

ISSN: 0718-045X
Vol. 1 / No. 9
2017

revista
**CUADERNO
DE TRABAJO
SOCIAL**

9



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
METROPOLITANA
del Estado de Chile



UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA
METROPOLITANA
del Estado de Chile

revista

I.S.S.N. : 0718-946X
Vol. 1 / N°9
2017

CUADERNO DE TRABAJO SOCIAL



EDICIONES UNIVERSIDAD
TECNOLÓGICA METROPOLITANA

© UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA METROPOLITANA
Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social –
UTEM
Departamento de Trabajo Social
Revista Cuaderno de Trabajo Social

Versión Impresa ISSN 0717-9391
Versión Digital ISSN 0718-946X
Volumen 1, N° 9, 2017

Comité Editorial

DIRECTORA

Dra. Lorena Valencia Gálvez

Revista Cuaderno de Trabajo Social - UTEM
Departamento de Trabajo Social
Universidad Tecnológica Metropolitana
Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago - Chile

EDITORA

Mag. Julia Cerda Carvajal

Revista Cuadernos de Trabajo Social - UTEM
Departamento de Trabajo Social
Universidad Tecnológica Metropolitana
Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago – Chile
Teléfono +56 2 27877549

COMITÉ EDITORIAL

Mag. Nora Cristina Aquin

Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Mag. Rosa María Cifuentes

Universidad de la Salle, Colombia

Dra. Cory Duarte

Universidad de Atacama, Chile

Mag. Marcos Chinchilla M.

Universidad de Costa Rica

Dr. Andrew Hodges

Institute of Ethnology and Folklore Research, Zagreb, Croatia

Mag. María Lorena Molina

Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Dra. Paula Sepúlveda Navarrete

Universidad de Cádiz, España

Dr. René Olate

The Ohio State University, United States of America

Dra. Noemi Ruth Parola

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Dr. Rafael Pizarro Alvarado

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

Dra. Areli Ramírez Sanchez

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Dr. Jordi Sabater

Universidad Ramón Llul, Barcelona, España

Dr. Ramón Vivanco Muñoz

Universidad de Los Lagos, Chile

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO**Dra. Sandra Iturrieta Olivares**

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Mag. Ida Molina Varela

Universidad Tecnológica Metropolitana, Chile

COMITÉ TÉCNICO

Nicole Fuentes, Encargada Ediciones UTEM. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

Fabian Flores, Gestor Comunicacional de Vinculación con el Medio. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

Gonzalo López, Corrector de estilos. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

Nathaly Pizarro. Diseño. Vicerrectoría de Transferencia Tecnológica y Extensión.

INFORMACIONES

Departamento de Trabajo Social

Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social

Universidad Tecnológica Metropolitana

Sitios Web: www.trabajosocial.blogutem.cl / www.utem.cl

Correo electrónico: depto.tsocial@utem.cl - editorial@utem.cl

Dirección: Campus Área Central. Padre Felipe Gómez de Vidaurre 1550, Santiago

Teléfono: (56-2) 2 787 7549

POLÍTICAS EDITORIALES

La Revista Cuaderno de Trabajo Social es una publicación de divulgación académica de trabajos originales, perteneciente al Departamento de Trabajo Social, dependiente de la Facultad de Humanidades y Tecnologías de la Comunicación Social, de la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM).

La Revista Cuaderno de Trabajo Social, creada en el año 2006, es una publicación arbitrada por pares, de carácter semestral (junio, diciembre) en formato electrónico.

Idioma de la Publicación

La Revista Cuaderno de Trabajo Social es una publicación en idioma español, abierta a evaluar y/o publicar artículos en idioma inglés y portugués.

Política de acceso a los contenidos

La Revista Cuaderno de Trabajo Social tiene una política de acceso abierto (Open Access) bajo el principio de disponibilidad gratuita a los productos de investigación para el público general.

Objetivos y Alcance

La Revista Cuaderno de Trabajo Social, tiene como objetivos

- a) Difundir el conocimiento originado a través de investigaciones, sistematizaciones o evaluaciones de acciones sociales propias del trabajo social, ciencias sociales o afines (Sección Praxis)
- b) Promover el diálogo interdisciplinar y la creación académica a través de reflexiones críticas y multidisciplinarias sobre la realidad social del país y del continente latinoamericano principalmente (Sección Episteme)
- c) Generar un espacio de creación académica para el enriquecimiento de los profesionales de la acción social (Sección Horizontes)

Envío de manuscritos

La revista se encuentra abierta al envío de artículos académicos, resultados o informes de investigación, ensayos, reseñas o crónicas, que serán evaluadas -según su pertinencia- por el Consejo editorial y en los pares evaluadores externos y publicados en una sección o apartado de nuestra revista.

Los trabajos para evaluación se reciben todo el año, pero el editor anunciará por medios electrónicos, los cierres de cada número que corresponde a cada semestre.

Los trabajos enviados a la Revista Cuaderno de Trabajo Social deben ceñirse a las normas que aparecen como Instrucciones a los Autores y las citas bibliográficas han de ser redactadas según las normas de la American Psychological Association. (APA) <http://normasapa.com/>

La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los autores deberán incluir una Declaración de responsabilidad de autoría y de Potenciales conflictos de Intereses.

Identificación de autor

Se solicita a los autores, la presentación del identificador de autor ORCID (Open Researcher and Contribution) <https://orcid.org/>

Los autores deberán contar con un identificador ORCID (Open Researcher and Contribution), que permite a los investigadores disponer de un código de autor permanente e inequívoco que distingue con precisión tanto su producción, como su labor científica. Dicho código podrá ser obtenido gratuita y automáticamente en el siguiente enlace: <https://orcid.org/>

Cesión de derechos de autor

Los autores deberán incluir y firmar la adhesión a la política de acceso abierto, bajo el principio de disponibilidad gratuita a los productos de investigación para el público general. Además autorizar a la Revista Cuaderno de Trabajo Social, la edición, publicación, impresión, reproducción, distribución, difusión y almacenamiento de la Obra en todo el mundo y todos los medios y formatos.

[Descargar] “Declaración de la Responsabilidad de Autoría y Cesión de derechos de autor”

Costos Asociados a la Publicación

La revista exime a los autores de los costos asociados a la publicación por el proceso de revisión, edición y publicación de los manuscritos. Tampoco se retribuirá económicamente a los autores por su publicación.

Acerca de posibles conflictos de interés o de ética

La revista, ante un eventual conflicto de interés o de ética, lo resolverá a través de su Comité Editorial en conjunto con el Consejo Asesor Editorial. La Revista Cuaderno de Trabajo Social tomará en consideración, en todos los casos en que se requiera por la complejidad de la materia a resolver, las recomendaciones y buenas prácticas del Committee on Publication Ethics (COPE) Disponible en: <http://publicationethics.org/>

Indexación y Bases de Datos

La Revista Cuaderno de Trabajo Social se encuentra Indexada en Latindex Directorio y está incluida en la base de datos EBSCO

Índice

Sandra Iturrieta Olivares

1 ENTRE BURBUJAS, SENSACIONES Y REALIDADES DE LA PROFESIÓN MÁS MASIFICADA EN CHILE: EL TRABAJO SOCIAL

pag.9~26

Carlos Andrade Guzmán

2 COMPRESIONES Y FORMAS DE ABORDAJE ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

pag.27~59

Rosa Ruffinelli
Lilian Domínguez

3 LA NUEVA ECUACIÓN CIVILIZATORIA Y EL TRABAJO SOCIAL

pag.60~67

Patricia Castañeda Meneses
Ketty Cazorla Becerra

4 CUIDAR A QUIEN CUIDA SISTEMATIZACIÓN DE LAS FASES DE CUIDADO FAMILIAR EN SALUD Y SUS OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN PARA TRABAJO SOCIAL

pag.68~85

Claudia Isabel Tzec Puch
Gabriela Isabel Vázquez Díaz
Silvia Andrea Serrano Padilla
Alejandra Vianney Arellano Sierravz

5 PERCEPCIÓN DEL ESTUDIANTE ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN SU FORMACIÓN PROFESIONAL COMO LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

pag.86~103

ENTRE BURBUJAS, SENSACIONES Y REALIDADES DE LA PROFESIÓN MÁS MASIFICADA EN CHILE: El trabajo social

*BETWEEN BUBBLES, SENSATIONS AND REALITIES OF THE MOST
MASSIVE PROFESSION IN CHILE: SOCIAL WORK*

Autora

SANDRA ITURRIETA OLIVARES*

SANDRA ITURRIETA OLIVARES

Chilena, Trabajadora Social. Doctora en Ciencias Sociales.

Post doctorado en Estudios de las Ideas.

*Docente de la Escuela de Trabajo Social
de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.*

Correo electrónico: sandra.iturrieta@pucv.cl

*Artículo recibido el 02 de mayo de 2017/
aceptado el 04 de junio 2017*

Resumen

Sobre la base de los planteamientos de Bauman, en relación con el paso de la ética del trabajo a la estética del consumo y la teoría de los sistemas frágiles de Sloterdijk, se propone discutir en relación con la exclusividad universitaria del trabajo social, a su fragmentación y masificación en Chile y a las dudas que ello siembra sobre el bienestar subjetivo de trabajadores sociales, asistentes sociales y técnicos en trabajo o servicio social, poniendo en tensión las valoraciones del mercado laboral al momento de la contratación y las funciones vinculadas con el desarrollo disciplinar realizadas por trabajadores y trabajadoras sociales. Frente a tales constataciones, y pese a que el sentido del trabajo ha variado a lo largo de los años, fenómeno del cual el trabajo social forma parte dada su imbricación cultural contemporánea, se apela a la capacidad asociativa demostrada por el trabajo social chileno en torno a su desarrollo disciplinar, de modo de articular estrategias para poner límites a la masificación de la carrera en el país, potenciando sus cierres sociales, culturales y económicos.

PALABRAS CLAVE

Asistentes, trabajadores sociales y técnicos en trabajo social; exclusividad universitaria, fragmentación y masificación de carrera; bienestar subjetivo profesional; razones para contratar ; funciones profesionales.

Abstract

On the basis of Bauman's approach to the shift from work ethics to consumption aesthetics and Sloterdijk's fragile systems theory, it is proposed to discuss in relation to the university exclusivity of social work, its fragmentation and massification in Chile and the doubts that this sows about the subjective well-being of social workers, social workers and technicians in work or social service, putting in tension the evaluations of the labor market at the moment of the recruitment and the functions related to the disciplinary development carried out by workers and social workers. Faced with such findings and despite the fact that the sense of work has varied over the years, a phenomenon of which social work forms part due to its contemporary cultural overlap, it appeals to the associative capacity demonstrated by the Chilean social work around its disciplinary development, so as to articulate strategies to limit the massification of the race in the country, enhancing its social, cultural and economic closures.

KEYS WORDS

Assistants, social workers and technicians in social work; university exclusivity, fragmentation and overcrowding of career; subjective professional well-being ; reasons to hire; professional functions.

ANTECEDENTES

Como sabemos, el origen del trabajo asalariado estuvo marcado por la contracción de los sistemas de protección social, obligando a quienes desarrollaban labores agrícolas a incorporarse al trabajo fabril. Se aplicó el principio de “menor derecho”; es decir, que las condiciones de vida ofrecidas por la asistencia social debían ser menos atractivas que lo obtenido mediante el trabajo. Se esperaba que cuanto más se degradara la vida de los desocupados, más atractivo sería trabajar en las industrias, aunque con salarios y condiciones laborales miserables. En este contexto, les fue inculcada, a quienes se incorporaron a las industrias, la ética del trabajo esperando atraerlos hacia las fábricas, contribuir a erradicar la pobreza y a garantizar la paz social; sin embargo, en la práctica, la ética del trabajo sirvió para inculcar la obediencia necesaria para que el nuevo régimen fabril funcionara correctamente (Bauman 2004). Esta ética es presentada a los recién incorporados a las fábricas como una norma de vida basada en dos premisas explícitas y dos presunciones tácitas. La primera premisa consiste en considerar que si se quiere conseguir lo necesario para vivir y ser feliz, hay que hacer algo que los demás consideren valioso y digno de un pago, y la segunda premisa corresponde a la necesidad de pensar que es necio y moralmente dañino conformarse con lo ya conseguido e irracional dejar de esforzarse después de haber alcanzado la satisfacción; no es decoroso descansar, salvo para reunir fuerzas y seguir trabajando (Bauman 2004). Mientras que las presunciones corresponden a la idea de que la mayoría de las personas tiene una capacidad de trabajo que vender y puede ganarse la vida ofreciéndola para obtener a cambio una recompensa por su trabajo y por estar dispuesta a seguir trabajando, y por otro lado, que solo el trabajo cuyo valor es reconocido por los demás -el trabajo por el que hay que pagar salarios, que puede venderse y está en condiciones de ser comprado- tiene el valor moral consagrado por la ética del trabajo (Bauman 2004).

Según Bauman (2000), la ética del trabajo trajo consigo ciertas consecuencias, tales como que se erradica la tendencia a evitar las aparentes bendiciones ofrecidas por el trabajo en las fábricas y a resistirse al ritmo de vida fijado por el capataz, el reloj y la máquina; se desestima la idea de los obreros tradicionalistas que no le encontraban sentido a seguir trabajando o ganar **más dinero, luego de haber cubierto sus necesidades básicas**; igualmente, se desecha la idea de que el umbral de lo que se consideraba digno ya estaba fijado y no había por qué atravesarlo; una vez alcanzado el límite, no había urgencia alguna por ascender, el correlato de todo ello es la que la aparición del régimen fabril puso fin a la relación afectiva entre el artesano y su trabajo, contrario a lo que postulaba la ética del trabajo que promovía la disciplina: ya no importaban el orgullo o el honor, el sentido o la finalidad. El obrero debía trabajar con todas sus fuerzas, día tras día y hora tras hora, aunque no viera el motivo de ese esfuerzo o fuera

incapaz de vislumbrar su sentido último (Bauman 2004). Como correlato de aquello, a lo largo de los años se perdieron las apelaciones a la capacidad ennobecedora del esfuerzo en el trabajo, y fueron las diferencias salariales -no la presencia o la ausencia de la dedicación al trabajo- la vara que determinó el prestigio y la posición social de los productores. De modo que se pasó de una sociedad de productores a la de consumidores, ello implicó la socialización de las personas en el modo de integrarse al nuevo orden social, en que el trabajo es la principal herramienta para encarar la construcción del propio destino, y donde la identidad es puesta en duda, ya que lo que se busque debe ser coherente con la impronta del mercado laboral, es decir debe ser flexible y donde la libertad es un valor universal, no obstante, que no se trata de una libertad plena, sino que el valor tutelado en las sociedades modernas, a cuya creación contribuyó la ética del trabajo, es la libertad de elección que finalmente se constituye en la vara con la que se mide la estratificación en la sociedad de consumo. Es decir que la buena vida estará determinada por las posibilidades económicas de libertad de elección, lo que finalmente se traduce en que el valor del trabajo ya no es intrínseco sino que está dado por las posibilidades de elección que provea, de manera que hemos pasado desde la ética del trabajo a la estética del consumo, en que un buen trabajo es aquel que provee de las mayores posibilidades de elección en relación con el consumo, provocando que nos vayamos convirtiendo paulatinamente en “coleccionistas de sensaciones” (Bauman 2004); es decir, que no se trata de consumir más, sino de aumentar la sensación de poder elegir. “Si la ética asignaba valor supremo al trabajo bien realizado, la estética premia las más intensas experiencias” (Bauman 2004:55). De modo que “para quienes completaron con éxito el entrenamiento para el consumo, el mundo es una inmensa matriz de posibilidades, de sensaciones cada vez más intensas” (Bauman 2004:56). Allí el trabajo bien considerado es aquel que anida la promesa de sensaciones desconocidas, ya sea porque le son intrínsecas, por tanto se considerará un trabajo interesante y estará reservado a la elite, o porque provee de tales posibilidades, donde entonces el trabajo se convierte en un medio para alcanzar un fin, que es el coleccionar sensaciones, es decir que el trabajo tendría “la capacidad de despertar deseos, que es la etapa más placentera del proceso de consumo, más aún que la satisfacción misma del deseo” (Bauman 2004:56). Así, la noción de “coleccionista de sensaciones” sería una dimensión del individualismo moderno, en este caso mirado de la particularidad del mundo del trabajo.

Por otra parte, según la teoría de los sistemas frágiles de Sloterdijk (2009a), las estructuras de la vida social en común se transforman **rápidamente**, ya que tienen poco anclaje, lo que va dejando un mundo interior separado de otros mundos interiores, ya sea de personas, organizaciones, comunidades, países, que tienen límites frágiles pero que les aíslan de otros

también con límites frágiles. De acuerdo con Sloterdijk (2009b) ha pasado ya el tiempo en que necesitábamos y exigíamos fundamentos sólidos para la vida individual y en común, y nos hemos ido acostumbrando a formas de vida fluctuantes, suspensas. En tal sentido, el autor utiliza la metáfora de la espuma compuesta por burbujas para responder a la pregunta sobre la naturaleza del vínculo que une a las personas para llegar a conformar aquello que la tradición sociológica llama *sociedad*. Sobre la base de esta metáfora Sloterdijk (2009b) plantea que las cosas delicadas se convierten tarde en objeto, ya que solo consiguen hacerse evidentes cuando se pierden, lo que habitualmente sucede cuando se introducen comparaciones que les hacen perder su facticidad inocente. De modo que en muchas situaciones en las que inconscientemente existimos incluidos-excluyentes representan retrasos en el espacio temático, porque antes de que se les pudiera prestar atención parecerían proporcionar un decorado de fondo *a priori* para nuestro ser-aquí y ser-aquí, por tanto parecen como pre-aportaciones discretas del ser (Sloterdijk 2009b), por lo que considerando junto a este autor que “el trasfondo rompe su silencio solo cuando hay procesos en el primer plano que superan su capacidad de resistencia” (Sloterdijk 2009b:55), proponemos la existencia de ciertas burbujas en el trabajo social chileno que sugerimos se conviertan en objetos de atención.

LAS BURBUJAS DEL TRABAJO SOCIAL

Con múltiples pasajes, que van desde el nacimiento de Venus hasta el juego de un niño que sopla pompas de jabón, Sloterdijk (2009 a y b) demuestra cómo la espuma compuesta por burbujas ha sido habitualmente asociada desde diversas fuentes literarias, filosóficas y artísticas, a la creación, la felicidad y el placer: cada burbuja se constituye en un contenedor polidimensional de múltiples existencias, que permite a un ser, colectivo o institución, interactuar con otros sistemas caracterizados por ser igualmente eternos y de límites frágiles. De modo que estas burbujas podrían estar constituidas por elementos provenientes desde el afán humano actual por coleccionar sensaciones, que según Bauman (2000, 2003) impregnan las actividades humanas en la actualidad. Sobre tales bases nos preguntamos si esta búsqueda de sensaciones también nos afecta como una profesión inmersa en lo social y, por tanto, permeable a los procesos y reestructuraciones que se van produciendo en las sociedades, y si ello nos impide en ocasiones ver el trasfondo de las burbujas que se van creando alrededor nuestro y de nuestro propio trabajo, lo que podría llegar a fragilizarnos como disciplina/profesión. En razón de ello, invitamos en las líneas siguientes a discutir sobre algunas burbujas que proponemos están formando parte del trabajo social chileno en la actualidad.

Primera burbuja: la exclusividad universitaria del Trabajo Social

El día 27 de septiembre del año 2005, cuando fue promulgada la ley 20054, coleccionamos la sensación placentera de ser la única profesión que recuperó su rango universitario, perdido durante la dictadura cívico-militar chilena. Tal logro, celebrado en diversas instancias por el colectivo profesional disciplinar del trabajo social chileno, creó la burbuja referida a que el trabajo social tiene exclusividad universitaria y, por tanto, no puede ser impartido por Institutos Profesionales. Sin embargo, en la actualidad existen 17 programas de trabajo social que son dictados por Institutos Profesionales, lo que no constituye ilegalidad ya que la ley 20054, que modifica la ley 18.962 orgánica constitucional de enseñanza, restableciendo la exclusividad universitaria del trabajo social, establece modificaciones al artículo 52 agregando al Trabajo Social o Servicio Social a los títulos profesionales que requieren haber obtenido el grado de licenciado. De modo que la ley establece que a los 17 títulos profesionales que requieren el grado de Licenciado, se agrega el título de Trabajador Social o Asistente Social, que requiere el grado de Licenciado en Trabajo Social o en Servicio Social, respectivamente. Con ello las universidades pueden otorgar el título profesional de Asistente o Trabajador Social acompañado del respectivo grado de Licenciatura. Mientras, el artículo 2° de la ley 20054 establece que “los Institutos Profesionales que imparten las carreras de Trabajador Social o de Asistente Social, podrán continuar otorgando el título profesional correspondiente” (Ley 20054, BCNCH). De modo que sostener que el Trabajo Social tiene exclusividad universitaria, es una burbuja que hemos creado producto de que coleccionamos una sensación agradable que no nos detuvimos a deconstruir, lo que como veremos más adelante tiene implicancias en el ejercicio laboral del Trabajo Social más allá de la justicia histórica que podría significar la vuelta de la disciplina/profesión a las aulas universitarias.

Segunda burbuja: desde el orgullo de haber recuperado el rango universitario a ser una carrera fragmentada y la más masiva en Chile

La masificación de la educación superior ha sido un fenómeno suficientemente documentado (Trow 1974; Brunner et. al. 2005; Brunner y Uribe 2007; Rama 2009; Iturrieta 2014), donde se ha demostrado que en el país el acceso a la educación superior se encuentra, a la vez que masificado, segmentado en cuanto al tipo de instituciones, al nivel socioeconómico de quienes acceden, a las titulaciones obtenidas y finalmente a su ubicación socio-laboral (Acuña et al. s/f; Brunner et al. 2005; Brunner y Uribe 2007; Carmona et al. 2014; Orellana 2014). Sin embargo, pareciera ser que el Trabajo Social chileno se ha quedado con la sensación burbujeante coleccionada luego de la

promulgación de la ley 20054, lo que no nos ha permitido ver con claridad que el Trabajo Social es una carrera fragmentada y la más masificada en Chile en la actualidad.

La masificación del Trabajo Social se hace evidente si consideramos que en el año 1970 existían en Chile cinco universidades que dictaban Servicio Social, con un total de 11 programas distribuidos a lo largo del país, mientras que en el año 1980, dado el cierre de algunas escuelas, existía un total de 9 programas de Servicio Social en el país (Iturrieta 2005). En tanto que en el año 2005, cuando se promulgaba la ley 20054, “en Chile son dictados 128 programas de servicio o trabajo social, frente a 92 de psicología, 22 de sociología y 7 de antropología” (Iturrieta 2005:24). El aumento de la oferta formativa para Trabajo o Servicio Social se hace evidente si observamos que en el año 2016 son ofrecidos 221 programas a nivel nacional. Ello significa que, desde que se promulgó la mencionada ley hasta la actualidad, la oferta formativa para Trabajo o Servicio Social ha aumentado en 42,08%, mientras que la oferta para estudiar Psicología ha aumentado en un 36,98%, en tanto que Antropología aumentó en dos programas su oferta y Sociología la ha bajado en dos programas a nivel nacional.

Si comparamos el campo del Trabajo Social con el de otras profesiones que también son dictadas en distintas entidades de educación superior, tenemos que Trabajo Social es el campo más masificado en el país. La siguiente tabla ilustra respecto del número de programas ofrecidos por cada tipo de institución:

Programas por carreras según tipo de institución que la ofrece				
Carrera	Universidades	Institutos Profesionales	Centros de formación técnica	Total de programas
Administración de empresas	121	77	23	221
Administración pública	37	2	12	51
Construcción civil	11	144	30	185
Contador auditor	51	56	5	112
Diseño	35	79	26	140
Educación parvularia	39	2	10	51
Enfermería	112	38	102	252
Fonoaudiología	60	6	0	66
Ingeniería en administración	11	24	36	71
Kinesiología	93	5	0	98
Nutrición y dietética	47	5	0	52
Psicopedagogía	25	99	0	124
Publicidad	12	14	0	26
Relaciones públicas	11	7	4	22

Técnico jurídico	2	14	40	56
Trabajo o servicio social	107	208	111	426

Fuente: elaboración propia sobre la base de los datos publicados por el MINEDUC, año 2017.

Los datos evidencian que el campo del Trabajo Social es el más masificado en Chile, ya que representa el 22% de la oferta formativa más masiva en Chile, seguido de Enfermería (13%) y Administración de Empresas (11%).

Por su parte, la fragmentación se evidencia si consideramos que en la actualidad existen 107 ofertas de programas universitarios de Trabajo Social; 97 de Servicio Social ofrecidos por Institutos Profesionales; 17 programas de Trabajo Social en Institutos Profesionales; 61 técnicos en Trabajo Social dictados por Centros de Formación Técnica; 50 programas de técnicos en Servicio Social y 94 de técnicos en Trabajo Social dictados por Institutos Profesionales, lo que da un total de 426 ofertas de formación terciaria en tal campo, contra por ejemplo: 146 programas de Psicología, 20 de Sociología y 9 de Antropología, todos dictados en universidades aun cuando las dos últimas profesiones no detenten rango universitario (MINEDUC 2017). El acceso a estos programas es segmentado de acuerdo con el nivel socioeconómico, lo que se refleja en el tipo de establecimientos de los que provienen los estudiantes. La siguiente tabla muestra los datos correspondientes al campo del trabajo social:

Acceso según tipo de establecimiento de proveniencia de estudiantes de trabajo social			
	Particular pagado (%)	Particular subvencionado (%)	Municipalizado (%)
Universidad	4,3	59,9	35,8
Instituto Profesional	1,1	47,9	51,1
Técnico en Instituto Profesional	1,1	47,2	51,7
Técnico en Centro de Formación Técnica	0,3	44,8	54,9

Fuente: elaboración propia según datos publicados por el MINEDUC, año 2017.

Como vemos, el campo del Trabajo Social es elegido fundamentalmente por estudiantes provenientes de la educación particular subvencionada y municipalizada, concentrándose la primera en Universidades y la segunda en Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica, lo que es coherente con la distribución del acceso a la educación superior a nivel nacional; ya que el ingreso a Universidades, Institutos Profesionales, y Centros de Formación Técnica está directamente asociado al estrato socioeconómico, reservándose las Universidades para los estratos altos y medios, mientras que los Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica a estudiantes provenientes de los estratos socioeconómicos más desfavorecidos (Carmona et. al 2014; Trucco 2014). Sin embargo, destaca la diferencia mínima

respecto del tipo de proveniencia de quienes optan por el título profesional o técnico en el campo del Trabajo Social en Institutos Profesionales. Lo que abre interrogantes respecto del credencialismo como un fenómeno creciente en Chile (Brunner y Uribe 2007), y del cual el campo del Trabajo Social no estaría exento, ya que estos profesionales y técnicos cada vez más optan por esta vía, considerando que el título recibido se constituye en un modo de obtener ingresos económicos para continuar los estudios en las Universidades obteniendo el grado de Licenciatura. No obstante, terminan haciendo una carrera más larga y más costosa desde la perspectiva de los recursos humanos y financieros, lo que no necesariamente significa mayores retribuciones una vez titulados, por ello que se constituiría en solo una agradable sensación coleccionada.

Tercera burbuja: desde la Universidad como meta de muchos a las dudas sobre el bienestar subjetivo de los y las profesionales

Aunque ha sido puesto en discusión (Torche y Wormald 2007; Améstica et. al 2014), la obtención de un título profesional universitario sigue estando en el imaginario colectivo como la posibilidad más certera de movilidad social. De allí que el acceso a la educación universitaria sea la meta de muchas familias dispuestas a endeudarse en razón de ello, siendo quienes pertenecen a los estratos más desfavorecidos los más predispuestos al endeudamiento (Olavarría y Allende 2013). No obstante, la sensación placentera de haber obtenido un título de educación terciaria, se convierte en una burbuja cuando no garantiza el bienestar subjetivo de quienes han invertido todo tipo de recursos materiales e inmateriales en ello.

Considerando que la subjetividad corresponde al “espacio y el proceso en que los individuos construyen una imagen de sí, de los otros y del mundo en el contexto de sus experiencias sociales” (PNUD 2012:16) y que “el bienestar subjetivo se produce cuando los individuos tienen una buena imagen de sí y una buena imagen del mundo, cuando pueden construir proyectos de vida y cuando consideran que la sociedad en que viven les ofrece las posibilidades para desplegarlos” (PNUD 2012: 138), se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo para determinar el nivel de bienestar subjetivo en el ámbito laboral, de profesionales y técnicos del campo del Trabajo Social. Asumiendo que n se distribuye normalmente, se hizo un muestreo por conglomerados, en que finalmente se encuestó con un 95% de confianza, presencialmente o en línea, a 3.166 profesionales y técnicos a nivel nacional, cuidando que la muestra con la que se trabajó fuera siempre comparable y que las personas encuestadas no hubieran desarrollado actividades de continuidad de estudios, de modo que sus superficies de enunciación las constituyeran

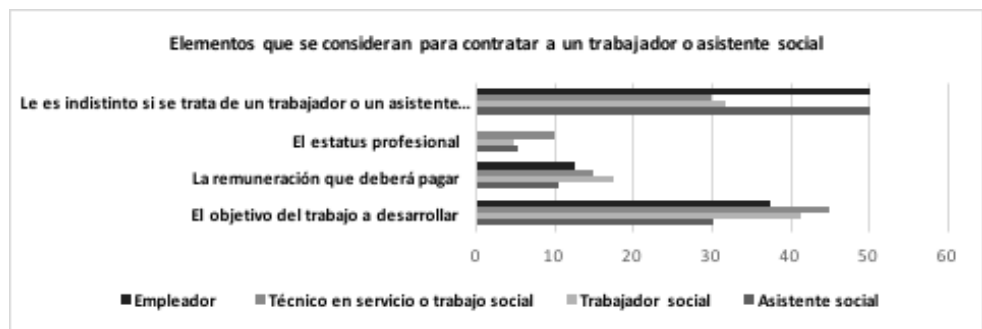
sus titulaciones originarias. A partir de ello se pudo concluir que los trabajadores sociales se declaran menos felices; en relación con los técnicos, que corresponden a quienes se declaran más felices; y los asistentes sociales, que se ubican en una posición intermedia de felicidad entre los técnicos y los trabajadores sociales. Todos estos profesionales y técnicos atribuyen su nivel de felicidad en gran medida al trabajo.

En cuanto al bienestar subjetivo laboral, las y los trabajadores sociales declaran sus expectativas profesionales menos logradas, con un nivel medio de satisfacción con el ejercicio laboral y de reconocimiento de su trabajo; sienten menor libertad de elección que los otros encuestados; medianas posibilidades de adquirir conocimientos nuevos; menores niveles de confianza de mantener el trabajo; en relación con los asistentes sociales y los técnicos; y mediana confianza en las posibilidades de cambiarse de trabajo (Iturrieta 2016). Ello sería coherente con los planteamientos en relación con que las expectativas de logro educativo se encuentran desigualmente distribuidas en la población, siendo mayores en quienes tienen más accesos (Cepal 2007; Torche y Wormald 2007). Lo que explicaría el hecho de que los universitarios se declaren menos felices, contraviniendo la idea de que el bienestar subjetivo está asociado a los mayores logros educativos; sin embargo, este hecho también evidencia que el bienestar subjetivo es otro ámbito en que se expresa la desigualdad en Chile (PNUD/UNICEF 2014), constituyéndose en una burbuja en cuanto al rango universitario del trabajo social.

Cuarta burbuja: desde la valoración positiva de profesionales universitarios a la realidad del mercado laboral

Pese a la pérdida del valor absoluto de los títulos profesionales (Freidson 2003; Brunner y Uribe 2007), que se traduce en credencialismo en el sentido que cada vez es más necesaria la obtención de un mayor número de titulaciones por persona para ser competitivos en el mercado laboral (Brunner y Uribe 2007), los profesionales continúan gozando de prestigio social dada la alta valoración que aún existe en el país en relación con la formación universitaria. De allí que esperando tener mejores prerrogativas laborales respecto de los no universitarios, esta institución se mantiene como meta de muchos de quienes han finalizado la educación secundaria (Olavarría y Allende 2013). Ello se constituye en una agradable sensación coleccionada para Trabajo Social, si observamos que la mencionada ley 20054 otorga los mismos privilegios y estatus a quienes se han titulado desde universidades e institutos profesionales, ya que en su artículo transitorio primero establece que: “Los Trabajadores Sociales y los Asistentes Sociales egresados y titulados en Institutos Profesionales y los que, a la fecha de la publicación de

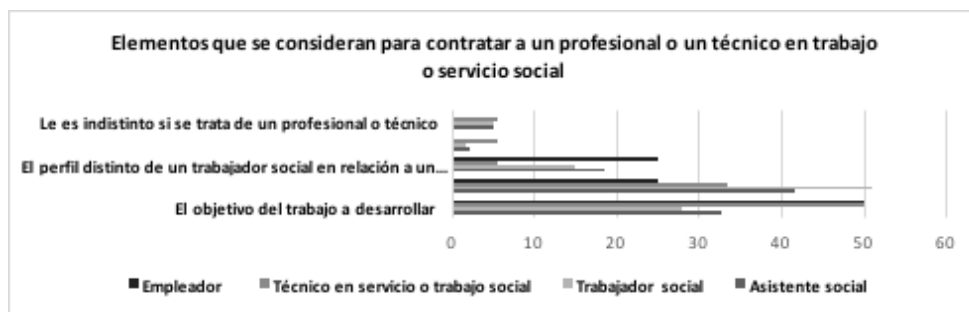
esta ley, se encuentren cursando sus estudios en dichos Institutos, tendrán los mismos derechos, estatus y calidades que aquellos profesionales que cursen sus estudios en Universidades, excepto el grado de licenciado.” (Ley 20054, BCNCH). Tal vez en razón de ello es que la supuesta restitución del rango universitario para Trabajo Social generó una serie de discusiones en cuanto a la necesidad de elevar la calidad de la formación universitaria, ya que era el grado de licenciatura lo que marcaría la diferencia entre profesionales universitarios y titulados en institutos profesionales; no obstante, se convierte en una burbuja si observamos las razones por las cuales se decide contratar a un asistente o a un trabajador social. El gráfico construido sobre la base de la investigación antes mencionada, ilustra al respecto:



Fuente: elaboración propia, año 2016.

Como vemos, en su mayoría tanto los empleadores como los asistentes sociales consideran indistinto si se trata de contratar a un trabajador o asistente social. Mientras que el objetivo del trabajo que se desarrollará es considerado preferentemente por los técnicos, seguidos por los trabajadores sociales, los empleadores y finalmente por los asistentes sociales. Siendo la remuneración que se deberá pagar y el estatus profesional, lo menos pensado en relación con la contratación.

Por otra parte, al comparar los elementos considerados para contratar a un profesional o técnico, tenemos que tanto empleadores como técnicos creen como lo más relevante el objetivo del trabajo que se desarrollará. Mientras que los trabajadores y asistentes sociales opinan que es más central la remuneración que se deberá pagar. En tanto que la distinción de perfiles es considerada en términos decrecientes por empleadores, asistentes sociales, trabajadores sociales y técnicos en trabajo o servicio social. Destaca que ninguno de los empleadores estima indistinto si se trata de un profesional o técnico, como tampoco supusieron el estatus profesional como relevante. El gráfico siguiente ilustra al respecto:



Fuente: elaboración propia, año 2016.

Los datos anteriores muestran entonces que las distinciones se dan más bien entre profesionales y técnicos y no entre profesionales universitarios y titulados desde Institutos Profesionales, de allí que digamos que la obtención del rango universitario se ha constituido en una sensación positiva que hemos coleccionado y que tendría implicancias en el campo laboral de las y los trabajadores sociales.

Quinta burbuja: los trabajadores sociales, como universitarios que son, llevan a cabo más labores vinculadas con lo disciplinar

A lo largo de la historia el concepto de *profesión* ha experimentado variaciones; sin embargo, las distintas definiciones presentan como tópicos comunes la idea de que constituyen organizaciones conformadas por miembros que comparten determinadas premisas; desarrollan operaciones intelectuales que tendrían fines prácticos y definidos; poseen un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un periodo prolongado de educación y entrenamiento; los miembros de una profesión se someten a determinadas reglas y normas éticas; su ejercicio profesional constituye su principal fuente de ingresos económicos y ofrecen un servicio profesional basado en las necesidades de quienes son su público objetivo. Asimismo, los miembros de una profesión conformarían un grupo relativamente homogéneo a los que el Estado da derecho a practicar ciertas ocupaciones, ya que son personas acreditadas para ello (Gómez 1998; Svensson 2003). De modo que, dada su base en los conocimientos, el concepto de *profesión* estaría ligado al de *disciplinas*, las que son concebidas como las que producen y alimentan los conocimientos y se asocian a la idea de profesión en la medida que un caso específico de producción de conocimientos, es decir una disciplina, se profesionaliza vía la materialización de tales conocimientos en fines prácticos y definidos. Así aun cuando “es posible conservar la distinción inicial entre profesiones y disciplinas señalando el lugar prioritario de la vocación de servicio social que tienen las primeras y el vínculo con la investigación

que tienen las segundas” (Ospina 2004:12), es la profesionalización la que garantizaría el acceso a conocimientos y prácticas básicas respecto del objeto de estudio, cuyo conocimiento sería propiciado por las disciplinas, en el caso que nos ocupa, por quienes detentan el grado de licenciatura en trabajo social. Ello a diferencia de las carreras técnicas que implicarían la aplicación de un conjunto de reglas, normas o protocolos habitualmente utilizados como medio para alcanzar determinados fines prácticos. En tal contexto, sería esperable entonces que quienes tienen el grado de licenciado en trabajo social desarrollen labores de mayor ligazón con lo disciplinar, en relación con los titulados en Institutos Profesionales y a los técnicos. El gráfico siguiente ilustra sobre las principales funciones profesionales desarrolladas según el título obtenido:



Fuente: elaboración propia, año 2016.

Como es posible observar, las labores referidas a planificación; seguimiento y monitoreo; supervisión y evaluación; gestión de recursos; mediación; relatorías; diagnósticos sociales; funciones propias de monitor sicosocial; implementación de programas sociales; tareas propias de procesos judiciales; formación y capacitación; orientación y asistencia social; acciones socioeducativas; articulación de redes; trabajo comunitario; labores de bienestar de personal; intervención social con familias, infancias, adolescencias y jóvenes; investigación social; docencia en educación superior; asesorías técnicas; y procesamiento y elaboración de informes, son las funciones referidas como centrales de la actividad laboral de estos profesionales y técnicos.

Al compararlos entre sí en cada una de estas funciones, los trabajadores sociales destacan por sus labores correspondientes a planificación, formación y capacitación y asesorías técnicas. Mientras que los asistentes sociales sobresalen por las funciones referidas a supervisión y evaluación, mediación, relatorías, implementación de programas sociales, tareas propias de procesos judiciales, investigación y docencia en educación superior. En el caso de los técnicos en Servicio o Trabajo Social, resaltan las labores

de seguimiento y monitoreo, funciones propias de monitor psicosocial, orientación y asistencia social, acciones socioeducativas, articulación de redes, trabajo comunitario, labores de bienestar de personal e intervención social con familias, infancia, adolescencia y jóvenes. Se observa además la escasa diferencia de prevalencia entre algunas de las funciones atribuidas a asistentes sociales y a trabajadores sociales, tales como seguimiento y monitoreo, diagnósticos sociales, acciones socioeducativas e intervención social con familias, infancias, adolescencias y jóvenes; docencia en educación superior; asesorías técnicas; procesamiento y elaboración de informes. Por tanto, es posible sostener que la idea de la Licenciatura en Trabajo Social vinculada al desarrollo disciplinar, es otra de las burbujas que hemos construido en torno a la sensación agradable para la disciplina/profesión luego de la obtención del rango universitario.

DISCUSIÓN

Aun cuando el trabajo ya no se constituye en el huso seguro en el cual enrollar y fijar definiciones del yo, identidades y proyectos de vida (Bauman 2003), continúa cumpliendo un rol en la vida moderna como eje de integración social, como parte del sentido de la vida personal, como espacio privilegiado de participación ciudadana y como motor del progreso material. Ello pese a que el sentido del trabajo ha variado a lo largo de los años, lo que se refleja en el paso desde la ética del trabajo a la estética del consumo, en que la necesidad de obtener sensaciones placenteras envuelve la cotidianeidad de nuestras acciones y de lo cual el trabajo social no tendría por qué estar ajeno, dada la habitual urgencia de su labor cotidiana y su compenetración con las culturas contemporáneas, las que estarían constituidas por sistemas frágiles cuyas burbujas tendríamos que observar como parte de nuestra labor profesional/disciplinar, ya que sabemos que una profesión que no se autoanaliza no avanza. En tal sentido, la capacidad asociativa del Trabajo Social chileno cuando se trata de potenciar el avance profesional/disciplinar, ha sido demostrada en las gestiones desarrolladas en torno al rango universitario, como en la incorporación del Trabajo Social al grupo de estudio de Sociología en la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile, lo que demuestra que podemos hacer frente a estas burbujas que ponen en tensión los cierres culturales, sociales y económicos del Trabajo Social chileno, que como sabemos corresponden los procesos a través de los cuales las colectividades profesionales tratan de regular a su favor las condiciones del mercado laboral. De modo que considerando que el cierre social es la unión del cierre económico en un mercado de trabajo competitivo, con el cierre cultural de un grupo por la apropiación de un saber legítimo, en que uno y otro son el resultado de la estrategia profesional que

los mismos actores utilizan para lograrlo (Sánchez y Sáez 2003), invitamos a discutir lo que hemos propuesto como burbujas del Trabajo Social, de modo que podamos proponer y desarrollar estrategias que nos permitan poner límites al preocupante récord de ser la carrera más masificada en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, F; ARÉVALO, C; BAEZA, F; FREDES, D; GONZÁLEZ, D; HERRADA, J; MENDOZA, M; OSORIO, S; QUIROGA, L; SÁNCHEZ, R; SOBARZO, M, y ZAMORANO, N (s/f). Acceso a la educación superior: El mérito y la (re) producción de la desigualdad. Recuperado desde www.opech.cl/inv/analisis/acceso.pdf, en septiembre de 2016.
- AMÉSTICA, L; LLINAS, X, y SÁNCHEZ, I. (2014). Retorno de la educación superior en Chile. Efecto en la movilidad social a través del estimador de diferencias en diferencias Formación universitaria. Vol 7(3) Pp.23-32 (2014) Recuperado desde <http://www.scielo.cl/pdf/formuniv/v7n3/arto4.pdf>, en abril de 2017.
- BAUMAN, Z. (2004) *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- BAUMAN, Z. (2000) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- BRUNNER, J. (2003) *Nuevas demandas y sus consecuencias para la educación superior en América latina*. En: *Políticas públicas, demandas sociales y gestión del conocimiento*. Santiago de Chile: Centro Interuniversitario de desarrollo-CINDA.
- BRUNNER, J; ELACQUA, G; TILLET, A; BONNEFOY, J; GONZÁLEZ, S; PACHECO, P y SALAZAR, F (2005). *Guiar el mercado: Informe sobre la educación superior en Chile*. Santiago de Chile: Universidad Adolfo Ibáñez.
- BRUNNER, J. y URIBE, D. (2007). *Mercados Universitarios: el nuevo escenario de la educación superior*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- CARMONA, R; TORO, I y RIASCOS, J. (2014) Caracterización de las instituciones de Educación Superior en Chile. *Revista de Educación* Vol. 38(2). Pp.37-50. Recuperado desde <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/15260>, en septiembre de 2016.
- CEPAL (2007) *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- FREIDSON, E. (2003). El alma del profesionalismo. En: Sánchez, M.; Carreras, J y Svensson. *Sociología de las profesiones: Pasado, presente y futuro* (2003) DM. Murcia, España.
- GÓMEZ, E. (1998) Sociología de los grupos profesionales. REIS. Vol. 83/98. Pp. 313-320. Centro de investigaciones sociológicas. Recuperado desde http://www.reis.cis.es/REISWeb/PDF/REIS_083_14.pdf
- ITURRIETA, S. (2005) Trabajo social en Chile. Una aproximación en cifras a la formación profesional. *Año noveno*, N°15. Pp: 23-37. Santiago de Chile. Universidad Católica Silva Henríquez. Recuperado desde http://ww3.ucsh.cl/resources/descargas/landing/revistas/Perspectivas_15.pdf, en abril de 2017
- ITURRIETA, S. (2014) Educación superior: su masificación y efectos en la satisfacción profesional y la cohesión social. *Argumentos* Vol 27(76). Pp. 57-78. México. Recuperado desde <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v27n76/v27n76a4.pdf>, en abril de 2017.
- ITURRIETA, S. (2016) Efectos de la masificación y estratificación de la educación superior en el campo laboral del trabajo social y las posibilidades de una promesa profesional incumplida. Proyecto de investigación DI n° 37.0/2016. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Chile.
- Ley 20054, BCNCH. Biblioteca del Congreso Nacional. Recuperado desde <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242374>, en abril de 2017
- MINEDUC 2017. Ministerio de Educación de Chile. Mi futuro laboral. Recuperado desde <http://www.mifuturo.cl/index.php/media-futuro-laboral>, en abril de 2017.
- OLAVARRÍA, M y ALLENDE, C (2013). Endeudamiento estudiantil y acceso a la educación superior en Chile. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N°141. Pp. 91-111. Centro de Investigaciones Sociológicas. Recuperado desde http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_141_041358269547179.pdf, en septiembre de 2016.
- ORELLANA, V. (2014) La subsidiariedad en la política pública de educación superior en Chile (1980-2013) Fundación Nodo XXI. Recuperado desde <http://gabrielboric.cl/documentos/archivos/Subsidiariedad-en-educ-superior-en-Chile.pdf>, en abril de 2017.
- OSPINA, C. (2004) Disciplina, saber y existencia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 2(2) Universidad de Manizales. Recuperado desde <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cin-de-umz/20131023125643/art.CarlosAOspina.pd>, en abril de 2017.

- PNUD (2012) Desarrollo humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de pensar el desarrollo. Recuperado desde <http://desarrollohumano.cl/idh/informes/2012-bienestar-subjetivo-el-desafio-de-repensar-el-desarrollo/>, en abril de 2017.
- PNUD/UNICEF (2014) El papel de la educación en la formación del bienestar subjetivo para el desarrollo humano: Una revisión al caso chileno. Recuperado desde <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2014/10/Libro-informe-desarrolloprod-10619p.pdf>, en abril de 2017.
- RAMA, C. (2009) La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. Recuperado desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3037645&orden=220925&info=link>, en septiembre de 2016.
- SLOTERDIJK, P. (2009 a). *Esferas I. Burbujas*. Madrid: Siruela.
- SLOTERDIJK, P (2009 b). *Esferas III. Espumas*. Madrid: Siruela.
- SVENSSON, L. (2003) Introducción. En: Sánchez, M.; Carreras, J y Svensson, L. *Sociología de las profesiones: Pasado, presente y futuro*. (2003) España: DM. Murcia,
- TORCHE, F. y WORMALD, G. (2007). *Estratificación y movilidad social en Chile: entre la adscripción y el logro*. Santiago de Chile: CEPAL.
- TROW, M. (1974) Problems in the Transition from Elite to Mass Higher Education en Rama, C. (2009). La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. Recuperado desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3037645&orden=220925&info=link>, en septiembre de 2016.
- TRUCCO, D. (2014) Educación y desigualdad en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado desde http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36835/1/S2014209_es.pdf, en septiembre de 2016.

COMPRESIONES Y FORMAS DE ABORDAJE ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

*COMPREHENSIONS AND METHODS OF APPROACH ASSOCIATED
WITH THE DIAGNOSIS OF ATTENTIONAL DEFICIT DISORDERS IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS*

Autor

CARLOS ANDRADE GUZMÁN*

CARLOS ANDRADE GUZMÁN

Académico del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Tecnológica Metropolitana y del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado. Es Doctorante en Trabajo Social y Políticas de Bienestar por la Universidad Alberto Hurtado (Chile) y Boston College (Estados Unidos) y Magíster en Gestión y Políticas Públicas por la Universidad de Chile.

Información de contacto: candrade@utem.cl

*Artículo recibido el 30 de agosto de 2017 /
aceptado el 14 de octubre de 2017*

Resumen

Este trabajo ha buscado responder, desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociadas al diagnóstico de trastorno de déficit atencional en niños, niñas y adolescentes en Chile. Metodológicamente, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con informantes de la psicología y de la psiquiatría infantil que se han abocado, desde la primera línea de intervención, al apoyo de procesos de niños y niñas con este diagnóstico. Algunas reflexiones de este trabajo, ponen de relieve el que este diagnóstico se comprendería como un problema socialmente construido, producto de la tensión que se generaría entre las características de niños y niñas que no se ajustarían a las orientaciones de un sistema tradicional de enseñanza y que tendría, como principal medio de abordaje, a una medicalización para el control de la diferencia, en la lógica de un “disciplinamiento” o “adormecimiento” de determinadas características presentes en las niñas y los niños, en pos de un ajuste funcional a los lineamientos del sistema.

PALABRAS CLAVE

diagnóstico, medioambiente, medicalización, diferencia

Abstract

This work has sought to answer, from a first approximation, which are the comprehensions and the methods of approach associated with the diagnosis of attention deficit disorder in children and adolescents in Chile. Methodologically, semi-structured interviews were conducted with key informants coming from professions such as psychology and child psychiatry, whom from the first line of intervention, have focused on supporting the processes of children with this diagnosis. Some reflections of this work, highlight the fact that this diagnosis would be understood as a socially constructed problem, as product of the tension that would be generated between the characteristics of boys and girls that would not conform to the guidelines of a traditional teaching system and that would have, as the main means of approach, a medicalization for the control of the difference, in the logic of a "disciplining" or "numbness" of certain characteristics present in girls and boys, all of these in pursuit of a functional adjustment to the guidelines of the system.

KEYS WORDS

diagnosis, environment, medicalization, difference

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diagnósticos asociados a trastornos hipercinéticos en la infancia en Chile es significativa. En este contexto, para el año 2012, De la Barra, Vicente, Saldivia y Melipillán (2012), mostraban en su trabajo cómo un 10,3% de las niñas y los niños, presentaban un diagnóstico de trastorno de déficit atencional con hiperactividad –en adelante mencionado indistintamente como TDAH o como trastorno de déficit atencional–, cifra que se ubicaba por sobre el promedio a nivel mundial (Peña, Rojas y Rojas, 2015).

En este contexto, este diagnóstico ha sido reconocido como un problema de salud pública, en tanto, en palabras del Ministerio de Salud, “su impacto sobre el niño, niña, familia, escuela y sociedad es altamente significativo y con consecuencias de largo plazo. Frecuentemente experimentan rechazo de sus pares y se involucran en una serie de conductas disruptivas que les traen consecuencias negativas” (Ministerio de Salud, 2008, pp. 10-11). Dentro de estas, se encontrarían dificultades en torno al rendimiento escolar, problemáticas de adaptación, disminución de la autoestima, dificultad para relacionarse con otras personas, por señalar solo algunas. En este marco, desde el aparato del Estado, se entiende que las niñas, los niños y los adolescentes que no cuentan con un tratamiento oportuno, enfrentarían a nivel individual, entre otras, mayores posibilidades de sufrir accidentes, así como también una mayor probabilidad de vivir episodios de fracaso en la trayectoria escolar.

A nivel familiar, por su parte, la población infantil que presenta este diagnóstico tendría tendencia a generar disfunciones al interior de la familia, así como también a ser susceptibles de presentar mayores episodios de maltrato físico y psicológico (Ministerio de Salud, s/f)

En diálogo con lo anterior, cabe relevar que en torno a las medidas de política pública que se han implementado específicamente para apoyar la trayectoria educativa de los niños y las niñas que presentan un diagnóstico de este tipo destaca el desarrollo del Decreto N° 170 el año 2009, el cual entrega subvenciones diferenciadas a los establecimientos educativos para apoyar el desarrollo académico de estudiantes que presentan determinados diagnósticos de salud (Ministerio de Educación, 2009).

Lo anterior pone de relieve como, al menos en términos de sentidos, medidas tanto educativas como de salud se articularían en el entendido de que para abordar los problemas vinculados con el diagnóstico de déficit atencional, sería igualmente relevante a la dimensión biológica el componente medioambiental, incluido el escolar y familiar de los niños y las niñas, en tanto se comprenderían como gravitantes para la expresión sintomatológica, para la permanencia del problema y para el desarrollo de trastornos reactivos (Ministerio de Salud, s/f).

Desde este marco de vinculación entre la dimensión de salud y la educativa que se ha puesto de relieve a la hora de abordar el diagnóstico de trastorno de déficit atencional se sitúa este estudio. A su vez, y reconociendo los avances que en el campo de conocimiento se han generado por diversos trabajos como, por ejemplo, a nivel internacional la contribución de, entre otros, Martínez-León (2006), quien reconstruyendo el estado del arte en la materia avanza en identificar diversos elementos asociados a la psicopatología o, para el caso chileno, así como los propios aportes presentes en la obra de De la Barra et al (2012) o en la contribución de Herrera (2005) quienes, cuantitativamente, han buscado dar cuenta de, entre otros, indicadores de prevalencia asociados al diagnóstico o, por su parte, las propias obras de Peña et al (2015) y Peña (2013) quienes con base en las propuestas de Fairclough, han analizado de forma crítica el discurso presente en instrumentos tanto de carácter internacional como el DSM, como de orden nacional en la figura del Decreto 170, se identifica un espacio de contribución a la comprensión del diagnóstico de déficit atencional, principalmente en materia de recopilación y análisis de relatos presentes en profesionales de la salud mental que se ubican en la primera línea de intervención en la materia.

Considerando lo anterior, este trabajo busca responder desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociadas al diagnóstico de trastorno de déficit atencional en niños, niñas y adolescentes. Metodológicamente, recogiendo y analizando las narrativas de informantes tanto desde la psicología como de la psiquiatría infantil que se han abocado al apoyo de procesos de niños y niñas con este diagnóstico.

Dentro de este contexto, el presente trabajo se estructura en las siguientes secciones: una primera, constituida por esta introducción; una segunda, en la cual se presentan algunas reflexiones de orden conceptual en torno a, por un lado, el desarrollo de la medicina con base en las contribuciones de Foucault y, por otro, los aportes de la perspectiva del yo neuroquímico presentada por Rose. La tercera sección, la cual presenta el marco metodológico con base en el cual se ha construido el trabajo. La cuarta, en la cual se exponen los resultados del mismo para, finalmente, en la quinta sección, presentar algunas reflexiones finales, a la luz de los hallazgos de este trabajo.

II. MODELOS DE MEDICINA SOCIAL Y LA CONFIGURACIÓN DEL “YO NEUROQUÍMICO”

Los modelos de la medicina social de la perspectiva de Foucault

Foucault (1999), reflexionando sobre las implicancias de lo que entiende como el “despegue” del sistema médico en Occidente, pone el énfasis en tres categorías analíticas que posibilitan contar con un acercamiento al desarrollo del sistema de medicalización, en general, y a recoger claves de análisis para la comprensión del abordaje del diagnóstico de TDAH en particular. A saber: 1) biohistoria; 2) medicalización y, 3) economía de la salud.

En este contexto, para la teoría foucaultiana, la primera refiere a “los efectos en el ámbito biológico, de la intervención médica; la huella que puede dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII” (Foucault, 1999, p. 363). En su obra, el autor recupera cómo el desarrollo de la historia humana no ha estado indiferente al avance de la medicalización, por ejemplo, en las formas de enfrentar enfermedades de alto alcance como algunas infecciones, la tuberculosis o la peste.

La “medicalización”, por su parte, obedece en la perspectiva foucaultiana a un proceso que da cuenta de cómo a partir del siglo XVIII, determinadas dimensiones del cuerpo se han visto envueltas en un circuito o red de medicalización, la cual, densificándose en su extensión, ejercería control sobre el cuerpo humano.

En este contexto, como nodos integrantes de esta red, entiende Foucault que se encontrarían tanto los propios procesos investigativos como la extensión de los centros de salud, los cuales incidirían en el cómo se desarrollaría el proceso de medicalización y su funcionamiento en términos de extensión y control.

La “economía de la salud”, finalmente, obedecería a “la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas” (Foucault, 1999, p. 364). Como ámbito de estudio, sería para el autor un foco todavía con amplias posibilidades de exploración.

En relación con estas tres dimensiones, Sibrian (2016), revisando la obra de Foucault, expone cómo todas configurarían “una forma de control social, esto es, una colaboración en el adiestramiento de los cuerpos por diversas vías que coinciden en desenvolverse más allá de la relación médico-paciente” (Sibrian, 2016, p. 29).

Cabe relevar que, para los efectos de este trabajo, la perspectiva foucaultiana contribuye inicialmente con elementos para reflexionar en relación con las

comprensiones y formas de abordaje que se generarían en Chile en materia de trastorno de déficit atencional, principalmente, desde un reconocimiento de la disputa sobre el carácter social o individual de la medicina moderna o científica que se ha desarrollado de la mano del sistema capitalista en Occidente. Ello, en el entendido de que los procesos de enfrentamiento de este diagnóstico han tendido a reconocer una vertiente individual y una ambiental que derivaría en formas de respuesta ante el fenómeno (Rose, 2012).

En este sentido, desde la perspectiva de Foucault (1999), sería un desacierto considerar que la medicina moderna o científica es, de modo absoluto, una ciencia individual. Para el autor, esta se trataría de una “medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y solo en alguno de sus aspectos es individualista y valora las relaciones entre el médico y el paciente” (p. 365).

En esta línea, entiende que con el desarrollo del sistema capitalista no se habría transitado desde una medicina social a una de orden individual, sino que más bien, con el capitalismo que se desarrolla desde finales del siglo XVIII y a inicios del siglo XIX, se socializaría un primer objeto: el cuerpo. Ello, en función de la fuerza productiva. En sus palabras, “el control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1999, p. 366).

En aras de contribuir a la comprensión de las etapas o fases que habría seguido el desarrollo de la medicina social, Foucault (1999) elabora tres estadios diferenciados, sobre la base de los casos de países que ilustrarían, en mayor o menor medida, el proceso vivido por cada uno de estos tres tipos de medicina: 1) la medicina de Estado, 2) la medicina urbana y, 3) la medicina de la fuerza de trabajo. El autor, si bien tiende a centrar su análisis en la Europa francesa, su perspectiva posibilita recoger claves de análisis para reflexionar sobre comprensiones y formas de abordaje del trastorno de déficit atencional. Se revisan brevemente a continuación.

a. La medicina de Estado

Para Foucault (1999), la medicina de Estado tiene su principal referente en Alemania, desarrollándose a comienzos del siglo XVIII. Para el autor, el Estado cobraría un papel fundamental en el abordaje de lo que entiende como “objeto de saber” y también como “instrumento y lugar de conocimientos específicos”.

Rescata que como elemento particular de este desarrollo de la medicina de Estado, Alemania habría implementado una práctica médica centrada en el mejoramiento de la salud pública –a diferencia de otros países de la región europea, como Francia o Inglaterra, en donde el énfasis inicial habría estado más bien puesto en el seguimiento de indicadores de natalidad y mortalidad–, la cual habría estado caracterizada por el desarrollo de programas específicos orientados al mejoramiento de la salud de las personas, práctica que a partir de 1764 comienza a ser conocida bajo la categoría de “policía médica”.

Este primer momento del desarrollo de la medicina moderna, en la figura de una medicina de Estado, se caracterizó para Foucault por la “organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de los diferentes médicos en una organización médica de Estado” (Foucault, 1999, p. 370).

Un elemento distintivo de su desarrollo es que no seguía como propósito la formación de una fuerza de trabajo orientada a la industria emergente. El énfasis no estaba puesto en el cuerpo de las y los trabajadores, sino que más bien centrado en los sujetos que conformaban el Estado. Ello, de manera de contar con un aparato estatal preparado para enfrentar los problemas económicos y políticos que los ponían en disputa con los países vecinos.

Desde este marco, para la teoría foucaultiana, sería incorrecto pensar que el desarrollo de la medicina de Estado tiene su base en un interés inmediato por la fuerza de trabajo al servicio de la industria o del mercado. En este sentido, advierte, su preocupación habría estado más bien en el impulso de una medicina con fuerte carácter estatal. Señala Foucault en torno a los sistemas médicos que devinieron a partir del siglo XVIII y XIX el que estos habrían sido más bien derivaciones de un modelo profundamente estatista de comprender la medicina, más que seguidores de modelos centrados en otro tipo de intereses.

b. La medicina urbana

Un segundo modelo que para Foucault (1999) ilustra el tránsito vivido por la medicina social, es el comprendido como medicina urbana. Desde su perspectiva, el ejemplo de este modelo estaría dado por Francia, en donde en el siglo XVIII emerge una medicina social, la cual no habría estado apoyada por el aparato del Estado, sino que más bien movilizaba por la expansión de la urbanización.

Desde la teoría foucaultiana, este proceso en Francia en la mitad del siglo XVIII se debió a diversas razones vinculadas con el crecimiento de las regiones y, en el marco de aquellas con grandes números de habitantes, particularmente, con la necesidad de unificar el poder político de gobierno.

Foucault recoge diversas razones asociadas con esta necesidad, primeramente, de tipo económico. Así, advierte que en la medida en que las regiones fueron creciendo y con ellas sus industrias, emergía la necesidad de desarrollar sistemas estatales de regulación unificados para gestionar el crecimiento de los espacios territoriales. Igualmente, se habrían entrelazado razones de orden económico. Ello, debido a que, con la urbanización, emergerían problemas sociales vinculados con lo que podría ser comprendido como un “temor urbano” y que respondería a una concatenación de temores relacionados con el avance de la urbe. En palabras de Foucault, este respondía a “un miedo a la ciudad, la angustia ante la ciudad, tan característica de la época: miedo a los talleres y a las fábricas que se están construyendo, al hacinamiento de la población, a la excesiva altura de los edificios, y también a las epidemias urbanas, a los contagios cada vez más numerosos y que se van extendiendo por la ciudad: miedo a las cloacas, a los sótanos sobre los que se construían las casas expuestas al peligro de desmoronarse” (Foucault, 1999, p. 373).

Este miedo urbano, para Foucault, tuvo aparejada una inquietud política y sanitaria que debía ser enfrentada en las grandes ciudades y que tomó una forma avanzada para la época de lo tradicionalmente conocido como cuarentena. Este tipo de medida, tomándose en torno a dos grandes casos: la lepra y la peste. La primera, teniendo como medida de enfrentamiento la exclusión de la persona enferma, en aras de “purificar” el espacio urbano.

La peste, por su parte, no contando como respuesta a la exclusión, sino que más bien, de acuerdo con Foucault, teniendo como medidas a la compartimentación, al aislamiento y a la individuación de quienes presentaban este tipo de diagnóstico. Asimismo, un elemento característico de este tipo de medidas obedeció a la vigilancia y al control personalizado de la persona, siendo este seguimiento acompañado de un registro acabado de las expresiones de la enfermedad. En esta línea señala Foucault que “la medicina urbana, con sus métodos de vigilancia y de hospitalización, no fue más que un perfeccionamiento, en la segunda mitad del siglo XVIII, del esquema político-médico de la cuarentena que había aparecido a finales de la Edad Media, en los siglos XVI y XVII. La higiene pública fue una variante refinada de la cuarentena, y de este momento datan los inicios de la gran medicina urbana que surgió en la segunda mitad del siglo XVIII, y que se desarrolló sobre todo en Francia” (Foucault, 1999, p. 375).

Así, en diálogo con este enfrentamiento al miedo urbano, esta medicina siguió como objetivos, primeramente, el estudio de los hacinamientos y de las zonas de desorden y de peligro en el interior de los espacios urbanos; segundo, el control y establecimiento de una buena circulación del agua y del aire, desde la comprensión de la época de que eran considerados como focos de enfermedad, por lo que contar con ciudades ventiladas, habría supuesto reducir posibilidades de riesgo. Tercero, tuvo como objetivo desarrollar seriaciones y distribuciones, por ejemplo, de pozos y desagües, de manera de evitar la contaminación del agua con residuos fecales.

Cabe mencionar que la perspectiva foucaultiana advierte la relevancia de la medicalización urbana en el siglo XVIII por diversas razones. Primero, debido a que el tránsito hacia una medicina científica se llevó a cabo a través de la socialización de la disciplina. Ello, no debiéndose a un movimiento desde la medicina privada a una científica, ni a un mayor interés en el sujeto, sino que más bien a través de un interés en la urbanización. Segundo, la etapa de medicina urbana puso énfasis en el componente medioambiental, incluso sin nominarlo como tal. Desde la teoría foucaultiana, “la medicina urbana no fue realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas, del aire, del agua, de las descomposiciones y de las fermentaciones; fue una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia” (Foucault, 1999, p. 378). Así, esta medicina urbana habría operado como puente de vinculación entre organismo y medio, no transitándose de un estudio del organismo al análisis del medio ambiente, sino que más bien pasándose de un estudio del propio medio, al de sus efectos en el organismo. Tercero, con la medicina urbana, emerge la noción de “salubridad”, entendiendo por ella al estado del medioambiente y a los elementos que en ella habrían posibilitado mejorar la salud de las personas. Igualmente, vinculada a esta noción, surge el concepto de “higiene pública”, entendida como “técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud” (Foucault, 1999, p. 379).

Como elementos diferenciadores entre el modelo francés de medicina urbana y el modelo alemán de Estado, se tiene el que el primero estaba mucho más cercano a los territorios que en el caso alemán. Ello, sin embargo, sin contar con un mecanismo específico de poder. Lo anterior, debido a la relevancia asignada a la propiedad privada en el caso de Francia, lo cual se habría contravenido con la posibilidad de dotarla de un poder estatal fuerte que apoyase su desarrollo y fortalecimiento.

c. La medicina de la fuerza de trabajo

Foucault (1999) recoge como referente de este modelo de medicina a Inglaterra. Desde la perspectiva foucaultiana, la situación de pobreza, debido a su contribución al desarrollo de la industria hasta el segundo tercio del siglo XIX, no se habría convertido necesariamente en un problema antes de este período. Así, comienza a ser comprendida como problema por diversas razones: primero, las personas en situación de pobreza suponían una fuerza política con posibilidad de relevarse o de participar en manifestaciones; segundo, el avance de la tecnología, por ejemplo, en la figura de servicios de correos que dejan de hacer necesarios los servicios prestados previamente por personas en situación de pobreza, generó focos de disturbio, en tanto se entendía que quitaban fuentes de trabajo a quienes se desempeñaban en ellos; tercero, la emergencia del cólera en 1832 materializó temores asociados con la población proletaria o plebeya.

En este contexto, en este período se fragmentan los espacios urbanos en barrios para “pobres” y sectores para “ricos”. Para Foucault (1999), en Inglaterra, dado un nivel de desarrollo industrial avanzado para el siglo XIX respecto a otros países de la región, emerge una nueva forma de medicina social, teniendo como elemento central el abordaje de la situación de pobreza. Señala cómo “la “ley de pobres” convierte esencialmente a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del indigente. A partir del momento en el que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos”(Foucault, 1999, p. 381).

Así, para Foucault (1999), con la “ley de pobres”, emerge un elemento relevante para el desarrollo de la medicina social: la asistencia fiscalizada. Ello, teniendo implicancias duales: por un lado, representando una forma de intervención médica como estrategia para ayudar a las personas en situación de pobreza a satisfacer necesidades de salud que no podían suplir de manera autónoma y, por otro, posibilitando mantener por parte de las clases poderosas y/o sus representantes en el aparato de gobierno, un control que les permitiese resguardar la salud de las clases en situación de mayor necesidad y, con ello, la protección de quienes se encontraban más acomodados o acomodadas.

Foucault (1999) menciona cómo de esta manera “se estableció un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres; con este fin se les ofreció a los pobres la posibilidad de recibir cuidados gratuitos al menor coste” (p. 382). Agrega: “así los ricos se libraron del riesgo de ser víctimas de fenómenos epidémicos surgidos en las clases desfavorecidas” (p. 382).

Desde la reconstrucción del caso inglés, Foucault menciona cómo a esta ley le acompañaron sistemas de control de salud, los cuales, en la lógica de prestación universal, estaban orientados a toda la población, incluyendo prestaciones similares al modelo francés de medicina urbana, por ejemplo, en materia domiciliaria, los que junto a otros, configuraron un abanico de prestaciones centradas en el control de las clases en situación de pobreza y vulnerabilidad.

Para Foucault (1999), este modelo de medicina centrado en la fuerza de trabajo, “permitió, por un lado, establecer tres cosas: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza de trabajo, y el registro general de control de la salubridad pública, protegiendo así a las clases más ricas de los mayores peligros. Por otro lado –y en ello reside su originalidad–, permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios para pagarla” (Foucault, 1999, p. 384).

Señala, en este sentido, que desde una mirada general, “se puede afirmar que, a diferencia de la medicina de Estado alemana del siglo XVIII, en el siglo XIX, y sobre todo en Inglaterra, apareció una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, con el fin de hacerlas más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases ricas” (Foucault, 1999, p. 384).

LA PERSPECTIVA DEL “YO NEUROQUÍMICO” DE ROSE

Rose (2012) reflexionando sobre biopolítica en el siglo XXI y siguiendo las contribuciones de Foucault, reconoce cómo “el cuerpo” es todavía hoy el foco de la mirada clínica, incluso cuando la enfermedad se problematiza y aborda en función de asociaciones espaciales y sociales” (Rose, 2012, p. 36).

Posteriormente, en su abordaje sobre la construcción de un ser o yo “neuroquímico”, Rose (2012), recoge cómo durante el siglo XX se consideraba que sería el computador el paradigma de la vida mental, lo cual actualmente perdería fuerza, en gran medida, debido a los avances que se han desarrollado en torno a la relación entre cerebro y mente por, entre otras disciplinas, la neurociencia, la psicofarmacología o la ciencia de la conducta.

En su reflexión, recupera la forma en que, en la primera mitad del siglo XX en Occidente, los seres humanos adquirieron una comprensión de sí mismos como poseedores de un espacio interior profundo de carácter psicológico,

actuando sobre sí en torno a esa percepción. Así, desde la perspectiva roseana, se habría transitado en los cincuenta años desde esta comprensión, a una vivencia de seres humanos significados como “somáticos”. En este sentido, teniendo una progresiva mayor comprensión de sí mismos, con percepción de facultad para hablar de sí y actuar en concordancia, sea sobre sí y sobre otros y otras, como seres definidos por los preceptos biológicos, elementos que habrían posibilitado, desde su perspectiva, la emergencia de un “yo neuroquímico”.

En este contexto, en diálogo con la perspectiva foucaultiana, advierte Rose que “si bien nuestros deseos, estados de ánimo y descontentos pueden haberse atribuido en el pasado a un espacio psicológico, ahora se asignan al cuerpo o más bien, a un órgano particular del cuerpo, el cerebro” (Rose, 2012, p. 371)

En diálogo con ello, en la segunda mitad del siglo XX –particularmente entre 1985 y 1995–, la psiquiatría habría puesto los cimientos neuronales y neuroquímicos de la vida mental de los seres humanos. Para ilustrar este elemento, Rose toma el trabajo de Trimble, de 1987, cuando señalaba que la psiquiatría, como disciplina, siempre habría estado interesada en la conducta en su más amplio sentido y habría buscado permanentemente generar conocimiento sobre las relaciones entre cerebro y conducta, así como sobre las bases somáticas de la psicopatología.

Dentro de los avances que en el campo de conocimiento habrían posibilitado sostener esta concepción, Rose (2012) recoge, entre otras, dos categorías: la de “diagnósticos” y la de “sujetos humanos”. En esta línea, su perspectiva aborda a los primeros como, en principio, “modos categóricos de caracterizar trastornos o estados de ánimo, emociones, cognición y voluntad, que hacen posible la selección y diferenciación de grupos de sujetos: depresión, esquizofrenia crónica, mal de Alzheimer, mal de Parkinson y trastorno de la personalidad” (Rose, 2012, p. 376), mientras que en relación con los sujetos, estos serían quienes “encarnan o sufren afecciones discretas y particulares, que dan cuenta de los síntomas conductuales y conducta patológica (estado de ánimo deprimido, ingesta excesiva, pánico, conducta impulsiva, ideas o actos suicidas), cada uno de los cuales es al menos candidato suficiente para una patología única” (p.376).

En este contexto, un giro ontológico característico de la comprensión de este “yo neuroquímico”, es que la psiquiatría ya no diferenciaría entre trastornos orgánicos y funcionales. Así, su foco no estaría puesto en la mente o la psiquis, sino que esta sería básicamente lo que conformaría al cerebro. En este sentido, se entendería desde esta nueva concepción del “yo”, el que la patología mental no sería nada más que la consecuencia de un fallo o

“anomalía identificable y corregible”, inicialmente, en algún elemento de los que la medicina identifica como aspectos o áreas de ese cerebro orgánico.

Rose (2012) agrega cómo este giro ontológico obedece a una forma de vivir la autoimagen como personas. Para él, y no alejándose de las contribuciones desarrolladas por Foucault, esto “implica un nuevo modo de ver y juzgar la normalidad y la anormalidad humanas, y de actuar sobre ellas. Permite que nos gobiernen de nuevos modos. Y nos permite gobernarnos de manera diferente” (Rose, 2012, p. 378).

Recupera Rose el que la práctica de la medicina clínica del siglo XIX comienza a poner fuerte énfasis en el ejercicio del diagnóstico en el entendido de interpretar sintomatologías en función de las disfunciones orgánicas internas que los provocan. En este marco, este tipo de ejercicio no habría podido ser logrado por la medicina mental, la cual habría seguido focalizada en los aspectos exteriores del cuerpo: posturas, movimientos de quien presentaba histeria, entre otros.

Contributivo de este elemento y de su instalación en el pensamiento colectivo, habría sido el papel de las imágenes como, por ejemplo, retratos de las personas que contaban con diagnósticos asociados a lo comprendido como patologías mentales.

Así, en el recorrido de la trayectoria de la medicina mental, la perspectiva roseana recupera el rol que habría tenido, entre otros, Freud, en transitar desde “la imagen” a “la escucha”, lo cual habría supuesto un movimiento desde una comprensión de una enfermedad recibida por la “visualidad”, a una recepción sostenida por la oralidad y la escucha, en el entendido de que “la voz del paciente suponía un camino real al inconsciente”.

En este contexto, y en relación con el reconocimiento de los elementos medioambientales en la comprensión y abordaje de determinados trastornos, el espacio interior del individuo, desde su acceso a través de la oralidad, comenzaría a ocupar un rol privilegiado. Señala Rose, que “esta no es la mente del siglo XIX [...] sino un espacio “moral” entre el cerebro orgánico, por una parte, y el espacio social de la conducta, por otra, un espacio en el que se superponían e inscribían los sedimentos de las relaciones familiares y humanas, incluso, quizá, los de la existencia colectiva en sociedad” (Rose, 2012, p. 381).

Así, entre 1900 y 1960 la medicalización a las situaciones consideradas como patológicas, cobraría fuerza, reforzada por la labor de instituciones centradas en personas comprendidas como en situación de “anormalidad”, particularmente, en la figura de tribunales. Rose rescata cómo en esta época, “los críticos argumentaron que los diagnósticos psiquiátricos no hacían más

que medicalizar el desvío y reforzar las normas del orden social patriarcal” (Rose, 2012, p. 381).

Para efectos de abordaje político, es relevante recuperar cómo la corriente de la antipsiquiatría de la segunda mitad del siglo XX argumenta críticamente el que los diagnósticos psiquiátricos se encontraban equivocados, transformando ilegítimamente la diferencia, los problemas y los desvíos sociales en enfermedad.

En este camino, contribuye el desarrollo de equipamientos tecnológicos para abordar la enfermedad, particularmente en la figura de la imagenología. En este sentido, y reflexionando desde las implicancias para la auto concepción de las personas, “los estudios por imágenes pudieron usarse para convencer a un paciente reacio de que se encontraba «realmente» enfermo, lo que al parecer debía significar que el órgano del cerebro era anormal” (Rose, 2012, p. 385).

En relación con las transformaciones vividas por la medicina mental, se habría transitado en materia de trastornos mentales desde un modelo de eugenesia, como la practicada originalmente con personas con diagnósticos asociados a la discapacidad (Martínez, 2011; Palacios, 2008), a una visibilización de “oportunidades vitales para la creación de beneficios privados y crecimiento económico nacional” (Rose, 2012, p. 407). Ejemplo de ello sería el aumento de la medicalización para el diagnóstico de trastorno de déficit atencional durante la última década del siglo XX. En este contexto, recupera Rose cómo se habría potenciado en Occidente, entre otros, en Estados Unidos, “el aumento de las recetas de psicoestimulantes, en particular Ritalín (metilfenidato) y Adderall (dexanfetamina) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. Desde mediados de la década de 1980 hasta fines del siglo XX, se registró un crecimiento notable del diagnóstico de esta afección y del uso de estos medicamentos” (Rose, 2012, p. 408).

Sostiene Rose, relevando las voces disidentes de la medicalización, el que “muchas críticas anteriores del uso de drogas psiquiátricas señalaban que se las usaba a modo de *cachiporras químicas* en las estrategias de control con el fin de pacificar y normalizar” (Rose, 2012, p. 409), lo cual sería desde su perspectiva una práctica que persistiría y que sería utilizada con, entre otros, fines de ajustar al individuo, independientemente de intervenciones orientadas a personas en situación de institucionalización o no. En sus palabras, “sin duda, los psicofármacos se usan, hoy como antes, en todo tipo de situaciones e instituciones coercitivas con el fin de normalizar la conducta y manejar a los internos. De manera similar, son incuestionablemente parte de las estrategias empleadas para controlar a los pacientes «en

la comunidad». En esas situaciones, quienes las toman, a menudo lo hacen bajo coacción explícita o implícita” (Rose, 2012, p. 410), lo cual sería blanco de críticas, por ejemplo, en los casos de sobremedicalización a niñas y a niños con diagnósticos asociados a determinadas problemáticas.

Vinculado a este elemento, en materia de diagnóstico del trastorno de déficit atencional, señala Rose, el que “el aumento del TDAH revela un proceso más complejo de producción entrelazada del trastorno y su tratamiento” (p. 410).

En este proceso se encontrarían, entre otros, los propios incentivos económicos por desarrollar una industria farmacológica orientada a este diagnóstico; lo que reconoce como “patrones de activismo” que se manifestarían en la forma de demandas de atención en torno a esta problemática, presiones por parte de padres y madres de niños y niñas con relación a este diagnóstico, alianzas entre padres, madres y especialistas; argumentación de la necesidad de atención para un problema que no habría sido abordado de forma adecuada, entre otros. Finalmente, se encontraría igualmente presente lo que plantea Rose, como una “economía política de la esperanza”, la que estaría ilustrada en la publicidad de fármacos para el abordaje del diagnóstico, promoviendo posibles “destinos de éxito” para quienes los consumirían.

Cita Rose, en este contexto, los trabajos de Singh de los años 2002, 2003 y 2004, para ilustrar cómo este crecimiento en el uso de fármacos habría estado ligado a un reconocimiento no poco frecuente por parte de padres, madres e hijas e hijos, respecto de que los efectos de estos fármacos no serían vividos ni significados como una restricción externa impuesta, sino que le brindarían a quien los consume, la posibilidad de tomar el control sobre su propia vida, “restaurando su verdadero yo”.

Lo anterior, en correlato con un yo “neuroquímico” que avanzaría hacia la promoción de una autoimagen de un ser “en control”, que actuaría en pos de resguardar su calidad de vida y la autorealización.

En esta línea, emerge lo que la perspectiva roseana reconoce como un “activismo biológico”, el cual, por lo general, ejercen las personas adultas en esta búsqueda de una auto imagen “controlada” y “realizada”. Para efectos de este trabajo, resulta relevante cuando este tipo de activismo es ejercido por los padres y las madres en el caso de trastornos asociados con la población infantil. Desde la perspectiva de Rose, “una de las características fundamentales del activismo parental en estas áreas es el cuestionamiento de las sugerencias de que las afecciones que aquejan a sus hijos se vinculen con condiciones sociales o la gestión paterna” (Rose, 2012, pp. 420-421) lo cual, en materia del diagnóstico de trastorno de déficit atencional, se manifestaría, por ejemplo en Estados Unidos, con padres y madres que se movilizarían para lograr que este se reconozca como una patología y que se conduzcan investigaciones genéticas y biomédicas en la materia.

En este sentido, desde la perspectiva de Rose, este “yo neuroquímico” ejerce la ciudadanía biológica de diversas maneras: por un lado, se asumiría el componente biológico vinculado a la persona, particularmente desde el reconocimiento de la importancia de su administración en torno a su diagnóstico de salud mental. Por otro, se exigiría progresivamente el control de la supremacía médica y particularmente de sus prescripciones de abordaje, “exigiendo que los médicos no actúen como los amos sino como los siervos en este proceso” (Rose, 2012, p. 423).

Así, el componente medioambiental toma fuerza para Rose, en tanto “el activismo de los individuos a quienes se les ha diagnosticado un problema de salud mental, se encuentra bajo tratamiento con psicofármacos y han sido sometidos a exámenes para detectar asociaciones genéticas suele tomar la forma de la denuncia enérgica del modelo biomédico, su reduccionismo, su dependencia de los tratamientos químicos y los excesos cometidos supuestamente en su nombre” (p. 424).

En este sentido, en términos medioambientales, se denuncia el rol que han tenido determinadas organizaciones o figuras de influencia en la naturalización de la práctica de “construir” niños y niñas como agresivos o disruptivos o en la exposición a riesgos nocivos vinculados con la práctica farmacológica, incluido el aumento a la tendencia de suicidios, por señalar solo un caso.

En una línea similar a la perspectiva foucaultiana y su comprensión de la biopolítica, en torno al “yo neuroquímico”, el enfoque de Rose aborda la categoría de neuropolítica. En ella, se reconocería como una práctica naturalizada el que muchos y muchas psiquiatras sostengan sus abordajes desde vinculaciones entre patología mental y cerebro.

En palabras de Rose, “todas las explicaciones de patología mental deben “pasar por” el cerebro y su neuroquímica: neuronas, sinapsis, membranas, receptores, canales iónicos, neurotransmisores, enzimas, etc. Ahora se considera que un diagnóstico es más exacto cuando puede vincular síntomas con anomalías en uno o más de estos elementos” (Rose, 2012, p. 429).

En este sentido, tanto el elemento biológico como el medioambiental se reconocen en el diagnóstico, pero, para Rose, se ha naturalizado para muchos y muchas investigadoras de la medicina, el que el puente se genera en ambos, desde sus impactos en el cerebro, lo cual abre la puerta para el desarrollo y prescripción de drogas para su enfrentamiento. Así, “sin duda, hoy día, las drogas psiquiátricas se conciben, diseñan y distribuyen en busca de biovalor. Pero se encuentran íntimamente entrelazadas con ciertas concepciones de lo que los seres humanos son o deberían ser, es decir, hay normas, valores y juicios específicos internalizados en la idea misma de estos fármacos” (Rose, 2012, p. 433).

Estos elementos presentes en la reflexión de Rose posibilitarían reconocer cómo se ha avanzado en la elaboración de un “ideal construido”, que se ajustaría hacia nuevas formas de vida contemporáneas, en relación con cómo funcionar en los diversos microsistemas, por ejemplo, en el laboral, familiar o, particularmente relevante para la reflexión en infancia, en el campo educativo.

En este sentido, este proceso de elaboración requeriría a su vez de la participación activa del sujeto y de un control y monitoreo de su proceso, en pos de ajustes “virtuosos” en estos diversos sistemas que modularían expresiones de los diversos ámbitos del bienestar. En palabras de Rose, “las formas que está adoptando la yoidad neuroquímica contemporánea, el desdibujamiento de los límites entre tratamiento, recuperación, manipulación y mejoramiento se encuentran íntimamente entrelazados con las obligaciones de estas nuevas formas de vida. Son inherentes a la tarea continua de monitorear, administrar y modular nuestras capacidades que es la labor de la vida del ciudadano biológico contemporáneo” (Rose, 2012, p. 435).

II. Marco metodológico

Este trabajo ha buscado abordar la pregunta de investigación que lo ha movido a través de un estudio cualitativo con alcance exploratorio-descriptivo.

La estrategia de producción de información que se ha utilizado ha sido la entrevista semi estructurada.

En este contexto, y en tanto aproximación inicial, se han realizado dos encuentros con especialistas en la intervención clínica. Específicamente, se realizó una entrevista a un informante del campo de la psicología, con desarrollo profesional tanto en el ámbito interventivo como académico, y una segunda instancia conversacional con un informante de la psiquiatría igualmente especializado en el abordaje de este diagnóstico. En el caso de la primera persona informante, teniendo ella una aproximación más directa a la vivencia en el sector público y en el caso de la segunda, una aproximación que integra una trayectoria tanto pública como privada. En ambos casos se resguardaron aspectos éticos de investigación con base en la firma de consentimiento informado.

En ambos casos, un criterio de selección de las informantes fue, así como su experticia temática en el foco de esta investigación, el que se encontrasen especializadas en el trabajo con población infantil, en tanto eje central de este estudio.

Cabe relevar que la producción de información con las entrevistas se apoyó en la elaboración de una pauta de preguntas que posibilite indagar en diversos aspectos vinculados con la comprensión existente en torno a este diagnóstico, así como en las formas de abordaje tradicionalmente utilizadas al trabajar con niños, niñas y adolescentes que lo presentan. Igualmente, se ha intencionado reflexionar en materia de expectativas de cambio en relación a con el diagnóstico. En este contexto, la información producida ha sido estudiada en base a la técnica de análisis de contenido desde un sentido cualitativo (Andréu, s/f).

III. Análisis de resultados

Comprensiones y formas de abordaje asociadas al diagnóstico de TDAH en niños, niñas y adolescentes

El trastorno de déficit atencional en Chile, de acuerdo con los relatos de los informantes, comienza a abordarse desde el aparato público a partir de los años noventa. Ello, con lineamientos materializados en lo que se conoce como una primera experiencia de guía clínica para orientar su abordaje. Esta, siendo revisada en la primera década del 2000, pero sin lograrse consolidar como una guía clínica propiamente tal desde las formas de implementación a diferencia de lo que ocurriría con otros diagnósticos como, por ejemplo, el de esquizofrenia.

En este contexto, este diagnóstico sería comprendido como resultado de un conjunto de elementos vinculados con la trayectoria de vida de los niños y las niñas a quienes se les diagnostica su presencia y que se manifestaría en dinámicas como la desatención, dificultades en la forma de relacionarse con las y los pares, entre otras.

Para mí el déficit atencional es un conjunto de síntomas que se originan a partir de diversas vivencias de los niños... un ejemplo: un niño que fue abandonado por su padre o por su madre y está con su abuela, probablemente va a tener, [entre otros], un nivel de desatención en la sala de clases y que su profesor no va a poder entender lo que le ocurre porque no va a tener tiempo [para hacerlo]... porque está pensando en otra cosa (informante uno).

En este contexto, este diagnóstico constituiría un fenómeno en crecimiento explosivo que podría responder a un sobrediagnóstico y para el cual la demanda por atención estaría igualmente en progresivo aumento.

A nivel internacional, el déficit atencional correspondería más o menos como al 7% de la población infantil... en Chile se ha visto que es un poco

más alto, del orden del 10%, lo cual no sabemos muy bien si puede deberse a sobrediagnóstico (informante dos).

Este crecimiento, sería consecuencia de un proceso multifactorial vinculado, por ejemplo, con el aumento de la jornada escolar, la cual impondría a las niñas y a los niños la necesidad de permanecer actualmente durante largas horas en el establecimiento educativo, lo cual cambiaría la forma de vivir la niñez, respecto a cómo se hacía, por ejemplo, en décadas previas. Por su parte, las nuevas configuraciones de familia igualmente serían un factor de comprensión tanto en su alcance como eventual gatillante del diagnóstico, así como también en su forma de abordaje. A su vez, la crisis de los cuidados, por ejemplo, en la expresión de una mayor incorporación de la mujer al sistema laboral y no necesariamente un mayor involucramiento de los varones en las labores de cuidado implicaría igualmente una reducción de las posibilidades de poder acompañar mayormente a las niñas y a los niños en cada etapa de la vivencia de su niñez.

Por su parte, desde elementos de orden sanitario, el alto número que hoy día se tiene de profesionales de la salud mental igualmente favorecería el que se tenga actualmente una comprensión mayor del fenómeno sostenido, en parte, en la mayor cantidad de diagnósticos.

A su vez, como elemento de la comprensión del fenómeno, jugaría un rol preponderante la figura del actual DSM, el cual lo reconocería como un trastorno propiamente tal.

Asimismo, sería comprendido, en términos generales, como un fenómeno relacionado con las dinámicas de los espacios urbanos, lo cual podría enlazar al hecho de que, por ejemplo, el sistema escolar en los espacios rurales contaría con cursos con menor cantidad de estudiantes por sala. Igualmente, en las zonas rurales las dinámicas de vida tenderían a ser menos agitadas y con distintas exigencias que en las zonas urbanas, lo cual podría explicar la mayor prevalencia del diagnóstico en estas últimas.

En relación con las formas de abordaje, en Chile existiría una tendencia a usar la medicalización como primera estrategia, lo cual se diferenciaría de la práctica de otros países, en donde se tendería a iniciar el tratamiento con una intervención no farmacológica de orden familiar con las niñas y los niños, así como también con el entorno medioambiental como, por ejemplo, los espacios educativos.

[A nivel internacional] en último caso se utilizan los medicamentos... en Chile ocurre a la inversa, generalmente, la primera línea de intervención tiende a ser la medicalización (Informante uno).

La primera estrategia es el medicamento porque hace al niño más manejable... de partida, a mí me interesa que él se sienta bien con el colegio, que sienta que con los compañeros comparte más, que no lo retan tanto ni en el colegio ni en la casa, esa es la primera estrategia, pero después, tengo que agregar, si veo que hay dificultades, intervenciones a nivel psicoterapéutico con la familia, por sobre todo, psico educación: cómo hacer normas claras, explicar lo que es el síndrome, promover la disminución del castigo físico, entre otros... al igual que cuando son más pequeños, yo priorizo la terapia ocupacional para trabajar la utilización de los espacios, la motricidad fina, porque a veces eso también les cuesta en la relación con los pares, porque son “medios torpes”, se tiran encima de otros, entonces eso les ayuda a la coordinación motora (informante dos).

En el déficit atencional se pierde el foco del tratamiento integral que debiese ser con el colegio, con la psicóloga y se va al medicamento y listo y, a veces, se complementa con psicóloga, pero tampoco hay tanta preparación para los médicos en atención primaria sobre cómo trabajar con estos niños y, además, no tienen tiempo, dado que tienen aproximadamente como veinte minutos por paciente (informante dos).

Esta forma de abordaje sería independiente de la edad del niño y de la niña. Esto es, si se encuentra en etapa pre escolar o en otro momento de su trayectoria educativa. Asimismo, sería la primera estrategia independientemente de los efectos secundarios que la medicalización pudiese tener en ellas y en ellos como, por ejemplo, modificaciones en el apetito o en el sueño, por señalar algunas.

En este sentido, estos efectos secundarios serían significados por las o los principales cuidadores, generalmente, madres y padres de las niñas y los niños, como el “costo o precio a asumir” por su tratamiento, el cual sería vivido desde una presión o urgencia por acceder a él.

Esta forma de abordaje, a su vez, se vincularía particularmente en el sector público, con una forma de “hacer política” orientada por criterios de costo – efectividad y que sostendría la promoción del consumo de medicamentos, en tanto sería económico hacerlo, por ejemplo, respecto al trabajo con psicoterapia familiar. A su vez, sería asumido prioritariamente en tanto proveería de resultados comprendidos como efectivos en el corto plazo. Ello, sin embargo, requiriendo profundizarse el nivel de conocimiento respecto a cuáles serían los efectos para las niñas y los niños a futuro, desde la perspectiva de las personas informantes.

En este sentido, esta forma de abordaje pondría, en diálogo explícito con Foucault, el énfasis en el control de los cuerpos de las niñas y los niños en función de un sistema de disciplinamiento.

Desde la mirada de Foucault, explícitamente, yo creo que es una intervención más bien en la línea del cuerpo, en el sentido de que estamos educando niños que sean capaces de seguir las órdenes de una autoridad... que no vayan en contra de la norma, porque después esos van a ser cuerpos productivos para una sociedad capitalista, porque aquí el eje del cuerpo es un eje central porque es el cuerpo de un niño que no puede quedarse sentado, que es disruptivo, que es desafiante, que no se ajusta a la norma, que es distinto a sus compañeros y que, más encima, no logra los objetivos académicos y eso tiene consecuencias para las instituciones educacionales en términos de sus resultados en el SIMCE, de sus niveles de egreso, entonces hay muchas implicancias... y esa es la injusticia porque todo se le carga al niño: “el niño es el problema”, el niño no se concentra, pero no examinamos cómo este entorno tiene que adaptarse también a un niño con capacidades distintas en el sentido de que todos los niños son distintos (informante uno).

Este elemento se refuerza con el procedimiento diagnóstico el cual pondría el acento en la adaptación del sujeto al ambiente, y no del ambiente a las características propias del niño o de la niña.

Para uno poder diagnosticarlo como una patología, tiene que producir una disrupción y una dificultad, a lo menos, en dos ambientes: escolar, familiar o de relaciones de pares u otro (informante dos).

Este elemento, en función de sus sentidos orientados al aprendizaje formal del sistema educativo, no se distanciaría de los dispositivos que a nivel de política educativa se implementarían, por ejemplo, desde lo promovido por el Decreto 170, en términos de generar apoyos para las niñas y los niños que requerirían de acompañamiento para un adecuado funcionamiento en el entorno educativo formal.

[A nivel público] el ministerio lo que hizo es que los colegios que tienen [programa de] integración, que son solo los subvencionados, tienen dentro de su proyecto la posibilidad de que aquellos niños que tienen el diagnóstico de déficit atencional ingresen al proyecto de integración escolar por dos años, a lo menos, para tener un apoyo especial, pensando en que no son necesariamente niños con problemas de aprendizaje, pero la mayoría sí, pero pensando en que requieren de un apoyo especial, por ejemplo, para reforzar contenidos (informante dos)

Cabe relevar que, en torno al diagnóstico, los actores sociales conformarían un circuito de derivación en el cual los establecimientos educacionales, incluidos los de nivel pre escolar, constituirían un primer nodo en la detección del diagnóstico y en la construcción de una significación del mismo vinculado con una “diferencia problemática”. En este sentido, el rol del o la educadora,

particularmente de aquellos en etapa preescolar, sería relevante tanto en la propia detección, como en el interés y compromiso por acompañar y poder dedicar más recursos, por ejemplo, de tiempo, contención y dedicación al proceso vivido por los niños y las niñas. Esta forma de compromiso, por el contrario, sería poco frecuente en la etapa secundaria. Asimismo, en algunos casos, el establecimiento educativo tomaría un rol activo en la entrega del medicamento a las niñas y los niños que presentan el diagnóstico. Ello, bajo supervisión médica y con la autorización de las y los apoderados.

[En el diálogo con las madres y los padres, las educadoras les plantearían que] su niño tiene un problema... no se puede concentrar en clases, su niño no hace lo mismo que los demás y empieza a darse este fenómeno del “niño distinto”, o del “niño problema” (Informante uno).

El segundo nodo del circuito serían los centros de salud, públicos o privados, situación en la cual en el sector público, el médico general derivaría a un neurólogo, no presente, por ejemplo, en los consultorios y, sentido en algunos casos, como no con todas las herramientas técnicas para poder diferenciar si un determinado diagnóstico no estaría siendo producido por otros factores de mayor alcance como, por ejemplo, una eventual depresión o por elementos de orden familiar que podrían estar agravando el fenómeno.

Este actor elaboraría un diagnóstico, significado en algunos casos, como precario o insuficiente, en tanto con una breve entrevista, que podría tener una duración del orden de los cinco minutos en algunos casos y con muy poca participación del niño o de la niña, se establecería el diagnóstico y la derivada medicalización.

Por su parte, esta mayor presencia del neurólogo, por ejemplo, por sobre un psiquiatra en los procesos diagnósticos, se debería a elementos cuantitativos y cualitativos. Por ejemplo, en torno a los primeros, debido a que habría una mayor cantidad de ellos en los circuitos de atención y, en torno a los segundos, debido a una mayor aceptación social a la neurología, por ejemplo, debido al estigma que recaería en la atención psiquiátrica, entendida en algunos casos, como para personas con locura. Asimismo, cualitativamente se debería también a un mayor o menor conocimiento sobre la problemática por parte de los establecimientos educacionales quienes, de comprender mayormente el fenómeno, sugerirían la derivación a la especialidad psiquiátrica, por sobre la neurológica.

Cabe relevar que este diagnóstico, presente en sectores tanto de altos como de menores ingresos, sí discriminaría en términos de la variable socioeconómica a la hora de pensar en su abordaje. Ello, por ejemplo, en términos de detonantes del diagnóstico que estarían vinculados con la situación de vulnerabilidad que enfrentarían los niños y las niñas de menores ingresos.

Se ha visto que el nivel socioeconómico más bajo, tiene más porcentaje de déficit atencional: uno, porque los estreses prenatales son mayores, hay mayor consumo de droga, hay más estrés laboral, entonces el estrés en el embarazo hace que exista mayor riesgo de déficit atencional, hay mayores partos prematuros, hay más bajo peso al nacer y eso sí está asociado a mayor prevalencia de déficit atencional, hay mayor hacinamiento, mayor número de niños, es más tardía la consulta que en el sector privado, entre otros (informante dos).

A su vez, el diagnóstico presentaría diferencias en las formas de abordaje, vinculadas con la situación económica familiar. Ello, en términos de que quienes cuentan con mayores recursos, podrían optar por otras formas de intervención, por ejemplo, accediendo desde a la propia terapia psicológica particular la cual diferiría de la pública en calidad y cantidad de las prestaciones –por ejemplo, en relación con mayor cantidad y mayor frecuencia del acompañamiento profesional, mayor duración de las sesiones y en las formas de participación de las madres y los padres–; así como también en términos farmacológicos, en relación con la calidad y con la dosis del medicamento que se les otorga a los niños y a las niñas, los cuales serían de un nivel superior a los utilizados en el sector estatal, en el cual se priorizaría por la opción más económica y posiblemente de disímil calidad. Igualmente, quienes poseen más recursos podrían acceder a otro tipo de terapias, por ejemplo, de orden contemplativo, que no serían de fácil acceso para las niñas y los niños de situaciones más vulnerables.

Cabe relevar que en términos de las características que tomaría la relación médico-paciente, la participación de las niñas y los niños en este vínculo sería, salvaguardando excepciones, en términos generales, bastante pasiva en términos de cómo la población infantil se involucraría en su proceso de diagnóstico y abordaje del fenómeno. Lo anterior, particularmente desde reflexiones asociadas a la vivencia en el sector público.

La relación médico-paciente [en el sistema público], diría yo que casi no existe, en el sentido de que las visitas del niño al neurólogo son de cinco minutos, por lo que yo no sé qué relación se puede construir con eso... incluso ahí la relación ni siquiera es con el niño, sino que es con la madre o con la cuidadora, porque al niño “lo llevan”... les hacen hacer, por ejemplo, unos ejercicios de matemáticas con preguntas muy básicas, y “sería”... o sea, ningún tipo de relación, no existe (informante uno).

Asimismo, desde reflexiones que se han aproximado a la vivencia en el sector privado, en algunos casos, los profesionales de la salud mental promoverían una sensibilización y vinculación con los niños y las niñas, respecto a los beneficios de llevar adelante el tratamiento para abordar el diagnóstico, así

como también respecto a una significación sobre el rol que tendrían ellos y ellas en el proceso de administrar la situación que enfrentarían.

La idea es que los niños participen activamente... de hecho, uno [como psiquiatra infanto-juvenil] le pregunta al niño y lo otro, es importante que él se dé cuenta de los beneficios que le trae el poder tratar los síntomas... entonces, a mí me importa mucho cómo se siente el niño, de partida, sin el medicamento, o sea, de manera espontánea, me importa mucho cómo vive esta dificultad con los pares,... esto de que siente que es “tonto” o que “no puede”, o que los papás le pegan, porque muchas veces lo hacen, entonces, su vivencia para mí es súper importante porque eso va a ser categórico en el hecho de cómo lo trato y con qué, y luego, cómo vive el apoyo del fármaco, por ejemplo, si se siente más concentrado, si siente que le va mejor, o que es capaz, entonces desde mi punto de vista, a mí me interesa mucho cómo el niño participe, por ejemplo, si él me dice que se siente “más apagado” o si se siente “lento”, entonces, dosificamos, para que él pueda tener beneficios, pero no sienta que solo [el fármaco] lo controla (informante dos).

El preguntarles a los niños es para que también digan: “ah, tengo que hacer algo al respecto” (informante dos).

En este sentido, cabe relevar que esta, en términos generales, baja relación directa que se produciría entre el médico tratante con el niño o con la niña, aparejada a una poca participación en la toma de decisiones sobre su proceso de medicalización sería, en algunos casos, elaborada en términos de toma de conciencia, con posterioridad a la finalización del ciclo de farmacología por parte de los niños y las niñas.

Los niños lo hablan después... si se dan cuenta [de su proceso de medicalización] en el momento, no lo dicen... lo dicen después, cuando ya pasaron y son capaces de elaborarlo, reflexionarlo y verbalizarlo ya pasado un tiempo.... Yo los veo súper indefensos o con muy poca capacidad de decir “yo no quiero más esto” ... algunos te dicen: “yo ahora tengo una vida normal, porque antes [con la pastilla] yo iba a puro dormir al colegio (informante uno).

Por su parte, en términos de las significaciones e imágenes vinculadas a la categoría de “trastorno”, sería posible reconocer que esta categorización sería susceptible de revisión, en tanto la personalidad del niño o de la niña se encontraría todavía en desarrollo, por lo que aludir a esta categoría sería reproducir un error semántico con repercusiones materiales en el cómo se establecería la vinculación con los niños y las niñas.

Yo quiero enfatizar en que para mí los niños no tienen déficit atencional... yo creo que mi gran lucha profesional es deconstruir esto como un trastorno... ello, porque hablar de trastorno implica hacerlo desde que la persona tiene dieciocho años para adelante, justamente porque la persona ya tiene su personalidad más construida, independientemente de que la siga construyendo por el resto de su vida, pero jamás se podría hablar de un trastorno en la niñez porque se trata de una personalidad que todavía se está desarrollando (informante uno).

A su vez, se encontrarían significaciones que configurarían estigmas vinculados con elementos conductuales como, por ejemplo, la presencia de una conducta desorganizada, dificultad de atención, o la dificultad para establecer relaciones entre pares, características todas que serían parte de la propia etapa de niñez, más que expresiones de un trastorno propiamente tal. Estas, en sí mismas, serían características de la diversidad de las infancias y, en este sentido, de la heterogeneidad de intereses y aptitudes presentes en cada niño o niña, por ejemplo, habiendo quienes se encontrarían más interesados en las artes, quienes más en las ciencias, entre otros. Igualmente, esta heterogeneidad hablaría de la necesidad de tensionar las estrategias de enseñanza-aprendizaje las cuales debiesen ser ajustadas en función de las particularidades de cada niño o cada niña, en diálogo con el reconocimiento de su propia diversidad.

Yo creo que los chicos piensan como fuera de la caja... así en outside the box, entonces si tú los potenciaras, yo siento que podrían hacer cambios grandes en el mundo (informante dos).

En relación con las implicancias de ser diagnosticado y nominado con trastorno de déficit atencional, por ejemplo, por parte de sus docentes, desde las reflexiones de los informantes, se releva que, para la mayoría de ellos y ellas, esto no tendría un mayor impacto debido, primero, a que hay tantas y tantos que ya comparten el diagnóstico, que podrían pasar a ser considerados como “uno más”. Segundo, debido a que contarían con “una autorización de la familia para tener el diagnóstico”, en tanto sus cuidadoras y cuidadores lo considerarían relevante para su proceso de desarrollo. Asimismo, lo hablarían con sus hijos e hijas y, en este sentido, quienes contarían con este “permiso”, no tendrían problemas respecto a cómo se relacionarían con su diagnóstico. En este sentido, se presentarían casos de niños y niñas cuya trayectoria de vida, en una medida significativa, estaría vinculada a la medicalización pudiendo, eventualmente, no conocer otras realidades que no comprendan el consumo del fármaco. Asimismo, se presentarían casos de niños y niñas que reconocerían haber necesitado de la medicalización en algún momento, pero ya haber cumplido con, total o mayoritariamente, la etapa de dependencia y pudiendo, con posterioridad, adaptarse a los requerimientos del sistema de forma relativamente adecuada a sus exigencias.

Cabe relevar, por su parte, que significaciones y elaboraciones por parte de quienes han sido diagnosticados y, en algunos casos, medicalizados, se darían en mayor medida en el caso de los adolescentes. Ello, haciéndoles sentido, para algunos y algunas, el porqué de su experiencia de medicalización e, incluso, respecto a las propias dificultades vividas en el sistema académico.

A los adolescentes les hace mucho sentido... dicen: “ah, me va mal por esto, no es porque soy tonto” ... “ah, había algo que no me permitía rendir más” (informante dos).

Por su parte, se darían mayores resistencias a la medicalización cuando quien tiene la relación de cuidado con el niño o la niña, se opone al diagnóstico. A su vez, el niño o la niña se sentiría más estigmatizado y, a su vez, tensionado, en términos de que sus familiares o cuidadores les dirían que no es necesario que se medique, mientras que en el establecimiento educativo se les plantearía que sí sería necesario que lo hicieran. Ello, estando relacionado, en algunos casos, con propias vivencias del diagnóstico por parte de sus padres, madres o cuidadores. Así, las distintas formas de significar la relación con el fármaco por parte de los niños y las niñas, estarían relacionadas con el nivel de crítica y reflexividad presente al interior de sus propias familias y/o redes primarias de cuidado.

Expectativas de cambio desde las comprensiones y formas de abordaje del trastorno de déficit atencional

En relación con hacia dónde debiese avanzarse como sociedad en materia del diagnóstico de trastorno de déficit atencional, emergen desde los informantes elementos que relevan la importancia de la variable medioambiental en el proceso. Ello, primeramente, en torno a cambios respecto al sector educativo, en tanto primer nodo del circuito de derivación.

Así, la necesidad de reconocer la heterogeneidad de las infancias, en términos de que todas y todos los niños serían diferentes en sus características y preferencias, por ejemplo, habiendo quienes gustarían más de las artes o del humor, mientras que otros de contenidos de orden más humanista o científico y que, por tanto, debiese esta diversidad ser reconocida y validada socialmente con la misma prioridad con que cuentan, por ejemplo, otros contenidos como lenguaje o matemáticas-; en sus procesos y en sus habilidades –habiendo quienes tendrían más facilidad para explorar en el reconocimiento de su corporalidad y dimensión psicomotora, mientras que otros y otras con más facilidades para la planificación y orientación a la tarea, por señalar algunos casos-; en sus capacidades de vincularse, entre otros elementos que delinearían una pluralidad de niños y de niñas

con trayectorias y constituciones familiares diversas, sería prioritaria en términos de avanzar hacia un sistema mayormente inclusivo y respetuoso de la diferencia.

Los niños [que presentan el diagnóstico] son cabros, “híper focalizados”, estudian después, por ejemplo, publicidad, crean ellos sus computadores, porque el mundo les queda chico (informante dos).

En este sentido, contar con una comunidad educativa que sea capaz de abordar y acompañar el proceso de formación de los niños y las niñas desde marcos que trasciendan a la educación desde sus aspectos curriculares, promoviendo procesos de formación integrales e inclusivos, sería una condición a generar en torno a expectativas de cambio que reconozcan las particularidades de las infancias.

Asimismo, sería relevante hacer modificaciones en el número de estudiantes por docente en los establecimientos educacionales urbanos, de manera de que quienes realizan la docencia puedan tener la capacidad de atender a la diversidad presente en el aula. A su vez, contar con un sistema que acompañe y resignifique prácticas como la competencia que se produciría, en algunos casos, entre los niños y las niñas por ser “mejores”, sería igualmente una condición a promover.

Por su parte, mejorar las condiciones para la docencia, adicionalmente al ratio estudiantes/docente, emerge como un ámbito que sería relevante de reforzar, por ejemplo, en términos de que las y los profesores puedan contar con sistemas de contención a su labor, de disminución de la carga docente, entre otras, de manera de evitar que se produzcan descargas por parte de ellos y ellas con las y los estudiantes en el aula. En este sentido, la posibilidad de contar con estrategias de psico educación temprana para abordar la heterogeneidad de las niñas y los niños, sería un elemento relevante de impulsar para acompañar su ejercicio.

Desde una mirada amplia en términos sistémicos, por su parte, emerge el poder fortalecer los circuitos de protección para las niñas y los niños, acompañando las trayectorias de vida de las infancias.

Ello, en tanto en los casos de vivencias de vulneraciones de derechos, se producirían hitos en las trayectorias que podrían derivar en lo que, desde el diagnóstico de déficit de atención, es entendido como “problemático” o “disruptivo”.

A su vez, vinculado a este punto, desde los informantes emergen reflexiones sobre el rol que podría tener el establecimiento educativo, por ejemplo, al configurarse como un actor proveedor de cuidados para evitar que las niñas

y los niños estén solos y solas en sus casas. Ello, explorando las posibilidades que genera la propia jornada escolar completa en términos horarios pero, más que desde un sentido curricular formal, pensando en una re mirada de su rol, por ejemplo, en relación con poder generar talleres para las niñas y los niños que reconozcan sus intereses, habilidades y estilos de enseñanza aprendizaje. Elementos de este tipo, que estarían presentes en establecimientos particulares, debiesen ser promovidos igualmente en sectores de mayor vulnerabilidad lo que, en forma transversal, debiese ir acompañado de una disminución de la farmacología usada para abordar el diagnóstico.

Yo creo que se debiese disminuir el uso de fármacos, y aumentar todo lo que es el uso de talleres y actividades lúdicas (informante dos).

En los establecimientos públicos, no tienes nada que hacer porque no hay canchas, no hay pelotas, o están sin acompañamiento y esto debiese ser para los dos sectores, pero yo creo que el sector público sería el más beneficiado de todo eso (informante dos).

Respecto al ámbito de salud, se debiese reflexionar en relación con los efectos a mediano y largo plazo de la medicalización, profundizando en la generación de conocimiento respecto a las consecuencias que puede tener para los niños y las niñas.

Asimismo, surge la necesidad de pensar en un sistema que como en el caso de educación, reconozca la diferencia entre las infancias, en tanto, expresión de un Estado que abordaría de forma comprehensiva y sistémica las problemáticas de la niñez.

Finalmente, en términos del rol de los padres y las madres y otros cuidadores en torno a los procesos de los niños y las niñas, debiese avanzarse hacia una re-significación de la relación que con ellos y ellas se establece, en términos de, por ejemplo, aumentar la atención que estos y estas les brindan a los niños y a las niñas. Asimismo, en relación con validarlos y reconocerlos como sujetos con temas importantes que plantear, en términos de legitimar su heterogeneidad en relación a sus necesidades e intereses, entre otros que vayan en la línea de aumentar el status que sobre las infancias se tendría hoy en día en el país.

IV. Reflexiones finales

Este trabajo se ha orientado a responder, desde una primera aproximación, cuáles son las comprensiones y las formas de abordaje asociados al diagnóstico de trastorno de déficit atencional. Ello, con base en las reflexiones de profesionales de la salud mental abocados al acompañamiento de procesos de niños y niñas con este diagnóstico.

En este contexto, desde el análisis de sus relatos, es posible reconocer que este fenómeno se comprendería como un problema socialmente construido y que sería gatillado por elementos medioambientales, particularmente, desde la tensión que se generaría entre las características de los niños y las niñas que no se ajustarían a las orientaciones del sistema tradicional de enseñanza y las capacidades, en algunos casos limitadas, con las que los establecimientos contarían para acompañar la heterogeneidad propia de la etapa de niñez.

Así, el sistema educativo pondría, en primer lugar, un énfasis en el disciplinamiento, funcionando en este sentido, como un dispositivo que incluiría a quienes, por sus actitudes, se ajustarían a las orientaciones que este promueve y que, derivadamente, tendería a “dejar fuera”, en términos simbólicos, a quienes no lo hacen.

En este marco, este “dejar fuera” a quienes no se ajustan, se haría efectivo en términos operativos, principalmente desde una exclusión de las propias características innatas de los niños y las niñas a quienes se les diagnóstica con déficit atencional. Ello, en tanto estos seguirían participando en el sistema en marcos de una medicalización que, sin excluir en términos corporales efectivos a los niños y las niñas del establecimiento, sí lo haría en términos de, si no erradicar determinadas características inherentes a ellas y ellos, a lo menos, tenerlas bajo control, en la lógica de un disciplinamiento o adormecimiento que haga funcional su ajuste a los lineamientos curriculares del sistema.

Cabe relevar que estos elementos dialogan de forma explícita con la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1999), principalmente desde su eje de medicalización. Por su parte, pueden ser leídos, en algunos casos, en diálogo con sus modelos de medicina social. En este marco, por ejemplo, al reconocer que como elemento diferenciador del modelo de medicina de Estado se habría encontrado una no-orientación hacia la industria o al mercado, sino que más bien a los objetivos del aparato público, al vincular los elementos que han surgido desde los relatos de los informantes de este trabajo, específicamente en relación a la promoción por parte de un sistema educativo orientado a cumplir, por ejemplo, buenos resultados en las pruebas de aprendizaje como

el SIMCE, sí sería posible reconocer que la necesidad de medicalización promovida en los niños y en las niñas, presentaría elementos de este modelo, desde su orientación a cumplir con los propósitos del aparato educativo, debiendo, aquellos y aquellas que potencialmente pueden hacer peligrar estos objetivos, ser medicalizados.

Lo anterior, igualmente, al ser en principio, un fenómeno particularmente de las ciudades lleva a pensar en la propuesta del modelo de medicina urbana que desarrolla Foucault con base en el caso francés. En este sentido, este modelo, contando como categoría relevante, con la idea de un “miedo” a la ciudad que se relacionaría con un abordaje de control y seguimiento, por ejemplo, en base a mecanismos de registro, permite reconocer lo que, en algunos casos, se encontraría presente en el abordaje del diagnóstico de déficit de atención, particularmente desde un sistema de monitoreo. Este, que no necesariamente sería aplicado en todos los casos en la figura de las prestaciones médicas dado los tiempos breves de atención que, por ejemplo, en el sector público se presentarían, sí, a lo menos, sería llevado a cabo, en algunos casos, desde el seguimiento que realizaría el propio establecimiento educativo.

Finalmente, desde los modelos de la perspectiva foucaultiana se observan, desde esta primera aproximación a las comprensiones y abordajes del diagnóstico de déficit atencional, elementos presentes en el modelo inglés de la fuerza de trabajo. En este sentido, y como ha sido relevado de forma explícita por un informante, existen apreciaciones de que este diagnóstico supondría el disciplinamiento de los niños y las niñas que lo presentan –homologable en algunos casos a la vivencia de la situación de pobreza expuesta por el modelo inglés– posibilitando mantener en el caso de los actores del sistema educativo, un circuito no disruptivo que permita resguardar o, a lo menos, contar con menos focos de desviación de los propósitos que se buscan, por ejemplo, en materia de rendimiento académico. Así, cambian las figuras de la “persona acomodada” y del “necesitado” que requiere ser controlado con el fin de hacerlo más “apto para el trabajo”, en el primer caso, por la de un actor que contaría con poder en el sistema educativo y, en el segundo, por niños y niñas que requerirían ser “aptos y aptas” para el logro de determinados resultados asociados a la gestión académica.

Cabe relevar que algunos de los hallazgos de este trabajo dialogan igualmente, en algunos casos, con las reflexiones de Rose. Así, principalmente la concepción de seres definidos por preceptos biológicos elaborada por el autor estaría presente en materia de déficit de atención.

En este sentido, se vuelve relevante recoger el rol que tendrían los procesos de autoimagen desde su vinculación con la utilización de fármacos. En este

marco, dada la participación más bien pasiva que, en términos generales, tendrían las y los niños en el proceso de abordaje del diagnóstico, serían más bien mayoritariamente otros quienes significarían eventuales ventajas de procesos farmacológicos en pos de personas “en control” de sí mismas o, incluso, “realizadas”, en la lógica de un biovalor.

Por su parte, es posible concluir desde esta primera aproximación, tomando elementos de la reflexión de Rose y que dialogan con los relatos de las personas entrevistadas, el que la dimensión medioambiental, en su más amplio alcance, sería preponderante a la hora de hablar del diagnóstico de déficit atencional y de abordarlo por medicalización, en tanto esta forma de intervenir estaría fuertemente asociada a concepciones respecto a cómo los niños y las niñas son o deberían ser.

En este sentido, sería posible reconocer, articulando con elementos que han surgido en relación con expectativas de cambio, el que todo tipo de estrategia que pueda ser impulsada para abordar este diagnóstico requeriría incorporar la variable medioambiental. Ello, sin embargo, reconociendo que, en muchos casos, ello podría ser significado no como lo más eficiente en términos de tiempo y de costos. No obstante, y cómo ha sido relevado desde los relatos de los informantes, avanzar hacia mejores condiciones para enfrentar este fenómeno, supone cambios relevantes en la forma de concebir los circuitos y espacios en los cuales se desenvuelven los niños y las niñas, destinando el máximo de recursos económicos, de tiempo y de contención, por señalar algunos, que posibiliten avanzar hacia mejores condiciones para el reconocimiento y la validación de las características específicas de las niñas y los niños.

Referencias

- Andréu, J. (s/f). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Hispania Revista Espanola de Historia*, pp. 1-34. En línea: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 23(5), pp. 521-29. En línea: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- Foucault, M. (1999). *Estrategias del poder. Obras esenciales*. (Vol. II).
- Herrera, G. (2005). Prevalencia del déficit atencional con hiperactividad en niños y niñas de 3 a 5 años de la ciudad de Chillán, Chile. *Theoria*, 14(2), pp. 45-55.

- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health*, 6(2), pp. 379-399.
- Martínez, B. (2011). *Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Aproximación a los costes extraordinarios de la discapacidad y su contribución a la pobreza desde un enfoque basado en los derechos humanos*. Madrid, España: CERMI.
- Ministerio de Educación (2009). Decreto con toma de razón N° 170. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para Educación Especial.
- Ministerio de Salud (s/f). Prioridad Programática: niñas, niños y adolescentes con trastorno hiperactivo / de la atención (THA).
- Ministerio de Salud (2008). Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hiperactivo/Trastorno de la Atención (THA). Chile.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: CERMI.
- Peña, M. (2013). Análisis crítico de discurso del decreto 170 de subvención diferenciada para necesidades educativas especiales: el diagnóstico como herramienta de gestión. *Psicoperspectivas*, 12(2), pp. 93-103. En línea: <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL12-ISSUE2-FULLTEXT-252>
- Peña, M., Rojas, P. y Rojas, S. (2015). ¿Cómo diagnosticar a un niño? Diagnóstico del trastorno de déficit atencional con hiperactividad desde una perspectiva discursiva crítica. *Athenea Digital*, 15(1), pp. 91-110. En línea: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1304>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*.
- Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, pp. 27-38.

LA NUEVA ECUACIÓN CIVILIZATORIA Y EL TRABAJO SOCIAL

THE NEW CIVILIZING EQUATION AND SOCIAL WORK

Autoras

ROSA RUFFINELLI*
LILIAN DOMÍNGUEZ**

ROSA RUFFINELLI*

*Máster en Trabajo Social. Tutor de Tesis del Instituto de Trabajo Social de la
Universidad Nacional de Asunción y del Instituto Andrés Barbero.*

San Lorenzo - Paraguay.

E-mail: rosaruffinelli@gmail.com

LILIAN DOMÍNGUEZ**

*Máster en Trabajo Social. Coordinadora de Tesis del Instituto de Trabajo
Social de la Universidad Nacional de Asunción.*

E-mail: lilian_dominguez@gmail.com

*Artículo recibido el 30 de marzo de 2017 /
aceptado el 04 de junio 2017*

Resumen

El presente ensayo busca analizar, en el actual mundo cambiante, que enfrenta la sociedad al Trabajo Social como profesión, con un escenario globalizado, un planeta en donde la nueva ecuación civilizatoria cuenta con variables de todo tipo, que están relacionados con la producción, el consumo, el consumismo y la tecnología, por citar algunas, con sus variantes propias, dependiendo del Hemisferio en donde uno se ubique.

Se desarrollan ideas mediadas principalmente por tres autores, Bauman, la CARTA ENCÍCLICA LAUDATO SI' y el material de la cátedra CTS del Dr. Walter Bazzo, un destacado docente brasileño que brinda elementos básicos que permiten vincular el desarrollo tecnológico en el que se encuentra nuestra sociedad actual, con una profesión tan humanista como es el Trabajo Social, que en esencia no tiene un apego histórico a lo tecnológico.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social,
Tecnología, Ecuación
Civilizatoria

Abstract

The current essay seeks to analyze in the present changing world that society faces to Social Work as a profession, with a globalized scenario, a planet where the new civilization equation has variables of all kinds that are related to production, consumption, consumerism and technology, to name a few, with their own variants depending on the hemisphere where one is located.

Ideas developed mainly by three authors, Bauman, the ENCYCLICAL LETTER LAUDATO SI' and the material of the CTS chair by Dr. Walter Bazzo, an outstanding Brazilian teacher that provides basic elements that allow to link the technological development in which our actual society. With a profession as humanistic as Social Work, this in essence has no historical attachment to the technological.

KEYS WORDS

Social Work,
Technology, Civilization
Equation

LA MODERNIDAD Y LA TECNOLOGÍA

Una ecuación (concepto derivado del latín *aequatio*) constituye una igualdad donde aparece como mínimo una incógnita que exige ser develada. Si bien es un concepto matemático, es propuesto por el autor (Bazzo, 2017) para representar los diferentes elementos que hacen al ser humano hoy como un individuo que debe adecuarse a un conjunto de costumbres, ideas, creencias, cultura y conocimientos científicos y técnicos que caracterizan a un grupo humano en un momento de su evolución dentro de la historia, que lo hace miembro de él.

Hablar de *ecuación civilizatoria* nos ubica en una sociedad con características muy particulares, en donde las variables son cada vez más complejas e incalculables, al decir de Bauman, la *sociedad líquida*, el fin del modernismo sólido.

(...) los sólidos, a diferencia de los líquidos, conservan su forma y persisten en el tiempo: duran. En cambio, los líquidos son informes y se transforman constantemente: fluyen. Por eso la metáfora de la liquidez es la adecuada para aprehender la naturaleza de la fase actual de la modernidad el momento de la desregulación, de la flexibilización, de la liberalización de todos los mercados. No hay pautas estables ni predeterminadas en esta versión privatizada de la modernidad. Y cuando lo público ya no existe como sólido, el peso de la construcción de pautas y la responsabilidad del fracaso caen total y fatalmente sobre los hombros del individuo. El advenimiento de la modernidad líquida ha impuesto a la condición humana cambios radicales que exigen repensar los viejos conceptos que solían articularla (Bauman 2007).

En este modelo de sociedad, en donde nada es estático, todo es cambiante; en donde aparentemente todo vale y lo único importante es tener; en donde nos volvemos esclavos del consumo cada vez más irracional; y en donde todo es mercancía y está a nuestro alcance:

El mundo está lleno de posibilidades como una mesa de buffet repleta de platos apetitosos, cuya cantidad excede la capacidad de degustación del más eximio glotón. Los invitados son consumidores, y el desafío más exigente e irritante que deben enfrentar es la necesidad de establecer prioridades: la necesidad de desechar algunas opciones y dejarlas inexploradas (Bauman 2007).

El trabajo social es definido por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales FITS o IFSW y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW), como:

La profesión que tiene por objeto la intervención y evaluación social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar y la cohesión...”, *Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.*

Encontramos entonces que las nuevas tecnologías se convierten en un elemento fundamental para poder alcanzar estos objetivos que nos definen como profesión. Pero qué significa esto, traducido a la nueva *ecuación civilizatoria* en una *modernidad líquida*, que ha traído consigo muchos cambios radicales en la condición humana, donde se conjuga un abismo cada vez más amplio, debido a que todo lo financiado por la sociedad no llega a toda la sociedad y el bienestar que brinda la tecnología no es para todos, porque se llega a ella a partir de la capacidad de comprarla.

Es indiscutible la necesidad de tecnología en todos los aspectos que hacen más fácil la vida del ser humano. Hoy no podemos pensar en ninguna profesión sin pensar en lo que puede aportar la tecnología para la optimización de ella, desde la coordinación, la dirección, la evaluación, la gestión, la investigación, la planificación y todas y cada una de las funciones que desarrollamos, se hace necesario que sepamos implantar aquellos instrumentos tecnológicos propios para cada espacio y momento.

Al hablar de ello no estamos dejando de lado la esencia de la profesión, que es el ser humano. Pero un ser humano en medio de un sinnúmero de variables cambiante día a día, segundo a segundo, pero sí estamos hablando de que utilicemos el potencial de estas para alcanzar los objetivos que nos planteemos.

Si bien el Trabajo Social es una profesión nueva, se resiste a introducir la tecnología en su ejercicio profesional, siendo que ello daría un aporte valiosísimo y una optimización de su tiempo, incluyendo algunas tecnologías para el desempeño de su quehacer profesional, y sobre todo aportar nuevas visiones y formas de resolver problemas sociales complejos.

Esta resistencia se debería a varias condiciones que hacen a la ciencia y la tecnología como de otro mundo, un mundo frío y mecánico que no es propio del ser humano, y que hacen que los seres humanos nos volvamos dependientes de ello. Por más que nos resistamos, estamos expuestos a un “atrincheramiento tecnológico” porque no podremos escapar por mucho tiempo y caeremos necesariamente a su uso, porque todo conspira para que ello ocurra. Hoy los teléfonos fijos están obsoletos, perdieron toda funcio-

nalidad a causa de la aparición de los móviles o dispositivos inteligentes, que no solamente tienen la utilidad de hablar, sino de un sinnúmero de funciones que pueden cumplir, y así como este hay millones de elementos tecnológicos que se metieron en nuestras vidas, que nos la facilitan y aparentemente se quedarán por mucho tiempo.

La humanidad ha ingresado en una nueva era en la que el poderío tecnológico nos pone en una encrucijada. Somos los herederos de dos siglos de enormes olas de cambio: el motor a vapor, el ferrocarril, el telégrafo, la electricidad, el automóvil, el avión, las industrias químicas, la medicina moderna, la informática y, más recientemente, la revolución digital, la robótica, las biotecnologías y las nanotecnologías. Es justo alegrarse ante estos avances, y entusiasmarse frente a las amplias posibilidades que nos abren estas constantes novedades, porque «la ciencia y la tecnología son un maravilloso producto de la creatividad humana donada por Dios» (CARTA ENCÍCLICA LAUDATO SI'. 2015).

Pero este uso de la tecnología no debe ser considerado solamente negativo, aunque para toda una generación que sobrepasa los 50 años de edad, y que se encuentra en plena edad productiva, la tecnología es un verdadero problema, pues lo obliga a un aprendizaje forzoso y a modificar su forma de hacer las cosas, que en este caso sería uno de los componentes de esta *ecuación civilizatoria*, en lo que hace al Trabajo Social específicamente y no permite apreciar todo lo que ella está dando a nuestra vida y su calidad.

“La tecnología ha remediado innumerables males que dañaban y limitaban al ser humano. No podemos dejar de valorar y de agradecer el progreso técnico, especialmente en la medicina, la ingeniería y las comunicaciones” (CARTA ENCÍCLICA LAUDATO SI'. 2015).

Otro punto importante en el desarrollo de la idea de vincular a la ciencia y la tecnología con el Trabajo Social, se centra en que plantea intervención y evaluación social; pero una evaluación social con qué variables: ¿con las que aprendimos a lo largo de la formación, hace una o dos décadas, y hoy ya no corresponden al modelo social que enfrentamos como sociedad? Hace unas décadas la sociedad tenía una estructura donde se diferenciaban clases sociales. *Para Karl Marx las clases sociales pueden entenderse de dos formas, sea como: 1) grupos de individuos que se definen por una misma categorización de sus formas de relacionarse con los medios materiales de producción (particularmente la forma de obtención de sus rentas), o 2) una conciencia de clase entendida como la creencia en una comunidad de intereses entre un tipo específico de relaciones socioeconómicas.* Hoy esto ya no existe tal como fue planteado por Marx, porque el modelo de trabajo ha sido modificado. Hoy la conciencia de clase no está dada por la comunidad de intereses, en

un mundo globalizado no se pueden visualizar estas clases en una sociedad. ¿Cómo un profesional que no considera estas nuevas variables puede intervenir y evaluar? Es realmente todo un desafío para la profesión.

El problema analizado hasta ahora es solo un grupo de variables de esta ecuación. Existe otro más profundo todavía, que no solamente afecta a la profesión sino a todas, y es el modo como la humanidad de hecho ha asumido la tecnología y su desarrollo junto con un paradigma homogéneo y unidimensional, cuando en realidad es tan complejo y variado conforme al Hemisferio en el que nos encontramos.

Aunque discursivamente somos una aldea global, para el Hemisferio Sur, productor y reproductor de pobreza de la aldea global, que de alguna manera está siendo dominada por los poderes que regulan el orden mundial actual (la globalización); los cuales han hecho de la sociedad una “sociedad de consumo” y en la que todo gira en torno al “salir de compras”, con lo que perdemos lo más importante que tenemos como seres humanos, nuestra libertad.

La sobriedad que se vive con libertad y conciencia es liberadora. No es menos vida, no es una baja intensidad sino todo lo contrario. En realidad, quienes disfrutan más y viven mejor cada momento son los que dejan de picotear aquí y allá, buscando siempre lo que no tienen, y experimentan lo que es valorar cada persona y cada cosa, aprenden a tomar contacto y saben gozar con lo más simple (CARTA ENCÍCLICA LAUDATO SI'. 2015).

CONCLUSIÓN

Leer se aprende leyendo y pensar, pensando. Tantas ideas han quedado en el tintero, tanto por leer, queda mucho por desarrollar a partir de unos pocos conceptos que hacen a la profesión en un nuevo escenario mundial, en una nueva *ecuación civilizatoria* donde nada es lo que fue y nada de lo que fue será, realmente quedan ideas que desarrollar desde la profesión, como:

- ¿Cómo se fortalece la libertad en una sociedad acogotada por el poseer? ¿Qué es el bienestar desde la vivencia de las personas, en el norte y en el sur? ¿Cómo se da la cohesión social en donde lo único que une a la sociedad es el deseo de acumular?
- Cómo se encuentra nuestro Planeta en todo este proceso de producción, en donde estamos poniendo en riesgo las generaciones futuras, en donde el lucro apunta a una obsolescencia programada con todo lo que estamos consumiendo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazzo, W. (2017). *La producción científica y tecnológica dentro de una nueva ecuación civilizatoria*. Catedra: Ciencia, Tecnología y Sociedad, Modulo 2, Conacyt Paraguay.
- Bauman, Z. (2007). *Modernidad líquida* (1st ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- *CARTA ENCÍCLICA LAUDATO SI'* (2015). Ciudad de Vaticano: Iglesia Católica.

CUIDAR A QUIEN CUIDA SISTEMATIZACIÓN DE LAS FASES DE CUIDADO FAMILIAR EN SALUD Y SUS OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN PARA TRABAJO SOCIAL

TO TAKE CARE OF WHO CARES

*SYSTEMATIZATION OF PHASES OF FAMILY CARE IN HEALTH AND ITS
OPPORTUNITIES OF INTERVENTION FOR SOCIAL WORK*

Autoras

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES*

KETTY CAZORLA BECERRA**

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES*

*Académica e Investigadora. Escuela de Trabajo Social.
Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada
en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Doctora en
Ciencias de la Educación. Universidad de Barcelona.
E-mail: patricia.castaneda@uv.cl*

KETTY CAZORLA BECERRA**

*Académica e Investigadora. Escuela de Trabajo Social.
Universidad de Valparaíso. Trabajadora Social y Licenciada
en Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Magíster en
Salud Pública. Universidad de Valparaíso.
E-mail: ketty.cazorla@uv.cl*

*Artículo recibido el 10 de mayo de 2017 /
aceptado el 24 de agosto de 2017*

Resumen

El presente artículo expone los resultados de un proyecto de sistematización que tiene por objetivo identificar, caracterizar y validar las fases del cuidado familiar en salud y las oportunidades de intervención que pueden implementarse desde Trabajo Social, conforme las características de cada fase. Las fases del cuidado familiar caracterizadas y validadas corresponden a las siguientes: Primera Fase: Pre cuidador(a). Segunda Fase: Cuidador(a) incipiente. Tercera Fase: Cuidador(a) novel. Cuarta Fase: Cuidador(a) titular. Quinta Fase: Cuidador(a) terminal. Sexta Fase: Post cuidador (a).

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social –
Cuidador(a) Familiar -
Sistematización

Abstract

This article presents the results of a systematization project that aims to identify, characterize and validate the phases of family health care and the intervention opportunities that can be implemented from Social Work, according to the characteristics of each phase. The phases of family care characterized and validated correspond to the following: First Phase: Pre caregiver. Second Phase: Incipient Caregiver. Third Phase: novel Caregiver. Fourth Phase: headline caregiver. Fifth Phase: terminal Caregiver. Sixth Phase: Post caregiver.

KEYS WORDS

Social work - Caregiver
family - Systematizing

1.- ANTECEDENTES

El cuidador o cuidadora familiar en salud, o también llamado cuidador o cuidadora informal, es considerado un sujeto de intervención permanente para Trabajo Social, debido a su importancia central en el tratamiento efectivo de una enfermedad física o mental invalidante. Al respecto, si bien se cuenta con valiosos referentes respecto del tema, a partir de publicaciones científicas realizadas desde la perspectiva psicoterapéutica y de enfermería, se observan escasos aportes conceptuales, referenciales y de sistematización de experiencias en el tema desde la perspectiva social.

Conceptualizar el cuidado familiar implica distinguir el cuidado formal, que es sostenido por la perspectiva de enfermería, y el cuidado informal, que es ejercido por un familiar o persona significativa vinculada a la persona que debe ser cuidada (De La Cuesta, 2004, p. 138). Este tipo de cuidado informal, que para efectos de la presente sistematización será denominado como *cuidado familiar*, es definido por el autor norteamericano Ken Wright (1987, p. 01) como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Complementariamente, Figueroa (2012, p. 12) define los cuidados familiares como una serie de prácticas que se realizan para satisfacer las necesidades de carácter físico o emocional de otras personas.

Rodríguez (2004, p. 173) en el *Libro Blanco de la Dependencia*, dirigido a tratar el tema de la atención de personas en situación de dependencia en España, propone concebir el cuidado familiar como “el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración”. En esta misma línea de conceptualizaciones, Oliva Moreno (2009, p. 167), lo comprende como un “servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes generalmente no son profesionales y que no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios”. En relación con el primer punto, conviene distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades diarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, en acciones como comer, vestirse, bañarse, controlar esfínteres o trasladarse. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y

mantener una independencia, tales como cocinar, cuidar la casa, comprar, controlar sus medicinas y realizar gestiones económicas.

Así entonces, los autores revisados respecto del cuidado familiar, permiten identificar una síntesis conceptual que comprende las siguientes ideas clave:

- a. Prestación de cuidados de la salud a personas en situación de dependencia en diversos grados de invalidez.
- b. Se distinguen dos tipos de prestación, una dirigida al desarrollo de actividades básicas de la vida diaria y otra a actividades instrumentales.
- c. Se consideran aspectos afectivos y técnicos al momento de prestar el cuidado.
- d. El cuidado no corresponde a una instancia ocasional, ni se recibe retribución económica equivalente a una remuneración por realizarlo.

Estas características predominantes en la conceptualización del cuidado familiar evidencian la pertinencia de comprenderlo como un proceso heterogéneo, y no como un rol o una función estática. Coincidentemente, Chesla (citado en De la Cuesta, 2007, p. 109) refiriéndose a una investigación realizada en padres de hijos e hijas con enfermedad mental, propone cuatro tipos de cuidados familiares, los que corresponden a *i*) cuidado implicado, que se caracteriza por ser una extensión de las obligaciones familiares; *ii*) cuidado conflictivo, cuando produce insatisfacción y rabia; *iii*) cuidado gestionado, asociado a responsabilidades específicas con alto conocimiento especializado; y, *iv*) cuidado distanciado, en las ocasiones en que se delega a un tercer miembro familiar.

Esta diversidad de cuidados familiares representa para Trabajo Social una realidad permanente en su desempeño profesional en salud, que plantea el desafío de reconocer los diversos perfiles de las personas que realizan cuidados familiares que existen actualmente y los problemas que enfrentan cotidianamente, con el fin de permitir la emergencia del *cuidado del cuidador* como un tema relevante en su intervención social. La intervención de Trabajo Social será comprendida como el manejo especializado de repertorios técnicos y el acceso a una gama de recursos y beneficios que serán movilizados en relación con la necesidad o problema social que demanda ser intervenido. Una solicitud de atención social por parte del sujeto, desencadena en cada profesional una secuencia de toma de decisiones técnicas normativas asociadas a criterios y esquemas teóricos, conceptuales, metodológicos, de política pública y de gestión social que orientan los sentidos de la intervención hacia la superación de la situación problemática que dio origen a la demanda de atención (Castañeda, 2014, p. 45). En el contexto general de

salud y en el contexto particular del cuidado familiar, las oportunidades de intervención del Trabajo Social se insertan en el marco de Educación para la Salud, entendida como “la transmisión y recepción de conocimientos para paliar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud” (Valadez, 2004, p.47). Por consiguiente, pueden identificarse las siguientes oportunidades de intervención que constituyen el repertorio técnico en favor del *cuidado del cuidador*:

a) Consejería Informativa. Comprende la importancia de la familia en la asistencia sanitaria y promueve el apoyo familiar como soporte del individuo. Se recibe información del individuo y su contexto familiar y se proporcionan consejos o indicaciones que promueven el bienestar social de la familia (Salazar De La Cruz, 2013, p. 38).

b) Consejería familiar. Corresponde a la intervención dirigida a una familia que, como producto de una situación nueva - enfermedad seria o incapacitante, o evento estresante familiar- o de la acumulación de condiciones crónicamente nocivas, ha perdido su capacidad de adaptarse al entorno y desarrollar una homeostasis adecuada (Salazar De La Cruz, 2013, p. 39). Por lo tanto este tipo de consejería busca asesorar en la adaptación al cambio familiar, ya sea en el caso de crisis normativas como no normativas.

c) Estudios de Salud Familiar. Herramienta de intervención con énfasis en el diagnóstico focalizado, que puede ser definida como un tipo de investigación que toma a la familia como unidad de análisis para generar conocimientos sobre la relación de este grupo social con la salud de sus integrantes y de la población en su conjunto (Román – López, 2015, p. 296). Este estudio permite a cada profesional focalizar la investigación diagnóstica en favor de identificar los recursos familiares disponibles para el enfrentamiento del problema o crisis acontecida.

d) Talleres grupales. Dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida (Cano Menoni, 2012, p. 33). Esta instancia genera un espacio colectivo y territorial que fortalece los siguientes cuatro aspectos claves para el autocuidado: la contención emocional entre pares y con guía experta, la generación de aprendizajes significativos colaborativos, la vinculación con redes sociales que oferten apoyo material y el contacto con redes sociales que provean apoyo de tipo instrumental.

e) Gestión de redes de apoyo. Proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros integrantes desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser compartidos socialmente (Dabas, 1999, p. 3). Esta modalidad de intervención permite responder a problemas sociales y sanitarios multicausales, con un repertorio que considere las oportunidades de apalancamiento de recursos intersectoriales disponibles en la política pública.

f) Referencia y contrarreferencia institucional. Entendidas por el Ministerio de Salud (2017, p. 46) como el sistema de comunicación que permita que el sujeto fluya en forma segura y eficiente a través de esta red de programas e instituciones públicas y privadas. Particularmente la referencia corresponde a la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento derivado desde un establecimiento de menor resolutivez a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación del servicio. Por otro lado, la contrarreferencia es la respuesta de especialista, dirigido a cada profesional del establecimiento o servicio de origen, siendo un procedimiento mediante el cual se retorna al usuario o usuaria a la consulta profesional que inició la referencia. Con esto se pretende asegurar la calidad de la atención específicamente en lo referido al principio de continuidad de la prestación, buscando prevenir abandonos o deserciones.

g) Consulta de seguimiento. Entendida como aquella acción que garantiza la idoneidad y la alta adecuación entre la prestación real dada y la prestación proyectada (Leturia, 2015, p. 167). A ello se suma la motivación de supervisión del proceso intervenido profesionalmente, lo que representa un significativo aporte a la calidad de la atención.

2.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente artículo expone los resultados de una sistematización temática que se plantea como objetivo general identificar, caracterizar y validar las fases del cuidado familiar en salud y las oportunidades de intervención que pueden implementarse desde Trabajo Social, conforme las características de cada fase. La estrategia central de recolección de información corresponde a entrevistas con fines de sistematización en modalidades individuales y

grupales, aplicadas a profesionales de Trabajo Social del sector Salud, con al menos cinco años de experiencia directa en situaciones de cuidado familiar. Asimismo, se realizó una revisión documental de normativas ministeriales y sistemas de registros clínicos y sociales en instituciones de Salud asociados a cuidado familiar, que asumen la calidad de evidencias y respaldos para el análisis de casos presentado. La organización de la información se realizó en matrices analíticas, en las que se cotejaron las características de cada fase del cuidado familiar propuestas y sus oportunidades de intervención, desde los criterios técnicos de pertinencia y convergencia. Los resultados finales fueron confirmados con juicio experto temático, emitido por profesionales de Trabajo Social de Salud con experiencia relevante en el tema.

3.- RESULTADOS

El proceso de sistematización realizado, devela que las fases del cuidado familiar se reconocen a partir de dos criterios presentes en forma implícita en la experiencia. El primer criterio implícito corresponde a la tríada salud-enfermedad-muerte, entendida como un proceso lineal y progresivo que reconoce la ocurrencia potencial de evoluciones más caóticas. El segundo criterio implícito corresponde a las necesidades personales que presenta la persona que realiza el cuidado familiar para entregar un cuidado efectivo en el marco de la relación de la tríada salud-enfermedad-muerte. A partir de ambos criterios, se despliega un ciclo de seis fases propias del cuidado familiar, que avanza desde un primer momento en donde la persona cuidadora invisibiliza la necesidad inminente de cuidado, hasta un último momento en que la persona cuidadora requiere de un nuevo proyecto vital debido a que la tarea del cuidado ha finalizado. Las fases propuestas y validadas por la presente sistematización para este ciclo del cuidado familiar corresponden a las siguientes: *Primera Fase: Pre cuidador(a). Segunda Fase: Cuidador(a) incipiente. Tercera Fase: Cuidador(a) novel. Cuarta Fase: Cuidador(a) titular. Quinta Fase: Cuidador(a) terminal. Sexta Fase: Post cuidador (a).*

Ahora bien, estas seis fases propuestas para comprender el proceso que experimenta una persona que realiza cuidados familiares pueden ser consideradas al momento de diseñar una intervención profesional, teniendo presente que en cada fase se presenta el desafío de asumir una serie de oportunidades de intervención, asociadas a las características particulares de cada situación. Para cada fase del ciclo se presenta a continuación una característica general de la fase, una ilustración de caso que permita contextualizarla y las oportunidades de intervención que se generan a partir de las características presentes en cada fase.

PRIMERA FASE. PRECUIDADOS

Características de la fase:

En esta fase la enfermedad del familiar se encuentra en una posible primera sospecha o incipiente confirmación diagnóstica por parte del equipo de salud. Frente a ello, aparece una potencial persona cuidadora que presenta un nulo o bajo conocimiento de la necesidad del cuidado precoz del familiar, y no proyecta aún los efectos mediatos e inmediatos que trae consigo el deterioro progresivo de la salud del familiar. Debido a que la problematización se presenta muy incipientemente, no se evidencia la necesidad de prestar los cuidados propios demandados por una persona en un inicial deterioro de su salud, en el apoyo en actividades básicas de la vida diaria y otras de tipo instrumental. Además, no existe concepto de retribución o apoyo económico debido a la ausencia de la entrega de la prestación del cuidado. Esta fase puede caracterizarse como una relación de cuidado familiar distanciado.

Ilustración de un caso:

Sandra, de 55 años, soltera, con un hijo fallecido hace 6 años, desempleada, vive en calidad de allegada en casa de su madre, de 80 años, quien es viuda y diagnosticada con incipiente sintomatología de la primera fase de Alzheimer. La Sra. Sandra muestra resistencia a reconocer la sospecha diagnóstica, no asumiendo las primeras indicaciones entregadas por el equipo de salud para el mejor cuidado de su madre.

Oportunidades de intervención para Trabajo Social:

En esta etapa Trabajo Social enfrenta una primera oportunidad de intervención de consejería informativa en favor de la asimilación del requerimiento de asumir el rol de cuidador familiar. Asimismo, existe la oportunidad de realizar consejería familiar focalizada en la crisis no normativa en la dinámica familiar, en donde correspondería educar a la potencial persona cuidadora, y a su familia, en favor de identificar la necesidad de gestionar sus propios recursos para el adecuado desempeño del futuro rol.

SEGUNDA FASE. CUIDADOR(A) INCIPIENTE

Características de la fase:

La persona a cargo de los cuidados familiares en esta fase se enfrenta a una enfermedad confirmada, dando comienzo al proceso de *darse cuenta* de la necesidad de cuidados permanentes. Se adscribe al rol de cuidador(a) en el discurso, es decir, se inicia la identificación de las consecuencias mediatas e inmediatas de la enfermedad para la dinámica familiar. Sin embargo, aún no

se asume la práctica concreta del cuidado en ninguno de sus tipos, situación que más bien pudiera ser gatillada por un evento agudo de enfermedad física o mental. Con esto pudieran aparecer excepcionales instancias de cuidado con precario nivel técnico y sustentado más bien en el vínculo afectivo existente entre la persona cuidadora y su familiar. Además, existe la posibilidad de encontrar una exploratoria retribución o apoyo económico de parte de familiares u otros que complementen los recursos habituales de la familia. La presente fase hace alusión directa al tipo de cuidado familiar implicado.

Ilustración de un caso:

Violeta, de 26 años, soltera sin hijos, trabaja media jornada de niñera en casa particular. Vive en casa de su abuelo materno, de 79 años, recientemente diagnosticado con una diabetes mellitus tipo II. Violeta, una vez enterada del diagnóstico de su abuelo, muestra alta motivación por acompañarlo a cada control al que es citado, teniendo gran interés en comprender la actual condición de enfermedad que le aqueja, tras reciente y severo evento de descompensación en la vía pública.

Oportunidades de intervención para Trabajo Social:

Corresponden a la entrega de información en un nivel avanzado respecto de la enfermedad en cuestión y sus implicancias sociales, ya que se requiere de un mayor dominio de información del diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos. Por otro lado, también surge la oportunidad de realizar estudios de familia desde un enfoque bio-sicosocial; vale decir, valoraciones de la dinámica familiar, habitabilidad y contexto, redes sociales entre otros aspectos sociales que permitan sustentar una intervención en el tiempo. Asimismo, es pertinente considerar la gestión de redes sociales institucionales y organizacionales, tanto públicas como privadas, que faciliten el acceso oportuno a recursos materiales e instrumentales, con la finalidad de favorecer el correcto desempeño del rol del nuevo cuidador o cuidadora.

TERCERA FASE. CUIDADOR(A) NOVEL

Características de la fase:

El cuidador o cuidadora familiar debe lidiar en esta fase con una enfermedad en desarrollo inicial que cuenta con tratamientos asignados, debiendo tomar la explícita decisión de asumir el rol de cuidador(a) familiar, tanto en el discurso como en la práctica. Con ello se modifica su estilo de vida habitual, propiciando la entrega de prestaciones de cuidado en las actividades básicas de la vida diaria e instrumental. Destaca en esta etapa la búsqueda de información más especializada y de la gestión de redes sociales públicas

y privadas que propician un cuidado familiar más técnico, que se mezcla con lo afectivo. Puntualmente comienzan a gestionarse apoyos económicos informales entregados por familia y amigos; y los apoyos económicos formales, como los estipendios, que buscan “retribuir monetariamente a la persona que realiza la labor de cuidador de personas con dependencia severa a través de todo el ciclo vital y que cumpla con criterios de inclusión y compromisos adquiridos” (MINSAL, 2014, 9). En esta fase el tipo de cuidado familiar posee características de implicado.

Ilustración de un caso:

Eugenia, de 37 años, casada, madre de tres hijos (de 10, 7 y 3 años), dueña de casa, habita vivienda propia junto a sus hijos y cónyuge de 41 años, quien se desempeña como funcionario público. Recientemente su segundo hijo es diagnosticado con una primera fase de un agresivo cáncer infantil. La madre asume rápidamente las funciones de cuidadora principal del niño enfermo y demanda información sobre la enfermedad y asesoría social para evaluar las implicancias del diagnóstico en el ámbito familiar, escolar y de protección social.

Oportunidades de intervención para Trabajo Social:

En esta fase corresponde el desarrollo de talleres grupales entre cuidadores que comparten un mismo territorio o jurisdicción del establecimiento de salud, para propiciar el apoyo recíproco entre pares, además de la construcción colaborativa de estrategias innovadoras de cuidado familiar que consideren las oportunidades del espacio compartido. También es posible visualizar la necesidad de realizar consejería familiar a la persona cuidadora y sus familiares, en favor de que se diseñe un desempeño desde lógicas del autocuidado y de rotación de personas cuidadoras, con la finalidad de entrenar tempranamente la capacidad de complementar tareas y responsabilidades comunes, con el objetivo de prevenir futuras apariciones de síndrome de sobrecarga de la persona cuidadora o *bournot*.

CUARTA FASE: CUIDADOR(A) TITULAR

Características de la fase:

En la presente fase la persona cuidador(a) se enfrenta a una enfermedad en evolución que propicia la consolidación de su rol de cuidador(a) familiar, debiendo dominar definitivamente la acción de prestar el cuidado requerido, tanto en actividades básicas de la vida diaria y de tipo instrumental. Con ello, se promueve un mayor estándar técnico y, paralelamente, se anticipan potenciales complicaciones iniciales en la vinculación afectiva con el familiar

a cuidar, propiciado por el riesgo de la sobrecarga de la persona cuidadora. Además, se mantiene la necesidad de apoyo económico informal y formal que facilite el acceso oportuno a tratamientos, ayudas técnicas, traslados u otros. En esta fase el cuidador realiza un tipo de cuidado familiar gestionado.

Ilustración de un caso:

Regina, de 52 años, dueña de casa, hace 30 años convive con su pareja de 54 años, se encuentra a cargo del cuidado de su hijo de 29 años, diagnosticado hace 8 años con trastorno mental grave. Viven ambos padres y su único hijo en vivienda propia, con baja interacción con familia extendida o grupo de amigos. Desde el inicio de la enfermedad Regina se ha responsabilizado de los cuidados de su hijo, quien reiteradamente abandona tratamientos, generando episodios de descompensación severos. Solo cuentan con los ingresos del padre del hogar, el que supera levemente el sueldo mínimo y la pensión de invalidez que aporta el hijo a causa de su diagnóstico de salud mental.

Oportunidades de intervención para Trabajo Social:

Esta etapa ofrece la posibilidad de focalizar la intervención en gestión de redes pertinentes y generación o fortalecimiento de talleres grupales con enfoque territorial, ya identificados en la fase anterior. De manera prioritaria se debe realizar el seguimiento de las acciones de reorganización y ajuste de la rutina de cuidado familiar, con la finalidad de prevenir factores de riesgo propicios en esta etapa como son el maltrato hacia el familiar dependiente y el síndrome de sobrecarga del cuidador. Se destaca también la oportunidad de desarrollar referencias y contra-referencias dentro del sistema de salud y en el respectivo intersector de salud, en favor de gestionar hospitalizaciones y tratamientos de alta complejidad, que suelen intensificar su ocurrencia en esta fase.

QUINTA FASE. CUIDADOR(A) TERMINAL

Características de la fase:

La persona cuidadora en fase terminal se enfrenta a una severa situación de enfermedad avanzada que requiere la inclusión de cuidados paliativos especializados. Frente a ello, existe una alta exigencia en la entrega de cuidados familiares tanto en el apoyo en actividades básicas de la vida diaria y otras de tipo instrumental, apareciendo la urgencia de relevos de cuidadores secundarios y terciarios, en caso de ser posible. El cuidado familiar alcanza su mayor nivel técnico y se entrecruza con una compleja demanda emocional, la que al menos enfrenta dos variantes: la muerte próxima o la posibilidad de recuperación en situaciones de excepción. Para el cuidador

o cuidadora terminal es posible que se presente un cuidado familiar mixto con características de cuidado gestionado y cuidado conflictivo.

Ilustración de un caso:

José, de 68 años, jubilado, en etapa familiar de nido vacío, habita departamento propio, cuida a su cónyuge de 62 años, quien se encuentra en etapa avanzada de cáncer mamario y ya fue referida desde el hospital para recibir los cuidados paliativos en el domicilio. El matrimonio cuenta con cuatro hijas y un hijo que habitualmente le visitan para colaborar en las labores del cuidado de su madre. Hace 4 años que el adulto mayor se encuentra a cargo del cuidado de su cónyuge y muestra síntomas de Burnout.

Oportunidades de Intervención para Trabajo Social:

Desarrollar gestión de redes sociales de apoyo para sostener la demanda económica que gatilla la alta complejidad de las prestaciones y el equipamiento del cuidado en el hogar, vinculando al cuidador con programas que propicien el morir en la mayor dignidad posible. En el caso de que la enfermedad conlleve a la muerte se debe realizar una consejería informativa a la persona cuidadora, para instruir respecto de procedimientos administrativos inherentes al fallecimiento, además de gestionar las redes sociales pertinentes relativas a temáticas de herencias, cese de deudas, rescate de pensiones, entre otras diligencias socio-jurídicas.

SEXTA FASE. POST CUIDADOR(A)

Características de la fase:

La persona cuidadora que se encuentra en esta etapa ha debido enfrentar un doble duelo, respecto de la pérdida del ser querido y la pérdida del rol de cuidador(a). Esta etapa tiene por propósito alcanzar la reintegración social del cuidador, debiendo reorganizarse la rutina diaria y resignificando del cuidado del otro y del autocuidado. Queda acumulado un saber práctico experto en cuidado familiar que convive con una emocionalidad ambivalente frente a la pérdida, fluctuando entre variadas emociones, pudiendo conllevar al riesgo de asumir nuevos cuidados con otras personas. Puede presentarse en esta fase características del cuidado conflictivo.

Ilustración de un caso:

Inés, de 66 años, soltera, sin hijos, activa laboralmente en empresa portuaria, cuenta con vivienda propia. Hace 3 meses ha iniciado el duelo por la muerte de su madre, quien tenía 89 años, a quien entregaba cuidados familiares hacía 10 años debido a su progresiva dismovilidad, causada por un accidente

vascular encefálico. En este cuidado familiar la secundaba su hermana, de 64 años, quien solo actuaba en situación de reemplazo. La Sra. Inés declara que anteriormente también dedicó esfuerzos a cuidar a su padre y a su sobrino con padres ausentes. Actualmente presenta retraimiento social y baja motivación de proyecto vital, asociado a inminente duelo y próxima jubilación.

Oportunidades de intervención para Trabajo Social:

Implementación de la consejería familiar por doble duelo reciente, con el objetivo de proyectar las etapas del duelo y los ajustes familiares sugeridos para cada etapa. A ello se complementa el desafío de gestionar redes sociales institucionales, organizacionales y de grupo primario, con el objetivo de prevenir la dinámica de aislamiento social que afecte directamente la calidad de vida del post cuidador. Asimismo, es posible considerar realizar una consulta de seguimiento al post cuidador(a), para otorgar continuidad de la atención social en favor de revitalizar factores protectores que le motiven a un nuevo proyecto vital, evitando factores de riesgo que lo obstaculicen.

Cabe señalar que la propuesta de fases del cuidado familiar, basada en los criterios implícitos señalados y que corresponden a *i)* la tríada salud-enfermedad-muerte, entendida como un proceso lineal y progresivo; y *ii)* las necesidades personales que presenta el cuidador familiar para entregar un cuidado efectivo en el marco de la relación de la tríada; no agota la totalidad de posibilidades de combinación del valor de ambos criterios, siendo recomendable considerar la manifestación de interfaces o combinaciones de fases que den cuenta de la heterogénea y dinámica forma del desempeño de la persona cuidadora. En este mismo tenor, es posible visualizar que la lógica de progresión lineal del proceso no pretende ser absoluta ni exhaustiva. Con ello, es factible entonces encontrar patrones de personas cuidadoras que presentan recaídas y/o estancamientos en diversas fases.

4.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El proceso de sistematización realizado ha permitido confirmar que el concepto de cuidado familiar corresponde a un proceso que considera paralelamente tanto aspectos afectivos como técnicos, que se entrecruzan con énfasis distintos en cada fase. El aspecto técnico tiende a presentarse en un nivel mínimo al inicio del proceso, desarrollándose un progresivo aumento de la cantidad y calidad del conocimiento y habilidades que el cuidador (a) demuestra en las últimas etapas. A su vez, el aspecto afectivo carece de un comportamiento lineal, presentándose irregular y altamente determinado por el tipo de vínculo previo establecido entre el cuidador o cuidadora y el familiar a cargo. Estos dos aspectos se retroalimentan entre sí en forma

permanente, convirtiéndose en antecedentes para considerar al momento de intervenir socialmente a la persona que cuida, ya que de acuerdo con la combinación que asuman los aspectos técnicos y afectivos podrán influir en la oportunidad de potenciar o perjudicar la calidad del cuidado demandado.

En este sentido, las prácticas de intervención dirigidas a abordar el estrés de la persona cuidadora (o *Bournot*) desde una perspectiva segmentada u ocasional, que no consideran la fase específica en la que se encuentra el cuidador o cuidadora, ni analizan la relación entre los aspectos técnico y afectivo, producen un abordaje estandarizado, altamente rutinizado y de baja complejidad, que no se hace cargo efectivamente de las necesidades y demandas de la persona cuidadora. Dicho de otro modo, las intervenciones sociales propuestas para un cuidador o cuidadora familiar como sujeto de atención no debieran responder a un solo formato, sino que deberían contemplar un repertorio de alternativas de intervención que complementen las lógicas individuales, familiares, grupales y territoriales-ciudadanas, según sean las necesidades familiares de la persona dependiente. Si bien los espacios de encuentro pueden ofrecer un potencial de apoyo mutuo válido, este debe apalancarse con instancias de intervención social específicas que satisfagan las necesidades que van apareciendo en cada fase propuesta.

Así entonces, el habitual taller grupal de cuidadores(as) realizado para abordar el síndrome de estrés del cuidador o cuidadora o *Burnout*, puede diversificarse para realizar, en su lugar, talleres grupales de familias de cuidadores, que comparten una misma territorialidad, propiciando la oportunidad de asociar los intereses de familias que no solo pudieran compartir factores de riesgo, sino también factores protectores. Esta se convierte así en la intervención ancla, a la que convergen otras prestaciones en paralelo, como control grupal médico de todas las personas presentes; consejerías familiares de familias que comparten la misma fase o con fases complementarias para su mutuo apoyo; gestión de redes institucionales que integre las lógicas de casuística individual con lógicas de agrupación territorial ciudadana; la vinculación con organizaciones sociales que provean de contacto de vecinos (as) que voluntariamente roten el rol de cuidador o cuidadora secundario(a), entre las variadas posibilidades que pudiesen implementarse en esta línea.

A modo de conclusión, puede plantearse que las fases propuestas permiten resignificar la clásica diada de salud-enfermedad para comprender los procesos sanitarios, avanzando a la triada salud-enfermedad-muerte, en que se reconoce efectivamente una tercera etapa final generalmente obviada, negada u olvidada en los afanes del cuidado familiar. Asimismo, al integrar las principales necesidades de intervención social que presenta la persona cuidadora, y las características del rol de cuidador(a) familiar, es posible configurar la siguiente síntesis conceptual.

MATRIZ N°1 SINTESIS CONCEPTUAL

TRIADA SALUD-ENFERMEDAD-MUERTE	FASES DEL CUIDADO FAMILIAR	NECESIDADES DEL CUIDADOR(A) FAMILIAR	ROL DEL CUIDADOR(A) FAMILIAR
Salud	Primera Fase Precuidado	Orientación en aspectos afectivos del cuidado	Evaluación inicial del rol de cuidador(a) familiar
Enfermedad	Segunda Fase Cuidador(a) Incipiente	Formación sanitaria genérica en aspectos técnicos. Orientación en aspectos afectivos del cuidado.	Evaluación definitiva de las implicancias de asumir el rol de cuidador (a) familiar.
	Tercera Fase Cuidador (a) Novel	Habilitación sanitaria especializada en aspectos técnicos. Orientación aspectos afectivos del cuidado	Rol de cuidador(a) familiar asumido.
	Cuarta Fase Cuidador(a) Titular	Habilitación sanitaria especializada en aspectos técnicos. Contención afectiva.	Rol de cuidador(a) familiar consolidado.
Muerte	Quinta Fase Cuidador(a) Terminal	Contención sanitaria en aspectos técnicos. Contención afectiva.	Rol de cuidador(a) familiar en condiciones de alta exigencia.
	Sexta Fase Post cuidador(a)	Contención afectiva.	Cese del rol de cuidador(a) familiar.

Fuente: elaboración propia a partir de resultados de sistematización.

Finalmente, se reconoce que un cuidador o una cuidadora familiar representa un invaluable aporte en dignidad y afecto en la atención de alta exigencia que representa una enfermedad física o mental invalidante. Por consiguiente, constituye un sujeto de intervención clave, a partir de quien es necesario favorecer una reflexión profesional que prevenga la tendencia de enquistar los antecedentes sociales en una tangencial información de contexto, y avanzar en un nuevo posicionamiento de la persona que realiza cuidados familiares, protegiendo su propia inclusión social y garantizando

su derecho a una salud integral, equitativa y de calidad. Por consiguiente, las oportunidades de intervención de Trabajo Social con la persona responsable del cuidado familiar, traducen la preocupación profesional respecto de *cuidar a quien cuida*, en el desempeño de un importante y desgastador rol, para el que ningún sistema de Salud puede garantizar un servicio en condiciones de cobertura total.

Valparaíso, Otoño del 2017

BIBLIOGRAFÍA

- Cano Menoni, J. A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2.
- Cuesta Benjumea, C. D. L. (2004). *Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura*.
- Dabas, E., y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. Córdoba, Argentina, Escuela de negocios FUNCER, Universidad Nacional de Córdoba, 3. Ferré-Grau C; Rodero-Sánchez V; Cid-Buera D; Vives-Relats C; Aparicio-Casals MR. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. Tarragona: Publidisa.
- Figueroa Perea, J., y Flores Garrido, N. (2015). Prácticas de cuidado y modelos emergentes en las relaciones de género. La experiencia de algunos varones mexicanos. *Revista de Estudios de Género*, La Ventana E-ISSN: 2448-7724, 4(35), 7-57. Recuperado de <http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LV/article/view/723/707>. Visitado el 3 de junio de 2017.
- González Benítez, Idarmis (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 270-276. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So86421252000000300010&lng=es&tlng=es. Visitado el 6 de junio de 2017.
- Juan-Porcar, M., Guillamón-Gimeno, L., Pedraz-Marcos, A., y Palmar-Santos, A. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 23, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 352-360. Universidade de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 352-360. Visitado el 3 de junio de 2017.
- Leturia, M., Aldaz, E., Uriarte, A., Salazar, J., Allur, E., Iribar, J., y Benedicto, Z. *Modelo de seguimiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar*.

- MINSAL (2014). Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, Recuperado de [file:///C:/Users/Miguel%20Alvarado/Desktop/UV%202017/articulo/Cuidador/Orientacion%20tecnica%20programa%20de%20atencion%20domiciliaria%20a%20personas%20con%20dependencia%20severa.%20MINSAL%20Chile%202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Miguel%20Alvarado/Desktop/UV%202017/articulo/Cuidador/Orientacion%20tecnica%20programa%20de%20atencion%20domiciliaria%20a%20personas%20con%20dependencia%20severa.%20MINSAL%20Chile%202014%20(1).pdf). Visitado el 8 de junio de 2017.
- MINSAL (2017). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf>. Visitado el 3 de junio de 2017.
- Moreno, J. O., y Guerrero, R. O. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presup. Gasto Público*, 56, 163-81.
- Raffo, S. (2005). Intervención en crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campo Sur. *Apuntes*. Universidad de Chile.
- Rodríguez, A. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Recuperado en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>. Visitado el 6 junio de 2017.
- Román-López, C. A., Angulo-Valenzuela, R. A., Figueroa-Hernández, G., y Hernández-Godínez, M. D. L. Á. (2015). El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica MD*, 6(4), 294-300.
- Salazar de la Cruz, Miriam y Jurado-Vega, Arturo (2013). Niveles de Intervención Familiar. *Acta médica peruana*, Lima, v. 30, n. 1, enero. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172013000100007&lng=es&nrm=iso. Visitado el 5 de junio de 2017.
- Valadez, I. F., Farías, M. V., y Alfaro, N. A. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1(6), 43-48.
- Wright, K. (1987). *The economics of informal care of the elderly*. University of York, Centre for Health Economics.
- Zárata Grajales, Rosa A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*. Recuperado en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100009&lng=es&tlng=es. Visitado el 8 de junio de 2017.

PERCEPCIÓN DEL ESTUDIANTE ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN SU FORMACIÓN PROFESIONAL COMO LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

*PERCEPTION OF THE STUDENT ABOUT THE PARTICIPATION OF
THE FAMILY IN THEIR VOCATIONAL TRAINING AS A GRADUATE IN
SOCIAL WORK OF THE UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN*

Autoras

CLAUDIA ISABEL TZEC PUCH*

GABRIELA ISABEL VÁZQUEZ DÍAZ**

SILVIA ANDREA SERRANO PADILLA***

ALEJANDRA VIANNEY ARELLANO SIERRA****

CLAUDIA ISABEL TZEC PUCH*

*Mexicana, Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma de Yucatán.
Correo electrónico: claudia.tzec@correo.uady.mx*

GABRIELA ISABEL VÁZQUEZ DÍAZ**

*Mexicana, Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma de Yucatán.
Correo electrónico:gabriela.vazquez@correo.uady.mx*

SILVIA ANDREA SERRANO PADILLA***

*Mexicana, Licenciada en Psicología, Facultad de Enfermería, Universidad
Autónoma de Yucatán. Correo electrónico: andrea.serrano@correo.uady.mx*

ALEJANDRA VIANNEY ARELLANO SIERRA****

*Mexicana, Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma de Yucatán.
Correo electrónico:alejandra.arellano@correo.uady.mx*

Resumen

En México existe una gama de estudios y programas enfocados en la familia y educación; sin embargo, estos se centran únicamente a los niveles básicos de educación, descuidando de alguna manera el nivel superior.

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como propósito conocer la percepción del estudiante acerca de la participación familiar en su formación profesional como Licenciado en Trabajo Social de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán (FEUADY), con el fin de contribuir al desarrollo humano de los estudiantes en su proceso educativo.

La participación de la familia en la educación, según Guerra (2013), “es un tema que debe ser abordado desde la visión del trabajador social, ya que tanto la familia como la escuela son contextos esenciales para el desarrollo humano” (p. 93). No obstante, la ausencia de acciones entorno a la familia y la baja incidencia de trabajadores sociales en el nivel superior han obstaculizado este desarrollo.

La metodología utilizada para esta investigación fue de corte cualitativo y tipo descriptivo, utilizándose las técnicas de grupos de enfoque y entrevistas individuales. En los resultados los estudiantes mencionaron que perciben como importante la participación de la familia en su formación profesional, ya que esta, al ser su seno primario, le otorga ayuda, orientación, soporte y afecto. Sin embargo, falta reforzar este proceso mediante la comunicación y crear un vínculo entre ambas instituciones educadoras.

PALABRAS CLAVE

vida universitaria,
educación, desarrollo.

Abstract

In Mexico, there is a range of studies and programs focused on family and education; However, these focus only at basic levels of education, neglecting in some way the higher level.

Therefore, the present study aimed to know the student's perception about the participation of the family in their professional training as a graduate in Social Work of the Nursing Faculty, Universidad Autónoma de Yucatán (with its acronym in spanish FEUADY), to contribute to human development and quality of life of the students about the participation of their families in their educational process.

The family involvement in education, according to Guerra (2013) "is an issue that must be approached from the perspective of the social worker, since both family and school are essential context for human development" (p. 93); However, the absence of actions around the family and the low incidence of social workers in the upper level have hampered this development.

The methodology used for this research was qualitative cut descriptive using the techniques of focus groups and individual interviews. In the results the students mentioned that they perceive as important the participation of the family in their professional training, since this being their primary sine gives them help, guidance, support and affection. However, it is necessary to strengthen this part through communication and create a link between both educational institutions.

KEYS WORDS

Universitary, Education, Development.

1. ANTECEDENTES

A nivel internacional, nacional y estatal existen diversos estudios enfocados en la participación de la familia en la educación, la mayoría centrados en la educación básica (preescolar, primaria y secundaria) y muy escasos a nivel de educación superior.

En el plano internacional, se registra un estudio enfocado en la familia y su participación en la universalización de la Educación Superior realizado en Cuba, donde se recomienda:

Experimentar alternativas de relación de la universidad con la familia más allá de la información del desempeño académico de sus miembros; desarrollar sesiones de trabajo con los estudiantes sobre las posibilidades de mantener o mejorar la percepción de la familia y recoger las opiniones de los propios estudiantes sobre estas formas de relación con los padres en este nivel universitario (Solernou, 2013, p. 62-63).

En el nivel regional, se puede mencionar un estudio enfocado en estudiantes de Licenciatura en Trabajo Social, de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), donde se recomienda “incluir a las familias de los estudiantes universitarios en el proceso de enseñanza-aprendizaje, puesto que estos expresan asociar su bienestar y confianza con la palabra familia” (Vázquez, 2014, p.97).

Ambos estudios de corte cuantitativo coinciden en que debe existir un análisis de datos de profundidad para conocer la percepción del universitario ante el tema de la familia y la educación superior, ya que ellos asocian su bienestar y felicidad con el concepto familia.

La ausencia de la participación de la familia en el proceso educativo del estudiante universitario es visible en los programas que el sistema educativo ha implementado en los últimos años en México. Estos se han centrado únicamente al nivel básico, dejando de lado el nivel medio superior y superior. Las investigaciones e intervenciones que se realizan en este nivel se limitan principalmente al aula y están dirigidas únicamente al estudiante, sin considerar su entorno socio familiar, lo que implica una inadecuación entre las acciones en pro de la familia y el contexto universitario.

Existe una extensa literatura internacional sobre los factores que afectan el rendimiento escolar, sin embargo en ella se extraña un interés integral por el desarrollo personal del estudiante (entorno socio-familiar), enfocada como está en lo estrictamente académico.

A partir de los estudios antes mencionados es que surge el interés por indagar cuál es la percepción del estudiante acerca de la participación de la familia en su formación profesional como Licenciado en Trabajo Social de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán.

2. MARCO CONCEPTUAL

Para esta investigación se considera *percepción* lo que según Luria (1994) corresponde al proceso estrechamente relacionado con la activación de las pautas de la experiencia anterior, con el cotejo de la información que llega al sujeto y las representaciones anteriormente formadas (p. 61). Además, se entenderá como estudiante a aquellos universitarios matriculados pertenecientes al programa educativo Licenciatura en Trabajo Social, FEUADY. Finalmente, nos apegaremos a la definición de participación de la familia en la educación según la UNESCO (2004), donde se menciona lo siguiente:

Participación de la familia en la educación es entendida como la posibilidad de incidir, de decidir, de opinar, de aportar, de disentir y de actuar en diversos campos de la educación, acordados previamente y de común acuerdo entre docentes, padres y otros agentes educativos, con funciones definidas y comprendidas por ambos (p. 28).

2.1. Marco teórico

Para este apartado se tomará como referencia a Sampieri (2010), quien menciona:

En ésta [el marco teórico] se incluyen y comentan las teorías que se manejaron y los estudios previos que fueron relacionados con el planteamiento, se hace un sumario de los temas y hallazgos más importantes en el pasado y se señala cómo nuestra investigación amplía la literatura actual (p. 351).

2.2 Participación de la familia en la escuela

Al respecto, Domínguez (2010) menciona:

Si las familias participan en la educación de sus hijos, actividades escolares y se involucra con la tarea, los hijos/as tendrán más oportunidades de sobresalir académicas. Y debido a esto, debería existir un vínculo entre la familia y la escuela (p. 13).

Este mismo autor (Domínguez, 2010) propone estrategias que se pueden usar para conseguir implicar a la familia en las escuelas:

Proponerles cuestiones que sea de interés de los padres y relacionado con sus preocupaciones hacia sus hijos y su educación; fomentar actividades creativas para los estudiantes donde los padres participen y las encuestas es una forma también de mostrarles a los padres que interesa su opinión y que se les toma en cuenta (p. 13).

Implicar a la familia en el proceso educativo no depende únicamente de la escuela, sino también del interés que demuestren los padres de familia ante esta implicación y “de la medida en que los propios padres se integren a las nuevas necesidades de sus hijos” (Solernou, 2013.p.2).

La familia, en el nivel superior, desempeña su rol de manera diferente a como lo fue en el nivel básico y medio. Solernou (2013) señala:

A esta nueva etapa de la vida corresponde un nuevo sistema de organización y comunicación de las influencias educativas, donde se incluye el nexo hogar-escuela, que histórica, pero falsamente parece haberse roto cuando el hijo o hija termina la educación de nivel medio (p.2).

Aunado a lo anterior, existiría un

Punto medio entre los jóvenes desvinculados totalmente de su familia y el otro extremo en que los jóvenes son totalmente dependientes y a veces sobreprotegidos por la familia. La idea es que al lograr el “punto medio” sea establecido la relación universidad familia (Solernou, 2013, p.3).

2.3 Modelos de participación familiar

Según Domínguez (2010),

La participación o involucramiento de la familia en la escuela no solo se refiere a las reuniones de padres de familia para tratar asuntos académicos, sino a las actividades que se propongan (eventos extracurriculares) y que propicien una relación de confianza y ayuda entre los padres y los profesores/as (p. 1);

A continuación, se presentan dos modelos de participación familiar en la educación de los hijos.

El primero, propuesto por Flamey, G., Gubbins, V. y Morales, F. (1999, citado en Parra, 2004, p. 9), menciona que la participación de los padres en la institución educativa puede adquirir distintas funciones, contenidos y responsabilidades, dependiendo del grado de implicación considerado. Para

ello, se pueden distinguir cinco niveles posibles de participación: informativo, colaborativo, consultivo, toma de decisiones en relación a objetivos, acciones y recursos; y control de eficacia, enlistados en orden creciente.

1. Informativo. La escuela proporciona información relevante al padre y/o la madre de familia acerca del desempeño académico, personal y del proceso educativo escolar del estudiante.
2. Colaborativo. La escuela permite que el padre y/o madre de familia coopere en actividades escolares que demande la escuela.
3. Consultivo. La asociación de padres y madres de familia desempeña el rol de consultor ante diversos temas que impliquen el proceso educativo del estudiante.
4. Toma de decisiones en relación a objetivos, acciones y recursos. En un primer subnivel, en él se incorporan con derecho a voz y voto a los representantes padres y/o madres de familia en la toma de decisiones de la escuela.
5. Control de eficacia. Se complementa con los niveles anteriores El padre y/o madre de familia desempeña el rol de supervisor para verificar el alcance del plan de estudios del programa educativo.

El segundo modelo de participación es el de Epstein, J. *et al.* (2002, citado en Sánchez, et. al., 2010, p. 3). Este propone organizar actividades que involucren a la familia en diferentes momentos y espacios, de acuerdo al contexto del hogar, escuela y comunidad, integrando la participación e interacción de los padres en seis dimensiones: crianza, comunicación, voluntariado, aprendizaje en la casa, toma de decisiones y colaboración con la comunidad.

1. La crianza. Apoyo y comprensión por parte de los padres y/o madres de familia hacia el proceso educativo que atraviesa el hijo/a, generando en el hogar un ambiente que refuerce su rol de estudiante.
2. Comunicación. Comunicación efectiva entre la escuela y el padre y/o madre de familia acerca del programa educativo y el progreso por el cual atraviesa su hijo/a.
3. Voluntariado. Apoyo en las actividades y/o eventos en los que participe el estudiante y demande la escuela.
4. Aprendizaje en la casa. Comunicar a los padres y/o madres de familia las estrategias para orientar y ayudar los estudiantes en su proceso educativo.
5. Toma de decisiones. Apertura para que los padres y/o madres de familia participen en la toma de decisiones de la escuela.
6. Colaboración con la comunidad. Trabajar de manera integral con la comunidad, escuela y padres /o madres de familia a fin de beneficiar a cada contexto.

2.4 La importancia de la familia en el proceso educativo

“La educación es un proceso muy largo que comienza siendo impartida por la familia y luego la escuela y se necesita de ambas partes para conseguir un pleno desarrollo educativo y personal del estudiante” (Domínguez, 2010, p. 1). El tema de la educación debe ser abordado en conjunto con la familia, ya que ambas instituciones tienen un objetivo común el cual es la educación y formación de la persona. Alcántara (2009) menciona que “la familia es considerada como institución social que puede corregir, reafirmar y ampliar valores a sus miembros haciéndoles participar de nuevas experiencias con otros” (p. 2). Así, si la escuela y la familia se integran para el proceso educativo del estudiante, ambas podrán fortalecer dicho proceso.

Por otra parte, Solernou (2013) menciona que, en el nivel superior, “los universitarios reconocen como positiva la influencia de la familia dentro de su ámbito escolar” (p. 5). La participación de la familia en el ámbito escolar beneficia tanto al estudiante como a la institución educadora inclusive a nivel superior.

2.5 Principales estudios sobre familia y educación

En el año 2008 (Rodríguez, Herrera, *et al.*) se realizó una investigación en España sobre el valor de la familia en estudiantes universitarios, donde se menciona que “los jóvenes consideran a la familia como la institución primordial, la cual ocupa un lugar privilegiado en la orientación de sus vidas, y un espacio que proporciona un alto grado de estabilidad” (p. 227).

Además, relevamos un estudio sobre la familia y su participación en la universalización de la Educación Superior, realizado por Solernou (2013), cuyo objetivo es argumentar el papel de la familia en el desempeño académico del estudiante universitario. Dentro de las variables, está la percepción familiar, entre otras de tipo académico.

2.6 Trabajo Social en la educación

En el área de intervención educativa del Trabajador Social, Silvia Galeana de la O. (2004) menciona que, dentro de la función de programación, educación y orientación social, se deben llevar a cabo las siguientes acciones:

Elaborar programas de atención y apoyo social que refuercen el proceso enseñanza-aprendizaje; coordinar acciones relativas a la formación y consolidación de escuelas para padres y; realizar acciones de capacita-

ción social sobre la familia y el entorno comunitario como elementos determinantes en el proceso educativo (p. 149).

Con lo anterior, se puede reforzar el hecho de que el presente estudio responde a la necesidad de comprender el lado personal que atraviesa el estudiante en el proceso de su educación profesional.

La familia es vista, desde el trabajo social, de acuerdo con Caballero y Guzmán (2003), como la institución social que “[...] responde a las necesidades sociales y educacionales, y al mismo tiempo se establece como el puente natural de conexión del individuo con el entorno social” (p. 198). No obstante, en México la reforma educativa realizada en 2013 concuerda con que los padres son los responsables de la educación de sus hijos. Ambas posturas coinciden en que la familia es formadora en la educación de sus integrantes.

3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para este estudio se utilizó la metodología cualitativa de tipo descriptivo, ya que esta metodología permite acercarnos de mejor manera a la pregunta de investigación planteada. De acuerdo con Sampieri (2010), “este enfoque permitirá explorar el fenómeno en profundidad, analizar múltiples realidades subjetivas, profundizar en los significados, así como contextualizar el fenómeno”. En relación con Trabajo Social, Bautista (2004) menciona que “es una disciplina cuya posibilidad de construcción teórica radica en su vinculación directa con la sociedad, por medio de la investigación para la intervención y de la investigación para la elaboración teórica”.

El tipo de selección para los sujetos de investigación fue la de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se eligió dicha población por conveniencia, ya que los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social se encuentran en un espacio determinado de la facultad y en horarios establecidos, lo que facilita el trabajo con los mismos. La población con la cual se trabajó correspondía a estudiantes de segundo (tres), cuarto (cinco) y sexto (cuatro) semestre de la Licenciatura en Trabajo Social de la FEUADY en el periodo escolar agosto-diciembre 2014.

Para la recolección de los datos, hubo dos momentos, entrevistas de manera grupal e individual: (a) Grupos de enfoque y (b) entrevistas individuales.

a) Grupos de enfoque

El primer grupo de enfoque se llevó a cabo en las instalaciones de la Facultad de Enfermería, UADY. A esta sesión asistieron cinco participantes, uno de primer semestre, dos de tercer semestre y dos de quinto semestre. Duró 52 minutos.

El segundo grupo de enfoque se llevó a cabo en las instalaciones de la biblioteca de la salud, UADY. A esta sesión asistieron siete participantes, dos estudiantes del primer semestre, tres de tercero y dos de quinto. Duró 81 minutos.

En ambos se contó con la presencia de un profesional en Trabajo Social, docente de la FEUADY, cumpliendo con el rol de testigo.

Las sesiones se llevaron a cabo mediante un orden del día. Primeramente, el investigador dio la bienvenida a los participantes, explicando la dinámica de la sesión y el tema a abordar, siguiendo con la lectura y firma del consentimiento informado. Acto seguido, se presentó a los participantes y se utilizó la guía del grupo de enfoque que estaba estructurada en torno a cuatro preguntas que, en general, cuestionaban la percepción ante la participación de la familia en el proceso educativo a nivel superior.

Al finalizar la ronda de preguntas, el testigo elaboró, mediante un formato designado por el investigador, un informe final sobre la sesión al posteriormente se dio lectura con el fin de retroalimentar la sesión y aclarar ciertos puntos.

b) Entrevistas individuales

Para la entrevista individual semi-estructurada se trabajó con seis estudiantes (dos por semestre). Estos participantes se eligieron porque demostraron apertura en los grupos de enfoque, es decir fueron participantes activos a lo largo de la sesión.

En cada entrevista se firmaron consentimientos informados y se trabajó con una guía de preguntas estructuradas con diez interrogantes que cuestionaron el involucramiento de la familia del universitario en el programa educativo de la Licenciatura en Trabajo social.

Para el análisis de datos, al ser un estudio de tipo cualitativo, se realizó la transcripción e interpretación de la información grabada en cada sesión del grupo de enfoque y en la entrevista semiestructurada para la obtención de los resultados.

De igual modo, se utilizó la codificación abierta (codificación guiada por los datos) y la teoría fundamentada con el fin de tener, en primera instancia, un panorama amplio sobre el tema de acuerdo a la recolección de datos para posteriormente compararlos con la teoría existente. Cabe mencionar que se asignaron códigos y categorías a lo anterior y, finalmente, se eligieron los resultados que respondían la pregunta de investigación.

3.1. Métodos de triangulación y validación

Para realizar la triangulación, se utilizaron las teorías del marco teórico que coincidían con el objeto de estudio para comprender el fenómeno que se investigó. Por ello, se contó con diferentes puntos de vista de profesionales involucrados en el área. Se trabajó de manera colaborativa con profesionales de Trabajo Social, Educación y Psicología, quienes verificaron las categorías de análisis del estudio para garantizar la validez del mismo, las cuales son: importancia de la familia, la familia motiva e impulsa, tipo de familia, tipo de apoyo en función del género, jóvenes independientes, familia-escuela, mi educación, Trabajo Social (vacíos, prejuicios, conflictos), experiencias de los estudiantes-participación familiar, estudiantes impulsando la participación familiar en la educación y mejores resultados académicos ante la participación de la familia.

Asimismo, se utilizaron diferentes métodos para la recolección de los datos, primeramente dos grupos de enfoque y seis entrevistas individuales semiestructuradas, estas últimas con el fin de profundizar en la información proporcionada por los estudiantes en el primer método al que se hizo referencia.

Finalmente, como parte de la ética del estudio, se mantuvo la confidencialidad y el anonimato de los participantes, por lo cual se asignaron seudónimos por parte del investigador. Cabe señalar que se evitaron juicios de valor y se tuvieron presente los principios éticos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) (2004), donde se encuentran los Derechos Humanos y Dignidad Humana; Justicia Social y Conducta Profesional.

4. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la recolección de datos, es decir de las entrevistas de manera grupal e individual: (a) grupos de enfoque y (b) entrevistas individuales, esto de acuerdo a las categorías que se realizaron para el análisis de los datos recolectados, presentados con el título, la cita analizada y una breve conclusión.

4.1. Importancia de la familia

[...] considero [...] fundamental e importante la participación de la mayoría de los integrantes de una familia [...] nos puede ayudar personalmente a crecer y es parte de nuestro desarrollo académico, crecimiento personal y yo considero que la familia es [...] un factor indispensable de apoyo [para el ser humano] [Aurora, Grupo de Enfoque 1].

La familia representa un punto importante en la formación de los estudiantes universitarios, ya que es un punto de soporte emocional que brinda al estudiante una seguridad al momento de transitar hacia un nuevo nivel educativo, funcionando como una fuente de apoyo en la formación personal y profesional de los estudiantes.

4.2 La familia motiva e impulsa

[...] creo que para nosotros, como estudiantes, que nuestra familia nos motive es muy importante y creo que eso nos va a ir formando [...] como profesionales [Melina, Grupo de Enfoque 1].

Si la universidad fomentara este vínculo, familia [e] institución educativa, siento que me beneficiaría a mí de manera personal impulsándome más y motivándome [Lucy, Grupo de Enfoque 2].

La familia, en el nivel de educación superior, sigue influyendo positivamente en la formación de los estudiantes, quienes mencionaron tres funciones fundamentales que de la familia en dicho proceso: reforzar, motivar e impulsar.

4.3 Tipo de apoyo en función del género

[...] apoyo moral es mi mamá, pero el apoyo económico es mi papá” [Gina, Entrevista Individual].

El apoyo otorgado para la educación se centra más en lo económico y moral, sin embargo se puede identificar el factor de género, en función del cual la madre es quien otorga apoyo moral a los hijos, mientras el padre se centra en el apoyo económico.

4.4 Jóvenes independientes

[...] la idea de que cuando uno es mayor de edad [se está] completamente desligado de [...] la familia, es una idea incorrecta, [...] a pesar de que tengamos mayoría de edad [eso] no quiere decir [...] que no sigamos [en] relación con nuestra familia [Mía, Grupo de Enfoque 2].

Quizá ya somos adultos, pero no somos completamente independientes, ni autónomos, seguimos dependiendo hasta cierto punto de nuestros papás [...] [Melina, Grupo de Enfoque 2].

La presencia de la familia en el proceso educativo es visible en la educación básica en México. No obstante, en la educación superior no es tan visible. Dependiendo del nivel educativo que curse el estudiante irá desapareciendo el vínculo entre escuela y familia, en otras palabras la familia no se encontrará tan involucrada en el aspecto académico del estudiante cuando se trate de un nivel superior. Sin embargo, de manera subjetiva seguirá apoyando moralmente y, de manera objetiva, económicamente.

Los estudiantes mencionaron que, a pesar de ser considerados adultos, ellos aún dependen de su familia en diversos aspectos.

4.5 Trabajo Social (vacíos, prejuicios, conflictos)

Existen ciertos conflictos personales y académicos en los estudiantes universitarios vinculados al hecho de que sus familiares desconocen el programa educativo en el cual se encuentran inmersos. Estos conflictos personales están relacionados con la desmotivación.

[...] mi mamá no sabe qué es lo que hago [...] la verdad, se siente feo porque a veces en vez de impulsar te desaniman [Lucy, Grupo de Enfoque 2].

Como parte de los conflictos académicos, están las barreras ante aquellos estudiantes que desean incorporarse al programa de movilidad estudiantil.

[...] mi mamá no conoce ni esta tan acercada a las cuestiones académicas [...] cuando le comente de los planes de irme de movilidad [...] no le parecieron porque (...) no está tan relacionada con lo que eso significa [Melina, Grupo de Enfoque 2].

5. DISCUSIÓN

La participación de la familia en el nivel de educación superior, es considerada importante para la formación profesional y personal del estudiante universitario, además de que funciona como fuente de apoyo durante todo el proceso educativo de estos.

Por lo anterior, el tema de la educación debe ser abordada en conjunto con la familia, puesto que ambas instituciones (familia-universidad) tienen un objetivo común, el cual es la educación de la persona. Uno de los principales resultados de este estudio es que la familia refuerza, motiva e impulsa dentro del proceso educativo.

Sin embargo, los resultados mostraron que la ausencia de participación familiar en el nivel de educación superior trae al estudiante conflictos personales y académicos. Los personales están relacionados con la desmotivación, y los conflictos académicos contemplan las barreras ante aquellos estudiantes que desean incorporarse al programa de movilidad estudiantil, pero que no son autorizados por la desconfianza de la familia hacia el programa, además de no conocer el objeto de estudio del Trabajo Social. Estos conflictos surgen cuando los familiares de los estudiantes universitarios desconocen sobre el programa educativo en el cual se encuentran inmersos su hijo/a o tutorado/a.

Domínguez (2010) menciona que los padres a veces saben poco de la escuela de sus hijos. Esto da lugar a que se produzcan vacíos, prejuicios, conflictos y afecta a los aprendizajes (p.13). Por consiguiente, involucrar a la familia en este nivel educativo incluye otro tipo de participación (de acuerdo a los modelos de Flamey y Epstein): ya no se piensa tanto en reuniones constantes donde se ofrezca el historial académico del estudiante, sino en otorgar información sobre el programa educativo de la Licenciatura en Trabajo Social, ya que por ser una carrera joven creada en el 2009, existe un desconocimiento del programa educativo y, por ende, una falta de comprensión por parte de los familiares, lo que ocasiona en cierto momento la pérdida del concepto real del Trabajo Social.

Por lo anterior, se puede decir que se necesita de una comunicación lineal entre la familia y la universidad para tratar asuntos relacionados con el estudiante respecto de su formación integral.

Junto con lo anterior, es importante adaptar modelos de participación familiar en las escuelas que puedan disminuir estos tipos de conflictos y establecer la comunicación entre la familia y la universidad a fin de fortalecer la formación integral del estudiante.

Se tendrá que adecuar el modelo de participación familiar de Epstein con el de Flamey, es decir seguir considerando algunas dimensiones y niveles de ambos autores e integrarlas en un solo modelo, propuesto de la siguiente manera: respetar las dimensiones de crianza, comunicación y aprendizaje en casa y anexar el nivel informativo y colaborativo. Dicha propuesta se podrá adaptar a los modelos educativos de nivel superior, tal como lo refieren los estudiantes de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Por otra parte, los universitarios mencionaron que si existiera un mayor vínculo entre la universidad y la familia, se obtendrían beneficios en el ámbito académico y personal. Según Parra (2004), la participación no ha de verse como una obligación que nos viene impuesta desde fuera, sino como el ejercicio de un derecho que deseamos practicar por los beneficios potenciales que conlleva (p. 7). Dicho lo anterior, Domínguez (2010) menciona que:

si las familias participan en la educación de sus hijos, actividades escolares y se involucra con la tarea, los hijos/as tendrán más oportunidades de sobresalir académicas. Y debido a esto, se debería existir un vínculo entre la familia y la escuela (p. 13).

6. CONSIDERACIONES FINALES

El contexto académico del estudiante se conforma por dos instituciones educadoras: la familia y, en este caso, la universidad. Ambas instituciones cumplen con una misma función, la de formar personal y profesional al estudiante.

Para alcanzar una formación personal y profesional de manera integral para el estudiante, se necesita que ambas instituciones (familia-universidad) estén involucradas de manera simultánea en el proceso educativo. Sin embargo, es importante mencionar que, a pesar de que no existe un programa en la universidad enfocado hacia la familia de los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social, UADY, estos han participado de manera esporádica, informalmente, explícita e implícitamente en el programa educativo, a través de diversos eventos, como la Feria de la Salud de la Facultad y eventos extraescolares, siendo el estudiante quien propicia esta participación. La participación que ha tenido la familia del estudiante en la facultad lo ha motivado e impulsado en cierto momento en su desempeño académico.

Ante esta comunicación, los familiares podrían ser un medio de difusión para la carrera, dado que estos, al tener conocimiento del programa educativo de la licenciatura, podrían compartir con otras personas la información recibida y, al mismo tiempo, beneficiarse de alguna manera la facultad, el estudiante y la familia.

Actualmente, los modelos de participación familiar en la educación van dirigidos a los niveles de educación básica y no existen modelos de participación familiar en el nivel superior.

La pregunta de investigación planteada en este estudio se logró responder: los estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social de la FEUADY perciben como importante la participación de la familia en su formación profesional, ya que esta, al ser su seno primario, le otorga ayuda, orientación, soporte y afecto, además de influir en su formación personal y profesional. Sin embargo, falta reforzar esta parte mediante la comunicación y creación de un vínculo entre ambas instituciones educadoras.

Por último, es importante romper con el mito de que los estudiantes de nivel superior ya son independientes y, por ende, no necesitan la participación de sus familiares en su proceso educativo. Por lo contrario, esta beneficiaría al estudiante, influyendo en su desempeño académico y apoyando a la universidad en los diferentes procedimientos de fortalecimiento del programa educativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, G. (2009). *La importancia de la educación*. *Revista digital innovación y experiencias educativas*. Recuperado de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/MARIA%20CONCEPCION_ALCANTARA_1.pdf.Bautista, E. (2004). La investigación en trabajo social. En Sánchez, R. *Manual de trabajo social* (pp. 101-122). México: Plaza y Valdés
- Bedwell, G. (2004). *Participación de los padres, madres, apoderados y apoderadas en el ámbito educativo*. Memoria publicada. Universidad de Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/bedwell_g/sources/bedwell_g.pdf
- Caballero, T. y Guzmán, O. (2003). *La importancia del Trabajo social con la Familia*. Universidad de Oriente: Santiago de Cuba.
- Domínguez, S. (2010). *La educación, cosa de dos: La escuela y la familia*. *Temas para la educación*. Recuperado de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4440/laeducacioncosadedoslaescuelaylafamilia.pdf.
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS). (2004). *Principios Éticos del Trabajador Social*. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial>.

com/app/webroot/files/jaen/files/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf

- Galeana de la O, S. (2004). Campos de acción del trabajo social. En Sánchez, R. *Manual de trabajo social* (pp.139-158). México: Plaza y Valdés.
- Guerra, L. (2013). Reflexiones sobre educación y familia. Pardo, M. Campos, G. *Familia, violencia y cultura, una visión desde el trabajo social* (pp. 93-103). México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Luria, A. (1994). *Sensación y percepción*. México: Roca, S.A.
- Parra, J. (2004). *La participación de los padres y de la sociedad circundante en las instituciones educativas*. Dialnet, Tendencias Pedagógicas. Recuperado de http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2004_09_07.pdf
- Sánchez, P. Valdés, A. Reyes, N. Martínez, E. (2010). *Participación de Padres de Estudiantes de Educación Primaria en la Educación de sus Hijos en México*. Scielo. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S17298272010000100008&script=sci_arttext. ISSN 1729-4827.
- Sampieri, H. R. (2010). *Metodología de la investigación (5ta ed.)*. México: McGraw-Hill.
- Solernou, I. (2013). *La familia y su participación en la universalización de la Educación Superior. Educación media superior*. Recuperado de http://www.bidi.uam.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=62:-citar-recursos-electronicos-normas-apa&catid=38:como-citar-recursos&Itemid=65#7.
- Vázquez, G. (2014). *Bienestar subjetivo y capital social en estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social de una universidad del sureste de México. Un análisis a partir del estudio de la felicidad y confianza*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de Yucatán, México.