis sentimientos de tristeza, soy muy expresiva, así lloro, y con todo (...) me cuesta superar estas situaciones porque soy débil emocionalmente” (Daniela, 21 años)

“Cuando se me presenta un problema, me desespero, así no se que hacer, veo todo negro y cuando después me calmo un poco trato de ver una solución (...) me cuesta tomar decisiones” (Daniela, 21 años)

Un aspecto importante a mencionar es el nivel de autoexigencia de las jóvenes, esto se relaciona con la autoimagen que poseen de sí mismas, intentando recibir gratificación del resto y sentirse conforme de sí. Como dice Kaplan (op.cit) este podría ser un factor importante que podría estar generando ansiedades en los jóvenes.

*“Tengo un nivel de autoexigencia mayor que el de otras personas”
(Francisca, 20 años)*

Otro aspecto recurrente es el apoyo de las familias frente a la enfermedad y el tratamiento que deben seguir las jóvenes, en este aspecto la familia cobra real importancia en la evolución del tratamiento, ya que contar con el apoyo de estos, pese a los distintos conflictos que haya vivido o este vivenciando la familia, impulsa a las jóvenes a salir adelante haciéndolas sentir valoradas y queridas.

*“Enfrentamos los conflictos aperrando todos juntos y perdonando”
(Paula, 21 años)*

“Mi familia me apoya, me da consejos, me hablan, igual a veces explotan, pero no es tan violento” (Coni, 19 años)

“Ahora me siento importante para mi familia” (Francisca, 20 años)

Las jóvenes actualmente se encuentran en un proceso de recuperación, sin embargo se muestran como personas capaces de enfrentar los desafíos que les prepara la vida.

4. Matriz Historia de Vida: Visión de la Sociedad y Proyecto de vida

| Etapa del Ciclo Vital | Dimensión o Categoría a Analizar | Experiencia del Joven |
|-----------------------|--|---|
| Infancia | Visión de la Sociedad y proyecto de Vida | <p>“Siempre pensaba en trabajar e irme con mi mamá de esa casa porque estábamos así muy mal, aparte la casa era enana, era mucho hacinamiento, no podía estudiar” (Daniela, 21 años)</p> |
| Adolescencia | Visión de la Sociedad y proyecto de Vida | <p>“Empezar a juntar plata para comprarme un auto, un departamento, no sé po, una casa” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Quiero terminar mi carrera” (Francisca, 20 años)</p> <p>“Tení que ser de los mejores” (Francisca, 20 años)</p> <p>“La competitividad en la sociedad es fuerte es muy fuerte (...) me ha afectado para buscar trabajo” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Se han perdido principios valóricos como la solidaridad, el compañerismo el cariño, el entregarse amor (...) es una sociedad muy individualista (...) toda la gente cree que uno hace algo por interés, se ensucia (...) toda las personas te juzgan por tu apariencia” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Tengo claro que quiero estudiar, trabajar, quiero ser mamá después de hacer todo lo que quiero” (Coni ,19 años)</p> <p>“Si la competitividad me ha afectado, yo he sido muy autoexigente en yo ser mejor persona, cuando chica me comparaba con la mejor persona (...) al final me causaba angustia, pero no era de ganarle al otro sino que yo superarme y ahí me afectaba la competencia” (Paula, 22 años)</p> <p>“No comparto los valores sociales, (...) de hecho esos son los conflictos que tengo con mi familia de apariencia o de cosas que yo no estoy ni ahí con eso” (Daniela, 21 años)</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>“Si, la competitividad (...) va a acabar con nosotros (...) se compite con el resto es horrible y no sólo competir con el resto si no de cagarse al otro (...) como piensan así si que importa, creo que es lo peor del mundo la competencia” (Paula, 22 años)</p> |
|--|--|---|

4.1. Análisis Visión de la Sociedad y Proyecto de vida

En general dentro de las expectativas presentes en las jóvenes se observa un discurso en el cual se plantean metas no muy elevadas, reales y acorde a su realidad, al igual ocurre con los proyectos de vida de las jóvenes los cuales son bastante alcanzables, siendo los más importantes terminar sus estudios superiores y ejercer en ese ámbito.

Este interés por seguir con sus estudios, según los relatos, viene reflejado desde la adolescencia temprana, ya que la gran mayoría de los jóvenes entrevistados poseían un buen rendimiento escolar, proyectándose más concretamente estos intereses durante la adolescencia.

Las adolescentes tienen claro que deben tratar de ser los mejores en lo que desean hacer ya que es la única forma de surgir en una sociedad tan competitiva como esta. Las jóvenes desde pequeña han manifestado claridad respecto a los planes que deseaban concretar a futuro, siendo principalmente, cursar una carrera profesional, desempeñarse laboralmente y formar una familia.

“Siempre pensaba en trabajar e irme con mi mamá de esa casa porque estábamos así muy mal, aparte la casa era enana, era mucho hacinamiento, no podía estudiar” (Daniela, 21 años)

“Tengo claro que quiero estudiar, trabajar, quiero ser mamá después de hacer todo lo que quiero” (Coni, 19 años)

Como lo señala Etcheverry (op.cit) el temor al fracaso, el deber seguir una vocación y dominar una profesión, son situaciones que gatillan serias

inseguridades y angustias en los adolescentes, que de no lograr sobrellevar adecuadamente, podrían desencadenar en serias crisis juveniles.

Las jóvenes manifiestan sentirse no representadas por el modelo social imperante, ya que este vive ritmos de vida muy acelerados, donde la competitividad, el individualismo y el estrés es muy fuerte. Esto lo plantea también H. Cía (op.cit), quien sostiene que las condiciones de vida actuales, el estrés ambiental, generan situaciones desfavorables en relación a décadas pasadas, lo que puede desencadenar en un trastorno. Las presiones socioeconómicas se han incrementado y ciertos factores como la inseguridad, la sobre ocupación, la incertidumbre laboral, el desempleo o la violencia urbana y las exigencias cotidianas a las cuales el individuo se ve sometido.

“La competitividad en la sociedad es fuerte, es muy fuerte (...) me ha afectado para buscar trabajo, la gente es muy competitiva, al final la gente pa lo único que lucha es pa tener mas cosas y no pa ser mejor persona, se nota mucho que toda la gente se guía por tener bienes materiales por tener un mejor puesto, o sea toda la gente esta luchando contra el otro” (Daniela, 21 años)

“Las competitividad es muy fuerte y en todo sentido (...) me ha afectado a mi y a todos” (Francisca, 20 años)

Las jóvenes estudiadas consideran que la sociedad ha ido perdiendo paulatinamente valores y principio básicos que guían el actuar de los sujetos. La valoración personal, hacia el prójimo y el valor de la familia son sin duda los principales pilares que se han ido perdiendo en esta sociedad globalizada. Estos principios han sido reemplazados por el valor al dinero, a lo material, el status social y el poder.

“Se han perdido principios valóricos como la solidaridad, el compañerismo el cariño, el entregarse amor (...) es una sociedad muy individualista (...) toda la gente cree que uno hace algo por interés, se

ensucia (...) toda las personas te juzgan por tu apariencia" (Daniela, 21 años)

"Siento que se han perdido valores como la familia (...) que tengas miedo de contar las cosas a tu familia (...) siento que todos se guardan tanto pa uno" (Paula, 21 años)

Lo anterior es reafirmado por el Instituto Nacional de la Juventud (op.cit) que plantea que "las injusticias más visibles y que afectan de mayor manera a los adolescentes son las de orden social, con una sociedad con una marcada estratificación social y económica, falta de oportunidades y desigualdades. Los jóvenes durante este periodo o etapa de desarrollo necesitan de una sociedad que guíe la formación o construcción de identidad, pero esta por el contrario obstaculiza este proceso. Los adultos ven a los jóvenes como seres temibles, cargados de defectos y problemáticas" (ibid: 104)

5. Matriz de Vida: Efectos del Trastorno de Pánico en la vida de los Individuos

| Etapa del Ciclo Vital | Dimensión o Categoría a Analizar | Experiencia del Joven |
|-----------------------|--|--|
| Infancia | Efectos del Trastorno de Pánico en la vida de los Individuos | <p>“Desde pequeña tuve miedo a la muerte, me acuerdo que desde chica lo tenía mas que ahora” <i>“(Francisca, 20 años)”</i></p> |
| Adolescencia | Efectos del Trastorno de Pánico en la vida de los Individuos | <p>“Es una sensación de miedo, yo me sentía fuera de mi, como que no estaba en la realidad” <i>“(Francisca, 20 años)”</i></p> <p>“El problema de esto es que no podi estar solo” <i>“(Francisca, 20 años)”</i></p> <p>“Mi mamá fue mi mayor apoyo, se preocupaba de mi, de llevarme al médico de hacerme exámenes de buscar soluciones a mi problema, (...) igual de primera fue apoyo, pero igual después me pesaron a culpar, pero porque te pasa esto, pero porque si tu teni que solucionarlo (...) me decían ya po córtala de llorar”. <i>(Daniela, 21 años)</i></p> <p>“Mi familia se sintió culpable con mi enfermedad, porque cachaban que eran por muchas tensiones, muchos temas de conflicto, que yo guarde muchas penas de la niñez, esto fue un estallar, así como que mi cuerpo como que colapso (...) mi mamá de tenerme en esa casa” <i>(Daniela, 21 años)</i></p> <p>“El 90 % de mi enfermedad es por culpa de mi familia, vi tantos problemas en mi casa cuándo era chica y yo los menoscababa, siempre sola no podía, no se po, no tenía la capacidad de enfrentarlos ya que eso podía generar que trataran mal a mi mamá o a mi o a mis abuelo entonces me quedaba callá (...) eso se acumulo en mi y estallo” <i>(Daniela, 21 años)</i></p> <p>“Cuando estaba en la adolescencia el trastorno de pánico si intervino en mi identidad porque no sabia como manejarlo (...) hay que aprender a manejarlo (...) me costaba por identidad y autonomía, me daba vergüenza salir a la calle y parecer loca” <i>(Paula, 22 años)</i></p> <p>“la primera vez que me dio fue un mes de dar la PSU” <i>“(Francisca, 20 años)”</i></p> <p>“Bueno la primera medida fue tranquila aquí te vamos a</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>dar el mayor espacio posible para que puedas estudiar” “(Francisca, 20 años)</p> <p>“Mi papá le da la explicación a que el fue un padre muy pasivo (...) él nunca me dio como una felicitación por mis notas (...) yo misma me autoexigía” “(Francisca, 20 años)</p> <p>“Ahora en la universidad me dan (...) porque es muy estresante (...) el nivel de exigencia es mayor (...) nunca estay relaja (...) corriendo paya pa acá” “(Francisca, 20 años)</p> <p>“Las crisis coinciden cuando volvieron a volver los recuerdos que había enterrado por mucho rato de violación y empezó a salir todas estas cuestiones, yo creo que era por que estaba en plena adolescencia” (Paula, 21 años)</p> <p>“Ahora mis crisis son fulminantes me rompo la ropa, antes se me dormían las manos gritaba, ahora no po me desmayo siento que me voy a morir, es terrible (...) se me escapo todo de las manos” (Coni ,19 años)</p> <p>“El trastorno de pánico retraso mis proyectos” (Coni ,19 años)</p> <p>“La enfermedad limito mi vida (...) me iba mal en las pruebas, me limita en cierto modo, (...) me puse muy miedosa, insegura” (Daniela, 21 años)</p> <p>“Ahora hay mucho estrés, por la plata, puros problemas, eso afecta a la gente” (Coni ,19 años)</p> |
|--|--|--|

5.1. Análisis: Efectos del Trastorno de Pánico en la Vida de los Individuos

De las personas estudiadas se refleja que el Trastorno de Pánico no ha cambiado completamente sus planes o proyectos a futuro, sin embargo, si los ha retrasado debido a la sintomatología que presenta este síndrome, lo que impide en los momentos de crisis desenvolverse con normalidad, situación que limita el diario vivir de los sujetos.

“El problema de esto es que no podí estar sola” (Francisca, 20 años)

“Ahora mis crisis son fulminantes me rompo la ropa, antes se me dormían las manos gritaba, ahora no po me desmayo siento que me voy a morir, es terrible (...) se me escapo todo de las manos, no quería recibir ayuda porque no quería tomar más remedios” (Coni, 19 años)

Como lo señala el DSM-IV, 1995 (cit.post Hales, op.cit) algunos de los síntomas característicos del Trastorno de Pánico son palpitaciones, elevación de la frecuencia cardiaca, sensación de ahogo, sudoración, miedo a morir, entre otras.

“Sufría caleta, se me agarrotaban las manos, lloraba, lloraba, lloraba, me aterraba, sentía que mi corazón se iba a salir, sudaba, tenía taquicardia, sentía que me ahogaba, tuve hasta un problema con un profesor por lo mismo” (Coni ,19 años)

Las causas a las cuales los jóvenes atribuyen la aparición de sus Trastornos de Pánico son múltiples, pasando desde crisis familiares, problemas con algún miembro significativo de la familia que se encontraba ausente, a conflictos personales con el medio social como la autoexigencia, estrés y competitividad.

Kaplan (op.cit), señala diversas teorías que podrían dar respuesta a las causas de los Trastornos de Pánico, entre ellas encontramos la Teoría del Aprendizaje la cual se relaciona a teorías conductitas, la cual señala que existen

conductas aprendidas. Muchas respuestas de ansiedad interna son aprendidas en imitación a los padres (Teoría del Aprendizaje).

“Mi papá es bien depre, el también se complica mucho” Paula, 22 años)

Existen también teorías que dan explicación a este trastorno como las teorías existenciales que señala Kaplan (op.cit), las cuales, proporcionan modelos para los Trastornos de Ansiedad, en los que no hay ningún estímulo específico identificable para un sentimiento crónico de ansiedad. Para esta teoría las personas toman conciencia de la falta de sentido de sus vidas y del enorme vacío que existe, siendo la ansiedad la respuesta a este sentimiento.

Según H. Cía (op.cit) las conductas parentales, los reforzamiento de los temores infantiles, patrones de vinculación y autonomía van generando pensamientos y conductas ansiosas en la juventud.

Existe también una teoría social para dar explicación a los Trastornos de Pánico, esta proposición señala que este trastorno se asocia a una disminución de la calidad de vida, a una disfunción sustancial en el desempeño de roles (de pareja, familia, trabajo, etc.)

“Por la cuestión de mi abuelo mi mamá se culpo caleta, mi papá también de cierta manera (...) mis papás nos empezaron a dar la opción de elegir, de ser más abiertos, empezaron a cambiar también” (Paula, 21 años)

Es así como los jóvenes dan explicación a sus crisis de pánico debido a sus malas experiencias durante su infancia como la violencia que existía dentro de los hogares, carencia de la figura paterna, situación que se repite la mayoría de los casos y durante la adolescencia, experiencias negativas de conflictos con los padres, todo ello explicado también por las teorías postuladas por Kaplan (op.cit).

Los datos recogidos en el estudio arrojan que la aparición de los Trastornos de Pánico, coinciden con hechos estresantes en la vida de las jóvenes. Por un lado el egreso de la educación media y la pronta necesidad de decidir que hacer, la presión de rendir exámenes que permitan el ingreso a la enseñanza superior y recuerdos conflictivos respecto a hechos traumantes ocurridos durante la infancia.

“Las crisis coinciden cuando volvieron a aparecer los recuerdos que había enterrado por mucho rato de violación y empezó a salir todas estas cuestiones, yo creo que era por que estaba en plena adolescencia y ahí empezaron las crisis de pánico” (Paula, 21 años)

“El 90 % de mi enfermedad es por culpa de mi familia, vi tantos problemas en mi casa cuándo era chica y yo los menoscababa, siempre sola no podía, no se po, no tenía la capacidad de enfrentarlos ya que eso podía generar que trataran mal a mi mamá o a mi o a mis abuelo entonces me quedaba callá (...) eso se acumulo en mi y estallo” (Daniela, 21 años)

A modo de síntesis de este capítulo, es posible señalar que las jóvenes investigadas que padecen Trastorno de Pánico presentan características de personalidad extrovertidas, con una visión positiva ante la vida, sin embargo, con una carencia de habilidades y destrezas para enfrentar situaciones de crisis o desfavorables. Por otra parte las jóvenes presentan en su mayoría vivencias conflictivas de infancia y juventud que han marcado o han influido negativamente en el desarrollo de la vida de estas y en la forma de resolución de sus conflictos.

A nivel familiar estos grupos presentan una estructura o una dinámica familiar funcional de carácter estable, con límites, roles y normas claras y conocidos por los integrantes de la familia, no obstante, estas familias al presentar situaciones de conflicto o problemáticas carecen de habilidades y herramientas para sobrellevarlas y mantener la homeostasis familiar. Esto influye negativamente en cada subsistema del grupo familiar, viéndose afectados

principalmente los niños y jóvenes, quienes se muestran más vulnerados con esta situación, además de adoptar estas conductas a través de la Teoría del Aprendizaje.

Una característica presente en la mayoría de los casos es que las jóvenes investigadas, son las primeras hijas de sus progenitores, por lo cual se proyecta en ellas expectativas mayores, debiendo asumir responsabilidades importantes al interior de sus familias.

En el plano social las jóvenes estudiadas presentan proyectos de vida o metas claras, acorde a sus posibilidades y contexto social, manteniendo relaciones con el entorno social de carácter positivo, aunque en periodos de crisis estas se ven afectadas debido al aislamiento de las jóvenes.

CONCLUSIONES

La investigación social implica un proceso complejo de inserción en una realidad determinada, en donde surgen elementos que se influyen permanentemente entre sí, creando un dinamismo en los fenómenos estudiados.

El indagar en la temática de los Trastornos de Pánico, relacionada al ámbito de la medicina, requirió de una investigación rigurosa, esto debido a que para llevar a cabo el estudio, se debió indagar en literaturas de alta complejidad y apuntes que pudieran orientar en cuanto a definiciones de la problemática estudiada, causas que originan el trastorno, explicaciones o teorías que diluciden su aparición, además de sus efectos en el organismo y vida de aquellos sujetos que la padecen.

El desarrollo de investigaciones y espacios de construcción teórica en Internet, ya sea en sitios dedicados a la medicina, o portales de instituciones públicas de salud, facilitó el trabajo de las investigadoras, debido a lo fácil de su acceso y de poseer un proceso investigativo y/o informativo de calidad de la temática abordada.

Al incursionar y averiguar sobre la vida de los adolescentes que padecen de Trastornos de Pánico, comienzan a surgir una serie de cuestionamientos y reflexiones en torno a la problemática de salud y las formas o métodos que existen para abordarlas desde una mirada social y del estado. Una vez impregnadas en la temática, se comienzan a vislumbrar una serie sucesos y factores que inciden en la problemática y que no fueron reflexionados con anterioridad por las investigadoras, obteniendo resultados sorprendentes de la patología, y de la gran responsabilidad que asume la familia en su primera instancia, y luego la sociedad en la formación o incidencia de los Trastornos.

Como profesionales asumimos el desafío de realizar este nuevo tema para el Trabajo Social, temática que no ha sido tratada con anterioridad en

otros estudios o tesis. Este desafío implicó una responsabilidad profesional y un compromiso personal, que asumimos considerando que no sería un proceso fácil, si no más bien una carrera con obstaculizadores de distinta índole que debíamos sobrellevar.

A continuación se presenta una síntesis en donde se pretende plasmar a modo general, los resultados de los objetivos propuestos en el diseño, con el fin de medir el cumplimiento de estos, y los resultados finales del estudio.

El primer objetivo propuesto apunta a describir el contexto familiar de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico. Las familias de las jóvenes presentan características socioeconómicas similares, pertenecientes a la clase social media, es decir, poseen recursos económicos suficientes para satisfacer necesidades básicas de los integrantes como alimentación y educación. Son familias con status social que les ha permitido, a través del trabajo de sus integrantes, integrarse a las nuevas competencias de la sociedad, pudiendo participar en el juego económico y material que caracteriza a las sociedades del nuevo orden.

Las familias radicadas en la comuna de Santiago, en su mayoría son familias nucleares que empezaron su formación residiendo con los padres de uno de los integrantes de la pareja. Son familias que comenzaron su unión a temprana edad, naciendo sus hijos cuando estos aún no encontraban una estabilidad en sus relaciones, ni menos aún en el aspecto económico.

Respecto a como las familias se relacionan con el entorno, la vinculación con redes sociales se da de manera funcional y distante. De manera funcional con aquellas redes de carácter formal como lo son el trabajo, las instituciones educativas y las instituciones de salud, especialmente en la actualidad con las Estaciones Médicas de Barrio; y de manera distante con redes de carácter opcional como la religión, donde los encuestados afirmaron tener creencias religiosas, sin embargo, no participan de manera activa de estas

actividades. Los integrantes de la familia manifiesta no tener interés en participar de grupos u organizaciones de otra índole, ya que no cumplen con los intereses y demandas de estos.

Existen también redes informales, como amigos, vecinos y familiares, con los cuales las familias mantienen una relación funcional, relación basada en el respeto mutuo, dándole prioridad y encontrando el mayor soporte emocional y ayuda económica en la familia extensa.

En los procesos familiares de los sujetos de estudios, se puede observar una dinámica familiar funcional, no obstante, desfavorable al momento de enfrentar situaciones de conflicto o problemas. Presentan una dinámica favorable ya que sus normas y límites están claramente definidos y son conocidos por los integrantes de la familia, por lo demás, presentan una comunicación horizontal, en la cual los integrantes comparten todo tipo de información, pudiendo expresar libremente sus opiniones sobre cualquier tema u opiniones hacia algún miembro del grupo.

Sin embargo, son familias carentes de habilidades para enfrentar situaciones adversas, ya que debido a la falta de definición y reproducción de los roles que corresponden de manera óptima, transmiten una carga sobre la problemáticas o conflictos a niños y adolescentes que se ven expuestos a enfrentar grandes problemas, y que debido a su corta edad no están aptos para entenderlos y enfrentarlos. Esto genera en los adolescentes una responsabilidad mayor dentro de la solución del conflicto, viéndose ellos autoexigidos.

Las familias de los jóvenes participes del estudio, a lo largo del ciclo vital se han visto expuestos a diversos factores de riesgos que han llevado a la familia a una serie de crisis, que han afectado principalmente a los protagonistas de este estudio. Las principales problemáticas que se pudieron detectar apuntan a problemas de alcoholismo o drogadicción por parte de uno o más familiares, situación que gatillaba violencias y malos tratos al interior del hogar. Una de las

jóvenes estudiadas experimento esta situación durante su infancia hechos que la marcaron y afloraron como conflictos personales durante la adolescencia, manifestándose en temores y cuestionamientos respecto a la solución que le podría brindar a estos hechos.

Otro factor de riesgo presente en una de las familias es el abuso sexual recibido por una joven, durante su infancia por parte de un familiar cercano, situación que desequilibró la homeostasis de la familia, produciéndose un quiebre en la estructura familiar al momento de enfrentar el conflicto, no pudiendo resolverlo, quedando el conflicto latente. Esta situación generó más tarde conflictos individuales en la joven estudiada, gatillando cuadros de angustia y temores.

La cesantía no ha estado ajena a las problemáticas surgidas en estas familias, siendo una vivencia de carácter crítico para estas, situaciones que desestabilizaron la dinámica al interior del grupo, debiendo asumir soluciones extremas como cambios de casas, de colegios, dejando amigos de barrio, lo que generó conflictos tanto a nivel familiar como individual, además de una inestabilidad del proyecto familiar.

Un patrón común que se repite en la mayoría de los casos, y es considerado por las investigadoras como un factor de riesgo presente en las familias, es la carencia de la figura paterna, ya sea presencial, económica o afectiva, ya que este rol debe ser cubierto por la madre o por algún miembro significativo. En la mayoría de los casos la madre absorbida por las problemáticas y cargas, cede estas dificultades a los hijos, quienes se ven también afectados, tanto por la carencia o ausencia del rol del padre y por la falta de herramientas que posee la madre para sobrellevar las situaciones y suplir ese rol.

Este aspecto se considera interesante de analizar ya que la figura y el rol del padre dentro de la familia, es principalmente de cuidado, protección y sustento económico, situación frente a la cual los adolescentes se sienten

indefensos, aumentando su autoexigencia por rendir en estas áreas, sintiéndose responsables de este aspecto.

En cuanto a la figura de la madre esta se señala como afectiva y de apoyo, sin embargo, se puede observar que las jóvenes al rendir de forma eficiente y responsable en sus estudios, es decir, cumpliendo a cabalidad con sus deberes, el estilo de crianza de la madre se torno un tanto liberal, permitiendo a los adolescente tomar sus propias decisiones, apoyando sus iniciativas. Este aspecto no es considerado de carácter negativo, sin embargo, sumado a la desprotección o ausencia paterna, podría generar en estas un sentimiento de desamparo e incertidumbre a futuro, sintiéndose responsables de su propio porvenir y por el de sus familias.

En cuanto a las resiliencia, la que se define como “la capacidad de una persona o grupo familiar para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” las familia de los jóvenes se muestran resilientes, ya que pese a los distintos factores de riesgos ha los que se vieron enfrentados y que fueron mencionados con anterioridad, han sido capaces a través del tiempo de mantenerse estables, habiendo aprendido a convivir y sobrellevar las problemáticas. En algunos casos el problema ha sido solucionado sacando aprendizajes de éste, y en otros casos la familia ha debido aprender a convivir con el conflicto latente, optando por utilizar un mecanismo de resolución de conflictos de negación.

En cuanto a la hipótesis N° 1, planteada anteriormente respecto al ámbito familiar se señala que: “el desarrollo de los jóvenes en ambientes familiares desestructurados (carencias afectivas, comunicación deficiente, disfuncionalidad de roles), generan situaciones de alto riesgo, que pueden derivar en Trastornos de Pánico”.

Se puede mencionar que esta hipótesis se cumple parcialmente, ya que como se mencionó anteriormente, mayoritariamente las familias de los casos estudiados, presentan una dinámica familiar funcional, la cual no está exenta de dificultades, como carencias afectivas, disfuncionalidad de roles, sumando a ello los grandes conflictos que han debido enfrentar. Se presentan como familias que presentan factores de riesgos, que podrían generar cuadros de angustias en sus integrantes, sin embargo, esta hipótesis no puede corroborarse completamente ya que no existe una generalidad que afirme que los Trastorno de Pánico son gatillados por problemáticas familiares, sin embargo, estas problemáticas están presentes en las familias de los casos estudiados.

Respecto al objetivo N° 2 el apunta a describir el contexto sociocultural de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico. Los jóvenes encuestados presentan un estilo de vida favorable, basado en una buena alimentación y buenos hábitos. En general los jóvenes mantienen espacio de recreación saludable, siendo el más frecuente las salidas y/o reuniones junto a sus amigos.

Es posible también, identificar en el ámbito social un escaso sentido de pertenencia de los jóvenes con su territorio habitado, ya que no se relacionan ni involucran mayormente con éste, sin participar activamente, ni conociendo la historia del lugar en que habitan. Esto puede deberse a que no todos los sujetos se criaron en ese lugar desde pequeños. No obstante los jóvenes son capaces de establecer relaciones interpersonales adecuadas, junto a sus grupos de pares, sin haber presentado en general mayores dificultades.

A pesar de manifestar que existen problemáticas de carácter delictual dentro de la comuna, estos no se han visto mayormente afectados por estas problemáticas.

Los jóvenes investigados poseen bajos niveles de vinculación con redes sociales, mayoritariamente esta vinculación se centra en instituciones de

carácter formal y educacional, sin verse interesados mayormente en participar en otro tipo de organizaciones. Este desinterés puede provocarse debido a que los jóvenes dedican gran parte de su tiempo a actividades educacionales, laborales y actividades con su grupo de amigos.

En general se puede observar que los jóvenes han presentado un buen nivel de socialización, inculcado por parte de su grupo familiar, puesto que de los adolescentes en estudio, estos en su mayoría se relacionan favorablemente con su entorno social, ya sea con su grupo de pares u otros.

A pesar de lo anterior durante periodos críticos o de crisis, producto del trastorno que los aqueja y que afecta al individuo tanto a nivel familiar y social, estos se retraen manteniendo relaciones limitadas tanto con su entorno como con su grupos más próximos. Sin duda, el mayor soporte emocional que mantiene los jóvenes en este periodo lo obtienen de sus familias, especialmente de sus progenitores o tutores y parejas.

En cuanto a la hipótesis N° 2 y que pretende dar respuesta al objetivo planteado con anterioridad, hace referencia a que "la desigualdad, la falta de vinculación con redes sociales y la deficiente calidad de las relaciones interpersonales que establecen los jóvenes, genera en estos un escaso sentido de pertenencia". De este modo la hipótesis planteada queda refutada, puesto que los jóvenes a pesar de no pertenecer a organizaciones sociales, sí mantienen redes de apoyo formales y no formales, suficientes para satisfacer sus necesidades. Por otra parte los jóvenes presentan relaciones interpersonales favorables puesto que se relacionan de forma óptima con su entorno inmediato, ya sean familiares y amigos, situación que no influye en la falta de pertenencia de los jóvenes con el contexto social en el que se desenvuelve.

En cuanto a las desigualdades estos jóvenes no se han visto mayormente afectados, ya que cuentan con los recursos necesarios para

competir libremente en la sociedad. Si bien es cierto es a base de esfuerzo, el acceso no está restringido, como para otros grupos sociales más vulnerados.

El objetivo N° 3 apunta a describir factores individuales de los jóvenes entre 17 y 21 años de edad que padecen Trastorno de Pánico.

Los jóvenes participantes del estudio presentan una mediana aceptación de sí mismos. En un comienzo de la aparición del trastorno y antes de este, los jóvenes se mostraban descontentos, con una baja aceptación de sí mismos, cuestionándose constantemente su apariencia física, sus inseguridades ante la vida y sus principios valóricos. Con el transcurso del tratamiento han logrado volcar estos sentimientos a percepciones más positivas sobre su imagen. No obstante se muestran como sujetos con facilidad para expresar sentimientos tanto de tristeza como de alegría, jóvenes que constantemente se cuestionan sus vivencias y las consecuencias de estas, jóvenes autoexigentes consigo mismos y con una tendencia por conseguir el reconocimiento de los otros, respecto de sus actos.

Los jóvenes, y debido a su enfermedad, sienten que el estado de salud es de carácter regular, muy similar que al de hace un año, esto debido a la cronicidad de la sintomatología del Trastorno de Pánico. Presentan también, una actitud de bajo control respecto a sus situaciones de estrés, manteniendo altos niveles de ansiedad, problemas para conciliar el sueño, además de presentar baja tolerancia para enfrentar vivencias dificultosas de carácter cotidiano.

Un patrón que se reitera en la conducta de los jóvenes es una constante victimización de su condición, justificando sus actos errados, manipulando ciertas situaciones a su conveniencia. Estos actos conducen a llamar la atención de sus familias y personas significativas.

Los jóvenes mantienen claridad respecto a sus metas y proyectos que desean concretar a futuro, siendo el más reiterativo, obtener un título

profesional, conseguir un trabajo estable remunerado según las expectativas y formar una familia.

Por otra parte la necesidad de surgir dentro de esta sociedad, de ser más y mejores, de ostentar poder y un estatus socioeconómico, provoca una constante búsqueda del éxito, lo que esta en disociación con los valores familiares inculcados, lo que genera confusión sobre la correcta vía para alcanzar los logros y metas. Esto coincide con una visión de la sociedad en constante competencia lo que podría generar en los jóvenes una indefensión frente a la sociedad en la cual a futuro se deben desenvolver.

En este caso es posible determinar que el factor social esta también presente en los jóvenes entrevistados y encuestados, ya que sus principales miedos o problemáticas apuntan ha lograr desenvolverse en una sociedad adversa, en la cual la competitividad y el individualismo están presentes. Esto provoca una incertidumbre frente a la posibilidad de poder surgir en el ámbito laboral, lograr terminar sus estudios y así poder satisfacer a sus padres para que estos se sientan orgullosos de sus logros.

En cuanto a la resolución de conflictos, los jóvenes estudiados mayoritariamente, reaccionan de forma agresiva (gritar, llorar) ante un conflicto o problemática, sintiéndose incapaces de sobrellevar la situación problema. Sin embargo, y gracias a los tratamientos, ya sean tanto médicos como alternativos, los jóvenes han aprendido ha canalizar sus emociones y sentimientos, enfrentando los conflictos de manera objetiva y con una visión más fría de la problemática.

En relación a la hipótesis N° 3 de carácter individual, la cual señala que: "los jóvenes que padecen Trastorno de Pánico, poseen personalidades retraídas, baja autoestima, tendencia a la depresión y ansiedad, que se unen a la falta de expectativas y temores, en relación a sus proyectos de vida, lo que genera en ellos desconfianza, incertidumbre y desmotivación".

Esta hipótesis posee dos lineamientos a analizar. Por una parte se refuta, puesto que los jóvenes entrevistados, en general, presentan una autopercepción medianamente aceptada de sí mismos, siendo capaces de reconocer habilidades y destrezas de sí y en comparación con los otros. Además presentan una conducta favorable y optimista frente a las situaciones de adversidad que han debido sobrellevar.

Por otra parte se corrobora ya que los jóvenes presentan altos índices de estrés y angustia frente a situaciones problemáticas o de complejidad, además de miedos frente a lo que les depara el futuro, agudizando la desconfianza y la incertidumbre.

Finalmente la Hipótesis General N° 4 planteada en nuestra investigación señala que "Los factores psicosociales son un factor gatillante en la generación de Síndrome de Trastorno de Pánico".

Rescatando los argumentos anteriormente señalados podemos indicar que esta hipótesis se corrobora, ya que queda de manifiesto que existe la presencia de factores familiares, individuales y sociales que están presentes en la formación de los Trastornos de Pánico en los adolescentes.

Los factores familiares son indudablemente los que más se reiteran dentro de las causas. Estas situaciones de crisis familiares ocurridas durante la niñez o adolescencia, y que no se han manejado de manera satisfactoria, tanto por los adultos, y por los jóvenes por sus escasas habilidades de resolución de conflicto, han detonado en crisis personales generando altos niveles de angustia en los sujetos, que en este estudio aparecen como trastornos de Pánico.

Factores sociales como la competitividad, las presiones sociales y el ritmo de vida actual, también forman parte de la afirmación de la Hipótesis General planteada, ya que entre los jóvenes estudiados existe un alto índice de inseguridad y presión respecto al futuro y las decisiones a seguir. Por su parte las características individuales o personales de los jóvenes, condicionadas por los

factores familiares y sociales, también han sido determinantes en la formación de este trastorno, ya que los sujetos mantienen características de personalidad común, siendo estos extrovertidos y optimistas, sin embargo, presentan altos índices de angustia y estrés ante situaciones adversas.

Otro aspecto observado durante la investigación es que mayoritariamente los Trastorno de Pánico, se dan con mayor incidencia en las mujeres de entre 17 y 20 años de edad, esto debido a que es en este periodo donde se producen cambios significativos en la vida de los jóvenes, ya que estos se ven forzados a tomar decisiones respecto a su futuro ya sea nivel laboral o educativo.

A modo de síntesis los sujetos investigados pertenecen a un estatus social medio, mayoritariamente se encuentran cursando estudios superiores, ya sean a nivel técnico o profesional. Residen en la comuna de Santiago, identificando una diversidad de tipos de familias, mayoritariamente familias nucleares con un rol activo de la madre en la crianza y cuidado de los hijos.

En general las familias de los jóvenes presentan una dinámica familiar homeostática, donde existe una capacidad de escucha recíproca, no obstante existe una conducta reiterada de negación respecto a los conflictos que les ha tocado vivenciar, manteniendo un funcionamiento lineal sin afrontar la realidad de las problemáticas. Pese a que estas familias intentan llevar un equilibrio en las relaciones interpersonales entre sus miembros, sus demostraciones afectivas se ven limitadas, no existiendo gestos de cariños entre sus miembros ni hacia sus hijos.

A partir del análisis anterior podemos señalar que existen diversos factores que están presentes en las estructuras que sostienen al individuo, y que en este estudio presentan diagnóstico de Trastorno de Pánico. El principal factor presente en los jóvenes son las problemáticas vivenciadas durante la infancia que se relacionan con el ámbito familiar, estos hechos unidos a la carencia de soporte

emocional por parte de los adulto significativos que reparen en alguna medida el daño sufrido. Esto genera en ellos una situación de indefensión ante la vida, lo que los presionan a autoerigirse una respuesta adecuada a los conflictos vividos.

Lo anteriormente descrito va de la mano con factores sociales y características individuales que están presentes en la vida de los jóvenes y que podrían estar gatillando la formación de Trastornos de Pánico en los adolescentes.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de la investigación, surgieron una serie de elementos que permiten ser denominados hallazgos. Algunos de ellos se relacionan fundamentalmente con aspectos socioeconómicos, ya que la condición social de los individuos y familia, determina el tipo de relación que se establece y las proyecciones futuras que se plantean. Siendo la clase media la más afectada por la incertidumbre de vida futura, mientras las clases sociales más vulneradas o desprotegidas poseen una conformidad aprendida, y las clases más altas confían en su estatus y posición social para surgir.

Otro aspecto que se considera un hallazgo es la capacidad de los jóvenes de sobreponerse a las problemáticas vividas. Pese a poseer historias de vida complejas y vivenciar este síndrome que ha afectado sus proyecciones, los jóvenes presentan un gran optimismo frente a la vida, lo que refleja un estado de resiliencia aprendida o desarrollada gracias a las terapias y tratamiento psicológicos. Es probable que los jóvenes presenten actitudes resilientes frente a las vivencias experimentadas. Se puede inferir que este síndrome no interviene en los estados resilientes de los jóvenes.

Otro de los elementos que surgieron en la investigación, y que no estaban contemplados en el estudio, dice relación con la falta de orientación de las instituciones de salud respecto a la intervención y área de atención para abordar el Trastorno de Pánico como una enfermedad de carácter mental y social. Esto debido a que no existe claridad de acuerdo a que institución se debe hacer cargo de esta patología.

Por una parte y al comenzar el trabajo de campo, se inicio investigando aquellas instituciones que contaran con una muestra significativa de jóvenes con Trastornos de Pánico, las investigadoras debieron realizar un exhaustivo estudio, pasando por diversas instituciones, como COSAM, Hospitales de Día y Consultorios, sin embargo, ninguno de estos centros contaba con un

tratamiento integrador y especializado en cuanto a la temática, sino más bien esta era incluida dentro de otros programas de salud como Depresión o Trastorno de Personalidad. El sistema de salud y el Plan Nacional de Salud Mental no dan real cabida a esta problemática, no pudiendo abordarla desde una mirada social.

En conclusión no existe un real tratamiento dentro de la atención secundaria y terciaria de salud, que aborde de manera terapéutica y farmacológica el Trastorno de Pánico y Ansiedad, debiendo los afectados recurrir a instancia privadas o clínicas especializadas. Dentro de la atención primaria las investigadoras lograron dar con las Estaciones Médicas de Barrio, instancia de salud familiar, surgida en la comuna de Santiago, donde sí se trata la problemática de manera personalizada, a través de metodologías participativas, aprendizajes de conductas, y herramientas para superar las crisis.

En cuanto a las políticas de Salud Mental, esta denota una falta de abordaje y de conocimiento, respecto a los Trastornos de Ansiedad, y proyectos o programas destinados a jóvenes impartidos por organismos gubernamentales como municipios, o escuelas públicas o subvencionadas.

Otro aspecto importante o hallazgo surgido durante la investigación es el fuerte sentimiento o apego, de las jóvenes partícipes de las historias de vida, con la figura del padre. En la mayoría de los casos estudiados el padre se muestra como un ser, en algunos casos ausente (en lo económico y en lo afectivo) y en otras distante con sus hijas. Esta situación provoca un vacío en las niñas, además de una autoexigencia mayor con el fin de obtener así el cariño, valoración y respecto por parte de la figura paterna.

Sin duda este es un aspecto que se resalta en el estudio, ya que socialmente y según los marcos referenciales compartidos, la ausencia de la madre podría provocar mayores conflictos que la ausencia del padre, en los jóvenes y niños de la sociedad.

Finalmente se puede identificar que el mantener un apoyo psicológico, es fundamental para lograr cambiar la perspectiva de vida, modificando los marcos referenciales respecto a los ritmos actuales, es decir, los jóvenes al verse vulnerados y contar con un apoyo emocional externo, provoca en estos una sensación de sentirse escuchados y comprendidos, sintiendo que aún tienen cabida dentro de nuestra sociedad.

El que los jóvenes sean capaces de socializar y expresar sus experiencias con el Trastorno de Pánico genera en estos un sentimiento de comprensión y apoyo que los estimula a seguir adelante, dentro de un contexto dentro del cual aún existe un espacio para ellos.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL A LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL- TRASTORNOS DE PÁNICO

Un elemento importante que debemos tener como profesionales del área social tiene que ver con situarnos en el contexto global y las políticas sociales que lo sustentan. Los objetivos que guían nuestra profesión apuntan a trabajar en pro del sistema o gobierno actual, y a la transformación social de carácter estructural, promoviendo la participación social y organizacional, mediante la concientización de los sujetos, otorgándoles herramientas para que puedan ser actores de su propia realidad a partir del contexto social en donde están insertos.

El Trabajo Social se ha caracterizado por intervenir en distintas áreas, ya sea salud, educación, vivienda, justicia, entre otros, como también en distintos niveles de intervención, ya sea familia, grupo o comunidad. Sin embargo, dentro de un campo tan amplio de trabajo existen áreas que han quedado un tanto al margen o descuidadas de nuestra intervención profesional, como lo es el área de la salud mental.

Es importante destacar como base de intervención al grupo primario que es la familia, quien interactúa y socializa con los individuos en todas las etapas del ciclo vital. Este grupo cumple un rol fundamental en el desarrollo de los sujetos, quienes se ven influenciados por los hechos y vivencias ocurridos dentro del grupo familiar. Es en esta área donde el Trabajo Social debe intervenir a cabalidad, trabajando en la dinámica familiar, fortaleciendo las relaciones humanas, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, y en la interacción con su entorno, generando procesos transformadores de la realidad.

Otra área donde el Trabajo Social puede aportar, es en el área de educación, especialmente trabajos en colegios, a partir de una intervención integral, desde una mirada familiar, grupal y comunitaria de los problemas, dando

un enfoque holístico de la problemática, aportando desde la promoción, prevención e intervención del problema.

Es importante trabajar en esta área ya que es aquí donde se pueden pesquisar problemáticas de los individuos a temprana edad, estas problemáticas pueden ser de carácter social, familiar o mental, pudiendo abordarlas con anterioridad a la formación de la crisis, siguiendo de esta manera el principio de prevención.

Desde el área de salud el Trabajo Social también tiene grandes aportes a esta problemática. Actualmente en Chile han ocurrido diversos cambios de enfoque para trabajar en el área de la salud, entre ellos esta el nuevo paradigma que nos aporta el modelo Biopsicosocial, el cual propone una nueva forma de actuar sobre las problemáticas de salud, desde un modelo holístico incorporando una visión social y psicológica al antiguo modelo bío médico.

Desde este punto de vista el área de trabajo puede generar grandes aportes desde el hábito social, interviniendo e investigando las causas que provocan un deterioro en la salud de las personas, en este caso de la salud mental.

Esta nueva perspectiva de trabajo, se enfoca a un proceso de prevención más que de tratamiento, por esta causa el Trabajo Social debe integrarse y actuar en las causas sociales que intervienen en el aumento de las patologías mentales, desde un enfoque sistémico que permita atacar el problemas desde las distintas aristas, es decir, generando procesos preventivos desde las causas sociales, psicológicas y biológicas, es así como cada área posee un tipo de profesional especializado para trabajar.

Por esta razón se cree fundamental trabajar e interactuar junto a los adolescentes, quienes se encuentran en desarrollo y en una constante búsqueda

de la identidad, por lo que su desequilibrio y vulnerabilidad es mayor. Se debe trabajar con los niños desde temprana edad para así reforzar el ambiente social y psicológico que forma a las personas, con el fin de que estas sean capaces de dar respuesta y solución a conflictos, contando con redes de apoyo que les permita gozar de una base fuerte sobre la cual apoyarse dentro de una sociedad inestable, globalizada y competitiva

Desde este punto de vista es también imprescindible educar a las personas como sujetos de derechos, incorporándolos de forma activa a sus procesos de salud. De este modo las personas deben ser capaces de lograr identificar las distintas falencias que se presentan en su cotidianidad, para así poder buscar la ayuda adecuada realizando una óptima utilización de sus redes de apoyo. De este modo se deben generar procesos educativos hacia las personas de modo tal que sean estos los responsables de generar en ellos una conciencia preventiva, con una mirada sistémica de las problemáticas que los afectan.

El Trabajo Social tiene la capacidad de intervenir bajo variados contextos y trabajar en equipos multidisciplinarios debido a su amplio bagaje de conocimientos, por esta razón se cree necesario se involucre en los servicios de salud primarios, lugar desde donde se consulta este tipo de patologías.

Se logro identificar que dentro del sector salud existe una amplia red de atención, sin embargo, aún se esta en el proceso de transición de atacar y abordar la enfermedad en su climax, más que ha prevenirla. Por ello el Trabajo Social debe integrarse en estas áreas de atención primaria, ofreciendo las herramientas necesarias para hacer frente a las problemáticas de índole social que nos afectan.

El autocuidado es un espacio desde donde la prevención adquiere un papel fundamental, para prevenir patologías de carácter mental, las cuales

en nuestros tiempos se han agudizado llegando a niveles invalidantes y en personas de un rango etareo bajo como lo son los niños y adolescente.

El Trabajo Social, y pensando en la problemática que dan origen a este estudio, debe posicionarse en distintas instituciones, ya sean de salud o espacios gubernamentales como municipios, con la finalidad de entregar orientación y tratamiento a las patologías de salud mental, causadas por factores sociales y familiares, empoderandonos como profesionales de estos espacios que están siendo ostentados por otros profesionales del área social.

Junto a esto, el Trabajo Social debe ser participe activo a nivel de planificación, con el propósito de formular programas que se adecuan a cada realidad en particular, con miras a la promoción y prevención de la patología, utilizando y organizando eficiente y eficazmente los recursos para trabajar.

En este sentido, se debe asumir también una labor de supervisión y evaluación de los distintos programas, bajo una visión crítica, generando así mismo instancias de reflexión y discusión en torno a la problemática abordada en este estudio, sus principales causas y efectos en el organismo y en la vida de los sujetos.

Por todo lo anterior el Trabajo Social, y los profesionales como agentes de cambio, pueden generar modificaciones estructurales, desarrollando plenamente las potencialidades de los individuos, promoviendo la participación, el autocuidado, la prevención y la educación, a través, de la concientización de los sujetos, entregándoles herramientas para que puedan ser actores de sus propias vidas a partir del contexto social del que están insertos.

Debido a ello se plantea este desafío hacia nuestra profesión para que contribuya a mitigar las problemáticas de Salud Mental en nuestra sociedad, ya que es una temática en constante aumento.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarzúa M. (2007)
González M.
Salud Mental Infanto-juvenil como Problemática Pública. Revista de Psicología, Vol. XVI, N°2. Universidad de Chile, Santiago.
- Anónimo (n/d) A
Modelos de Intervención en Trabajo Social. Apuntes Cátedra Bases Teóricas y Epistemológicas del Trabajo Social. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Astudillo B. (2006)
Miranda J.
y otros
Familias Multiproblemáticas en la Región Metropolitana, Tesis Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Barraza L. (2005)
Cultura Carcelaria; Una Visión de Nosotras. Tesis Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Bauman Z. (2003)
La Globalización, Consecuencias Humanas. Fondo de Cultura Económica. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.
- Belloch A. (1995)
Sandin B.
Ramos F.
Manual de Psicopatología. Volumen I, Editorial McGraw – Hill.
- Berman M. (2004)
Todo lo Sólido se Desvanece en el Aire: La Experiencias de la Modernidad, Editorial Siglo XXI Editores. España.

- Bourdieu P. (1977) **La Juventud No es Más que una Palabra.** En Sociología y Cultura. Conaculta-Grijalbo, Colecciones Los Noventa. México.
- Brunner J. (1998) **Globalización Cultural y Posmodernidad.** Fondo de Cultura Económica. Santiago, Chile.
- Bustos A. (2007)
Valenzuela E.
Villa C. **Tesis, Nuevas Tipologías de Familias.** Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Chonchol J. (1999) **¿Hacia Donde Nos Lleva la Globalización?, Reflexiones para Chile.** LOM Ediciones. Santiago, Chile.
- De Jong E. (2001)
Basso R.
Paira M. **La Familia en los Albores del Nuevo Milenio.** Primera Edición, Editorial Espacio. España.
- Donoso N. (n/d) **Planificación Local Participativa.** Santiago, Chile.
- Duarte K. (1994) **Juventud Popular.** LOM y Colectivo. Juvenil Newence. Documentos INJUV. Santiago, Chile.
- Du Ranquet M. (1996) **Los Modelos en Trabajo Social.** Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

- Echeverría R. (1997) **El Búho de Minerva**, Editorial J.C. Sáez. Santiago, Chile.
- Escartín M. (1992) A **Manual de Trabajo Social**. Modelos de Práctica Profesional. Editorial Aguaclara. España.
- Escartín M. (2004) B **Familias Multiproblemáticas y Servicios Sociales**. Boletín N° 6 Informativo de Trabajo Social, Universidad de Alicante, España.
- Espinoza V. (1998) **La Participación Social y Política de los Jóvenes**. Seminario "El Rostro de los Nuevos Ciudadanos" Documentos INJUV, Santiago, Chile.
- Etcheverry J. (2005) **Problemas en la Adolescencia**. Compendio de Cátedra Adolescencia y Cultura Juvenil. Teresa Ríos. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Freud S. (2000) A **Paranoia y Neurosis Obsesiva**, Alianza Editorial, Primera Edición. Madrid, España.
- Freud S. (1919) B **De la Historia de una Neurosis Infantil (El Hombre de los Lobos)**, Sexta Edición, Amorrortu Editores. España.
- Fromm E. (1998) **La Familia**. Octava Edición. Ediciones Península. Barcelona, España.

- Giddens A. (2000) **Un Mundo Desbocado, Los Efectos de la Globalización en Nuestras Vidas.** Grupo Santillana de Ediciones. Madrid, España.
- Gyarmnti, (n/d) **Salud y Enfermedad: Hacia un Paradigma Biopsicosocial,** Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Grau A. (2000) **Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia,** Editorial Médica Meeghello J. Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Güell P. (n/d) **Familia y Modernización en Chile.** Santiago, Chile.
- Hales R. (2000) **DSM- IV Tratado de Psiquiatría,** Tercera Edición, Masson Multimedia. España
- Yudofsky S.
Talbot J.
- H. Cía A. (2002) **La Ansiedad y sus Trastornos Manual Diagnóstico y Terapéutico,** Biblioteca Clínica Psiquiatría, Primera Edición Polemos. Buenos Aires, Argentina.
- Heerlein A. (2000) **Psiquiatría Clínica.** Biblioteca Clínica Psiquiátrica, Ediciones de La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile.
- Hernández P. (2008) **Tesis, Impacto Psicosocial en Familias con un Hijo con Autismo.** Relatos Autobiográficos

de Seis Madres de Distinto Nivel Socioeconómico. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.

Hernández R. (2003)
Collado C.
Baptista P.

Metodología de la Investigación, Tercera Edición, Editorial McGraw – Hill. México

Herrera P. (2004)

Nuevo Modelo de Gestión en la Atención Primaria de Salud. La experiencia de Santiago. Chile.

Instituto Nacional (n/d)
de la Juventud.

Estudio Exploratorio de la Visión del Mundo Adulto con Respecto a los Jóvenes en la Cultura Urbana Chilena. Gobierno de Chile. Santiago.

Kaplan H. (1999)
Sadock B.

Sinopsis de Psiquiatría. Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica. Biblioteca Clínica Psiquiátrica, Octava Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.

Larrain F. (n/d)
Vergara R.

La Transformación Económica de Chile. Pontificia Universidad Católica. Santiago, Chile.

Lozano U. (2003)
Iciar M.

Última Década. Ediciones CIDPA, Viña del Mar. Chile.

- Mc Kinney. (n/d) **Psicología del Desarrollo Edad Adolescente.** Editorial el Manual Moderno. México.
- Mideplan (2000) **Los jóvenes Chilenos.** Cambios Culturales y Perspectivas para el siglo XX. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (1999)A **Informe Epidemiológico.** Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2002) B **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.** Ministerio de Salud, Chile.
- Minoletti A. (2008) **Organización Panamericana de la Salud.** Zaccaria A. Programa de Publicaciones (DBI/E)
- Minuchin S. (1979) **Familia y Terapia Familiar,** Editorial Gedisa, S.A. Barcelona, España.
- Molina J. (2000) **Juventud y Tribus Urbanas.** Ensayo: Última Década N° 1, Viña del Mar. Chile.
- Molina N. (2008) **Tesis, Jóvenes Mapuches en Contextos Urbanos-Populares.** Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Naranjo C. (2006) **Tesis, Causas Sociales que Inciden en la Depresión.** Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago, Chile.
- Papalia D. (1997) **Desarrollo Humano con Aportaciones para Latinoamérica.** Sexta Wendkos S. Edición,

- Editorial McGraw-Hill Interamericana,
Bogotá. Colombia.
- Quinteros Á. (1999) **Trabajo Social y Procesos Familiares**, Editorial Lumen/Hvmanitas, Argentina.
- Real Academia Española (1997) **Diccionario de La Lengua Española**. Editorial Real Academia Española. España
- Revista de la Academia (n/d) **Universidad Academia de Humanismo Cristiano**, Editorial Ediciones Academia. Santiago, Chile.
- Ribeiro M. (2000) **Familia y Política Social**, Editorial Lumen Hvmanitas, Argentina.
- Sandoval M. (2007) **Caracterización de la Juventud Chilena Actual**. En publicación, Investigaciones CEJU. CEJU, Centro de Estudios en Juventud UCSH. Santiago, Chile.
- Sarquis C. (1995) **Introducción al Estudio de la Pareja Humana**. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago.
- SERNAM (1996) **Transformaciones de la Familia con Motivo de la Incorporación de la Mujer en el Trabajo**. Área Familia del Departamento de Planificación y Estudios de SERNAM. Chile.

Tironi E. (2006)

El Eslabón Perdido, Familia, Modernización y Bienestar en Chile. Editorial Taurus. Chile.

Valdés X. (2005)

Valdés T.

Familia y Vida Privada ¿Transformaciones, Tensiones, Resistencias o Nuevos Sentidos? Editorial FLACSO, Chile.

Vallejos R. (2006)

Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Sexta Edición, Editorial Mason. España.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- Abarzúa M. (2007)
González M
Salud Mental Infanto Juvenil
http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/2007_2/Marianella_Abarzua.pdf
- Alemany A. (2005)
Cartas de Ottawa y Yakarta en Promoción de Salud
<http://enfermerito.blogcindario.com/2006/03/00001-carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud.html>
- Anónimo (n/d) B
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
- CLADEM (2003)
Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado Chileno. Convención sobre la eliminación de todas, las formas de discriminación contra la mujer. Derecho a la protección de la salud. Chile. <http://www.cladem.org>
- Clínica Mars (2007)
Indicaciones Educativas.
<http://www.psicologia-online.com>
- Congreso Nacional (n/d)
Proyecto de Ley: Derechos y Deberes
http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/temas_portada.2007-08-01.5348591449
- Drago, M. (2006)
La Reforma de Salud Chilena desde la Perspectiva de los Derechos Humanos. CEPAL, Santiago de Chile.
http://www.marcelodrago.cl/2006/01/la-reforma-la-salud-chilena-desde-la_27.html

| | |
|---|--|
| Gobierno de Chile (n/d) | Plan AUGE http://www.gobiernodechile.cl/plan_auge/ |
| Instituto de Medicina Familiar Social e Integral. | Conceptos de Dinámica Familiar. http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9B-PG38CADEC%20Dinam%20Familiar2A.pmd.pdf |
| Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2002) | Censos de Población y Vivienda, Comuna de Santiago. www.ine.cl |
| Mariani L. (1999) | Salud Mental, Trastornos de Pánico. http://www.eutimia.com/trmentales/panico.htm |
| Ministerio de Salud (2007) | Orientaciones para la Atención de Población Infantil Y Adolescente con Vulneración de Derechos e Infractores de Ley Penal, con Trastornos Mentales. www.minsal.cl |
| Ministerio de Salud (n/d) B | Documentos de Atención Integral. http://www.minsal.cl/salud_mujer/documentos/modelo_atencion_integral_salud.doc |
| Miranda M. (2002) | Sobre los Modelos de Intervención. Estudios Desconocidos. http://firehaired.webcindario.com/doc/dc0084 . |
| Municipalidad de Santiago | Antecedente de la Comuna http://www.municipalidaddesantiago.cl/comuna/caracteristicas-agrupa.php |

- Municipalidad de Santiago B **Misión Dirección de Salud**
<http://www.municipalidaddesantiago.cl/salud/salud.php>
- Morin E. (2003) **Civilización y Barbarie.**
<http://www.grups.pangea.org/pipermail/infomoc/Week-of-Mon-20030113/002439.html>
- Redsalud. A **Intersectorialidad en Salud Mental.**
http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/intersectorialidad.pdf
- Sapag J. (2007) **Promoción de la Salud**
 Poblete M.
http://www.medicinafamiliaruc.cl/html/promocion_salud.html
- Pontificia (2006) **Santiago, Dónde Estamos y Hacia Dónde Vamos.**
 Universidad Católica
 Centro de Estudios Públicos.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0250-71612006000300009&script=sci_arttext
- SEREMI de Salud (n/d) A **Reforma de Salud, Chile.**
www.seremisalud9.cl/reforma%20salud/Reforma%20-%20Dr.%20Torres.ppt –
- SEREMI De Salud (n/d) B **Autoridad Sanitaria, Chile.**
<http://www.seremisaludrm.cl/sitio/pag/seremisalud/indexjs3autoridadsanitaria176.asp>

Rojas I. (2007)

Salud Mental de la Mujer.

<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ninonina/saludmentaldelamujer.pdf>

Universidad (2004)
de Castilla

Familias Multiproblemáticas y Servicios Sociales.

<http://www.uclm.es/BITS/sumario/28.asp#2>

Universidad de Chile (2007)

Dinámica y Estructura Familiar.

<http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/estructuraydinamicafamiliar.pdf>.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | SUBDIMENSIONES | INDICADORES | SUBINDICADORES | ITEMS |
|--------------------------|---|---|--|---|--|---|---|
| Contexto Familiar | Es el espacio en el cual interactúan los miembros del grupo familiar y que están determinados por la composición de la estructura y dinámica del sistema. | Se entenderá el contexto familiar a aquellos elementos que están presentes en la dinámica y estructura familiar y que caracterizan la interacción de los individuos al interior del sistema familiar. | <ul style="list-style-type: none"> Nivel socioeconómico | <ul style="list-style-type: none"> Ingresos | - Ingreso per cápita | <ul style="list-style-type: none"> - Entre \$ 20.000 y \$ 49.000 - Entre \$ 50.000 y \$ 79.000 - Entre \$ 80.000 y \$ 109.000 - Entre \$ 110.000 y más. | ¿Entre que montos fluctúan los ingresos del grupo familiar? |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Escolaridad | <ul style="list-style-type: none"> -Enseñaza básica incompleta -Enseñaza básica completa | | ¿Cuál es su nivel de escolaridad? |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|-------------------------------|
| | | | | | -Enseñanza media incompleta -Enseñanza media completa -Estudios superiores incompletos -Estudios superiores completos. | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Situación Ocupacional | -Trabajo estables -Trabajo esporádico -Sin actividad - Estudiante | - Dependiente - Independiente - Pensionado. - Labores de hogar. - Educación básica. - Educación media - Estudios superiores. | ¿Cuál es su actividad actual? |

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica Familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Familia. | <ul style="list-style-type: none"> - Nuclear - Extensa. - Ampliada. - Simultanea - Homosexual - Monoparental - Unipersonal | | <ul style="list-style-type: none"> -¿Cuántos integrantes componen su familia? -¿Qué tipo de parentesco mantiene con los integrantes del grupo familiar? |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. | <ul style="list-style-type: none"> -Fluida -Equilibrada -Distante -Agresiva | | <ul style="list-style-type: none"> -¿Qué tipo de comunicación mantiene con los integrantes de su familiar? -¿Qué tipo de comunicación mantiene con su hijo/ pupilo? |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Normas | <ul style="list-style-type: none"> -Claras y conocidas -Normas difusas -Normas desconocidas | | <ul style="list-style-type: none"> -¿Qué tipo de reglas imperan al interior de su familia? |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------|---|--|---|
| | | | | | -Normas explicitas | | -¿Quién impone las reglas? -¿Las reglas son conocidas y aceptadas por los integrantes del grupo familiar? |
| | | | | • Vínculos Relacionales | - Relación intensa - Relación funcional - Relación distante - Relación conflictiva - Relación intensa y conflictiva - Relación cortada | | -¿Qué tipo de relación o vínculo mantiene con los integrantes de su grupo familiar? -¿Qué tipo de relación o vínculo mantiene con su hijo/ pupilo? |
| | | | | • Estilos de Crianza | -Estilo parental negligente y permisivo. -Estilo parental autoritario. | | -¿Qué tipo de crianza has recibido de parte de sus padres o tutor? |

| | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|---------------------------------------|---|--|--|
| | | | | | -Estilo parental democrático. -Práctica de disciplinas inconsistentes y desacuerdo parental. | | |
| | | | | • Enfoque Estructural | -Sistema abierto -Sistema cerrado | - Vecinos - Familia - Amigos. - Redes de salud - Redes sociales - Iglesia. - Municipio - Colegios. - Trabajo | ¿Su familia mantiene vínculos con redes sociales? |
| | | | • Aspectos Resilientes. | • Situaciones Conflictivas Superadas. | -Contacto estresante de un miembro de la familia con fuerzas externas. | - Cesantía. -Conflictos legales. | -¿Qué situación/es conflictiva ha vivenciado su familia? |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>-Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas externas.</p> <p>-Conflicto en los momentos de transición de la familia (ciclo familia)</p> <p>-Estrés referente a problemas de idiosincrasia (expectativas)</p> | <p>- Catástrofes</p> <p>- Matrimonio o formación de la pareja</p> <p>- Nacimiento de los hijos</p> <p>- Familia con hijos en edad escolar</p> <p>- Familia con hijos adolescentes</p> <p>-Desprendimiento de los hijos (nido vacío)</p> <p>- Familia anciana</p> <p>- Delincuencia</p> <p>- Drogadicción.</p> <p>- Discriminación.</p> | <p>-¿De qué manera los cambios al interior de la familia han gatillado situaciones conflictivas?</p> <p>-¿De qué manera han solucionado las situaciones de conflicto?</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|------------------------------|---|---|--|
| | | | | | -Estrés por problemas internos de la familia | - Duelos. - Abusos - Patologías mentales. - Enfermedades catastróficas | |
| | | | • Factores de Riesgo. | • Desestructuración Familiar | - Rupturas matrimoniales - Violencia intrafamiliar - Tiempo de dedicación familiar -Muertes -Apego -Enfermedades | | -¿Qué tipo de problemáticas presenta su familia actualmente? |
| | | | | • Adicciones | -Drogadicción - Alcoholismo - Juegos de azar - Trastornos sexuales | | |

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|--|
| Factores de riesgo presentes en el entorno social. | <p>Son elementos o componentes presentes en un sistema social (económico, político, familiar), los cuales interactúan entre sí determinado el funcionamiento de los individuos en la estructura social. Estos componentes, dependiendo de cómo interactúan dentro del contexto, pueden generar problemáticas en los subsistemas.</p> | <p>Se entenderá como factores sociales de riesgos a aquellos elementos que podrían generar un deterioro en la calidad de vida de los individuos, que componen un sistema.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Estrés | <ul style="list-style-type: none"> - Estímulos ambientales dañinos -Percepciones de amenaza - Aislamiento y confinamiento -Presión grupal -Frustración | <ul style="list-style-type: none"> - Contaminación. - Contexto conflictivo. - Barrios estigmatizados. - Delincuencia. - Competitividad - Exigencias. - Falta de oportunidades. - Discriminación. - Falta de representación. | <p>-De los siguientes elementos ¿cuál de estos han afectado su calidad de vida?</p> <p>-¿Esta situación/es han interferido de manera negativa en sus actividades cotidianas?</p> |
|---|--|---|--|--|---|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de Participación Social | <ul style="list-style-type: none"> - Actividades recreativas - Organizaciones sociales. - Espacios deportivos. - Actividades religiosas / espirituales. - Sistemas de salud. - Sistema educacional. - Espacio laboral. | | <ul style="list-style-type: none"> -¿Participas de algunos de los siguiente espacios sociales? -¿Qué significado tienen para usted estos espacios sociales? |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de las relaciones interpersonales | <ul style="list-style-type: none"> - Relación intensa - Relación funcional - Relación distante - Relación conflictiva - Relación intensa y conflictiva - Relación cortada | | <ul style="list-style-type: none"> -¿Cómo evaluarías las relaciones que mantiene con su entorno social? |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|---|---|--|---|
| Factores Individuales | <p>Son elementos o patrones duraderos por los cuales el individuo percibe, interactúa con agentes externos, y piensa acerca de si mismo y del contexto social, de esta forma regula el actuar y el proceso de cognición.</p> | <p>Se entenderán como factores individuales a aquellas características de personalidad que inciden en la formación de los marcos referenciales individuales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Autoimagen | <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Autorepresentación • Autocuidado | <p>-Aceptación de sí mismo</p> <p>-Mediana aceptación</p> <p>-Baja aceptación.</p> <p>-Social</p> <p>-Comunitario</p> <p>-Familiar</p> <p>-Afectividad propia</p> <p>-Autonomía</p> <p>-Identidad</p> <p>-Vida saludable</p> <p>-Protección</p> <p>-Prácticas personales</p> <p>-Ocio</p> | <p>-En acuerdo</p> <p>-En desacuerdo</p> | <p>-¿Cómo te definirías a ti mismo?</p> |
|------------------------------|--|--|--|---|---|--|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de Vida | <ul style="list-style-type: none"> • Proyectos familiares • Proyectos laborales | | | ¿Qué planes o proyecto tienes a futuro? |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de Conflictos | <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos personales • Conflictos interpersonales • Conflictos sociales | <ul style="list-style-type: none"> -Familiares -Grupo de pares -Conflictos de idiosincrasia -Conflictos de la estructura social | <ul style="list-style-type: none"> -Resolución activa -Resolución a través del diálogo. -Resolución violenta -Resolución pasiva. | ¿Cuál es la forma o manera que tienes de resolver los conflictos que se presentan? |

ENCUESTA

I. IDENTIFICACIÓN.

| | |
|---|---|
| 1.- Caso N° | |
| 2.- Edad: | 3.- Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |
| 4.- Comuna: | |
| 5.-Estado Civil: A. <input type="radio"/> Soltero/a B. <input type="radio"/> Casado/a C. <input type="radio"/> Separado/a D. <input type="radio"/> Anulado/a o Divorciado/a E. <input type="radio"/> Conviviente. F. <input type="radio"/> Viudo. | 6.- Religión que Profesa. A. <input type="radio"/> Católica B. <input type="radio"/> Evangélica. C. <input type="radio"/> Testigo de Jehová. D. <input type="radio"/> Judaica E. <input type="radio"/> Mormón F. <input type="radio"/> Musulmán G. <input type="radio"/> Ortodoxa. H. <input type="radio"/> Ateo I. <input type="radio"/> Otra _____ |

II.- CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR.

| | |
|---|--|
| <p>7.- Situación Laboral</p> <p>¿A que te dedicas actualmente?</p> <p>A. <input type="radio"/> Trabaja en forma estable con jornada completa.</p> <p>B. <input type="radio"/> Trabaja en forma estable con jornada parcial.</p> <p>C. <input type="radio"/> Trabaja en forma temporal</p> <p>D. <input type="radio"/> Trabaja en forma ocasional</p> <p>E. <input type="radio"/> Estudiante.</p> <p>F. <input type="radio"/> Labores de hogar</p> <p>G. <input type="radio"/> Pensionado</p> <p>H. <input type="radio"/> Sin actividad</p> | <p>8.- Nivel Educativo.</p> <p>A. <input type="radio"/> Nunca asistió.</p> <p>B. <input type="radio"/> Pre-Básica.</p> <p>C. <input type="radio"/> Enseñanza Básica Incompleta</p> <p>D. <input type="radio"/> Enseñanza Básica Completa</p> <p>E. <input type="radio"/> Enseñanza Media Incompleta.</p> <p>F. <input type="radio"/> Enseñanza Media Completa</p> <p>G. <input type="radio"/> Enseñanza Superior Técnica Incompleta.</p> <p>H. <input type="radio"/> Enseñanza Superior Técnica Completa.</p> <p>I. <input type="radio"/> Enseñanza Superior Universitaria Incompleta.</p> <p>J. <input type="radio"/> Enseñanza Superior Universitaria Completa.</p> <p>K. <input type="radio"/> Educación de Post-Grado</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>9.- Ingresos Económicos.</p> <p>Rangos de Ingreso Per cápita.</p> <p>A. <input type="radio"/> \$ 20.000 - \$ 49.000</p> <p>B. <input type="radio"/> \$ 50.000 - \$ 79.000</p> <p>C. <input type="radio"/> \$ 80.000 - \$ 109.000</p> <p>D. <input type="radio"/> \$ 110.00 y más.</p> | <p>10.- Situación Previsional.</p> <p>A. <input type="radio"/> FONASA A-B.</p> <p>B. <input type="radio"/> FONASA C-D</p> <p>C. <input type="radio"/> ISAPRE.</p> <p>D. <input type="radio"/> Sin Previsión.</p> <p>E. <input type="radio"/> Otro.</p> |
|---|---|

III.- DINÁMICA FAMILIAR.

| | |
|--|--|
| <p>11.- Tipo de Familia.</p> <p>11.1.- Con quien vives:</p> <p>A. <input type="radio"/> Madre</p> <p>B. <input type="radio"/> Padre</p> <p>C. <input type="radio"/> Madre, padre, hermanos</p> <p>D. <input type="radio"/> Hermano/s</p> <p>E. <input type="radio"/> Abuelos</p> <p>F. <input type="radio"/> Tíos</p> <p>G. <input type="radio"/> Cónyuge o conviviente</p> <p>H. <input type="radio"/> Otros</p> | <p>11.2.- Incluyéndote ¿Cuántos integrantes componen tu grupo familiar?</p> <p>A. <input type="radio"/> 1-4 integrantes</p> <p>B. <input type="radio"/> 5-7 integrantes</p> <p>C. <input type="radio"/> 7-10 integrantes.</p> <p>D. <input type="radio"/> 10 y más</p> <p>11.3.- ¿Qué tipo de relación mantiene tu familia con tus vecinos?</p> <p>A. <input type="radio"/> Cercana.</p> <p>B. <input type="radio"/> Funcional.</p> <p>C. <input type="radio"/> Distante</p> |
|--|--|

11.4.- Marca aquellas instituciones, con las cuales tu familia mantiene algún grado de vinculación. (marque solo 2)

- A. Organizaciones o instituciones deportivas.
- B. Organizaciones o instituciones culturales
- C. Organizaciones o instituciones religiosas.
- D. Juntas de vecino.
- E. Organizaciones o instituciones recreativas.
- F. Organizaciones o instituciones políticas.
- G. Organizaciones o instituciones educativas.
- H. Organizaciones o instituciones de salud.
- I. Otros.
- J. Ninguna. Pasar a pregunta 12.

11.5.- En general ¿Qué tipo de vinculación mantiene tu familia con estas redes?

- A. Cercana.
- B. Funcional.
- C. Distante

| | |
|---|---|
| <p>12.- Comunicación y Toma de Decisiones</p> <p>12.1. En tu familia, ¿Te sientes con plena libertad de expresar libremente tus opiniones?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces</p> <p>C. <input type="radio"/> No.</p> | <p>12.2. En tu hogar, ¿Dices lo que piensas libremente sobre los miembros de tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Digo lo que pienso a todos los miembros.</p> <p>B. <input type="radio"/> Digo lo que pienso solo a algunos.</p> <p>C. <input type="radio"/> Nunca digo lo que pienso</p> |
| <p>12.3. ¿Te sientes escuchado por tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>D. <input type="radio"/> Nunca.</p> | <p>12.4.- En tu familia, ¿Se respetan las opiniones de todos?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces</p> <p>C. <input type="radio"/> Nunca.</p> |
| <p>12.5.- Tu familia, ¿Se muestra abierta a conversar y a escuchar en situaciones de conflicto?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>C. <input type="radio"/> Nunca.</p> | <p>12.6.- En tu familia, ¿Se trata de buscar soluciones a las diferencias entre sus miembros?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>C. <input type="radio"/> Nunca.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>12.7.- En tu familia, ¿Hay algún miembro que desaprobe o no acepte el comportamiento o ideas de otros de forma agresiva?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> No.</p> | <p>12.8.- En tu familia ¿Hay algún miembro que imponga su pensamiento por sobre los demás?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> No.</p> |
|---|--|

| |
|---|
| <p>12.9.- ¿Cómo crees que es la convivencia al interior de tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Muy buena.</p> <p>B. <input type="radio"/> Buena</p> <p>C. <input type="radio"/> Regular.</p> <p>D. <input type="radio"/> Mala</p> <p>a. <input type="radio"/> Muy mala.</p> |
|---|

| | |
|---|--|
| <p>13.- Normas y Estilos de Supervisión</p> <p>13.1. ¿En tu familia existen normas?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> No ¿Por qué?</p> | <p>13.2.- ¿Quién impone las reglas al interior de tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Jefe de hogar (especificar)____</p> <p>B. <input type="radio"/> 2 personas _____</p> <p>C. <input type="radio"/> Los adultos de la familia.</p> <p>D. <input type="radio"/> Todos los miembros de la familia.</p> <p>E. <input type="radio"/> Cada uno toma sus propias decisiones</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <p>13.3.- ¿Estas normas son claras y conocidas por sus miembros?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> No</p> | <p>13.4.- ¿Estas normas son aceptadas y/o respetadas por los integrantes de tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>C. <input type="radio"/> No.</p> |
| <p>13.5.- Si alguien pasa a llevar una norma al interior de tu familia, ¿Qué sucede?</p> <p>a. <input type="radio"/> Se conversa.</p> <p>b. <input type="radio"/> Se aplica un castigo suave</p> <p>c. <input type="radio"/> Se aplica un castigo severo</p> <p>d. <input type="radio"/> Se ignora</p> | <p>13.6.- En tu familia, ¿Existe control o vigilancia sobre las actividades realizadas por sus miembros?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>C. <input type="radio"/> No</p> |
| <p>13.7.- ¿Consideras que existen manifestaciones afectivas al interior de tu familia?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces.</p> <p>C. <input type="radio"/> No.</p> | |

IV.- CALIDAD DE VIDA.

| | |
|---|---|
| <p>14.- Actividades y Recreación.</p> <p>14.1- Marque las actividades que realizaste durante el último mes. (marque solo 2)</p> <p>A. <input type="radio"/> Cine.</p> <p>B. <input type="radio"/> Teatro.</p> <p>C. <input type="radio"/> Espectáculos de música.</p> <p>D. <input type="radio"/> Museos o exposiciones.</p> <p>E. <input type="radio"/> Eventos deportivos.</p> <p>F. <input type="radio"/> Festividades o eventos locales.</p> <p>G. <input type="radio"/> Grupos, clubes, asociaciones sociales u otros (club deportivo, partido político, centro de madres, etc.).</p> <p>H. <input type="radio"/> Festividades o actividades religiosas.</p> <p>I. <input type="radio"/> Reuniones sociales o familiares.</p> <p>J. <input type="radio"/> Salió a comer a restaurante.</p> <p>K. <input type="radio"/> Fue a bailar, a bares, pubs, o salió de "carrete".</p> <p>L. <input type="radio"/> Vitrineó (tiendas, persas, malls u otros).</p> <p>M. <input type="radio"/> Viajes.</p> <p>N. <input type="radio"/> Practicó deporte.</p> <p>O. <input type="radio"/> Practicó hobbies (pintura, fotografía, trabajos manuales, talleres, danza, etc.)</p> | <p>14.2.- A qué actividades dedicas mayor cantidad de horas durante el día.</p> <p>A. <input type="radio"/> Estar en el lugar de trabajo.</p> <p>B. <input type="radio"/> Estar en el lugar de estudio.</p> <p>C. <input type="radio"/> Hacer tareas domésticas.</p> <p>D. <input type="radio"/> Desplazarse al lugar de trabajo, estudios, compras, etc.</p> <p>E. <input type="radio"/> Conversar con la familia.</p> <p>F. <input type="radio"/> Compartir con la pareja.</p> <p>G. <input type="radio"/> Ver televisión.</p> <p>H. <input type="radio"/> Navegar en Internet, usar computador y jugar videos-juegos.</p> <p>I. <input type="radio"/> Escuchar música.</p> <p>J. <input type="radio"/> Leer (diarios, revistas, libros, etc.)</p> <p>K. <input type="radio"/> Otras_____</p> |
|---|---|

15.- Relación con el Entorno.

15.1.- ¿Cuáles son los problemas que más te preocupan de tu barrio o localidad? (marque solo 2)

- A. Contaminación (acústica y atmosférica).
- B. Malos olores.
- C. Presencia de perros vagos, ratones, moscas y otros.
- D. Limpieza de calles y veredas (basura)
- E. Falta de plazas, áreas verdes y canchas.
- F. Falta de locales comerciales para compras.
- G. Falta de servicios básicos de salud (Hospital y postas)
- H. Falta de escuelas, liceos y colegios
- I. Transporte público.
- J. Seguridad pública.
- K. Alcoholismo y drogadicción.
- L. Iluminación.
- M. Pavimentación
- N. Aislamiento
- O. Medios de comunicación.
- P. Otros.
- Q. Ninguno.

15.2.- ¿Pertenece a alguna de las siguientes organizaciones?

- A. Grupo de autoayuda de salud.
- B. Centro de madres.
- C. Club deportivo.
- D. Junta de vecinos.
- E. Grupo de adultos mayores.
- F. Voluntariado de salud (Cruz Roja, Damas de Colores.
- G. Religiosas, Iglesias.
- H. Movimiento o partido político.
- I. Centro de padres y apoderados.
- J. Scouts.
- K. Agrupación estudiantil.
- L. Artístico-cultural.
- M. Indígena.
- N. Sindicatos, gremios, organizaciones laborales.
- O. Bomberos, defensa civil.
- P. Otra organización social o comunitaria.
- Q. No pertenece a ninguna. Pase a pregunta 15.4

15.3.- En los últimos 3 meses, ¿Has asistido a las reuniones de la organización a la que pertenece?

- A. Sí
- B. No.

15.4.- ¿Cuál es la principal razón por la que no participas algún tipo de organización? (marque sólo una).

- A. No tengo tiempo
- B. No me interesa
- C. No sirve para nada.
- D. No sabes como participar.
- E. No existen.

15.5.- En conclusión ¿Qué tipo de relación mantienes con tu entorno más cercano?

- A. Cercana.
- B. Funcional.
- C. Distante

| | |
|--|--|
| <p>16.- Bienestar y Salud.</p> <p>16.1.- ¿Cómo consideras que es tu estado de salud actual en comparación con el de hace un año?</p> <p>A. <input type="radio"/> Mucho mejor que hace un año.</p> <p>B. <input type="radio"/> Algo mejor ahora que hace un año.</p> <p>C. <input type="radio"/> Más o menos igual que hace un año.</p> <p>D. <input type="radio"/> Algo peor que hace un año.</p> <p>E. <input type="radio"/> Mucho peor que hace un año.</p> | <p>16.2.- ¿Cuál es el medio que prefieres para informarte sobre temas de salud?</p> <p>A. <input type="radio"/> Los médicos o profesionales de la salud.</p> <p>B. <input type="radio"/> Personas cercanas o amigos</p> <p>C. <input type="radio"/> Vecinos y compañeros.</p> <p>D. <input type="radio"/> Diarios murales y ficheros.</p> <p>E. <input type="radio"/> Revistas en general.</p> <p>F. <input type="radio"/> Revistas de salud.</p> <p>G. <input type="radio"/> Folletos y boletines.</p> <p>H. <input type="radio"/> Los diarios.</p> <p>I. <input type="radio"/> Enciclopedias y libros.</p> <p>J. <input type="radio"/> Internet.</p> <p>K. <input type="radio"/> Ninguno, no necesito informarme.</p> <p>L. <input type="radio"/> Otros.</p> |
| <p>16.3.- Cuando tienes problemas ¿Tienes alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, siempre</p> <p>B. <input type="radio"/> Sí, a veces</p> <p>C. <input type="radio"/> No, nunca.</p> <p>D. <input type="radio"/> No necesito, no me gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie.</p> | <p>16.4- ¿Puedes recurrir confiadamente a alguien cuando tienes un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación catastrófica?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> Sí, a veces</p> <p>C. <input type="radio"/> No, nunca.</p> <p>D. <input type="radio"/> No necesito, no me gusta hablar, ni pedir ayuda a nadie.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>16.5- ¿Con qué frecuencia sientes ganas de gritar, tironear, zamarrear, cuando tienes problemas con otras personas?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre</p> <p>B. <input type="radio"/> Frecuentemente</p> <p>C. <input type="radio"/> Algunas veces</p> <p>D. <input type="radio"/> Nunca</p> | <p>16.6- ¿Alguien en tu hogar o persona cercana, se ha quejado porque le dedicas mucho tiempo a tu trabajo o actividad principal?</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>b. <input type="radio"/> A veces</p> <p>c. <input type="radio"/> No.</p> |
| <p>16.7. ¿Has demandado a alguna persona cercana tiempo de dedicación?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí.</p> <p>B. <input type="radio"/> A veces</p> <p>C. <input type="radio"/> No.</p> | <p>16.8.- ¿Te sientes nervioso, ansioso, estresado en tu vida en general?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> Frecuentemente.</p> <p>C. <input type="radio"/> Algunas veces.</p> <p>D. <input type="radio"/> Nunca.</p> |
| <p>16.9.- ¿Presentas dificultades para quedarte dormido o despiertas y no puedes volver a dormirte?</p> <p>A. <input type="radio"/> Siempre.</p> <p>B. <input type="radio"/> Frecuentemente.</p> <p>C. <input type="radio"/> Algunas veces.</p> <p>D. <input type="radio"/> Nunca.</p> | <p>16.10.- Según estas características positivas ¿Cuál te describe mejor?</p> <p>A. <input type="radio"/> Independiente</p> <p>B. <input type="radio"/> Alegre</p> <p>C. <input type="radio"/> Sociable</p> <p>D. <input type="radio"/> Extrovertido</p> <p>E. <input type="radio"/> Líder</p> <p>F. <input type="radio"/> Respetado</p> <p>G. <input type="radio"/> Seguro de si mismo</p> |

| | |
|--|---|
| <p>16.11.- ¿Qué haces, preferentemente cuando estás bajo mucho estrés o con mucha tensión? (marque sólo una).</p> <p>A. <input type="radio"/> Fumas</p> <p>B. <input type="radio"/> Sales.</p> <p>C. <input type="radio"/> Comes.</p> <p>D. <input type="radio"/> Te tomas un trago.</p> <p>E. <input type="radio"/> Le gritas a la primera persona que te hace enojar.</p> <p>F. <input type="radio"/> Buscas estar solo.</p> <p>G. <input type="radio"/> Ves TV, escuchas música, lees, juegas, en el PC.</p> <p>H. <input type="radio"/> Meditas, oras.</p> <p>I. <input type="radio"/> Duermes.</p> <p>J. <input type="radio"/> Realizas algún tipo de actividad física.</p> <p>K. <input type="radio"/> Respiras profundo y descansas.</p> <p>L. <input type="radio"/> No haces nada.</p> <p>M. <input type="radio"/> No te siente estresado.</p> | <p>16.12.- En general ¿Cómo evaluarías tu estilo de vida, es decir, la forma en que te relacionas, trabajas, te recreas y alimentas?</p> <p>A. <input type="radio"/> Muy Buena.</p> <p>B. <input type="radio"/> Buena.</p> <p>C. <input type="radio"/> Regular.</p> <p>D. <input type="radio"/> Mala.</p> <p>E. <input type="radio"/> Muy Mala.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| <p>17. Trastorno de Pánico</p> <p>17.1- ¿A que edad se presentaron por primera vez los Trastornos de Pánico?</p> <p>A. <input type="radio"/> 14 a 16 años</p> <p>B. <input type="radio"/> 17 a 19 años</p> <p>C. <input type="radio"/> 20 a 22 años</p> | <p>17.2.- ¿Crees tener claridad respecto a las causas que originaron el Trastorno de Pánico?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, ¿Cuáles? _____</p> <p>B. <input type="radio"/> No</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>17.3.- ¿Sientes que la aparición del Trastorno de Pánico coincide con algún hecho importante de tu vida?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, ¿cual?_____</p> <p>B. <input type="radio"/> No</p> | <p>17.4.- ¿Existen factores estresantes de tu vida, tanto a nivel social, familiar e individual, que gatillarón la formación de Trastorno de Pánico?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, ¿Cuáles?_____</p> <p>B. <input type="radio"/> No</p> |
| <p>17.5.- ¿Sientes que esta enfermedad a retrasado tus metas o proyectos?</p> <p>A. <input type="radio"/> Sí, ¿Por qué?_____</p> <p>B. <input type="radio"/> No, ¿Por qué?_____</p> | |

PAUTA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD
DIMENSIONES A INVESTIGAR A TRAVÉS DE HISTORIAS DE VIDA.

Caso N°:

Sexo:

Edad:

Origen

1. ¿Dónde naciste y en que año?
2. ¿Con quién vivías en tu infancia?
3. ¿Haz vivido en la misma comuna desde pequeña?
4. ¿Cuántos hermanos o hermanastros tienes?
5. ¿Qué adulto se hizo cargo de tu crianza?
6. ¿El lugar en que residía tu familia era propio, arrendado o vivían de allegados?
7. ¿Que escolaridad tienen tus padres?
8. ¿En que trabajaban tus padres?

Infancia

9. Relátame tu infancia ¿Qué recuerdos tienes de ese periodo?
10. ¿Cómo era el trato que recibías en tu hogar durante tu infancia?
11. ¿Cómo era la relación que mantenías con tus hermanos?
12. ¿Qué relación mantenías con tus padres o personas a tu cargo?
13. ¿Tenías amigos en tu barrio? ¿Cómo era la relación?
14. ¿Qué tipo de relación tenías con tus compañeros de la escuela?
15. ¿Vivenciaste en esta etapa alguna mala experiencia?
16. ¿Qué miedos o preocupaciones surgieron durante tu infancia?
17. En pocas palabras ¿Cómo evaluarías tu infancia?

Juventud

18. ¿Cómo fue para ti el cambio de etapa de la infancia a la etapa adolescente?
19. ¿Cómo ha sido tu juventud?
20. ¿Cómo ha sido la relación con tu familia en esta etapa de tu vida?
21. ¿Recibes apoyo familiar cuando se te presentan dificultades?
22. ¿Surgieron conflictos con tus padres durante este periodo? ¿Cuáles?
23. ¿Surgieron conflictos con tus padres durante este periodo? ¿Cuáles?
24. ¿Cómo los resolvieron?
25. ¿A que edad comenzaste a tener pololo o pareja?
26. ¿Actualmente tienes pareja? ¿Cómo es la relación con tu pareja?
27. ¿Qué proyecciones tenías en esta etapa de tu vida?

*Ítem para mayores de 18 años

28. ¿Cómo fue tu juventud?
29. ¿Durante tu juventud surgieron conflictos personales? ¿Cuales?

Escolaridad

30. ¿A que edad comenzaste a estudiar y en que escuela?
31. ¿Tus padres se preocupaban de tu rendimiento escolar?
32. ¿Te gustaba estudiar? ¿Porque?
33. ¿Hasta que curso llegaste?
34. ¿Qué opinión tienes de la escuela?
35. ¿Te gustaría entrar a la universidad o instituto?
36. ¿Cuáles son tus planes una vez que termines de estudiar?

Trabajo

37. ¿Actualmente trabajas? ¿En qué?
38. ¿Sientes que tus ingresos están acorde a tus necesidades y expectativas?
39. ¿Cómo es la relación con tus compañeras de trabajo?
40. ¿Cómo evaluarías el ambiente laboral donde te desempeñas?

Entorno Social

41. Dentro de tu entorno social ¿Quién te ha brindado mayor apoyo?
42. ¿Cómo es la relación con tus compañeros de colegio o universidad?
43. Cuando te reúnes con tus amigos ¿Qué hacen?
44. ¿Qué edad tiene tus amigos?
45. ¿Cómo te relacionas con tus vecinos?
46. ¿Haz sufrido algún tipo de discriminación social?
47. Si las hay ¿Existe algún episodio que recuerdes a menudo?
48. ¿Cómo es la vida en tu villa o población?
49. ¿Te has sentido discriminado por el sector donde vives?
50. ¿Los ingresos que reporta tu grupo familiar son suficientes para satisfacer necesidades de sus miembros?
51. ¿Alguna vez has sufrido carencias económicas?
52. ¿A que clase social crees que perteneces?
53. ¿Sientes que tu situación social ha sido un obstáculo al momento de integrarte a la red social o educacional?
54. ¿Sientes que la competitividad es fuerte en esta sociedad?
55. Si es así ¿Cómo te ha afectado?
56. ¿En qué posición te encuentras respecto a tu grupo de pares?
57. ¿Tu formación valórica es congruente con los valores sociales actuales?
58. ¿Sientes que se han perdido principios valóricos importantes? ¿Cuáles?
59. ¿Te sientes representado por el modelo social imperante?
60. ¿Sientes que la sociedad responde a tus necesidades e inquietudes?
61. ¿Cuál sería a tu juicio la sociedad ideal para vivir?

DINAMICA FAMILIAR:

Estructura de la familia y relación al interior de esta.

62. ¿Cómo se da la comunicación al interior de tu familia?
63. ¿Cómo es la relación que mantienes con tus padres?
64. ¿Con que miembro de tu familia tienes mayor cercanía?
65. ¿Qué tipo de relación mantienes con esa persona?
66. ¿Cuál es el miembro de la familia con el cual mantienes mayor conflicto?
¿Por qué?
67. ¿Cómo eran las relaciones afectivas al interior de tu familia?
68. ¿Qué tipo de relación mantienes con el resto de los integrantes de tu familia?
69. ¿Realizas actividades recreativas con tu familia? ¿Cuáles?
70. ¿Cómo resuelven los conflictos al interior de tu familia? ¿Cuáles?
71. Al momento de dar respuesta a una situación o conflicto, ¿Quién o quienes toman la decisión?
72. ¿Si cometes algún tipo de error o actúas mal, de que manera reacciona tu familia?
73. ¿De que manera corrigen tus actos errados?
74. ¿Qué tipo de crianza has recibido de parte de tus padres o tutores?
75. ¿Tu familia ha sido un pilar fundamental en tu vida?
76. ¿Sientes que tu familia te apoya en tus decisiones o proyectos a seguir?

Resiliencia Familiar y Factores de Riesgo de la Familia.

77. ¿Qué situaciones estresantes ha vivenciado tu familia a lo largo de los años?
78. ¿De que manera los cambios al interior de tu familia han gatillado situaciones estresantes?
79. ¿De que manera han enfrentado estas situaciones de conflicto?
80. ¿Cuánto tiempo se vieron afectados por esta situación problemática?

81. Para ti ¿Cuál ha sido la situación o problema, que ha vivido tu familia, que mas te ha afectado?
82. ¿Quién es el miembro de tu familia que da solución a las situaciones de conflicto?
83. ¿Qué problemáticas presenta tu familia actualmente?
84. ¿Las formas de resolución de conflicto han variado a través del tiempo?
85. ¿Estas formas de resolución de conflicto han dado resultados positivos?

TRASTORNO DE PÁNICO

Trastorno de Pánico y Vivencia Familiar.

86. ¿Cuando comenzaste a presentar los síntomas de Trastorno de Pánico?
87. ¿La primera aparición de los síntomas de Trastorno de Pánico coincide con algún hecho importante de tu vida?
88. Cuando comenzaste con los primeros síntomas de Trastorno de Pánico ¿Cómo reacciono tu familia?
89. ¿Quién fue el integrante que te brindo mas apoyo?
90. ¿De que manera manifestó este apoyo?
91. ¿Cómo fue el apoyo emocional de tu familia?
92. ¿Qué medidas se tomaron respecto a tu condición?
93. Al momento del dictamen del diagnostico de Trastorno de Pánico ¿Cómo fue la reacción de tu familia?
94. ¿Qué explicación le da tu familia a la enfermedad?
95. ¿Qué cambios se originaron al interior de tu familia al iniciar el tratamiento?
96. ¿Sientes que el apoyo familiar ha sido importante en la evolución de tu tratamiento?
97. ¿Crees que existieron factores al interior de tu familia que gatillaron la formación del Trastorno de Pánico?
98. ¿Cuáles crees tú que fueron los motivos que gatillaron la aparición de Trastornos de Pánico?

Vivencia Individual:

99. ¿Qué hito importante ha marcado tu vida?
100. ¿Cómo te ves a ti mismo?
101. ¿Te sientes conforme contigo mismo?
102. ¿Te consideras una persona comunicativa?
103. ¿Te consideras creativo?
104. ¿Cuáles crees que son tus principales habilidades y destrezas?
105. ¿Qué características o habilidades posees que te diferencian de tus pares?
106. ¿En que o en quien crees?
107. ¿Qué valores guían tu actuar?
108. ¿Demuestras tus sentimientos de tristeza?
109. ¿Te cuesta superar las situaciones de tristeza?
110. ¿Cuando tienes problemas tiene a quien recurrir?
111. ¿Quiénes son las personas en las que puedes confiar?
112. ¿Cuándo tiene problemas piensas en algunas soluciones?
113. ¿Cómo reaccionas cuando se te presenta algún problema?
114. ¿Sientes que es la mejor forma de resolver tus problemas?
115. ¿Sientes que das respuesta definitiva a tu problema?
116. ¿Te sientes importante para tu familia?
117. ¿Sientes que dentro de tu familia posees autonomía para tomar decisiones, para actuar etc.?
118. ¿Compartes con tu familia tus problemas?
119. ¿Esta conducta responde a tus expectativas?
120. ¿Te sientes querido por tu familia?
121. ¿Sientes que tus amigos y/o pares te quieren?
122. ¿Les demuestras afecto a tus amigos y compañeros?
123. ¿De que manera influye tú forma de ser en tus relaciones con los demás?
124. ¿Cómo es tu vida en la actualidad? Describir actividades cotidianas.
125. ¿Tu actuar cotidiano esta en conformidad con las parámetros impuestos por la sociedad?

126. ¿Sigues los tratamientos médicos oportunamente?
127. ¿Sientes que esta patología cambio los proyectos o planes que tenias a futuro?
128. ¿Ha interferido el trastorno de pánico en la construcción de tu identidad?
129. ¿Tienes claridad respecto a tus metas a futuro?
130. ¿Crees poder concretarlas?