



Universidad
de Concepción

AÑO 2013 ISSN: 0719-675X

Revista Electrónica de Trabajo Social Universidad de Concepción

VOLUMEN N°10

ISSN 0719-675X

DIRECCIÓN:

Patricia Witham Kiley

COMISIÓN EDITORIAL:

Isis Chamblàs García

Iván Peña Ovalle

Juan Manso Pinto

(Universidad de Concepción- Chile)

Elaine Carey-Belanger

(Universidad de Laval- Canadá)

Contacto: revistatsudec@gmail.com

Fotografía de portada: Vanessa Quezada Arias

Volumen N° 5, año de la publicación 2002

Departamento de Trabajo Social
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción
Barrio Universitario s/n
Fono (41) 2 204106
Fax (041) 2 231084

www.revistatsudec.cl

www.trabajosocialudec.cl

Revista de publicación anual editada por el Departamento de Trabajo Social

Presentación

Con mucho agrado presentamos a la comunidad profesional nacional e internacional el presente número de la Revista de Trabajo Social del Departamento de Servicio Social de la Universidad de Concepción.

Nos complace enormemente volver a poner la Revista a disposición de Uds., Colegas y Profesionales del Área Social, convencidos de que es trascendental que existan espacios como éste para compartir e intercambiar experiencias e inquietudes y así contribuir al enriquecimiento de los análisis y construcciones de propuestas innovadoras.

Esta sociedad contemporánea en la cual nos corresponde ejercer, sociedad globalizada e interconectada, constituye una verdadera sociedad de conocimiento y de info-aprendizaje.

El fenómeno de la multi-mediatización constituye no sólo un proceso tecnológico y mediático, sino también, un profundo proceso socio-cultural, que nos conduce hacia una sociedad-red con implicancias profundas para el ejercicio profesional.

Como es evidente, nuestra sociedad se caracteriza por cambios acelerados de toda índole y de transformaciones que hacen cada vez más complejas las problemáticas sociales y las situaciones difíciles de tantas personas, quienes agrupadas en familias, organizaciones, comunidades, comunas o instancias mayores representan, en definitiva, la razón de ser de nuestra profesión.

Frente a la realidad demandante de hoy, es imperativo, para la generación de respuestas cada vez más eficaces, que la comunidad profesional tenga y aproveche instancias que permitan comunicar a otros y analizar con otros, nuestras inquietudes y búsquedas del sentido de las experiencias, hechos o

fenómenos y, en general, los resultados de nuestros procesos de intervención y de investigación social.

Por lo anterior, les invitamos nuevamente, a compartir sistemáticamente sus hallazgos y aciertos desde el hacer investigativo y la sistematización de la intervención social, para que a través de un proceso periódico y dinámico de intercambio, podamos generar nuevos conocimientos para la intervención disciplinaria.

Compartimos a través de esta publicación, experiencias de años anteriores, cuya concreción como artículos definitivos sólo hemos materializado a fines del año 2003 y que hoy llevamos a la comunidad profesional en este quinto número de la Revista Electrónica.

CIUDADANIA Y GÉNERO: Mujeres y Liderazgo en las Provincias de Antofagasta, El Loa y Tocopilla¹

Paulina Salinas Meruane. Dra phil²

RESUMEN

En el presente artículo se exponen los avances centrales del estudio sobre Participación Ciudadana y Género que he desarrollado entre el 2002-2003, en la Universidad José Santos Ossa de Antofagasta, Chile. A través de una metodología cualitativa, se logró describir y analizar el liderazgo femenino en diferentes organizaciones de mujeres de las provincias de Antofagasta, Calama y Tocopilla. Los resultados muestran que la participación comunitaria es una herramienta que posibilita generar transformaciones concretas, que mejoren las oportunidades de las mujeres en distintos ámbitos. Es una praxis real y entre iguales, en la cual se producen discursos políticos e ideológicos que potencian el cuestionamiento sobre el ejercicio del poder, las relaciones de género, las condiciones de subordinación y de discriminación que afecta a las mujeres.

Palabras Claves: *Participación ciudadana, Género y Liderazgo.*

¹ Investigación Financiada por los Fondos de Investigación de la Universidad José Santos Ossa, durante el año 2002.

² Trabajadora Social, Doctora en Ciencias Sociales, Académica de la Escuela de Ciencias Sociales y el Programa de Estudios de Género de la Universidad José Santos Ossa de Antofagasta-Chile.

ABSTRACTS

Gender Participation in Civic affairs

The study was done using a qualitative methodology, which functioned well in its objective of describing and analyzing the work of female leadership in various types of organizations in the provinces of Antofagasta, Calama, and Tocopilla. The study arrived at two conclusions firstly, on the positive side, that the participation of women in civic affairs is a tool which enables them to bring about concrete changes which will open up more opportunities for women in various fields it provides a genuine working environment, where women can participate on equal terms with men in political and ideological discussions which reinforce the questioning of the exercise of power, the relationships between sexes, and an examination of the conditions which lead to the subordination and discrimination of women. The second, more negative conclusion of the study was that the current participation of women in civic affairs was considered to be marginal, at best, as women are generally not included in decision making processes related to economic planning and social policies, with the result that the participation of women in civic affairs is strictly passive, with their principal role, being that of social workers, where the nature of their work is such that it receives little public recognition.

Key word: *citizenship participation, gender, leadership.*

INTRODUCCIÓN

El aumento de la participación de las mujeres en los diferentes ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad es alentador. Sin embargo, estos logros no son suficientes, cuando la comparación se hace en relación a la participación de los hombres, y más aún si se trata de

preguntar si las mujeres acceden realmente a espacios de poder, si tienen relevancia en cargos políticos o si ocupan cargos estratégicos, la respuesta es, categóricamente, negativa. Los derechos políticos de las mujeres se encuentran claramente devaluados.

Actualmente presenciamos un escenario social y político marcado por una débil participación y una pérdida del peso histórico, incluso de las organizaciones con más tradición (partidos políticos, asociaciones gremiales). El proceso de democratización desarrollado en el país, en las últimas décadas, no ha logrado involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones, ni disminuido las desigualdades de poder existentes, dificultándose el fortalecimiento de la sociedad civil.

Algunos estudios realizados en Chile sobre la participación de las mujeres (P. Errazuriz 1992; D. Raczynski 1992; P. Salinas et. al. 1992; T. Valdés/ M. Weinstein 1992, P. Salinas 1999) coinciden en que algunas características demográficas como el sexo y la clase social influyen en como ejercen su participación las mujeres. En los sectores pobres del país, aún cuando no existe mayor diferencia cuantitativa en el porcentaje de participación de éstas con respecto a los hombres, ya que son los hombres los que ocupan preferentemente los cargos de poder.

Sin embargo, estos estudios no entregan información, a nivel regional, sobre cómo pueden las mujeres líderes o dirigentes promover una ciudadanía más activa, de carácter colectivo, que les permita efectivamente avanzar en la consecución de derechos ciudadanos. Esto es particularmente importante, cuando se constata que, actualmente la participación en Chile debe articularse en una institucionalidad política atravesada por el autoritarismo, por una persistente asimetría en las relaciones de poder y un modelo económico neoliberal que debilita las organizaciones sociales. En este escenario, cabe preguntarse, si efectivamente las actuales condiciones económicas y políticas de país, han

desencadenado un paulatino debilitamiento organizacional, ¿cómo se construyen actualmente las dirigentas como líderes?, ¿se perciben las dirigentas o líderes como ciudadanas?, ¿qué avances o retrocesos observan en las organizaciones de mujeres de la región?

El presente artículo se centra en el análisis de algunos aspectos del estudio sobre el liderazgo de las mujeres en las organizaciones de la II región, y en particular se analizan las motivaciones, objetivos y las relaciones de género.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

Sobre el concepto de ciudadanía existen dos grades posturas: la primera se refiere a la visión clásica universal de la ciudadanía, desarrollada por T.H Marshall (1992:37), en la que ésta se define como “el estatus que le concede a los miembros el pleno derecho de una comunidad”. En esta definición hay dos componentes principales el individuo y la comunidad. La base de esta conceptualización es el reconocimiento de una igualdad humana básica asociada a la pertenencia plena al Estado-nación, que trasciende las desigualdades económicas que existen en la sociedad.

Segundo, una postura más reivindicativa de la ciudadanía, se basa en la existencia de un pluralismo cultural, en una ciudadanía diferenciada. Este argumento acoge a diferentes sectores como: mujeres, grupos étnicos y otros que demandan el derecho a ejercer la ciudadanía desde sus particularidades y diferencias. Estos grupos, como representantes de otras identidades, son excluidos o no suficientemente integrados en la concepción tradicional de ciudadanía, ya que ésta implica un sentido homogéneo y totalizador en el cual se aplacan o neutralizan las diferencias en favor de una igualdad universal. En este sentido, la ciudadanía no es sólo un concepto universal, sino también excluyente. Renato Rosaldo (2000:39) al respecto arguye, que la ciudadanía ha sido parte de un

proceso de diferenciación de los hombres privilegiados con respecto a los demás.

Iris Marion Young una de las representante de esta postura, de la construcción de la ciudadanía a partir de las diversas identidades culturales argumenta que: “el intento de crear una concepción universal de la ciudadanía que trascienda las diferencias grupales es injusto porque históricamente conduce a la opresión de los grupos excluidos” en (Will/Wayne 1997: 26). Desde una perspectiva feminista Chantal Mouffe agrega, incluso, que : “la ciudadanía es una categoría patriarcal, quién es ciudadano, qué es lo que hace un ciudadano y cuál es el terreno dentro del cual actúa, son hechos construidos a partir de la imagen del varón. A pesar de que las mujeres ya somos ciudadanas en las democracias liberales, la ciudadanía formal ha sido ganada dentro de una estructura de poder patriarcal donde las tareas y las cualidades de las mujeres todavía están devaluadas” (Camau, A. 1995: 294).

En definitiva, nos encontramos frente a un debate en construcción, ya que el énfasis dado a determinados aspectos de la ciudadanía se relaciona con el momento histórico y con las características particulares tanto del sistema político, como de los actores que participan de este proceso. Por lo tanto, la ciudadanía conlleva el ejercicio de los derechos políticos, y a la vez un conjunto de derechos sociales, los que se encuentran entramados con reivindicaciones de género, étnicas, sexuales de clase u otras.

Actualmente la globalización de la economía capitalista, se ha producido, entre otras cosas, un debilitamiento del Estado, en términos de ser una institucionalidad que conduce la unidad social. Como consecuencia de su desestructuración interna, en el sentido que el Estado deja de dar respuesta, sobre todo, a las nuevas demandas de la ciudadanía en el plano económico, social, político o cultural que se imponen en el escenario de la globalización mundial, se desencadena una creciente dependencia externa

que afecta a las sociedades en su conjunto. Un ejemplo en este sentido, ha sido la creciente jurisprudencia internacional que han adquirido algunos conflictos en materia de violaciones a los derechos humanos, derechos políticos, entre otros.

En este contexto, se fortalece la economía mercantil como principio ordenador de la sociedad, es decir, no sólo se trata de establecer una regulación del mercado en el plano económico sino en la totalidad de las relaciones sociales, asignándole al Estado un rol eminentemente administrador, que modifica la relación clásica de éste con la sociedad civil.

En esta tensión, entre el ser ciudadano o consumidor, adquiere sentido retomar las ideas desarrolladas por T. H. Marshall en 1950 (1992:22), ya que permiten volver a las raíces históricas de la ciudadanía, reconocidas con propiedad desde el siglo XII hasta nuestros días Marshall diferencia tres ámbitos en la ciudadanía, civil, político y social. El civil contempla todos aquellos derechos necesarios para la libertad individual, la libertad de expresión, de pensamiento, de confesión religiosa, el derecho a la propiedad privada y el derecho a la justicia. En cambio, la ciudadanía política se expresa por medio del sufragio universal, y se refiere a la participación en los procesos políticos. Por último, la ciudadanía social contempla los derechos al bienestar económico, a la seguridad, y fortalecimiento de la equidad en la distribución de la riqueza.

En síntesis, en esta concepción de la ciudadanía se puede identificar en primer lugar una doble dimensión: por un lado, es posible diferenciar cada uno de los ámbitos a los cuales hace referencia (civil, político y social). Y por otro, reconocer su carácter totalizador y excluyente, vale decir, los individuos al ejercer la ciudadanía, están interpelando de una u otra forma a cada una de sus dimensiones, y al mismo tiempo, pueden ser marginados, por su condición de clase, de género, de raza o sexual.

Segundo, la ciudadanía es un proceso más que un estado acabado, y, como tal, no siempre ha seguido un desarrollo evolutivo. Es decir, nos encontramos con un concepto en permanente redefinición, y que se encuentra tensionado por la fuerza de los cambios políticos, económicos y sociales experimentados por la sociedad. Tercero, la consecución o consolidación de los derechos ciudadanos no ha sido fácil en ningún país del mundo y, en la medida que se han alcanzado, por ejemplo los derechos civiles y/o políticos, estos mismos han llevado a una mayor exigencia, que contemple la ampliación de los derechos de la ciudadanía.

La ciudadanía de las mujeres en el escenario actual

En el caso de Chile, las experiencias de participación social y política de las mujeres, muestran las dificultades que éstas han tenido para traspasar del ejercicio de un liderazgo femenino a un protagonismo político y/o social real.

La participación de las mujeres como colectivo ha sido menor y, fundamentalmente, desencadenada por las difíciles condiciones sociales, económicas y políticas que ha experimentado el país en diferentes momentos históricos. Por lo tanto, una vez superada la coyuntura que legitima la existencia de un colectivo femenino, se ha producido un paulatino debilitamiento organizacional, ejemplos en este sentido, han sido el movimiento sufragista de los años 40', que logró que las mujeres tuvieran derecho a sufragar en las elecciones nacionales, en 1949. Y la Concertación de Mujeres por la Democracia, a fines de la década de los 80'. Esta última representó a un amplio sector de la población femenina, articulando un discurso en favor de la reconstrucción democrática del país, desde una perspectiva de género (Salinas, P. 2000:58).

En consecuencia, se requiere revertir la visión que ha marginado la reivindicación de derechos de otras identidades (género, étnicas, u otras), por considerarla una amenaza a la concepción tradicional de la ciudadanía y una inflexión radical dentro de la misma. Segundo, se requieren avances en el sentido de visibilizar, que hasta ahora, el principio de igualdad universal omite desigualdades reales, por lo tanto el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres, construido desde una perspectiva masculina, condiciona a este sector a articularse, desde el universo del varón, cuestión que se traduce en una baja participación, incompatibilidad, limitaciones, en definitiva lo que podríamos denominar una condición precitadana. Y tercero, las singularidades y diferencias de las mujeres exige la elaboración de políticas diferenciadas, que permitan efectivamente la implementación de criterios como la discriminación positiva, cuoteo político, entre otros; que, si bien, en un primer análisis se contradice con los principios y derechos individuales que proclama la democracia liberal, no parece posible alcanzar avances significativos en favor de la equidad de género, si se espera la sola evolución del sistema político, para que se produzca un cambio en este sentido.

Las mujeres y su relación con el poder

El concepto de poder se asocia a un complejo proceso que ha sido definido en diferentes sentidos y que está presente en diferentes estructuras sociales. Para Foucault (1992:157) las sociedades se encuentran atravesadas por relaciones de poder múltiples. Estas relaciones se establecen y funcionan a través de la acumulación, circulación y funcionamiento de un “discurso de verdad”. Las relaciones de poder se transforman en relaciones de dominación bajo formas de derechos (Leyes, aparatos, instituciones, reglamentos, etc.). Adoptan la forma de técnica o instrumento de intervención. Así, para este autor, “entre un hombre y una

mujer, en una familia, entre un maestro y un alumno, entre el que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder”. Foucault, plantea que no cree que el poder se construya a partir de voluntades individuales o colectivas ni tampoco se deriva de intereses. En otras palabras el poder se construye y funciona a partir de poderes, de multitud de cuestiones y efectos de poder. Por lo tanto, éste no se puede entender independientemente del proceso económico y las relaciones de producción.

Legrand, M. (1989: 27) comparte la visión de Foucault y agrega que el poder es una dimensión fundamental e ineludible en toda relación social, esto implica que el poder adquiere múltiples formas, se transforman históricamente, y que no todas esas formas son igualmente opresivas. Según Gerth/Wright (1984: 307) las dimensiones de poder en una estructura social comprenden las relaciones de poder entre los roles en un orden y los roles en otro orden, es decir el poder traspasa las estructuras, por ejemplo el poder del orden religioso no se limita a éste, pues influye en diferentes ámbitos de la estructura social.

Las relaciones entre hombres y mujeres también están atravesadas por mecanismos de poder, que constituyen relaciones de fuerza de las cuales resultaran el posicionamiento social y cultura de cada género. Sin embargo, las relaciones de género no se reducen a una sólo explicación: la supremacía masculina, porque ello equivale a simplificar u olvidar los otros componentes de dicha interacción. Es necesario situar la dominación de los hombres dentro de un conjunto desigualitario de relaciones sociales.

Especialmente las mujeres cuando se incorporan al espacio público no se sustraen de sus responsabilidades domésticas, crianza de los hijos, atención de la casa. Esto desencadena que muchas veces las mujeres en la comunidad posean poder, pero al estar restringido a la esfera privada no logra proyectarse en el espacio público. Éstas no logran articular un

discurso político que le permita participar en las instancias de decisión, las que al ser dominadas por los hombres, se encuentran definidos por sus modos y formas. En definitiva, esto ha influido en que los cambios logrados por las mujeres sean efímeros y que sus movilizaciones tengan escasos efectos y repercusiones.

ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, esto implicó la elaboración de un diseño de investigación flexible, en el cual las interrogantes iniciales fueron preliminares. El estudio fue exploratorio con fines descriptivos e interpretativos. Lo exploratorio, lo marco el hecho de ser la primera investigación de naturaleza cualitativa en la región, centrada en la construcción del proceso de liderazgo de las mujeres. El carácter descriptivo e interpretativo de la misma, se relacionó con los objetivos de análisis y de comprensión presentes en el proceso investigativo. Se tuvo una perspectiva holística, se buscó comprender el liderazgo femenino en un sentido global y no centrado en variables particulares. El interés estuvo en la comprensión y no la explicación, y en las experiencias individuales y subjetivas de cada una de las entrevistadas.

De acuerdo a los objetivos propuestos y al enfoque de la investigación, se aplicaron las siguientes técnicas de investigación:

- Análisis documental, en la primera fase del estudio, la revisión bibliográfica fue preliminar, y permitió recopilar antecedentes significativos para la investigación como: la conceptualización de la ciudadanía, la participación y el poder, el liderazgo femenino entre otros. Toda esta información fue confrontada con el trabajo de terreno, de tal manera que fue profundizada, a partir de los discursos de las mujeres.

- Para tales efectos se realizaron entrevistas abiertas de carácter grupal con las líderes y/o dirigentes de las organizaciones de mujeres, en las ciudades de Tocopilla, Calama y Antofagasta. Las entrevistas fueron realizadas en torno a diferentes temáticas, cada una de las cuales fue desarrollada en extenso: ciudadanía y participación, ser ciudadana, origen de las organizaciones, significado de la participación, importancia de la participación, trayectoria de participación de las líderes, experiencia de participación en la familia, debilidades y fortalezas de las organizaciones, dificultades para participar, diferencias de género, construcción del liderazgo femenino, ser líder, características de una líder, demandas organizacionales, entre otras.
- Luego se aplicó la técnica de Análisis de Contenido tomando como referencia las propuestas desarrolladas por Gil, J, 1994, Lamnek, S. 1995; Ruiz, J. 1996; Flick, U; 1998, ésta contempló las siguientes fases: transcripción textual de cada una de las entrevistas grupales, lecturas reiteradas de los relatos desarrollados por las mujeres, identificación de las categorías abiertas, axiológicas y selectivas.
- Posteriormente, se realizó un ordenamiento temático de los relatos de cada una de las entrevistas. Estos fueron reagrupados de acuerdo a las categorías abiertas y axiológicas, de tal forma que, simulando un cuadro de doble entrada se hizo una lectura longitudinal, determinando la relevancia de las categorías. Luego, a través de una lectura transversal se confrontaron los discursos entre las diferentes organizaciones de la región, identificando las diferencias y semejanzas presentes en los mismos.

Unidad de Análisis

De acuerdo al trabajo de terreno realizado se logró entrevistar a las dirigentes y líderes de las siguientes organizaciones:

Provincia de Tocopilla

- La Mesa Comunal de Tocopilla: en esta organización participan las siguientes agrupaciones: Red Comunal del Adulto Mayor de Tocopilla, la Asociación de Microempresarias, la Unión Comunal de Tocopilla, la Organización Guardianes del Futuro.
- Asociación de Mujeres de las Caletas de Pescadores de Tocopilla: esta asociación agrupa a líderes de las siguientes caletas de pescadores y buzos mariscadores de Tocopilla: Caleta Punta Arenas, Caleta Urco, Caleta Punta Paquica, Caleta Cobija, Caleta Buena, Caleta Punta Tala.

Provincia de Antofagasta

- Mesa Comunal Antofagasta I (presidida por PD)
- Mesa Comunal Antofagasta II (presidida por LC)
- Asociación de Microempresarias de Antofagasta

Provincia de Calama

- Mesa Comunal Calama: esta organización agrupa a 22 líderes que son representantes de partidos políticos, organizaciones de base como: juntas de vecinos, comité de allegados, entre otras.
- Asociación de Microempresarias de Calama

RESULTADOS

Motivaciones para Participar en la Comunidad

Diferentes estudios coinciden (Errazuriz 1992; Raczynski, 1992; Salinas et. al., 1992, Valdés/ Weinstein 1992, Salinas, 1999, 2002) en que el espacio local es relevante en las prácticas participativas de las mujeres, son éstas -preferentemente las mujeres de los sectores populares- las que salen del hogar para demandar, gestionar y maximizar los recursos en las organizaciones formales e informales.

No obstante, históricamente la participación de las mujeres en la comuna ha tenido un carácter cíclico y coyuntural, es decir los procesos participativos de éstas han sido irregulares, dándose fases de intensa movilización y otras de absoluto repliegue organizacional. El carácter coyuntural de las agrupaciones femeninas ha generado relevantes experiencias de movilización, en las que se evidencia capacidad de convocatoria, aglutinamiento y organización de las mujeres, sobre todo para enfrentar dificultades de orden social, económico y/o político del país. Sin embargo, una vez que alguna de estas dificultades se ha superado o en su efecto aminorado, se ha desencadenado un retroceso, que se materializa en el retorno de las mujeres a la casa, reiterándose el ciclo organizacional

El espacio local ha funcionado, fundamentalmente, como receptor de diferentes demandas que giran en torno a la subsistencia familiar, mejoramiento de la calidad de vida, defensa de los DD. HH, presencia política, entre otras. Sin embargo, las mayores dificultades que experimentan las mujeres en este proceso, es lograr una transformación cualitativa de su participación, es decir ejercer poder, proyectarse en el espacio público y promover el desarrollo de la comunidad. Por lo tanto, se mantiene la tendencia de que las mujeres se incorporen en las tareas del desarrollo local, incluso ocupen cada vez más cargos, sin embargo en la práctica, éstas no dirigen los procesos de organización ni participan en su conducción.

Para aumentar la capacidad de las mujeres de involucrarse en procesos participativos, se requieren cambios en la forma como se dirigen estos procesos (Morse 1995:154). Esto se relaciona, no sólo con problemas logísticos como los horarios de las reuniones o con modificación en las prácticas de las mismas, sino también con cuestiones más importantes como la conciencia de su situación y la articulación de los actores en los procesos participativos, asumiendo activamente las mujeres los valores que deben gobernar sus propias decisiones.

La existencia de Mesas Comunales en la II región registra una praxis organizacional con elementos distintos a los objetivos tradicionales de participación de las mujeres, por lo menos en lo que respecta a las experiencias de participación de las últimas dos décadas, en el país. Esto significa que, por una parte comienzan a quedar atrás objetivos como: la subsistencia, la recuperación de la democracia y la defensa de los derechos humanos, y por otra se inicia un proceso de organización post dictadura centrado en el aprendizaje, por parte de las mujeres, de auto construirse como actores sociales con inquietudes personales y derechos ciudadanos.

Las Mesas Comunales son agrupaciones heterogéneas y pluralistas, las participantes pertenecen a diferentes sectores sociales, tienen distintas edades, niveles de escolaridad, estado civil y provienen de diversos sectores políticos, ya sea como militantes activas, simpatizantes o independientes.

En definitiva, los discursos y las prácticas de las mujeres entrevistadas revelan un paulatino desplazamiento de las necesidades prácticas por necesidades estratégicas, éstas últimas posibilitan efectivamente visibilizar las bases patriarcales de la estructura social, económica política y cultura que perpetúan las relaciones de inequidad inter e intra género.

En general, en las organizaciones analizadas existen motivaciones comunes en las líderes o dirigentas para participar, coinciden en presentar intereses de carácter personal, relacionados con el ámbito afectivo-subjetivo, y con motivaciones que se vinculan con el desempeño de los roles tradicionales, como mujer, madre y esposa, es decir con los roles adscritos socialmente al género femenino.

A través de la participación social en la localidad las mujeres canalizan necesidades de asociación, donde la afectividad juega un rol de cohesión. Las organizaciones son un espacio de desarrollo personal y comunitario (Ruiz y otras, 1998: 217).

En las instancias de participación se producen, también, espacios de encuentro entre iguales, que posibilitan la formación de lazos de amistad y de reunión entre las participantes, se desarrolla un sentido de pertenencia y cohesión altamente valorado por las mujeres, incluso, éste llega a ser a veces, más relevante que el objetivo inicial que convocó al grupo.

El intercambio de experiencias vitales permite a las mujeres ir superando el aislamiento de la vida doméstica y ver que los problemas que las aquejan individualmente tienen una connotación política social y cultural importante.

Otras motivaciones para participar presentes en las mesas comunales de la región son de carácter ciudadano, las mujeres cuestionan la posición devaluada que tienen en la sociedad. En este plano critican la discriminación de género que existe en los diferentes sectores de la vida social, en la actividad política y laboral. Por lo tanto, la participación comunitaria es valorada como una herramienta que posibilita generar transformaciones concretas, que mejoren las oportunidades de las mujeres en los distintos sectores. Es una praxis real y entre iguales, en la cual se producen discursos políticos e ideológicos que posibilitan el

cuestionamiento de diferentes ámbitos como el ejercicio del poder, las relaciones de género y las condiciones de subordinación y discriminación que las afectan. De este modo, se configura un espacio para la desconstrucción de las formas y modos construidos principalmente desde el universo del varón. Desde este último, se configuran las atribuciones de lo femenino y un conjunto de tareas y roles que se amalgaman a esta construcción social reproduciéndose múltiples estereotipos de género.

También aparecen en los discursos de las participantes motivaciones de carácter social, éstas son significativas, especialmente, para las mujeres que integran la Agrupación de Mujeres Pescadoras y la Red Comunal del Adulto Mayor de Tocopilla. Estas líderes se sienten incentivadas para realizar actividades que ayuden a otros; la participación la valoran como una instancia para canalizar su espíritu de servicio público.

El deseo de ayuda, la solidaridad y el compromiso social han sido valores tradicionales asumidos socialmente por el género femenino. Estos perfilan el liderazgo de las mujeres y lo que culturalmente se espera de ellas, es decir un comportamiento público conservador con un fuerte compromiso ético, donde la comuna es una prolongación de las formas y modos de conducción, que ejercen las mujeres, en el espacio doméstico. Reproduciéndose una vez más los estereotipos de género privado-público, afectivo-racional, conservador-liberal, entre otros.

Los Objetivos de las Organizaciones de Mujeres

Las primeras participantes de las mesas comunales de la II región, han pertenecido a diferentes organizaciones comunitarias, a través de las cuales han canalizado sus necesidades de cohesión y han construido una trayectoria común.

Estos procesos participativos han tenido un carácter cíclico. En los períodos más intensos, se ha fortalecido la consecución de objetivos de mejoramiento de las condiciones de las mujeres, impulsando cambios legislativos en favor de las mismas y acentuando la presencia de éstas en el ámbito laboral y social en general.

Las participantes coinciden en algunas necesidades de género, que se transforman en elementos aglutinadores para las mujeres organizadas y que fortalecen la construcción de identidades colectivas. Aunque, ésta última no es un constructo homogéneo presente en todas las organizaciones, posibilita el descubrimiento de elementos comunes en el proceso identitario de las mujeres.

Las identidades colectivas son procesos dinámicos, que comienzan históricamente, se desarrollan y pueden declinar o desaparecer (Larraín 2001:39). A nivel individual, la identidad está también en permanente redefinición, es subjetiva y relativa a la experiencia de cada individuo. Tiene múltiples acepciones, se sitúa en la frontera entre la conciencia individual (psicológica) de las personas y en el campo de la interacción social. En estos dos ámbitos emergen los productos culturales que, a lo largo del tiempo se transforman y vamos considerando como realidades externas y ajenas a sus productores (Piquer 1992:52).

Riquer, se centra en el proceso de construcción de la identidad de las mujeres, y plantea que el hecho de nacer con un cuerpo biológico femenino junto al aprendizaje de género, no son suficientes para adquirir una identidad. Pues esta depende de la posición que ocupe la mujer en determinados contextos de interacción, lo que varía en el transcurso del ciclo de vida, por lo tanto es un proceso sinérgico que nunca termina de concretarse. Las identidades colectivas se encuentran interrelacionadas con las identidades personales e individuales, una no existe sin la otra.

En los discursos analizados, se evidencian demandas comunes como: crear políticas a favor de las mujeres, impulsar cambios legislativos que se relacionan directamente con las problemáticas que las afectan, fortalecer la visibilidad de las mujeres como actores sociales y lograr una representatividad real de éstas en la zona norte y en el resto del país. Estos objetivos son elementos que van configurando la identidad colectiva de las mujeres organizadas en la región.

En el ámbito individual, las participantes tienen características comunes, ser mujeres, pertenecer a la clase media y media baja, ser líderes al interior de sus organizaciones. En su mayoría son casadas con hijos, además de realizar las tareas domésticas, desempeñan alguna actividad laboral, por lo general inestable y mal remunerada.

Otro objetivo de las líderes se relaciona con el deseo de lograr autonomía, a través de la organización. Esta es significada en diferentes sentidos: en la toma de decisiones, a nivel organizacional, en el ámbito laboral y al interior del grupo familiar. La organización se va transformando en una herramienta que posibilita el empoderamiento de las mujeres en diferentes espacios de acción.

Sin embargo, las diversas estrategias que deben desplegar las mujeres para lograr compatibilizar los diferentes roles que desempeñan (como madre, pareja, trabajadora), devela los escasos cambios que se han producido al interior de la familia. Las relaciones de género no son igualitarias, impiden la autonomía real de las mujeres, para incorporarse, por ejemplo al mercado laboral y, sí lo hacen, es en condiciones bastantes precarias (Olavarría / Céspedes 2002:19).

En este escenario, la flexibilidad laboral se vuelve un arma de doble filo, por una parte posibilita la incorporación de las mujeres al empleo, y por otra se perpetúa una distribución inequitativa de los roles al interior de la

familia, ya que son las mujeres las que, mayoritariamente, están a cargo de las responsabilidades domésticas, de la crianza y del cuidado de los hijos.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha sido un eje central en las políticas de género, pese a la precariedad de los ingresos y puestos de trabajo a los que éstas acceden. Se tiende a creer, favorablemente, que se han logrado espacios de conciliación entre la vida familiar y laboral. En la realidad, la falta de tiempo disponible para la familia es una necesidad compartida por hombres y mujeres, pero se tiende a asumir como un problema específicamente de las mujeres trabajadoras y no de los trabajadores en su conjunto (Ibid: 19).

En consecuencia, la conciliación entre lo laboral y lo familiar en el país se sustenta en un modelo de familia tradicional, con un padre proveedor y una madre en el hogar, y en una maternidad basada en principios conservadores de familia y cuidado.

El Liderazgo y Género en las Organizaciones

Las líderes de Antofagasta, Tocopilla y Calama comparten una experiencia de participación, que ha sido originada en diferentes circunstancias, como dirigentes estudiantiles, como apoderadas en las escuelas de sus hijos, en centros de madres, en partidos políticos, en talleres de capacitación, entre otras.

El liderazgo femenino busca resolver problemas del entorno inmediato, mejorar la calidad de vida, lograr objetivos de género, canalizar intereses políticos y/ o sociales, o también seguir una tradición familiar.

Este conjunto de objetivos va configurando el liderazgo femenino. Muchas de las mujeres han desempeñado cargos al interior de diferentes agrupaciones, ya sea asumiendo la conducción de los procesos organizacionales o participando activamente como socias o militantes.

Los discursos son segmentos de historias personales, las mujeres hablan de la infancia y de las influencias que recibieron en esa etapa. La socialización como forma de interacción es un elemento central en la conformación del vínculo social, ésta nos muestra la naturaleza dialéctica de la formación de éste vínculo.

Las entrevistadas se refieren a sus padres, a otros miembros de la familia y a personas que son parte de su círculo social más cercano.

En síntesis, el fenómeno de la participación es de naturaleza compleja, donde se interconectan la vida personal con las experiencias colectivas de la comunidad, de la cual forman parte los individuos (Ruiz y otras 1998: 220). En este espacio, de interrelaciones se potencian diferentes dimensiones que se despliegan en el actuar social de las mujeres organizadas. Estas vivencian un enriquecimiento que fortalece su identidad individual y que se proyecta en el accionar colectivo, junto a lo cual, también, satisfacen algunas necesidades, ya sean materiales o inmateriales.

Las líderes de la región, como decíamos, tienen una amplia trayectoria organizacional, han participado en diferentes agrupaciones comunitarias, en distintas etapas de su vida. En este sentido, más allá de la diversidad que existe entre las agrupaciones y entre las propias entrevistadas, se constataron algunos elementos comunes en el análisis transversal de los discursos: Primero la escuela de los hijos constituye un espacio de cohesión para las mujeres, muchas han iniciado allí sus primeras experiencias participativas. Segundo la crianza y cuidado de los hijos

favorece un tipo de participación vinculada con la vida cotidiana, y a la vez es un límite en el ejercicio del liderazgo y sus proyecciones, ya que las mujeres deben permanentemente enfrentar obstáculos como: poca disponibilidad de tiempo, interferencia de las labores domésticas en las tareas que realizan, y en general la escasa autonomía que tienen sobre sus vidas.

CONCLUSIONES

La realización de este estudio permite constatar en la región la existencia de tres niveles organizacionales, de acuerdo a su quehacer fundamental y a la perspectiva de género que tienen las participantes. El primero, referido a las mesas comunales existentes en cada una de las provincias, con rasgos de heterogeneidad y pluralismo. Estas son agrupaciones que convocan a mujeres procedentes de diferentes sectores sociales, con distintas edades, niveles de escolaridad, estado civil y de diversos sectores políticos, como militantes activas, simpatizantes o independientes. Estas características están presentes en cada una de las mesas comunales y son factores aglutinadores, que potencian el debate y el cuestionamiento de género.

En este sentido, estas instancias se diferencian de la lógica tradicional de participación de las mujeres, por lo menos en lo que respecta a las experiencias registradas en las últimas dos décadas, lo que conlleva un cierto distanciamiento de los objetivos de subsistencia, de democratización del sistema político y de defensa de los derechos humanos, por un desarrollo organizacional post dictadura que enfatiza en objetivos centrados en el aprendizaje, por parte de las mujeres, de auto construirse como actores sociales con inquietudes personales y derechos ciudadanos.

Un segundo nivel organizacional, de transición, convoca a las mujeres microempresarias. Estas agrupaciones presentan elementos tradicionales, en el sentido que buscan mejorar sus condiciones de vida y la de sus familias, son políticamente independientes y en el centro de su quehacer está el mejoramiento de sus condiciones laborales. Junto a lo anterior, es posible reconocer, también, en estas asociaciones un cuestionamiento de género importante. Para las microempresarias son evidentes las desigualdades que las afectan en el mercado laboral, las dificultades que tienen para compatibilizar el trabajo con la familia, y los obstáculos que deben sortear para lograr una autonomía real.

Y en un tercer nivel se encuentran las organizaciones de mujeres de pescadores y buzos mariscadores, éstas presentan una lógica tradicional de participación, en la cual la organización tiene un sentido, fundamentalmente, instrumental que posibilita un mejoramiento de la calidad de vida de las participantes.

En términos generales, se pudo observar que en los discursos y las prácticas organizacionales (de las mesas comunales) se han reemplazado paulatinamente las necesidades prácticas, referidas fundamentalmente a los requerimientos de vivienda, salud, alimentación y otros; por necesidades estratégicas, ya que, precisamente éstas últimas permiten cuestionar las bases patriarcales de la estructura social, económica, política y cultural que sustentan las relaciones de inequidad inter e intra género. Sin embargo, las discusiones que se han dado, en este sentido, permiten afirmar que se requiere una conversión, que permita imprimir a las necesidades prácticas un sentido estratégico, es decir es central otorgar a lo práctico un sentido político, nos dice Magdalena León (2000: 169). En la medida que lo práctico sea considerado estratégico puede hablarse de empoderamiento.

Existen motivaciones comunes en las líderes o dirigentas para participar, coinciden en intereses de carácter personal, relacionadas con el ámbito afectivo-subjetivo, y con motivaciones que se vinculan con el desempeño de los roles tradicionales, como mujer, madre y esposa, es decir con las funciones que han sido socialmente adscritas al género femenino.

En este sentido, como decíamos, la participación comunitaria es valorada como una herramienta que posibilita generar transformaciones concretas, que mejoren las oportunidades de las mujeres en los distintos ámbitos del quehacer nacional. Es una praxis real y entre iguales, en la cual se producen discursos políticos e ideológicos que potencian el cuestionamiento de diferentes ámbitos como: del ejercicio del poder, las relaciones de género, las condiciones de subordinación y la discriminación de las mujeres. De este modo, se configura un espacio para la desconstrucción de las formas, modos y argumentos masculinos que determinan las atribuciones del ser femenino y el conjunto de tareas y funciones que se amalgaman a esta construcción social.

En los discursos de las entrevistadas se evidencian demandas comunes como: crear políticas a favor de las mujeres, impulsar cambios legislativos que se relacionan directamente con las problemáticas que afectan a la población femenina, fortalecer la visibilidad de éstas como actores sociales y lograr una representatividad real de este sector en la zona norte. Estos objetivos son elementos que conforman la construcción de una la identidad colectiva a nivel organizacional.

Otro objetivo que se destaca en los discursos de las mujeres se relaciona con el deseo de lograr autonomía, a través de la organización. Esta es significada en diferentes sentidos: en la toma de decisiones, a nivel organizacional, en el ámbito laboral y al interior del grupo familiar. La

organización se va transformando en una vía que posibilita el empoderamiento de las mujeres en diferentes espacios de acción.

La participación en el espacio local posibilita a las mujeres una nueva relación con el entorno, en la medida que aumentan las actividades que realizan fuera del espacio doméstico. En este sentido, las mujeres valoran las oportunidades que brindan las organizaciones, ya que “salen del encierro de la casa”.

Los elementos de exclusión o marginalidad que experimentan las mujeres, sobre todo las de sectores populares, se concretan en diferentes modalidades de discriminación. Allí las características de edad, las relaciones ínter género e intra género y la clase social juegan un rol protagónico. Cada una de estas dimensiones se encuentran presentes en las vidas de las mujeres, conformando un complejo entramado de superposiciones.

En lo que respecta a la construcción de la ciudadanía, en los discursos de las entrevistadas, se identifican una serie de elementos que se encuentran en tensión y que van configurando la ciudadanía. Esta se entronca con diversos ámbitos de la vida nacional, con la actividad política, con los derechos civiles y sociales.

No hay diferencias significativas entre las organizaciones femeninas, primero coinciden en que en el plano político fue fundamental la recuperación de la democracia en el país, pese a lo dificultosos que ha sido la consolidación de la misma, manifiestan que tanto la ciudadanía como el sistema democrático tienen evidentes restricciones.

Segundo la ciudadanía es formulada desde una concepción más amplia de participación social, desde esta perspectiva, las líderes evalúan su participación como marginal, pues se sienten excluidas de las decisiones en el ámbito económico o en el plano de las políticas sociales, por lo tanto

ejercen una ciudadanía pasiva que está al servicio de la asistencia social, donde las posibilidades de participación se concretan en una práctica que es insuficiente y que posee escaso reconocimiento social.

Las mujeres organizadas demandan principalmente mayores posibilidades de trabajo. Plantean que resolver esta situación es el punto de partida para enfrentar otros problemas del ámbito económico, familiar, y que están relacionados con lo laboral.

El comportamiento de las mujeres en los diferentes espacios de participación muestra las dificultades que tienen para incorporarse a estas instancias. Las posibilidades que tienen para participar son menos, y están condicionadas, fundamentalmente, por las estrategias que individualmente cada mujer desarrolle para compatibilizar sus roles reproductivo, productivo y social.

La participación de las mujeres en las diferentes organizaciones comunitarias, no logra proyecciones sociales, en el sentido de producir cambios en la situación de subordinación que las afecta, la tensión que se produce, entre las demandas del espacio privado y el espacio público, como las prácticas de éstas mujeres, atravesadas por las responsabilidades domésticas, limitan sus posibilidades de convertirse en actores políticos con relevancia social.

La incorporación al espacio público no las sustrae de sus responsabilidades domésticas, crianza de los hijos, atención de la casa. Esto se traduce en que las mujeres en la comunidad posean poder, pero al estar restringido a la esfera privada no logra proyectarse en el espacio público. Las mujeres no logran articular un discurso político que le permita participar en las instancias de poder, las que al ser dominadas por los hombres, se encuentran definidos por sus modos y formas. En definitiva, esto ha influido en que los cambios logrados por las mujeres

sean efímeros y que sus movilizaciones tengan escasos efectos y repercusiones.

Las políticas de igualdad de oportunidades no potencian la igualdad de derechos y deberes entre hombres y mujeres, como una concepción de responsabilidades compartidas al interior de la familia y en la sociedad en general. En los sectores pobres como en sectores de la clase media y alta, en estos últimos en forma mucho más encubierta, ya que las posibilidades de contar con servicio doméstico, es decir con el servicio de otras mujeres, libera a éstos de las responsabilidades domésticas. La distribución de roles sigue siendo categórica, la mujer es la encargada de la reproducción cuidado de los hijos y la manutención del hogar y el hombre es el proveedor, aun cuando las mujeres trabajen remuneradamente. Por lo tanto, no se constatan cambios reales en una redistribución de los roles al interior de la familia. Se observa, especial resistencia por parte de los hombres para participar en un proceso de redistribución de funciones, desencadenándose tensiones y conflictos al interior de la familia. En este sentido la familia nuclear constituye un lugar privilegiado en la gestación de relaciones de opresión de género.

En un sentido más amplio, se requieren, también, cambios en la construcción social del trabajo superando la polaridades público/ privado, productivo/ reproductivo/ moderno/ conservador que mantienen a las mujeres en condiciones de inequidad. Se deben abrir los espacios de discusión e incorporar los temas de género, visibilizar la sobrecarga que aplasta y enferma a las mujeres.

Por último, las diferencias existentes al interior de las organizaciones de la segunda región, obligan a cuestionar las políticas de género que se basan en la representatividad de las mujeres, puesto que este criterio es excluyente y omite el valor de las minorías. Por lo tanto, la representatividad de las mujeres y de sus organizaciones debe perfilarse en

un esfuerzo por capturar las múltiples diferencias que existen al interior del universo femenino, esto implica, dice Jo Beall, hacer esfuerzos concretos por crear condiciones alrededor de aspectos especiales de interés compartido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beall Jo (1995): La Construcción de Género en el Tercer Mundo En. Planeación con Perspectiva de Género, compilado por Ana Lucia Muñoz, Lucy Wartenberg, Universidad Externado de Colombia, Consejería presidencial para la Juventud, la Mujer y la familia y El Consejo Británico, Bogotá Colombia, pp. 57-80.
- Errazuriz M. Margarita (1992) El gobierno local como espacio para la acción con mujeres: promesa que requiere reflexión, En. Políticas Sociales, Mujeres y Gobierno Local, CIEPLAN, Santiago de Chile. pp. 31-49.
- Flick, Uwe (1998) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozial-Wissenschaften. Taschenbuch Verlag. Hamburg.
- Foucault Michel (1992) Microfísica del Poder. Las ediciones de la Piqueta, España.
- Gil Flores, Javier (1994): Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones a la investigación educativa, PPU Promociones y publicaciones universitarias. S.A. Barcelona.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band .Methodologie. 3., Korrigierte Auflage. Psychologie Verlags Union. Weinheim.
- León Magdalena (2000): El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo, En. Poder y Empoderamiento de las Mujeres. Magdalena León (compiladora). Editores Tercer Mundo. Colombia. pp. 1-26.
- Moser, O. Caroline (1995): El Proceso de Planificación de Género y la Implementación de la Práctica Planificadora, in: Planificación de Género y Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación. Entre Mujeres. Lima, Perú. pp. 371

- Olavarría José; Céspedes C (2002): Presentación, Debate y Conclusiones del Seminario-taller: Estrategias de conciliación, familia y trabajo con perspectiva de género. FLACSO, SERNAM Y CEM, Santiago pp. 11-31.
- Riquer, Fernández Florinda (1992): La Identidad Femenina en la Frontera entre la Conciencia y la Interacción Social, En: La Voluntad de Ser Mujeres en los Noventa. María Luisa Tarrés. Compiladora. El Colegio de México, México. ppS. 51- 84.
- Ruiz Olabuenaga, José Ignacio (1996): Metodología de la Investigación Cualitativa, Universidad de Deusto, Bilbao España.
- Ruiz Olga; Solano Sandra; Zapata Claudia (1998) Redes de Mujeres pobladoras de la comuna de San Joaquín. Participación y ciudadanía emergente. En Revista Propositiones, Sociedad Civil, participación y Ciudadanía Emergente. SUR Ediciones. N°28. Santiago de Chile. pp. 213-230.
- Salinas Meruane, Paulina (1999): Mujer y Participación Social. La Participación de las Mujeres en el Programa de Apoyo para Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos de Antofagasta. En Revista de Ciencias Sociales, Vol. 1 N° 1 ISSN N° 0717-4683 Universidad José Santos Ossa, Antofagasta-Chile. pp. 19-38.
- Salinas, Paulina (2000): El Movimiento Femenino Chileno entre 1949-1999. Cincuenta años de Presencia en la Historia Nacional. En Revista de Ciencias Sociales de la Universidad José Santos Ossa Vol. II. ISSN N° 0717- 4683, Antofagasta, Chile. pp. 45-60.
- Salinas, Paulina; Calventus Joan (2002) Construcción y sentido de la ciudadanía para los habitantes de la Unidad Vecinal Balmaceda de Antofagasta. Una aproximación interpretativa desde una perspectiva de

género, En. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad José Santos Ossa Vol. IV ISSN N° 0717-4683. Antofagasta. Chile. pp 7-35.

- SERNAM (2000): Plan Regional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2000-2010, Región de Antofagasta.

- Valdés, Teresa/ Weinstein, Marisa (1992): Las Pobladoras y el Estado. Preposiciones, 21. Santiago de Chile. pp. 237-242.

- Valdés, Teresa (1997): Ciudadanía e Invisibilidad en: Análisis y Opiniones, FLACSO Chile. Nueva Serie. Santiago, Chile.

- Valdés, Teresa; Palacios, Indira (1999): Participación y Liderazgo en América Latina y el Caribe: Indicadores de Género, CEPAL, Santiago.

“POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE RESOLUCIÓN NO VIOLENTA DE CONFLICTOS, SERNAM, VIII REGIÓN”

Cecilia Bustos Ibarra³

Resumen

El propósito de este artículo es sintetizar los hallazgos encontrados en la investigación realizada en el año 2001 producto de la tesis para optar al grado de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales, que consistió en el análisis del Programa de Resolución No Violenta de Conflictos “Educación, Cultura y Cambio” ejecutado desde el Sernam, en la VIII Región, Chile. Para lograr conocer los resultados de dicho programa se utilizó una metodología cuali y cuantitativa, aplicando una encuesta a los docentes participantes en el programa y posteriormente utilizando la técnica de entrevistas en profundidad.

Summary

The purpose of this article is to share the findings founded in a research carried out in 2001, this research was presented as a thesis to get the degree of Social Worker and Social Politicals Magister, this wor”k consist of in the analysis of program of resolution no violenta de conflictos “Educación, Cultura y Cambio” executed from Sernam, VIII Region, Chile. To obtain know the results of this program was used a qualitative and quantitative methodology, by an inter view to the teaching staff of the program and lately using the technic of interview in profoundness.

³ Asistente Social, Colaboradora Académica Depto. de Servicio Social Universidad de Concepción, cecbustos@udec.cl

I.- INTRODUCCION

El fenómeno de la Violencia Intrafamiliar, y específicamente de la violencia contra la mujer o violencia doméstica comenzó a ser estudiado en los años 60 principalmente en Europa, Estados Unidos y Canadá, en tanto los países latinoamericanos sólo en los años 80 comenzaron a reconocer este problema y a investigarlo.

Actualmente se reconoce el interés de los gobiernos y organismos internacionales, para que este problema sea abordado urgentemente como objeto de Políticas Públicas, entendiendo que constituye un problema de salud pública y de derechos humanos que tiene un impacto negativo en los procesos de democratización, de desarrollo social, económico y cultural de los países.

En Chile, durante la década de los 80 el problema fue visualizado gracias a los movimientos de mujeres y a organizaciones no gubernamentales que prestaban atención a las víctimas. Sólo a partir de la recuperación de la Democracia en 1989 el tema comenzó a ser parte de la agenda pública y fue asumido como una preocupación por el Gobierno Chileno. Concretamente a través de la Creación del Servicio Nacional de la Mujer, que para abordar el tema creo el PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

Este programa tuvo una importante evolución en sus lineamientos, que van desde una etapa inicial, (1991-1993) donde los objetivos eran: Promover el reconocimiento Público de la Violencia Intrafamiliar (VIF), Desarrollar acciones que permitieran conocer la magnitud y complejidad del problema e involucrar a los distintos actores sociales acerca de la necesidad de abordar integralmente este problema; pasando por la estrategia de Creación de Redes Interinstitucionales de apoyo y prevención de la VIF, las propuestas y objetivos con relación al tema se plasman en el

PLAN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, hasta llegar a una etapa de replanteamiento de los objetivos 1997-1999 en que se propone intervenciones en 2 aspectos críticos: la aceptación de la violencia como medio de control y ejercicio de poder y la Inadecuación de la oferta pública a la magnitud y a las características específicas de la Violencia Intrafamiliar.

En este momento se releva la importancia de la Escuela como instancia clave para la mantención y reproducción de las pautas culturales, dado el papel que juegan en el proceso de socialización de género y el uso o tolerancia que existe en la escuela de algunas formas violencia como medio de control social. “La Educación para la Resolución No Violenta de Conflictos” aparece como una forma posible y conducente de hacer frente al problema de la violencia intrafamiliar. En esta tarea la Escuela puede cumplir un gran papel. Tanto por su razón de ser, educar a los niños y niñas, como por su posibilidad de irradiar sobre los padres y madres y sobre la comunidad toda”.

Las primeras acciones que realizó el Sernam en esta área, fueron talleres regionales denominados “TALLERES DE RESOLUCIÓN NO VIOLENTA DE CONFLICTOS: EDUCACIÓN, CULTURA Y CAMBIO”. Posteriormente contrató los Servicios del PIIE, Programa Interdisciplinario de Investigación en Educación para elaborar los denominados “Módulos de Intervención Formativa en Resolución de Conflictos en Educación Básica”. En 1997 en la Octava Región, la Octava, se realizó y validó esta propuesta a través un curso-taller, piloto para profesores de 1° a 4° básico.

La propuesta consiste en la sensibilización y capacitación de los docentes del primer y segundo ciclo de Enseñanza Básica con el fin de desarrollar en las niñas y los niños, relaciones no privadas de conflicto, pero sí simétricas en el ejercicio del poder y en la conciencia que se tiene de su

posesión. “El Dispositivo Concreto del Proyecto es la Transferencia Metodológica del Módulo de Intervención Formativa en el área de Resolución No Violenta de Conflictos”

Los contenidos de dicho Módulo se basan en dos ejes básicos: los derechos humanos y la Perspectiva de las relaciones de género. Por otro lado, comprende el conflicto como parte de la vida y como instancia de crecimiento personal, y supone que una convivencia en que se respetan los derechos de las personas implica aprender a desarrollar relaciones humanas cálidas y sustentadoras de la autoestima, así como a manejar los conflictos de la vida cotidiana en forma pacífica y constructiva.

El presente estudio se centró en la implementación de esta propuesta en la Octava Región. El Sernam, ha ejecutado el Proyecto “Resolución No Violenta de Conflictos” desde 1997, año en el que se realizó el programa Piloto, el año 1998 y 1999 se ejecutó a través de una modalidad abierta, es decir, convocando a docentes de distintas comunas alcanzando una cobertura de 15 y 16 comunas respectivamente y debido a la evaluación preliminar el año 2000 se decide ejecutar el programa con una modalidad cerrada en 3 establecimientos correspondiente a 3 comunas de la Región.

El Problema que motivó este estudio, es que debido a diversas razones, fundamentalmente falta de recursos humanos y económicos, esta propuesta no había sido evaluada adecuadamente, por tanto se desconoce los resultados que ha alcanzado, esta evaluación es considerada de vital importancia por los diseñadores y ejecutores de la propuesta. Por otro lado permanece vigente el debate entre los 2 organismos impulsores de este programa el Sernam y el Ministerio de Educación, la forma en que el programa es asumido por el sector Educación, y se integra a través de los Objetivos Transversales en la Reforma Educacional en curso en nuestro país. Por lo que es relevante que las conclusiones de este estudio contribuyeron a ese debate.

II. MARCO DE REFERENCIA

Para analizar el fenómeno de la violencia intrafamiliar, es necesario reconocer que en la génesis de la violencia se funden una serie de factores que potencian esta forma de relación. Al respecto Hernán Montenegro señala “sin duda que el fenómeno de la violencia es multifactorialmente determinado. Al igual que como ocurre en muchas otras conductas del ser humano, en este fenómeno influyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, que están en constante interacción . Un segundo elemento, es el consenso unánime respecto a la necesidad de abordar el problema en forma intersectorial; lo que se traduce en la articulación de Redes a nivel Nacional, Regional, Comunal o Local.

La Comprensión de estos dos aspectos, la PLURICAUSALIDAD, y la necesidad de abordarlo INTERSECTORIALMENTE, se potencia al utilizar un marco de referencia teórico que permite apreciar claramente los diversos factores y niveles que permiten la reproducción y la mantención de la violencia; y, por tanto, aquellos aspectos en que es necesario intervenir; nos referimos al MODELO ECOLÓGICO, planteado por Bonfenbrenner en 1979 y adaptado por el Argentino Jorge Corsi, y que se caracteriza por la interacción de 4 subsistemas: Macrosistema, Exosistema, Microsistema, Sistema Individual.

En el Macrosistema se ubicaría toda la organización social, los sistemas de creencias y valores y los estilos de vida que prevalecen en una cultura específica; diferentes investigaciones referentes a los riesgos existentes al nivel de la sociedad, han incluido aspectos como la cultura patriarcal y su impacto en la violencia, la violencia estructural, las deficiencias del control social y del sistema legal para sancionar la violencia intrafamiliar.

El Exosistema está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, es decir, instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales,

recreativas, etc.; el funcionamiento de estas instituciones y los mensajes que emiten, constituyen un factor fundamental en la presencia o disminución de la violencia. Otro componente importante son los Medios de Comunicación Masivos, dado su potencial multiplicador, los modelos violentos que proporcionan, tienen gran influencia en la generación de actitudes y legitimación de conductas violentas. También se encuentran aquí los factores situacionales, tales como aislamiento social, cesantía, hacinamiento, etc.

El Microsistema se refiere a los elementos estructurales de las familias que viven violencia, la interacción familiar y las historias personales de los miembros del grupo familiar; y en este aspecto se han encontrado importantes conclusiones : “Una parte importante de las experiencias y modelos explicativos registrados en diversos documentos integran la idea del poder como la lógica que subyace a las expresiones de violencia, en el ámbito social, y en el ámbito familiar. La cultura patriarcal estaría representada en todas las estructuras sociales a través de la generación de relaciones de dominación/subordinación y de ordenaciones jerárquicas; el poder, la autoridad y el liderazgo al interior de la familia se sustentarían en desigualdad de fuerzas y de posiciones entre padre/madre/hijos, hombre/mujer, adultos/niños/as. De esta manera no es casual que la violencia afecte principalmente a aquellos miembros de la familia, que se encuentran en posición de subordinación y dependencia, como son, mujeres, niños/as, ancianos, discapacitados”.

Finalmente, en el Nivel Individual, Corsi incluye 4 dimensiones psicológicas, la dimensión cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional; y los estudios demuestran en el caso de la Violencia Conyugal o Doméstica, como cada uno de estos componentes actúa en la mujer víctima y en el hombre agresor.

La propuesta del Programa de Resolución No Violenta de Conflictos busca intervenir desde el Exosistema, en el que se ubicaría la Escuela, intentando irradiar los cambios a los demás Subsistemas, al trabajar no sólo con el niño/a, sino también con los padres y apoderados y de esta forma contribuir a la deconstrucción de las creencias culturales existentes y al entrenamiento concreto en habilidades para resolver conflictos sin violencia.

Otro sustento teórico explicativo fundamental es la Teoría de Género, que permite la comprensión de este fenómeno; a través del análisis del orden social de género, aportando elementos de análisis tales como situación y condición de la mujer, desigualdad de la distribución del poder, roles y relaciones de género, y la socialización de género. Sin embargo, a nuestro juicio, estos elementos se encuentran incorporados en el Modelo Ecológico y son también incorporados en el Programa en estudio, desde un punto de vista teórico, es decir, desde la invitación a los/as docentes a la reflexión sobre el rol de la Escuela en la socialización de género, y desde un punto de vista práctico, en el ejercicio democrático del poder en la resolución de conflictos entre hombres y mujeres.

Otro elemento importante de considerar son los Instrumentos Jurídicos Internacionales, que otorgan el respaldo jurídico a las Políticas Públicas que se han generado para enfrentar el problema y específicamente de las propuestas al nivel de Prevención de la Violencia Intrafamiliar. El Estado Chileno, ratificó el 11 de noviembre de 1998, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como Convención de Belem do Pará, adoptada en Brasil el 09 de junio de 1994 . Esta convención incluye como Deberes Inmediatos de los Estados Partes acciones relacionados con la protección y asistencia a víctimas y, además, el deber de “actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer” (Artículo 7,

letra b). Por otra parte, en aquellos Deberes Progresivos están “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitimizan o exacerban la violencia contra la mujer” (Artículo 8, letra b) y “Garantizar la investigación y recopilación de estadísticas y demás información pertinente sobre las causas, consecuencias y frecuencia de la violencia contra la mujer, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer y aplicar los cambios que sean necesarios” (Artículo 8, letra h). Estos elementos están incorporados también en el marco de referencia que sustenta la propuesta del programa de Resolución No Violenta de Conflictos.

Finalmente, parece oportuno detenerse en el Concepto de Prevención. Desde el punto de vista la salud, los conceptos de prevención y promoción, desde una perspectiva práctica tienen un límite impreciso en cuanto a sus funciones, sin embargo, la diferencia esta dada porque ambos persiguen lograr distintos niveles de salud, es decir, distintos niveles de impacto. La Promoción, desde la perspectiva de la salud positiva y de bienestar y la prevención, desde la perspectiva de la enfermedad o problema, apuntando a factores de riesgo, dirige su atención a la detección y control de los factores causales. Las distintas propuestas de prevención de la violencia intrafamiliar, parten del supuesto que “la violencia empieza en la mente del ser humano, por lo tanto la no – violencia debe comenzar en nuestras propias mentes. El mismo ser que inventó la guerra, puede inventar la paz” Es decir, las estrategias y propuestas de prevención se basan en la Teoría del Aprendizaje Social y la Socialización. En este marco, el Programa que se analizará a través de la identificación de estos factores de

riesgo culturales que permiten la generación y mantención de la violencia, apunta a la educación para la resolución no violenta de conflictos, con el fin de generar nuevas relaciones entre niños y niñas, es decir, entre hombres y mujeres.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer los resultados del Programa Resolución No Violenta de Conflictos: Educación, Cultura y Cambio, en la Región del Bío-Bío.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los resultados del Programa de Resolución No Violenta de Conflictos, durante su implementación en el año 2000.
- Describir las percepciones de los/as docentes participantes, sobre el programa, y sobre los efectos de éste.
- Describir las percepciones de los/as niños participantes, sobre el programa y sobre los efectos de éste.

IV. METODOLOGÍA

La delimitación temporal y geográfica, corresponde a la Capacitación realizada en el año 2000 a 3 establecimientos de 3 comunas de la región: un colegio particular subvencionado de Concepción, una escuela municipalizada de Coronel, una escuela municipalizada de Penco. La capacitación fue ejecutada por un equipo regional, formado por el Coordinador del Programa de Violencia del Sernam, y la Encargada del Programa en la SEREMI de Educación, con la Modalidad Cerrada, es decir,

con la suspensión de 1 día de clases y la realización de la Capacitación y Transferencia Metodológica en el propio establecimiento. De esta forma la muestra total fue de 73 docentes de nivel básico.

Para lograr los objetivos buscados, la metodología utilizada en este estudio fue cuali – cuantitativa. En una primera instancia, se busco obtener información descriptiva sobre la implementación del Programa utilizando una encuesta aplicada a los 73 docentes.

En una segunda etapa, se utilizó un enfoque cualitativo con aproximación fenomenológica, que propone buscar la comprensión del fenómeno, teniendo como punto de partida la experiencia vivida, las percepciones y opiniones de los sujetos, por lo cual se utilizó el método fenomenográfico. De las 2 escuelas que aplicaron el Programa, se seleccionaron una muestra intencionada compuesta por 4 profesores en cada establecimiento, a las cuales se realizo entrevistas en profundidad. La información fue recopilada vía registro magnetofónico.

Con la finalidad de alcanzar el tercer objetivo se realizaron 4 entrevistas a niños/as participantes en el Programa, sin embargo, debido al distanciamiento temporal, no fue posible alcanzar los niveles de profundidad esperados en las entrevistas con los niños/as, por lo cual no se presentan en este trabajo.

En cuanto al procesamiento y análisis de la información, en primera instancia se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida a través de la encuesta, y finalmente se realizó un análisis de la información obtenida de las entrevistas en profundidad, a través de un proceso de reducción fenomenológica, estableciendo categorías, para describir las distintas percepciones de los entrevistados sobre el programa, es decir, a través del método fenomenográfico. De acuerdo al planteamiento de Martins y Bicudo , los momentos de la trayectoria fenomenológica son

denominados como momentos de análisis, pues no se trata de pasos a seguir, sino de momentos de reflexión. Estos momentos son la descripción, la reducción fenomenológica y la comprensión.

V. RESULTADOS

V.I RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

En cuanto a la tasa de respuesta de la encuesta aplicada a los 73 docentes capacitados, esta es de un 75%, ya que 55 de ellos contestaron la encuesta. (insertar tabla n° 1)

Respecto a las razones que explican la no respuesta de 18 docentes, se encuentran licencias medicas (7), traslados(4), encuesta incompleta (6) jubilacion (1). Los resultados que se presentarán en adelante corresponden a aquellos docentes que contestaron la encuesta, es decir, el universo de referencia son 55 docentes. De éstos un 49% efectivamente implementó el Programa en sus establecimientos con alumnos/as y apoderados, que corresponde a 27 docentes.

Tal como se aprecia en la tabla N°1, en 1 establecimiento no se ha realizado ninguna aplicación, este es el Colegio Particular Subvencionado de Concepción, mientras que en los otros 2 la aplicación ha sido parcial. El porcentaje de aplicación del Programa corresponde a un 37% del total de docentes capacitados durante el año 2000 (73), estos 27 docentes corresponden al 49% de los que contestaron la encuesta. Es decir, podemos afirmar que prácticamente la mitad de los docentes capacitados que contestaron la encuesta ha aplicado el programa, mientras que la otra mitad no lo ha aplicado. Encontramos además situaciones en que se aplican las Unidades solo con un actor, apoderados/as o alumnos/as, que

desde el punto de vista de la metodología, no es lo recomendable, por lo que no se consideró como aplicado.

Respecto de la capacitación (insertar tabla n°2) esta fue evaluada positivamente por los docentes, un 11% la consideró excelente, un 84% buena, y sólo un 5% la evalúa como suficiente.

Respecto de las coberturas, podemos estimar el impacto del programa en términos numéricos, pudiendo concluir que por cada docente que implementa el programa se impacta en promedio a 53 niños y 34 apoderados. (insertar tabla n°3)

En cuanto a posibles medidas para mejorar la capacitación es posible, recoger propuestas de las sugerencias realizadas por los propios encuestados relacionadas con la metodología de la capacitación de los docentes y con la implementación y seguimiento del programa, que por razones de extensión no se presentan en detalle en este trabajo, pero que sin duda son de la mayor relevancia tanto para los planificadores como los ejecutores de este programa. Respecto de la capacitación, es bastante unánime la sensación de que la duración es insuficiente, y que los docentes reconocen que requieren más herramientas para el manejo del tema. En las fases de implementación y seguimiento, se hace latente la necesidad de un acompañamiento, seguimiento y/o evaluación más cercana, el requerimiento de material de apoyo y material didáctico que faciliten la implementación.

Para efectos descriptivos, se presentarán los resultados obtenidos por establecimiento

COLEGIO PARTICULAR SUBVENCIONADO COMUNA DE CONCEPCIÓN

De los 25 docentes que fueron capacitados, sólo 20 contestaron la encuesta, de éstos 19 casos (95%) no aplicó las unidades con alumnos, ni con apoderados, y sólo 1 caso (5%) aplicó las unidades educativas con los apoderados, el que para efectos de la metodología no se consideró como aplicado. Dentro de las principales razones aludidas para no implementar el programa se encuentran la falta de tiempo (40%), la falta de planificación del establecimiento (25%) falta de material de apoyo (15%).

Un elemento significativo, es que este es el único establecimiento en que se hace alusión a la pertinencia de las unidades en relación a la realidad local, que a nuestro juicio, obedece básicamente al aspecto socioeconómico; ya que la realidad descrita, en las unidades en las historias, situaciones presentadas y en los personajes que las protagonizan obedecen más bien a un nivel socioeconómico bajo o popular; y este establecimiento es Particular Subvencionado, por lo que la comunidad escolar efectivamente tiene mejores condiciones socioeconómicas. De todos modos, a nuestro juicio, esto no afecta el fondo de los problemas tratados, que como sabemos se presentan indistintamente del nivel socioeconómico, y por tanto las unidades podrían ser adaptadas.

ESCUELA MUNICIPALIZADA DE LA COMUNA DE CORONEL

De los 31 profesores de la escuela, 29 fueron capacitados y sólo 25 de ellos contestaron la encuesta. De éstos 19 (76%) aplicó las unidades con alumnos y apoderados; mientras que 2 casos, (8%) sólo aplicó las unidades educativas con los apoderados (que para efectos de la metodología no se consideró como aplicado) y finalmente 4 casos (16%) no aplicaron ninguna actividad. Estos 4 docentes explican la no aplicación del programa por falta de tiempo y licencias médicas.

Respecto al trabajo con los alumnos podemos concluir que la aplicación de las unidades osciló entre 1 y 4 unidades, siendo el promedio de 2 por profesor. En total se aplicaron 51 unidades en el establecimiento.

De las 12 Unidades Educativas propuestas por la Metodología para el NB1 en el establecimiento los docentes implementaron sólo 4 de ellas, siendo las más realizadas, las siguientes: Mi álbum personal (19), Conozcamos algo más sobre nuestros compañeros y compañeras (17), Juguemos con confianza (8) y Dibujando nuestra clase (7).

Otro elemento importante, es la diversidad de los cursos en que se implementó, esto es, con niños/as desde kinder a 8° año básico en edades de los 5 a los 14 años, lo que podría indicar que la metodología sería aplicable a todo el ciclo básico. Respecto del sexo de los/as alumnos participantes, no existen diferencias significativas entre los niños y niñas. La cobertura total de aplicación del programa en el establecimiento fue de 638 alumnos/as.

Respecto de la aplicación con los apoderados, es necesario mencionar que la Metodología contempla 2 unidades, que se implementan en varias sesiones, esto produjo interpretaciones distintas en los docentes, por lo que para efectos de sistematizar los resultados, se consideraron las 2 unidades: ¿Cómo se relaciona doña Juana y don Luis consigo mismo y con los demás? y ¿Cómo se relaciona doña Juana y don Luis con sus hijos?. La mayoría (8 docentes) aplicó las 2 unidades, sólo 1 caso aplicó sólo la primera unidad. Por lo que es posible concluir que el trabajo con los apoderados fue más completo, y por tanto, permitiría obtener conclusiones mucho más relevantes respecto a la experiencia.

Se repite la diversidad de los cursos en que se implementó, esto es, con padres y apoderados desde kinder a 8° año básico, en edades que oscilan entre los 28 y 45 años, es decir, con padres que probablemente tienen más

de 1 hijo en edad escolar, lo que permite ampliar el impacto del programa. Respecto del sexo de los padres y apoderados existe una gran diferencia, del total de participantes 746 personas un 92,5% eran mujeres y sólo un 7,5% eran hombres. Este dato permite constatar como el rol reproductivo (en el que se incluyen las labores domésticas, el cuidado y la crianza de los hijos) sigue claramente asociado o asignado a las mujeres. Por otro lado, nos muestra uno de los grandes desafíos para producir cambios en términos del orden de género existente, pues se sensibiliza sólo a una parte de las personas, a las mujeres, y como es sabido y lo reafirma la teoría de género, para producir cambios necesariamente se requiere la participación de ambos miembros de la pareja. La cobertura total de aplicación del programa en el establecimiento fue de 746 apoderados/as.

Respecto de la percepción de los docentes (insertar tabla n° 4) en cuanto a que el programa ha generado cambios en los alumnos y en los apoderados, tenemos que: de los 19 docentes que aplicaron unidades con alumnos 17 (90%) considera que sí, y sólo 2 (10%) considera que no; y de los 21 docentes que aplicaron con apoderados, 19 (90,5%) consideran que sí, y 2 (9,5%) consideran que no. Al cruzar las variables, se establece que corresponde a las mismas 2 personas que afirman no observar cambios ni en alumnos, ni en apoderados.

En cuanto a los cambios observados en los alumnos/as (insertar tabla n°5) se puede concluir que el 90% de los docentes que aplicó el programa considera que ha habido cambios en los alumnos; todos los cambios mencionados son positivos, lo que nos muestra que el programa efectivamente generaría cambios importantes en los niños/as.

Respecto de los cambios en los apoderados (insertar tabla n°6), estos van desde la relación de los apoderados entre sí, con la escuela, con el/la profesora y con sus hijos/as y familias. Por lo que abarca un espectro mayor de los cambios intencionados por el Programa, que podrían

considerarse como cambios no buscados, pero que generan efectos positivos en la comunidad escolar y en la convivencia, consecuente con los objetivos del Programa.

ESCUELA MUNICIPALIZADA DE LA COMUNA DE PENCO

De los 19 docentes del establecimiento, el 100% fue capacitado y sólo 10 de ellos contestaron la encuesta. De éstos 8 casos (80%) aplicó las unidades con alumnos y apoderados; mientras que sólo 1 caso (10%) aplicó sólo con los alumnos y 1 caso (10%) no aplicó ninguna actividad, la razón argumentada para lo no aplicación es la falta de tiempo.

Respecto al trabajo con los alumnos podemos señalar que la aplicación de las unidades osciló entre 2 y 5 unidades, siendo el promedio de 3,8 por profesor; es decir, en esta escuela hubo una mayor aplicación que en la escuela de Coronel. En total se aplicaron 38 unidades en el establecimiento.

De las 12 Unidades Educativas propuestas por la Metodología para el NB1 en el establecimiento los docentes implementaron 5 de ellas, siendo las más realizadas, las siguientes: Conozcamos algo más sobre nuestros compañeros y compañeras (9), Juguemos con confianza (9), Mi álbum personal (8), Dibujando nuestra clase (7) y El Buzón (5).

Otra diferencia es que por ser una Escuela Nueva (creada en el año 2000) y además pequeña, varios docentes trabajan en más de 1 curso, y aplicaron las unidades en distintos cursos, y no sólo en un único curso de jefatura como es lo tradicional. La implementación abarcó también todos los niveles del ciclo básico.

Respecto del sexo de los alumnos participantes, la mayoría son hombres 61% y un 39% son mujeres. La cobertura total de aplicación del programa

en el establecimiento fue de 784 alumnos/as, a pesar de ser menor el número de los docentes que en la escuela de Coronel, la cobertura en número de alumnos fue mayor.

En cuanto a la aplicación con los apoderados, como se mencionó anteriormente la Metodología contempla 2 unidades, que se implementan en varias sesiones; en este caso todos los docentes realizaron varias sesiones, pero aplicaron sólo la primera unidad.

Se repite la diversidad de los cursos en que se implementó, esto es, con padres y apoderados desde kinder a 8° año básico, en edades que oscilan entre los 30 y 42 años. Respecto del sexo de los padres y apoderados se repite la tendencia, del total de participantes 179 personas un 89,4% eran mujeres y sólo un 10,6% eran hombres. La cobertura total de aplicación del programa en el establecimiento fue de 179, comparativamente sólo un 23% del total de apoderados participantes en escuela de Coronel (746 apoderados/as).

Respecto de la percepción de los docentes (insertar tabla n°7) en cuanto a si el programa ha generado cambios en los alumnos y en los apoderados, tenemos que: de los 9 docentes que aplicaron unidades con alumnos un 100% considera que sí, y de los 8 docentes que aplicaron con apoderados, el 100% considera que el programa si provoca cambios.

Los cambios en los alumnos/as identificados por los docentes (insertar tabla n°8) se agrupan claramente en las categorías D y C, que corresponden a autoconocimiento, respeto, aceptación, mayor compañerismo, mayor comprensión, más sociables y solidarios.

Respecto de los cambios en los apoderados (insertar tabla n°9) los cambios

observados van desde la relación de los apoderados entre sí, con la escuela, el/la profesora y con sus hijos y familias. Se destaca además que como la aplicación fue menor en los apoderados, sólo abarcó la primera unidad, los cambios se centran más en la relación entre los propios apoderados y con la escuela.

V.II RESULTADOS FASE CUALITATIVA

A continuación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis cualitativo de las 8 entrevistas en profundidad realizadas a los docentes participantes. Luego de realizar, la reducción fenomenológica de cada uno de los discursos, se realizó un análisis Nomotético, de las convergencias y divergencias de los discursos en relación a los siguientes ejes temáticos:

1. La capacitación.
2. La incorporación del tema de género en la capacitación.
3. La preparación de las unidades educativas.
4. La aplicación de las unidades educativas con los alumnos.
5. La aplicación de las unidades educativas con los apoderados.
6. Cambios en los alumnos.
7. Cambios en los apoderados.
8. Opinión sobre la inclusión de este tema en la Reforma Educacional.

1. PERCEPCIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN

Existe consenso en que la capacitación fue interesante, buena, dinámica, entretenida, novedosa; pero también reducida, corta, consideran que faltó tiempo, muchas esperaban que se repitiera un segundo encuentro.

Reconocen que los profesores requieren mayor capacitación para manejar los problemas y conflictos con los niños/as, en especial el problema de la violencia.

El clima emocional de la capacitación fue positivo, relatan haberse sentido cómodos/as, relajados/as, que todos participaron; y los ejecutores o relatores fueron considerados idóneos, con habilidades para el trabajo grupal. Otro elemento que cobra gran importancia para los participantes fue la metodología, ya que trabajaron en taller, y además tuvieron que dramatizar las situaciones presentadas en las unidades con los apoderados/as, esta experiencia contribuyó a la integración del grupo, a descubrir capacidades y habilidades, a expresarse, y es recordada como una experiencia entretenida y de unión; además se sintieron identificadas con los temas tratados como mujeres, en su rol de madres y de parejas.

“... la capacitación fue corta, pero buena, nos tocó también a nosotros hacer como niños y tuvimos que entrar a hacer una obra de teatro...”

“... es una experiencia que sirve no solo para los apoderados, sino también para nosotros como colegas, sirve bastante para conocer el ser humano que esta dentro de cada uno, no al que viene como autómatas, sino a conocer que hay más atrás de cada persona, y respetar...”

“... la verdad es que llegó un momento en que uno se puso un poquito nerviosa, ah; fue fuerte, fue fuerte, porque cuando el marido llegaba y le exigía, después no estaba ni ahí con los niños y como que uno se colocaba en el lugar...”

“... a través tanto de esos roles que hicimos de teatro, no sólo aprendimos eso, sino que nos fuimos descubriendo como actores, porque realmente esta escuela tiene profesores que tendrían que estar en otra parte, que están perdiendo el tiempo aquí (risas). En serio, nos salieron las obras todas tan simpáticas, estábamos fascinados, o sea como que el profesor

necesita eso, una oportunidad como para expresarse, sin mucha tensión...”

Además en el caso de la escuela municipal de Penco, por ser un establecimiento de reciente creación constituyó más aún un momento de integración y de alguna forma un Hito en la historia del grupo (equipo de docentes).

Otro elemento a destacar, es que recuerdan la enseñanza aprendida de la Dinámica con que se inició la capacitación denominada “ganar, ganar”.

“... la capacitación comenzó con una dinámica que era “ganar, ganar” y nosotros empezamos a competir, a pelear y algunos se picaron, y cuando el señor dijo que era demostrar con el mínimo de energía y de la manera más inteligente, nos dimos cuenta del error, eso fue lo que más me quedó...”

2. LA INCORPORACIÓN DEL TEMA DE GÉNERO EN LA CAPACITACIÓN

Se dirigió la entrevista a este tema, por la relevancia que tiene su incorporación para el logro de los cambios perseguidos por el programa, y por supuesto para impulsar procesos de equidad entre los sexos en la escuela. Los resultados muestran que los docentes no tienen un manejo adecuado del tema, y al consultar sobre cómo este fue tratado en la capacitación, responden que sólo de manera teórica, con apoyo de material audiovisual. Sólo en 2 de los 8 discursos, se encuentran registros que revelan una mayor comprensión del tema, que probablemente pueden estar asociados al perfil de las docentes, ya que una corresponde a una educadora de párvulos, y la otra a una educadora diferencial.

“... yo creo que el tema del género es importante es la escuela, si uno desde el kinder y el prekinder, empieza a inculcar el respeto entre los niños y las niñas, entonces estamos bien, porque esa es la base...”

“... se hablo de la importancia de trabajar el género desde el kinder, de incorporar a los niños y las niñas a todas las instancias como por ejemplo los juegos, no como antes... y también en el lenguaje a incluirlos a todos, decir niños y niñas... los profesores acá siempre están perfeccionándose, yo creo que para nadie fue un tema totalmente nuevo, y además uno lee bastante, asiste a cursos en que releva esto, y además es un tema actual...”

3. LA PREPARACIÓN DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS

Para preparar las unidades todos los docentes contaron con el manual elaborado por el PIIE para el Nivel Básico 1 (NB1), en el que se desarrollan las unidades educativas con alumnos y apoderados, ellos adaptaron las unidades a los cursos, aplicaron de kinder a 8° año básico, como ya se mencionó. No tuvieron acceso al Manual para el Nivel Básico 2 (NB2), pero manifiestan interés por conocerlo y contar con él en la escuela.

En el caso de la escuela municipal de Coronel, destaca el rol de la orientadora, quien lideró el proceso de aplicación, tocando el tema en consejo de profesores, multicopiando el material de apoyo, elaborando guías de trabajo que fueron entregadas a todos los docentes de la escuela, y preparando una carpeta individual para cada alumno/a, en la que de acuerdo a las indicaciones de la metodología, guardaban sus trabajos semana a semana. Es relevante también el apoyo de la dirección del establecimiento para efectos de aportar recursos, y de dar prioridad al tema. De esta forma la experiencia de aplicación fue vivida como un proceso colectivo. Respecto a la experiencia de la escuela municipal de

Penco, de los relatos se puede extraer que la preparación fue un proceso más individual.

“... a nosotros nos entregaron unos libros de apoyo, nos entregaron los folletos, la profesora de orientación se preocupó bastante de tenernos guías de trabajo y también nos entregó unas láminas donde los niños para trabajar con los niños la unidad ¿quién soy yo? para que se fueran reconociendo...”

4. LA APLICACIÓN DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS CON LOS ALUMNOS

Las experiencias de aplicación fueron distintas, de acuerdo a las edades de los niños, al tamaño de los cursos o grupos, y a los niveles de violencia y problemas familiares percibidos por los propios docentes dentro de sus alumnos.

Con relación a la metodología, se utilizó la motivación inicial, discusión de grupos, juegos y dibujos. Las docentes recuerdan en especial el impacto y las dificultades generadas al trabajar las unidades de autoconocimiento. El impacto en relación con la carga emocional de las intervenciones de los niños, tanto para ellas como para los demás niños, y las dificultades relacionadas principalmente con el desafío de permitir la expresión de todos, de evitar el juicio crítico en los niños, y de contribuir a la comprensión y respeto de las diversas identidades y realidades de los niños, y de sus familias, por el fuerte componente valórico de estos temas.

Otro elemento importante, es que las docentes aplicaron las unidades adaptándolas a la realidad de sus cursos, al tiempo e incluso complementándolas con otras unidades, es decir, primo la flexibilidad, sobre una aplicación rígida de las unidades propuestas.

“... los niños se iban reconociendo, y haciendo su propio retrato, ellos lo iban haciendo y pintando, y con que cariño pintaban y se detenían, a lo mejor algunas cosas bastante utópicas...”

“... yo le voy a poner un ejemplo, hoy día se ve mucho la convivencia y para los niños es normal y a mí me ha tocado con niños que tienen a su mamá y a su papá y ellos no entienden de que otros tienen tíos, tienen otra persona, entonces para ellos es algo extraño, como también para otros es extraño que tengan papá y mamá... eso es un problema social a nivel mundial yo creo que se está perdiendo el valor de la familia... para ellos la familia es un tío, un caballero que llegó y el papá que se fue... entonces ahí los chicos empiezan a mirarse unos a otros y ahí uno tiene que tener ojo para tratar estos temas, porque uno puede estar dañando lo que es cada uno, la realidad de cada uno...”

“... como le explico eran cosas sencillas que nosotros fuimos adaptando... nosotros mencionamos las unidades ahí en la encuesta que nos hicieron pero no es que hiciéramos esa unidad así tan estricta...”

Además una docente en especial, describe lo significativo que fue para ella el trabajar las unidades con los niños en términos de comprender los procesos individuales y la situación familiar de cada alumno.

“... yo tenía 2 alumnos que eran bastante complicados, y eso nos enriqueció... yo también para entenderlos más y al darme cuenta de que a lo mejor era demasiado exagerada, que si va a un especialista o a un lugar especial a tratarse, qué se yo tiene que funcionar al tiro, y no es así, o que ese resultado se lleve de inmediato a la sala de clases... porque en realidad era muy exigente, eso a mí me sirvió para comprender el medio, ver el origen, el aspecto social, cultural, familiar, educacional, el lugar de trabajo... todas esas cosas tenerlas también en cuenta, aunque las tenía en cuenta, pero más bien como un registro...de escritorio no más...”

5. LA APLICACIÓN DE LAS UNIDADES EDUCATIVAS CON LOS APODERADOS

La aplicación de las unidades educativas con apoderados se hizo en, todos los casos, en el espacio de la reunión de apoderados, con metodología de trabajo en taller, con distintos grados de preparación de material de apoyo, incluso en un caso existe registro fotográfico. La participación fue buena, se motivan y entusiasman, las unidades fueron pertinentes a su realidad, se sentían identificados. Las intervenciones en los grupos eran con mucha carga emocional, en términos del nivel de intimidad y confianza generados. Se produce el efecto de autoayuda, similar a los grupos terapéuticos, existe contención emocional, acogida y una búsqueda común de soluciones posibles al problema planteado.

La mayor participación fue de mujeres, sin embargo en algunos casos se logró la participación de padres, incluso ambos miembros de la pareja, lo que es evaluado como enriquecedor y óptimo para el logro de los objetivos. Destaca un caso, en que la profesora intencionó la participación de un apoderado hombre, que ejercía violencia contra su hijo adoptivo, logrando cambios significativos en la situación.

Otro elemento común es que las docentes perciben que esta es una experiencia importante para los apoderados, y que valoran este espacio de expresión.

“... yo lo hice por grupos, como iban entrando les iba pasando unas figuritas y los iba sentando, porque siempre tienden a sentarse con quien se juntan, y no, y ya los deje un rato y empezaron a conocerse un poco más entre ellos, y yo empecé a plantearles la situación... y después se sueltan, es lo mismo que uno... pero estaban super contentos...”

“... también participaron varones, incluso matrimonios y eso fue enriquecedor... y logré que fuera un papá que era bastante agresivo con su hijo adoptivo, y él cambió el trato con el niño...”

“... a muchas apoderadas les había pasado igual que Juana y lo contaron y cómo lo habían enfrentado, algunas estaban viviendo esa situación y otras ya la habían superado, entre ellas se ayudaban y aprendieron a conocerse más entre ellas...”

6. CAMBIOS EN LOS ALUMNOS

Los cambios percibidos por los docentes se relacionan con cambios a nivel cognitivo y conductual. De todas formas existe consenso en que, según la percepción de los docentes, los niños se caracterizan por ser violentos, y que comúnmente eso se ve reforzado por la dinámica de relación en sus familias, por el entorno comunitario, y por los medios de comunicación masivos, en especial de la televisión. Esta mayor comprensión de los procesos a través de los cuales se produce y mantiene la violencia, es sin duda un cambio significativo en los propios los docentes.

Los cambios descritos son: mayor conciencia, mayor tolerancia, unión entre niños y niñas, mayor comunicación entre los niños, mayor respeto, mejor trato hacia los demás niños, mayor seguridad en sí mismos, mejor relación con sus padres, menor violencia en los juegos, mayor conocimiento y unión.

“... mire creo que algunos tomaron conciencia, pero otros lógico todavía siguen un poco violentos, reaccionan mal, pero detrás de ellos hay cualquier cantidad de problemas...”

“... que ya en 4º año es medio complicado, ellos comienzan con sus problemas con distintos intereses, pero hubo una unión más entre niños y niñas que por lo general cuesta más...”

“...pero hubo como resultado un cambio de conducta, o sea ellos aprendieron que tenían que comunicarse sin golpes, conversar...”

“... los cambios se ven en el respeto entre los niños, ellos se trataban tanto física como verbalmente pésimo, porque la mayoría estaba acostumbrado a eso en sus casas, entonces yo he visto cambios en ese sentido, incluso en los papas...”

7. CAMBIOS EN LOS APODERADOS

Existe acuerdo en que los apoderados han presentados cambios, sólo un discurso dice que no ha notado cambios en los apoderados, pero la docente reconoce que el énfasis fue puesto en la aplicación con los alumnos.

Los cambios descritos se relacionan con: mayor tolerancia entre ellos, mejor relación, más unidos entre sí, enfrentan los conflictos del propio curso en forma no violenta, ha mejorado la relación con los hijos, demuestran más interés y compromiso con los hijos, ha mejorado la relación con la profesora y con la escuela.

En los discursos aparecen descritas experiencias concretas de algunos apoderados, que a nivel individual presentan cambios significativos según la evaluación de los docentes. Una docente plantea también un efecto a su juicio negativo, que es que algunos apoderados se pusieron más permisivos.

“... fueron más tolerantes entre ellos, porque eran como un curso medio equivo, no había esa unión y ahora se nota un poco más de unión, y

están preocupados de los niños... cuando se les manda a buscar vienen inmediatamente...”

“... en los apoderados yo creo que un mayor compromiso con los niños, un deseo de conversar más, de hacerse más amigos de los niños...”

“... yo creo que en los apoderados se ha notado más el cambio que en los niños, es mi percepción, uno les da la posibilidad de que explenen y empiecen a contar sus cosas... por ejemplo una mamá que empezó a soltarse y al final cuenta su tragedia y todos tratan de ayudarle, y la próxima sesión ella cuenta y dice lo que yo escuché aquí, como aquí se trató, yo lo hice en mi casa y me resultó, y eso es gratificante...”

“... el cambio en los apoderados fue que hubo más comunicación entre ellos, porque lo que pasaba era que no conversaban las cosas entre ellos y hablaban por fuera de la reunión, y después empezaron a hablar...”

8. OPINIÓN SOBRE LA INCLUSIÓN DE ESTE TEMA EN LA REFORMA EDUCACIONAL

Este tema se incluyó en las entrevistas, con la finalidad de conocer la percepción de las docentes sobre si este tema debe o no incorporarse a los objetivos transversales en la Reforma Educacional en curso en nuestro país y para recoger de ellas algunas propuestas.

Todas consideran que el tema debe incluirse, incluso una de ellas manifiesta que ya está incluido. Respecto de cómo se incorpora aparecen diversas propuestas que se relacionan con contar con capacitación y asesoría más permanente, que el programa se implemente en forma universal en todos los establecimientos, que en la capacitación se incluya la participación de apoderados, que se complemente la intervención con capacitación a niños/as monitores.

“... yo pienso que este tema se debe incorporar en los niveles que corresponda y que genere una continuidad, porque se puede lograr, nosotros aquí lo estamos trabajando con los colegas, los que han tomado cursos nuevos han retomado los módulos...”

“... y los talleres deberían hacerse programados con niños interesados, porque a veces el programa el niño ayuda al niño surte más efectos, de igual a igual aprenden más...”

“... a mí me parece que este tema debería estar de hecho en los objetivos transversales, pero así como tuvimos nosotros la oportunidad de tener una sesión completa, el cual fue un trabajo técnico, y se le dio prioridad a esto, hubo una suspensión de clases aprobada por la SEREMI, esta oportunidad deberían tenerla todas las escuelas...”

“... yo creo que debe hacerse sistemáticamente, por ejemplo 2 veces por semestre, porque uno queda con ganas de seguir y también nos sirve para nosotros como profesores...”

VII. CONCLUSIONES

Durante el año 2000, el Programa de Resolución No Violenta de Conflictos: Educación, Cultura y Cambio, fue implementado en la VIII Región en 3 comunas a través de la capacitación a docentes. Respecto a las comunas y los establecimientos, podemos mencionar que el programa tuvo una mejor aplicación en la escuela municipal de Coronel, luego en escuela municipalizada de Penco y finalmente en el Colegio particular subvencionado de Concepción en que fue muy limitado.

Respecto de la capacitación, esta fue evaluada positivamente por los docentes según la información obtenida a través de la encuesta y de las entrevistas en profundidad. Ya que un 11% la consideró excelente, y un

84% buena, por otro lado fue calificada como interesante, dinámica, novedosa, entretenida; pero también muy corta en cuanto a su duración.

Por otro lado, la modalidad implementada durante el año 2000 de capacitar a todos los docentes de 1 establecimiento en un día, suspendiendo las clases, es decir, “Modalidad Cerrada”, tiene como desventajas: no focalizar en profesores/as jefes de curso, no considera la rotación, la edad, posibilidad de próxima jubilación, etc. Y por otro lado presenta ventajas importantes, como la vivencia de un proceso de equipo, la motivación de los pares, y el rol de los líderes, que generalmente coinciden con el profesor/a orientadora, que en general contribuye a facilitar la aplicación del programa.

La reducida duración de la capacitación no permite profundizar adecuadamente la relevancia del Género en la Educación, aspecto que junto a los Derechos Humanos y la Teoría del Conflicto, constituye uno de los sustentos de la metodología. Por lo que es necesario, buscar estrategias que permitan una efectiva incorporación del tema.

Para la aplicación de las unidades educativas, todos los docentes utilizaron el manual para el Nivel Básico 1, no tuvieron acceso al manual para el Nivel Básico 2. De las Unidades Educativas propuestas para alumnos, sólo se aplicaron 5 de ellas. Las más aplicadas fueron “Mi álbum personal” y “Conozcamos algo más sobre nuestros compañeros y compañeras”.

La aplicación con apoderados/as, fue más completa, un establecimiento aplicó las 2 unidades y el otro sólo 1 de ellas. Un desafío pendiente, es adaptar el manual, con las distintas unidades a contextos socioeconómicos distintos, para de esta forma favorecer la pertinencia de los contenidos a la realidad de los colegios particulares y particulares subvencionados, a los cuales puede ampliarse la aplicación del Programa.

Respecto a los cambios, producidas por el programa también existe coincidencia entre los hallazgos obtenidos a través de la encuesta como de las entrevistas en profundidad, tanto con docentes como con alumnos. Respecto de los cambios en los alumnos, es posible concluir que el programa genera cambios relevantes en los niños y niñas, básicamente asociados al autoconocimiento, confianza, aceptación, mayor compañerismo y solidaridad, respeto, mejor trato, menor violencia en los juegos, mejor relación con sus padres.

Respecto a los apoderados, también se comprueba que el programa genera cambios relevantes, en términos de favorecer la relación entre los apoderados, mayor integración, mayor comunicación familiar, escuchan más a sus hijos, mayor interés y compromiso con la formación de sus hijos, una mejor relación con los profesores y con la escuela.

Respecto al objetivo N°3, que pretendía describir las percepciones de los/as niños participantes sobre el programa y los efectos de éste, como se mencionó, no fue posible alcanzar los niveles de profundidad esperados en las entrevistas debido fundamentalmente al distanciamiento temporal entre la ejecución del programa y la realización de las entrevistas. Por lo tanto, en nuevos estudios sería conveniente profundizar en la percepción de los propios alumnos/as.

Finalmente, a la vista de los resultados obtenidos, a juicio de la autora, es posible sugerir que:

- Ampliar la aplicación del Programa, puesto que a través de esta experiencia se demuestra que la metodología es efectiva, es decir, logra los objetivos propuestos. Pudiera ser interesante realizar análisis comparativos respecto de la efectividad de distintos programas, para de esa forma incorporar otro tipo de análisis como por ejemplo de costo-efectividad y contribuir a la toma de decisiones.

- Para una mejor implementación se requieren ciertas decisiones estratégicas asociadas a la modalidad de implementación, seguimiento y/o acompañamiento y evaluación. En concreto se sugiere incorporar al menos, una fase de acompañamiento, para lo cual se requiere aumentar los recursos humanos y financieros, y por otro lado, una fase de evaluación que incorpore la sistematización de resultados.
- Para efectos de ampliar la cobertura del programa, se requiere además de la decisión política y financiera, de una fase de sensibilización previa a los agentes estratégicos, dentro de los cuales se debe considerar al menos, a las autoridades comunales (Alcalde y Director/a de la Dirección de Educación), Directores/as de establecimientos y orientadores/as.
- Para que los cambios producidos por el programa se sustenten en el tiempo, se requiere de una intervención del Estado que abarque los distintos niveles (Macrosistema, Exosistema, Microsistema y Sistema Individual), es decir, que se implementen paralelamente intervenciones tendientes a erradicar la violencia como forma de relación entre las personas y a generar relaciones más igualitarias entre los géneros.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Isis Internacional, Documento de Difusión “Convención Interamericana para prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia Contra La Mujer”, Red Feminista Latinoamericana y del Caribe Contra la Violencia Doméstica y Sexual
2. Martins, Joel y Bicudo, María. “La pesquisa cualitativa en psicología”, 2ª Edición, Sao Paulo, Editora Moraes, 1994.
3. Montenegro Hernán, “Violencia en sus distintos ámbitos de expresión”, Varios autores, editorial Dolmen, Santiago 1995. Capítulo Violencia y Medios de Comunicación.
4. Sernam, Sistematización Bibliográfica sobre Violencia Intrafamiliar, Sernam, Santiago Documento de Trabajo N°37
5. Sernam, Declaración sobre Violencia, Sevilla, 16 de mayo de 1986. Citado en Manual de Apoyo a Redes Locales, Prevenir la Violencia Intrafamiliar: tarea comunitaria. Sernam, Santiago de Chile, 1998
6. Sernam, “Aproximaciones a una estrategia gubernamental para el abordaje de la VIF: Síntesis y Reflexión del Programa Nacional de Prevención de la VIF 1991-1993”, Sernam, Santiago abril de 1993.
7. Sernam, Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1994-1999, Sernam, Santiago de Chile, junio de 1995
8. Sernam, “Programa Nacional de prevención de la Violencia Intrafamiliar: Una nueva estrategia para una nueva etapa de gestión 1997-1999”, Documento Informativo, Santiago, agosto de 1997
9. Sernam, Resolución no Violenta de Conflictos: Cuadernillo para Docentes

9. Sernam, Presentación Proyecto Educativo “Educación, Cultura y Cambio”, Departamento de Programas, Evaluación a 1999, Rosario Carcuro, Programa Nacional Prevención de Violencia Intrafamiliar

ANEXOS

Tabla N°1: Distribución por establecimiento de profesores capacitados durante el año 2000

	ESTABLECIMIENTO COLEGIO PART.SUBV. CONCEPCION	ESCUELA MUNICIPAL CORONEL	ESCUELA MUNICIPAL PENCO	TOTAL
Profesores/as capacitados	25	29	19	73
Profesores/as que contestan encuesta	20	25	10	55
Profesores que aplicaron unidades educativas con alumnos y apoderados	-	19	8	27
Profesores que no aplicaron unidades educativas	19	4	4	24
Profesores que aplicaron unidades educativas sólo con alumnos	-	-	1	1
Profesores que aplicaron unidades educativa sólo con apoderados	1	2	-	3

Tabla N°2: Opinión de los docentes sobre la capacitación

OPINION/ESTABLECIMIENTO	EXCELENTE	BUENA	SUFICIENTE	MALA	SIN RESPUESTA	TOTAL
COLEGIO PARTICULAR SUBVENCIONADO CONCEPCION	1	18	1	0	0	20
ESCUELA MUNICIPAL CORONEL	2	22	0	0	1	25
ESCUELA MUNICIPAL PENCO	3	6	1	0	0	10
TOTAL	6 (11%)	46 (84%)	2 (3,6%)	0 (0%)	1 (1,8%)	55

Gráfico N° 1 Opinión de los docentes sobre la capacitación

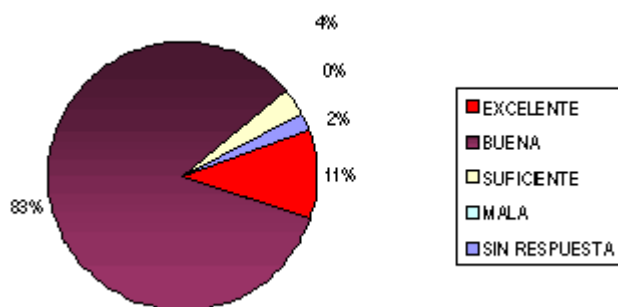


Tabla N°3 Coberturas del programa durante el año 2000

ESTABLECIMIENTO	N° CAPACIDADES	PROF. QUE CONTESTAN ENCUESTA	N° PROF. QUE APLICAN CON ALS. Y APOD.	COBERTURA TOTAL AUMNOS	COBERTURA TOTAL APOD.
COLEGIO PART.SUBV. CONCEPCION	25	25	0	0	30
ESCUELA MUNICIPAL CORONEL	29	25	19	638	746
ESCUELA MUNICIPAL PENCO	19	10	8	784	179
TOTAL	73	55	27	1.422	955

Tabla N°4: Percepción de los docentes sobre cambios producidos en los alumnos y apoderados en escuela municipal de Coronel

EFFECTOS DEL PROGRAMA	SI	NO	TOTAL
CAMBIOS EN LOS ALUMNOS	17	2	19
CAMBIOS EN LOS APODERADOS	19	2	21

Tabla N°5: Cambios observados en los alumnos en escuela municipal de Coronel

CAMBIOS	N°DOCENTES	PORCENTAJE
A) Se han producido cambios sólo en algunos niños	3	13,1 %
B) Se observa mayor comunicación familiar	2	8,7 %
C) Los alumnos/as han aprendido a conocerse a sí mismo, a conocerse entre ellos, a respetarse mutuamente, y a aceptarse como personas con defectos y virtudes.	8	34,8 %
D) Se observa mayor compañerismo, más sociables, Amigables y solidarios, se comprenden más entre sí	6	26 %
E) Aumento de la autoestima de los alumnos/as, mayor autocontrol de sus reacciones	4	17,4 %
F) Sin información	-	-
TOTAL	23	100%

Tabla N°6: Cambios observados en los apoderados en escuela municipal de Coronel

CAMBIOS	N°DOCENTES	PORCENTAJE
A) Se han producido cambios sólo en algunos apoderados	1	3,6 %
B) Se observa mayor comunicación familiar, mejores relaciones familiares, escuchan más a sus hijos	9	32 %
C) Se interesan más por sus hijos, por los deberes escolares, y cumplen mejor su rol de apoderados	6	21,4 %
D) Muestran mayor confianza, lograron comprender que es posible resolver problemas conversando y no en forma violenta. Se sienten más tranquilos, escuchados y se atreven a buscar soluciones alternativas a sus problemas.	5	18 %
E) Se relacionan mejor entre apoderados, existe mayor integración del grupo	5	18%
F) Ha mejorado la comunicación con el profesor/a y con la escuela	2	7,1 %
TOTAL	28	100%

Nota: el total de opiniones es mayor, ya que algunos docentes mencionan más de un cambio.

El total de docentes es de 19.

Tabla N°7: Percepción de los docentes sobre cambios producidos en los alumnos y apoderados en escuela municipal de Penco

EFFECTOS DEL PROGRAMA	SI	NO	TOTAL
CAMBIOS EN LOS ALUMNOS	9	0	9
CAMBIOS EN LOS APODERADOS	8	0	8

Tabla N°8: Cambios observados en los alumnos en escuela municipal de Penco

CAMBIOS	N°DOCENTES	PORCENTAJE
A) Se han producido cambios sólo en algunos niños	-	-
B) Se observa mayor comunicación familiar	-	-
C) Los alumnos/as han aprendido a conocerse a sí mismo, a conocerse entre ellos, a respetarse mutuamente, y a aceptarse como personas con defectos y virtudes.	4	33,3%
D) Se observa mayor compañerismo, más sociables, amigables y solidarios, se comprenden más entre sí	8	66,6%
E) Aumento de la autoestima de los alumnos/as, mayor autocontrol de sus reacciones	-	-
F) Sin información	-	-
TOTAL	12	100%

Nota: el total de opiniones es mayor, ya que algunos docentes mencionan más de un cambio.

El total de docentes es de 9.

Tabla N°9: Cambios observados en los apoderados en escuela municipal de Penco

CAMBIOS	N°DOCENTES	PORCENTAJE
A) Se han producido cambios sólo en algunos apoderados	-	-
B) Se observa mayor comunicación familiar, mejores Relaciones familiares, escuchan más a sus hijos.	2	18,1 %
C) Se interesan más por sus hijos, por los deberes escolares, y cumplen mejor su rol de apoderados	-	-
D) Muestran mayor confianza, lograron comprender que es posible resolver problemas conversando y no en forma violenta. Se sienten más tranquilos, escuchados y se atreven a buscar soluciones alternativas a sus problemas.	1	9 %
E) Se relacionan mejor entre apoderados, existe mayor integración del grupo	5	45,5 %
F) Ha mejorado la comunicación con el profesor/a y con la escuela	3	27,3
TOTAL	11	100%

Nota: el total de opiniones es mayor, ya que algunos docentes mencionan más de un cambio.

El total de docentes es de 8

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS

Magali Rodríguez V. Manuel Castro S.⁴

RESUMEN

En este trabajo se presenta una revisión teórica del concepto Calidad de Vida, Calidad de Vida Relacionado con Salud, y Calidad de vida en pacientes que presentan insuficiencia renal crónico terminal sometido a terapia dialítica. Se pretende describir la evolución que ha tenido este término y su creciente importancia en los problemas de salud; en la medida que un gran número de personas está viviendo más, cargando con enfermedades crónicas y condiciones inhabilitantes, su calidad de vida ha llegado a ser cada vez más importante, como una preocupación del cuidado de la salud. A pesar que los avances tecnológicos médicos, como los procesos dialíticos han llevado a prolongar la vida del paciente los estudios revisados demuestran que existen múltiples factores (como la movilidad física, depresión, alteraciones del sueño, etc.) que afectan la calidad de vida de estos pacientes.

SUMMARY

In this work it is presented a theoretical revision of the term Quality of Life. Quality of Life Related with Health, and Quality of Life in patients that present terminal chronic renal disease subjected to dialytic therapy. It seeks to describe the evolution that has had this term and their growing importance in the problems of health; in the measure that a great number of people is living more, loading with chronic illnesses and conditions incapacitated, its quality of life has arrived to make in important upward form, like a concern of the care of the health. To weigh that the medical technological advances as the dialytic processes have taken to prolong the

⁴ Depto. de Enfermería, Universidad de Concepción

patient's life the revised studies demonstrate that multiple factors exist (as the physical kinetic, depression, sleep alterations, etc.) that affect the life quality of these patients.

INTRODUCCIÓN

El término Calidad de Vida (C. de V.), es relativamente nuevo, sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. El interés por estudiar la C. de V. ha existido desde tiempos inmemoriales, la idea comienza a popularizarse en la década de los sesenta hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como salud, educación, la política y el mundo de los servicios en general. La importancia de la utilización del concepto radica en que se está empleando como un principio ordenador, para reconceptualizar nuestro quehacer en un mundo que está sometido a transformaciones cada vez más rápidas.

La calidad de vida relacionada con salud, ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y en el desarrollo de la práctica clínica; diversos autores postulan que la evaluación de la C de V debe hacerse en términos objetivos y subjetivos y que la diferencia entre ambos indicadores, determinan los componentes de la C de V del individuo. La revisión bibliográfica en relación a los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica terminal sometidos a tratamiento dialítico, plantea numerosas interrogantes de la C de V de estos, relacionada con la supervivencia y los múltiples efectos de los programas de tratamiento, por lo que se hace necesario investigar los efectos inmediatos y a largo plazo , que contengan la aplicación de esta tecnología , así como también la rehabilitación en el sentido de restaurar una Calidad de Vida óptima.

CALIDAD DE VIDA

El término Calidad de Vida es relativamente nuevo, sus orígenes los encontramos en los métodos de control de calidad utilizados en los países industrializados. Por los años treinta y cuarenta se desarrollaron técnicas estadísticas para determinar la calidad de los productos elaborados. Más adelante economistas y sociólogos se preocuparon de identificar índices que hicieran posible evaluar la calidad de vida de los seres humanos y sociedades; como vemos sus orígenes provienen de la teoría empresarial y luego de la sociología. Esto debe destacarse puesto que en su significado está implicada una idea de hombre, de ser humano como un todo.

La expresión Calidad es sin duda de carácter evaluativo puesto que al utilizarla estamos valorando algo. Por lo tanto la calidad es un valor no un simple hecho sumativo, característica que debería tenerse siempre en cuenta al estudiar este concepto.

El interés por la Calidad de Vida (C.de V.) ha existido desde tiempos remotos, la idea comienza a popularizarse en la década del sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como, salud, educación, economía, la política y el mundo de los servicios en general. (Gómez María 1998).

El término calidad, como una propiedad comparativa evaluativa de algo, es buena, regular o mala, en relación a un patrón de medida implícito o explícito y vida como la meta, con referencia a la cual deben apreciarse, las condiciones ambientales que la afectan.

Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización experimentada por la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos. A partir de

las Ciencias Sociales, se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, (que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población). Estos indicadores tuvieron su propia evolución en un primer momento considerando condiciones objetivas y muy posteriormente condiciones subjetivas (Arostegui 1998).

La inclusión del término C. de V. a mediados de los 70 con un carácter multidimensional, que abarca todas las áreas de la vida, se difundió o cristalizó, en la primera revisión monográfica sobre el tema publicada en *Social Indicators Research*, en 1974 y en el *Sociological Abstracts* 1979, contribuyendo a su difusión teórica y metodológica, y así en la década de los 80 se inició el despegue definitivo del uso de ésta expresión (Conhabit Setop, 1976).

Galopin, 1982, en una revisión acerca de la evolución del concepto C de V, señala las distintas concepciones enunciadas por diferentes autores entre ellos , Maslow 1970-1971, Mallmann 1978-1979, Galting 1978, Hankiss 1978, Nudler1979, Smith 1980, Herrera 1982, postulando un cierto consenso , en cuanto a que la C de V está relacionada con las Necesidades Humanas , y que la evaluación de la C de V, tendría que hacerse en términos objetivos , (relacionada con las necesidades del individuo ej. salud, educación) y en términos subjetivos (relacionada con la percepción del individuo en cuanto a lo que considera su nivel de bienestar) ; y la diferencia entre los indicadores objetivos y subjetivos determinan los componentes de la C de V del individuo. En relación a lo anterior se establecen dos postulados:

- las necesidades humanas fundamentales, son finitas, pocas y clasificables.

- las necesidades humanas fundamentales, son las mismas en todas las culturas, y en todos los períodos históricos, lo que cambia son los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

Las últimas revisiones en relación a la evolución del concepto, concuerdan que es un término relativamente reciente , visualizado desde diferentes ópticas, pero siempre ligado a la satisfacción de las necesidades del individuo, señalando al respecto que actualmente la C de V constituye un objetivo de planificación , por lo tanto es necesario precisar dicho concepto, con el fin de abstraer y plantear, las relaciones de conflicto entre el crecimiento económico, el bienestar humano, y el equilibrio ambiental, involucrando tres aspectos en la evolución del concepto:

- Estudios de indicadores de tipo objetivos , estudio de indicadores de tipo subjetivos y la combinación de ambos criterios, con la incorporación de la dimensión espacial (María Teresa Bravo y Silvia Falache 1993)

La importancia de la utilización del concepto C. de V. radica en que está emergiendo como un principio organizador, que puede ser aplicado para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas tecnológicas y económicas. Pero señala que la verdadera utilidad del concepto se percibe en los servicios humanos, inmersos en una revolución de calidad, que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad. (Schalok 1996),

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Después de una amplia revisión de la literatura, en relación al concepto Calidad de Vida, nos guiaremos para el presente estudio por la definición, que propuso la OMS en 1994, en donde se afirma que C.de V. es “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.”

Calidad de vida es un concepto que desde hace algún tiempo se está usando en salud y la intención de incorporarlo ha sido tener una información más completa de la estimación de vida de las personas y como éstas la perciben, se pretende con ello enfocar las limitaciones de los conceptos que tradicionalmente se han utilizado en este campo, como son mortalidad y morbilidad, por la falta de dinamismo y unilateralidad que conllevan.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina, han hecho posible prolongar notablemente la vida, generando un aumento importante de las enfermedades crónicas, esto ha llevado a poner especial acento en un término nuevo, Calidad de vida relacionada con salud (C.V.R.S.). Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy este concepto, como una forma de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

La C.V.R.S., ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y salud se pueden examinar en investigación y prácticas clínicas. (René Dubos 1982), este mismo autor señala, que la C de V debería ser la habilidad del individuo, para ejecutar su mayor y deseado papel social y el

grado en el cual éste individuo obtiene satisfacción ejecutando estos papeles.

La C.V.R.S., en un período relativamente corto ha estado tomando su importancia junto con la morbilidad y la mortalidad como un criterio mayor, al evaluar las intervenciones en salud. El término se utiliza en dos diferentes niveles al conceptualizar C. de V.: (a - aspectos que están directamente relacionados con la salud y pueden ser atribuibles a las medidas terapéuticas, b - aspectos, que se producen principalmente por las condiciones básicas de la vida social). (Najman y Levine, 1981; Wenger, 1984)

A fin de presentar un perfil comprensivo de la vida de los individuos que pueden ser afectados por las intervenciones de salud, la medida de la C de V debería incluir otras cuatro dimensiones centrales además de la ejecución del papel (Levine y Croog 1984) Las que presentamos a continuación : 1.- la ejecución de los roles sociales, 2.- el estado psicológico del individuo, 3.- el estado emocional del individuo, 4.- el funcionamiento intelectual o cognitivo del individuo, 5.- el sentido de bienestar o satisfacción general.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de C. de V., como un modo de referirse, a la percepción que tiene el paciente, de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de su tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente sobre las consecuencias que provoca sobre su bienestar, físico, emocional y social. La meta de la atención de salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la C. de V. del paciente. (Gómez María, Sabeh Eliana 1999).

Se propone adoptar en salud un enfoque informacional, que supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el

clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento, y a la percepción familiar de la carga que la situación implica (Barbara Dikey 1996).

El concepto puede ser utilizado, para una serie de propósitos, incluyendo no sólo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción (mencionados anteriormente) sino que también, puede ser utilizado en la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas como la población con discapacidad.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionadas con una vida de calidad, varían en función de la etapa evolutiva del individuo, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad y condición de salud (Schalock 1997).

El creciente aumento de intervenciones quirúrgicas, no ha demostrado consistentemente su capacidad para extender significativamente la vida, pero si la mitigación importante del dolor y la mejora de la calidad de vida, a sí mismo la tecnología ha sido capaz de extender la vida en los pacientes moribundos, pero no mejorar su C. de V. (Cohen 1982).

Otros autores formulan que cuando la aplicación de la tecnología previene la muerte prematura como ocurre con las enfermedades crónicas terminales, sobreviene una serie de problemas con respecto a los efectos de vivir con la enfermedad crónica. El problema del costo total y efectos de C de V se presentan en enfermedades específicas como enfermedades cardíacas y renales (Lawrence y Gaus 1983), El desarrollo del movimiento de los derechos de los pacientes , el crecimiento de los movimientos de autoayuda y la atención renovada en relación a la importancia de la elección del paciente en la adopción de

decisiones médicas, están teniendo un efecto cada vez más importante en la C de V de los individuos con enfermedades graves y crónicas.(Panwost, Parker y Froland 1983, Silgresty Willians 1987) El concepto C.V.R.S. ha ido variando desde las definiciones unidimensionales, que sólo tomaban en cuenta el bienestar físico(Karnofsky, 1987) , o la rehabilitación en términos de productividad social (Muthny FA 1991), hasta la actualidad , en que existe un consenso generalizado, sobre la evolución de la C.deV. , que implica considerar la interacción de múltiples dimensiones en las áreas físicas, psíquicas y sociales, señalando a su vez que el estudio de la C.deV., presenta implicaciones clínicas, éticas y económicas, que exige metodologías de valoración cuantitativa y cualitativa, permitiendo así extraer conclusiones generalizables.

Como hemos visto la C. de V. es la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social. Además es un proceso dinámico y cambiante, que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. Porter G.A (1994) consideraba la C. de V., como se mencionó anteriormente, pero destaca además que la C.V.R.S., es la resultante del tipo de enfermedad, su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. (Laura Schwaetzmman, 1999 y colaboradores)

La Universidad de California y la Rand Corporation han desarrollado conjuntamente una taxonomía, para la calidad de vida relacionada con la salud, que abarca los dominios o áreas que actualmente se consideran integrantes de la salud. Estas áreas son cuatro: salud física, mental, social y general. La salud física incluye funcionalidad y movilidad, síntomas físicos y gravedad de la enfermedad. La salud mental abarca el bienestar (que incluye el autocontrol y la satisfacción vital), la autonomía, el distres psicosocial (que

incluye la ansiedad y la depresión) y la función cognitiva. La salud social comprende la capacidad de relacionarse con los demás, la sexualidad y la satisfacción con los contactos sociales. Finalmente en la salud general se incluyen el dolor, energía / fatiga y la situación global de salud.

Para medir C. de V., es importante disponer de instrumentos adecuados y sensibles que detecten los cambios que se producen en los factores que la determinan y que deben tener las siguientes características:

- a. coincidir con el concepto operativo del grupo de investigación ,
situado en una cultura determinada
- b. ser sencillos
- c. ser aceptables para el paciente y el equipo
- d. ser válidos

Estos instrumentos pueden ser genéricos o específicos, en general se acepta la conveniencia de usar ambos tipos de medida combinados, con la finalidad de estimar de una manera global la percepción que los propios pacientes, tienen de su estado de salud. (Cella o.Tulsky 1990)

Un problema metodológico mayor en la evaluación de la C de V, en estudios de salud, es la factibilidad de entregar un resumen de puntaje de evaluación para cada paciente, un puntaje total único, claramente tiene méritos, para propósitos descriptivos y analíticos. Sin embargo los investigadores no están de acuerdo, y consideran el resumen de resultados excesivamente simplista, para evaluar un fenómeno complejo del cual no existe evidencia de una dimensión única.

Al prolongarse el tiempo de supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas, gracias a las innovaciones tecnológicas la sociedad se está enfrentando a importantes consecuencias éticas y morales, al

mismo tiempo estas innovaciones y sus penetrantes efectos sobre la C. de V., están generando un creciente escepticismo y cuestionamiento, incluyendo a aquellos que son optimistas acerca de los costos y la distribución racional de los recursos. (Brin 1970, Edlund y Tancredi 1985).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TRATAMIENTO CON HEMODIÁLIS (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)

Las enfermedades renales ofrecen una demostración dramática de la intersección de la tecnología y las consideraciones de la C. de V. del individuo. El desarrollo de la diálisis y tecnologías de trasplante, han significado la sobrevivencia de cientos de pacientes, además de los problemas de costo y distribución de recursos, que esta patología conlleva, se destacan numerosas interrogantes de la C. de V. De estos pacientes, relacionados con la supervivencia y los múltiples efectos de los programas de tratamiento, por lo que se hace necesarios investigar los efectos inmediatos y a largo plazo, que significan la aplicación de la tecnología. (Ploligh 1986, Evans 1985).

La rehabilitación de los pacientes en diálisis en el sentido de restaurar una C de V óptima, es un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal (I.R.C.T.). Los parámetros fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes, es de que manera su enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su C de V en general. Cada vez resulta más evidente que la obligada evaluación de los resultados obtenidos con las diferentes técnicas

de tratamiento de la I.R.C.T., debe incluir medidas del estado de salud percibido. (Mercedes Zamoguera 1998)

El número de pacientes con I.R.C.T. tratados mediante hemodiálisis, (H.D.) ha experimentado un significativo aumento en Chile, reflejando las tendencias de naciones más desarrolladas. Así, la tasa de pacientes tratados ha cambiado, de 12,7 por millón de habitantes, en 1980. A 18,3 por millón en 1992, demostrándose así la accesibilidad a la HD que existe hoy en día para aquellos pacientes que no son candidatos a transplante renal y que tienen en ella una única y definitiva forma de tratamiento. Aunque no cabe duda que el tratamiento dialítico sea efectivo para prolongar la vida del paciente nefrópata, existe una controversia considerable respecto a la calidad de esta sobrevida, es por eso que nuevas modalidades de diálisis se han centrado en los potenciales beneficios, que ellas ofrecen para mejorar la C. de V.

La revisión bibliográfica sólo ha permitido encontrar un trabajo en Chile, realizado por la Sección de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se hizo una revisión de los pacientes atendidos entre 1986 y 1990, que presenta los resultados de una evaluación de C.deV., en pacientes que ingresaron a hemodiálisis, con 60 años o más ; cuyos objetivos fundamentales fueron conocer la percepción que los propios sujetos y el personal que los trató tenían del bienestar del paciente mayor en H.D. y validar instrumentos para la evaluación de C.de V. se utilizó como instrumento un cuestionario genérico SIP-36 (mide perfil del impacto de la enfermedad). Se entrevistaron 87 pacientes (44%) de un total de 200, que se dializaron en nueve unidades, llegando a los siguientes resultados:

- la demanda de H.D., en pacientes mayores de 60 años va en aumento.(siguiendo con la tendencia a nivel mundial)

- se reconocen áreas en las que la I.R.C.T., generan mayor deterioro de la C.de V. (estado civil, previsión).
- los individuos que realizan un trabajo remunerado, que no tienen hospitalizaciones frecuentes, tienen una mejor C de V.

Ana Ureña y colaboradores 1995, Asturias España, realizaron un estudio sobre C.V.R.S., a 107 personas portadoras de un trasplante renal, que estaban en situación estable y que llevaban más de seis meses trasplantados. Se utilizó la escala SF- 36, instrumento de medida genérico que cubre ocho dimensiones del estado de salud; un año después se repitió el estudio para evaluar la evolución de la C.V.R.S., al comparar los resultados en los dos momentos de la evaluación, dieron los siguientes resultados:

- el funcionamiento físico, dolor, salud general y funcionamiento social fueron más altos un año después, pero no estadísticamente significativos.
- en vitalidad, rol emocional y salud mental los puntajes fueron más bajos.

Se concluyó que la evolución en el tiempo de la C.V.R.S., en las personas portadoras de un riñón trasplantado, es estable al año y continúan con una buena C. de V.

Carmelo Ibarra Maltó, y colaboradores 1998 España desarrollaron un estudio sobre ejercicio físico y hemodiálisis y los efectos sobre la CdeV. El objetivo de este trabajo es valorar la necesidad de recomendar algún tipo de actividad física a los pacientes al inicio del programa de HD. Se entrevistaron 82 pacientes. Se utilizaron como instrumentos, un plicómetro de presión constante, una cinta métrica, un pedómetro y una pesa; además se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas relacionadas

con el ejercicio físico, actividad cotidiana, ocupaciones domésticas, laborales y asuntos relacionados con la funcionalidad física. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- el deterioro muscular fue más acentuado en hombres que en mujeres
- la disminución de la funcionalidad física (definiendo esta como la capacidad de tener una actividad cotidiana dentro de lo normal), resultó ser la variable más afectada.

Concluyendo que la práctica de una actividad física adecuada al inicio y durante la vida dialítica repercutirá favorablemente en una mejora de la C.deV. De estos pacientes.

Francisco Daniel Corvi, Carmelo Ibarra Maltó y colaboradores 1998 Alicante España, realizaron una revisión bibliográfica, sobre los factores que influyen en la CdeV de los pacientes H.D., entre los años 1991 – 1996, los instrumentos más utilizados fueron el SIP, que mide el perfil de impacto de la enfermedad, el NHP (Nottingham Health Profile) y el índice de Karnofsky .La revisión bibliográfica se centró en dos aspectos fundamentales: C.de V. en enfermedades crónicas en general y C.deV. En pacientes con H.D. Se utilizaron cuatro tipos de variables; variables físicas, sociales, emocionales y otras variables (sexualidad, salud mental y vitalidad).

Las conclusiones generales fueron las siguientes:

- los pacientes jóvenes manifiestan especial interés en ser transplantados, versus los mayores de 65 años, que lo consideran un riesgo.

- el problema de sexualidad, fertilidad y los problemas de sueño son muy frecuentes y los pacientes no reciben información afectando su C.deV.
- todos coinciden que el factor nutricional es importante para el mantenimiento de una buena C.deV.
- la revisión demostró que en países como EEUU y Canadá, la interrupción de la diálisis (por trasplante u otros tratamientos) es la segunda causa de muerte más frecuente en los individuos H.D.

Mónica Ojeda Martín y colaboradores 1999, España, llevaron a cabo un estudio sobre C.deV. Del paciente con I.R.C.T., en tratamiento sustitutivo con H.D., para evaluar las necesidades más relevantes derivadas de la enfermedad renal, su tratamiento y el entorno donde esta ocurre además del suyo propio. Se realizó una encuesta a 28 pacientes de diálisis escogidos al azar, utilizando una encuesta validada y utilizada en la Universidad de Arizona ,EEUU 1995, que constaba de 30 preguntas cerradas y 5 preguntas abiertas, dividida en cinco bloques en total. De los resultados obtenidos se pudo verificar, que las cargas que genera la enfermedad renal, suponen una disminución importante del grado de C.de V., específicamente dado por dos grandes factores:

- sensación de dependencia de la máquina
- alto porcentaje de pacientes dependientes de otra persona

Llama la atención que las preguntas relacionadas con sexo, quedaron sin contestar, al indagar sobre esta actitud las respuestas informan que se trata de algo muy privado que no debe salir del ámbito familiar.

Ballesteros Velasco, Sonia y colaboradores, Segovia, España, octubre 2000 realizaron un estudio comparativo de sintomatología, trastornos emocionales y Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes en

programa de hemodiálisis periódica, los objetivos del trabajo fueron: 1) establecer la prevalencia y severidad de los síntomas físicos y los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y 2) estudiar su influencia sobre su C.V.R.S. La muestra quedó compuesta por 58 pacientes, empleándose dos cuestionarios de C.V.R.S. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- los síntomas más frecuentes ordenados según severidad de la molestia fueron : dolor de piernas, piernas cansadas sed, cansancio, prurito, piel seca dolor de huesos y / o articulaciones, dificultad para dormir, pocas fuerzas, calambres y estreñimiento
- de los 58 pacientes evaluados el 44% obtuvo una puntuación que refleja la existencia de patología depresiva relevante, con valores máximos en aquellos ítems que evalúan: insatisfacción, dificultad laboral, trastornos del sueño, cansancio y desinterés por el sexo.
- la movilidad física y el sueño fueron las variables que más afectaron a la C.V.R.S.

Gonzalo Ernesto Luis y colaboradores, Madrid, España, 1999 , desarrollaron un estudio evolutivo de C. de V. en pacientes de una unidad de Hemodiálisis 1998 / 1999, cuyo objetivo fue determinar el estado de C. de V. de los pacientes dializados , en el período antes mencionado, y su relación con los factores de comorbilidad, anemia, diálisis adecuada y estatus nutricional. Se estudió un total de 98 pacientes, utilizando test de C.V.R.S. (cuestionario SF-36, Escala de Karnofsky, y Minimental.)

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- en primer lugar comorbilidad, enfermedades cardiovasculares (23,7%), hospitalizaciones por causa diversas (14%) y en tercer lugar las infecciones con un (10,6%).

- las causas principales de hospitalización, fueron los problemas relacionados con el acceso vascular en un 34%, las enfermedades cardiovasculares con un 30,4% - 63,2% de malnutrición leve, un 32,65% con buen estado nutricional y un 4,08% con malnutrición severa.

CONCLUSIONES

Como hemos mencionado anteriormente la C. de V. es un concepto multidimensional, que puede resultar difícil de medir, sin embargo es un tema crítico en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, al igual que con otras enfermedades crónicas, son muchos los aspectos de la vida del paciente que se alteran con la enfermedad renal y su tratamiento, limitando su vida directa o indirectamente. Estos pacientes pueden presentar síntomas que interfieren con su capacidad física, su movilidad y flexibilidad, con su vida personal y profesional; es relativamente común la interferencia de estos síntomas con funciones sociales y personales, incluyendo conflicto matrimonial, disfunción sexual, y estrés psicológico. Todos estos síntomas, afecciones comorbidas y tratamientos en el curso de la enfermedad requieren una valoración en detalle de la C.deV. Para entender el impacto de las intervenciones sobre el bienestar general del paciente

El autosistema de cada profesional influye en la intervención de enfermería con los individuos, para ayudar a que cambie su conducta, acepte su condición actual y promueva el crecimiento personal, aceptando con mayor responsabilidad el cuidado de sí mismo; entendiéndose este como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio favor para mantener la vida la salud y el bienestar. Cuando se inician acciones para que el cliente aprenda nuevas medidas del cuidado de sí

mismo en mejora de su C de V, la familia del cliente y otras redes sociales resultan también influidas por este acto, por lo tanto se necesita una perspectiva holística del individuo, para ayudarlo a conseguir niveles más altos de salud, incrementando así su C. de V. Para poder brindar un cuidado holístico enfermería debe tener presente:

1. un conocimiento de una filosofía, acerca de la humanidad, ser capaz de identificar las diferentes idiosincrasias de los individuos y entender los diferentes roles para que la intervención sea lo más eficaz posible.
2. por su carácter multidisciplinario, enfermería atiende cada vez con mayor frecuencia a pacientes y familiares en el proceso de adaptación a las demandas impuestas por la I.R.C.T. y el tratamiento sustitutivo con H.D. y por esto se hace cada vez más creciente el interés por mejorar la C de V de estos pacientes y sus familias. Para que la medición de la C. de V. sea útil como parte integral de la práctica clínica se requiere que:
 - a. los profesionales de la salud deben conocer los principios, los métodos y la importancia de la valoración de este indicador, para ayudar y guiar la práctica mediante la identificación de aquellos pacientes, con una peor C.deV.
 - b. los resultados deben estar disponibles rápido y ser fácilmente interpretables
 - c. como en otros aspectos del manejo clínico , un objetivo esencial, del cuidado holístico de los profesionales de enfermería debería ser conseguir resultados realistas que reflejen las necesidades individuales de los pacientes

En nuestra sociedad el rol del profesional de enfermería es lograr que los pacientes acepten la responsabilidad de su salud y su bienestar y cumplir sus obligaciones dentro de la familia y de la sociedad. El lento proceso de la enfermedad en muchos pacientes con I.R.C.T., proporciona al personal de enfermería, la oportunidad de comenzar el proceso de apoyo, antes de la terapia de sustitución, e identificar cualquier dificultad en una etapa precoz. El paciente H.D. necesita la garantía de que el personal que lo atiende, tiene un conocimiento apropiado, de sus necesidades biológicas y psicológicas y para esto es esencial la formación continua de los profesionales sobre C.deV., analizando activamente todos los factores, que influyen sobre ésta, en un marco estratégico, para la provisión adecuada del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-U de F, Vicente E, Badía X: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. *Nefrología* 15 (6): 572-580, 1995
- 2.-ANDREAU, P Lola y Force, S. Enriqueta. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona, 1997. 359 páginas.
3. Astudillo Castro, Osvaldo – Administración Educacional y Calidad de Vida. *Revista de Pedagogía*. Páginas 241-420-429, Agosto 1981
4. ANDRES, Joan y Fortuny. Cuidados de enfermería en la Insuficiencia Renal. 2ª. Ed. Madrid, España, 1994. 548 páginas.
5. Barrió V (Comité de Registro de la SEN): Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1994. *Nefrología* XVII: 365-374, 1997
6. Behncke Concha, Ralf-Calidad de Vida un nuevo indicador del desarrollo, 2(15)... 1978:10-13
7. Comunicaciones presentadas al XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Salamanca, 29 de Septiembre al 2 de Octubre de 1996
8. Comunicaciones presentadas al XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Oviedo, 4-7 de Octubre de 2000
9. De Bravo, María Teresa y Failache de Vera, Silvia - El Concepto de Calidad de Vida: Una revisión de su Alcance y Contenido. Páginas 275-295 En *Revista Geográfica Venezolana*. Volumen 34 N° 2, 1993

10. Dennis R.; Williams, W.; Giangreco, M y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25,155, 5-18.

11. Díaz Corte, C F. Ortega y Colaboradores: Factores predictores de supervivencia en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal (IRT). Servicio de Nefrología I. Hospital Central de Asturias. *Hospital General de Segovia. **Institut de Salut Pública de Catalunya. Instituto Reina Sofía de Investigación. *Revista de Nefrología ORIGINALES*. Volumen XVII. N° 4, 1998

12. E. Hall, Joanne y Redding Weaner, Bárbara. *Enfermería en salud comunitaria. Un enfoque de sistemas*. OPS 1ª ed. En Español, 1990.

13. *Ecología y medio ambiente. Documentación administrativa* (190). Abril-Junio, 1981

14. Elgueta L, Mañalich J, Saffie A: Hemodiálisis Crónica: programa para evaluar la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años. *Rev Med Chil* 122 (6): 679-685, 1994

15. Freeman y Levine: *Manual de Psicología Médica*. 4ª ed. Donald W Light, Brasil, Río de Janeiro, 1989. 640 págs.

16. Gómez, María; Sabeh, Eliana N. *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Págs. 1-7

17. González, U. Ana y otros. *Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado*. Trabajo presentado al XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Santander, 5-8 de Octubre de 1997

18.Iborra, M. Carmelo y otros. Ejercicio físico y Hemodiálisis: efectos sobre la calidad de vida. Trabajo presentado al XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Sevilla, 8-11 de Octubre de 1998

19.Iborra, M. Carmelo y Corbí, R. Daniel. Calidad de vida de los pacientes dializados: Revisión Bibliográfica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Cuarto trimestre, 1998. N° 4, 58 págs.

20. Jiménez S. M, Ignacia. Intentando definir La Calidad de Vida. Págs 24-31 En trabajo social –N° 54, 1988

21. Lavados, Jaime. Desarrollo Biológico y Calidad de Vida. Estudios sociales, 1983 (35): 65-83

22. Ojeda, Mónica y otros. Calidad de vida del paciente en diálisis. Trabajo presentado al XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Editorial Hospal, S.A., Nápoles, 249. Barcelona. Valencia, 20-23 de Octubre de 1999

23. Poblete, B. Hugo, XIX Cuenta de Hemodiálisis crónica en Chile. Santiago de Chile, 1999.51 págs.

24. Rebollo, P. Bobes, J y Colaboradores. Factores asociados a la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS). De los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS) v. *Departamento de Medicina. Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. **Servicio de Nefrología-I del Hospital Central. Revista de Nefrología. Originales. Volumen XX. N° 2. 2000

25. Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante renal. Informe 1993. Comité de Registro. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Montevideo: Altamira SRL, 1995

26. Revista de Pedagogía, Julio 1981, N° 240. Publicación de la Federación de Institutos de Educación – FIDE Secundaria. Redacción y Administración: casilla 13305 Santiago de Chile

27. Revista Trabajo Social. Escuela de Trabajo social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista ETS. N° 54, 1988. La Revista de Trabajo Social es editada por la Escuela de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Campus San Joaquín. Santiago de Chile.

28. Revista CPU (Corporación de Promoción Universitaria). Año 10/N° 35/ Trimestre 1/1983. Santiago de Chile. Representante Legal: Ángel Torre Silva.

29. Revista de la Universidad del Salvador. SIGNOS. Universitarios. Medioambiente II, año 12, N° 23. Enero / junio, 1993

30. Valderrábano, Fernando - Tratado de Hemodiálisis. Editorial Medical Jims S.L, 1999. Primera edición Barcelona, España.

31. Viñas, Ángel – Medio Ambiente y Calidad de Vida. Documentación Administrativa (190): 7-36, Abril-Junio 1981

35. Zanoguera, G. Mercedes y otros. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Trabajo presentado al XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Editada. Hospal S.A Nápoles, 249 Barcelona. Sevilla. Octubre 1998. 480 Págs.

FUNCIONAMIENTO DEL CUESTIONARIO SEVILLA DE CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO PSICOMÉTRICO

Vidal Gutiérrez Daisy ⁵
Mora Mardones Olga ⁶
Merino Escobar J.M. ⁷
Mathiesen de G. M.E. ⁸
Paredes Arrau Griselda ⁹

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida se ha generalizado cada vez más en nuestro contexto cultural, por la importancia creciente que adquiere la opinión del propio sujeto sobre su propia vida. Calidad de vida (Beech, 1993) significa inequívocamente la opinión y el sentimiento que tiene cualquier persona acerca de su propia situación y, remite al estado subjetivo de bienestar o malestar con el que nos percibimos en cada momento con independencia del origen de dicha percepción.

La presencia de una enfermedad mental produce inevitablemente un impacto en la calidad de vida, tanto de la persona que la padece, como de su familia y entorno social. La esquizofrenia constituye un ejemplo de ello, ya que es una enfermedad que puede transformar la vida de la persona en ámbitos como el trabajo, su estilo de vida y las relaciones con los demás.

Sin embargo, los estudios sobre calidad de vida en pacientes con discapacidad psíquica, especialmente aquellos longitudinales, son escasos,

⁵ Asistente Social. Docente Depto. Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Casilla 1047. Concepción.Chile. Fax: 41- 231084; e-mail: dvida@udec.cl.

⁶ Asistente Social. Docente Depto. Servicio Social, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Casilla 1047. Concepción.Chile. Fax: 41- 231084; e-mail: omora@udec.cl.

⁷ Sociólogo, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción.. Concepción. Chile.; e-mail: jmerino@udec.cl

⁸ Antropóloga. Docente Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

⁹ Asistente Social.

y por lo general, muestran resultados dispares, dado principalmente por las características particulares de éstos.

Más bien, ha habido una tendencia a considerar en las mediciones de calidad de vida de los pacientes, los síntomas como indicadores objetivos de mala calidad de vida, confundiendo así el nivel de evaluación psicopatológica con el impacto cognitivo y afectivo que dichos síntomas tienen sobre el enfermo (Giner et al, 1997). Se agrega a lo anterior el hecho que las mediciones han apuntado más bien a la evaluación desde un punto de vista fundamentalmente normativo, más que del bienestar subjetivo percibido por el paciente.

Por otra parte, los instrumentos utilizados para ello, miden, en su mayoría, los efectos de las intervenciones psicosociales, dando por tanto una visión parcial del problema y centrándose más bien en los aspectos clínicos percibidos por el profesional o equipo tratante.

En razón de lo anterior, y producto de la revisión bibliográfica realizada, se pudo concluir que en términos generales las escalas de calidad de vida para este tipo de pacientes están, en general, en vías de desarrollo, aún no se han comprobado sus aplicaciones transculturales y al menos hasta este momento, muy pocos se han planteado medir la calidad de vida partiendo de lo que esto significa para el propio paciente, es decir, desde su propia percepción.

La excepción a lo anterior lo constituye el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, CSCV, para enfermos esquizofrénicos publicado en "Actas Luso Españolas de Psiquiatría, Neurología y Ciencias Afines" en 1997, por Giner et al. Este surge del planteamiento de medir calidad de vida a partir de la percepción del enfermo. Para su construcción se partió de una serie de ítems obtenidos por consenso entre distintos tipos de expertos en el campo

de la salud mental y de las agrupaciones y selecciones que los propios enfermos realizaron sobre esos ítems.

Por otra parte, la utilización de un instrumento de recolección de datos relativamente nuevo (1997) como es éste, tiene una utilidad metodológica en la medida que su aplicación constituye una primera instancia de inspección en pacientes esquizofrénicos chilenos.

A partir de lo expuesto, el propósito del estudio que se presenta, fue, por una parte, inspeccionar el funcionamiento del cuestionario en referencia, a partir de su aplicación en una muestra de pacientes esquizofrénicos de la región, y por otro lado, conocer la percepción del propio paciente acerca de su calidad de vida.

DEL INSTRUMENTO

El CSCV debe su nombre a que en la ciudad de Sevilla se constituyó un grupo de trabajo formado por E. Baca, J. Bobes, S. Cervera, J. Giner, E. Ibáñez y C. Leal, para construir un instrumento que evaluara calidad de vida del paciente esquizofrénico, tal y como éste la percibe.

A partir de la determinación de 10 áreas básicas, necesarias a tener en cuenta para la medición de la calidad de vida en la esquizofrenia, se construyeron las respectivas dimensiones e indicadores que dieron origen a 59 ítems, agrupados en dos sub-escalas: una sub escala de aspectos favorables (satisfactores), compuesta por trece ítems agrupados en tres factores; y la escala de aspectos desfavorables (insatisfactores), compuesta por 46 ítems, agrupados en nueve factores.

Estos ítems están presentados en base a una escala tipo Lickert que considera afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos encuestados. El encuestado debe responder ante una escala de cinco pasos que muestra el grado de "completo acuerdo" a "completo desacuerdo", según intensidad de la respuesta.

Las 10 áreas básicas consideradas para la construcción del instrumento fueron:

Autocuidado y Actividades cotidianas; Fuerza del yo; Relaciones Sociales; Rendimientos Cognitivos; Habilidades Psicomotoras; Motivación y Afecto; Vivencia de la Psicopatología; Conciencia de Enfermedad; Efectos Secundarios
Consumo de Sustancias.

A partir de estas áreas, las sub escalas quedaron conformadas por los siguientes factores e ítems.

CSCV- F: Sub-Escala Factores Favorables

- Factor 1: "SATISFACCION VITAL", agrupa dimensiones como: Comer, Beber, Vestir, Levantarse, Sueño, Aseo personal, Vida sexual, Hábitat, Ocio, Trabajo/estudio, Ejercicio físico, y Autogobierno. Contiene a su vez los ítems: 4-10-11-12-13.
- Factor 2: "AUTOESTIMA", agrupa dimensiones como: Concepto de sí mismo, Vivencia de poder y capacidad, Éxito social, Control sobre la propia vida, Falta de refuerzos. Contiene los ítems: 1-5-3-2.
- Factor 3: "ARMONIA", agrupa dimensiones como: Amigos , Relaciones con sexo contrario, Relaciones Familiares, Relaciones Sociales, Relaciones Vecinales, Relaciones de Pareja, Relaciones de

trabajo/estudio, Capacidad de control de tiempo, Congruencia Personal. Contiene los ítems del instrumento: 9-7-6-8.

CSCV- D: Sub-Escala Factores Desfavorables

- Factor 1: “FALTA DE APRENSION COGNITIVA”, agrupa dimensiones como: Memoria, Atención, Comprensión Situaciones, Comprensión global, Aprendizaje, Control Percepción, Egosintonía Delirio. Contiene los siguientes ítems del instrumento: 2-5-1-3-35. -
- Factor 2: “PERDIDA DE ENERGIA”, agrupa dimensiones como: Habilidad manual, Motivación, Nivel de energía, Depresión, Sufrimiento, Vivencia corporal, Vivencia temporal, Rigidez, Incoordinación motora, Fatiga/Astenia. Contiene los ítems 45-18-37-26-32-34-4-10-21-9.
- Factor 3: “FALTA DE CONTROL”, agrupa dimensiones: Miedo, Angustia, Cobardía, Conciencia de enfermedad, Actitud ante dolor, Estreñimiento, Conductas Evitación. Contiene los ítems: 46-25-29-17-8-18-45.-
- Factor 4: “DIFICULTAD DE EXPRESION EMOCIONAL”, agrupa dimensiones como: Aplanamiento Afecto, Pérdida de identidad, Control Sentimiento, Expresión emociones. Contiene ítems: 40-28-7-12-22.-
- Factor 5: “DIFICULTAD DE EXPRESION COGNITIVA”, agrupa dimensiones: Comunicación, Expresión verbal, Sentido del humor. Contiene ítems: 44-36-38-43-41-6-42.-
- Factor 6: “EXTRAÑAMIENTO”, agrupa dimensiones: Visión borrosa, Rituales. Contiene los ítems: 39-11-19.-

- Factor 7: “MIEDO A LA PERDIDA DE CONTROL”, agrupa dimensiones como: Iniciativa, Capacidad de comprensión, Inquietud. Contiene los ítems: 20-59-33.-
- Factor 8: “HOSTILIDAD CONTENIDA”, agrupa dimensiones: Control impulsos, Agresividad, Hostilidad, Transgresión normas. Contiene los ítems 27-22-24. -
- Factor 9: “AUTOMATISMO”, agrupa las dimensiones Automatización, Habilidad motora. Contiene los ítems: 13-14-60.

Para la validación del CSCV original, se administró a una muestra de 236 esquizofrénicos provenientes de Madrid, Oviedo, Pamplona, Sevilla y Valencia, valorándose la fiabilidad de la consistencia interna, según la puntuación total del cuestionario y respecto de cada una de sus dos subescalas, mediante los coeficientes Alfa.

Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos mostraron alta consistencia interna en ambas sub escalas: para CSCV- F 0.85 y para CSCV - D 0.94.

La validez de constructo fue valorada en dicha ocasión mediante la diferencia entre grupos en nivel educacional, estado civil, situación laboral, tipo de asistencia médica, evolución de la enfermedad y tipo de medicamento; también se midió la validez de constructo por correlación entre otros instrumentos que miden la calidad de vida por correlación (CSV de Ruíz y Baca y el QLI de Lehmann, 1993) y por matrices multi rasgo - multimétodo.

DEL PROCEDIMIENTO

Para efectos de este estudio, el instrumento de recolección de la información quedó constituido por el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida-CSCV, más una batería de preguntas relacionadas con antecedentes de identificación, antecedentes demográficos y antecedentes clínicos.

Previo a la aplicación definitiva y con el propósito de verificar la claridad y comprensión del instrumento, se realizó una prueba piloto a diez pacientes con similares características a los que contemplaba la muestra definitiva. Se comprobó posterior a su aplicación que los ítems fueron comprendidos en su totalidad y las respuestas tuvieron suficiente margen de variación.

La aplicación definitiva a la población de estudio se realizó a través de la técnica de entrevista en la que se aplicó el instrumento de recolección de la información.

Descripción de la Población en estudio:

La población estudiada estuvo formada por el 100% de las personas que cumplían con los requisitos de inclusión siguientes, estipulados para la unidad de análisis: - pacientes esquizofrénicos controlados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de la comuna de Concepción, - de ambos sexos, - mayores de 15 años, - residentes en la provincia de Concepción y - que no presentaran otros diagnósticos psiquiátricos. A su vez, se consideraron en la medición, las variables reportadas por el equipo español: - edad, - sexo, - estado civil, - ocupación, y como variable general - Tipo de Esquizofrenia.

La población de estudio quedó finalmente conformada por un total de 55 personas distribuidas como sigue:

Tabla N° 1: “Descripción de la población Estudiada”

VARIABLE	FRECUENCIA (n=55)	
	HOMBRES	MUJERES
Sexo	33	22
Edad		
20 - 29 años	3	1
30 - 39 años	10	12
40 - 49 años	13	2
50 - 59 años	5	6
60 - 69 años	2	1
Estado Civil		
Soltero(a)	27	19
Casado(a)	02	03
Viudo - Separado	04	
Escolaridad		
Básica	17	09
Media- Técnica	15	12
Universitaria	01	01
Ocupación		
Dueñas de casa	-	04
Activos (Empleados, estudiantes, trab. ocasional)	07	-
Pensionado (a)	16	11
Jubilado (a)	01	-
Inactivo (a)	09	07

El rango de edad de los pacientes se ubicó entre los 22 y los 66 años. El promedio de edad correspondió 42.9 años. Respecto al estado civil destacaron, como es usual para estos pacientes, las personas solteras con un 84% del total de la población. Comparativamente por sexos, se evidenció un porcentaje más alto de varones solteros sobre las mujeres, 58.6% y 41.3% respectivamente. En escolaridad, un 47% de la población presentó estudios de enseñanza básica y un 49% enseñanza media-técnica, siendo sólo un 1.8% el porcentaje de pacientes con enseñanza universitaria. Con relación a la ocupación, destaca, también como esperable, sólo un 13% de pacientes con ocupaciones formales socialmente

reconocidas. Un total de 27 personas (49%) se encuentran pensionados por invalidez. El 29% de esta población no tiene actividad. La descripción presentada responde y cumple obviamente con los constructos teóricos esperados para este tipo de pacientes de acuerdo a las características de la patología - esquizofrenia.

RESULTADOS

Hemos ordenado sintéticamente los resultados de este trabajo en dos partes, en la primera, presentaremos los datos que informan acerca del funcionamiento de la escala y, por ende la calidad de los datos obtenidos, y luego en la segunda, describiremos globalmente la calidad de vida a partir de la propia percepción de los pacientes.

1.- Del funcionamiento del instrumento:

Se midió la confiabilidad del instrumento a través del procedimiento de consistencia interna, utilizando específicamente el coeficiente de Alfa Cronbach y el Método de División por Mitades, obteniendo los siguientes resultados:

- El Alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,94, para la sub-escala de aspectos favorables 0,83 y para la de aspectos desfavorables 0,94, lo que indica que éstas resultaron altamente confiables. Estos datos son consistentes con los obtenidos en la aplicación original en España, que de acuerdo a lo reportado por el grupo de investigadores (1997), fueron para la subescala favorable 0.85 y para la de aspectos desfavorables 0.94.
- Al utilizar el sistema de División por Mitades, los datos al igual que los anteriores indicaron una alta confiabilidad, así tenemos, que en

la subescala de aspectos favorables se obtuvo un 0,93 de confiabilidad y en la subescala desfavorable un 0,94.

En razón de lo expuesto, podemos afirmar la estabilidad del instrumento para medir calidad de vida en estos pacientes, lo que nos asegura, en cierto modo, un mínimo de errores, en la medición efectuada.

- Para verificar el funcionamiento de cada ítem al interior de la escala se utilizó el procedimiento de correlacionar cada ítem con la escala total, análisis que se presenta a continuación:

Tabla N° 2: “ Coeficientes de Correlación Ítems CSCV-F – Escala Total”

FACTORES FAVORABLES	INDICADORES (N° Ítem Del Instrumento)	COEF. CORRELACIÓN*
1.-Satisfacción Vital	12. Estoy satisfecho con el trabajo/estudio que realizo	0.71
	13. Me satisface la energía que tengo	0.70
	10. Yo decido como quiero vivir	0.69
	11. Soy capaz de organizarme la vida diaria	0.72
	4. Estoy contento con lo que tengo -hago	0.72
2.-Autoestima	1. Consigo lo que quiero	0.70
	5. Me gusta como soy	0.69
	3. Cuando decido algo lo realizo	0.70
	2. Los demás aprueban mi forma de ser	0.71
3.-Armonía	9. Me siento a gusto con mis pensamientos	0.68
	7. Me siento a gusto con la gente	0.70
	6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre	0.73
	8. Distribuyo bien mi tiempo	0.74

(*) Nivel de significancia 0.0001

Conforme a la Tabla N°2, precedentemente presentada, se puede afirmar, en general, todos los ítems correlacionaron alto con la escala total, obteniéndose un promedio de 0,62.

En este mismo sentido, los ítems que correlacionaron más alto con la escala total fueron: ítem 8, ítem 4 e ítem 12. Destaca el hecho que los ítems 8 y 12 corresponden al Factor Satisfacción Vital. Esta situación de alguna forma confirma la certeza de estos ítems para medir calidad de vida desde la percepción del paciente. Lo anterior, considerando que en este estudio los pacientes encuestados obtienen mayoritariamente puntajes altos en Calidad de Vida.

Comentarios especiales merecen las siguientes situaciones:

- Los ítems 1 y 2 relacionados con el Factor Autoestima: “consigo lo que quiero”, “los demás aprueban mi forma de ser”, tuvieron una correlación de 0,45.
- La correlación más baja correspondió al ítem 13, con un valor de 0,30 al 6/1000. Dentro del factor Satisfacción Vital fue el único ítem que tuvo más baja correlación.
- En tanto el ítem 3 “cuando decido algo lo realizo”, del mismo factor, fue el único que no correlacionó significativamente con la escala total. Estimamos que para mediciones futuras, habría que analizar con más detención aquellos ítems que presentaron más baja correlación a la luz de las características clínicas asociadas directa o indirectamente a la patología.

Tabla N° 3: “Coeficientes de Correlación Ítems CSCV-D – Escala Total”

II.- CSCV- D SUB ESCALA FACTORES DESFAVORABLES		
Factores	Indicadores (N° Ítem Del Instrumento)	Coef. Correlación (*)
1.- FALTA DE APRENSION COGNITIVA	2. No me entero de las cosas aunque me interesen	0.38
	5. No puedo aprender nada	0.42
	1. Tengo dificultades para comprender la T.V.	0.53
	3. No comprendo lo que dice la gente.	0.42
	35. Alguien que no se quien es me hace sufrir	0.58
2.- PERDIDA DE ENERGIA	45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer	0.50
	18. Me siento muy cansado	0.59
	37. Sufro cuando algo dentro de mi me impide hacer lo que quiero	0.58
	26. Estoy triste continuamente	0.53
	32. Siento los músculos tensos	0.43
	34. El día se me hace muy largo	0.30
	4. Me aburro todo el tiempo	0.58
	10. Los demás me hacen sufrir	0.59
	21. No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer	0.38
9. No puedo dejar de notar cosas desagradables.	0.45	
3.- FALTA DE CONTROL	46. Me da miedo la vida	0.32
	25. Me desagrada no poder controlar mis pensamientos.	0.70
	29. Me siento cobarde	0.46
	17. Sufro porque estoy Enfermo	0.67
	8. Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos	0.69
	16. Me molesta estar Estreñado	0.65
	45. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que me quiere ver	0.60
4.-DIFICULTAD DE EXPRESION EMOCIONAL	40. Si no dejo salir la rabia me siento muy mal	0.59
	28. Me cuesta trabajo dirigirme a los demás	0.56

	7. Solo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero	0.41
	12. Siento miedo constantemente	0.43
	23. Todo me angustia	0.53
5.-DIFICULTAD DE EXPRESION COGNITIVA	44. Me molesta no tener gracia para contar chistes	0.36
	36. Me paso el día medio dormido y eso me molesta	0.52
	38. Tengo dificultades que distraen y llenan mi tiempo libre	0.55
	43. No se lo que me pasa y eso me asusta	0.70
	41. Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi a alrededor	0.68
	6. Tengo dificultades para participar en las conversaciones	0.53
	42. No puedo hacer bien las cosas normales.	0.58
6.- EXTRAÑAMIENTO	39. Repetir una cosa muchas veces me alivia	0.32
	11. Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño.	0.57
	19. Veo las cosas borrosas.	0.58
7.- MIEDO A LA PERDIDA DE CONTROL	20. Me doy miedo yo mismo	0.57
	59. No puedo controlarme	0.56
	33. No tengo interés por nada	0.35
8.- HOSTILIDAD CONTENIDA	27. Me gustaría poder hacer daño	0.20
	22. Los vecinos me Molestan	0.42
	24. Me mareo con facilidad	0.48
9.- AUTOMATISMO	13. Es insoportable no poder estar quieto	0.43
	14. Me hace sufrir el sentirme raro	0.60
	31. Me siento como un zombie o como un robot	0.50

(*) Nivel de significancia 0.0001

Como se aprecia en la tabla N°3, los ítems que correlacionaron más alto fueron: ítems 25, 43, 8, 41, 16, 17. Destaca que mayoritariamente estos ítems corresponden corresponden al Factor 3 “Falta de Control”. Los ítems

restantes de ese mismo factor: 15 y 29, obtuvieron, correlaciones medianas, con excepción del ítem 46, que no correlacionó significativamente con la escala total.

En el mismo sentido, encontramos que del total de ítems relacionados con el Factor 5: “Dificultad de Expresión Cognitiva”, sólo dos obtuvieron alta correlación, 4 ítems (6,36,38,42) correlación mediana y uno (44) con muy baja correlación.

En general, otros ítems que tuvieron una correlación intermedia fueron: 1,4,10,11,14,18,19,20,23,26,28,30,35,37,40. De éstos, 5, lo que equivale al 50% de ellos, corresponden al Factor 2: “Pérdida de Energía”, ítems (4, 10, 18, 26, 37). Los ítems restantes correspondientes a este factor (9,21,32,45) obtuvieron correlaciones un tanto más bajas ($X = 0.40$) con excepción del ítem 34 que no presenta correlación significativa.

Los ítems que no correlacionaron fueron: Item 27: “Me gustaría poder hacer daño”; Item 34: “El día se me hace muy largo”; Item 46: “Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no deseo ver”. En relación a todos estos ítems, corresponden a distintos factores de la escala, por tanto no se aprecia una tendencia clara de la información. Esto podría, quizás, explicarse considerando que los pacientes consignados en la muestra están sometidos a un exhaustivo programa de intervención biopsicosocial, que aparentemente permite un control adecuado de la sintomatología reflejada en los ítems señalados.

2.- Con relación a la segunda parte de este trabajo, describiremos globalmente la calidad de vida a partir de la percepción de los propios pacientes.

Tabla N° 4: “Distribución de Frecuencia Percepción de Calidad de Vida de la Población Estudiada”

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
- Óptimo	25	45.5
- Muy Bueno	25	45.5
- Bueno	5	9
- Regular	0	0
- Deficiente	0	0
Total	55	100

Los datos muestran que los pacientes, mayoritariamente, se perciben con una Muy Buena y Óptima Calidad de Vida (91%). En tanto, en las categorías Deficiente y Regular no se ubicó ningún caso. Estos datos son consistentes con los encontrados en la muestra española, en la cual, se evidenció una percepción favorable bastante aceptable de su calidad de vida. Lo anterior, en cierto modo, es indicativo de validez del instrumento, y por otra parte, reafirma la necesidad de la medición de la calidad de vida desde la propia percepción del paciente y no basada exclusivamente en criterios normativos y clínicos.

Tabla N° 5: “ Percepción de Vida de la Población Estudiada según Factores en CSCV- F y CSCV- D ”

Factores / Categorías/ Cscv- f	Óptimo %	Muy Bueno %	Bueno %	Regular %	Deficiente %
Factor 1: Satisfacción Vital	58.2	18.2	16.4	5.5	1.8
Factor 2: Autoestima	61.8	21.8	14.8	1.8	0
Factor 3: Armonía	56.4	27.3	10.9	3.6	1.8
<u>Cscv- D</u>					
Factor 1: Aprehensión Cognitiva	32.7	34.5	16.4	16.4	0
Factor 2: Pérdida de Energía	21.8	29.1	34.5	14.5	0
Factor 3: Pérdida de Control	27.3	36.4	20.0	12.7	3.6
Factor 4: Dificultad. Expresión Emocional	32.7	27.3	29.0	9.1	1.8
Factor 5: Dificultad Expresión Cognitiva	29.1	32.7	21.8	14.5	1.8
Factor 6: Extrañamiento	21.8	25.5	32.7	12.7	7.3
Factor 7: Miedo Pérdida de Control	52.7	27.3	14.5	1.8	3.6
Factor 8: Hostilidad Contenedida	47.3	32.7	14.5	1.8	3.6
Factor 9: Automatismo	27.3	23.6	30.9	12.7	5.5

Al efectuar el análisis porcentual por factores, encontramos que las categorías que agrupan mayoritariamente a los pacientes de la muestra son Muy Bueno y Óptima Calidad de Vida. Se exceptúan de este comentario los factores 2 – 6 –9, que corresponden a Pérdida de Energía, Extrañamiento y Automatismo, respectivamente, todos factores de la subescala Desfavorable.

En relación a la Escala total, los Factores que obtuvieron los porcentajes más altos agrupando las categorías Óptimo y Muy bueno fueron: Autoestima (83.6%), Armonía (83.7%), Miedo a la Pérdida de Control (80%) y Hostilidad Contenida.

En este mismo sentido, le sigue en importancia porcentual, el Factor Satisfacción Vital, con un 76% en las categorías Óptimo y Muy Bueno. Así también , pero con porcentajes levemente inferiores se ubican los factores: Aprehensión Cognitiva (67.2%), Pérdida de Control (63.7%) y Dificultad de Expresión Cognitiva (61.8%), para las mismas categorías.

Realizado el análisis por subescalas, se obtiene que en la CSCV – F, los factores con mayores porcentajes en las categorías Óptimo y muy bueno fueron Autoestima y Armonía. Este resultado es coincidente con lo obtenido en la muestra española, en donde los pacientes presentaron niveles mas altos de satisfacción en Autoestima y Armonía. Para la CSCV-D, las áreas en donde los pacientes presentan y perciben menores dificultades fueron Hostilidad Contenida y Miedo a la Pérdida de Control, ubicándose más del 70% de la población en las mismas categorías.

En la sub escala CSCV-D, se aprecia entre las dificultades principales percibidas por los sujetos encuestados, el Extrañamiento con un 20% que se ubica en las categorías de Deficiente y Regular percepción de calidad de vida, y Automatismo, con un 18.2% que se ubica en las mismas categorías). Esto, al parecer, se relaciona con los síntomas negativos de la esquizofrenia. En el caso de la muestra española se presenta una alta coincidencia en el caso del Factor Automatismo.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

En relación al Instrumento Cuestionario Sevilla Calidad de Vida.

- Este probó ser altamente confiable para medir Percepción de Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos. Este estudio midió su confiabilidad a través del procedimiento de consistencia interna, Coeficiente Alfa Cronbach y el Método de División por Mitades.
 - Se obtuvo un Alfa Cronbach para la escala total de 0,94, para la sub-escala de aspectos favorables 0,83 y para la de aspectos desfavorables 0,94, lo que indica que éstas resultaron altamente confiables. Estos datos son consistentes con los obtenidos en la aplicación original en España, que de acuerdo a lo reportado por el grupo de investigadores (1997), fueron para la subescala favorable 0. 85 y para la de aspectos desfavorables 0.94.
 - Al utilizar el sistema de División por Mitades, los datos al igual que los anteriores indicaron una alta confiabilidad, así tenemos, que en la subescala de aspectos favorables se obtuvo un 0,93 de confiabilidad y en la subescala desfavorable un 0,94.
 - Al verificar el funcionamiento de cada ítem al interior de la escala se utilizó el procedimiento de correlacionar cada ítem con la escala total. Obteniéndose conforme se indica en la Tabla N°2 que, en general, todos los ítems correlacionaron alto con la escala total, obteniéndose un promedio de 0,62.

En relación a la Percepción de Calidad de Vida de los pacientes esquizofrénicos encuestados.

- Al observar la distribución de respuestas por categorías y factores tanto de escala CSCV-F como de la escala CSCV-D, observamos la clara tendencia de agrupación de los datos en las categorías óptimo a bueno y un mínimo porcentual en las categorías restantes. Información consistente con la distribución de puntajes totales en la escala para los encuestados.
- Al igual que en la muestra española, los Factores Autoestima y Armonía presentan los niveles mas altos de satisfacción en la sub-escala de aspectos favorables- CSCV-F. Autoestima, agrupa al 83.6% de la población estudiada en las categorías Optimo y Muy Bueno, y Armonía concentra al 83.7% de la población en las mismas categorías. En relación a los ítems contemplados por cada factor de esta escala destaca el mayor acuerdo con afirmaciones como: “Estoy contento con lo que hago”, “Cuando decido algo lo realizo”, “Soy capaz de organizarme la vida diaria”, “distribuyo bien mi tiempo”, “Me siento a gusto conmigo”, cuyas respuesta en la categoría óptimo superan el 65% del total de respuestas dadas a cada ítem.
- En la sub-escala de aspectos desfavorables-CSCV-D, se observa una distribución mas dispersa entre las categorías óptimo, muy bueno y bueno. Lo anterior no se observa en la SCV-F. Los factores que puntuaron más alto en la CSCV-F, fueron: Miedo Pérdida de Control y Hostilidad Contenida, factor 7 y factor 8, respectivamente.
- Para la misma escala CSCV-D, los ítems que reflejaron mayores dificultades, es decir una peor percepción de calidad de vida por los pacientes correspondieron a algunos ubicados en los factores: Pérdida de Energía (ítems: “ me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer”, “ no puedo dejar de notar cosas desagradables”), Factor Pérdida de control (“sufro porque estoy enfermo”) y Factor Dificultad de Expresión Cognitiva (“no se lo que me pasa y eso me

asusta”). De lo anterior se concluye, que si bien en términos globales existe una muy buena y óptima percepción de Calidad de vida por parte de los pacientes, también existe de parte de ellos, conciencia de su enfermedad y de los efectos de ésta.

- La percepción de tan buena calidad de vida se estima podría tener directa relación con el tratamiento recibido en el Servicio de Psiquiatría, en donde se promueve e incorpora una intervención multiprofesional tanto en los procesos de recuperación, como en la rehabilitación y reinserción social de los pacientes. Además, el contar con adecuada red de apoyo familiar. Estos son aspectos que sería relevante incluir en futuros estudios para precisar su real influencia.
- Facilitó la aplicación del instrumento el hecho de aplicar el instrumento mediante la técnica de la entrevista y no mediante el sistema autoadministrado que fue el procedimiento utilizado en la validación original (esto fue detectado en la prueba piloto que realizó el equipo antes de la prueba definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

- -Bateson G. Jackson D. Haley J. Weakland J. “Hacia una teoría de la Esquizofrenia” Interacción familiar aportes fundamentales, teoría y técnica. Editorial tiempo contemporáneo. 1971.
- -DSM-IV Manual de Diagnóstico y estadístico de los tratamientos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona. Masson S. A. 1995.
- -“DSM-IV. Breviario, Criterios diagnósticos”. Masson, S.A. 1995.
- -Heller, Agnes “Una revisión de la Teoría de las necesidades” Ed. Paidós, Universidad Autónoma de Barcelona, España, 1996.
- -Hernández, Fernández C. Baptista L. “Metodología de la investigación” Ed. McGraw-Hill, 1996.
- -Lieberman, Robert P. “Psicofarmacología Práctica”. Rehabilitación integral del enfermo Mental crónico” Barcelona. Martínez Roca, 1993.
- -Sue D. Sue D. Sue S. “Esquizofrenia. Diagnóstico y Síntomas” en comportamiento Anormal” México: McGraw-Hill, 1996.
- -Vidal G. Alarcón R. Lolas F. “Esquizofrenia”. “Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría”, tomo II, Macropedia, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
- REVISTAS Y DOCUMENTOS
- -Bocaz G. Vera H. Mathiesen M. “Dimensiones para medir el concepto de calidad de vida en pacientes con Cancer”. Rev. Horizonte de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Fac. de Medicina, Escuela de enfermería.

- -Cervera S. Baca J. Bobes J. Leal C. Ibáñez E y Giner J. “Actas Luso- españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines.” Vol. 25 suplemento 2, año 1997.
- -Cohi, Ana “Estudio Comparativo de La Calidad de vida en pacientes Esquizofrénicos según condición de tratamiento” Rev. de Psiquiatría, fac. de Medicina, Barcelona 17-5, año 1990.
- -Maria Teresa Bravo S. Failache de Vera “El Concepto de calidad de vida. Una revisión de su alcance y contenido”, revista geografía Venezolana, vol. 34, pág 275-295, año 1993.
- -Jiménez S. M. Ignacia “Intentando definir la Calidad de vida” Rev. Trabajo Social, 1998.
- -Carlos Lafferte C. y Víctor Cobarrubias “Etiología de la Esquizofrenia. Un aporte desde la sociología”. Proyecto de Investigación. S. Univ. de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Depto de Sociología. Santiago, Julio de 1996.
- -Lagomarsino, Alejandro “Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia” Acta de Psiquiatría y Psicología de America Latina, vol. 41 (2), 1995.
- -Lolas, Fernando. “Biomedicina y Calidad de vida; Un análisis Teórico” Rev. Médica de Chile, 1990, 118.
- -Lucas y col. “Calidad de vida en esquizofrénicos y en parientes de Esquizofrénicos” Rev. de Psiquiatría , Fac. de Medicina, Barcelona, España, 1997.
- -Marconi, Juan. “Prevalencia de Desordenes Mentales y Modelos de programas de Salud Mental en Chile” Actas de Psiquiatría y Psicología A. Latina, 1996. 42

- -Moreno Valencia, F. De la Barra García, A. Rodríguez Gross, J. “ Desarrollo integral y Calidad de Vida”. Instituto Chileno de estudios Humanísticos, Santiago.
- -Olivos Aragón, Patricio “ Calidad de Vida y Esquizofrenia” Rev. de Psiquiatría año IX, VOL. 3 y 4, Julio- Diciembre, 1997.
- -Pederson, Duncan. “El Dilema de lo cuantitativo y cualitativo de las encuestas a los métodos rápidos de Investigación en Salud”. Ciencias Sociales y Medicina, Ed. Universitaria S.A. 1992, Santiago, Chile.
- -San Martín X. Covarrubias M. Larraín P. “Calidad de vida en Pacientes Psiquiátricas Crónicas Vueltas a la Comunidad” Investigación Instituto Psiquiátrico José Horwitz, Santiago, 1996.
- -Tito Méndez, Juan. “Algunas consideraciones sobre el rol del Asistente Social en Psiquiatría” Revista Psiquiatría, 1984.
- -Vielma, Mabel. “Integración Social y familiar de pacientes esquizofrénicos” Dra.. Tesis de grado Psiquiatría, 1990.

ANEXO N°1 : FACTORES - DIMENSIONES E INDICADORES

A.) SUB-ESCALA FACTORES FAVORABLES

FACTORES FAVORABLES	DIMENSIONES	INDICADORES (N° ítem del instrumento)
1.- SATISFACCION VITAL	1. Comer 2. Beber 3. Vestir 4. Levantarse 5. Sueño 6. Aseo personal 7. Vida sexual 8. Hábitat 9. Ocio 10. Trabajo/estudio 11. Ejercicio físico 12. Autogobierno	12. Estoy satisfecho con el trabajo/estudio que Realizo 13. Me satisface la energía que tengo 10. Yo decido como quiero vivir 11. Soy capaz de organizarme la vida diaria 4. Estoy contento con lo que tengo -hago.
2.-AUTOESTIMA	13. Concepto de sí mismo 4. Vivencia de poder y capacidad 15. Éxito social 16. Control sobre la propia vida 1. Falta de refuerzos.	1. Consigo lo que quiero 5. Me gusta como soy 3. Cuando decido algo lo realizo 2. Los demás aprueban mi forma de ser
3.-ARMONIA	17. Amigos 18. Relaciones con sexo contrario 19. Relaciones Familiares 20. Relaciones Sociales 21. Relaciones Vecinales 22. Relaciones de Pareja 23. Relaciones de trabajo/estudio 24. Capacidad de control de tiempo 53. Congruencia Personal.	9. Me siento a gusto con mis pensamientos 7. Me siento a gusto con la gente 6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre 8. Distribuyo bien mi tiempo

B.) SUB-ESCALA FACTORES DESFAVORABLES

FACTORES DESFAVORABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
1.- FALTA DE APRENSION COGNITIVA	53. Memoria 54. Atención 55. Comprensión situaciones 56. Comprensión global 57. Aprendizaje 44. Control Percepción 60. Egosíntoma Delirio	2.No me entero de las cosas aunque 5. No me interesen 5. No puedo aprender nada 56.1.Tengo dificultades para comprender la T.V. 3. No 44. comprendo lo que dice la gente. 35. Alguien que no se quien es me hace sufrir
2.- PERDIDA DE ENERGIA	32. Habilidad manual 33. Motivación 34. Nivel de energía 39. Depresión 40. Sufrimiento 56. Vivencia corporal 57. Vivencia temporal 63. Rigidez 65. Incoordinación motora 67. Fatiga/Astenia	45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer 18. Me siento muy cansado 37. Sufro cuando algo dentro de mi me impide hacer lo que quiero 26.Estoy triste continuamente 32. Siento los músculos tensos 34. El día se me hace muy largo 4.Me aburro todo el tiempo 10. Los demás me hacen sufrir 21. No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer 9.No puedo dejar de notar cosas desagradables.
3.- FALTA DE CONTROL	37. Miedo 38. Angustia 41. Cobardía 42. Conciencia 42. enfermedad 53. Actitud ante dolor 68. Estreñimiento 87. Conductas Evitación	46.Me da miedo la vida 25.Me desagrada no poder controlar mis pensamientos. 29. Me sientto cobarde 17. Sufro porque estoy Enfermo 8. 53.Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos 16. Me molesta estar Estreñido 45. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que me quiere ver
4.- DIFICULTAD	35.	40. Si no deajo salir la rabia

DEEXPRESION EMOCIONAL	Aplanamiento Afecto 53. Pérdida de identidad 58. Control Sentimientos 59. Expresión emociones	me siento muy mal 28. Me cuesta trabajo dirigirme a los demás 7. Solo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero 12. Siento miedo constantemente 23. Todo me angustia
5.-DIFICULTAD DE EXPRESIONCIGNITIVA	58. Comunicación 48. Expresión verbal 50 Sentido del humor	44.Me molesta no tener gracia para contar chistes 36.Me paso el día medio dormido y eso me molesta 38. Tengo dificultades que distraen y llenan mi tiempo libre 43. No se lo que me pasa y eso me asusta 41. Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor 6. Tengo dificultades para participar en las conversaciones 42. No puedo hacer bien las cosas normales.
6.- EXTRAÑAMIENTO	69. Visión borrosa 88. Rituales.	39. Repetir una cosa muchas veces me alivia 11. Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño. 19. Veo las cosas borrosas.
7.- MIEDO A LAPERDIDA DECONTROL	31. Iniciativa 52.Capacidad de comprensión 62. Inquietud	20. Me doy miedo yo mismo 59. No puedo controlarme 33. No tengo interés por nada
8.- HOSTILIDADCONTENIDA	45. Control impulsos 46. Agresividad 47. Hostilidad 90. Transgresión normas	27. Me gustaría poder hacer daño 22. Los vecinos me molestan 24. Me mareo con facilidad
9.- AUTOMATISMO	36. Automatización 49. Habilidad motora	13. Es insoportable no poder estar quieto 14. Me hace sufrir el sentirme raro . Me siento como un zombie o como un robot

Ensayo

Soy una profesora desde Canadá y por consiguiente la mayoría de mi contexto dentro del medio ambiente de mis ensamientos viene desde allí, sin embargo mis años de enseñanza aquí en Concepción en el Magíster de Trabajo social y política social me han convencido de la importancia de los países diferentes que se encuentran para establecer contactos, por medio de asuntos mundiales y locales o dimensiones conceptuales.

Compartiendo experiencias nos ayuda a darnos cuenta de similitud y diversificación y "poner un espejo para nuestra sociedad", En el espíritu de esto ofrezco esta presentación.

Ahora, empiezo con una historia mi historia. Elaine Carey/Belanger

TRABAJO SOCIAL Y LA POLITICA SOCIAL HACEN EL ENLACE

Elaine Carey-Belanger
Profesora Titular
Universidad de Laval
Quebec, Canada

Me sentí muy honrada al recibir la invitación de dictar la Clase Inaugural de este año y de reflexionar con Ustedes sobre la importancia del Trabajo Social y la Política Social y de la necesidad de relacionarlos estrechamente entre sí. Este enlace permitirá un mayor grado de pertinencia entre las políticas sociales y las acciones sociales para mejorar la vida de los que recurren al Servicio Social, quienes son, en definitiva, nuestros conciudadanos.

I. MI HISTORIA

No he nacido para analizar la Política Social y no fui formada, en primer lugar, como analista de Políticas Sociales.

En mis estudios de pregrado (Licenciatura General de Arte) nos pidieron realizar un trabajo voluntario en el curso de Sociología Aplicada. Fue en mi último año en Maryland University, Estados Unidos. Tuvimos que estar un día a la semana en una Oficina Municipal para prestar determinados servicios a las personas que los requerían. Nuestro trabajo consistía en verificar si, por ejemplo, una persona era una prostituta, o en otro caso, si la persona realmente pagaba por alojamiento, o sencillamente controlar la situación de los casos por medio de visitas domiciliarias.

Dentro de esta experiencia encontré la pobreza absoluta de los barrios en el sur de la ciudad de Baltimore en Maryland. La mujer considerada prostituta estaba encinta con muchos problemas personales. Un hombre con una cara deformada alimentaba a ratones en su casa porque no tenía otra compañía en su vida que estos ratones y vivía muy aislado.

En vista que éramos jóvenes y estudiantes estas personas nos contaban sus historias, pero al informar estas situaciones a nuestros superiores en el sistema institucional para poder obtener ayuda, nos dijeron que nos limitáramos estrictamente a nuestra tarea, es decir, hacer un informe sobre su elegibilidad. Entonces fue cuando me decidí postular a la Carrera de Trabajo Social. Sabía que debía haber una abundancia de cosas que se podía hacer y quería ayudar.

El próximo episodio tuvo lugar cuando estudiaba en la Escuela Graduada de la Universidad Fordham en Nueva York. Solía, también, trabajar en una clínica de salud mental para niños y sus familias. Yo estaba interesada principalmente en la práctica clínica con personas con problemas, quienes solicitaban los servicios que podíamos ofrecer.

Sin embargo, por las tardes y durante los fines de semana tomaba parte, también, en actividades con jóvenes procedentes de Puerto Rico en el Lower East End Settlement House con mis otros compañeros estudiantes, así como nuestros profesores progresistas, curas jesuitas, que trabajaban con objeto de tratar de integrar estos jóvenes en su nueva sociedad.

Eran los días de las pandillas y de "West Side Story". Guerras entre los diferentes grupos y pandillas formaban parte de la vida diaria. Hacíamos lo que podíamos hacer, con el idioma, trabajo de la escuela y habilidades sociales, por ejemplo, danzas norteamericanas.

Sentíamos que las dificultades eran mucho más grandes y complejas. Es decir, falta de reconocimiento de problemas económicos, falta de entrenamiento o capacitación, falta de servicios estructurados de bienvenida y orientación y carencia de los recursos necesarios para las actividades requeridas. Estas intervenciones fueron realizadas por organizaciones privadas, que ayudaban a unos pocos, pero debieron haber sido organizadas por las autoridades públicas, como, por ejemplo, con un programa para recibir y orientar a los nuevos ciudadanos y a sus familias.

Más tarde en mi vida al llegar a Canadá empecé a trabajar para una Agencia de Servicio Familiar. Después de poco tiempo, empecé el trabajo como supervisora dentro de un grupo de ayuda, utilizando un método de intervención breve y, al mismo tiempo, empleando un modelo sistemático, lo cual resultó con éxito. El Gobierno de la Provincia de Quebec decidió a imponerles una contribución a las familias que quisieron colocación familiar para sus niños por un breve tiempo. Familias y, sobre todo, madres solteras tendrían que contribuir a solventar el costo de la estadía de sus niños en instituciones o en una familia adoptiva. En este contexto, mi equipo de Trabajadores Sociales como un grupo de primera línea tenían que administrar esta reglamentación.

La intención del Gobierno era motivar a las familias a mantener a sus hijos consigo, pero no consideró las capacidades reales de las familias para hacerlo. Estas familias ya tenían necesidad de recursos suplementarios para vivir. Nuestro equipo estaba, muchas veces, en condiciones de ofrecer una estadía breve para un niño en una casa adoptiva, mientras trabajábamos con la familia.

Esta causa fue nuestra primera experiencia de una acción social para oponernos a esta reglamentación. No aceptamos que las familias estuviesen obligadas a firmar estos convenios. Empezamos a documentar las situaciones por las cuales éramos responsables y mostrar las ventajas de no aplicar esta medida. También, mostramos los resultados negativos si les hubiéramos obligado a utilizar el procedimiento reglamentario. Nuestro primer triunfo fue que el procedimiento fue eliminado.

Mis interrogantes continuaron. Esta historia y mis primeras experiencias en práctica directa, aunque hace muchos años, significó aprender que las directivas / políticas procedentes de una Oficina Central rara vez están concordantes con las necesidades de los que requieren los servicios. Aun cuando sean bien-intencionados, los que formulan la política no siempre pueden hacer funcionar las cosas adecuadamente. Mi experiencia no es única, viene unida a muchas otras historias

Wharf B. y Mckenzie sostienen que Trabajadores Sociales trabajando directamente con los usuarios de los servicios hubieran podido hacer una contribución importante al procedimiento de formulación de la política. De esto estoy muy convencida. Se notaría una diferencia, si los Trabajadores Sociales desempeñaran cargos en niveles superiores de decisión dentro del contexto social y económico. Esta convicción se basa en mis 25 años de experiencia en el campo de la Política Social y el constante intercambio con mis ex-alumnos quienes han continuado estudios y trabajado en este campo. Pero para constituir una diferencia es necesario que los

Trabajadores Sociales estén presentes en números significativos y sean reconocidos como integrantes importantes de la Comunidad de la Política Social. (Wharf y Mackenzie, 1998)

Para ver cómo esto podía ser llevado a cabo, esta presentación es dividida en tres partes, primero es importante definir los asuntos claves del Trabajo Social y Política Social. Segundo, vamos a ver sus interrelaciones y las ventajas que el trabajador social tiene en términos de conocimiento y habilidades de análisis como complemento de su conocimiento práctico fundamental. Entonces ilustraré esto por medio de un ejemplo del Área de la Política de Salud Mental de Canadá.

II.:TRABAJO SOCIAL Y POLITICAS SOCIALES

TRABAJO SOCIAL

Primero, es importante que tengamos una imagen clara del Trabajo Social y de quiénes somos nosotros. Como Trabajadores Sociales nuestra primera pregunta debería ser, ¿qué es Trabajo Social?. Trabajo Social es una profesión que tiene dos dimensiones amplias que traslapan entre sí. Por un lado, es una profesión que focaliza en ayudar a personas a prevenir o resolver problemas personales o sociales. También, focaliza en el cambio de las condiciones estructurales que mantienen los problemas.

La fundamentación de esta práctica se basa en ideales humanitarios, igualdad , justicia social, así como la eliminación de la opresión y la explotación en la sociedad de acuerdo con los principios éticos de la Organización Internacional de los Trabajadores Sociales.

Pero, los Trabajadores Sociales no trabajan en un vacuo guiado solamente por su conocimiento y por su ética. Suelen trabajar en muchos contextos y niveles diferentes, muchas veces dentro de organizaciones burocráticas

dirigidas tanto por un gobierno, como por organismos no gubernamentales. Los Trabajadores Sociales desempeñan muchos roles similares pero el énfasis, el contexto, las tareas y el foco puede ser diferente. Una manera de visualizar los roles de Trabajo Social es en relación con el tamaño del sistema e identificar el trabajo en el MICRO NIVEL con personas y familias, el MEZZO NIVEL con grupos pequeños y el MACRO NIVEL que se trata de comunidades y organizaciones. A continuación describo algunos de estos roles en los diferentes niveles de práctica del Trabajo Social. Cabe señalar que los diversos roles cruzan los distintos niveles.

LOS SISTEMAS MICRO Y MEZZO

Consejero o Terapeuta

Como Consejero o Terapeuta, ayudan a los individuos, parejas, y familias a mejorar su bienestar psicológico y social. (Rothman, J. and Sagar, J, 1998)

Esta definición refleja lo esencial del Trabajo Social: la responsabilidad que la gente tiene frente de los otros, así como enfatiza el crecimiento y las capacidades de la responsabilidad colectiva Bricker - Jenkinse proponen, que un principio importante en el Trabajo Social es identificar y movilizar capacidades inherentes, individuales y colectivas para la curación y crecimiento, así como transformación personal y política (Bricker - Jenkins, M. 1991)

Defensor

Como defensores los Trabajadores Sociales trabajan por cuenta de otros para mejorar las condiciones sociales y obtener justicia social. En caso de

que un cliente no puede defenderse a sí mismo o si el cliente y el Trabajador Social llegan a un acuerdo respecto a que el conocimiento del Trabajador Social probablemente obtendrá los resultados deseados. (Sheafor, Horejsi o Horrejsi, 1992) x x x

Facilitador

El papel de estimulador es importante para ayudar a los clientes a encontrar fortalezas dentro de sí mismos con objeto de obtener los cambios y empoderamiento. (Comptom y Galaway 1999)

Educador

Frecuentemente, los clientes tienen necesidad de informaciones o les hace falta aprender habilidades antes de empezar a tomar las medidas necesarias. Trabajadores Sociales ayudan a clientes a cambiar de una conducta torpe y menos apropiada por medio de enseñarles la conducta apropiada. (Sheafor, Horejsi o Horejsi, 1997) x x x

Mediador.

El papel de mediador es un trabajo practico para ayudar a la gente a resolver conflictos y negociar para llegar a un acuerdo. (Johnson, 1995 y Shulman 1984)

Puente, Pesquisa (Outreach).

Este tipo de Trabajo Social consiste en hacer esfuerzos para extender los servicios a la gente en la comunidad por medio de tratar de descubrir donde se encuentra la necesidad, asi como ofrecer servicios y proyectos especiales en terreno mismo. (Hepworth, Rooney y Larsen 1997)

Coordinador.

El Coordinador Social desempeña el papel de eslabón de la cadena para relacionar a los clientes con los recursos necesarios con objeto de asegurarse que los clientes conozcan los recursos que están a su

disposición así como facilitarles el acceso a los recursos y tomar la mejor decisión posible. (Locke, Garrison and Winship 1998)

LOS MACRO SISTEMAS

A nivel Macro Social la práctica comunitaria trabaja en la superación de la pobreza y de otras formas de opresión y las condiciones que no se mejoran sin un cambio social. La práctica en la comunidad es una manera importante para impulsar un cambio sobre todo al nivel local. (Fisher y Karger 1997, Rothman y Tropman 1987)

Desarrollo de Comunidad

Esto involucra ser un catalizador para los miembros de una comunidad para ayudarles con el objeto de fortalecer la comunidad, así como estimular y movilizar sus propios esfuerzos y el desarrollo del liderazgo local.

La Planificación Social

Trabajo Social identifica problemas en una comunidad, estudiando y empleando varios procedimientos y toma medidas necesarias para obtener una solución. Los planificadores están en los gobiernos locales, vecindad y asociaciones para proyectos sociales y grupos en la comunidad.

Acción Social (denuncia o promotor de cambio)

Este trabajo consiste en redistribuir el poder y los recursos a favor de los necesitados. Las activistas sociales eran muy activas en la Política Social del Gobierno y muchas veces se concentraron en instituciones sociales poderosas. (Compton and Galaway,1999, Heinenen and Spearman 2001)

Como podemos ver, Trabajo Social requiere conocimiento sobre el comportamiento humano y social, el contexto político-social, las relaciones entre las personas y el medioambiente, y métodos de ayudar. La clasificación antes mencionada ilustra el alcance de las habilidades en Trabajo Social y lo extenso de su aplicación. Esta es la riqueza de la base de conocimiento que traen los trabajadores sociales cuando empiezan a desarrollar nuevo conocimiento específico para el análisis e implementación de políticas sociales.

La mayoría de los trabajadores sociales trabajan en las agencias y las organizaciones, públicas, municipales y privadas y dentro de la estructura de las políticas sociales refiriéndose a familias, salud, bienestar de niños, salud mental, delincuencia, y otras. Los trabajadores sociales tienen una obligación de comprender y analizar las políticas sociales correspondientes a sus prácticas. Por ejemplo, el trabajador social con un mandato para la protección de los niños tiene que contar con un dominio acabado de la legislación y de la política social referida a niños y familias.

La otra parte de la ecuación Trabajo Social \ Política Social implica conocimiento respecto a cómo facilitar cambios. La promoción de cambios casi siempre implica el habilidad de influir sobre la política social. Por ejemplo, un trabajador social tiene la obligación de proveer servicios de calidad. Sin duda, el trabajador social va a encontrar una política o un reglamento que son consideradas problemáticas. Tiene que tener la capacidad de comprender éstas; tiene, también, que movilizar los recursos para indicar los cambios necesarios. Así como concebirse a sí mismos como agentes de cambio en el ámbito de la realidad social de su competencia. Esto nos conduce a la cuestión de la Política Social.

LA POLÍTICA SOCIAL

La práctica de ambos, de la Política Social y del Trabajo Social, ocurre en el contexto de políticas económicas y sociales. (Wharf y McKenzie,2001) Con objeto de abordar la Política Social es necesario comprender de qué se trata la Política Social, quién la hace y, también. el medio ambiente general.

Definición.

La Enciclopedia de Trabajo Social define la Política Social de la siguiente manera.

Los principios y los procedimientos que guían las medidas de la acción estratégica en lo que se refiere al conjunto de las relaciones dentro de una sociedad. La política social representa la meta y los objetivos de la acción social en lo que respecta a un número de fenómenos sociales que también están determinando las relaciones sociales entre los individuos, los grupos y la sociedad y de la distribución de los recursos de esta sociedad. La política social define los estatutos y está determinando el desarrollo, regulación, subsidios y distribución de estos estatutos con sus obligaciones, privilegios y derechos entre los individuos y las unidades sociales dentro de una sociedad. (Gil, 1992)

Aquí es muy importante distinguir entre asuntos políticos generales y específicos.. Las preocupaciones generales incluyen las que se refieren a la distribución de ingresos, riqueza y distribución de poder y privilegios corporativos, ámbitos que representan desafíos fiscales para un gobierno al nivel nacional. (Lindbloom, 1979)

Los asuntos específicos se refieren más a cuestiones personales, provisión de servicios sociales y servicios de salud, y las formas de asistir a individuos, familias, grupos y comunidades.

Tomando la definición de Gabriela Rubilar, las Políticas Sociales constituyen:

Un cuerpo consistente de directrices, criterios y programas diseñados para lograr explícitamente objetivos compartidos relacionados con la provisión de bienes y servicios de interés social en ámbitos diversos como: superación de la pobreza, desigualdad social, educación, salud, las familias, jóvenes, discapacitados, etc. (Rubilar 2001)

Es a este nivel de servicios que los trabajadores sociales pueden influir. Como Guía nosotros debemos considerar que la política social es una cuestión de elecciones, es decir, decidir entre variadas opciones. (Titmuss, 1974)

Al elegir al nivel alto dentro de un gobierno hay una influencia fuerte entre los partidos y las ideologías políticas. Las Políticas Sociales de cuestiones específicas, a pesar que muchas veces no podemos ver los asuntos en estos términos, opinamos que es que confrontan, también, la práctica. Estas opciones tienen que ser tomadas dentro de un contexto que involucra a la gente de una manera inmediata y comprometida y donde las consecuencias de las opciones revisten suma importancia en la vida de la gente. (Wharf y Mckenzie, 1998)

Las Políticas describen lo que debe hacerse en general frente a una necesidad o un problema, mientras que la práctica indica lo que tenemos que hacer en una situación específica y muchas veces urgente. Con demasiada frecuencia las políticas, después de ser adoptadas rígidamente, no consideran las verdaderas circunstancias de la vida real ni la diversidad de las realidades comunitarias de las necesidades humanas. Esto es lo primero que las políticas deben considerar. Es más y más indispensable eliminar esta diferencia entre política y realidad social y a mi me parece evidente que si las políticas fuesen desarrolladas con mayor influencia desde la práctica y de los usuarios de los servicios, entonces, las políticas

responderían mejor a sus necesidades y vivencias. Varias investigaciones confirman esto y sugieren que el éxito de las políticas depende de su concreción e impacto en la realidad local.

Como he dicho, toda la práctica de la profesión de Trabajo Social en el contexto de Políticas Sociales, influye, muchas veces fuertemente, en la vida cotidiana. Frecuentemente, los nuevos trabajadores sociales de terreno están interesados en primer lugar en un conocimiento práctico y directo. Tienen dificultades para comprender cómo la práctica depende de la política.

Para enfatizar esto, quiero ilustrar la importancia de hacer el enlace entre la Política Social y la Práctica en el campo de Salud Mental con una historia, puesto que lo que le ocurrió a una persona llamada Gladys es un resultado directo de este vacío entre Política Social y la Práctica.

III.- LA HISTORIA DE GLADYS

Gladys es una mujer que no existe en la vida real. Pero lo que le ocurre a Gladys, le ocurre a muchas personas diariamente. Como resultado directo de la Política Social de Salud Mental.

Gladys murió cuando tenía sesenta y seis (66) años. La mayoría de los últimos cuarenta y cinco (45) años de su vida los pasó en un hospital mental. Hija de una familia trabajadora, Gladys fue diagnosticada con schizofrenia y depresión desde la edad de veinte y un años (21). Su familia le ayudó con su educación. Tenía muchos amigos y amigas. Había cursado dos años de la enseñanza secundaria cuando cayó enferma.

La enfermedad consistía en empezar a oír voces advirtiéndole que su vida estaba en peligro. Un día salió de su casa gritando y fue llevada temblando e incoherente a un hospital mental por la policía. Fue internada por orden

judicial de acuerdo con la política y ley de internación involuntaria. en el año mil novecientos cincuenta y cinco (1955).

Sus padres tenían un sentimiento de culpabilidad y los empleados del hospital no contradijeron esta opinión. Gladys fue internada para asegurarle un ambiente seguro y rehabilitación. Luego, ella presentó una depresión. Tres shock eléctricos como tratamiento, fueron realizados. Gladys sintió mejor pero confundida. A pesar de que ella se sentía mejor, ahora cada minuto de su vida era programado para ella. Dejaba a otros tomar decisiones para ella Esta vida rutinaria llevó a una deshumanización y ella perdió las habilidades necesarias para vivir en comunidad.

Alrededor del año mil novecientos sesenta y tres (1963) nuevas Políticas Sociales de Salud Mental surgieron, las políticas de deinstitutionalización. Para poder evitar las consecuencias de prolongada internación en hospitales sobrepoblados y, en definitiva, evitar la consiguiente deshumanización, las autoridades decidieron que muchos pacientes, como Gladys, volvieran a la comunidad para ser atendidos por los servicios de la comunidad y reducir costos.

Mientras estuvo internada, Gladys, poco a poco perdió el contacto con la familia y amigos fuera del hospital. Al año mil novecientos sesenta y tres (1963) ella empezó a sentirse mejor con la ayuda de nuevos medicamentos anti depresivos.

Cuatro años mas tarde durante el verano mil novecientos sesenta y siete (1967) un trabajador social muy joven, Domenic, llegó al hospital como reemplazante de verano. Su trabajo consistía en ayudar a los pacientes con experiencias de la vida fuera del hospital por medio de breves paseos en la comunidad. .El primer paseo de Gladys consistió en hacer compras, experiencia que fue exitosa. Durante los próximos dos meses dio muchos

paseos por la comunidad, al cabo del verano fue persuadida a vivir en una casa de pensión por Dominic, en quien tenía mucha confianza. Pero las cosas empezaron a empeorar. Gladys se quedaba en su habitación y muchas veces dejó de comer y de tomar sus medicamentos. Dominic prometió visitarla desde su trabajo fuera del hospital. Pero otra agencia tenía la responsabilidad por estos pacientes, de modo que no era de su competencia. Por tanto, ella no vio a ningún trabajador social durante las tres semanas siguientes. La depresión volvió dentro de dos semanas retornó al hospital con más shock eléctrico y nuevos medicamentos.

Después de cuatro cambios de residencia sin éxito, Gladys fue colocada en una casa de huéspedes con once pacientes. Aquí los encargados aseguraron que Gladys tomaría sus medicamentos. Sin embargo, no tomaba parte en las actividades supuestas porque no había nada más que hacer que mirar la televisión. La casa de huéspedes era un mini hospital sin estimulaciones ni animaciones para actividades, hecho que los trabajadores sociales no comprobaban porque no realizaban las visitas de supervisión, porque tenían demasiados clientes. Poco a poco Gladys pasó más y más tiempo en las calles con su bolso coleccionando cosas y vagando por las calles. Volvía a la casa de noche, por lo general. Esta vida continuó hasta su muerte. (Heinonen y Spearman 2001)

Así, el caso de Gladys demuestra como la Política influye en todos los aspectos de la vida de un cliente social.

IV. CONSIDERACIONES RESPECTO A POLÍTICA Y CONCLUSIÓN

Al momento de su primera hospitalización, Gladys fue considerada como un riesgo para sí misma. La política Macro Social de esa época consistía en tratar a las personas con enfermedades mentales en hospitales y exigir a algunos pacientes a hospitalizarse por medio de disposiciones legales,

internación legal involuntaria. En otro nivel de política, las políticas programáticas se encargaban de la rutina diaria expresada en un horario rígido, lo cual tuvo una marcada influencia sobre su vida. Por medio de estas políticas, miles de pacientes llegaron a ser tan dependientes del ambiente protegido del hospital que perdieron las normales habilidades sociales del diario vivir requeridas para su adaptación a la comunidad.

Trabajadores Sociales que comprendieran completamente los efectos de institucionalización y de las políticas que la guiaban, estarían preparados para formular propuestas para cambio y diseñar alternativas innovadoras de política, cuando tales políticas existentes vayan en desmedro de sus clientes

El segundo asunto de la política al nivel Macro fue la política de deinstitutionalización y de la supuesta creación de los servicios sociales de salud mental a nivel comunitario. La política de despoblar los hospitales psiquiátricos y de trasladar a las personas hacia la comunidad fue muy loable, pero el hecho que recursos adecuados para los programas comunitarios no fueron proporcionados, causó el fracaso de Gladys en su intento de adaptar y desarrollarse en la comunidad. Una vez más, hubo una situación en la cual la política afecta todos los aspectos de la vida del cliente y el desafío para trabajadores sociales es considerar las implicancias de estas políticas y las posibilidades de diversos resultados con diferentes políticas.

Supongamos que la política focalizaba en ayudar a los pacientes a construir una vida que reconoce otros aspectos de la vida que son gratificantes y productivos, por ejemplo, ayudar a Gladys, no sólo a recibir asistencia para controlar su enfermedad, sino también, para ayudarla a retener sus habilidades sociales y mejorarlas. Se podría haberle ayudado a continuar su educación o a recibir capacitación laboral. Tal vez, ella podría haber logrado efectivamente una mejor calidad de vida.

En otro nivel la política de institucionalización fue, en parte, implantada por factores económicos porque la atención hospitalaria era costosa para el estado. El cambio hacia las comunidades fue presentado como más adecuada y más efectiva. Mientras que fue apoyado por el estado y grupos comunitarios, hubiese sido importante diseñar programas para cuidar y atender las personas en las comunidades y dentro de sus familias, y proveer actividades, programas y servicios adecuados y apropiados.

¿ Hubiese hecho una diferencia, si trabajadores sociales con capacidades apropiadas de análisis, de intervención, estrategias de servicio y de evaluación, hubiesen estado involucrados en el proceso de de definición de la política ?

¿ Hubiese hecho una diferencia si los trabajadores sociales se hubiesen esforzado por lograr que sus voces fuesen escuchadas y que la lucha sea su portada mas bien que sufrir el impacto de ninguna acción ?¿ Hubiese hecho una diferencia si los trabajadores sociales trabajarían dentro de la realidad de su poder para cambios ?.

Yo creo que sí, pero éste es el desafío que os dejo para mayor reflexión.

Muchas gracias!

Referencias Bibliograficas

Bricker-Jenkins, M. (1991), "the propositions and assumptions of Feminist Social Work Practice", in Bricker-Jenkins, M, Hooyman, N, and Gottlieb, N eds. *Feminist Social Work Practice in Clinical Settings* Silver Springs Md, NASW.

Canadian Association of Social Workers (1994) *Code of Ethics*, Ottawa, CASW

Compton B and Galaway , B. (1999), *Social Work Processes*, 6th edition. Pacific Grove Ca, Brooks Grove

Fisher, R and Karger, H. (1997), *Social Work and Community in a Private World*, New York, Longman

Gil, D. (1992) *Unraveling Social Policy*, 4th edition, Rochester, Vt, Schenkman

Heinonen, T and Spearman, L. (2001) *Social Work Practice: Problem Solving and Beyond*, Toronto, Irwin.

Hepworth, D. Rooney, R., and Larsen, J. (1997), *Direct Social Work Practice Theory and Skills* Pacific Grove CA, Brooks/Cole

Johnson, L. (1995), *Social Work Practice: a Generalist Approach*, 5th edition, Needham Heights MA, Allyn and Bacon

Lindbloom, C. (1979) "Still Muddling, Not Yet Through", *Public Administration Review*, 39 (6) 517-26.

Locke, B., Garrison, R., and Winship, J. (1998), *Generalist Social Work Practice: Context, Story and Partnership*. Pacific Grove CA, Brooks Cole.

Rothman, J. and Sagar, J. (1998), *Case Management: Integrating individual and Community practice*, 2d Edition, Boston, Allyn and Bacon.

Rothman, H., and Tropman (1987), "Models of community Organization and Macro Practice Perspectives: Their Mixing and Phasing", in Cox F., Erlich J. and Rothman, J., eds *Strategies of Community Organization: Macro Practice*, 4th edition, Itasca Il1.. Peacock

Rubilar, G. (2000), "Políticas Sociales y Gestion Publica: Consideraciones tecnicas y Methodologicas". Seminario Políticas Sociales y Publicas. L. Universidad de Concepción.

Shulman, L., *The Skills of Helping: Individuals and Group*, Itasca, IL, Peacock

Titmuss , R, (1974) *Social Policy*, London, George Allen and Irwin

Wharf B. and Mckenzie, B., (1998), *Connecting Policy to Practice in the Human Services*, Oxford, Oxford University Press.