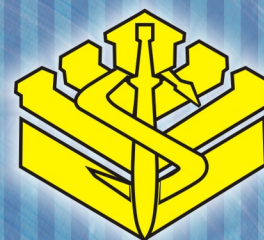




Universidad
de Carabobo



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401
ISSN 2665-024x - ISBN 1690-3293

Comunidad y Salud

AÑO 2019; Vol.17 N° 2
Jul-Dic (Suplemento)

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AUTORIDADES RECTORALES

RECTORA
JESSY DIVO DE ROMERO

VICERRECTOR ACADÉMICO
ULISES ROJAS

SECRETARIO
PABLO AURE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
JOSÉ ÁNGEL FERREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DECANO: JOSÉ CORADO

SEDE CARABOBO

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
MARIÁNGELA THOMAS

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
DORIS NOBREGA

DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA
ANY EVIES

DIRECTORA ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
YOHANY HENRIQUEZ

DIRECTORA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
MILENA GRANADOS

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
NELINA RUÍZ

DIRECTORA DE POSTGRADO
DOMENICA CANNOVA

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
MAYRA JIMÉNEZ

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
ZULMA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
EVERILDA ARTEAGA

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
MILAGROS ESPINOZA

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
GISELA BOSCO BRUNO

COORDINADORA DE TIC
CARMEN HUISA

SEDE ARAGUA

COMISIONADO DEL DECANO
JOSÉ SÁNCHEZ

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
MARÍA ELENA OTERO

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
DAYANA REQUENA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
ELIZABETH FERRER

DIRECTORA DE POSTGRADO
MARÍA VICTORIA MÉNDEZ

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
MARLA PAREDES

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
EVELIA PRINCE

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
ISAMAR CHIRINOS

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
YENNY ALVAREZ

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
YURAIMA GARCIA

COORDINADORA TIC
MAIT VELÁSQUEZ

DIRECTOR INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
HERIBERTO CORREIA

Revista Indizada en:

LATINDEX. Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

REDALYC. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

REVENCYT. Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología. Código RVCO18 <http://www.revencyt.ula.ve>

SCIELO (<http://scielo.org.ve>)

LILACS (<http://www.bireme.br>)

LIVECS (<http://bvs.org.ve>)

Portal de la Dirección General de la Biblioteca Central de la Universidad de Carabobo (DGBC) (<http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>)

ASEREME. Asociación de Editores de Revistas Médicas

FONACYT. Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

Revista Comunidad y Salud

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba", Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruíz Pineda, La Morita II, Maracay, Estado Aragua - Venezuela. Teléfono 0058243-671.44.70

E-mail: dptosaludpublica@hotmail.com; revistacomunidadysalud@gmail.com



Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401
En Linea ISSN 2665-024x Impreso ISBN 1690-3293

AÑO 2019; VOLUMEN 17 N°2 JUL-DIC
SUPLEMENTO

Contenido

Artículos Originales

DITORA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC) †

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA, FCSA-UC)

IRIS TÉRAN (FCSA-UC)

MAILY TANG (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MARIA CRISTINA GONZÁLEZ (FCS-UC)

DORIS ACEVEDO (FCSA-UC)

IRIS VILLALOBOS (FCSA-UC)

LISBETH LOAIZA †

AISMARA BORGES (FCSA-UC)

MANUEL ROLO (FCSA-UC)

DAISY MEZA PALMA

(UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR)

LUIS GALINDEZ (UNIVERSIDAD DEL SUR DE LA
FLORIDA, USA)

MARCO MARRUFFO

(MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- | | |
|-------|--|
| 1 | Los Contextos Diversos de la Salud. Una mirada desde lo colectivo.
Alex Véliz Burgos. |
| 1-5 | Caracterización de los trastornos musculoesqueléticos en Centros de Atención Kinesiológicas de la Universidad de las Américas durante los años 2014 a 2018.
Miguel Ángel Álvarez Z, German Moreno L, Leónidas Arias P, Juan Pablo Balbontín G, Juan Guillermo Estay Sepúlveda, Juan Mansilla Sepúlveda, Juan Pablo Cueto Catalán. |
| 6-23 | Violencia en la familia y su incidencia en casos de condenados por femicidio de un Centro de Cumplimiento Penitenciario de la Región de Los Lagos, Chile.
Soraya Espinoza-Moraga, Yessica Barria Alvial. |
| 24-34 | Efectos de las técnicas de retención de personal en salud y sus consecuencias en profesionales de los Centros de Salud Familiar en Provincias de Osorno, Chile.
Rubén Celis Schneider, Jorge López Alvear, Guillermo Mancilla Fernández. |
| 35-40 | Inteligencia emocional en mujeres emprendedoras de la Región de Los Lagos, Chile.
Alex Véliz B, Anita Dörner París, Juan Guillermo Estay, Germán Moreno L, Víctor Hugo Robles-Francia, Andrés Meza P. |
| 41-47 | Proceso de toma de decisiones en instituciones públicas de salud de Chile, partiendo del dato.
Enrique Pizarro-Ubilla, Pedro Villasana L. |
| 48-54 | Bienestar psicológico y calidad de vida de adultos mayores en territorios de borde costero.
Alexis Soto Salcedo, Marcela Andrade Pérez, Alex Véliz Burgos. |
| 55-59 | Aproximación crítica a los procesos de migración y acceso a la atención en salud en Chile. Desafío institucional.
Pedro Enrique Villasana López, Alex Véliz Burgos. |
| 60-64 | Hacia un modelo de universidad saludable: las posibilidades de implementación en una universidad estatal chilena.
Anita Dörner París, Raquel Pereira Berrios, Angélica Arriagada Arriagada |
| 65-70 | Bienestar humano de pescadores artesanales respecto de la salud como un derecho.
Edgardo González Sierra, Verónica Riquelme Contreras, Alessandro Monteverde Sánchez. |
| 71-77 | Impacto de Programa de Innovación Educativa sobre la prevención, identificación y denuncia de la violencia familiar en escolares Arequipa, Perú.
Agueda Muñoz del Carpio-Toia, Emanuele Valenti, Wildo Ontiveros Aparicio, Ana María Amado Mendoza, Brunella Díaz San Román, Alexandra Rodríguez Flores, Gabriela Mendoza Vicuña, Lucia Begazo-Muñoz del Carpio, Patricia Valdivia Carazas, James Fernández Salguero, Alex Pavié Nova. |
| 78-80 | Normas de Publicación |

Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401
On Line ISSN 2665-024x Print ISBN 1690-3293

AÑO 2019; VOLUME 17 N°2 JUL-DEC
SUPPLEMENT

Content

Originals Articles

EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC) †

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA, FCSA-UC)

IRIS TÉRAN (FCSA-UC)

MAILY TANG (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MARIA CRISTINA GONZÁLEZ (FCS-UC)

DORIS ACEVEDO (FCSA-UC)

IRIS VILLALOBOS (FCSA-UC)

LISBETH LOAIZA †

AISMARA BORGES (FCSA-UC)

MANUEL ROLO (FCSA-UC)

DAISY MEZA PALMA

(UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, ECUADOR)

LUIS GALINDEZ (UNIVERSIDAD DEL SUR DE LA FLORIDA, USA)

MARCO MARRUFFO

(MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS FCS-ARAGUA)

- | | |
|-------|---|
| I | The diverse contexts of Health. A look from the collective.
Alex Véliz Burgos. |
| 1-5 | Characterization of musculoskeletal disorders on Physical Therapy Care Centers belonging to the University of the Americas during the years 2014 to 2018.
Miguel Ángel Álvarez Z, German Moreno L, Leónidas Arias P, Juan Pablo Balbontin G, Juan Guillermo Estay Sepúlveda, Juan Mansilla Sepúlveda, Juan Pablo Cueto Catalán. |
| 6-23 | Family Violence and its incidence in cases of inmates condemned by femicide from a Penitentiary Center of Los Lagos Region, Chile.
Soraya Espinoza-Moraga, Yessica Barria Alvial. |
| 24-34 | Effects of health personal retention techniques and their consequences on professionals of Family Health Centers in Osorno provinces, Chile.
Rubén Celis Schneider, Jorge López Alvear, Guillermo Mancilla Fernández. |
| 35-40 | Emotional intelligence in women entrepreneurs in the Los Lagos Region, Chile.
Alex Véliz B, Anita Dörner Paris, Juan Guillermo Estay, Germán Moreno L, Víctor Hugo Robles-Francia, Andrés Meza P. |
| 41-47 | Decision-making process in public health institutions in Chile, based on the data.
Enrique Pizarro-Ubilla, Pedro Villasana L. |
| 48-54 | Psychological welfare and quality of life of older adults in territories of edge coast
Alexis Soto Salcedo, Marcela Andrade Pérez, Alex Véliz Burgos. |
| 55-59 | Critical approach to migration processes and access to health care in Chile. Institutional challenge.
Pedro Enrique Villasana López, Alex Véliz Burgos. |
| 60-64 | Towards a Healthy University Model: the possibilities of implementation at a Chilean state university.
Anita Dörner Paris, Raquel Pereira Berrios, Angélica Arriagada Arriagada. |
| 65-70 | Human Welfare Of Craftsfishers Regarding Health As A Right.
Edgardo González Sierra, Verónica Riquelme Contreras, Alessandro Monteverde Sánchez. |
| 71-77 | Impact of educational innovation program on the prevention, identification and complaint of family violence in schools in Arequipa, Perú.
Agueda Muñoz del Carpio-Toia, Emanuele Valenti, Wildo Ontiveros Aparicio, Ana María Amado Mendoza, Brunella Díaz San Román, Alexandra Rodríguez Flores, Gabriela Mendoza Vicuña, Lucía Begazo-Muñoz del Carpio, Patricia Valdivia Carazas, James Fernández Salguero, Alex Pavié Nova. |
| 81-83 | Publishing Norms |

LOS CONTEXTOS DIVERSOS DE LA SALUD. UNA MIRADA DESDE LO COLECTIVO.

The diverse contexts of Health. A look from the collective.

La actual crisis climática mundial, se ha manifestado con grandes cambios en nuestra biósfera, derivados en gran medida por acción humana, entre estas acciones se pueden mencionar las elevadas emisiones de dióxido de carbono, la progresiva contaminación del agua del mar y de ríos y lagos, la deforestación indiscriminada, uso de pesticidas en la agroindustria, entre otros, que han afectado nuestro entorno.

Sumada a esta contaminación, en estas últimas décadas se está percibiendo un cambio climático, que ha traído una serie de consecuencias en múltiples esferas de la vida natural, con el consiguiente efecto específico en las comunidades humanas especialmente las que habitan en el borde costero. El ámbito de salud no ha sido la excepción, debido a que las comunidades costeras se ven progresivamente afectadas por estos cambios influenciando su cultura, sus formas tradicionales de supervivencia y por ende transformando sus vidas cotidianas, generando problemas que interfieren en su bienestar psicológico y social. Si bien, las comunidades están comenzando a tener una consciencia progresiva de la necesidad de una relación armónica con el ambiente, esto parece resultar insuficiente, en la medida que no exista un compromiso global. Mientras tanto, estos cambios están afectando a la flora y fauna y a los grupos humanos vulnerables, que son los habitantes frecuentes del borde costero.

Estos eventos y sus consecuencias deben ser progresivamente analizados desde modelos multidimensionales que busquen en conjunto con la comunidad hacer frente a los profundos y progresivos cambios que afectan el entorno ambiental y la conformación social de cada comunidad y que las hacen vulnerables.

Una forma posible de mirar estos hechos y enfrentarlos, tiene relación con las propuestas de la Salud Colectiva, esta nos convoca a pensar en cómo los problemas multidimensionales afectan a nuestra salud y viceversa. Esta mirada pretende ser pertinente localmente, ya que cada territorio posee su identidad, en donde sus propios actores dan cuenta de la adaptación y manejo que realizan para enfrentar sus afecciones en y para con su comunidad. Pero por sobre todo recogen las aspiraciones locales de cada comunidad para relacionarse con su entorno, desarrollar una noción de salud y relevar las prácticas holísticas en pos del bienestar del ser humano en comunidad y en armonía con su entorno. En definitiva, no bastan sólo los análisis, si no por el contrario se requieren acciones concretas que permitan cambios conductuales a nivel personal y comunitario centrados en el bienestar de cada comunidad y su entorno.

Este número temático pretende mostrar algunas reflexiones y experiencias respecto a diferentes ángulos de salud en contextos diversos y de interés para la salud colectiva.

Dr. Alex Véliz Burgos¹

¹Director del Programa de Magíster en Salud Colectiva. Universidad de Los Lagos, Chile.

CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN CENTROS DE ATENCIÓN KINESIOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS DURANTE LOS AÑOS 2014 A 2018.

CHARACTERIZATION OF MUSKULOSKELETAL DISORDERS ON PHYSICAL THERAPY CARE CENTERS BELONGING TO THE UNIVERSITY OF THE AMERICAS DURING THE YEARS 2014 TO 2018.

Miguel Ángel Álvarez Z.¹, German Moreno L.¹, Leónidas Arias P.², Juan Pablo Balbontin G.¹, Juan Guillermo Estay Sepúlveda^{3,4}, Juan Mansilla Sepúlveda³ y Juan Pablo Cueto Catalán⁵

ABSTRACT

At present, it has not been possible to carry out a characterization to know which are the most prevalent disorders that afflict the Chilean population according to age, gender, skeletal muscle disorder and injured joint area. That is why a non-experimental study is carried out with a descriptive quantitative approach, with a cross-sectional with a non-probabilistic sampling of conventional type in the three regions with the largest number of inhabitants in Chile. Where the Bio Bio region has the highest number of care for the female gender (1292), the age range with the highest number of consultations being 70 years or more, the lumbar spine joint is one of the joint areas with the highest number (983) and tendinopathies with 1067 attentions, such as the pathology with the highest incidence among users.

KEY WORDS: musculoskeletal disorders, kinesiology care, prevalence.

RESUMEN

En la actualidad no se ha podido realizar una caracterización para saber cuáles son los trastornos de mayor prevalencia que aquejan a la población chilena según edad, género, trastorno músculo esquelético y zona articular lesionada. Por tanto se realizó un estudio no experimental con un enfoque cuantitativo descriptivo y un diseño transversal, con un muestreo no probabilístico de tipo convencional en las tres regiones con mayor cantidad de habitantes en Chile. Donde la región del Bio Bio cuenta con el mayor número de atenciones para el género femenino (1292), siendo los 70 años o más el rango etario con mayor número de consultas, la articulación de columna lumbar una de las zonas articulares con mayor número de consulta (983) y las tendinopatías con 1067 atenciones, como la patología con mayor incidencia entre los usuarios.

PALABRAS CLAVE: trastornos músculo esqueléticos, atención kinesiológica, prevalencia.

INTRODUCCIÓN

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS), trastorno músculo esquelético (TME) se define como "los problemas de salud del aparato locomotor, es decir, músculos, tendones, esqueleto óseo, cartílagos, ligamentos y nervios, abarcando desde molestias leves y pasajeras hasta lesiones irreversibles y discapacitantes"¹. Existen diversas etiologías que

generan estos trastornos, ya sea por posición mantenida, movimientos repetitivos, genéticos, lesiones por macrotrauma y microtrauma¹. En el año 2012 el Gobierno de Chile y el Ministerio de Salud, a través de su norma técnica, logran identificar y evaluar los factores de riesgo de los trastornos músculo esqueléticos relacionados al trabajo (TMERT), evidenciando que se manifiestan primordialmente en extremidad superior, siendo los principales factores de riesgo: la repetitividad, postura forzada, fuerza, factores adicionales (pueden ser de tipo físico y/o ambiental; ejemplo, uso frecuente o continuo de herramientas vibrantes, exposición al calor o al frío, entre otros), factor ambiental, frío y vibración, factores de riesgo psicosocial, factores individuales, factores derivados de la organización del trabajo².

Estos factores de riesgo limitan el día a día laboral, social y/o educacional de los usuarios. Sin embargo, estas limitaciones dependerán de los

Recibido: 31 Mayo, 2019

Aprobado: 28 Agosto, 2019

¹Universidad de Las Américas. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Kinesiología. Santiago - Chile. ²Universidad Andrés Bello. Facultad de Ciencias de la Rehabilitación. Escuela de Kinesiología. Santiago - Chile. ³Universidad Católica de Temuco - Chile. ⁴Universidad Adventista de Chile - Chile. ⁵Universidad SEK - Chile.

Correspondencia: malvarez@udla.cl

individuos, considerando la edad, el género y zona articular lesionada³.

A pesar de lo anterior y debido a la gran cantidad de trastornos musculo esqueléticos, no se ha podido realizar una caracterización para saber cuáles son los trastornos más prevalentes que aquejan a la población según edad, género, trastorno musculo esquelético y zona articular lesionada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio no experimental con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal, con una muestra no probabilística de tipo convencional, constituida por todos los usuarios con algún trastorno musculo esquelético, que fueron atendidos en los Centros de Atención Kinesiológica UDLA, pertenecientes a las regiones Metropolitana, Biobío y de Valparaíso en Chile durante los años 2014 al 2018.

Fueron considerados como criterios de inclusión: usuarios con algún diagnóstico médico de TME y con orden médica de derivación a tratamiento kinesiológico y criterios de exclusión: usuarios con cualquier otro trastorno no musculo esquelético, personas menores de 18 años, usuarios que no estén registrados en las fichas clínicas, usuarios que no cuenten con diagnóstico médico, usuarios con deterioro cognitivo leve a severo según Mini-Mental State Examination (MMSE) y/o usuarios con enfermedades crónicas no controladas (posible dolor referido u otras compensaciones). Las variables de estudio analizadas fueron: Edad, sexo y zona articular lesionada. El método de extracción de datos se basó en la revisión de fichas clínicas de usuarios que asisten a los tres (03) centros de atención kinesiológica de la Universidad de las Américas (UDLA), caracterizándolos según sexo, edad, trastornos musculoesqueléticos y zona articular lesionada. Así mismo, se recopilaban antecedentes de dichos centros de atención kinesiológica ubicados en la región Metropolitana, Bio bío y Valparaíso entre los años 2014 - 2018.

Los datos fueron extraídos desde las fichas clínicas de los centros de atención kinésica, fueron ingresados, transcritos y codificados en el programa Microsoft Excel 2016, siendo analizados a través de estadística descriptiva.¹

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los usuarios seleccionados, asistentes a los distintos centros de atención kinésica, aceptaron participar del estudio de forma voluntaria, previa lectura y

firma del consentimiento informado, adecuándose a los parámetros éticos internacionales concordantes con la Declaración de Helsinki (2004).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se evidencia una fuerte tendencia en el número total de atenciones en el género femenino, siendo más alto en la región del Bio Bio (1292) versus la región de Valparaíso con el menor número de atenciones (446). Misma tendencia ocurre con el género masculino, donde el mayor número de atenciones ocurre en la región del Bio Bio (697), siendo nuevamente Valparaíso quien realiza el menor número de atenciones (315).

El rango etario con más atenciones, tanto en el género masculino como en el género femenino, se encuentra entre los 70 o más años, siendo la columna lumbar la zona articular la causa de mayor número de consultas (926), generando un número no menor de limitaciones estructurales y funcionales en los usuarios. A su vez entre los trastornos musculoesquelético con mayor número de atenciones siguen estando las tendinopatías, con un total de 1067 consultas.

Al contrario, el rango etario con menos consultas kinésicas se produce entre los 30 a 39 años con un total de 578 atenciones. atenciones, siendo la columna dorsal, la zona articular que genera menos consulta kinésicas (122). Finalmente, el trastorno músculo esquelético que menos consultas genera son las posturales con 68 atenciones.

DISCUSIÓN

Según datos epidemiológicos, la población femenina presenta una mayor tendencia a padecer de algún trastorno músculo esquelético, asociado a los cambios degenerativos propios del ciclo vital, el entorno y la ocupación⁴; sin embargo, el factor demográfico nos entrega datos ínfimos en cuanto a la relación hombres versus mujeres en Chile, siendo las regiones con menos proporción de hombres la de Bio bío con un índice de masculinidad de 93,3 y de Valparaíso con un índice de masculinidad de 94,1⁵.

Otro factor a considerar es la sobre representación de mujeres en edades adultas a nivel país, debido al aumento de la esperanza de vida de éstas, versus la sobre mortalidad masculina temprana entre los 15 y 40 años, estando la esperanza de vida para mujeres en 85 años y para hombres en 80 años⁵.

Tabla 1 . Atenciones realizadas según región, género, rango etario, zona articular y trastorno musculoesquelético.

	Metropolitana	Biobío	Valparaíso
Atenciones	9497	8825	4238
Usuarios	1563	1989	762
Masculinos	523	697	315
Femeninos	1040	1292	446
Edad			
18-29	230	510	115
30-39	226	253	99
40-49	230	368	117
50-59	225	581	112
60-69	201	558	104
70 o mas	452	319	212
Zona Articular Lesionada			
Cervical	105	110	62
Dorsal	29	48	45
Lumbar	324	423	179
Hombro	237	553	91
Codo	88	102	60
Mano	114	229	76
Cadera	146	121	78
Rodilla	292	429	84
Tobillo y Pie	133	281	61
Otros	95	87	26
Trastorno Músculo esquelético			
Artrosis	115	193	42
Cervicalgias	93	129	57
Contusiones y desgarros	57	72	51
Disfunciones Patelares	108	100	76
Alteraciones Posturales	20	37	11
Esguinces	76	150	53
Trastornos de pie	21	56	18
Fracturas	92	95	40
Trastornos del complejo de hombro	90	228	45
Lumbalgias	282	440	113
Meniscopatías	74	111	41
Otros	32	135	20
Parálisis Facial	60	118	23
Prótesis y Pos quirúrgicos	70	19	25
Tendinopatías	273	697	97
Síndromes Compartimentales	100	72	50

Según el CENSO realizado en Chile durante el año 2017, la proporción de hombres fue de 48,9 % y 51,1% de mujeres; no obstante, en personas sobre los 60 años, esta diferencia se acentúa a 55,7% en mujeres y 44,3% en hombres ⁵.

Otra posible razón del porqué el género femenino presenta un mayor número de atenciones es, la perseverancia y la adherencia a tratamientos kinesiológicos, debido a la constante preocupación y participación social que demuestra, en comparación con el género masculino, lo que puede ser determinante para una mayor expectativa de vida y un envejecimiento saludable.

La tendencia muestra que las zonas articulares con mayor número de lesiones son la columna lumbar, hombro y rodilla^{6, 7}, siendo en su conjunto una de las causas por las cuales se generan trastornos musculoesqueléticos crónicos. A su vez la rodilla es uno de los complejos articulares que recibe la mayor carga del peso corporal de un sujeto⁸, al igual que la columna lumbar; sin embargo, la columna lumbar depende de la estabilización muscular para mantener su indemnidad similar a la zona articular de hombro^{9,10}.

Por otro lado, la zona lumbar y el complejo articular de hombro son los que presentan menor eficacia desde la mirada del modelo biomédico¹¹, debido a la gran cantidad de factores externos e internos que pueden generar un trastorno musculo esquelético en ésta zona¹. A su vez dentro de las patologías más recurrentes, encontramos el dolor lumbar, las tendinopatías y las patologías reumatoideas, coincidiendo con resultados de diversos artículos publicados^{12, 13, 14, 15}.

Si bien los datos entregados en el presente estudio, corresponden a una muestra de las 3 regiones con mayor número de habitantes, se hace insuficiente poder extrapolar los datos a una realidad en la población chilena y así obtener una imagen real de los trastornos músculos esqueléticos más prevalente a nivel país.

Se concluye en el presente estudio, que la prevalencia de trastornos musculo esquelético es mayor en mujeres que en hombres, siendo la edad comprendida en el rango de 70 años y más, quienes recibieron mayor número de atenciones; asimismo, las tendinopatias fueron los trastornos predominantes.

AGRADECIMIENTOS

Marcela Rojas Vargas, Hernán Cañón Jones, Giuliano Bonansco Chavez, Evelyn Mendoza Puentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Moreno-Leiva G, Álvarez-Zuñiga M, Arias-Poblete L. Una visión compleja sobre la etiología de las enfermedades. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2019;67(1):97-101.
- 2) Vernaza-Pinzón P, Sierra-Torres C. Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos. *Revista de Salud Pública*. 2005;7(3):317-326.
- 3) Davis D, Creavin S, Yip J, Noel-Storr A, Brayne C, Cullum S. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015.
- 4) Frau-Escales P, Langa-Revert Y, Querol-Fuentes F, Mora-Amérigo E, Such-Sanz A. Trastornos músculo-esqueléticos del hombro en atención primaria. Estudio de prevalencia en un centro de la Agencia Valenciana de Salud. *Fisioterapia*. 2013;35(1):10-17.
- 5) Gobierno de Chile. Censo 2017 [Internet]. Censo2017.cl. 2019 [cited 6 September 2019]. Available from: <https://www.censo2017.cl/>
- 6) March L, Smith E, Hoy D, Cross M, Sanchez-Riera L, Blyth F et al. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2014; 28(3):353-366.
- 7) Hubertsson J, Englund M, Hallgärde U, Lidwall U, Löfvendahl S, Petersson I. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders - a study of doctor prescribed sick leave. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014; 15(1).
- 8) Ibounig T, Simons T. Etiology, Diagnosis and Treatment of Tendinous Knee Extensor Mechanism Injuries. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2015;105(2):67-72.
- 9) Katsuura Y, Bruce J, Taylor S, Gullota L, Kim H. Overlapping, Masquerading, and Causative Cervical Spine and Shoulder Pathology: A Systematic Review. *Global Spine Journal*. 2019; 219256821882253.
- 10) Malige A, Morton P, Carolan G, Sokunbi G. The operative treatment of shoulder pain in patients with a concurrent diagnosis of cervical spondylosis and shoulder dysfunction. *Journal of Spine Surgery*. 2019;5(2):207-214.
- 11) Larrañaga I, Soto-Gordoa M, Arrospide A, Jauregi M, Millas J, San Vicente R et al. Evaluación de la implementación de un programa integrado de atención a las enfermedades del aparato locomotor. *Reumatología Clínica*. 2017;13(4):189-196.
- 12) Bork B, Cook T, Rosecrance J, Engelhardt K, Thomason M, Wauford I et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Physical Therapists. *Physical Therapy*. 1996;76(8):827-835.
- 13) Picavet H, Hazes J. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Annual Rheumatic Diseases* [Internet]. 2003 [cited 6 September 2019]; 62:644 - 650. Available from: <https://ard.bmj.com/content/62/7/644.short>
- 14) Hales T, Bernard B. Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders. *The Orthopedic Clinics of North America*. 1996; 27(4):679 - 709.
- 15) Harkness E, Macfarlane G, Silman A, McBeth J. Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: two population-based cross-sectional studies. *Rheumatology*. 2005; 44(7):890-895.

VIOLENCIA EN LA FAMILIA Y SU INCIDENCIA EN CASOS DE CONDENADOS POR FEMICIDIO DE UN CENTRO DE CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO DE LA REGIÓN DE LOS LAGOS, CHILE.

FAMILY VIOLENCE AND ITS INCIDENCE IN CASES OF INMATES CONDEMNED BY FEMICIDE FROM A PENITENTIARY CENTER OF LOS LAGOS REGION, CHILE.

Soraya Espinoza-Moraga¹; Yessica Barria Alvial¹

ABSTRACT

In this article a description of the sociodemographic characteristics and history of family violence of people who have been arrested, processed and condemned by femicide in a Penitentiary Compliance Center exploratory and descriptive study is carried out. The sample corresponds to 6 men who are serving a sentence for femicide Law 20480. Corresponding to the total number of cases. I applied Scale of Tactics for the Conflict for the scale of violence of the father to the mother. Inventory of Discipline Dimensions, for punishment and physical and psychological abuse in childhood. In order to measure severe psychological and physical abuse from the parents, the scale of conflict between parents and children was applied and finally, the criminal commitment classification card applied by the Chilean Gendarmerie was reviewed. The results reveal similar sociodemographic variables, experiences of childhood abuse and gender violence in their parents, all had a long relationship, in 4 of the cases the woman had been separated from the man and 5 of the 6 cases Women had had a previous relationship with children. In 5 cases, the delictual commitment is low. Of the 6 cases, 3 ended with the death of the woman and the other 3 with serious injuries. The treatment in the penitentiary centers is urgent for the non-recurrence of violence in the same or a new partner and reveals the social responsibility of the State and the institutions that allow its structural reproduction.

KEY WORDS: femicide; gender violence; child maltreatment.

RESUMEN

En este artículo se lleva a cabo una descripción de las características sociofamiliares y de historia de violencia familiar de personas que han sido detenidos, procesados y condenados por femicidio en un Centro de Cumplimiento Penitenciario. Es un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, realizado con seis hombres que cumplen condena por femicidio catalogado en Ley N° 20480 y que corresponde al número total de casos presentes al momento de la investigación. Se aplicaron como instrumentos: la Escala de Tácticas para el Conflicto para la violencia del padre a la madre; Inventario de Dimensiones de Disciplina, para la presencia de castigo y abuso físico y psicológico en la niñez. Para medir abuso psicológico y físico severo desde los padres se aplicó la Escala de Conflicto de padres a hijos y se revisó la Ficha de Clasificación de Compromiso Delictual aplicado por Gendarmería de Chile. Los resultados ponen de manifiesto variables sociodemográficas similares, experiencias de maltrato en la infancia y violencia de género en sus padres, todos habían tenido una relación larga; en 4 de los casos la mujer se había logrado separar del hombre y cinco de los seis casos las mujeres habían tenido una relación anterior con hijos. En cinco casos el compromiso delictual es bajo. De los seis casos, tres terminaron con la muerte de la mujer y los otros tres con lesiones de carácter grave. Es urgente el tratamiento en los centros penitenciarios para la no reincidencia de la violencia en la misma pareja o una nueva y revelar la responsabilidad social del Estado y las instituciones que permiten su reproducción estructural.

PALABRAS CLAVE: femicidio; violencia de género; maltrato infantil.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres fue definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas como: "todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como

resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la vida privada"¹. El femicidio es una de las expresiones más brutales de la violencia, perpetrados de parte de los hombres sobre sus parejas o ex parejas, convivientes. La definición más conocida del termino femicidio es "el asesinato de mujeres a manos de hombres debido a que son mujeres"². El concepto surgió en Estados Unidos y varias académicas y activistas feministas han intentado adecuarlo para el contexto

Recibido: 26 Mayo, 2019 Aprobado: 16 Septiembre, 2019

¹Universidad de Los Lagos, Chile.

Correspondencia: sespinoza@ulagos.cl

latinoamericano^{2,3,4,5}. Lagarde⁴ creó la palabra feminicidio para referirse a todas las expresiones de violencia de género incluyendo también formas de violencia económica y laboral, en cambio el término femicidio se encuentran en varias legislaciones solo para indicar una violencia que termina con la muerte de la víctima como es el caso de Chile. Según cifras del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género⁶ al 27 de junio de 2019, en Chile se registraron 24 femicidios consumados y 49 frustrados. Conforme a las estadísticas penitenciarias de nuestro país, se puede señalar que durante el mes de agosto del año 2018 se reportó un total de 198 internos condenados con la causal femicidio en las cárceles chilenas⁷. De esa cifra corresponde a la Región de Los Lagos 12% (23 casos) del total nacional. En general las medidas como la sensibilización han permitido un mejor conocimiento del problema y al aumento de denuncias, pero no han podido detener las muertes de mujeres a manos de sus maridos o exmaridos, convivientes y/ o parejas de pololos. (Pololeo es similar a noviazgo en otros países).

Existen diferentes modelos explicativos de la violencia de género. Estas teorías están interrelacionadas entre sí y cada una de ellas basa su análisis en algún aspecto particular de la violencia⁸. Uno de estos modelos explicativos que engloba varias variables del contexto es el modelo ecológico de Bronfenbrenner^{9,10} que nos indica que los factores que intersectan son culturales, sociales, familiares e individuales que conforman las conductas violentas, intentando comprender el maltrato en distintos contextos en que se sitúa la persona: el macrosistema, el exosistema y el microsistema. El macrosistema compuesto por la organización social, los sistemas de creencias y valores culturales imperantes en una sociedad, donde el sistema patriarcal androcéntrico, señala el poder del hombre sobre la mujer. Luego el exosistema que constituye los mediadores entre el individuo y la cultura como son las instituciones intermedias, tales como la iglesia, la escuela, las instituciones policiales, jurídicas, etc. Estas instituciones mantienen la desigualdad de género sustentando el funcionamiento sexista y autoritario. Por último el microsistema: en el cual se encuentran las características cognitivas, afectivas, pautas de comportamientos donde la historia familiar es influyente.

En la familia ocurre la socialización diferencial donde se produce la interiorización acerca de los estereotipos de género; su proceso de iniciación a la vida social y cultural adquieren identidades diferenciadas de género que conllevan estilos cognitivos, actitudinales y conductuales, códigos axiológicos y morales y normas estereotípicas de la conducta asignada a cada género¹¹.

El modelo ecológico permite tener una visión más compleja del fenómeno pero también al mismo tiempo reconoce que podemos prevenir en los distintos niveles y contextos, teniendo claro que *"No existe una causa única que provoque la violencia doméstica, siendo muchos los factores de riesgo que interrelacionados entre sí provocan, favorecen y promueven esta situación"*¹². La violencia de género en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, en las investigaciones llevadas a cabo por la ONU¹³ y por el Consejo de Europa¹⁴.

Por otro lado nos permite reforzar que la violencia no es una enfermedad mental, sino que más bien se trata de la transmisión de un sistema patriarcal estereotipado mediante el aprendizaje observacional unido a factores individuales, antecedentes familiares, precariedad social, laboral y cultural y factores precipitantes como el consumo de alcohol entre otros. Un grupo de estudio ha llegado a la conclusión que un porcentaje importante de personas que ejerció o recibió violencia en su relación de pareja, presencié dicha violencia entre sus padres durante su infancia o adolescencia¹⁵⁻²⁰. El porcentaje de personas agresoras que fueron víctimas (y/o testigos) de maltrato infantil estaría en torno a 10-40%, oscilando entre 10 y 80% según el país^{21,22}. Algo más de la mitad del total (50,4%) en pacientes de la muestra estudiada fueron víctimas directas de dicha violencia²³.

Los estudios sobre la historia de violencia de género o maltrato en la familia, concluyen que los hombres maltratadores cuando niños han sufrido de manera directa las consecuencias, no sólo físicas y emocionales de las situaciones de violencia de género en su familia, sino también las derivadas de haber vivido y formado su personalidad en un ámbito de desigualdad de poder y sometimiento de la madre a la conducta violenta de un hombre, lo que potencialmente les convierte en un factor de riesgo de esta violencia cuando adulto.

Según un estudio efectuado en el año 2012 en Chile²⁴, que buscaba un construir un perfil de hombres maltratadores sobre una población de 234 usuarios atendidos en el año 2011 en centros del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SernamEG), en seis centros de la mujer, dentro de su historia familiar, reporto como resultados del perfil que 74%, recibió maltrato físico a veces con frecuencia, 38,6% menciona haber recibido maltrato psicológico expresado en descalificaciones y groserías, 43,6% reportó que su padre maltrataba físicamente a veces o con frecuencia

a su madre y 46,5% de ellos también abusaban psicológicamente de ellas. Adicional a ello, 46,6% de sus padres abusaba del alcohol. En cuanto a la historia o compromiso delictual de los maltratadores, el estudio señala que 69,5% de ellos cumplía su primer y único delito por el cual había sido detenido. En relación a la escolaridad, 33,4% de ellos tenía enseñanza media completa, 35% estudios técnicos y/o universitarios, 30% un nivel de enseñanza básica a segundo medio y 18,2% solo educación básica. La principal ocupación es la diversidad de oficios en 93,6%, obreros de la construcción, 4,7% obreros agrícolas, pesqueros, Carabineros, siendo vendedores independientes entre 12,8% y 8,9% y de tipo dependiente 8,9%. Este estudio concluyó también que 72,9% de ellos proviene de una familia nuclear con presencia de padre y madre. Por último el promedio de edad fue de 39 años, estando en el rango de 31 a 50 años, con un mínimo de 18 años y una edad máxima de 67 años.

En cuanto al compromiso delictual, en general la tipología más citada es la de Holztworth -Munroe y Stuart²⁵, quienes a partir del análisis de 15 investigaciones llegaron a identificar tres subtipos de hombres que maltratan, uno de ellos corresponde a hombres que solo son violentos en la familia y pertenecerían a 50% de los maltratadores con una violencia de baja severidad y con baja implicación delictiva²⁶. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud²⁷ señala que aunque puedan darse estos antecedentes "no todos los niños que presencian malos tratos o son objeto de ellos se convierten en adultos que maltratan"²⁵ o, dicho de otro modo, no puede establecerse una relación causal entre un pasado de violencia y violencia actual.

En este trabajo se aborda la violencia desde la perspectiva de la identificación de la historia de violencia en la familia y la característica y compromiso delictual de los internos condenados por el delito de femicidio, quienes se encuentran reclusos en un Centro de Cumplimiento Penitenciario (CCP) de la región de Los Lagos, Chile.

El propósito de la investigación, busca identificar ¿cuáles son las características sociofamiliares, historia de violencia en la familia y compromiso delictual que presentan las personas reclusas por el delito de femicidio?. Se espera que las personas que han sido condenadas por delito de femicidio, arrastran una historia de violencia entre los padres y maltrato en su niñez siendo un modelo aprendido socialmente y exista un

bajo compromiso delictual de quienes están condenados por femicidio como los señalan los estudios.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo con seis casos condenados por el delito de femicidio (Ley N°20.480) que están cumpliendo la pena correspondiente en un CCP de la región de Los Lagos, Chile. Los seis casos corresponden al total de condenados por este concepto. De ellos tres casos terminaron con muerte de la mujer y los otros tres casos fueron femicidios frustrados con un nivel muy alto de daño a la víctima. Las condenas en tres de los casos fueron 11 años y un día, en dos de los casos 13 años y un día y en un caso 15 años y un día.

Instrumentos de recolección

a) Recolección de información primaria: Para medir la violencia entre los padres, se empleó la Escala de Tácticas para el Conflicto Revisada (en adelante CTS2 por su sigla en inglés)²⁸ en su versión donde los participantes informan acerca de la violencia que ejerció el padre sobre la madre. Está compuesta por una subescala de agresión psicológica (4 ítems; por ejemplo, "Mi padre insultó o gritó a mi madre") y otra de agresión física (4 ítems; por ejemplo, "Mi padre empujó o abofeteó a mi madre") con una escala de respuesta desde 0 (nunca) hasta 6 (más de 20 veces).

Para medir castigo psicológico y físico de los padres se utilizó el instrumento de inventario de Dimensiones de Disciplina (DDI)²⁹, Forma -C en la versión para niños y adolescentes³⁰, donde se les pide una mirada retrospectiva a esas edades. Se seleccionaron: la Subescala de Castigo Físico y Psicológico (disciplina severa) aquí se contesta sin separar a padre y madre. Las preguntas van "de te gritaron o chillaron" de tipo psicológico y de tipo físico "te pegaron o utilizaron algún cinturón o palo", etc. y se contesta en una escala de respuesta de siete categorías desde 0 (Nunca) hasta 9 (Más de 20 veces por día).

Para medir abuso psicológico severo y abuso físico grave y severo se aplicó la Escala de Conflicto de Padres a Hijos (en adelante CTS -PC por su sigla en inglés)³¹. Se adaptó para cuidadores primarios. Cada ítem debe ser respondido dos veces, una respecto a la madre y otra respecto al padre, en una escala de siete puntos desde 0 (Nunca) hasta 6 (Más de 20 veces).

Para medir el compromiso delictual se utilizó la Ficha de Clasificación de Compromiso Delictual a cargo

Cuadro 1. Items para Valoración según Ficha de Clasificación de Compromiso Delictual.

1.- Conocimiento y uso de la jerga carcelaria.	2.- Marcas delictuales que son un conjunto de marcas corporales relacionadas con símbolos propios de la subcultura delictual y/o carcelaria o con marcas resultantes del quehacer delictual y de su comprensión.	3.- Planificación vital: capacidad de organización y aplicación de las habilidades y potenciales para las resoluciones y logros de metas respecto de ámbitos fundamentales que requieren ser resueltos para la adaptación social (inserción laboral y/o educacional, funcionamiento familiar, adaptación a la ley, etc.
4.- Relación de pareja: relación matrimonial o de convivencia y grupo de pares. Calidad criminógena de la pareja y grupo de pares.	5. Ocupación de tiempo libre ambientes que frecuenta el sujeto y actividades (recreativas o no) que ocupan la mayor parte de su tiempo libre, incluyendo la actividad delictual y otras conductas desviadas donde se realizan actividades tales como drogadicción, alcoholismo, prostitución, vagancia y otros similares.	6.- Uso de drogas ilícitas: el consumo de drogas. Habitualidad en el uso. Grado de disfuncionalidad en el conjunto de su vida, en sus responsabilidades.
7.- Edad de inicio de conductas desviadas socialmente, delictuales o no, anteriores a la edad legal de término de la minoridad.	8.- Edad de inicio delictual.	9. Reclusiones anteriores detenciones, procesos, imputaciones y condenas previas.
10. Pertenencia a bandas organizadas.	11. Porte de armas en el delito y uso de cualquier tipo de armas en la comisión del delito con fines de intimidación, amenaza o violencia expresa.	12. Antecedentes delictuales familiares.
13. Continuidad delictiva: cantidad de delitos en los últimos 2 años.		

Elaboración Propia

de la Gendarmería de Chile, la cual define la valoración de 13 ítems, señalados en el Cuadro 1.

La puntuación permite la clasificación individual de la persona en alto, mediano o bajo compromiso delictual, comienza del puntaje 124,6 (alto compromiso), hasta 80 (mediano compromiso delictual) y menor a 79,9 (bajo compromiso delictual).

b) Recolección de información secundaria: Se utilizó la técnica de construcción de Genogramas para identificar la estructura familiar del sujeto de estudio y sus interrelaciones. Es una herramienta para la representación gráfica sobre estructura y/o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma relacional), de por lo menos tres generaciones. El varón se representa con un cuadrado, la mujer con un círculo. En las parejas el varón va a la izquierda y la mujer a la derecha. La persona sobre la que se estructura el genograma, se lo representa con un doble trazo. El fallecimiento se lo simboliza con una cruz; no obstante, solo se utilizó para ver la composición de la familia³².

Además de un análisis de contenido de extracto de sentencia, lugar donde ocurrió el delito y la revisión de antecedentes de las fichas proporcionadas por gendarmería, que tiene cada condenado en la Unidad Penal.

c) Procedimiento: Se procedió a pedir autorización al Jefe de la unidad del CCP; posteriormente se verificó en los listados las personas que estaban cumpliendo condena bajo la causal de femicidio (ley N° 20.480). Se realizó una entrevista con ellos donde se procedió a contarles el objetivo de la investigación y obtener su voluntariedad de participación, para ello se elaboró un Consentimiento Informado con la posibilidad de dejar de participar sin dar razones, manteniendo además el anonimato en sus respuestas. Luego se aplicaron los instrumentos señalados. Adicional a lo anterior se procedió a revisar las fichas individuales a fin de no reiterar información que ya haya sido obtenida por otros medios. Finalmente se elaboró un genograma, con algunos elementos del proceso de sentencia.

RESULTADOS

a) Descripción de la estructura familiar y antecedentes de cada caso estudiado.

En el primer caso (Figura 1), el agresor es un hombre de 35 años de edad nace y vive en una ciudad de carácter rural: en su niñez vivió con ambos padres,

tiene un hermano de 45 años y una hermana de 42 años, siendo el menor de todos, el padre fallece. Se desempeñaba al momento del delito como carpintero de la construcción. A la edad de 31 años conoce a XXX, vivieron 3 años juntos, ella ya tenía dos hijos que a la fecha del delito tenían 16 y 13 años de una relación anterior de 16 años. Él no tiene hijos dentro de los antecedentes revisados mencionan las CAUSAS DE LOS CONFLICTOS: Antecedentes de alcohol, maltrato psicológico para la víctima, celos y maltrato físico hacia los hijos.

EPISODIO GATILLANTE:

"...el individuo llega en estado de ebriedad hasta la casa de la víctima, una vez en el lugar, el sujeto ingreso a la vivienda a través de una ventana sin vidrio, en el interior tomo por la espalda y cuello a la víctima, le dio golpes de puño y rodilla en el rostro y abdomen y luego extrajo desde entre sus vestimentas un cuchillo con el cual comenzó a darle cortes, logra cortar de esta forma el rostro y el cuello de la mujer, instante que el sujeto se infringió una herida cortante en su mano izquierda y luego huyó del lugar, logrando la víctima a su vez salir de la vivienda, para pedir ayuda a sus vecinos. Resulto con lesiones de carácter grave, consistente en una herida cortante en la hemi cara derecha, hasta el subcutáneo, que requirió sutura del rostro, una herida cortante en el cuello con aumento de volumen en el costado cervical derecho, una herida cortante en el antebrazo derecho y en el dedo de la mano derecha..."(extracto de sentencia).

En el segundo caso (Figura 1), el agresor es un hombre de 34 años de edad, en su niñez vivió con sus dos padres en la ciudad de xxx, son dos hermanos él es el mayor, su madre murió cuando él tenía 16 años, en esos momentos el señala que su vida cambio, el comienza a delinquir, tiene varios robos con intimidación como menor, en su adultez conoció a XXX, ella de una relación anterior tenía dos hijos una de 16 y el otro de 11, él no tiene hijos, pololearon por 1 año y luego vivieron en una relación de convivencia por tres meses. Sus antecedentes señalan que las CAUSAS DE CONFLICTOS, "Celos, revisaba su celular, la esperaba a fuera del trabajo, "él creía que ella tenía a otra persona" también figuran antecedentes de alcohol y drogas. Mencionan que la mujer declara romper la relación por los motivos anteriores y el hace abandono de la vivienda que compartían.

EPISODIO GATILLANTE

"... concurrió al domicilio de la víctima y sin motivo alguno y en el contexto de reiterados conflictos con la

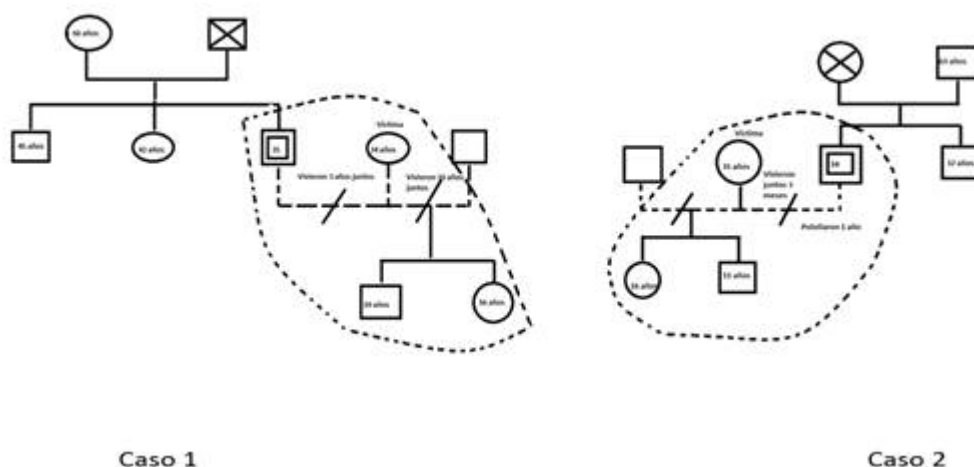


Figura 1 Genograma de caso 1 y caso 2.

Elaborado por Barría, Y. (2019)²⁴

victima derivados de los celos, hostigamiento, amenazas y asedio constante hacia ella, la golpeo con pies y puño en diferentes partes de su cuerpo huyendo del lugar y regresando como las 4:00 horas del mismo día, oportunidad en que toma un hacha con la que agredió a la víctima en la pierna derecha y huyo del lugar. A raíz de tales agresiones la victima resulto poli contusa, con heridas constante en el muslo derecho y cuero cabelludo, clínicamente menos graves".

"... después de 3 meses de hostigamientos, amenazas y acoso por parte del sujeto, alrededor de las 07:20 horas, este sujeto espero e intercepto a la víctima y con el propósito de darle muerte la tomo a la fuerza y agredió con arma blanca que portaba, propinándole múltiples cortes en distintas partes del cuerpo y huyendo del lugar. A consecuencia de tal agresión la victima resulto con un shock hipovolémico y lesiones que necesariamente le habrían provocado la muerte de no haber mediado socorros oportunos y eficaces.(extracto de sentencia)

A diferencia del anterior esta persona condenada por femicidio frustrado, tiene un perfil de moderado riesgo, de reincidencia y de indicadores que dan cuenta de elementos personales con características criminógenas, presentando problemas de adherencia, amenazas a terceros, deficiente resolución de conflictos, deficiente manejo de la ira, intimidante/ controlador, conducta sexista. (Informes psicológicos de la Unidad Penal) cuenta con apoyo familiar.

El agresor en el caso 3 (Figura 2) vivió con ambos padres, su madre tiene actualmente 76 años y su padre 85 años, son un total de 5 hermanos él es 4to. de los hermanos; cuando niño recuerda que su padre trabajaba en el campo, sector xxxx rural, ninguno de sus padres terminaron los estudios básicos, sus hermanos mayores también se quedaron con educación básica, todos laboran en el faenas del campo, el nivel de estudios es 1° medio después dejo de estudiar por la carencia de recursos por lo que toma la decisión de trabajar. En su adultez salió de su hogar para trabajar en un fundo, ahí conoció a XXX tuvieron una relación que duro 8 años, del cual nació una hija a la fecha tiene 4 años de edad. Según los antecedentes las CAUSAS DE CONFLICTOS Alcohol y drogas de ambos, Celos, su hija estaba en una residencia con medida de protección y ambos se culpaban de eso.

EPISODIO GATILLANTE

"... aproximadamente a las 21:30 horas en circunstancia que la víctima XXXX, se encontraba junto a su conviviente, se dio inicio una discusión entre ambos, instancia en la cual el acusado acertó a la víctima varias puñaladas con un elemento corta punzante, cuchillo, en distintas partes del cuerpo, ocasionándole una herida cortante en el tercio inferior del hemotorax, herida cortante lineal en la palma de la mano y una herida corta punzante penetrante cervical con lesión vascular, lesión esta última que causo a la víctima la muerte por anemia aguda.."

(Extracto de sentencia)

El condenado hoy en día cuenta con el apoyo familiar de su madre y hermana, son las personas que acuden frecuentemente a visitarlos, los hermanos concurren en ocasiones, y su padre se encuentra enfermo.

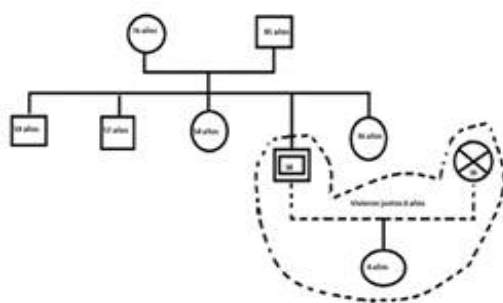
El caso 3 (Figura 2) vivió con ambos padres en su infancia, a la edad de 35 años sus padres fallecieron en un accidente automovilístico, tiene 2 hermanas y él es el menor, gran parte de su niñez vivió en un sector rural, no alcanzó a terminar la enseñanza básica ya que tuvo que salir a trabajar por carencia económica de su familia, sus hermanas tampoco terminaron su enseñanza básica por los mismos problemas, estas se quedan en casa apoyando en labores agrícolas y del hogar.

Conoce a XXX cuando tenía 13 años después se separaron y se volvieron a juntar con María cuando eran adultos. Ella había tenido una relación anterior de la cual tenía 2 hijos de 2 y 3 años y el comparte el cuidado de ellos y además nacen 2 hijos de su relación, la convivencia duro 24 años. Las CAUSAS DE CONFLICTOS eran Celos., Alcohol de ambos, Infidelidad de ella. El apoyo familiar actual es de la hermanas, no de los hijos.

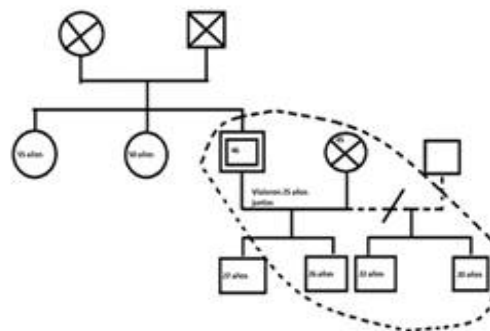
EPISODIO GATILLANTE

"...El día XXX de junio del XXX, ella regresaba de XXX, después de una semana fuera de su hogar, ambos comienzan a tomar una caja de vino y ella de confesa a él que ella tenía otra persona y estaba embarazada, se iba a ir de la casa para estar con la otra persona, él le ruega y pide que no se vaya, él le señala que él puede criar a su hijo como lo había hecho antes con sus dos hijos, después de discutir un momento deciden ir a acostarse, en la madrugada del xx de junio el sujeto se levanta a preparar el desayuno, él le sigue rogando que no se vaya que no lo deje solo pero ella seguía diciendo que tenía que irse, se encontraban viviendo en el sector rural de XXX, comuna de XXX, el sujeto toma un cuchillo que se encontraba en la cocina se dirige a la pieza y le propina una puñalada en el cuello, causándole una herida corto punzante en el cuello, la que le provoca la muerte en el mismo lugar, causa de muerte anemia aguda, el igual quiso acabar con su vida pegándose una puñalada en el cuello igualmente, pero alcanzo a llegar la ayuda de forma inmediata..." (Extracto de sentencia)

El tercer caso (Figura 3) vivió con sus padres en su niñez en el sector de XXX en un sector eminentemente



Caso 3



Caso 4

Figura 2 Genograma de caso 3 y caso 4.

Elaborado por Barría, Y. (2019)²⁵

rural, son tres hermanos y él es el menor, ni él ni sus hermanos terminaron la enseñanza básica ya que debió ponerse a trabajar por no tener recursos económicos, su madre muere a la edad de 41 años y su padre muere de diabetes a los 80 años, su hermana mayor estuvo al cuidado de su padre por un tiempo.

En la etapa adulta, estuvo casado por 15 años y de esta relación nació un hijo el cual falleció ahogado en el lago; se separa y conoce a XXX, la cual tenía una hija que en ese entonces tenía 19 años de otra relación anterior. Se conocían hace 12 años y convivieron 9 años juntos.

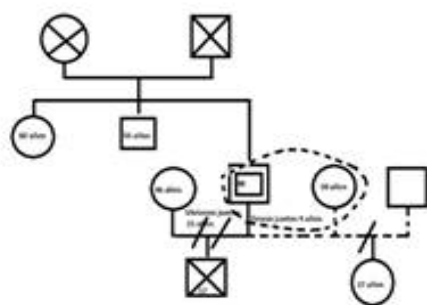
Antecedentes de las CAUSAS DE CONFLICTO, consumo de alcohol, Desempleo del agresor, celos. Habían antecedentes anteriores de violencia, donde el sujeto cumplió una condena, pero ella seguía perdonando.

EPISODIO GATILLANTE

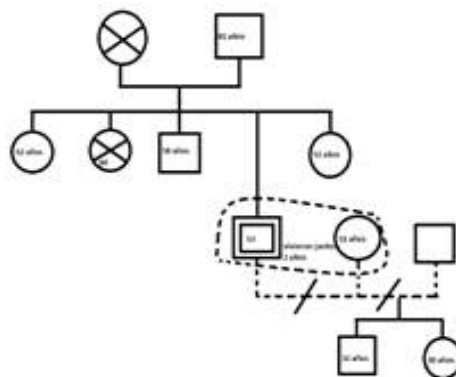
"...La noche del xxx de xxx de xxx alrededor de las 23:00 horas, mientras el sujeto se encontraba al interior del inmueble que compartía con la víctima, en el sector de XXX, se inició una discusión donde ambos se

encontraban bajo los efectos del alcohol, el sujeto se abalanza sobre la víctima premunido con un arma blanca y le propina diversos cortes distintas partes del cuerpo, además de provocarle una herida penetrante torácica. Estas lesiones producen un profundo sangrado en la víctima quien intenta salir de la casa a pedir ayuda, lo que es impedido por el acusado quien la retiene contra su voluntad, hasta aproximadamente las 03:00 horas del día 20, el abandona el hogar y la víctima herida dentro del hogar, a pesar de su estado logra pedir auxilio..." (extracto de sentencia)

La Sra.XXX, quien no lo ha dejado solo, espera a que salga para seguir con su relación afuera, referentes a informes psicológicos que se encuentran en su carpeta del C.C.P, señalan que se encuentra en un estado motivacional en etapa pre contemplativa, donde si bien logra identificar su conducta como desajustada, no logra hacer un análisis de los hechos que ocurrieron, minimizando la situación y con aquello disminuyendo la gravedad de lo sucedido. Por otro lado, la víctima centraliza toda la responsabilidad en el consumo de alcohol de ambos, teniendo a justificar lo sucedido. El agresor tiene como apoyo familiar dentro de la Unidad Penal a su víctima.



Caso 5



Caso 6

Figura 3 Genograma de caso 5 y caso 6.

Elaborado por Barría, Y. (2019)²⁵

En el caso 6 en su niñez (Figura 3) vivió con ambos padres y cinco hermanos de los cuales es el cuarto; ninguno de los hermanos terminó su enseñanza básica, su padre era muy estricto y tuvieron que salir a trabajar a muy temprana edad, su nivel educacional alcanzó al 3 año básico; su segunda hermana falleció a causa de un accidente en compañía de su madre; él no tiene hijos, su dirección es en la comuna de xxx sector rural xxx, camino al mar, es en este lugar donde conoció a xxx, convivieron aproximadamente 2 años, ella tenía dos hijos de una relación anterior, el motivo del término de la relación serían problemas para relacionarse y el alcohol. Los antecedentes mencionan CAUSAS DE CONFLICTOS alcohol, celos, amenazas, violencia anterior, que llevo a la separación de ambos.

EPISODIO GATILLANTE

"...el xx de xxx de xxx, aproximadamente a las 22:00 horas el sujeto concurre hasta el domicilio de la víctima, se deja presente que ya llevaban 1 año separados pero él seguía intimidando pese a las denuncias que habían hacia él, una vez en el lugar salto el cerco perimetral portando una botella con combustible y caja de fósforos gritando "te voy a matar vieja conchadetumadre y te voy a quemar." comenzando a rociar con combustible la escalera de entrada y el frontis de la casa, con el propósito de quemar la vivienda con la víctima en su interior, antes lo cual la víctima vertió con un balde de agua sobre el combustible instante en el que el acusado procedió a darle un golpe de puño en el ojo izquierdo e intentar asfixiarla colocando sus manos alrededor del cuello, con ánimo de matar, lo cual fue impedido por la víctima, esta huye del lugar donde un vecino, el sujeto concurre hasta el domicilio siguiendo a la víctima, como no logra alcanzarla regresa a la casa de la víctima y le prende fuego, lo cual resulto totalmente destruida. (extracto de sentencia)

El sujeto hoy en día cuenta con el apoyo de su hermana mayor, quien concurre a verlo a la Unidad Penal.

Si tuviéramos que agrupar las causales que mencionan la revisión de antecedentes tenemos que existiría violencia psicológica permanente expresada en formas de control, amenaza, celos, hostigamiento en su lugar de trabajo. Violencia física hacia los hijos tanto directa como la negligencia hacia algunos de ellos como es el caso de la niña en residencia. Como variables mediadoras el alcohol y el desempleo.

b) Descripción Compromiso Delictual.

Estas variables son de uso exclusivo en todas las Unidades bajo la responsabilidad de la Gendarmería

de Chile. Cada variable arrojará un puntaje que comienza con 124,6, si el individuo es de alto compromiso delictual, un puntaje de 80 puntos si tiene medio compromiso delictual y si es de bajo compromiso delictual con menos de 79,9 puntos. Este sistema de clasificación se aplica indistintamente a sujetos que están condenados por diversos delitos, pues los ejes de puntuación no distinguen a este respecto, lo que significa que no se relaciona con el delito cometido. Hay que considerar que el objetivo de esta clasificación determina la ubicación al interior del recinto penal, así como el tratamiento del cual debe ser objeto.

Los resultados de los 6 casos estudiados, reportan que 5 de ellos tienen un compromiso delictual bajo, con 41,3; 42,9; 49,9; 55,7 y 53,9 puntos, teniendo en solo uno de los casos un compromiso delictual mediano con 91,5 puntos. Las condenas en los casos estudiados fluctúan entre 11 años 1 día la menor y de 15 años 1 día, la de mayor condena.

Se puede señalar que en casi la totalidad de los condenados su compromiso delictual es bajo, no tenían antecedentes delictuales previos, solo un caso en que si lo había. Cuatro de los cinco condenados no tienen comprensión del coa (lenguaje carcelario), ni tienen antecedentes como menor de edad, no pertenecen a ninguna banda y sus familiares no tienen compromiso delictual (Cuadro 2).

c) Historia de disciplina severa tanto castigo físico y psicológico desde los padres. La diferenciación que se hace sobre castigo físico consiste en el uso de la fuerza física con la intención que el niño o la niña experimente dolor, pero no daño con fines correctivos^{33,34}. Los comportamientos constitutivos de este castigo son los empujones, cachetadas, nalgadas^{35,36}. El abuso físico en cambio está constituido por patadas, mordidas, golpes con el puño, etc. La diferencia entre ambas formas radica en la severidad y en los daños que a la salud puede ocasionar.

El reporte que hacen las personas estudiadas acerca de su historia en la infancia es que hubo disciplina tanto psicológica como física severa (tabla 1). En relación al castigo psicológico tanto la madre como el padre ejerció en los seis casos estudiados; en cuanto al castigo físico, fue la madre en los seis casos y el padre en cuatro de los casos que lo aplicaron. En el castigo psicológico de los seis casos el padre y la madre le gritaron delante de otras personas durante el último año, la madre de 10 a 14 veces en uno de los casos y el padre de tres a cinco veces en el año en tres de los casos. De los seis casos

en cinco de ellos la madre intento hacerlo sentir avergonzado o culpable. En el caso del padre en cuatro de ellos. De los seis casos en cuatro casos la madre le quitaba los juguetes hasta que le hiciera caso, en el padre lo hacía en cinco de ellos.

En cuanto al castigo físico, de los seis casos en cuatro de ellos la madre zarandeo o agarraba con fuerza y en uno de ellos de 10 a 14 veces en un año y el padre también en cuatro de ellos y en tres casos dos veces durante un año. De los seis casos en cuatro de ellos la madre le pego azotes, bofetadas. El padre en tres de ellos. De los seis casos en tres de ellos la madre empujo o aparto con fuerza y en tres de ellos el padre.

d) Historia de abuso físico severo desde sus padres en personas condenadas por femicidio. La prevalencia en la madre fue en los seis casos y en los hombres fue en cinco de los seis casos. En cinco de los seis casos la madre le cacheteó la cara, la cabeza o las orejas; por ejemplo, en dos de ellos entre seis a 10 veces al año y en uno de ellos más de 20 veces al año. En el padre es similar, en cinco de los seis casos su padre también lo hizo, destacando que 1 de ellos más de 11 a 20 veces al año, otro entre seis a 10 veces al año.

En cinco de los seis casos la madre y el padre le pegaron en alguna parte del cuerpo que no fue el trasero con algo como cinturón, un palo o algún otro objeto; resaltando la madre en uno de los casos más de 20 veces al año, en otro entre seis a 10 veces al año. En cinco de ellos el padre tuvo la misma conducta, destacando en uno de ellos, entre seis a 10 veces al año. En cuatro de los seis casos la madre lo derribo o lanzo al suelo, en dos de ellos más de una vez al año y en uno más de 20 veces al año. El padre en tres de los seis casos en dos casos más de dos veces al año. En dos de los seis casos la madre pego con el puño o lo pateo fuerte al igual que el padre. De estos uno de seis a 10 veces en el año y otro más de 20 veces en el año. El padre es reportado en un caso dos veces al año y en otro una vez al año.

En cuanto al abuso psicológico, la madre en cuatro de los casos y en tres el padre amenazaban con enviarlo lejos o echarle de la casa: en la madre en uno de los caso lo hizo más de 20 veces al año.

En cuanto a utilizar un descalificativo como tonto, vago, perezoso en cuatro de los casos la madre fue reportada y en los hombres en tres de los casos. En uno de ellos la madre lo hizo más de 20 veces en un año. El padre en dos casos lo hizo una vez al año.

e) Violencia de género del padre a la madre durante su infancia de los casos estudiados. En seis casos reportan prevalencia de violencia física y psicológica del padre a la madre (tabla 3). De los seis casos cuatro de ellos vieron como su padre insultaba a su madre, dos de ellos vieron que el padre insultaba a su madre de tres a cinco veces al año, en un caso de 11 a 20 veces al año y uno más de 20 veces al año. De los seis casos, cuatro vieron el padre destrozando algo que pertenecía su madre o amenazando con pegarle, uno de ellos una vez al año, dos de ellos más de dos veces al año y dos de ellos de tres a cinco veces al año. De los seis casos tres vieron el padre amenazando con golpear a su madre pero en realidad no lo hizo, uno de ellos una vez al año y dos de ellos dos veces al año.

En cuanto a violencia física, cuatro de ellos reportan que su padre abofeteo a su madre, dos lo reportan dos veces al año, uno de ellos entre seis a 10 veces al año y uno entre 11 y 20 veces al año.

De los seis casos cuatro de ellos reporta que su padre dio un puñetazo, una patada o una paliza a su madre. Uno lo reporta una vez al año, otro lo reporto dos veces al año y dos de ellos lo reportaron entre seis a 10 veces al año. En ninguno de los caso aparece reportado Tu padre gritaba y después lloraba al pegarle a tu madre.

DISCUSIÓN

El femicidio es la expresión más brutal de la violencia contra la mujer y es sostenida estructuralmente con la dominación patriarcal que plantea la forma de actuar y pensar.

Solo entre los años 2007 y 2011 se han concretado 253 casos de Femicidios³⁷, lo que no es menor, ya que antes de ese año los asesinatos de mujeres eran distinguidos bajo la figura de parricidio y por ende, no sabemos la magnitud del fenómeno. Al 27 de junio de 2019, en Chile se han registrado 24 femicidios consumados y 49 frustrados. El cambio de ley ha permitido que el concepto femicidio sea considerado jurídicamente un homicidio, lo cual es una expresión de la violencia contra la mujer, basados o motivados por el género.

En los seis casos estudiados por condenas de femicidio en un CCP de la región de Los Lagos, nos ha permitido dimensionar como fue agredida cada mujer, en sus propias viviendas, con arma blanca o hacha o incendiándola, tres de ellas perdieron la vida, (femicidio) y tres quedaron con lesiones graves (femicidio frustrado). El ataque se produce en la tarde o noche, a las 21:30, 22:00, 23:00 horas, 17:30 horas y luego hay un

Cuadro 2. Resumen de los principales antecedentes de los casos estudiados

En los 6 casos, el consumo de alcohol en 2 de los casos se menciona además el consumo de ambos miembros de la pareja (caso 3 y 4).	En los 6 casos se menciona como causa de conflicto los celos del hombre hacia la mujer.
En 2 de los 6 casos, la causa mencionada es la infidelidad de la pareja, en 1 era la creencia de que la mujer estaría en otra relación y en 1 de los casos la mujer menciona estar en otra relación abiertamente al hombre y querer dejar la relación.	En 2 de los 6 casos hay antecedentes judiciales anteriores de violencia del hombre a la mujer y ella lo había perdonado, 1 de los casos había cumplido condena
En 1 de los 6 casos se menciona el desempleo del hombre.	En 1 de los 6 casos menciona situaciones de control expresado en conducta como revision de celular, la esperaba afuera del trabajo.
En 1 de los 6 casos se menciona amenaza del hombre.	En 1 de los 6 casos se menciona maltrato psicológico a la mujer.
En 1 de los 6 casos se menciona maltrato a los hijos.	En 1 de los 6 casos el motivo del conflicto es mencionado la culpa entre ambos por encontrarse la hija en una residencia de Sename con medida de protección

Fuente: Elaboración Propia

caso que en un primer episodio a la 1:30 y el segundo a las 7:20. Esto podríamos decir o se llevó a cabo por la noche o la tarde y en uno de los casos muy temprano en la mañana. En cuanto al lugar del delito, 3 fueron en domicilio común y 3 en domicilio de la víctima. En Chile³⁸ la mayoría de los femicidios se producen en el domicilio en común en 55% de los casos y en segundo lugar estaría el domicilio de la víctima en un 12%.

Las edades de las mujeres comprendieron en tres de ellas entre 34 y 36 años y las otras tres entre los 45 y 51 años de edad. En cinco de los casos, las mujeres habían tenido una relación anterior donde tenían hijos y en la actual relación solo dos casos tenían hijos en común. Las relaciones no eran esporádicas con los hombres, sino más bien estables. Una de las parejas llevaba conviviendo 25 años, las otras nueve, ocho, tres y dos años. La de menos tiempo viviendo como pareja tenía tres meses; no obstante, llevaban un año de pololeo. Algunos estudios concluyen que la duración de la violencia es superior a los cinco - diez años y se remonta frecuentemente en el noviazgo o al primer año de matrimonio³⁹.

En cuatro de las seis parejas ellas habían terminado la relación y en dos casos aún convivían

juntos. Es importante señalar que en su gran mayoría los crímenes hacia la mujer se produce una vez consumada la separación de la pareja; las mujeres que logran abandonar la relación y separarse, son sometidas a un hostigamiento extremo como método de presión. Es aquí donde el hombre suele reaccionar con violencia ante las infidelidades o crisis de convivencia⁴⁰.

En relación a las características de los hombres que cometieron femicidio, sus edades fluctúan entre 38 y 56 años. De ellos 4 son solteros, 1 es casado y 1 es viudo. Según su procedencia, 3 son de localidades de zonas rurales; en cuanto a oficio o empleo, 4 de ellos manifiestan ser obreros agrícolas y uno carpintero; en cuanto a reconocer una religión, 2 de ellos evangélicos, 2 católicos y 2 ateos. En relación al nivel educacional, 4 no alcanzaron a terminar la enseñanza básica, 2 terminaron la enseñanza media, lo mismo para sus padres que no sobrepasaron el nivel básico de enseñanza.

Con el término feminicidio se quiere hacer notar que las características individuales no son la causa sino el contium como lo abordaría Russel⁴¹ el año 1992 y antes Kelly⁴² en 1988 que permiten abordar la gama de experiencias coercitivas, más allá de las normas legales y analizar las formas de control social. Este estudio revela

Tabla 1. Historia de castigo físico y psicológico desde los padres en personas condenadas por femicidio

	Total	Una o dos veces al año	De 3 a 5 veces al año	De 6 a 9 veces al año	De 10 a 14 veces al año	2 a 3 veces al mes	1 a 2 veces por semana
Castigo psicológico de los padres como disciplina							
Te gritaron o chillaron delante de otras personas tu mamá.	6	1	2	0	2	1	0
Te gritaron o chillaron delante de otras personas tu papá.	6	2	1	3	0	0	0
Intentaron hacerte sentir avergonzado o culpable tu mamá.	6	1	1	2	2	0	0
Intentaron hacerte sentir avergonzado o culpable tu papá.	6	2	3	1	0	0	0
Te quitaron juguetes u otros permisos hasta que hicieras lo que tu mamá te decía.	6	2	4	0	0	0	0
Te quitaron juguetes u otros permisos hasta que hicieras lo que tu papá te decía.	6	1	3	1	1	0	0
Prevalencia del Castigo psicológico de la madre	6						
Prevalencia del Castigo psicológico del padre	6						
Castigo físico de los padres como disciplina							
Tú mamá te zarandeó o agarro con fuerza para que le hicieras caso	6	0	2	3	0	1	0
Tú papá te zarandeó o agarro con fuerza para que le hicieras caso	6	2	3	1	0	0	0
Tú mamá te pego azotes, bofetones o tortazos.	6	2	2	2	0	0	0
Tú papá te pego azotes, bofetones o tortazos	6	3	2	1	0	0	0
Tú mamá te dio un empujón o te apartaron con fuerza	6	3	0	2	0	1	0
Tú papá te dio un empujón o te apartó con fuerza	6	3	0	3	0	0	0
Prevalencia de castigo físico de la madre	6						
Prevalencia de castigo físico del padre	4						

violencia del padre a la madre, del padre a los hijos y también de la madre a los hijos y que estas no serían expresiones inconexas. Con base en los trabajos anteriores de Wolfe y Breitner, Pedreira⁴³ describió el "Círculo interactivo de la Violencia Familiar"; una teoría que destaca que el inicio de la violencia familiar acontece con la violencia de género, que luego suele generalizarse al conjunto de los integrantes de la familia; estos autores exponían que los malos tratos a la infancia están ligados a la consideración que esa sociedad posee de las mujeres.

En relación a identificar la historia de violencia en la familia de origen, en cuanto al castigo y abuso en la infancia desde sus padres, debemos considerar que en los seis casos los hombres en su infancia vivieron con ambos padres. De ellos recibían castigo psicológico o disciplina severa en los seis casos tanto del padre como de la madre y castigo físico de la madre en 6 de los casos y de sus padres en cuatro de los casos. En cuanto al abuso psicológico la madre ejerció en los seis casos y el padre en cinco de los seis casos. En el abuso psicológico por ejemplo en uno de los casos la madre, más de 20 veces en un año, le amenazaba con echarlo de la casa o más de 20 veces, lo llamaría tonto o vago despectivamente En cuanto al abuso físico, en los seis casos es reportado por parte de la madre y en cinco por parte del padre.

Como se puede observar las madres fueron reportadas un poco más, respecto de los padres, en el castigo y abuso a los hijos, concordante con muchos estudios donde muestran que las mujeres objeto de violencia de pareja tienen invariablemente un riesgo mayor de ejercer violencia y de mayor envergadura hacia sus hijos, en comparación con las que no sufren violencia de pareja, mostrando un "efecto de cascada"⁴⁴ además, podemos señalar por el rol de cuidadora principal, es quien más está implicada y pasa el mayor tiempo con los hijos. No obstante, el padre también es reportado considerablemente en los 6 casos y algunos de ellos el castigo y abuso es simultáneo del padre y de la madre. En cuanto a la exposición a la violencia de género vista del padre a su madre en la niñez, la reportan tanto física como psicológica en los seis casos estudiados, con distintos comportamientos, destacando por ejemplo, que en cuatro de ellos la conducta de que reporte que su padre abofetea a su madre más de una vez al año y en uno 11 a 20 veces al año, también que cuatro de los casos vio dar un puñetazo, patada a su madre.

Los estudios han planteado que quienes han sido víctimas de malos trato en la niñez, responde a 36%⁴⁵ de los que luego maltratan a sus parejas, quedando claro también que hay una mayoría en los que no se da continuidad de víctima en la infancia y maltrato en la

Tabla 2. Abuso físico severo desde los padres

Abuso físico severo grave	Nunca	Una vez el año	2 veces el año	De 3 a 5 veces al año	De 6 a 10 veces al año	De 11 a 20 veces al año
Tu madre te cacheteó la cara, la cabeza o las orejas.	1	1	0	1	2	0
Tu padre te cacheteó la cara, la cabeza o las orejas.	1	0	2	0	1	1
Tu madre te pegó en alguna parte del tu cuerpo que no sea el trasero con algún cinturón, un palo o algún otro objeto duro	1	1	1	1	1	0
Tu padre te pegó en alguna parte de tu cuerpo que no sea el trasero con algún cinturón, un palo o algún otro objeto duro	1	1	2	1	1	0
Tu madre te derribó o lanzó al suelo.	2	2	0	1	0	0
Tu padre te derribo o lanzo al suelo	3	1	2	0	0	0
Tu madre te pegó con el puño o te pateó fuerte.	4	0	0	0	1	0
Tu padre te pegó con el puño o te pateó fuerte	4	1	1	0	0	0
Prevalencia de abuso Físico de padre total	5					
Prevalencia de abuso físico de la madre total	6					
Abuso psicológico Severo más muy grave						
Tu madre te decía que te enviaría lejos o echaría de la casa	2	2	1	0	0	0
Tu padre te decía que te enviaría lejos o echaría de la casa	3	1	1	0	1	0
Tu madre te llamo tonto, vago, perezoso o algún nombre descalificativo	2	2	1	0	0	0
Tu padre te llamo tonto, vago, perezoso o algún nombre descalificativo	3	2	1	0	0	0
Usted fue amenazado con cuchillo o pistola o alguna arma blanca por parte de su madre	6	0	0	0	0	0
Usted fue amenazado con cuchillo o pistola o alguna arma blanca por parte de su padre	6	0	0	0	0	0
Prevalencia de abuso psicológico Padre	5					
Prevalencia de abuso psicológico de la Madre	5					
Prevalencia de abuso físico muy grave	0					

vida adulta. No obstante, la exposición a estas situaciones tiene repercusiones negativas significativas a corto, medio y largo plazo en el desarrollo emocional, social, cognitivo y académico, pudiendo afectar incluso al funcionamiento en la vida adulta.

Por otro lado, en los seis casos estaba la presencia de alcohol al momento del femicidio, según los datos una agresión bajo la influencia del alcohol suele oscilar entre 60% y 85% de los casos por feminicidio, mientras que el consumo de drogas incide

entre 13% y 35% de los casos⁴⁶. Sin embargo, aunque el consumo de alcohol u otras drogas puede ser un detonante o un factor de riesgo, nunca explica las conductas violentas por sí mismo, siendo necesaria la existencia de actitudes hostiles previas⁴⁷, como sería una cultura patriarcal machista donde el control y la propiedad sobre la mujer también estarían presentes.

Respecto de describir el compromiso delictual de quienes se encuentran condenados por el delito del femicidio en el CCP, podemos concluir que a excepción

Tabla 3. Exposición a la violencia de género del Padre a la Madre Psicológica y física (CTS2)

Exposición a la agresión psicológica	Total	Nunca	Una vez		De 3 a 5		De 6 a 10		De 11 a más de 20	
			el año	2 veces el año	veces al año	veces al año	veces al año	20 veces al año	veces al año	
Mi padre insultó o grito a mi madre.	6	2	0	0	2	0	1	1		
Mi padre destruyó algo que pertenecía a mi madre o amenazó con pegarle	6	2	1	2	1	0	0	0		
Mi padre amenazó con darle un golpe a tu padre pero en realidad no lo hizo	6	3	1	2	0	0	0	0		
Prevalencia de violencia psicológica total	6	4								
Exposición a la violencia física										
Tu padre gritaba y después lloraba al pegarle a tu madre	6	6	0	0	0	0	0	0		
Mi padre empujó o abofeteó a mi madre.	6	2	0	2	0	1	1	0		
Mi padre dio un puñetazo, una patada o una paliza a mi madre	6	2	1	1	0	2	0	0		
Prevalencia de violencia psicológica del padre a la madre	4									
Prevalencia de violencia física del padre a la madre	5									

de uno, no había resultado con compromiso delictual. Este proceso de clasificación mediante la Ficha de Clasificación realizada por Gendarmería de Chile tendría como objetivo determinar el grado de involucramiento o compromiso delictual de la persona que ingresa por un delito, lo cual determinará tanto la ubicación al interior del recinto, como el tratamiento que debe ser objeto; esto último debido a que explicita el nivel de relación que tiene con patrones delictuales y su nivel de peligrosidad. La clasificación obtenida de los seis casos, en cinco de ellos es bajo y solo uno de ellos es mediano, llamando la atención en los dos casos en que la mujer resulto fallecida, los puntajes de compromiso delictual son los más bajos de los 6 casos con 41,3 y 42,9 puntos.

Los ítems que forman parte de esta clasificación no están dados por lo que causo a la víctima ni relacionados con el hecho en sí. Resulta preocupante que los ítems de la historia delictual del sujeto donde se considera las anotaciones anteriores de la persona por las cuales haya cumplido condena y donde se apela a irreproachable conducta anterior. La violencia se ha producido sobre una mujer y es ella la que está en riesgo de muerte. Los criterios para estos casos habiendo provocado lesiones graves y muerte, no pueden resultar de bajo compromiso delictual, al menos cuestionemos si los criterios son válidos para todos los delitos.

Las primeras tipologías son las de Dutton y Golant 48, o Holztworth-Munroe & Stuart⁴⁹, quienes plantean que aproximadamente 50% de los maltratadores son violentos sólo con su familia, evaluar lo potencialmente peligrosos para la mujer y su posible reincidencia es imprescindible para que los programas

tengan efecto sobre el control de la misma en la violencia de género, ya que está teóricamente comprobado que no es un delito común. Actualmente en ese recinto penitencial no hay ningún tratamiento; además, los hombres que han cometido feminicidio pueden generar sentimientos de injusticia o deseos de venganza⁵⁰ que resultan contraproducentes y es por ello que la privación de libertad debe estar acompañada por un tratamiento que permita parar la violencia. En estos casos las condenas son de varios años la menor es 11 años y días, pero en muchos casos los hombres que ingresan a prisión cumplen condenas relativamente cortas. Hay que evitar que los hombres que cometen maltrato no reincidan con la misma pareja u otra nueva. El tratamiento debe ser no solo a ellos, sino paralelo a las parejas dañadas, pues en dos de los casos la mujer sigue la relación, visitando al hombre en el recinto penitencial. ¿Qué hacemos? como dar las herramientas para que no vuelva a ser agredida. Advertir que puede seguir, probablemente en el círculo de la violencia⁵¹ o la misma socialización que atrapa a la mujer en ciertos mitos, que puede ver en la figura de un hombre su realización y que aún tan dañadas persista en el cuidado del otro sobre el propio. La socialización diferencial construye subjetividades que las hacen más proclives a la pasividad y la violencia como algo normalizado.

De los casos revisados solo en tres casos se pudo rescatar la motivación al cambio de parte del hombre y en los tres figura como precontemplativo; es decir, la persona todavía no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida⁵².

Otro punto importante es que en cuatro de los casos, la mujer había cesado la convivencia con la pareja, por ello resulta importante que al cesar la convivencia es necesario buscar ayuda psicológica y social, para asimilar su nueva situación y también los procesos que están pasando los hijos e hijas. En ese sentido el trabajo social cumple un rol importante en valoración del riesgo y del daño social en todas sus aristas; las mujeres quedan en su mayoría sin redes de apoyo social, sin haberse desarrollado laboralmente, situación que la ha mantenido el estar en una situación de violencia, además acompañar el proceso de reparación. La identificación de los factores de riesgo y protectores son indispensables para labor preventiva.

En todos los casos había evidencia de violencia psicológica previa al delito de femicidio e incluso en dos casos existía denuncia. A las investigaciones sobre violencia en la pareja" de tipo psicológica se le presta menos atención⁵³, aún cuando causa daño tanto a la salud física y mental de la víctima como la violencia física⁵⁴ y puede, además, ser precursora de otras formas de violencia⁵⁵, tales como conductas de control, celos, hostigamiento. Tenemos mucho que hacer en la sensibilización de la cual la violencia psicológica antecede o es concomitante a la violencia física; tratar de restringir, limitar o bloquear el ejercicio y goce de derechos y libertades personales basta para tomar atención de que, la violencia contra la mujer no es un hecho aislado como el mito de la marginalidad donde situamos como sociedad al terreno de la excepcionalidad, pensándola como un hecho aislado y lejos de nosotros y fruto de circunstancias y no como un problema social⁵⁶, muy parecido al concepto de terrorismo íntimo como una táctica de generar control y manipulación, que señala que la violencia aún puede haber ocurrido sólo una vez o dos veces, y puede ser relativamente de "baja intensidad". Sin embargo, los hombres que muestran este patrón de abuso emocional tienen más posibilidades

de matar a sus parejas. Este tipo es más probable que utilizan la violencia como una forma de control, si bien pueden parecer muy angustiados durante los episodios violentos, la aparición de la rabia casi incontrolable, son más propensos a participar en venganza cuidadosamente planeada y más violenta cuando termina la relación, y por lo tanto, son mucho más peligrosos para las mujeres⁵⁷.

Las condiciones estructurales de la sociedad constituyen situación de riesgo y muerte para las mujeres. Si bien se ha avanzado en reconocer la responsabilidad social de los Estados y las instituciones, los hombres no dejan de ser responsable del daño provocado.

En la exploración de los casos muchas cosas coinciden con investigaciones anteriores. No obstante, este estudio tiene limitaciones, si bien son los casos que estaban por concepto de femicidio que comenzó a regir desde el año 2010, no abordó los casos que cumplen condena por la ley de violencia intrafamiliar, probablemente no represente la realidad, ni sea generalizable. Nos preguntamos porque solo hay personas con niveles muy bajos de escolaridad, nos cuestionamos que no haya planes de tratamiento y que la evaluación que se hace represente bajo riesgo, cuando han terminado con la vida de mujeres. Solo pudimos acceder con su consentimiento para la aplicación de los cuestionarios, no se realizó entrevista en profundidad que pueden a veces mostrarnos otros significados de la complejidad de la temática.

Este estudio de carácter exploratorio, no fué fácil de realizar por las implicancias que tuvo en los casos abordados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Naciones Unidas. Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer. ONU; 1993 Resolución de la Asamblea 48/104 del 20 de diciembre de 1993: Disponible <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen>
- 2) Russell D E H. Definición de Femicidio y Conceptos Relacionados. En: D.Russell y R. Harmes (Eds.), Femicidio: una perspectiva global. México, D.F.: CEIICHUNAM; 2006: 73-96
- 3) Russell D E H Introducción: las políticas del feminicidio. En Femicidio: una perspectiva global En: D.Russell y R. Harmes (Eds.), Femicidio: una perspectiva global. México, D.F.: CEIICHUNAM; 2006: 57-71. 2006; 57-69
- 4) Lagarde M. Del femicidio al feminicidio. Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis. 2006; (6): 216-225.
- 5) Monárrez Frago J E. La cultura del feminicidio en Ciudad Juárez, 1993-1999. Frontera norte. 2000; 12 (23): 87-117.
- 6) Servicio Nacional de La Mujer y la Equidad de Género. Chile (2012-2019) Datos y estadísticas de femicidio. Disponible en: <https://www.minmujeryeg.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/femicidios/>
- 7) Gendarmería de Chile. Estadística Penitenciaria. 2018. Disponible en <http://www.gendarmeria.gob.cl>
- 8) Quinteros A, Carbajosa P. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5; 2008.
- 9) Bronfenbrenner U. The social role of the child in ecological perspective/Die soziale Rolle des Kindes in ökologischer Perspektive. Zeitschrift für Soziologie. 1978; 7 (1): 4-20.
- 10) Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press, 1979. (existe edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).
- 11) Walker S, Barton L. Gender, Class and Education (Routledge Revivals). Routledge, 2013.
- 12) Escudero J. Diversos aspectos de la violencia doméstica (Consideraciones generales. Ámbito jurídico internacional. Premisas básicas. Factores de vulnerabilidad: elementos socioculturales y económicos). Cuadernos de política criminal. 2002;(76): 5-76.
- 13) Organización de Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas, 2006.
- 14) Comisión Europea. Domestic violence against women. Report. Eurobarometer 73.2. Belgium. 2010 Recuperado el 22-11-2011 http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf.
- 15) Fernández- Montalvo J, Echeburúa E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. Análisis y Modificación de Conducta. 1997; 23 (88), 151-180.
- 16) Kleven J. Prevalencia y marcadores de riesgo entre mujeres que consultan la red pública de servicios de salud en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, 2001.
- 17) Langhinrichsen - Rohling J, Neidig P,Thorn G. Violent marriages: Gender differences in levels of current violence and past abuse. Journal of family violence. 1995; 10, (2):159-176.
- 18) Matud M, Ibañez I, Marrero RJ, Carbelleira M. Diferencias en autoestima en función del género. Análisis y modificación de conducta. 2003; 29 (123):51-78.
- 19) Rey C. Rasgos sociodemográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de este tipo de violencia. Revista Colombiana de Psicología. 2002; 11: 81-90.
- 20) Rubiano N, Hernández A, Molina C, Gutiérrez M. Conflicto y violencia intrafamiliar, Diagnóstico de la violencia intrafamiliar en Bogotá, DC. Universidad Externado de Colombia, Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá, 2003.
- 21) Sanmartín J, Iborra I, García Y, Martínez P. III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2010
- 22) Sanmartín J, Molina A, García Y. (Editores). Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2003
- 23) Fernández- Montalvo J, Echaury J, Martínez M, Azcárate Ma J. Violencia de género e inmigración: Perfil diferencial de hombres maltratadores nacionales e inmigrantes. Behavioral Psychology/ Psicología conductual, 2011; 19 (2): 439-452.
- 24) Barría J, Macchiavello A. Anatomía de los hombres que ejercen violencia hacia sus parejas: Primer levantamiento de datos para el diseño de un perfil. Psicología.com. 2012; 16: 1. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5511>

- 25) Holtzworth - Munroe A, Gregory L S .Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them" *Psychological Bulletin*. 1994; 116 (3): 47
- 26) Dutton D, Golant S K. El golpeador. Un perfil psicológico. Paidós, 1997. [The Batterer: A Psychological Profile]. NY, US. 1997.
- 27) Heise LL., García-Moreno C. La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy KA, Zwi AB, Lozano R (Editores). Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Panamericana de la Salud (Orig. OMS 2002). 2003; 97-131
- 28) Straus MA, Douglas EM. A short form of the revised conflict tactics scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*. 2004; 19: 507-552.
- 29) Straus M A, Fauchier A. Manual for the Dimensions of Discipline Inventory (DDI). 2007. Durham, NH: Family Research Laboratory, University of New Hampshire. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/>
- 30) Calvete E, Gámez-Guadix M, Orue I. El Inventario de Dimensiones de Disciplina (DDI), Versión niños y adolescentes: Estudio de las prácticas de disciplina parental desde una perspectiva de género. *Anales de psicología*. 2010; 26: 410-418.
- 31) Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the parent-child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*. 1998; 22: 249-270.
- 32) Davinson L Herramientas de Investigación Social: Guía Práctica del Método Genealógico. Editorial: Ibero; 2006.
- 33) Straus MA. The Conflict Tactics Scales and Its Critics: an Evaluation and New Data on Validity and Reliability. En: Straus M A, Gelles R. J. Gelles (editores). *Physical Violence in American Families. Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*, New Brunswick, Transaction. 1990: 49-74.
- 34) Straus M A, Gelles RJ, Steinmetz S K. Violence in the American family. Nueva York: Doubleday/Anchor. 1980 En: Straus MA, Gelles RJ. (editores.), *Physical Violence in American Families. Risk Factors and Adaptations to Violence in 8145 Families*, New Brunswick, Transaction. 1980: 133-148.
- 35) Straus M A. Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families and its effects on children. Piscataway NJ, US: Transaction Publishers, 2001.
- 36) Wauchope BA, Straus MA. Physical Punishment and Physical Abuse of American Children: Incidence Rates by Age, Gender and Occupational Class. En: Straus M A. *Physical violence in American families. Routledge*. 2017; 133-148.
- 37) Servicio Nacional de La Mujer y la Equidad de Género Chile (2012-2019) Datos y estadísticas de femicidio. Disponible en: <https://www.minmujeryeg.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/femicidios/>
- 38) Circuito Nacional de Femicidio. Red de Asistencia a víctimas de Chile. Informe anual año (2011), Protocolo intersectorial de atención a víctimas de feminicidio. 21 de julio, 2012. Disponible en: <http://www.apoyovictimas.cl/wp-content/uploads/2012/04/InformeCicuito-de-Femicidio-a%C3%B1o-2011.pdf>
- 39) Sarausa B, Zubizarreta I, Echeburúa E, Corral P. Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar En: Echeburúa E. (editor). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámides; 1994. p.304.
- 40) Echeburúa E, de Corral P. Manual de violencia familiar. 1a ed. Madrid: Siglo XXI; 1998. p.119
- 41) Echeburúa E, de Corral P, Montalvo JF, Amor P J. ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del psicólogo*. 2004; 25(88): 10-18.
- 42) Kelly L. *Surviving Sexual Violence*. Polity Press, Oxford; 1988. p.288.
- 43) Pedreira Massa JL. La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psico (pato) lógicos. *Psiquiatría.com*. 2003; 7 (4)
- 44) Straus M A. Ordinary violence, child abuse, and wife-beating. The dark side of families: Current family violence research. 1983; 213-234.
- 45) Fernández- Montalvo J, Echeburúa E. Variables Psicopatológicas y distorsiones cognitiva de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de conducta*.1997; 23: 151-180
- 46) Bergman B, BrismarB. Assaultants and victims: a comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*.1993; 12: 1-10.
- 47) Echeburúa E, Amor P, Fernández J. *Vivir sin violencia*. 1a ed. Madrid: Pirámide España; 2002. p.184
- 48) Dutton DG, Golant SK El golpeador. Un perfil psicológico. Buenos Aires: Paidós. 1997. p.234
- 49) Holtzworth- Munroe A, Stuart G. Typologies of male batterers: three subtypes and differences among them. *Psychological Bulletin*. 1994; 116: 476-97.

- 50) Echauri J A, Romero J, Rodríguez MJ. Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona Anuario de Psicología Jurídica. 2006; 15: 67 - 95.
50. Echauri J A, Romero J, Rodríguez MJ. Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona Anuario de Psicología Jurídica. 2006; 15: 67 - 95.
- 51) Walker L. The Battered Woman Syndrome Fourth Edition. Springer Publishing Company, LLC New York. 1979. p.469.
- 52) Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: Psicoterapy: theory, research and practice. 1982; 19:276-288.
- 53) Organización de Naciones Unidas Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas. 2006 Recuperado de <http://www.e-leusis.net/ficheros/documentos/informe%20sec%20gral%20ONU%2010-06%20violencia.pdf>
- 54) Echeburúa E, de Corral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI. 1998. p.213
- 55) Vázquez F, Torres A, Otero P, Blanco V, López M. Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. Psicothema, 2010; 22(2): 196-201.
- 56) Bosch E, Ferrer VA. La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. 1ª ed. Madrid: Editorial Cátedra. Colección Feminismos. 2002. p.304
- 57) Johnson M., Ferraro K. Investigación sobre la violencia doméstica en los años noventa. Hacer distinciones. Revista de matrimonio y familia. 2000; 62: 948-963.

EFFECTOS DE LAS TÉCNICAS DE RETENCIÓN DE PERSONAL DE SALUD Y SUS CONSECUENCIAS EN PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR EN PROVINCIAS DE OSORNO, CHILE.

EFFECTS OF HEALTH PERSONNEL RETENTION TECHNIQUES AND THEIR CONSEQUENCES ON PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH CENTERS IN OSORNO PROVINCES, CHILE.

Rubén Celis Schneider¹, Jorge López Alvear¹, Guillermo Mancilla Fernández¹

ABSTRACT

Chile is one of the countries of the Organization for Economic Coordination and Development with the highest turnover of workers. In the latest Monetary Policy Report, the Central Bank analyzed this issue and noted that the average turnover in Chilean jobs between 2005-2014 reaches 37%, "a high number compared to other countries of the Organization." The general objective of the present investigation was to know the effects generated by the personnel retention techniques and their consequences on the rotation of the personnel in health professionals in Family Health Centers. The methodology corresponds to a type of qualitative character of exploratory cut, since it is a process in which the complete discourses of the subjects are collected to proceed later to their interpretation, analyzing the relationships of meaning that are produced in a certain culture or ideology and that seeks to know a community, a context, an event, a situation, a variable or a set of variables. The research shows that the retention techniques used correspond to: training, salary increase, access to job stability and self-care activities, as well as other techniques applied unconsciously: extra-work activities, work autonomy, flexibility in schedules, Closeness to the leadership and recognition of achievements. The investigation shows as a main conclusion that the effects produced by retention techniques are favorable when retaining personnel in the organization, however, these effects will not always be equally applicable for each of the workers.

KEY WORDS: health personnel, health services administration, comprehensive health care, quality of health care.

RESUMEN

Chile es uno de los países de la Organización de Coordinación y Desarrollo Económicos con mayor rotación de trabajadores. En el último Informe de Política Monetaria, el Banco Central analizó este tema y observó que la rotación promedio en los empleos chilenos entre el período 2005-2014 alcanza a 37%, "un número alto en comparación con otros países de la Organización". El objetivo general de la presente investigación fue conocer los efectos generados por las técnicas de retención de personal y sus consecuencias sobre la rotación del personal en profesionales de la salud en Centros de Salud Familiar. La metodología de carácter cualitativo y corte exploratorio, permitió recopilar los discursos completos de sujetos seleccionados para interpretar las relaciones de significado en dicho contexto. La investigación muestra que las técnicas de retención utilizadas corresponden a capacitación, aumento de salario, acceso a la estabilidad laboral y actividades de autocuidado, así como a otras técnicas que se aplican de manera inconsciente: actividades extralaborales, autonomía laboral, flexibilidad en los horarios, cercanía del liderazgo, y reconocimiento de logros. La investigación muestra como conclusión principal que los efectos producidos por las técnicas de retención son favorables cuando se retiene personal en la organización; sin embargo, estos efectos no siempre serán igualmente aplicables para cada uno de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE: personal de salud, administración de servicios de salud, atención integral de salud, calidad de la atención de salud.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la demanda de servicios de salud ha presentado un alza y esto es visible gracias a un análisis realizado por el Ministerio de Desarrollo Social

sobre la tasa de utilización de los recintos públicos de salud. En la encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 28 de abril, 2015) se evidencia una caída significativa en algunos aspectos sensibles para el sistema de salud público, como son las consultas de especialidad, las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, y los controles de salud. En todos ellos se presenta un quiebre de la tendencia al crecimiento que se mantenía constante hasta 2009. En ese año se presentó un 71,6% de acceso a hospitalización, mientras que en el 2013 disminuyó a 64,2%. Así ocurre también en el caso

Recibido: 30 Junio, 2019

Aprobado: 10 Octubre, 2019

¹Universidad de Los Lagos, Chile.

Correspondencia: ruben.celis@ulagos.cl

de las consultas de especialidad, donde se evidencia una baja de 46,9% en 2009 a 39% en 2013 de acceso a esas consultas¹.

El Instituto de Salud Pública de la Universidad de Andrés Bello¹, identifica una serie de factores que promueven el desarrollo negativo de este fenómeno. El principal factor influyente es el incremento de beneficiarios que tuvo el Fondo Nacional de Salud (FONASA) hasta el año 2011. *"Es un tema estructural de la capacidad instalada en el sistema público; la demanda está superando la oferta, porque subió mucho el número de inscritos. Hasta 2011 creció mucho más Fonasa, y ahora está mostrando signos de saturación estructural"*¹. A su vez, dicho Instituto señala, que otro factor influyente es provocado por la población envejecida. Sostiene que, al presentarse una población envejecida, cada vez los casos a resolver se vuelven más complejos, necesitando más tiempo para ser tratados y, en consecuencia, una menor capacidad de atender a toda la población. Ante esto, las cifras que mostró CASEN (2013) señalan que el envejecimiento de la población y el buen manejo de enfermedades hacen que haya más demanda, no menos. Si hay más médicos, más hospitales, la oferta tendría que haber aumentado también, mencionando que, para él, el problema posiblemente tiene que ver con los rendimientos, la eficiencia y el buen uso de los recursos.

Por otra parte, la rotación del personal es un fenómeno que trae múltiples consecuencias, entorpeciendo el servicio brindado. Chaparro, Guzmán, Naizaque, Ortiz y Jiménez², señalan efectivamente que *"La rotación de personal es un fenómeno creciente, sobre todo en aquellas empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud"*². Si se considera la alta demanda que existe hacia los servicios de salud, es importante tomar en cuenta el fenómeno de la rotación del personal y cómo combatirlo para no entorpecer los servicios que son requeridos y exigidos. Es fundamental lograr la retención del personal más idóneo dentro de la organización, debido a que los aspectos positivos que se obtienen se asocian directamente con prever pérdidas de factores relacionados con la motivación y su impacto en el trabajo en equipo, lo que en consecuencia permite mantener la eficacia en los procesos terapéuticos, así como prestar una mejor calidad en la atención de usuarios. Por lo anterior, comienza a adquirir importancia la preocupación por la retención del talento en las organizaciones de la salud.

Las técnicas de retención utilizadas han entregado muy buenos resultados dentro de las organizaciones tanto de carácter privado como público. Sin embargo, ¿qué efectos traen consigo las técnicas de retención que permiten generar aquellos resultados,

mantener a los trabajadores dentro de la institución y a su vez brindar un buen servicio? En esta investigación se presentan las principales evidencias que trae consigo la rotación del personal en las organizaciones y principalmente en los centros de salud, se abordan las técnicas de retención del personal y los efectos que estas producen, identificando sus consecuencias en los centros de salud familiar de las comunas aledañas a la provincia de Osorno.

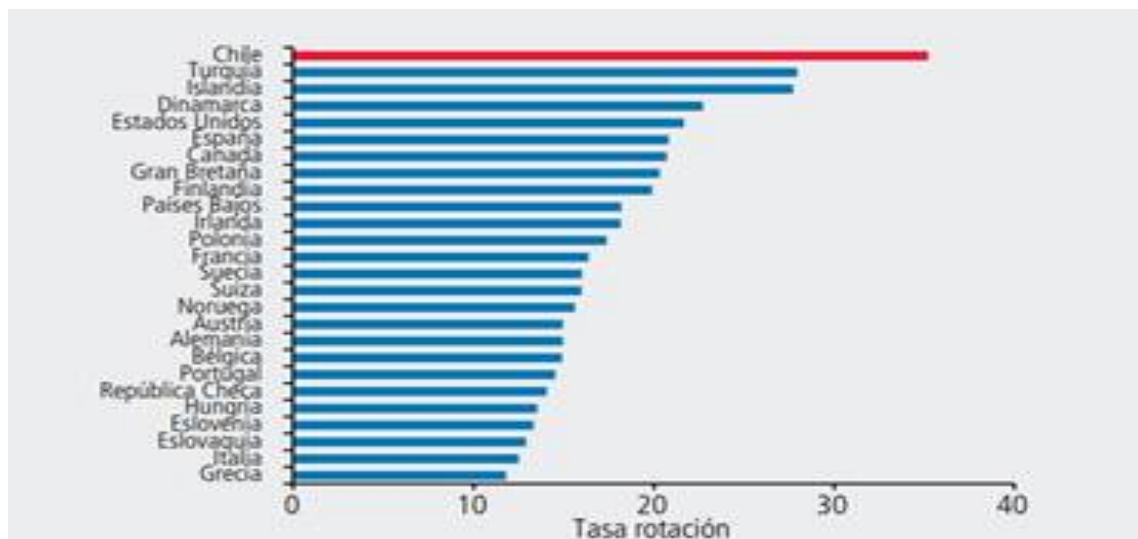
Ahora bien, el eje central del problema planteado se enmarca en las técnicas de retención del personal y el efecto que produce a la hora de combatir la rotación del personal (o turnover); Chiavenato³ agrega al apartado anterior *"este es el resultado de la salida de algunos empleados y la entrada de otros para sustituirlos en el trabajo"*. Al respecto Cáceres⁴, menciona que el problema se ve reflejado principalmente en que Chile es uno de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una de las mayores tasas de rotación del personal, alcanzando un porcentaje de 37% en comparación con otros países (fuera de América Latina).

Es posible observar en el Gráfico 1, datos comparativos respecto del panorama global. Como lo señala Linares⁶, el índice de rotación mundial según el estudio "Preparing for take-off" de Hay Group no ha parado de crecer desde el año 2013, a consecuencia de la reactivación de las economías, sobre todo de las emergentes, y se espera que siga aumentando a lo largo de los próximos años (Gráfico 2). En Europa, observamos la misma tendencia: se estima que el índice de rotación actual gira en torno a 18% gracias al dinamismo de los sectores de tecnología y servicios.

Una visión internacional y particular frente a la rotación del personal, la posee España, cuya tasa de rotación ha estado algo por debajo de la media mundial; según Linares⁶, esto se debe a la ética conservadora de las empresas tradicionales, la crisis y la búsqueda de seguridad por parte de los colaboradores. No obstante, en los últimos años la rotación ha seguido la tendencia general, alcanzando su máximo histórico (desde que se tiene constancia) durante el año 2017, con un índice de dinamismo profesional de 21,4% durante el primer trimestre del mencionado año (Estudio del IESE, Universidad de Navarra, 2017)⁶.

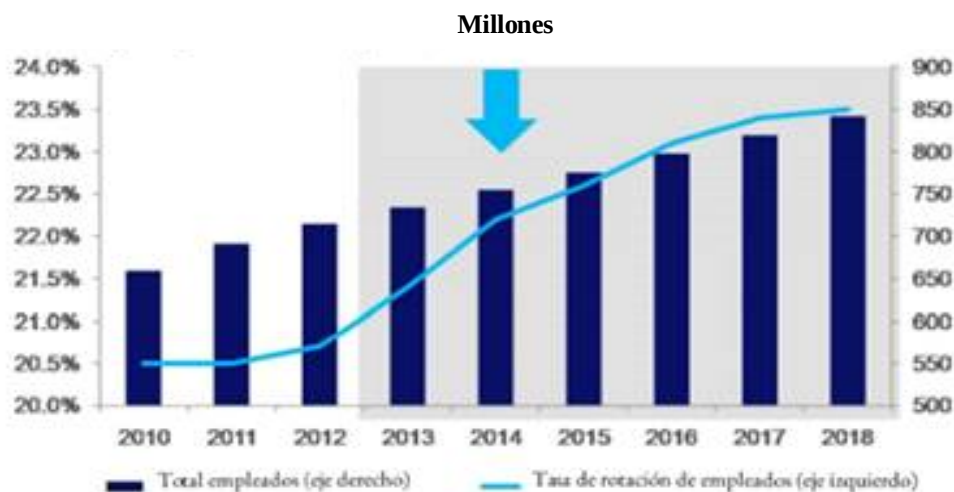
Ahora bien, existen investigaciones que demuestran la realidad de la rotación del personal en América Latina; en un artículo publicado el 5 de mayo del año 2017 por Kelly Services Mercadotecnia⁷, se

Gráfico 1. Tasa de Rotación laboral en Chile y muestra de países.



Fuente: Junio 2016, Banco Central de Chile, informe de políticas monetarias⁵

Gráfico 2. Rotación Global y número de empleados.



Fuente: Preparing for take-off» Hay Group. Tomado de: Linares J., 2018⁶

señala que México encabeza a los grupos de comparación, con un índice de rotación cercano al doble de la cifra promedio (siendo la media 11.2%), por lo que ocuparía los primeros lugares en Latinoamérica con cifras de la variable en cuestión más altas, aunque los datos varían de acuerdo a la industria, México es considerado el país de Latinoamérica con el mayor índice de rotación de personal (desvinculación voluntaria), por una

ausencia de políticas, técnicas y planificaciones corporativas que promuevan el arraigo y el compromiso entre empresas y su personal.

En cuanto a los efectos de las altas tasas de rotación, Chiavenato⁸, menciona que los posibles efectos que se presencian en el fenómeno y al aumento de la rotación del personal son: 1) Efectos en la producción:

pérdida de producción ocasionada por la vacante, producción inferior del nuevo empleado. 2) Efectos en los costos extralaborales: Gastos de personal en horas extras para cubrir la vacante libre; y 3) Efectos en la actitud del personal: imágenes y actitudes del empleado que se retira y del que llega, influyen en la moral, actitud del supervisor y del jefe, así como también se observa una influencia en la actitud de clientes y proveedores.

Por su parte Loyola⁹, advierte que las consecuencias de la rotación van desde el incremento de costos laborales, tales como gastos en capacitaciones, costos de desvinculación, costo de emisión de anuncios para reclutar nuevo personal. Roberston¹⁰, señala que cuando una empresa tiene una alta tasa de rotación, la motivación y expectativas del empleado, por lo general, sufren un declive, demostrando frustración ante todos los cambios constantes que se producen y se desilusionan.

En segundo lugar, Chavarría¹¹, señala que, si los puestos rotan mucho, el impacto en los clientes es inminente, sintiendo que reciben un servicio lleno de altibajos. Además, según el autor corporativo THT Editorial¹², se debe contemplar que las personas siempre se sentirán más cómodas si son atendidas por un individuo que ya reconocen y entiende sus necesidades. Si existe una rotación del personal reiterada, podría afectar la lealtad del cliente hacia la empresa, pues se vería un impacto en la habilidad de la organización para formar un vínculo sólido con sus usuarios. Este punto adquiere importancia, debido a que el vínculo es un factor que requiere de mucha atención en los servicios de salud por su impacto en la permanencia, progreso y éxito de la terapia. Al respecto, Dois, Bravo y Soto¹³, mencionan, que es necesaria la integración eficaz de un enfoque biopsicosocial en la atención pública que considere globalmente la situación que enfrenta el usuario, más allá de la mera patología, estableciendo un plan trabajo en conjunto que incorpore la forma particular en que la persona vivencia su condición de salud. Esta perspectiva integradora potencia el tipo de atención, lo que permite al usuario experimentar un trato de salud transparente, individualizado y congruente con sus necesidades.

Cabe señalar que autores como Cole y Bird (2013), citado por Celis¹⁴, refuerzan la idea anterior afirmando:

"... Si el cliente-paciente logra establecer un vínculo cercano con el profesional, estará mucho más atento a recibir las indicaciones que realice el tratante,

comprenderá de mejor manera la necesidad de adherirse al tratamiento y, con toda seguridad, se sentirá impulsado a cumplir con las recomendaciones que lleven a cabo".

Los antecedentes anteriores mencionan que si no es correctamente enfrentada la rotación del personal, conllevará a una serie de consecuencias que, según el Gobierno de Chile¹⁵, en su documento "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria", provocaría un desvío paulatino del objetivo de la atención primaria de salud, el cual es otorgar un servicio equitativo y de calidad, centrado en las personas y sus familias, enfocado en lo preventivo y promocional, vale decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario; este modelo se centra en las personas, su familia y la comunidad, con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo vital.

Finalmente, para analizar la proyección actual que se está evidenciando es que Meza¹⁶, afirma que, en los últimos veinte años, la tasa de crecimiento de la población de las áreas urbanas de la región de las Américas ha duplicado a las áreas rurales. A su vez, en el trabajo investigativo de Zoio *et al*,¹⁷, mencionan que los datos recientes estiman una escasez global de 12,9 millones de trabajadores de la salud. Ello incluye dificultades para atraer a profesionales de la salud a las zonas remotas, rurales y, como resultante de lo anterior, una mala distribución y rotación de estos profesionales. Ahora bien, Dayrit, Dolea y Dreesch¹⁸, señalan que efectivamente, con una buena planificación, estrategias correctas y los recursos suficientes, es posible revertir la crisis que se ha estado manifestando, logrando atraer y retener al personal clave en salud.

Los propósitos de la presente investigación fueron los siguientes: Distinguir los efectos de las técnicas de retención del personal y sus consecuencias en la rotación del personal en profesionales de salud correspondientes a las áreas de psicología, matronas y kinesiólogía en cuatro CESFAM en el sur de Chile; con la finalidad de:

- Distinguir los efectos de las técnicas de retención del personal y sus consecuencias en la rotación del personal en profesionales de salud correspondientes a las áreas de psicología, matronas y kinesiólogía en cuatro CESFAM en el sur de Chile.
- Identificar las técnicas de retención del personal en

cuatro CESFAM del sur de Chile.

- Identificar los efectos de las técnicas de retención existentes en la organización, en base a las experiencias de los profesionales y directores.
- Identificar las consecuencias de las técnicas de retención existentes en la organización en la rotación del personal.

MÉTODO

Esta investigación corresponde a un estudio cualitativo de carácter exploratorio¹⁹ que permite recoger los discursos completos de los sujetos para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en determinada cultura o ideología. Para tal efecto, se consideraron a los profesionales integrantes del equipo de psicólogos, matronas y kinesiólogos de los cuatro Centros de Salud Familiar, (CESFAM), del sur de Chile.

Para determinar los efectos que producen las técnicas de retención del personal se consideró: 1) Entrevista a los profesionales con respecto a las técnicas de retención aplicadas y sus efectos. 2) Entrevista a los directores con respecto a las técnicas de retención aplicadas y sus efectos y 3) Cuestionario dirigido a los profesionales en torno a las técnicas de retención.

En esta investigación fueron considerados cuatro CESFAM ubicados en la zona sur de Chile, seleccionando aquellos con una población entre los 10.000 a 21.000 habitantes. Se optó por dicho rango de habitantes de forma intencional con el objetivo de abordar al mayor número de CESFAM disponibles, excluyendo a aquellos centros que contaran con un número de usuarios fuera del rango señalado, puesto que ello puede producir diferencias en cuanto a las dinámicas del trabajo en equipo, la gestión directiva, carga laboral y perspectivas por profesión. Asimismo, se seleccionaron centros que estuvieran más bien distantes entre sí para evitar, por un lado, que la cercanía entre ellos pudieran influenciarse mutuamente en cuanto a la atención que ofrecen al usuario y, por otro, para abarcar una mayor zona geográfica.

La unidad de trabajo, se corresponde con los directivos y trabajadores profesionales, tales como psicólogos, matronas y kinesiólogos de los CESFAM seleccionados. Con los profesionales escogidos se buscó obtener la información correspondiente a los efectos y consecuencias que provocan las técnicas de retención que posee la organización. Además, y con los

directivos para obtener información respecto a las técnicas de retención utilizadas y los niveles de rotación de personal que presentan en los centros bajo su supervisión, para realizar una comparación con la información recopilada de los profesionales.

Se enfocó el estamento B donde se encuentran los profesionales profesionales, principalmente por la alta demanda que se observa acerca de sus servicios, y el impacto que puede provocar en la calidad de la atención al contar con especialistas que pueden rotar frecuentemente, mientras que los sujetos ubicados en el estamento A, es decir, los médicos, presentan una alta tasa de rotación, debido a que se incorporan a los CESFAM con el objetivo de recabar méritos necesarios para seguir adelante y conseguir las correspondientes becas de especialidad que ofrecen las políticas gubernamentales en Chile. Por otro lado, los trabajadores del estamento C, donde se encuentran los asistentes, choferes etc., no cumplían con los requerimientos para el estudio, en cuanto a la atención a usuarios de forma clínica.

Los participantes fueron 30 profesionales de todos los CESFAM seleccionados y que se desempeñan en las unidades de psicología, matrones y kinesiólogía. El procedimiento de muestreo fue intencional para abarcar a toda la población de profesionales de las áreas establecidas para cada CESFAM investigado, considerando que corresponden a tres profesiones diferentes.

Se utilizó una entrevista semiestructurada, cuyas preguntas se fijaron de antemano y se alternaron con preguntas espontáneas. Al ser una metodología más adaptable y libre, permite generar un clima ameno que habilita la profundización sobre los temas de interés. Esta fue aplicada a los profesionales de los CESFAM para indagar sobre las visiones respecto a la frecuencia de la rotación del personal e identificar las técnicas de retención que posee la institución y sus efectos percibida por ellos.

La entrevista contó con cuatro ítems: el primero referido a datos personales como edad, estado civil, vivienda, etc. El segundo ítem correspondió a información sobre la población atendida. El tercer ítem relacionado a la visión de la rotación del personal y el cuarto, referido a las técnicas de retención que identifican que posee la institución.

- El tercer ítem de las entrevistas contó con preguntas relacionadas a la rotación del personal.
- El cuarto ítem se organizó con 8 preguntas

correspondientes a las políticas de retención; sin embargo, estas permitieron integrar nuevas preguntas que fueron surgiendo en el transcurso de la entrevista.

Una vez realizadas las diversas entrevistas, la información fue transcrita, categorizada y sintetizada, a través de la técnica del análisis de contenido junto al procesador de textos de Microsoft Word para su correspondiente análisis.

RESULTADOS

En base a la evidencia otorgada por los profesionales, es posible señalar los siguientes resultados:

Definición de categorías:

1. La rotación del personal, consiste en la renovación del personal, en donde muchos profesionales se desvinculan de la institución por diversos motivos, mientras que otros nuevos llegan. La rotación del personal en los CESFAM investigados es producida general y principalmente por la no renovación del contrato de trabajo por parte de la institución, más que una decisión voluntaria de los profesionales.

2. En su minoría se evidencia posible rotación del personal voluntaria, que consiste en la desvinculación del profesional por cuenta propia y debido a motivos personales familiares, mala relación con sus colegas de trabajo u oportunidades para conseguir una mayor especialización.

3. Las consecuencias de la rotación del personal en los CESFAM se encuentran enfocadas fundamentalmente en el usuario, mencionando que la principal consecuencia está ligada al vínculo, ya que los pacientes generan lazos afectivos con los profesionales que los atienden, acostumbándose a su forma de operar y trabajar, permitiendo de esta forma generar algún tipo de resistencia al recibir a un nuevo trabajador. Es por esto por lo que la rotación, según los profesionales, puede hasta llegar a producir un abandono de la terapia o poca adherencia a esta.

4. De manera paralela, en el equipo de trabajo la consecuencia radica en los lazos afectivos que forman entre ellos y el tiempo en que se tarda en adaptar el nuevo profesional al puesto de trabajo. La gran mayoría de los entrevistados mencionó que el impacto es mínimo a la hora de trabajar, ya que el nuevo profesional con el tiempo se adapta realizando la misma labor que el

funcionario que es desvinculado. Sin embargo, existe una cantidad considerable que menciona que el cambio sí influye en ellos, tanto en lo laboral como en lo afectivo. Finalmente, a nivel financiero, se evidencian pérdidas de recursos y de tiempo, tanto por la búsqueda a un nuevo profesional (proceso de reclutamiento y selección), como en su adaptación en la organización.

5. La principal causa que provoca conflictos entre los compañeros de trabajo es el estrés laboral que se produce en ocasiones por la alta sobrecarga en el trabajo.

6. Las técnicas de retención del personal son aquellas que permiten mantener trabajando a los profesionales en la organización de manera gratificante para brindar una atención de calidad a los pacientes. Se ha evidenciado que en los CESFAM las técnicas de retención según los directores consisten principalmente en capacitaciones, aumento de sueldo, estabilidad laboral y actividades de autocuidado.

7. Los profesionales (principalmente los más antiguos) evidencian que existen otras técnicas de retención extra, de las cuales se destacan actividades extralaborales, autonomía del trabajo, flexibilidad en los horarios, cercanía con la jefatura y reconocimiento.

8. Los profesionales identifican las técnicas de retención como aquellas actividades o beneficios que permiten aumentar su satisfacción y que facilitan su labor en el puesto de trabajo que imparten. Los efectos que estas producen son:

a. Capacitaciones: generan dos grandes efectos, especialmente, satisfacción y motivación. Estos procesos permiten la especialización del personal y un aumento de grado dentro de la jerarquía profesional, lo que conlleva un mejor currículo y aumento de sueldo. No obstante, se debe considerar cuáles son las capacitaciones que se realizan y a qué van dirigidas, puesto que las evidencias logran demostrar que así como existen perfeccionamientos acordes con su área de trabajo, existen otras que son consideradas como "poco funcional o de menor importancia", debido a que son muy generales y básicas que no tienen relación con su área de especialidad, disminuyendo el interés y tomándolas con poca seriedad.

b. Aumento de remuneración: al pasar los años y a medida que los profesionales se van capacitando, van subiendo de grado, lo que conlleva un aumento de sus remuneraciones o salario. Para los profesionales esta posibilidad es satisfactoria, estando completamente satisfechos con las remuneraciones que recibe cada uno, según el nivel en el cual se encuentran.

c. Estabilidad laboral: se refieren al hecho de poseer un contrato indefinido. Para los profesionales la posibilidad de optar por un trabajo estable genera dos grandes efectos en ellos: seguridad y satisfacción. Esto es verdaderamente satisfactorio, debido a que muchos profesionales al comenzar su vida laboral desean obtener dicha estabilidad, estar libre de incertidumbres respecto a mantenerse o desvincularse de su lugar de trabajo. Además, los encuestados más jóvenes mencionaron que es realmente agradable el hecho de poder optar a un trabajo seguro teniendo tan poca experiencia en el mundo laboral.

d. Actividades extralaborales y de autocuidado: los profesionales señalaron que lo más apreciable es poseer un buen ambiente laboral, cuyas relaciones con los colegas de trabajo tienen una importancia fundamental a la hora de trabajar y sentirse gratos, por tanto, muchos consideran que las actividades extralaborales son apreciables y que generan un espacio para la convivencia. Lo anterior permite dar paso a nuevos vínculos, más allá de simples compañeros de trabajo. En ese sentido, ayudan a aumentar la confianza, estableciendo mejores relaciones interpersonales, lo que se traduce en una mejora positiva en el clima laboral y en una reducción en los niveles de desgaste laboral que pueden padecer.

e. Autonomía en el trabajo: consiste en la libertad en la toma de decisiones con respecto a la implementación de procedimientos en sus funciones dentro de la institución para cumplir sus objetivos determinados. Esta posibilidad genera autoestima, satisfacción, tranquilidad y motivación.

f. Flexibilidad laboral: se refieren a los permisos de los que pueden contar para hacer frente a cualquier contratiempo fuera del ámbito laboral. Esta flexibilidad es verdaderamente apreciable y es bien destacada en su totalidad. A los profesionales les resulta muy placentero la facilidad y la comprensión que ofrece la organización para poder ausentarse de su puesto de trabajo por un tiempo determinado (siempre y cuando el profesional no tenga algún deber con los pacientes), para atender un inconveniente. Mencionan que existen empresas u organizaciones que, para lograr algún permiso, es necesario cumplir con procedimientos burocráticos tediosos, y esta concientización potencia aún más a la flexibilidad laboral de las organizaciones.

g. Reconocimiento de logros: consiste en pequeños premios por parte de jefatura hacia los trabajadores con respecto a su labor dentro de la organización relacionada, por ejemplo, el logro de los objetivos de trabajo y la

planificación relacionada con ello, ya sea de carácter mensual, trimestral o anual.

h. Celebraciones: se refieren a actividades como la celebración de cumpleaños, día del trabajador, Navidad u otras celebraciones de carácter transversal.

9. Los efectos identificados producidos por las técnicas de retención del personal anteriormente mencionadas son: satisfacción, motivación, seguridad, confianza, disminución de estrés y aumento de la autoestima.

DISCUSIÓN

Como se ha podido evidenciar, la demanda de los usuarios en los centros de salud familiar es alta en las diferentes áreas de profesionales; la cantidad de profesionales que se presentan en dichas áreas no siempre es la adecuada, evidenciándose escasez de dichos funcionarios en los CESFAM considerados en esta investigación. A raíz de lo anterior es que se vislumbran dos problemáticas. Por un lado, afecta directamente a los profesionales, ya que presentan una carga laboral mayor. Por consiguiente, producen problemas a los pacientes/usuarios y, en consecuencia, deben esperar días para obtener una hora de atención y, en muchos casos, los problemas requieren de una pronta atención. Por tanto, sería adecuado pensar en que es necesario un aumento de puestos de trabajo para suplir la demanda.

Los profesionales entrevistados respaldan lo anteriormente mencionado, señalando la necesidad de incrementar el número de vacantes para satisfacer positivamente la alta demanda existente. No obstante, la decisión no recae exclusivamente en los directivos, sino que también recae en la gestión de las municipalidades y el departamento de salud correspondiente, los cuales se encargan de gestionar los procedimientos relacionados con contrataciones y procesos vinculados con la planificación del recurso humano, delegando incluso en aquellas comunas con una población reducida, la libertad en los directores y las distintas áreas de dichos centros de salud para aplicar procedimientos de los cuales (en muchas ocasiones), sí poseen los conocimientos y facultades necesarias para llevarlas a cabo. Ahora bien, antes de habilitar nuevas vacantes de trabajo es necesario considerar la especialización de los centros de salud en la ejecución de las técnicas de retención del personal, considerando aspectos tales como la selección de las técnicas, forma de aplicarlas, intereses propios de los profesionales, necesidades etc. Por tanto, antes de generar nuevas vacantes de trabajo

para suplir la demanda, se debe esforzar y trabajar en mantener una estabilidad del personal lograda con base a retener al personal. Dicho apartado se menciona debido a que en uno de los CESFAM investigados se evidenció un aumento de puestos de trabajo, generándose dos nuevas vacantes de carácter indefinido. Una de esas vacantes que se pretendió cubrir tenía menor demanda en comparación con el área psicológica. La explicación a ello entregada por el director del CESFAM se debe a que existe una alta rotación de psicólogos. Por lo mismo, se hace necesario alcanzar una estabilidad del personal y disminuir la rotación no deseada de este cargo. Esta rotación no deseada es mucho más evidente en CESFAM ubicados en zonas rurales que en aquellos que se encuentran en zonas urbanas.

En ese sentido, Meza¹⁶ señala que en los últimos veinte años la tasa de crecimiento de la población de las áreas urbanas de la región de las Américas ha duplicado la tasa de las áreas rurales. Del mismo modo, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo a que exista un mayor desequilibrio en la distribución urbana-rural de los RHUS. A este respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que en la región la densidad de médicos en zonas urbanas puede cuadruplicar la del país, mientras que las densidades de médicos rurales pueden ser ocho veces menor. Esto refleja que las comunidades rurales continúan teniendo un acceso muy limitado a los servicios sanitarios en comparación con la población que vive en zonas urbanas.

La rotación del personal se produce por múltiples motivos y una de las acciones para disminuirlas son las técnicas de retención del personal. Otro método para evitar aquellas rotaciones exageradas, puede ser la selección correcta del personal que filtre a los profesionales nuevos que se incorporan. En muchas ocasiones la selección del personal asegura que aquel profesional contratado no presentará algún problema repentino que ponga en problemas el normal funcionamiento de la organización.

Por otro lado, se suelen asociar las remuneraciones o técnicas de retención con un aumento de sueldo, el cual es efectivo. En contraposición, Celis²⁰, afirma que no es suficiente y, por más que se le incremente su remuneración producto de un aumento en sus labores, la persona comenzará a rechazar el trabajo, comenzando a adquirir mayor importancia las horas libres, el tiempo para el descanso, etc. Por tanto, es necesario comenzar a implementar otras técnicas no monetarias, las que pueden ser un mejor factor motivacional que favorezcan

la permanencia de los profesionales en el puesto de trabajo.

Las técnicas de retención del personal que son aplicadas en ciertos CESFAM, generalmente se llevan a cabo de forma estructurada, incuestionable, protocolares, que no se ajustan a todas las necesidades del profesional inmerso en la institución, obviando en ocasiones los puntos de vista que tienen los funcionarios respecto de los procesos, efectos y consecuencias que impactan en su área laboral. Un caso en particular a destacar dentro de la presente discusión guarda relación con la técnica de retención enfocada en capacitar al personal de los CESFAM, evidenciando que si bien existe una cantidad de funcionarios que vivencia dicha técnica como algo gratificante y de valor personal, existe además otro número importante que reporta poca significancia en las temáticas de dichos procesos, enfatizando en que los conocimientos que pueden recibir en los cursos son muy generales, repetitivos y poco aplicables en su entorno de trabajo.

Estas dificultades en los procesos de perfeccionamiento no son tan simples de resolver, debido a la dependencia a la municipalidad. Sin embargo, la preocupación por la motivación de los trabajadores y los profesionales de los CESFAM no puede ser dejada de lado. El incremento en la satisfacción de los profesionales que trabajan con los usuarios de esos establecimientos se traducirá en un aumento en la efectividad de los tratamientos terapéuticos. Celis¹⁴, refuerza la idea anterior, afirmando que la efectividad de la terapia es la persona del terapeuta. Sin ello, la técnica y la teoría no son suficientes para provocar un cambio que incremente la calidad de vida de las personas que solicitan de sus servicios. Por lo mismo, sin considerar primero la sensación de satisfacción de los profesionales de los CESFAM, es poco probable que se obtengan resultados exitosos de los tratamientos hacia los pacientes/usuarios.

CONCLUSIONES

Existen variadas técnicas de retención del personal, que pueden ser de tipo monetario o no monetario. En las organizaciones investigadas se identificaron técnicas de retención correspondientes a capacitaciones, aumento de sueldo, el acceso a estabilidad laboral, actividades de autocuidado, autonomía del trabajo y flexibilidad en los horarios, cuyos efectos generalmente se relacionan con satisfacción, motivación, seguridad, especialización personal, trabajo en equipo, disminuyendo de esta forma los niveles de estrés. Estos efectos permiten que

aumente la intención y deseo de los profesionales por permanecer en la institución, luchando así contra la rotación del personal. García²¹, menciona que los factores más importantes en torno a la estabilidad laboral, son el aumento de la motivación en los trabajadores, mejoras en la formación de equipos eficientes, fortalecimiento de las políticas de la organización, ejecutar proyectos a largo plazo y, finalmente, generar una referencia positiva para el usuario.

Paralelamente, dichos efectos producen consecuencias positivas en la productividad o servicio que se le brinda al usuario. Según Fuentes²², los primeros puntos de vista sobre la relación satisfacción-productividad, pueden resumirse en la afirmación de que un trabajador feliz, es un trabajador productivo. Cabe destacar la importancia y presencia de investigaciones que indican que sí existe una relación positiva entre la satisfacción y la productividad. Junto a lo anterior, Sum²³, menciona:

"La motivación en el trabajo es el conjunto de fuerzas internas y externas que hacen que un individuo de lo mejor de él y así también elija un acto de acción y se conduzca de cierta manera por medio de la dirección y el enfoque de la conducta, el nivel de esfuerzo aportado y la persistencia de la conducta."

En otro apartado Sum²³, reafirma que la motivación influye en el desempeño laboral de los colaboradores. Ahora bien, es necesario considerar al ser humano como un organismo complejo. León²⁴, concibe y entiende al hombre como una complejidad de muchas partes y no como un todo complejo, que conforma y a la vez, es excluido. El problema que se pretende dar a conocer, se fundamenta en la incapacidad de analizar el todo de las partes y las partes del todo. Es importante considerar estas diferencias que se desprenden desde esa complejidad cuando se debe elegir y aplicar ciertas técnicas de retención en un personal determinado, puesto que esas técnicas producen, generalmente, los efectos mencionados en cuanto a incrementar la motivación de los funcionarios. Sin embargo, dichos efectos no son producidos en su totalidad, y tal como se observó en la presente investigación, existen algunos grupos menores cuyas técnicas de retención que se emplean no les satisfacen mayormente. En ese sentido, y a manera de ejemplo, se pueden considerar las actividades extralaborales, las cuales tienen como objetivo favorecer el descanso y el relajo de los funcionarios, controlando la tensión y el

estrés, y favoreciendo las opciones para integrarse con el grupo de trabajo. Al revisar el nivel de aceptación de estas actividades, se observó que ello depende del agrado o interés del trabajador hacia ella, lo cual no era compartido en forma unánime por los profesionales. De esta manera, se desprende que es conveniente realizar una selección rigurosa del tipo de actividad a realizar y de su novedad, y no simplemente implementar algunas que sean estandarizadas y repetitivas, las cuales terminan siendo criticadas por los asistentes y dificultando la obtención del efecto esperado; esto es, incrementar los niveles de satisfacción y motivación de los funcionarios.

Por otro lado, la rotación del personal se produce por una serie de factores, y la principal causa radica en la renovación del personal a causa de las exigencias de la Municipalidad, mencionando que 20% de los empleados debe ser renovado cada año. Y también es posible encontrar cierta cantidad de profesionales que rotan en forma voluntaria, argumentando las malas relaciones interpersonales y conflictos entre los compañeros de trabajo. Este último factor es importante a considerar debido a que el ser humano es un ser social, y cuando esta área se ve afectada, trae consigo serias consecuencias tal como la deserción de la organización. Si lo que se pretende es retener al personal y mantener un equipo estable, se debe producir un principal énfasis en las relaciones interpersonales de los trabajadores, evitando actividades que sean de riesgo para aquellas relaciones, fortaleciéndolas con técnicas enfocadas a estimular los contactos interpersonales, tales como lo son las actividades extralaborales. Sin embargo, para que se produzca los efectos deseados, es necesario de una evaluación exhaustiva, con el objetivo de implementar las mejores prácticas para aquellos a quienes van dirigidos.

Para finalizar, el presente estudio deja en evidencia las problemáticas y la complejidad que vivencian las áreas de gestión del recurso humano día a día por mantener una calidad óptima, cuando el comportamiento es la base principal en cada organización, más aún cuando la sociedad genera una alta demanda en los servicios de salud analizados. Es importante destacar los inminentes esfuerzos de los centros de salud familiares, al alero de sus municipalidades correspondientes, por mantener y mejorar el potencial del personal inmerso, promoviendo un desarrollo organizacional constante y un compromiso por una mejora continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Inostroza M. (28 de abril de 2015). CASEN: Refleja que la demanda supera la oferta en salud. El Mercurio, Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile, 2015. Recuperado de: <https://www.ispandresbello.cl/casen-refleja-que-la-demanda-supera-la-oferta-en-salud/>.
- 2) Chaparro D, Guzmán A, Naizaque L, Ortíz S, Jiménez W. Factores que originan la rotación del personal auxiliar de odontología / Factors causing Dental Assistant Turnover. UO [Internet]. 25jun.2015 [citado 8oct.2019]; 34(72):75-2. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/14955>.
- 3) Chiavenato I. Gestión del talento humano. Tercera edición. México D.F.; Mc Graw Hill /interamericana editores.
- 4) Cáceres C. Chile es uno de los países con mayor rotación laboral de la OCDE. La tercera.com [internet]. Chile; 2016 [citado 23 nov2018]. Disponible en: <https://www.latercera.com/noticia/chile-es-uno-de-los-paises-con-mayor-rotacion-laboral-de-la-ocde-37/>
- 5) Banco Central de Chile. Informe de política monetaria junio 2016, [citado 9 oct 2018]. Disponible en: https://www.bcentral.cl/documentos/20143/32019/bcch_archivo_164644_es.pdf/bfb1af84-b6ff-c96e-3682-5f1e01238f3f
- 6) Linares J. ¿Qué es el índice de rotación de personal y cómo se calcula? [Internet]: Easyrecrue; 11 septiembre de 2018 [Consultado 30 Octubre 2018]. Disponible en: <https://news.easyrecrue.com/es/rotacion-de-personal>
- 7) Kelly Services [internet]. Mexico; 2017 [Citado 5 Noviembre 2018]. Disponible en: <https://blog.kellyservices.com.mx/indices-de-rotacion-a-nivel-nacional-en-ti>
- 8) Chiavenato I. Administración de recursos humanos. Santafé de Bogotá, Colombia: Editorial Nomos S. A. 2001. Disponible en: <https://cucjonline.com/biblioteca/files/original/f37a438c7c5cd9b3e4cd837c3168cbc6.pdf>
- 9) Loyola J. Diseño de un plan para disminuir a rotación de vendedoras en una empresa de retail. 2014 [citado 15 nov 2018]:9-10. disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116157/cf-loyola_jr.pdf?sequence=1
- 10) Roberston T. La rotación del personal y sus consecuencias negativas [Internet]: Cuida tu dinero; 1 de febrero de 2018 [Citado 13 Enero 2019]. Disponible en: <https://www.cuidatudinero.com/13165970/la-rotacion-de-personal-y-sus-consecuencias-negativas>
- 11) Chavarría F. Rotación de personal y su impacto en el servicio al cliente. Gestipolis. 2010 [citado 12 nov. 2018]. disponible en: <https://www.gestipolis.com/rotacion-personal-impacto-servicio-cliente/>
- 12) THC The Talent System [internet]: THT Editorial; 2017[Citado 22 mayo 2019].Disponible en: <https://tht.company/3-problemas-generados-por-la-rotacion-de-personal/>
- 13) Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. Rev.Med. Chile [Internet]. 2017 [Citado 2 Junio 2019]; 145: 879-887. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872017000700879&script=sci_abstract&tlng=es
- 14) Celis R. Reflexiones sobre el profesional clínico y su rol de líder en la humanización de la salud. Resbic [Internet]. 2018 [Citado 8 Octubre 2018]; vol. 2, pág. 37-48. Disponible en: <http://www.revistasaludybienestarcolectivo.com/gallery/3%20rev%20n%202%202018%20ene%20jun%202018%20rev%20sal%20y%20bien.pdf>
- 15) Dois A, Ojeda I, Vargas I, Larrea M, Quiroz M, Rodríguez M, et al. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Vol. 1. OPS/OMS [Internet]. 2012 [Citado 7 marzo 2019] Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- 16) Meza D. Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales rurales en Chiloé [Tesis de grado]. Chile: Universidad de Chile; 2016. 109 p. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/482/Tesis_Damaris%20Meza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 17) Zoio G, Cavada A, Sarmiento R, Dal M. Recursos humanos para la salud: Crisis global y cooperación internacional. C&SC [Internet]. 2017 [Citado 17 Abril 2019]; 22(7):2237-2246. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/es_1413-8123-csc-22-07-2237.pdf
- 18) Dayrit M, Dolea C, Dreesch N. Abordando la crisis de los recursos humanos para la salud: ¿hasta dónde hemos llegado? ¿qué podemos esperar lograr al 2015? Rev. perú. med. exp. [Internet]. 2011 [Citado 10 mayo 2019]; Vol. 28(2): 327-36. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200026
- 19) Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V; 2014. Disponible en: <https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/>

periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

20) Celis R. El trabajo como factor psicosocial de protección. Resbic [Internet]. 2019 [Citado 3 Julio 2019]; Número, 4. Enero-Junio. Universidad de los Lagos, Puerto Montt, Chile.

21) García G. Argumentos económicos [Internet]. 9 beneficios de la estabilidad laboral. España; [Citado 26 de Julio de 2019]. Disponible en: <https://argumentoseconomicos.com/2016/06/16/9-beneficios-de-la-estabilidad-laboral/>

22) Fuentes S. Satisfacción laboral y su influencia en la productividad [Tesis de grado]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2012. 109 p. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/43/Fuentes-Silvia.pdf>

23) Sum M. Motivación y desempeño laboral [Tesis de grado]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2015. 107 p. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/43/Sum-Monica.pdf>

24) León C. Crear para no morir: el mito de la publicidad [Tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. 92 p. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis87.pdf>

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MUJERES EMPRENDEDORAS DE LA REGIÓN DE LOS LAGOS, CHILE.

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN WOMEN ENTREPRENEURS OF THE REGION OF LOS LAGOS, CHILE.

Alex Véliz B¹, Anita Dörner París², Juan Guillermo Estay^{3,4}, Germán Moreno L⁵, Víctor Hugo Robles-Francia⁶, Andrés Meza P⁵.

ABSTRACT

We sought to identify the level of emotional intelligence in women entrepreneurs in the Los Lagos Region. We worked with 123 women entrepreneurs from different areas, to whom the TMMS 24 emotional intelligence scale was applied. The results indicate that women entrepreneurs report emotional intelligence levels high in the perception and emotional regulation dimensions. There are differences between those who work part-time and full-time in their endeavors. It can be seen that in all three dimensions there are more than 10% of women who are at the low level. The data analysis conducted shows that the factors of emotional intelligence could contribute to the understanding of the female entrepreneurship.

KEY WORDS: female entrepreneurship, emotional intelligence, emotional perception, emotional understanding, emotional regulation.

RESUMEN

Con el propósito de identificar el nivel de inteligencia emocional en mujeres emprendedoras de la Región de Los Lagos, se trabajó con 123 mujeres emprendedoras de diferentes áreas, a quienes se les aplicó la escala de inteligencia emocional TMMS 24. Los resultados indican que las emprendedoras reportan niveles de Inteligencia emocional alto en las dimensiones percepción y regulación emocional. Existen diferencias entre las que trabajan a tiempo parcial y tiempo completo en sus emprendimientos. Se puede observar que en las tres dimensiones existen más de un 10% de mujeres que se encuentra en el nivel bajo. El análisis de datos realizado muestra que los factores de la inteligencia emocional podrían aportar a la comprensión del espíritu empresarial femenino.

PALABRAS CLAVE: emprendimiento femenino, inteligencia emocional, percepción emocional, comprensión emocional, regulación emocional.

INTRODUCCIÓN

Aunque los emprendedores pueden no estar recibiendo altos beneficios financieros, obtienen algo más valioso por desarrollar su propia empresa, una opción de autorrealización. Estos otros elementos no directamente económicos favorecen en los y las emprendedores/as mayores niveles de felicidad y satisfacción vital. En este sentido, es posible reconocer

que las microempresas desarrolladas por personas con bajo nivel de educación formal pero que han desarrollado procesos de aprendizajes a través de la experiencia, con obligaciones familiares y con alta dependencia económica de la actividad microempresarial, muestran mayores posibilidades de supervivencia. Las cifras indican que las microempresas con base social que tienen mayor probabilidad de sobrevivir a la etapa crítica de su desarrollo, superan los 3 primeros años de vida¹. Con respecto a la tipología de los emprendedores, en cuanto a actitudes y comportamiento al asumir la conducción de su empresa, es posible detectar que pueden encontrarse frecuentemente en estas personas, la aceptación constante de retos, su habilidad para las relaciones humanas, la capacidad de persuasión, la acumulación de experiencia y madurez en el oficio, la apertura y flexibilidad para el cambio, alta tolerancia a la frustración, la persistencia, el apego y la valoración afectiva por el significado de su emprendimiento, el

Recibido: 20 Julio, 2019

Aprobado: 26 Septiembre, 2019

¹Universidad de Los Lagos, Chile. Departamento de Ciencias Sociales. ²Universidad de Los Lagos, Chile. Departamento de Salud. ³Universidad Católica de Temuco, Chile. ⁴Universidad Adventista de Chile. ⁵Universidad de las Américas, Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. ⁶Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

Correspondencia: alex.veliz@ulagos.cl

espíritu emprendedor, la aceptación de riesgos y la cultura del esfuerzo y dedicación².

En este contexto las emprendedoras mujeres demuestran una mayor sensibilidad hacia las necesidades de su entorno y hacia las diferencias culturales en el ámbito empresarial, considerándose que todo ello constituye ventajas competitivas frente a los microempresarios varones³.

Desde un punto de vista social, Domínguez y Brown⁴, señalan que el mercado de trabajo no es neutro en cuestiones de género; la presencia de hijos y de adultos mayores tiene cierta influencia en las decisiones de las mujeres para trabajar en el domicilio, fuera del hogar o bien para permanecer al margen del mercado laboral.

Frente a esta situación, la oferta laboral femenina no solo depende de aspectos económicos, sino también de factores sociales (y aun culturales) relacionados con el uso y repartición del tiempo dentro del hogar y fuera de él, los apoyos o las propias cargas familiares que les son asignadas culturalmente. Es posible que lo anterior se asocie a cuestiones sociales y culturales que se han relacionado directamente con el quehacer tradicional (no natural) de las mujeres dentro del hogar⁵.

La evidencia parece indicar que, además de ser mujeres, sus empresas son generalmente muy pequeñas y en la mayoría de las ocasiones no cumplen con los requisitos para que se les otorgue un crédito⁶. En este sentido, las diferencias en el tipo de negocios son atribuibles a las barreras socioculturales, las mujeres con microemprendimientos tienden a trabajar en actividades relacionadas con el hogar porque son socialmente mejor aceptadas⁷.

Otro aspecto importante de abordar es la demanda por generación de recursos familiares. Aquí es donde el emprendimiento y la informalidad han ganado importancia en las últimas décadas como alternativa de generación de ingresos y construcción de dinámicas productivas. Las iniciativas independientes de negocio son una opción de generación de empleo, lo cual ha suscitado un creciente interés académico, técnico y de las políticas públicas⁸.

En los países en los que culturalmente las mujeres siguen siendo vistas como las encargadas del cuidado del hogar y de los hijos, presentan mayores obstáculos para el emprendimiento, aquellas que se aventuran a iniciar negocios son vistas como disruptivas del orden social establecido y a menudo son penalizadas socialmente por su interés en ser independientes y generar ingresos

propios. Adicionalmente, bajo estas construcciones sociales, las mujeres no reciben la misma capacitación que sus contrapartes hombres para la administración de los negocios. Su administración se basa en los saberes ancestrales del cuidado del hogar en los que prima la búsqueda del interés colectivo y la minimización del riesgo para sus integrantes; así, la forma de manejo de los negocios es diferente, se caracteriza por una menor orientación al logro y mayor cohesión, una menor búsqueda de ganancias pero, más búsqueda de independencia⁹.

Como ya se ha mencionado, ser emprendedor/a requiere contar con habilidades técnicas y socioemocionales o desarrollarlas para favorecer el micro emprendimiento. En este contexto, aparece el concepto de inteligencia emocional. Esta puede ser entendida como una capacidad o habilidad para procesar la información emocional que llega a las personas y utilizar esa información como insumos para responder adecuadamente ante otros, en los diferentes contextos en los que se ven enfrentados los individuos¹⁰. En este mismo sentido, la inteligencia emocional se concibe como un conjunto de factores emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad adaptativa de las personas frente a las presiones y demandas del ambiente personal, social y/o laboral^{11,12}.

Existe evidencia que sugiere que la Inteligencia Emocional podría predecir los resultados en el trabajo y los procesos de adaptación social y emocional en el mismo contexto¹³, es razonable esperar que este constructo también prediga otras formas de éxito en la carrera profesional de un individuo¹⁴. Esta Inteligencia Emocional bajo ciertas circunstancias podría constituir un factor predictor de los resultados del emprendimiento, pues un buen nivel o un bajo nivel de inteligencia emocional podría potenciar las habilidades de comprender las emociones propias y de los otros en el contexto laboral o por otra parte dificultar su comprensión^{15,16}, por lo que este constructo debería ser abordado en las investigaciones sobre emprendimiento¹⁷.

En cuanto a su estructura, las competencias emocionales pueden agruparse en cinco grandes áreas: autoconocimiento, autorregulación, conciencia social, dirección de relaciones y habilidades sociales¹⁸.

Dicho modelo se estructura en cuatro dimensiones e integra veinte competencias¹⁹:

1. Conciencia de uno mismo: autoconciencia emocional, autoevaluación y autoconfianza.
2. Autogestión: autocontrol, fiabilidad, minuciosidad, adaptabilidad, orientación hacia el logro, iniciativa.
3. Conciencia social: empatía, orientación hacia el servicio, conciencia organizativa.
4. Gestión de las relaciones: desarrollar a los demás, influencia, comunicación, resolución de conflictos, liderazgo con visión de futuro, catalizar los cambios, establecer vínculos, trabajo en equipo y colaboración.

Bajo esta mirada Zampetakis *et al*¹⁵, sugieren que los individuos con elevada inteligencia emocional poseen buena percepción sobre su auto-eficacia emocional y menor nivel de aversión al riesgo²⁰. Estas características emocionales les pueden permitir perseverar en su intención de alcanzar un objetivo cuando surjan problemas imprevistos, siendo esto importante para las actitudes e intenciones relacionadas con la puesta en marcha de una empresa, dado los niveles de riesgo que las actividades empresariales comportan.

Los individuos con alta inteligencia emocional creen en sus habilidades emprendedoras y se perciben como personas con más y mejores oportunidades para desarrollar actividades emprendedoras, puesto que se adecuan mejor al entorno, trabajan mejor bajo condiciones de estrés y se adaptan mejor a los cambios, impulsando todo ello su voluntad emprendedora²¹.

Por consiguiente, la habilidad para interactuar con otras personas y construir redes de relaciones, rasgo asociado a la Inteligencia Emocional, es extremadamente importante para la explotación de la oportunidad²¹, lo que se vería reflejado en los emprendimientos que cada una de las personas se atreve a desarrollar y perseverar en ellos. En este sentido el objetivo del estudio fue determinar el nivel de inteligencia emocional de mujeres emprendedoras de zonas costeras de la Región de Los Lagos.

MATERIALES Y MÉTODO

Se contactó a 123 mujeres (Media de edad=41,2 años; Dt= 7,2 años) con microemprendimientos de la Región de Los Lagos, Chile a quienes se aplicó la escala de inteligencia emocional de 24 ítems denominada TMMS 24 que mide tres dimensiones de la inteligencia emocional: percepción, comprensión y regulación emocional, cada una con 8 ítems. Además se consultó respecto a proyección del emprendimiento, años del

emprendimiento, formalización, entre otros aspectos. La participación fue voluntaria previa firma de un consentimiento informado y se procuró guardar el anonimato de las participantes con la finalidad de resguardar las normas éticas internacionales.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la aplicación de la escala.

Se observa en la tabla 1, que 88,8% de las mujeres emprendedoras se encuentran en un nivel general de inteligencia emocional adecuado o alto, revelando una buena capacidad para utilizar los estímulos emocionales en sus relaciones con otros, lo que puede ser positivo para el desarrollo de sus micro emprendimientos.

Tabla 1. Nivel de inteligencia emocional general de las microemprendedoras

Nivel de Inteligencia Emocional	N	Total
Bajo	14	11,2
Adecuado	52	42,4
Alto	57	46,4
Total	123	100

Cuando se desagrega el nivel general de inteligencia emocional por área del microemprendimiento, se observan distribuciones similares por cada una de estas áreas en cada actividad (tabla 2).

En la tabla 3 se puede observar, cuando se verifican los niveles de inteligencia emocional en función del tiempo que cada mujer invierte en su microemprendimiento, que el mayor porcentaje de las emprendedoras dedican tiempo parcial (51,2%). Aquellas que dedican tiempo parcial presentan un nivel de inteligencia general más bajo (7,6%), al mismo tiempo un porcentaje más bajo de ellas presenta un alto nivel general de inteligencia emocional (16,8%) versus un 29,6% de las mujeres que dedican tiempo completo al microemprendimiento.

Tabla 2. Nivel de Inteligencia emocional según área de emprendimiento.

Área de Inteligencia Emocional	Área de Emprendimiento				Total
	Artesanía	Repostería	Turismo	Servicios	
Bajo	3,9	2,4	2,2	2,7	11,2
Adecuado	11,7	11,1	10,4	9,2	42,4
Alto	14,4	10,4	11,7	9,9	46,4
Total	30	23,9	24,3	21,8	100

Tabla 3. Nivel de inteligencia emocional de microempreendedoras según tiempo de dedicación al emprendimiento.

Dedicación al Emprendimiento	Área de Emprendimiento			Total
	Bajo	Adecuado	Alto	
Tiempo completo	3,6	15,6	29,6	48,8
Tiempo parcial	7,6	26,8	16,8	51,2
Total	11,2	42,4	46,4	100

Cuando se desagrega la inteligencia emocional según dimensiones, se puede observar que la percepción emocional es la que presenta el porcentaje más alto en el nivel Bajo de Inteligencia emocional (17,1%), indicando que prácticamente 2 de cada 10 mujeres encuestadas presentan una baja percepción de sus emociones.

Si bien, la mayoría de las emprendedoras se encuentran ubicadas en los niveles adecuado y alto. Se

puede observar que en las tres dimensiones existen más de un 10% de mujeres que se encuentra en el nivel bajo.

DISCUSIÓN

El análisis de datos realizado muestra que los factores de inteligencia emocional podrían aportar a la comprensión del espíritu empresarial femenino, debido a que la mayoría reporta niveles adecuados y altos en

Tabla 4. Nivel de Inteligencia Emocional según dimensiones en emprendedoras.

Dimensiones	Área de Emprendimiento		
	Bajo	Adecuado	Alto
Percepción emocional	17,1	55,2	27,7
Comprensión emocional	13,4	67,5	19,1
Regulación emocional	14,7	58,4	26,9

inteligencia emocional y en las respectivas dimensiones evaluadas. Estos niveles indicarían que en su mayoría las mujeres emprendedoras son capaces de identificar sus emociones y las de los demás, entender de donde aparecen o a que están ligadas, pudiendo diferenciar las emociones de los otros/as de las propias; en el mismo sentido, serían capaces de regular las emociones y actuar de una manera adecuada al contexto social. Estos factores son importantes, puesto que contribuyen a generar un ambiente emocional positivo para el desarrollo de los emprendimientos, teniendo las habilidades para hacer frente a un entorno que muchas veces es adverso²².

Sin embargo, los mismos factores que explican el espíritu empresarial como facilitadores son aquellos que pueden ser discutidos, potencialmente, como limitación. En la actualidad, la falta de cultura emprendedora y apoyo social influye, en gran parte en el emprendimiento femenino, jugando en esto la educación y la formación un papel clave. No obstante, fortalecer la inteligencia emocional como un factor potenciador de la adaptación y comprensión de las personas a su entorno, puede ser un elemento a considerar como aporte para el fortalecimiento de esta cultura emprendedora.

A nivel macro, se recomienda una política que promueva las relaciones de los emprendedores/as con otros emprendedores/as. La experiencia de participar en redes empresariales posibilita que a través de ellas, diferentes habilidades sean transferibles para enriquecer las oportunidades y ayudar en la gestión. Es necesario, también, políticas que faciliten el trabajo y la conciliación familiar; ser mujer implica responsabilidades familiares desiguales entre hombres y mujeres que impiden la iniciativa empresarial.

En el estudio se observa además, que las mujeres poseen niveles altos de inteligencia emocional, lo que les permitiría hacer frente a los desafíos que los emprendimientos exigen, pero sobre todo a los cánones socioculturales que promueven ciertos sentimientos, creencias, opiniones y conductas conservadoras que son reforzadas por las dificultades económicas y sociales que aparecen y que con alta frecuencia provocan una carga extra en las emprendedoras, ante lo cual las mujeres que deciden emprender han logrado desarrollar un alto nivel de confianza emocional²³.

Sería importante realizar un estudio que involucre otras variables socioemocionales que han sido reportadas como claves para el emprendimiento. Entre ellas, la autoeficacia, el autoconcepto, algunos rasgos de personalidad, la calidad de vida, entre otros. Confirmar si por zonas geográficas o por país los resultados son similares. Al mismo tiempo verificar, si estos resultados difieren de los obtenidos por emprendedores varones.

Se concluye que las mujeres microempreendedoras reportan niveles de inteligencia emocional predominantemente medios -altos y en las distintas dimensiones de inteligencia se aprecian niveles adecuados.

Esta investigación deja abiertas varias líneas que pueden profundizarse en futuras investigaciones, como los análisis sociales, contexto económico en la que se encuentran las mujeres y sus características que las pueden hacer tener éxito en su camino de emprendimiento²⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Taxis Flores M, Ramírez Urquidí M, Aguilar Barceló J. G. Microempresas de base social y sus posibilidades de supervivencia, Contaduría y administración. 2016; 61(3): 551-567. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2015.04.001>
- 2) Molina R, López A, Contreras R. El emprendimiento y crecimiento de las Pymes, Acta Universitaria. 2014; 24(1): 59-72. doi: 10.15174/au.2014.701
- 3) Guzmán J, Rodríguez M. J. Comportamiento de las mujeres empresarias: una visión global, Revista de Economía Mundial. 2008; 18: 381-392.
- 4) Domínguez L, Brown F. Diferencias de género en la elección del sitio de trabajo en un contexto de crisis, Revista CEPAL. 2013; 111:83-102
- 5) Sánchez Vargas A, Herrera Merino A. L, Perrotini Hernández I. La participación laboral femenina y el uso del tiempo en el cuidado del hogar en México, Contaduría y administración. 2015; 60(3): 651-662. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2015.05.013>
- 6) Guerrero Ramos L, Gómez Gutiérrez E, Armenteros Acosta M. Mujeres emprendedoras: similitudes y diferencias entre las ciudades de Torreón y Saltillo. Coahuila, Revista

- Internacional Administración & Finanzas (RIAF). 2014; 7(5):77-90.
- 7) Kargwell S. A comparative study on gender and entrepreneurship development: still a male's world within UAE cultural context, *International Journal of Business and Social Science*. 2012; 3 (6):44-55.
- 8) Suárez R. Mujeres empresarias en Colombia: Hacia la autonomía económica y la construcción del cuidado [master tesis] Bogotá D.C. Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- 9) Castiblanco S. La construcción de la categoría de emprendimiento femenino, *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar de Nueva Granada*. 2013; XXI(2): 53-66.
- 10) Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence. New ability or eclectic traits?, *American Psychologist*. 2008; 63 (6): 503-517. Doi: 10.1037/0003-066X.63.6.503
- 11) Bar-On R, Parker J.D.A. (Eds). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace*. Jossey-Bass, San Francisco, CA (2000). p. 363-388
- 12) Bar-On R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI), *Psicothema*. 2006; 18: 13-25
- 13) Veliz Burgos A, Dörner Paris A, Soto Salcedo A, Reyes Lobos J, Ganga Contreras F. Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile, *MediSur*. 2018; 16(2): 259-266. Recuperado en 29 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200009&lng=es&tng=es.
- 14) Ahmetoglu G, Leutner F, Chamorro-Premuzic T. EQ-nomics: Understanding the relationship between individual differences in Trait Emotional Intelligence and entrepreneurship, *Personality and Individual Differences*. 2011; 51(8): 1028-1033.
- 15) Zampetakis LA, Kafetsios K, Lerakis M, Moustakis V. Investigating the role of self-construal in the formation of entrepreneurial intentions. *Front. Psychol*, 2015; 6:1085. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01085
- 16) Neghabi S, Yousefi M, Rezvani M. Emotional Intelligence and Entrepreneurial Behavior; Development of Personal Aspects of Intentions Model, 2011 *Interneural conference on information and Finance IPEDR*. 2011; 21: 27-31.
- 17) Cross B, Travaglione A. The untold story: is the entrepreneur of the 21st century defined by emotional intelligence?, *The International Journal of Organizational Analysis*. 2003; 11(3): 221-228. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/eb028973>.
- 18) Goleman D, Cherniss C. Inteligencia emocional en el trabajo: como seleccionar y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones. Barcelona, España: Editorial Kairos; 1st Edición, 2005.
- 19) Boyatzis R, Goleman D, Rhee K. Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory (ECI), 1999; Weatherhead school of management, Case western reserve university.
- 20) Foo M. Emotions and Entrepreneurial Opportunity Evaluation, *Entrepreneurship Theory and Practice*. 2011; 35(2): 375-393. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6520.2009.00357.x>
- 21) Mortan R. A, Ripoll P, Carvalho C, Bernal M. C. Effects of emotional intelligence on entrepreneurial intention and self-efficacy, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2014; 30(3): 97-104. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpto.2014.11.004>
- 22) Pérez-Pérez C, Avilés-Hernández M. Explanatory factors of female entrepreneurship and limiting elements, *Suma de Negocios*. 2016; 7(15): 25-31.
- 23) Razmus W, Laguna M. Dimensions of Entrepreneurial Success: A Multilevel Study on Stakeholders of Micro-Enterprises, *Frontiers in Psychology*. 2018; 9:791. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00791
- 24) Aguilar Morales N, Sandoval Caraveo M. del C, Surdez Pérez E. G. La gestión empresarial femenina en pequeñas empresas del giro industrial, *Acta Universitaria*. 2014; 24(1): 73-80. doi: 10.15174/au.2014.710

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD DE CHILE, PARTIENDO DEL DATO.

DECISION-MAKING PROCESS IN PUBLIC HEALTH INSTITUTIONS IN CHILE, BASED ON THE DATA

Enrique Pizarro-Ubilla¹, Pedro Villasana L.²

ABSTRACT

This work aims to contribute to the critical analysis of the decision-making process in public health care organizations of the State of Chile; its reasoning and, in particular, the quality criteria of the information that are used to constitute it as evidence underlying public management decisions. For this purpose, a non-exhaustive, critically hermeneutic review of available documents and backgrounded documents and background is carried out, what allowed background can characterize and note the absence of standardized criteria and systematic decision-making protocols, as well as quality control mechanisms for decisions and information that serve as a Input.

KEY WORDS: management, information, decision making, quality criteria.

RESUMEN

Este trabajo pretende contribuir al análisis crítico del proceso de toma de decisiones en organizaciones públicas de atención a la salud del Estado de Chile; su fundamentación y, en particular los criterios de calidad de la información que son utilizados para constituirlos como evidencia que fundamente las decisiones de la gestión pública. Para ello se realiza una revisión no exhaustiva, de carácter crítico hermenéutico de documentos y antecedentes disponibles, que permitió a partir de dichos antecedentes, caracterizar y constatar la ausencia de criterios estandarizados y de protocolos sistemáticos para la toma de decisiones, así como de mecanismos de control de calidad de las decisiones y de la información que les sirve de insumo.

PALABRAS CLAVE: gestión, información, toma de decisiones, criterios de calidad.

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones es un acto cotidiano que implica escoger, entre varias alternativas, la mejor. Esta mejor decisión se sustenta en los datos que luego puedan ser leídos en forma individual o grupal, con la siempre deseable intención de que se transformen en un

sistema de información en salud, que desde esta información construya conocimiento; tal vez, aún lejos de pensar en los procesos de comunicación y acción propuestos para estos sistemas¹; entendiendo que en estos procesos es donde se estructuran las decisiones que construirán la política pública del sector y su concreción en el espacio internacional, nacional y local. La utilidad de la información obtenida de los sistemas de información en salud dependerá estrechamente de las variables que fueron consideradas en el registro de acontecimientos que finalmente constituirán el dato y, éstos serán la clave para la toma de decisiones que permitirá la ejecución de las más variadas iniciativas de políticas públicas tendientes a monitorear y reducir las desigualdades en salud². Los diversos modelos de soporte a la toma de decisiones esperan poder aportar en el proceso desde el manejo de las incertidumbres, la variabilidad de las opciones, y las consecuencias de estas variables. Estas decisiones, serán fundamentales

Recibido: 30 Agosto, 2019 Aprobado: 26 Septiembre, 2019

¹Candidato Programa Magister en Salud Colectiva, Universidad de Los Lagos. Académico Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián, Sede La Patagonia, Puerto Montt. Subdirección de Gestión Clínica, Hospital de Puerto Montt, Chile.²Académico-Investigador. Departamento de Salud Universidad de Los Lagos, Chile.

Correspondencia: enrique.pizarro.ubilla@gmail.com

en la gestión en salud y seguimiento de indicadores en salud asociados a la iniciativa de Cuadro de Mando Integral³ y la nuevas políticas de gobierno Abierto y Open Data, las cuales sostienen que las actividades del gobierno y de la administración pública deben ser y estar abiertas a todos los niveles posibles para el escrutinio y supervisión eficaz de los ciudadanos⁴, entendiendo que estos también son parte del proceso de toma de decisiones.

Ramírez Albuja⁵, plantea que la innovación en la gestión pública y la implementación del Open Government (Gobierno Abierto), están llamadas a sustituir a la Nueva Gestión Pública, iniciativa también incubada desde la escuelas de administración pública británica. Esto vuelve a poner el foco en los datos y en la cultura organizacional de las instituciones de salud que se construye a su alrededor, la cual parece no estar preparada para recibir el ejercicio democrático en el cual se sustenta la iniciativa Gobierno Abierto⁶ y que se vincula directamente con la monitorización de los principios rectores de la Gobernanza: equidad, solidaridad, participación social y derecho a salud⁷. Estas consideraciones llevan a preguntar: ¿cómo es el proceso de toma de decisiones en las instituciones públicas de atención a la salud en Chile?, ¿tenemos un sistema de información en salud que fundamente las decisiones?, y de ser así, ¿está basado en datos de calidad?

Acerca del proceso de toma de decisiones:

En la toma de decisiones están involucradas diferentes actividades que caracterizan la forma en la cual las tomamos, entre otras en la adivinanza, la reacción visceral, la intuición o la experiencia basada en vivencias y opiniones⁸. Pocas veces gozan de certezas, describiéndose 3 características que establecen su complejidad: lo estructural, lo personal y lo político. De lo estructural, la magnitud de las incertidumbres, la gama de posibles consecuencias y la gravedad de las consecuencias se levantan como elementos relevantes, sin dejar de lado los aspectos personales de quienes toman las decisiones y los ámbitos políticos que frecuentemente subyugan a la mejor decisión técnica⁸.

Los métodos para la toma de decisiones buscan disminuir estas incertidumbres; los cuales están ampliamente desarrollados, para empresas privadas en general, situación distinta para las instituciones de salud, y mucho menos estructurada para las instituciones públicas de salud. De acuerdo a varios autores, el procedimiento general para la toma de decisiones consta de 5 etapas: 1) Definir el problema. 2) Analizar el problema y la información. 3) Identificar las posibles soluciones. 4) Establecer pautas, criterios o juicios de experto para

analizar las opciones. 5) Ejecutar el análisis de las opciones^{9,10}.

En general los métodos para la toma de decisiones se sustentan en la información disponible en los diferentes sistemas, pero vale preguntarnos, en salud ¿cómo es nuestra información para lograr contener la incertidumbre de la decisión? Resulta necesario comenzar por diferenciar entre datos e información; el primero nos habla de números en bruto u otras mediciones, y el segundo refiere a lo que se obtiene una vez que los datos se ordenan, procesan, analizan y sistematizan¹¹. El trabajo diario en las instituciones públicas, dentro de las que destacan las del ámbito de la salud, nos enfrenta cotidianamente a las incongruencias entre la forma en que registramos los acontecimientos constituyentes de los datos y la información que necesitamos obtener de los sistemas de información en salud.

La calidad del dato:

El dato es en sí, un elemento complejo que cuenta con una estructura tridimensional que presenta unidades de análisis, variables y valores de las variables, además, esta representación puede ser cuantitativa o cualitativa, indica un valor que se le asigna a las cosas; describen en su conjunto, nos hablan de hechos empíricos. Otra característica, señala que, por sí solo no puede demostrar demasiado, siempre se evalúa el conjunto para poder examinar los resultados, transformándose en información. En si, los datos son objetos complejos¹ y por consiguiente el éxito de los sistemas de información depende del nivel de comprensión que se logre de lo planteado por Urra¹² *"los datos constituyen una imagen de la realidad, organizados de acuerdo con el sistema de conceptos con que nos vinculamos a esa realidad en un contexto social e histórico"*; es decir, el éxito de los modelos de toma de decisiones dependerá de la capacidad que tenga la información de representar la realidad. En consecuencia ¿qué datos se deben utilizar en función de los objetivos? y ¿quiénes son los que definen qué datos se recolectan?, estas son dos de las preguntas que condicionarán el éxito de la implementación de sistemas de información, y que sustentarán nuestras decisiones en salud. Además, ¿se gestiona en el ámbito local la gestión de las respuestas o intervenciones? ¿cuál es la relación entre nivel central y local en un escenario de descentralización formal?; lo que determinaría que nuestra información tenga un alto riesgo de tener escasa significancia en la cultura organizacional de la institución en que se realiza el registro, y nula representación de la realidad de quienes

producen los datos. Lo anterior, impacta profundamente en la toma de decisiones, llevándola a la incertidumbre.

Entonces, si el dato y la información que se construye desde él, son elementos complejos, los sistemas de información que se organicen desde su significancia, también serán sistemas complejos. El rápido y gran desarrollo de herramientas como el Business Intelligence y el Big Data nos invitan a organizarnos en torno a los datos para el manejo de grandes volúmenes de datos en salud^{4,13}, los algoritmos actuales permiten la correlación de los datos (incluso los personales) con patrones de conducta, lo que permite predecir tendencias y de tal manera mejorar la toma de decisiones¹⁴. Estas características permiten entender a los Sistemas de Información en Salud como sistemas abiertos y altamente complejos, tributarios de la teoría del caos y la no linealidad, cuyos límites de los subsistemas y supra-sistemas están caracterizados por la "teoría de los conjuntos borrosos", lo cual justifica la transdisciplinariedad en el abordaje de sus construcciones^{15,16}.

El análisis de los Sistemas de Información en Salud, nos muestra que muchos de ellos se visualizan como sistemas cerrados, que difícilmente pueden dar respuesta a las necesidades de gestión local de las instituciones de salud. Este problema, normalmente generado desde las características de las variables consideradas en la construcción de los datos, hace que los sistemas se constituyan como entes aislados por el solo hecho de que sus datos no son comparables al dar cuenta de dimensiones distintas de un mismo acontecimiento. En respuesta a lo anterior, se crean los Sistemas Integrados de Información en Salud, los cuales tienen por objetivo, normalizar, integrar y organizar toda la información en salud disponible en sus sistemas de información, en un repositorio accesible y seguro, así como la distribución de la información de la forma más conveniente, para facilitar la toma de decisiones¹⁷.

Finalmente, ¿por qué los sistemas de información fracasan como herramientas de gestión y toma de decisiones? Urra¹² plantea:

"... no funcionan, precisamente porque tienen que ver con sistemas que a veces están descontextualizados de sus realidades y están vistos como tecnología no articulada con ese contexto. Esa visión un poco más crítica, más vinculada a un proceso liberador que instrumental -aunque tiene sus dimensiones instrumentales- y más adecuadas a las construcciones sociales que tú quieras hacer, serían las bases de sistemas que funcionen mejor ... además agrega" ... en

la medida en que los sistemas estén mejor articulados con la realidad que pretendan representar y transformar, pueden funcionar más o menos bien, pero el reto está en que el recorte que hagas, tenga insumos de esa realidad..."¹²

Los sistemas de información en salud, deben reconocerse como sistemas complejos que respeten el contexto social desde donde se generan los registros, a fin de lograr que la información sea un reflejo de lo que sucede localmente, que pueda entregar certidumbre y legitimidad al proceso de toma de decisiones.

Algunas iniciativas frente al problema de la toma de decisiones.

Entre estas incertidumbres y certidumbres es donde los modelos de toma de decisiones esperan instalar propuestas, hay una gran diversidad; Sánchez-Pedraza, Gamboa y Díaz⁸, presentan algunas, entre ellas el "enfoque sistemático de toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre"; el cual busca, a través de un abordaje cuantitativo y estructurado de las situaciones, evaluar decisiones que se deben tomar en situaciones en las que se presenten alternativas complejas y diversas fuentes de incertidumbre⁸ y por medio de algoritmos matemáticos, dilucidar cuál es la mejor decisión. Estos modelos son cuestionados por la disociación que presentan con las estructuras sociales y sociológicas de los problemas de salud de la población, que de manera directa o indirecta deberían condicionar las decisiones en esta área. Además, de la necesidad de contar con datos confiables y que representen la realidad, para controlar la incertidumbre de la decisión. La "minería de proceso", también espera aportar a la toma de decisiones desde la combinación de las estrategias de Business Intelligence y la Gestión por Proceso⁹.

Políticas Públicas - Sistemas de Información -Toma de decisiones:

Las políticas públicas tienen por objetivo, resolver problemas sociales buscando la satisfacción de sus destinatarios. Para ello, los decisores públicos se sustentan en la información que tienen para decidir. Toda política pretende incidir en la sociedad actuando sobre las necesidades y los problemas detectados con el objetivo de provocar un impacto o cambio de esa realidad. Dentro de lo que se consideran políticas públicas, las de salud ocupan un lugar muy destacado, ya sea, por su relación directa con el bienestar de la sociedad, por sus características políticas y sociales, o por el importante peso que el sector sanitario tiene en la

actividad económica de los países. Desde una perspectiva económica, las políticas de salud han de pretender que la producción de salud no sea más costosa de lo necesario, que la salud que se produzca, no se valore menos de lo que cuesta (situación presente actualmente en los hospitales públicos) y, finalmente, traducir objetivos de salud en servicios sanitarios, esto último constituye una tarea difícil, pero importante si no se quiere perder de vista su principal razón de ser del sector sanitario¹⁸.

Las políticas públicas en salud intentan hacerse cargo de problemas definidos esencialmente como problemas complejos¹⁶. Almeida-Filho¹⁵, plantea que un objeto complejo (problema) *"es multifacetado, blanco de diversas miradas, fuente de múltiples discursos, extravesando los recortes disciplinares de la ciencia"*, por lo cual, las políticas públicas en salud deben ser capaces de convocar diversos saberes a fin de generar definiciones polisémicas de los problemas de salud, generando estrategias transdisciplinarias en la búsqueda de las mejores soluciones^{15,16}.

La transparencia en las decisiones políticas y la rendición de cuentas en la gestión de recursos públicos son exigencias actuales de la ciudadanía, que quiere poder confiar en quien la administra. En el sector sanitario, la mejora de la transparencia tiene un impacto en el bienestar de la población a través del diseño de las políticas, de la gestión de las organizaciones y de la práctica clínica. La transparencia empieza en la disponibilidad de los datos sobre la acción política y sus resultados. Si los datos están disponibles, la ciudadanía, los movimientos sociales, los investigadores y todos los agentes interesados tendrán los elementos para poder opinar e incidir en la sociedad. En el sector público, tener acceso a los datos de la Administración garantiza la transparencia, la eficiencia y la igualdad de oportunidades, transformándose en un acto democrático y de rendición de cuentas ante la ciudadanía.^{6,18-20}

El desarrollo, la interoperabilidad y la relación de los diferentes sistemas de información están facilitando la obtención de un gran número de datos que, sin duda, contribuyen a una mejor caracterización de la población y de los pacientes, y son primordiales para la toma de decisiones, en la evaluación de los resultados de las políticas públicas y, en concreto, de las políticas sanitarias. Y no sólo eso, sino que la información que se recoge da lugar a nuevas formas de generar conocimiento, producto fundamental de los sistemas de información y en especial cuando se conjugan múltiples fuentes de datos (genéticos, medioambientales, socioeconómicos, etc.) y estos se

ponen a disposición de la ciudadanía. De este modo, la información disponible se convierte en un activo muy valioso a la hora de planificar, evaluar y tomar decisiones, pero también, para terceros, especialmente en investigación potenciando el uso de datos abiertos^{4,6,18,20-22}.

En el trabajo publicado en 2016 por Cid *et al*²³, se realizó un análisis sobre un grupo de meta-análisis de eficiencia financiera, productividad, resultados de salud de los pacientes y satisfacción usuaria de diferentes tipos de instituciones de salud diferenciadas en Hospitales Públicos, Privados con fines de lucro y Privados sin fines de lucro en Chile, que permitió evidenciar como las decisiones no pueden ser evaluadas en su efectividad si no se cuenta con datos de calidad; esto nos muestra que la generación de conocimiento es altamente dependiente de las características de los datos contenidos en los sistemas de información y que generan decisiones sobre la gestión de las instituciones de salud. Este mismo autor, plantea que la existencia de sistemas de salud fragmentados, exacerba las inequidades en los resultados de salud²³. En otro estudio desarrollado por Leyton Pavez *et al*³, analizaron los resultados de gestión desde el uso del Cuadro de Mando Integral (CMI) en salud, evaluando la gestión de los Hospitales de Mayor Complejidad entre los años 2010 y 2011. este estudio concluyó en que:

*"La implementación del CMI en todos los hospitales de Chile le ha permitido al Minsal definir de forma estandarizada y monitorear centralizadamente las metas a nivel país. Sin embargo, a nivel local, si bien las metas han sido cumplidas en gran medida y con ello ha mejorado la gestión, esto presenta también algunas desventajas: circunscribe la definición de prioridades y metas con base en las necesidades nacionales y no locales, ya que los hospitales no tienen injerencia sobre la definición de los objetivos y metas"*³.

Lo descrito muestra las principales limitaciones de las mediciones estandarizadas y sin pertinencia territorial, las cuales no dan cuenta de la complejidad particular de cada institución. La pertinencia y la pertenencia de las políticas de salud queda en entredicho ante las contradicciones que se evidencian entre centralización y descentralización en el análisis, formulación y gestión de las políticas públicas.

Balance y perspectivas

Como vemos, se acepta universalmente que los niveles de salud de las poblaciones son resultado de la estructura y funcionamiento del tejido social. Por lo tanto,

las políticas destinadas a mejorar la salud de los grupos socioeconómicos que constituyen nuestra sociedad, deben pasar necesariamente por políticas sociales en el más amplio sentido de la palabra. No obstante, enfrentar estas múltiples variables implica tener sistemas de información capaces de interrelacionarse a fin de generar conocimiento y una imagen de la realidad lo más certera posible, objetivo difícil de conseguir por la fragmentación de la información y las múltiples dimensiones de un mismo acontecimiento. La reforma sanitaria en Chile del 2005, legisló la fragmentación de los Servicios de Salud, creando los hospitales autogestionados, lo cual pareciera impactar la integralidad funcional de la red de salud; aunque todos sus sistemas de información dan cuenta de indicadores centralizados. Situación que intenta actualmente ser corregida con la implementación del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)²⁴. Sin embargo, las RISS nadan a contracorriente de las parcelas de poder fortalecidas por las diferentes reformas implantadas, amén de la lógica fundada en la competencia por recursos, y no en el logro de la salud de la población.

Algunos autores, plantean que para tener Políticas Públicas en Salud que realmente tiendan a atender las desigualdades en salud, sobre todo a nivel local; el modelo tradicional de los sistemas de información, que considera Dato, Información y Conocimiento, no es suficiente y, proponen agregar a lo antes expuesto la Comunicación y Acción, los cuales corresponden a aplicaciones procesuales del Dato, Información y Conocimiento, todos interrelacionados entre si, sin una relación lineal y constantemente modificados por la retroalimentación,^{1,25} esto conduciría a tener mejores elementos que faciliten la toma de decisiones. A pesar de los diferentes modelos para responder a la incertidumbre en la toma de decisiones, estos no pueden hacerse cargo de las falencias de nuestros sistemas de información para retratar la realidad local, información crucial para la gestión de la salud local y los requerimientos internos.

Esto, con más frecuencia de la que quisiéramos, no está considerado cuando se intenta aplicar nuevos modelos de gestión y organización de las entidades que entregan prestaciones de salud, bajo la premisa de que corresponden a estrategias de modernización del sector público, sistemas que solo dan cuenta de los objetivos visualizados desde el nivel central. De esta manera la planificación y formulación de políticas públicas en salud, depende en gran medida de la disponibilidad de información efectiva y oportuna²⁶ donde el nodo crítico estará en las características que concordemos para la construcción de los datos que sustentarán las tomas de decisiones políticas en salud, la proyección en salud necesariamente debe transitar desde una planificación normativa, ya demostrada su ineficiencia en la gestión de burocracias profesionales, hacia una planificación estratégica situacional²⁷⁻²⁹ más ligada a la gobernanza^{7,22,30} y a las nuevas formas de gestión con sentido territorial.

Por último, es adecuado recordar que los resultados deben medirse y además evaluarse de acuerdo a los impactos que producen sobre la población de usuarios. Si los impactos son negativos, hay motivos para desechar lo que no resulta y por el contrario, potenciar lo realmente efectivo³¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006; 22(12):2693-702. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200018&lng=es&tlng=es
- 2) Arteaga Ó, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002;11(5-6):374-85. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3) Leyton-Pavez CE, Huerta-Riveros PC, Paúl-Espinoza IR. Cuadro de mando en salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 May 8 [cited 2018 Jul 17];57(3):234. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7562>
- 4) Ferrer Sapena A, Sánchez Pérez E. Open data, big data: ¿hacia dónde nos dirigimos? *Anu ThinkEPI* [Internet]. 2013;7:150-6. Available from: <http://eprints.rclis.org/21006/>
- 5) Ramírez-Alujas Á V. Gobierno Abierto y Modernización de la Gestión Pública: Tendencias actuales y el inevitable camino que viene. *Reflexiones Seminales. Rev Enfoques* [Internet]. 2011;IX(15):99-125. Available from: <http://ssrn.com/abstract=1979133>
- 6) Morales Casetti M. Nueva Gestión Pública en Chile. *Rev Cienc política*. 2014;34(2):417-38.
- 7) Ramírez-Alujas Á V. Gobierno Abierto y Modernización de la Gestión Pública: Tendencias actuales y el inevitable camino que viene. *Reflexiones Seminales. Rev Enfoques* [Internet]. 2011;IX(15):99-125. Available from: <http://ssrn.com/abstract=1979133>
- 8) Flores W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Rev Salud Pública*. 2010;12(1):28-38.
- 9) Sánchez-Pedraza R, Gamboa O, Díaz JA. Modelos empleados para la Toma de Decisiones en el Cuidado de la Salud. *Rev Salud Pública*. 2008; 10(1):178-88.
- 10) Ramírez Pérez J, Rodríguez Rodríguez T, Olivera Fajardo D, Morejón Valdes M. Componente para la toma de decisiones en salud. Un enfoque de análisis de redes sociales desde la minería de procesos. *Rev Cuba Informática Médica*. 2016; 8(1):46-63.
- 11) Isolano A. Toma de decisiones gerenciales. *Tecnol en Marcha*. 2003;16(3):44-51.
- 12) Seguí-Gomez M, Nuñez-Córdova JM, Martínez-González MÁ. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas?: un manual para ciencias de la salud. Capítulo 12. *Sistemas de Información en Salud* [Internet]. First Edit. Secretaria de Salud. Elsevier España, S.L.; 2013. 91-98 p. Available from: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>
- 13) Urrea González P. Sistemas de información en salud: diálogo con Pedro Urrea González. *Salud Colect* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 26];7:99-111. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100008&lang=es
- 14) Rozenfarb A. Impacto de la Business Intelligence en el proceso de toma de decisiones. *UPIICSA*. 2009;VI(48):2-9.
- 15) de Lecuona I. Review of the methodological, ethical, legal and social issues of research projects in healthcare with big data. *Gac Sanit*. 2018 Nov 1;32(6):576-8.
- 16) Almeida-Filho N. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colect*. 2006;2(2):123-46.
- 17) Ortiz Hernández E. Complejidad, nuevo paradigma en la salud. *Innovación y Cienc* [Internet]. 2005;XII(1):37-42. Available from: http://www.unimed-consulting.es/docs/Complejidad nuevo paradigma en salud.pdf%5Cnhttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/complejidad/26_ely.pdf
- 18) Monge Lozano P. Aplicación de los ERPs en los hospitales. *Boletín económico ICE, Inf Comer Española*. 2006; (2888):55-64.
- 19) García-Altés A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30:9-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.005>.
- 20) Sánchez Bayón A. Impacto de las TIC en los Gobiernos y los Derechos Humanos: e-democracia y e-administración a juicio. *Bajo palabra Rev Filos* [Internet]. 2013;2(8):293-307. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4416288&info=resumen&idioma=ENG>.
- 21) Ferrer-Sapena A, Peset F, Aleixandre-Benavent R. Acceso a Los Datos Públicos y Su Reutilización: Open Data y Open Government. *El Prof la Inf* [Internet]. 2011;20(3):260-9. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/EPI/article/view/epi.2011.may.03>.

- 22) Ramírez-Alujas A V. Innovación en la Gestión Pública y Open Government (Gobierno Abierto): Una Vieja Nueva Idea (Innovation in Public Management and Open Government: An Old New Idea). *Rev Buen Gob* [Internet]. 2010;(9):1-35. Available from: <http://ssrn.com/abstract=1820326>
- 23) Ramírez-Alujas Á. Gobierno abierto es la respuesta?: ¿Cuál era la pregunta? *Más Pod Local* [Internet]. 2012;(12):14-22. Available from: <http://www.maspoderlocal.es/files/articulos/92-F50524f44921347571524-articulo-1.pdf>
- 24) Cid C, Herrera CA, Prieto L. Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2016 Sep 29 [cited 2018 Jul 26];58(5):553-60. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7972>
- 25) Castro Apablaza R, Lissi Adamo G, Pino Kempowski E. Transformación Digital, Gestión por Procesos e Incentivos Financieros para la consolidación del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Chile. *Cuad Méd Soc* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 9];58(1):77-83. Available from: <http://cms.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/03/Transformación-Digital-Gestión-por-Procesos-e-Incentivos-Financieros-para-la-consolidación-del-Modelo-de-Redes-Integradas-de-Servicios-de-Salud-RISS-en-Chile.pdf>.
- 26) Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):321-30.
- 27) Opas OPADS. Implementación de observatorios nacionales de salud: Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. 2009. 70 p.
- 28) Rivera F. La Planificación Situacional en Salud como proceso comunicativo y argumental. *Praxis Rev Psicol* [Internet]. 2010;17:73-91. Available from: http://praxis.udp.cl/pdf/17/Praxis_17.pdf#page=67
- 29) Iglesias Alonso Á. La Planificación Estratégica como instrumento de gestión pública en el gobierno local: Análisis de caso. *Cuad Gestión* [Internet]. 2010;10(1):101-20. Available from: <http://www.ehu.es/cuadernosdegestion/revista/index.php/numeros? a=da&y=2010&v=10&n=1&o=5>
- 30) Matus C. Las ciencias y la política. *Salud Colect* [Internet]. 2007;3(1):81-91. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n1/v3n1a07.pdf>
- 31) Ruano de la Fuente JM. La gobernanza como forma de acción pública y como concepto analítico. VII Congr Int sobre la reforma del Estado y las Adm públicas. 2002; 8-11.
- 32) Fuentes Garcia R. Salud y sociedad: los impactos de la inequidad. *Salud en el siglo XXI. Cuad Méd Soc*. 2018; 58(1):35-9.

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES EN TERRITORIOS DE BORDE COSTERO.

PSYCHOLOGICAL WELFARE AND QUALITY OF LIFE OF OLDER ADULTS IN TERRITORIES OF EDGE COAST.

Alexis Soto Salcedo¹, Marcela Andrade Pérez², Alex Véliz Burgos³

ABSTRACT

The article reflects on the processes experienced by the elderly when facing the aging process in physical, cognitive, emotional and social terms, addresses the challenges to live this stage from an active aging model and pointing to the well-being and quality of life as principles of a new order. It also establishes the importance of territorial roots to project a healthy and balanced life, to finally present the complexities associated with the coastal edge due to technological development and existing social gaps and how these characteristics influence the experience of aging and the effort to achieve an adequate quality of life.

KEY WORDS: senior adult, aging, wellbeing, quality of life.

RESUMEN

El artículo reflexiona respecto de los procesos que vive el adulto mayor al enfrentar el proceso de envejecimiento en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales, aborda los desafíos existentes para vivir esta etapa desde un modelo de envejecimiento activo y apuntando al bienestar y la calidad de vida como principios de un nuevo orden. Establece además, la importancia del arraigo territorial para proyectar una vida sana y equilibrada, para finalmente presentar las complejidades asociadas al borde costero debido al desarrollo tecnológico y las brechas sociales existentes y de cómo estas características influyen en la vivencia del envejecimiento y en el esfuerzo por alcanzar una adecuada calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: adulto mayor, envejecimiento, bienestar, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La adultez mayor viene hace algún tiempo concentrando la atención de cientistas sociales y agentes de salud, por los cambios demográficos asociados a la prolongación de la expectativa de vida y las implicancias ocupacionales y de integración social que conlleva el aumento sostenido de personas que engrosan esta etapa evolutiva. Chile se encuentra en pleno proceso de transición demográfica y su población envejece rápidamente. Esta situación presenta múltiples desafíos

de política pública, incluidos los del área de la salud pública¹. Como dato a considerar la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)², señala que la población mayor de 80 años, que actualmente constituye cerca de 2,4% del total, crecerá a una tasa promedio anual de 4,5% durante los próximos 20 años y llegará a representar 5% de la población en 2035. Para 2100, las estimaciones indican que 30% de la población tendrá más de 65 años y que en este grupo de edad la mitad de las personas tendrá más de 80 años.

Durante años, los programas de salud pública abordaron esta etapa centrados principalmente en la proliferación de enfermedades físicas y de salud mental, toda vez que efectivamente el deterioro físico era la principal característica de esta etapa y concentraba los gastos de mantención de atribulados adultos que dejaban la vida laboral sólo para ocuparse de la gestión de sus propias enfermedades. Lo descrito, implica que las personas deben utilizar gran parte de sus ingresos

Recibido: 02 Junio, 2019 Aprobado: 22 Septiembre, 2019

¹Escuela de Psicología Sede Temuco Facultad de Ciencias Universidad Mayor Chile. ²Escuela Trabajo Social Temuco, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Aconcagua, Chile ³Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de Los Lagos, Chile.

Correspondencia: alexis.soto@umayor.cl

en medicamentos y prestaciones sanitarias. También, considera la disminución abrupta de ingresos una vez alcanzada la jubilación o incluso la falta de ella, lo que conlleva el acceso a pensiones básicas solidarias³.

El término "fragilidad", aplicado a una persona mayor, utilizado por medios de difusión masiva o comunicado al paciente sin una explicación detallada, no funciona como palabra de percepción positiva, por el contrario suele tener una connotación negativa. Estudios socio-psicológicos han evidenciado que la utilización de términos negativos asociados a personas mayores podrían tener efectos adversos para esta población⁴.

Hoy en día, si bien es imposible desconocer los estudios de geriatría y gerontología que dan cuenta de esta "fragilidad" y que muestran la existencia fehaciente de esta modificación en el funcionamiento, físico, cognitivo y emocional, no es menos cierto advertir que un grupo importante de adultos mayores se asoman a esta edad con ejercicio pleno de facultades y habilidades en todos los ámbitos, que les permiten desempeñarse de buena forma en cualquier ámbito ocupacional.

Este grupo de adultos mayores no sólo vivencian un aumento en la expectativa de vida, sino que comparten un estado en donde manifiestan sus ganas de vivir más y mejor, invirtiendo en experiencias y calidad de vida, resituando proyectos y reinstalando aspiraciones abandonadas por diversas situaciones de la vida que vuelven a convertirse en motivadores para la vida cotidiana. Ahora bien, muchas de estas aspiraciones están vinculadas con temas familiares y sociales en donde aparece la necesidad de ser agentes activos y propositivos en temáticas emergentes de su contexto y territorio.

Entre los factores que contribuyen a construir una percepción positiva de la condición etaria de los adultos mayores y de sus expectativas de futuro, la relación de arraigo con el barrio y la ciudad ocupa especial relevancia. A tal propósito, el barrio parece garantizar aquella sociabilidad indispensable para la construcción de redes sociales y de apoyo mutuo, estableciéndose una correlación positiva entre apropiación territorial y percepción satisfactoria de la vejez⁵.

Considerando lo anterior, surge entonces la reflexión respecto de cómo apoyar el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores que estando vinculados a su territorio, especialmente en el amplio borde costero del sur de Chile, puedan ser agentes relevantes en el desarrollo social y comunitario y de como esta aspiración puede transformarse en si misma en la acción para vivir más y mejor.

El proceso de envejecer

Podemos considerar el envejecimiento como un proceso que comienza con el nacimiento, aunque también podemos entender que se inicia una vez que ha culminado el proceso de óptima funcionalidad, y es secundado por el deterioro de la misma y su involución⁶. El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital⁷ y es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento en el riesgo de enfermar, y finalmente a la muerte⁸.

Es muy común utilizar la edad cronológica para determinar si una persona es vieja o no; sin embargo, el envejecimiento humano es un proceso permanente en el que simultáneamente observamos el declinar de las capacidades naturales aparecidas desde el nacimiento, con el afianzamiento de adquisiciones fruto de la experiencia personal⁶. La CEPAL⁹ señala que el envejecimiento de la población es consecuencia de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Se define como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más, con respecto a la población total.

El envejecimiento considera cambios y transformaciones en todos los ámbitos de la vida, en el plano físico, efectivamente se produce un proceso esperable de deterioro corporal no invalidante que al ser progresivo debiese ser integrado por el adulto como un cambio que no altera su cotidianidad, mientras que en otros casos y producto de diversas enfermedades se produce un deterioro un tanto más agresivo que podría afectar la autonomía. De todas formas estos procesos están vinculados con la edad, puesto que al ser más avanzada podrían presentarse de mayor forma este tipo de alteraciones. Aun así, por un lado, la edad implica la aparición del deterioro, pero es una de las dimensiones a considerar. Los estudios gerontológicos sobre este tema ofrecen datos contradictorios sobre la incidencia de la edad en el bienestar, aunque los estudios transversales indican una relación positiva entre la edad y el bienestar subjetivo⁷.

En el plano cognitivo se dan cambios en el desempeño asociados a velocidad, producción y otras manifestaciones vinculadas a las funciones ejecutivas. Diversas investigaciones refieren que la atención, la percepción, la calidad y velocidad del procesamiento

de información, algunos aspectos del lenguaje y las funciones ejecutivas presentan un declive significativo en el inicio de la edad avanzada, comprendida entre los 60 y los 74 años¹⁰.

Para comprender la referencia de las Funciones Ejecutivas se puede mencionar lo planteado por Barkley¹¹, quién propone un modelo de factor único, que considera al control inhibitorio como una función ejecutiva nuclear de la cual dependen el resto de procesos cognitivos. A su vez, Maldivsky¹² señala la existencia de un sistema supervisor atencional central de las funciones ejecutivas que actuarían en el control consciente de los procesos cognitivos y comportamentales. Brown¹³, categoriza a las funciones ejecutivas en los siguientes factores: activación (organización, establecimiento de prioridades e iniciativa para trabajar), regulación voluntaria de la atención, esfuerzo (regulación consciente del estado de alerta y velocidad del procesamiento de la información), control de la emoción (regulación de la frustración y emoción), memoria de trabajo y acción (auto-regulación y auto-monitoreo).

En lo emocional se aprecia una mirada distinta respecto de la valoración reflexiva de la vida, las relaciones personales y familiares que llevan a procesos de aceptación o negación, que aportan o dificultan las vivencias emocionales del lugar que ocupa en el mundo social.

Todos estos procesos podrían verse afectados en el proceso de envejecimiento lo que lleva a una sensación poco grata del adulto mayor toda vez que ve alterado su proceso de interacción con el mundo cotidiano.

Envejecimiento y Calidad de Vida

En el adulto mayor, los vínculos con la pareja, y la expresión de los afectos son aspectos importantes que influyen en el bienestar y que al no estar adecuadamente abordados se convierten en factores de riesgo en la aparición de trastornos o alteraciones en la salud mental. Así, la vida amorosa es una parte de la subjetividad humana, donde se satisfacen necesidades psicológicas como las de autoestima y realización, de afecto y de aceptación, que de no poder vivenciarlas con plenitud se convierten en fuente de malestar psicológico, capaz de afectar el crecimiento personal, el desempeño en las restantes esferas, la estabilidad familiar y la integración social¹⁴.

Factores contextuales que influyen en el bienestar de los adultos mayores están dados por la

insuficiencia financiera, la transición epidemiológica, el desplazamiento de la fuerza de trabajo, la feminización del envejecimiento, una mayor fragilidad de las condiciones de salud y cambios en las estructuras y relaciones familiares que parecieran ser constantes y trascienden las manifestaciones culturales del territorio. Lo mismo ocurre con temas como la aparición de enfermedades, la inactividad, las pérdidas significativas, la pérdida de autonomía y la aparición de la necesidad de ayuda que irrumpen en el equilibrio de la adultez y se transforman en un factor de riesgo para el bienestar y la calidad de vida¹⁵.

De esta forma el esfuerzo de diversos programas ha estado en avanzar hacia un envejecimiento más sano y activo que garantice una mejor salud física y mental de los adultos. El concepto de envejecimiento activo, inicialmente definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶ como *"el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, para potenciar la calidad de vida a medida que envejecemos"*, se ha ampliado y actualmente enfatiza tanto elementos individuales que tienen que ver con la salud y el bienestar, como otros relacionales y comunitarios relacionados con la participación social y el diseño de entornos seguros.

El bienestar social es uno de los componentes más determinantes en el adulto mayor a la hora de participar en programas de educación permanente. Esta participación asegura la socialización interpersonal y con ello se aumenta la autoestima y el sentimiento de pertenencia a un grupo¹⁷.

Ahora bien, la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social¹⁸, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos¹⁹. Las labores recreativas o de ocio, que se realizan principalmente por el carácter placentero que las define, son un buen ejemplo de actividad con una orientación individual y una baja inversión de recursos por parte de la persona mayor. Un tipo de actividad de envejecimiento

activo que implica una clara orientación de tipo social es la participación política de las personas mayores²⁰. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga¹⁹.

Envejecer en una zona costera.

Es de suma importancia comprender la identidad local cuando nos introducimos a un territorio determinado. Saber quién es el habitante, sus fuentes productivas, sus características sociales y las particularidades de dicho territorio. Estas se hacen fundamentales para comprender los elementos principales de cualquier localidad en particular²¹. Es así, como la comprensión de un territorio permite que a través de su geografía se pueda dar valor a su historicidad y al cómo las personas han interactuado y se han acomodado para vivir en conjunto. En este sentido, desde una perspectiva sistémica, observamos la relación del ser humano como sujeto y parte del ambiente en constante relación con él²².

El adulto mayor representa la historia y lleva consigo una serie de luchas con su entorno en donde ha podido triunfar y ser derrotado construyendo un vínculo especial con su origen y su tierra, adaptándose a la altura, al viento, al agua o cualquier manifestación natural. Por ejemplo, vivir en grandes alturas genera que los pobladores se adapten biológica y socialmente al ambiente²³. La conexión entre hombre y ambiente es un hecho innegable. Se caracteriza por las relaciones de reciprocidad donde uno beneficia o afecta al otro, según el tipo de interacción establecida. De esta manera, existe evidencia de cómo los espacios naturales han contribuido a mejorar la salud y al bienestar de las personas; no obstante, también se hacen presentes enfermedades causadas por la contaminación, el deterioro y la destrucción del ambiente, de la flora y la fauna que generan la aparición de nuevas enfermedades o la remanifestación de problemas ya erradicados²⁴⁻²⁵.

Los riesgos ambientales constituyen una de las principales limitantes de la sustentabilidad del desarrollo humano. En el caso del cambio climático, los riesgos se encuentran asociados a amenazas globales potencialmente destructivas y al grado de vulnerabilidad y exposición de la población. Experiencias recientes en países en desarrollo muestran que hasta eventos de pequeña escala pueden convertirse en grandes desastres para poblaciones expuestas en función de la adscripción geográfica; la desigualdad social relacionada

específicamente al tipo de construcción de las viviendas y su localización; el nivel de organización comunitaria y la calidad de la gestión gubernamental, entre otros factores. Por todo lo anterior, el riesgo y la vulnerabilidad son construcciones intersubjetivas con base en creencias y conocimientos de sentido común, compartidos por sujetos que viven los mismos acontecimientos²⁶.

Las zonas costeras en particular presentan características diferenciales en desarrollo tecnológico, en las actividades productivas, encontrándose una brecha entre grandes empresas y pescadores artesanales que llevan a pensar en la existencia de una microcultura que se desarrolla en el borde costero y que tiene una dinámica particular. La propuesta que Veliz Burgos y Dörner París²⁷, hacen respecto de la necesidad de crear una intervención a través de núcleos de investigación multidisciplinarios que consideren también la participación de la comunidad de las zonas costeras, ponen énfasis en la existencia de cambios ambientales que afectan la salud de sus habitantes por la fuerte actividad productiva que se realiza en estos contextos y que ha modificado hábitos, actividades sociales y comunitarias de las personas afectando su salud de manera importante, en este grupo están particularmente afectados los/las pescadores/as artesanales²⁸.

En este mismo contexto, investigaciones realizadas en personas que vivieron el último terremoto en Chile, demostraron que el número de síntomas de crisis de pánico es significativamente mayor en personas que viven en zonas costeras que aquellas que viven en localidades alejadas del mar²⁹. Si a los riesgos anteriores, le sumamos el desarrollo de nuevas estrategias económicas, las nuevas formas de turismo en las zonas costeras y sus interacciones con los sistemas de transporte, las infraestructuras de comunicación, la construcción y la ocupación del territorio, reclaman una atención preferente³⁰.

Asumiendo este contexto complejo de interacciones particulares entre la tecnología, el turismo, el emprendimiento, y la sobreexplotación de recursos entre otros, cabe preguntarse cómo se vive el proceso de envejecimiento. Tal vez se presenta un proceso más lento de retiro a la vida privada por la necesidad familiar de sustento, las familias de pescadores tienden a conservar el oficio transgeneracionalmente y se sostiene en la medida que el deterioro físico lo permite.

Un adulto mayor en borde costero que ha debido reinventarse y trabajar su bienestar personal, está íntimamente ligado con el bienestar de su territorio.

La apropiación ambiental -que conlleva procesos de identidad con el entorno y sentimiento de pertenencia a una comunidad- no solo facilita la adopción de comportamientos proambientales, sino que también se relaciona con el bienestar individual³¹.

El concepto de neguentropía tal vez permite comprender esta relación sustentable entre la vida personal y el lugar donde se habita, puesto que no sólo alude a los recursos y las capacidades de las comunidades, sino además a su cognición, emotividad, cooperación, solidaridad e identidad. Incluso, en un nivel más organizado, la neguentropía supone la gobernanza que consistiría en un acuerdo entre los actores con respecto a la sustentabilidad. Es decir que los conflictos entre los actores económicos, políticos y sociales anticipan el sufrimiento y/o la resiliencia de comunidades. La percepción del riesgo ambiental depende en gran medida de las condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentran las poblaciones, así la vulnerabilidad es una variable que influye en la percepción del riesgo y en la forma que se generan las estrategias para superar la catástrofe. Al haber una diferencia en cuanto a la vulnerabilidad que tienen los hombres y las mujeres, existe la posibilidad de una apreciación diferenciada del riesgo y el estrés, así como la resiliencia por género³².

CONCLUSIONES

El adulto mayor que vive en zonas costeras es una persona resiliente que intenta mantenerse activo en sus relaciones con las personas y con las condiciones de su contexto, es de alguna forma un envejecimiento activo forzado por amor y por necesidad. Vive los procesos habituales del envejecer y manifiesta las mismas necesidades personales, familiares y comunitarias; la gran distinción viene dada por la interacción con el territorio que influye en sus representaciones y pensamientos, que impacta su emocionalidad y que afecta sin lugar a dudas su bienestar y calidad de vida. Esta satisfacción personal y comunitaria en conjunto con las condiciones de vida que ha alcanzado en relación con su territorio repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud³³⁻²⁷.

Por esta razón y considerando que los programas chilenos destinados al adulto mayor han solucionado muchas de las necesidades básicas de nutrición, sanitarias y de vivienda, es importante tener en cuenta que el próximo gran desafío es mejorar la calidad de vida de este grupo etario³⁴ y avanzar hacia una nueva relación con las personas que viviendo esta etapa de la vida aspiran a un escenario más tranquilo y más digno.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado.

Declaración de financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Villalobos Dintrans P. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017; 41(86): 1-6.
- 2) Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. América Latina y el Caribe. Estimaciones y proyecciones de población. CEPAL. 2019a. Disponible en <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
- 3) Riveros C, Rodríguez P, Palomo R, Alvear S, Fernández M, & Arenas Á. El maltrato estructural a personas mayores en Chile y la necesidad de formular un índice multidimensional. *Universum*. 2017; 32(2): 163-176.
- 4) Oscanoa T, Romero-Ortuno R, & Cruz-Jentoft A. Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016; 51(4): 225-228.
- 5) Olivi A, Fadda Cori, G, Pizzi Kirschbaum M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*. 2015; 21(84): 227-249.
- 6) Petretto D R, Pili R, Gaviano L, López C M, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016; 51(4): 229-241.
- 7) Sarabia Cobo C M. Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 2009; 20(4): 172-174.
- 8) Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud. Nota descriptiva N° 404. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- 9) Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. Envejecimiento. 2019b. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>.
- 10) Da Silva Rodrigues C, Figueiredo P, Frausto V. La depresión y su influencia en los cambios neuropsicológicos del adulto mayor con trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de alzheimer (depression and its influence on neuropsychological changes in the elderly with mild neurocognitive disorder). *CES Psicología*. 2019; 12(1): 69-79.
- 11) Barkley R. Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 1997: 65-94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65.
- 12) Maldavsky D. Notas sobre la falsedad, los procesos de pensamiento y los actos de habla. *Psicanálise, Revista de la Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*. 2017; 19 (2): 150-161.
- 13) Brown T. ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*. 2008; 10(5): 407-411.
- 14) Laurencio Vallina S, Jiménez Betancourt E, Sánchez Masó Y. Vivencias afectivas y factores condicionantes en adultos mayores sin relación de pareja. *MediSan*. 2017; 21(1): 102-107.
- 15) Vivaldi F. y Barra E. Psychological Well-Being, Perceived Social Support and Health Perception Among Older Adults. *Terapia psicológica*. 2012; 30(2): 23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>
- 16) Organización Mundial de la Salud (OMS). Active ageing: A policy framework. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- 17) Ruiz-Montero P J, Martín Moya R, Chiva Bartoll Ò. Educación permanente: factores psico-sociales y programas de actividad física en el adulto mayor. *Rivista Italiana di Pedagogia dello Sport*. 2016; vol. 2: 66-73.
- 18) Watanabe B. Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*. 2014; 15(1): 121-12.
- 19) De Mejía B, Merchán M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la Promoción de la Salud*. 2007; 12:11-24.
- 20) Posada F, Castro M, Fernández R, Cannella V. Abordando la diversidad en el envejecimiento activo: Una propuesta de clasificación. *Aula abierta*. 2018; 47(1): 55-62.
- 21) Jiménez Pérez J. Refugio preventivo para emergencias: para salvaguardar a las personas de Puerto Saavedra las primeras 72 hrs. del impacto. Memoria de Proyecto de Título, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile. 2017.
- 22) Hermida M. Los indicadores de la dimensión social del desarrollo sostenible, el caso de Tierra del Fuego. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*. 2017; 7(2): e029. DOI: <https://doi.org/10.24215/18537863e029>.
- 23) Estela-Ayamamani D, Espinoza-Figueroa J, Columbus-Morales M, Runzer-Colmenares F, Parodi J F, Mayta-Tristán P. Rendimiento físico de adultos mayores residentes en zonas rurales a nivel del mar ya gran altitud en Perú. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2015; 50(2): 56-61.

- 24) Véliz A. y Dörner A. Un mundo, una salud: una propuesta de incorporación en la formación de pregrado en carreras de salud del sur de Chile. *Rev. Incl.* 2018a; 5(4): 119-127.
- 25) Campos-Uscanga Y, Gibert-Isern S, & Zavaleta-Abad R. Espacios naturales: fomento del bienestar desde la conservación ambiental. *Eduscientia.* 2019; 2(3): 24-30.
- 26) González-Gaudiano E J, Maldonado-González A L. Amenazas y riesgos climáticos en poblaciones vulnerables. El papel de la educación en la resiliencia comunitaria. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu2017291273294>.
- 27) Véliz Burgos A, Dörner, Paris A. Una propuesta multidisciplinaria para abordar el trabajo del territorio costero desde una mirada Ecológica, de Salud Colectiva y Bienestar humano de comunidades costeras de la Región de Los Lagos, Chile. *AMMENTU-Bollettino Storico e Archivistico del Mediterraneo e delle Americhe.* 2018b; 1(13): 57-65.
- 28) Dörner A, Riquelme V, Véliz A y Ripoll M. Perfil de salud general de pescadores artesanales de la región de Los Lagos. *Rev. Finlay.* 2017; 7(2): 99-106.
- 29) Leiva M, Quintana G. Factores ambientales y psicosociales vinculados con los síntomas de ataque de pánico después del terremoto y tsunami del 27 de Febrero en pobladores de la zona central de Chile. *Terapia Psicológica.* 2010; 28 (2): 161-169.
- 30) Herrero L. Hacia la sostenibilidad turística en España. *Estudios turísticos.* 2007; (172): 73-79.
- 31) Moser G. La Psicología Ambiental en el Siglo 21: El Desafío del Desarrollo Sustentable. *Revista de Psicología.* 2003; 12 (2): 11-17.
- 32) Lirios C, Nájera M, Vázquez F, Aguayo J. Una aproximación psicológica a la complejidad ambiental: Especificación de un modelo de estrés y resiliencia comunitaria. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales.* 2018; (14): 75-95.
- 33) Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP.* 2015; 13(2): 152-182.
- 34) Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile.* 2011; 139(5): 579-586.

APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS PROCESOS DE MIGRACIÓN Y ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD EN CHILE. DESAFÍO INSTITUCIONAL.

CRITICAL APPROACH TO MIGRATION PROCESSES AND ACCESS TO HEALTH CARE IN CHILE. INSTITUTIONAL CHALLENGE.

Pedro E. Villasana López ¹, Alex Veliz Burgos²

ABSTRACT

This work makes a critical approach to the processes and possibilities of access to health care services for migrants in Chile 2019, in a context of an accelerated increase in the demand for services by Chile 2019 account of their particularities and circumstances. For this purpose, the information and official documents published, as well as research and published studies on the subject in Chile, are based. It is possible to characterize and demonstrate some of the possible particularities, gaps and discriminatory barriers to access to health care, highlighting the need, not only for research, but above all for the design, formulation and implementation of Public policies aimed at responding with dignity, equity and justice to this problem, with shared and inclusive vision, relevance and belonging, from the institutionality and the migrant population itself.

KEY WORDS: migration, health care, discrimination, public policies, equity.

RESUMEN

El presente trabajo realiza una aproximación crítica a los procesos y posibilidades de acceso a los servicios de atención a la salud para población migrante en Chile 2019, en un contexto de aumento acelerado de la demanda de servicios por parte de dicha población, y tomando en cuenta sus particularidades y circunstancias. Para ello se toman como fundamento la información y documentos oficiales publicados, así como investigaciones y estudios publicados sobre el tema en Chile. Se logra caracterizar y evidenciar algunas de las posibles particularidades, brechas y barreras discriminatorias para el acceso a la atención en salud, resaltando la necesidad, no sólo de investigación, sino sobre todo del diseño, formulación y puesta en práctica de Políticas Públicas destinadas a responder con dignidad, equidad y justicia a esta problemática, con visión compartida e incluyente, pertinencia y pertenencia, desde la institucionalidad y la propia población migrante.

PALABRAS CLAVE: migración, atención a la salud, discriminación, políticas públicas, equidad.

INTRODUCCIÓN

El tema de la migración ha tomado mayor importancia durante los últimos años debido al aumento acelerado de la movilización forzada en diversos lugares del mundo donde, debido, a problemas políticos, conflictos bélicos o dificultades económicas, las personas han tendido a desplazarse a lugares que al parecer presentan mejores indicadores de calidad de vida;

la delgada línea que separaría desplazamiento forzado y migración tiende a difuminarse rápidamente. En ese sentido, se ha planteado redefinir la migración forzada bajo los estándares de los derechos humanos, que tome en cuenta a la vivienda, educación, salud y trabajo, incluyendo también a aquellas personas que han salido de su país de nacionalidad o lugar de residencia habitual hacia otro por la vulneración a sus derechos humanos en un sentido más amplio¹.

En Chile, de acuerdo al Censo 2017, se censaron efectivamente 784.685 personas nacidas en el extranjero, de los cuales 746.465 declararon ser residentes habituales en el país². Esta cifra no representaría mayor problema para una economía en crecimiento sostenido como la chilena, pero la CEPAL ha señalado que Chile es el país que presentó una mayor tasa de crecimiento de migración en Latinoamérica entre 2010 y 2015; creciendo en más de

Recibido: 12 Septiembre, 2019 Aprobado: 22 Octubre, 2019

¹Académico Departamento de Salud Universidad de los Lagos, Chile. ²Académico Departamento de Ciencias Sociales Universidad de los Lagos, Chile.

Correspondencia: pedro.villasana@ulagos.cl.

500% si ampliamos el lapso de tiempo, de 0,81% de la población total en 1992 a 4,35% en 2017, y con tendencia a aumentar según estimaciones del gobierno nacional. La migración es un fenómeno natural imparable, en el mundo y en Chile; en un contexto donde personas de diversos países elegirán como destino a una nación con una de las economías de mayor crecimiento en Latinoamérica, con una importante reducción de la pobreza y con un alto índice de desarrollo humano y de paz social¹. Concomitantemente, países tradicionalmente atrayentes (Estados Unidos, y países de Europa) han comenzado a cerrar sus fronteras con políticas cada vez más restrictivas, provocando que estos flujos migratorios se reorienten hacia destinos con más oportunidades laborales y de fácil acceso³.

Múltiples estudios reportan que la migración latinoamericana a Chile en los últimos años ha producido un aumento en la demanda por diversos servicios, entre ellos los servicios de Salud^{1,3,4,5,6,7}. Para el año 2012 cerca de 11,7% de la población potencialmente demandante de los principales servicios de salud habría correspondido a población inmigrante, estimándose que para el año 2018 ascendería a 15,4%⁴, cálculos que podrían estar rezagados de las cifras reales, pues "según los datos del Censo 2017, la cantidad de personas migrantes en el país alcanzaba 746.465, número que ha aumentado a 1.100.000 personas, según estimaciones internas del actual gobierno"¹. La revisión llevada a cabo por Correa⁵ entre 2000 y 2018, nos muestra como "el sistema de salud chileno se ha visto en la necesidad de abrir sus puertas a las personas migrantes y asumir los desafíos que su atención de salud conlleva"; evidenciando avances, e identificando persistentes barreras, "...asociadas al acceso y la atención de salud culturalmente pertinente, ... de aquellos grupos más vulnerables cuya condición migratoria constituía una barrera para el acceso al sistema de salud"⁵. La superación de esta barrera podría potenciar la demanda en un futuro cercano.

Paradójicamente, la revisión realizada por Urzúa y Cabieses⁸ de los proyectos con financiamiento Fondo de Ciencia y Tecnología (FONDECYT) en el campo de la salud y migración en el periodo 2002 - 2015, nos reporta que de los 57 proyectos aprobados para ejecución en el tema migratorio, solo se encuentran 2 vinculados a la salud de las personas, evidenciando lo incipiente de la investigación, muy a pesar de la necesidad de contar con información para la elaboración de políticas públicas⁸. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE)², "los estudios demográficos son esenciales para el desarrollo de la sociedad, asumiendo que un mayor conocimiento acerca de la realidad de los migrantes en nuestro país y de las complejidades de los factores

sociodemográficos asociados a la migración y su impacto", son una herramienta indispensable en la elaboración de políticas públicas. Lo limitado de la investigación migración-salud llama la atención, dadas las características de aceleración que el fenómeno está cobrando, y que preludian una crisis.

Algunas evidencias de la situación diferencial de salud en población migrante.

En el Informe para fundamentar la propuesta de una Política de Salud de migrantes internacionales, por iniciativa del Ministerio de Salud, FONASA y la Superintendencia de Salud⁷ se expone, entre otras cifras que:

"Cuando hacemos uso del indicador persona no adscrita a ningún sistema de salud, y de acuerdo con información citada por el informe de la Encuesta CASEM 2015, para los nacidos en Chile se reporta un 2,5% de la población, y en el caso de migrantes 15,7%, aumentando hasta el 26,6% en niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, hijos de mujeres migrantes, alertando acerca de que algunos de estos niños hijos de migrantes internacionales no estarían accediendo a programas como inmunización, infancia, PNAC y al Sistema Chile Crece Contigo", una verdadera bomba de tiempo.

Respecto al acceso tardío al control de embarazo y, destacando que no existe información a nivel nacional, se pueden encontrar algunas cifras en atención primaria pública; por ejemplo en la comuna de Recoleta refiere que "63.1% de las mujeres en control (4 Centros de Salud Familiar, CESFAM) presentan un ingreso tardío, comparado con 33,4% de las chilenas". Así como también señala brechas en el uso efectivo de servicios de salud para enfermedades con cobertura por el AUGÉ-GES, donde 25% de migrantes no accedió a este beneficio, llegando incluso a 42% en Antofagasta, comparado con 14,7% de los nacidos en Chile. En casos de enfermedad y accidentes se reportan también diferencias respecto a la dificultad de acceder a la atención de salud y llama la atención "la razón aducida de no acceder a la atención por no conseguir hora, respuesta del 22,5% de migrantes en comparación con el 3,3% de los nacidos en Chile" de acuerdo con datos de la encuesta CASEN 2013. Según mismo Informe, "la encuesta CASEN 2015⁷ es en general consistente con el patrón descrito de menor uso del sistema de salud por parte de la población migrante internacional"; dejando pendiente la determinación de las razones que estarían propiciando esta situación.

Haciendo referencia a varios estudios consultados, el Informe declara:

*"Finalmente, es importante señalar que se han documentado situaciones de trato discriminatorio y racismo, lo que muchas veces desincentiva la concurrencia de los extranjeros a los establecimientos de salud; desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos y deberes y de cómo funciona el sistema de salud; y falta de protocolos o reglamentación más explícita sobre los derechos asegurados, que se ha traducido en algunos casos, en interpretaciones restrictivas que vulneran los derechos de los migrantes"*⁷.

Algunas razones para las desigualdades e inequidades en la atención a la salud:

Respetando y reivindicando la complejidad del fenómeno, vamos a pasearnos, reflexivamente, por las razones que algunas investigaciones y documentos nos plantean como posible explicación.

Desde el punto de vista legal:

*"...la nacionalidad es el estado o condición particular de una persona que ha nacido en una nación determinada o ha sido naturalizada. Se rige por la legislación del país o por leyes especiales que así lo establezcan. Es también la condición y carácter peculiar de los pueblos y ciudadanos de una nación. La nacionalidad puede ser originaria o adquirida"*².

Resulta muy interesante a los efectos de esta visita, el carácter de "condición particular", que reivindica la individualidad y autonomía como ser humano, que se complementa y potencia con "la condición y carácter peculiar de los pueblos y ciudadanos de una nación", que trasciende al lugar de nacimiento y configura a la nacionalidad como constructo cultural, en tanto podría ser adquirida en la práctica, amén de la legislación que regula, delimita, o limita, dicho proceso. La construcción de las naciones y las nacionalidades por pueblos, más allá de las fronteras, no necesariamente nacidos en el mismo país, es un fenómeno al que debemos poner atención en el presente, y de cara al futuro de un Chile cada vez más transnacional, transversalizado por las particularidades de quienes han llegado para trabajar, convivir, y ser ciudadanos de esta nación-mosaico en construcción, cuya dinámica identidad, en lugar de estar en riesgo, como se repite insistentemente en los medios, pareciera que se nutre y enriquece cada día con la savia de otras latitudes.

Sin embargo, la revisión realizada por Correa⁵, concluye que *"... pese a la existencia de un marco regulatorio nacional claro respecto al tema del acceso a la salud de los inmigrantes, persisten situaciones de discriminación y vulneración de derechos"*, estableciendo relaciones de causalidad con la escasa divulgación entre el personal de salud y administrativo de las normativas establecidas a nivel central, y sobre todo con la ausencia de una planificación clara para la difusión y ejecución efectiva del marco regulatorio, configurando en conjunto con la falta de capacitación y sensibilización de los funcionarios de salud, sumada a sus preconcepciones negativas en relación a la población usuaria inmigrante, lo que denomina "discriminación institucional", como barrera de acceso a la salud de este grupo de personas⁵. Por su parte en los Informes Anuales de los Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales de Chile años 2014 al 2018, se corrobora y analiza con crudos ejemplos y en detalle esta situación, destacando *"casos de denegación de acceso a los Servicios de Salud a migrantes en situación irregular por no contar con cédula vigente, discriminación, maltrato y otras barreras de acceso"*; relatando la pre-ocupación del Estado, que no termina de materializarse en la vida de las y los migrantes, al tiempo que se reconocen y valoran los incuestionables avances en el sector, y en particular de las acciones del Piloto de Salud de Inmigrantes, con logros sobre todo en materia legislativa, aunque con retrasos en su cristalización^{1,9,10,11,12}.

En relación al ejercicio de los derechos consagrados en la legislación vigente, Margarit³ hace la distinción entre los *derechos personales*, que corresponderían a todos los seres humanos, y los *derechos de la ciudadanía* sólo a quienes *tienen* esa categoría. La exclusión de los extranjeros no considerados ciudadanos, ha permitido su discriminación, disminución y goce de derechos con relación a los nacionales, expresadas claramente en indicadores de salud, enfatizando que, *"No existe información clara ni capacidad de ejercer derechos y también de participar en las condiciones e instancias de discusión, teniendo una verdadera inclusión con rol ciudadano propiamente tal"*.

Desde los medios de comunicación y la imagen socialmente construida del migrante:

La imagen del migrante no es casual, expertos en el tema señalan que, la agenda política y los medios de comunicación fueron instalando el clima, vinculando la migración a un problema, al caos por ausencia de una regulación. Esto ha abonado el terreno para el

florecimiento e instalación de un conjunto de valores sociales negativos frente a la migración. La construcción social del migrante como agente contracultural y disonante, que estaría poniendo en riesgo la "identidad nacional", nuestro trabajo e ingresos, seguridad, servicios, y todo un conjunto de problemáticas, cuya agudización o crisis puede ser atribuida, fácil y convenientemente al migrante, criminalizándolo, e identificándolo como enemigo, invasor. Para enfrentar lo que se denomina "el desorden de las migraciones" se recomienda que:

*"Uno de los aspectos centrales que debería discutirse es la integración de los extranjeros a la sociedad chilena, no sólo sus derechos y obligaciones, sino las prioridades que deberían adoptarse y las normativas que tendrían que aprobarse para los diferentes tipos de permanencia, en que son importantes no sólo los estímulos sino la selectividad para facilitar el alejamiento de los indeseables, en la actualidad desregulada y costosa"*¹³.

El discurso del individualismo y la selectividad genera tierra fértil para la xenofobia, discriminación y otras perversidades. La discusión, y lamentablemente la investigación, pero sobre todo la representación social del migrante, ha sido confinada en una visión economicista excluyente, solo como factor productivo, de lo contrario indeseable, y las organizaciones de la sociedad civil y la academia debieran evitar que la discusión se dé únicamente en ese plano generado desde los medios de comunicación y otros sectores interesados, invisibilizando las voces de los expertos con una avalancha de información, no siempre ajustada a la realidad³.

El Informe que respalda la Política de Salud de migrantes internacionales destaca que:

*"...es importante señalar que se han documentado situaciones de trato discriminatorio y racismo, lo que muchas veces desincentiva la concurrencia de los extranjeros a los establecimientos de salud; desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos y deberes y de cómo funciona el sistema de salud; y falta de protocolos o reglamentación más explícita sobre los derechos asegurados, que se ha traducido en algunos casos, en interpretaciones restrictivas que vulneran los derechos de los migrantes"*⁷.

Por su parte, la fundamentación del programa piloto de salud de inmigrantes suma los siguientes componentes, que son planteados como:

*"...de gran utilidad como primer encuentro entre persona migrante y el sistema de salud chileno: enfoque de competencia cultural en salud, enfoque de curso de vida, enfoque de proceso migratorio, enfoque de vulnerabilidad social en salud, enfoque de salud en todas las políticas; y enfoque de bienestar subjetivo en salud"*¹⁴.

Desde estos pilares podemos identificar, adhiriendo en general el diagnóstico que condujo a la formulación del programa piloto, los determinantes centrales de la desigualdad en el acceso a los servicios de atención a la salud, a los cuales se ha pretendido responder con el desarrollo de este programa. A partir de ellos dibujamos algunas perspectivas que creemos necesarias y posibles ante el fenómeno.

CONCLUSIÓN

Comenzaremos por reconocer y destacar los esfuerzos que se han hecho desde el Estado en Chile para responder a la dinámica situación planteada con las migraciones. En relación a esto es importante señalar: Primero, que la migración debiera pensarse como un proceso integral en todas sus dimensiones: *"económica, política, cultural y social, ...considerando que detrás de los migrantes, existen familias..."*³, entendiendo a la migración no como una amenaza y con foco en la seguridad del Estado (regulada, segura y ordenada) sino más bien como un derecho, una oportunidad, y un aporte al desarrollo del país; construyendo una Política de Estado respaldada por una arquitectura institucional articulada, que garantice transparencia y coordinación intersectorial, y de los niveles locales, provinciales y centrales relevando el espacio local a través de los municipios³; una Política Pública que trascienda la visión economicista excluyente, y que dé respuestas claras, basadas en evidencia científica, a la desinformación interesada y los valores de exclusión, individualismo y xenofobia, impuesta por los medios de comunicación hasta el momento, apuntando a una Política Nacional de Migración y Extranjería, objetivo explícito de los dos últimos Proyectos de Ley presentados, que no se diferencian mucho¹⁵; no obstante, adolecen ambos de mecanismos expeditos para institucionalizar una visión conjunta, holística y de derechos a la política migratoria, que permita responder a la situación con la urgencia y articulación institucional necesarias.

En segundo lugar, y reforzando la visión de derechos, definir con claridad las condiciones de cómo interactuar con el Estado cuyo deber es garantizar los derechos, promoviendo la construcción de la diversidad en un marco de igualdad plasmado en el derecho, sin

perder de vista el elemento esencial de la humanidad y su dignidad, para que los derechos sociales estén garantizados tanto a los ciudadanos como a las personas que no detentan esa categoría³.

En tercer lugar, impulsar la producción de evidencia científica que lleve a comprender que el

migrante y su familia son más que un número, y que tenemos la oportunidad de construir en conjunto, con nuestras necesidades, nuestras diversidades culturales, y nuestros aportes, el país y el mundo que todas y todos queremos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sanfuentes A. El desorden de las migraciones. Revista Libertad y Desarrollo julio 2018 /nº 296: 13-14.
- 2) Instituto Nacional de Estadísticas. INE. Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. 2018. p 18 Disponible en www.ine.cl
- 3) Margarit D, González H, Grau O, Galaz C. Informe Final de la Asesoría para el análisis de la propuesta de Ley migraciones: Propuesta para abordar el fenómeno migratorio en Chile. Senado de la República de Chile. 2018. Disponible en: <https://www.senado.cl/apps Senado/index.php?mo=transparencia&ac=doctoInformeAsesoría&id=3164>
- 4) Servicio de Salud Metropolitano Central, Región Metropolitana. Ministerio de Salud. Guía para los equipos de salud en la orientación y apoyo a la población migrante. 2015. p11. Disponible en: https://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/06/GUIA-PARA-EQUIPOS-SALUD-ORIENTACION-APOYO-POBLACION-MIGRANTE-mayo-2015.pdf.
- 5) Correa Betancour M. Migraciones y políticas de salud en Chile: cronología de los principales hitos 2000-2018. Academia y Crítica. 2018; 2 (1): 210-226. Disponible en: <https://doi.org/10.25074/07199147.2.886>.
- 6) Stefoni C. Procesos Migratorios y derechos de las/los migrantes en sociedades de América del Sur. Academia Y Crítica. 2018; 2 (1): 11-13. Disponible en: <https://doi.org/10.25074/07199147.2.1005>.
- 7) Política de Salud de migrantes internacionales Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes MINISTERIO DE SALUD - FONASA - SUPERINTENDENCIA DE SALUD 2018. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
- 8) Urzúa A. y Cabieses B. Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional. Cuadernos Médico Sociales, (Chile). 2018, 58 (4) Disponible en: <https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/cuadernosmedicosociales2019vol58ndeg4.pdf>
- 9) Universidad Diego Portales. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2014. Ediciones Universidad Diego Portales. 2015. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2015/CAP%207.%20ACCESO%20SALUD%20PERSONAS%20MIGRANTES.pdf>
- 10) Universidad Diego Portales. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2015. Ediciones Universidad Diego Portales. 2016. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2015/CAP%207.%20ACCESO%20SALUD%20PERSONAS%20MIGRANTES.pdf>
- 11) Universidad Diego Portales. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2016. Ediciones Universidad Diego Portales. 2017. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2015/CAP%207.%20ACCESO%20SALUD%20PERSONAS%20MIGRANTES.pdf>
- 12) Universidad Diego Portales. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2017. Ediciones Universidad Diego Portales. 2018. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2015/CAP%207.%20ACCESO%20SALUD%20PERSONAS%20MIGRANTES.pdf>
- 13) Sanfuentes A. El desorden de las migraciones. Revista Libertad y Desarrollo julio 2018 /nº 296
- 14) Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo Dirección de Atención Primaria de Salud, Ilustre Municipalidad de Santiago. Proyecto Piloto Plan de Atención Inicial Integral de Salud de Migrantes Internacionales. 2017. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/1902/Plan%20Atencion%20Inicial%20Migrantes%20-%20Febrero%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 15) Figueroa R, Parada C, Mardones F. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. Migración en Chile: tres perspectivas de análisis. 2019. Ediciones de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. Disponible en https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/70409/1/Migracion_Chile.pdf

HACIA UN MODELO DE UNIVERSIDAD SALUDABLE: LAS POSIBILIDADES DE IMPLEMENTACIÓN EN UNA UNIVERSIDAD ESTATAL CHILENA.

TOWARDS A HEALTHY UNIVERSITY MODEL: THE POSSIBILITIES OF IMPLEMENTATION AT A CHILEAN STATE UNIVERSITY.

Anita Dörner Paris¹, Raquel Pereira Berrios², Angélica Arriagada Arriagada³

ABSTRACT

The article presents a reflection on the healthy university model, whose main objective is to promote healthy living in the University community (students, officials, academics and managers). To this end, it is still to promote a culture promoting health, self-care at a personal and organizational level that includes not only the concept of traditional health, but on the contrary a comprehensive concept that incorporates all the dimensions of human well-being. It is hoped to promote an institutional policy with human and economic resources that allow the sustainability of the model in the Strategic Institutional Development Plan.

KEY WORDS: comprehensive health, healthy college, health promotion, healthy lifestyles.

RESUMEN

El artículo presenta una reflexión respecto del modelo de Universidad Saludable, cuyo objetivo principal es promover una vida saludable en la comunidad Universitaria (estudiantes, funcionarios, académicos y directivos). Para ello, se sugiere fomentar una cultura de promoción de la salud, de autocuidado a nivel personal y organizacional que abarque no sólo el concepto de salud tradicional, sino por el contrario un concepto integral que incorpore todas las dimensiones del bienestar humano. Se espera promover una política institucional con recursos humanos y económicos que permitan la sustentabilidad del modelo en el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional, 2030.

PALABRAS CLAVE: salud integral, universidad saludable, promoción de la salud, estilos de vida saludables.

INTRODUCCIÓN

La Universidad, es una organización que funciona como un espacio físico y social en el que convive la comunidad universitaria que desarrolla su vida y actividades en este contexto académico. Bajo este escenario, las universidades deben constituirse como entornos saludables, estos se definen por ser las localizaciones para la promoción de la salud, además de

ser entidades sociales o sistemas que cambian y pueden promover su salud o por el contrario, si no lo hacen generan espacios para provocar problemas de salud. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención en un escenario complejo, que implica trabajar no solo con las personas, sino también con las estructuras y los patrones culturales que lo conforman^{1,2}.

Como cualquier organización, las universidades deambulan entre contextos de salud/enfermedad, bienestar/malestar. Así, la visión de una universidad saludable es la que entiende la salud como un concepto positivo bastante amplio, que no sólo hace referencia a la ausencia de enfermedad y a las capacidades físicas y psíquicas de los/las miembros de la comunidad universitaria. Se considera además la promoción de la salud, que tiene un carácter multisectorial y no debe ser tarea exclusiva del sector salud. Es necesario por lo tanto, fomentar entre otras acciones, la inclusión del concepto

Recibido: 02 Septiembre, 2019 Aprobado: 28 Octubre, 2019

¹Académica. Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. anitapatricia.dorner@ulagos.cl

²Académica. Departamento de Ciencias de la Actividad Física. Universidad de Los Lagos.

³Académica. Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos.

Correspondencia: anitapatricia.dorner@ulagos.cl

salud y bienestar de manera transversal en los trabajos de fin de grado de todas las titulaciones universitarias³. El modelo de universidad saludable está centrado en las intervenciones y programas para el cambio de la distribución poblacional de los principales factores de riesgo (tabaco, dieta, sedentarismo y alcohol) de las enfermedades no transmisibles⁴. Los tres pilares del modelo son: intervenciones y programas, vigilancia y evaluación, y formación e investigación en salud en todas las áreas y políticas de la organización³.

La propuesta de universidad saludable tiene como base un concepto de salud integral, el cual es producto de las relaciones armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo misma, con los demás y con el medio ambiente, incorporando con ello el concepto de un mundo una salud, entendiendo que nuestras conductas tienen un efecto en nuestro ambiente y no sólo en las personas^{5,6,7}.

En este contexto, se puede señalar que en el ámbito universitario, a partir de 1996 se formalizan redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud, y se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de universidades promotoras de la salud⁸. En este proceso ha sido importante el trabajo realizado por universidades públicas y privadas, en países como Chile, México y Colombia; además de la organización de conferencias o congresos internacionales bajo el tema de "universidades promotoras de la salud".

Por ejemplo, el Primer Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se desarrolló en Chile en el año 2003 y allí se dio a conocer la estrategia para que las universidades contribuyeran a la promoción de estilos de vida saludables. El II Congreso Internacional se realizó en Canadá en 2005 y tuvo como producto la Carta de Edmonton, la cual recoge la declaración de los principios y metas de las universidades promotoras de la salud, convirtiéndose en una guía para la puesta en marcha de estos proyectos, siendo el Tercer Congreso Internacional en México donde se institucionaliza la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud - RIUPS8,⁹.

En Chile, desde 1998 se ha promovido una política de Estado intersectorial y participativa de la promoción de la salud, destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables para la población nacional⁸. Las experiencias son varias, siendo la más representativa la de la Pontificia Universidad Católica de Chile; sumándose posteriormente la Universidad de Concepción (UDEC), la Universidad del Bío-Bío (UBB), la Universidad

de Los Lagos (ULAGOS), la Universidad Austral (UACH), INTA de la Universidad de Chile, la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), entre otras¹⁰.

El trabajo realizado en la Pontificia Universidad Católica de Chile, muestra la generación, liderazgo y desarrollo permanente de acciones que promuevan estilos de vida saludables. En este trabajo, se busca tener una línea base de todos los estudiantes que ingresan a la universidad y potenciar el trabajo en tres grandes líneas de desarrollo: actividad física, alimentación saludable y entornos saludables (ambientes libres de humo de tabaco y seguridad personal). Además, se elaboró un marco conceptual, la constitución de un equipo interdisciplinario que dirige el programa y la realización de un diagnóstico de las conductas de salud de los estudiantes de la institución. Asimismo, un servicio de salud estudiantil que trabajara las áreas de la promoción de la salud mental, salud oral, prevención cardiovascular, sexualidad responsable, prevención de cáncer de piel, prevención y control de consumo de tabaco y otras drogas, talleres de crecimiento personal, programas de prevención del suicidio entre otras acciones^{8,9}.

Como se observa en los párrafos anteriores, las universidades tienen una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de los miembros de su comunidad. Son instituciones donde las personas pasan una parte importante de sus vidas y pueden incidir en la formación de sus estilos de vida, llevándolos a ser personas autónomas, reflexivas, críticas, con responsabilidad frente a sí mismos y ante los demás; al mismo tiempo los universitarios lideran innovaciones y tienen un rol modélico en la sociedad^{8-11,12}.

Las universidades por lo tanto, además de promover la prevención de las enfermedades cardiovasculares, deben trabajar con otras conductas relacionadas con la salud mental, los hábitos del sueño y el descanso, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, las conductas de autocuidado y el manejo de la recreación y del tiempo libre^{13,14}.

En términos ideales, una universidad saludable es la que provee un ambiente saludable, favoreciendo el aprendizaje a través de sus áreas y edificaciones, zonas de recreación, bienestar universitario y medidas de seguridad. También sería la que incorpora ejes temáticos de promoción de la salud en las mallas curriculares de todas las carreras de pregrado y los impulsa en postgrado y formación continua.

Asimismo, fomenta la actividad física y estilos de vida saludables: deportes, ciclismo, caminatas, el reciclaje, la producción de alimentos para el auto consumo, entre otros, como parte de los programas curriculares y extra-curriculares de la institución y las prácticas saludables de alimentación y nutrición en los casinos y los lugares de expendio de alimentos, incluyendo normas que rigen la naturaleza de la alimentación ofrecida dentro de sus instalaciones. Una universidad saludable también promueve el cumplimiento de las políticas públicas, realizando campañas de sensibilización sobre el tema e inclusive, ofreciendo programas preventivos abiertos a la comunidad⁵.

Una comunidad será saludable en la medida en que existan múltiples conexiones entre los individuos y los subsistemas que forman parte de ella. La promoción de la salud y los modelos participativos implica asumir que las personas y los subsistemas organizacionales tengan el derecho de autogestionarse. Viabilizar la participación implicará abrir posibilidades para la cogestión, la autonomía, la comprensión de realidades dinámicas, la formalización de alianzas y la transformación de contextos y formas de relación. Implicará entender la salud como un derecho. El trabajo en red es fundamental en un mundo interconectado y global^{15,16}.

Para lograr lo mencionado previamente, autores como Arroyo y Rice⁸ y Lange y Vio¹¹ sugieren cumplir con una serie de pasos y condiciones, entre las que se mencionan:

1. La designación de un comité coordinador. Este comité debe dirigir el programa y reunir a otros agentes de la institución interesados, que tengan la potestad de tomar decisiones y la capacidad de influir en los otros.
2. La realización de estrategias comunicacionales de información con foco, concientización y sensibilización hacia los conceptos de promoción de la salud y universidad promotora de la salud. Esto permitirá que toda la población universitaria conozca sobre la iniciativa y se identifique con los objetivos propuestos, ayudando a su consecución.
3. El desarrollo del análisis de la situación social y de salud de los integrantes de la comunidad universitaria (estudiantes, profesores/as, funcionarios/as no académicos, directivos). Se deben identificar los problemas prioritarios a trabajar y también poder contar con un referente al evaluar la efectividad y el impacto del programa.

4. El desarrollo del perfil de los programas, proyectos, servicios y actividades que se relacionan con la promoción de la salud y aquellos que podrían vincularse directa e indirectamente.

5. Dar a conocer a toda la comunidad universitaria la información obtenida y el programa a realizar.

6. El desarrollo del plan estratégico institucional para impulsar la iniciativa. Se hace necesario incorporar las metas planteadas en el programa dentro de los objetivos generales de la institución, esto le dará sustento, permanencia y validez.

7. La obtención de un compromiso institucional con la implantación del plan estratégico y con la asignación de recursos humanos y presupuesto de apoyo a la iniciativa.

8.-El desarrollo de la programación de las acciones y actividades para el año académico. Es importante conocer las actividades que se realizan con regularidad para articularlas con las actividades propuestas en el programa.

9. La definición de criterios e indicadores de medición y mecanismos de evaluación de la efectividad.

10.-La divulgación y publicación de los resultados de las acciones de creación, las acciones programáticas, de investigación y de evaluación vinculadas con las universidades promotoras de la salud.

Es importante mencionar que se recomienda intervenir en los aspectos organizacionales para promover una universidad saludable y así se hace crucial tomar en los ámbitos en los que debe integrarse una estrategia de promoción de la salud^{9,11}. Esto implica que los objetivos de universidad saludable deben formar parte del plan estratégico de las universidades, incluyendo la promoción de la salud como fundamental para el cumplimiento de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹⁷, siendo así necesario la modificación de reglamentos, asignando recursos económicos, entre otros. Además, se hace importante que los estamentos responsables desarrollen una estructura organizacional que sea capaz de proponer y ejecutar articuladamente las acciones que se propongan, para que de esta forma, la comunidad educativa haga propio su cambio en los estilos de vida saludable dentro de la universidad como en el ámbito familiar.

A nivel de los procesos se sugiere constituir un grupo interdisciplinario y tri-estamental que

sensibilice y promueva los lineamientos de un programa de universidad saludable. También se propone que los temas de promoción de salud deben formar parte de la malla curricular de todas las carreras y cursos de posgrado. Finalmente, se sugiere atender y modificar al ambiente físico para que este sirva de incentivo y facilite el vivir saludablemente¹⁸.

La experiencia ha mostrado que asumir como alternativa de abordaje el mantenimiento de la salud implica, en lo cotidiano, fortalecer en las comunidades universitarias la capacidad para tomar decisiones conscientes, identificar y aprovechar oportunidades de comunicación que pueden potenciar procesos, generar oportunidades de actualización desde la experiencia y aprender con cada uno de ellos a mantener una mejor salud. Estas aportaciones, que no suponen actitudes ni acciones asistenciales, implican movilizar paradigmas y formar parte de un sistema que vele por la salud integral de toda la comunidad universitaria, y que a su vez, pueda ser motor de desarrollo local, asumiendo la responsabilidad social que la universidad tiene frente a la salud comunitaria¹⁹.

CONCLUSIÓN

Considerando lo anterior, parece más concreto para una universidad iniciar un plan de actividades preventivas promoviendo en sus estudiantes el desarrollo de su autoeficacia y autoconcepto, el reconocimiento, comprensión y regulación de sus emociones, las relaciones sociales y las proyecciones vitales, en lugar de apoyar la realización o derivación de atención en salud mental, pues esto se constituiría en una nueva forma de consulta psicológica, con los nuevos costos asociados a los procesos de atención y disponibilidad de recursos humanos que siempre serán insuficientes. De esta forma, se podría promover el

bienestar en el contexto universitario^{20,21}. Este mismo trabajo se debe promover con el resto de la comunidad universitaria para un mayor bienestar psicológico y social, es decir un bienestar integral.

El gran desafío de las Universidades a través de sus Direcciones o Unidades de desarrollo estudiantiles, Direcciones de Recursos Humanos o de Desarrollo Organizacional es promover una cultura de bienestar en sus diferentes dimensiones: psicológico, social, física, en armonía con el medio, en toda la comunidad universitaria involucrando a estudiantes, directivos, académicos/as y funcionarios/as¹⁷. Resulta importante entonces que la propuesta o proyecto estratégico en esta línea esté incorporada en el plan estratégico de desarrollo institucional (PEDI, 2030), de forma que se cuente con los recursos requeridos (humanos, económicos, de infraestructura) y que sea parte de la política de la organización impregnando el pre y postgrado, además de la investigación, capacitación y vinculación con el medio. En este contexto, resulta relevante la participación activa de los distintos estamentos en la generación de la política y de sus acciones que se instalen a mediano y largo plazo de manera progresiva en toda la organización educativa. Todas acciones necesarias para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria de las personas. La universidad hoy cuenta con los dispositivos y espacios adecuados para el desarrollo de un plan integral de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Dennis R. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*. 2000; 15: 355-367.
- 2) Trevor H. People. Partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International*. 2001; 16: 275-280.
- 3) Martínez-Sánchez J M, Balaguer A. Universidad saludable: una estrategia de promoción de la salud y salud en todas las políticas para crear un entorno de trabajo saludable. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2016; 19(3): 175-177. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.12961/aprl.2016.19.03.4>
- 4) Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable diseases. *N Engl J Med*. 2013; 369:1336-43.
- 5) Machado J. La universidad saludable. *Revista de Ciencias Humanas*. 2001; 26. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado.htm>
- 6) Páez M. Universidades saludables: los jóvenes y la salud. *Archivos de medicina*. 2012; 12(2): 205-220.
- 7) Véliz Burgos A. y Dörner Paris A. Un mundo, una salud: una propuesta de incorporación en la formación de pregrado en carreras de salud del sur de Chile. *Rev. Incl*. 2018; 5(4): 119-127.
- 8) Arroyo H. y Rice M. (Eds.) Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas. Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud. 2009.
- 9) Muñoz M, Cabieses B, Contreras A, Zuzulich MS. El desarrollo y fortalecimiento de universidades promotoras de salud. En J. Ippolito-Shepherd (Comp.), *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades*. 2010: 211-238. Buenos Aires: Paidós.
- 10) González R, Weil J. Universidades promotoras de la salud. La experiencia en Chile. En J. Ippolito-Shepherd (Comp.) *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades*. 2010: 239-251. Buenos Aires: Paidós.
- 11) Lange I, Vio F. Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de educación superior. Santiago: Productora Gráfica Andros Limitadas. 2006. Recuperado de http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Guia-Universidades-Saludables_INTAOPS.pdf
- 12) Morello P. Universidades saludables. Ponencia presentada en el evento: II Encuentro Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2010. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/PRESENTACION-Uni-saludable.pdf>
- 13) Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003; 34 (4): 186-195.
- 14) Salazar I, Varela M, Lema L, Tamayo J, Duarte C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12 (4): 599-611.
- 15) Pérez Villalobos C, Bonnefoy Dibarrat C, Cabrera Flores A, Peine Grandon, S, Muñoz Ruiz C, Baquedano Rodriguez M, Jimenez Espinoza J. "Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción". *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2011; Vol: 29(1): 148-160.
- 16) Arroyo H. Movimiento iberoamericano de universidades promotoras de la salud. Escuela de Salud Pública, recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. 2012. Recuperado de: http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Sesiones_Simultaneas/Sesiones_Especiales/Sesion_Especial_VIII_Jardin/Movimiento_Iberoamericano_de_Universidades_Promotoras_de_la_Salud_Hiram_V_Arroyo_-_Escuela_de_Salud_Pública_-_Universidad_de_Puerto_Rico_Puerto_Rico.pdf
- 17) Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1>
- 18) Becerra Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología (PUCP)*. 2013; 31(2): 287-314. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000200006&lng=es&tlng=es
- 19) Martínez-Riera J, Gallardo Pino C, Aguiló Pons A, Granados Mendoza M, López-Gómez J, Arroyo Acevedo H. La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. *Informe SESPAS 201*. *Gac Sanit*. 2018; 32(S1):86-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- 20) Véliz Burgos A, Dörner Paris A. Reflexiones respecto al bienestar psicológico y salud mental en estudiantes de primer año de una Universidad Estatal. *Revista Ciencias de la Documentación*. 2019; 5(1): 63-71.
- 21) Becerra Martínez N, Alba Talero L, Granados Mendoza C. Orientaciones para la puesta en marcha de un programa de mantenimiento de la salud. *Univ Med*. 2013; 54: 322-337.

BIENESTAR HUMANO DE PESCADORES ARTESANALES RESPECTO DE LA SALUD COMO UN DERECHO.

HUMAN WELFARE OF CRAFTSFISHERS REGARDING HEALTH AS A RIGHT.

Edgardo González Sierra¹, Verónica Riquelme Contreras¹, Alessandro Monteverde Sánchez²

ABSTRACT

The article allows us to reflect on the human welfare processes experienced by artisanal fishermen regarding health as a right, following the World Health Organization that defines it as a complete state of physical, mental and social well-being, not just the absence of disease. Described above, the Ministry of Health of Chile, in the 2014-2018 period has implemented its public health transforming plan, allocating financial and professional resources, constituting the Integrated Networks of Health Services and primary care, to deliver a health Decent, quality and accessibility. However, given the conditions of artisanal fishermen on the coastal edge, it is necessary to generate specific strategies to link this population with the health care network of the territory; otherwise, this sector will continue with high levels of vulnerability in health, with increased morbidity and mortality, which affects the quality of life of workers and their families, since it does not allow health as a right.

KEY WORDS: artisanal fishermen, access to health, human welfare.

RESUMEN

El artículo permite reflexionar sobre los procesos de bienestar humano que viven los pescadores artesanales respecto a la salud como un derecho, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud que la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad. Descrito lo anterior el Ministerio de Salud de Chile, en el periodo 2014-2018 ha implementado su plan transformador de la salud pública, asignando recursos financieros y profesionales, constituyendo las Redes Integradas de los Servicios de Salud y la atención primaria, para entregar una salud digna, de calidad y accesibilidad. No obstante, dadas las condiciones de los pescadores artesanales del borde costero, se requiere generar estrategias específicas para vincular esta población con la red asistencial de salud del territorio; de otra manera, este sector seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, con aumento de la morbilidad y mortalidad, lo cual afecta la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias, ya que no permite la salud como un derecho.

PALABRAS CLAVE: pescadores artesanales, acceso a la salud, bienestar humano.

INTRODUCCIÓN

La OMS define: "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad"¹.

Definido el concepto de salud, se observa la necesidad de generar nuevos derechos sociales que atiendan al principio de igualdad de todo ser humano. En este aspecto, en el segundo gobierno de la presidenta Bachelet en Chile (2014-2018), se entiende la salud como

un derecho humano, que se orienta hacia una sociedad integradora, equitativa, solidaria y justa, que reconoce a todas las personas como sujeto de derechos, sin restricción, lo que orienta a una concepción de integralidad, sin discriminación, con equidad e igualdad social². Bajo este marco conceptual se implementa para Chile el plan de salud 2014-2018, que no sólo involucra recursos financieros importantes (7,8% del producto interno bruto), y que lleva implícito hacer una salud digna, de calidad y accesible. Se considera no solamente avanzar en infraestructura, también en un plan de formación y retención profesional, fortalecer programa de Atención Primaria (APS), acceso a medicamentos, así como mejorar la calidad de vida laboral de los profesionales. Sin embargo, la implementación de esta estrategia mencionada de forma aislada, no garantiza el derecho a la salud. Es por esto que desde el 2014, junto con poner en marcha el plan transformador de la salud pública chilena, se ha considerado importante trabajar

Recibido: 14 Septiembre, 2019 Aprobado: 22 Octubre, 2019

¹Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Chile.

²Facultad de Humanidades. Universidad de Playa Ancha. Chile

Correspondencia: edgardo.gonzalez@ulagos.cl

en los Servicios de Salud (que es una red nacional representada en cada región del país) a través de las Redes Integradoras de Servicios de Salud (RISS), basadas en APS, cuyos pilares son: enfoque de derechos, salud familiar y determinantes sociales de salud. Esto permitirá abordar los ámbitos estratégicos de la acción sanitaria integral para comprender la complejidad del bienestar de las personas y sus comunidades³.

Salud como un Derecho

De acuerdo a las cifras, Chile ha avanzado en los últimos 10 años en desarrollar políticas de Estado e implementar iniciativas intersectoriales que permiten transitar en el eje ideológico que guía el ciclo de política pública desde un enfoque de necesidades al de derechos, pasando de la focalización a la universalización³.

El Ministerio de Salud de Chile, en el periodo 2014-2018, ha enfocado sus prioridades en fortalecer la salud pública y mejorar el sistema público para alcanzar altos niveles de bienestar de la población y disminuir las inequidades en el acceso y resultados de salud, considerando la pertinencia cultural, la participación social y comunitaria, la equidad de género, y el trabajo intersectorial. Por ejemplo, en avances tenemos el Programa de Prevención y Promoción de la Salud en personas en situación de discapacidad (2016), pero en inequidades se indica que a nivel nacional los ingresos del 10% más rico de Chile son 26 veces más altos que los del 10% más pobre⁴.

En el marco de los desafíos a nivel mundial, regional y nacional en materia de bienestar y vida sana, Chile ha adoptado el compromiso de salud como derecho humano, que está basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales Culturales (1976), Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (2006), también se considera la Declaración de Alma Ata (1978) y Declaración de Ottawa (1986), donde se define Salud para Todos en el año 2000, incluyendo salud como hecho multidimensional del sistema social, la salud como condición previa para alcanzar el Desarrollo, Objetivos del Milenio (2000-2015), los determinantes sociales en salud e impacto en la equidad⁵. En el año 2010 se realiza una conferencia en Australia donde se genera la Declaración de Adelaida que pone énfasis en la acción intersectorial y en relevar la salud en todas las políticas, estableciendo que todos los sectores incluyeran salud y bienestar como componente esencial de la formulación de la política.

La salud como compromiso de bienestar, Objetivo de Desarrollo Sostenible ODS (2015), se ajusta al desarrollo sostenible del 2030, comprende tres dimensiones, social, económica y ambiental y el abordaje debe ser desde el sector público, sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias⁵. El eje específico es el ODS 3 que indica: Salud y Bienestar, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos/as en las distintas edades.

Dado los desafíos mencionados anteriormente, Chile generó la implementación del modelo RISS³, que mostró al año 2015 que el país presentó el mejor índice de desarrollo humano a nivel latinoamericano y 38 a nivel mundial, esto refleja en los números que si bien se ha avanzado en estrategias para mantener el bienestar de la población en diferentes ámbitos, aún queda mucho por alcanzar en materia de equidad o acceso a bienes y servicios.

Este marco de compromiso del Estado de Chile por la salud como un derecho, se encuentra reconocida por la Constitución de 1980, bajo la fórmula "derecho a la protección de salud". Sin embargo, pese a todo lo anteriormente declarado, este derecho es sólo desde el discurso, ya que la ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) - emprendida por la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, se ha instrumentado en distintos países de América Latina, generando cambios en la legislación de seguridad social haciéndola obligatoria con dos regímenes distintos y con paquetes diferenciados. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, 9% de los chilenos carece de él. La atención médica oportuna se ha incrementado con el Plan Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) de 2004; no obstante, el obstáculo económico al acceso persiste debido a que en un porcentaje importante de los casos existe el sistema de copagos, lo que indica que una parte de la atención de salud debe ser cubierta con recursos personales de la población que se atienden en el sistema de salud.

Pescadores Artesanales y Bienestar Humano

La administración política de Chile está dividida en 15 regiones, conformadas a su vez por provincias y comunas, que son la base de la organización política. En lo específico, cuando observamos los datos de la comuna de Puerto Montt, capital de la Región de Los Lagos, se evidencia un desarrollo acelerado en las últimas décadas que no ha estado libre de problemas. El crecimiento económico desde el año 2012 ha significado sin duda una mejora en el PIB comunal, lo que no necesariamente ha

generado una mejora en el bienestar y en la calidad de vida de los habitantes⁶. La encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile (CASEN) 2015, reporta una diferencia entre los niveles de pobreza por ingresos y la pobreza multidimensional dentro de la comuna. Así mientras que la pobreza por ingresos da cuenta del acceso de las personas a un nivel mínimo de consumo, la pobreza multidimensional da cuenta de la calidad de vida de las personas a partir de su acceso a una serie de servicios indispensables para el bienestar y desarrollo humano⁷. En el caso de esta comuna revela que, mientras la pobreza por ingresos se expresa en 12,2% de la población, que es inferior al promedio de la región de Los Lagos con 16,1%, la pobreza multidimensional alcanza a 17,4% de la población en Puerto Montt, la cual es solo un poco menor a 21,4% de pobreza multidimensional regional⁸. Respecto de la encuesta nacional de calidad de vida y salud 2015-2016, los resultados del bienestar subjetivos en referencia a la percepción de satisfacción y felicidad, dinero y diversión y percepción de calidad de vida son mayores que los que muestra el país.

Si consideramos el borde costero e insular chileno (83850 Km), con 14 regiones costeras y donde 21% de la población total vive a menos de 10 km de la costa, en especial el borde costero de la región de Los Lagos, observamos que este se caracteriza por tener alta riqueza de recursos hidrográficos, que por mucho tiempo han sido explotados por comunidades de pesca artesanal⁹. En este espacio marítimo, se desarrolla la pesca artesanal, que incluye la extracción de: algas, peces, moluscos y crustáceos.

Dados estos antecedentes, en el sector del borde costero de las comunidades Anahuac, Panitao e Isla Tenglo que representa el subsector 5 del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), 2017⁸, se encuentran varias agrupaciones de pescadores que viven una realidad laboral y personal extremadamente exigente y compleja, que repercute en su calidad de vida y provoca daños tempranos a su salud¹⁰, ya que a pesar de que el sistema sanitario de la comuna ha generado diversos programas orientados a la prevención y promoción de la salud en la población adulta, éstos no están direccionados específicamente a este grupo laboral, lo que genera que, un bajo número de trabajadores accedan al sistema de atención primaria. Es por esta situación, que se requiere generar estrategias para vincular a esta población a la red asistencial de salud del territorio, de otra forma será un sector que seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, morbilidad y mortalidad, afectando la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias.

Dado el contexto anterior de la Declaración en Salud se desprende el bienestar y la ecología social. El bienestar se ha organizado en dos grandes tradiciones, uno se relaciona fundamentalmente con la felicidad (bienestar hedónico) y otro ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar eudaimónico)¹¹. Algunos autores, han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo, como representante de la tradición hedónica y el constructo bienestar psicológico, como representante de la tradición endaimónica¹². Analizadas en su conjunto, esta dos corren el riesgo de reflejar un sujeto aislado del mundo, cuya satisfacción general, felicidad y crecimiento personal se producen al margen de las condiciones en la que se desenvuelve su existencia. Es por esto, que necesitamos considerar la importancia de las relaciones sociales no sólo para el bienestar, sino también, para la construcción de un sujeto como persona. En este marco es donde se inscribe la propuesta de bienestar social, que considera lo individual y social.

Cabe señalar que esta estructura de bienestar está compuesta por tres factores, satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo¹³. El bienestar psicológico ha centrado su interés en el desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor. Este bienestar depende de variables como la edad, el género y la cultura; se pueden medir a través de algunos de sus componentes, tanto afectivos como cognitivos, y se analizan en diferentes contextos, como la familia y el espacio laboral¹⁴.

Uno de los trabajos más replicados en diferentes contextos para evaluar el bienestar psicológico es el de Ryff, que presenta una estructura de sus factores propias del bienestar, obteniendo por análisis factorial exploratoria y confirmatoria en diversas versiones de distinta longitud de escala¹⁵. Las dimensiones obtenidas por Ryff en su escala son: autoaceptación, relación positiva, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida, crecimiento personal. Éstas evalúan la capacidad del individuo para generar las condiciones del desarrollo de sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

El bienestar social ha adquirido una creciente importancia en los últimos años, fundamentalmente debido a sus relaciones con la salud cívica y capital social. Está definido como *"la valoración que hacemos de la circunstancia y el funcionamiento dentro de la sociedad"*¹⁶ y se compone de las siguientes dimensiones: integración social, aceptación social, coherencia social. Los datos apuntan a que una buena, calidad y cercana red de relaciones sociales puedan dotar

a la vida de optimismo y de confianza en el futuro, donde nos hacemos de paso, socialmente más activos y solidarios a lo que Keyes definió como psicológicamente sanos.

Por otra parte, se incorpora el concepto de ecología social, que es el estudio de los sistemas humanos en interacción con sus sistemas ambientales. En esta definición, tanto los dos sistemas, como su interacción, tienen la misma importancia. Por sistema humano nos referimos a la persona, o a un conjunto de individuos, desde un grupo social concreto hasta la nación o conjunto de naciones¹⁷. La perspectiva de la ecología social parte del ser humano, y en particular, atendiendo a sus peculiaridades colectivas. La delimitación del ambiente se hace desde el sistema humano. El sistema ambiental, es concebido como todo aquello que interacciona con el sistema humano. En el sistema ambiental corrientemente se distinguen tres subsistemas: humano, construido y natural. El componente humano se refiere a los demás individuos que no son parte del sistema humano inicialmente reconocido. De igual manera, el construido engloba casas, calles, ciudades o áreas cultivadas, que son paisajes modificados o realizados por el ser humano. Finalmente, el natural incluye a los bosques, ríos, montañas, praderas, la fauna y flora que albergan. De hecho, las ciencias contemporáneas son perspectivas científicas que se han restringido a estudiar las interacciones del hombre con uno de estos subsistemas ambientales, olvidando los otros.

A partir de estos conceptos es posible presentar una serie de postulados centrales básicos, para delimitar a la ecología social, desde una perspectiva latinoamericana.

- a) El hombre interacciona intensa y continuamente con el ambiente. Ni uno ni otro se puede estudiar aisladamente, en tanto mutuamente se determinan aspectos de su estructura y funcionamiento.
- b) La interacción entre los sistemas humano y ambiental es dinámica y se desarrolla en el tiempo y en el espacio.
- c) La delimitación del ambiente es contingente a como se define el sistema humano.
- d) El ambiente es complejo y heterogéneo en el tiempo y en el espacio.

Descrito lo anterior, tratar de definir bienestar humano es complejo, como detallamos anteriormente, es un concepto amplio cuya consecución ha preocupado

al ser humano durante toda su existencia y exige una revisión más profunda. Por otra parte el auge galopante de la concepción occidental del bienestar humano, entendido como nivel de consumo, amenaza con precipitarnos hacia un colapso civilizatorio. Por lo tanto, debemos hablar de rescatar y transversalizar una concepción de bienestar humano más holística e integradora que esté sustentada en las necesidades humanas básicas y enfocada hacia aquellos valores intangibles que dan sentido a la vida, como las buenas relaciones sociales y unos ecosistemas bien conservados, que permita lograr un mundo feliz, justo y con derecho a la salud¹⁸.

CONCLUSIONES

El trabajo en salud y especialmente el realizado con comunidades vulnerables requiere de un proceso riguroso de planificación que facilite la generación de desarrollo y crecimiento en sus habitantes instalando capacidades que promuevan el bienestar humano y la salud colectiva¹⁹. Estudios muestran que los pescadores artesanales, pertenecen a un grupo altamente vulnerable en el área de salud. Se suma a esto, el hecho de que cuando se estudia el estrés y se asocia al trabajo, se reconoce que este se ve influido por muchos factores entre ellos el tipo de trabajo, la cultura y clima organizacional, y también los relacionados con la persona, como el estilo de vida, características individuales, historia vital, lo que hace su abordaje complejo²⁰.

Concluido lo anterior y dado que por más de 10 años se han realizado intervenciones con un alto componente de asistencialismo en formatos de operativos de salud, que si bien son capaces de responder a una necesidad específica como problemáticas odontológicas y/o, médicas, no logran resolver los problemas de fondo, sino que despiertan mayores necesidades que esperan ser satisfechas de la misma forma. Seguramente, estas intervenciones se generan en la voluntad de profesionales que intentan establecer algún tipo de programa de responsabilidad social que, sin lugar a dudas, es bien recibido por la comunidad y al arrojar interesantes niveles de aprobación por parte de la ciudadanía, se autoalimentan y permanecen casi como pequeñas políticas públicas que son usadas en diversas campañas publicitarias y políticas. De esta forma, se requiere generar estrategias para vincular esta población con la red asistencial de salud del territorio, puesto que de otra manera, es un sector que seguirá con altos niveles de vulnerabilidad en salud, con niveles elevados de morbilidad y mortalidad, lo cual afecta la calidad de vida de los

trabajadores y de sus familias ya que no permitirá un real derecho a la salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Raffino M E. Enciclopedia de Conceptos. "Salud (según la OMS)". 2017. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- 2) Alarcón G. Prólogo. En: Co-Construcción de Bienestar, Calidad de Vida y Derechos en Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud RISS. Avances y Desafíos de su Implementación en Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Programa de Gobierno 2014-2018. Chile, abril 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/Co-Contruccion%CC%81n-de-Bienestar-QSV-marzo-2017-.pdf>
- 3) Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Co-construcción de Bienestar, Calidad de Vida y Derechos de Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. RISS. Avances y Desafíos de su Implementación en Chile. Programa de Gobierno 2014-2018. Abril, 2017. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/08/Co-Contruccion%CC%81n-de-Bienestar-QSV-marzo-2017-.pdf>
- 4) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Todos Juntos ¿Por qué reducir la desigualdad nos beneficia? en Chile. (21 de mayo 2015). Disponible en: [HYPERLINK "http://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm"](http://www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm) www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm
- 5) Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible - Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. [cited 13 octubre 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- 6) The World Bank. World Development Indicators. 2016. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>
- 7) Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Metodología de Medición de la Pobreza Multidimensional con entorno y redes. Serie Documentos metodológicos Casen N°32. (26 de diciembre 2016) Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casenmultidimensional/casen/docs/Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza_Multidimensional.pdf
- 8) Plan de Desarrollo Comunal 2017-2021. PLADECO. Municipalidad de Puerto Montt. Chile, 2016. Disponible en: puertomontt.cl/wp-content/uploads/2017/03/memoria-PLADECO.pdf
- 9) Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Chile, 2015. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php [cited 13 oct 2018]
- 10) Dörner A, Riquelme V, Veliz A, Ripoll M. Perfil de salud general de pescadores artesanales de la región de Los Lagos. Revista Finlay. 2017 [cited 13 oct 2018]. 2017;7 (2):99-106.
- 11) Valle A, Farias F. Calidad de vida, bienestar y salud. Psicoeduca. Enero 2010. [cited 13 oct 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud
- 12) Keyes C, Ryff C. D. y Shmotkin D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology. 2002; 82:1007-1022.

- 13) Lucas R. E., Diener E., y Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996 [cited 13 oct 2018] 71: 616-628.
- 14) Sandoval S, Dörner A, Veliz A. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de salud. *Inv Ed med*. 2017 [cited 13 oct 2018]; 2017.6 (24):260-264.
- 15) Véliz A. Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*. 2012 [cited 13 oct 2018]. 2012; 11 (2):143-163.
- 16) Keyes C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 1998 [cited 13 oct 2018]; 61: 121- 140
- 17) Gudynas E, Evia G. "La Praxis por la Vida Introducción a las metodologías de la Ecología Social". Segunda Edición. Montevideo: CIPFE - CLAES - NORDAN; 1991.
- 18) Aguado M, Calvo D. La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*. 2012; 119: 49-76.
- 19) Véliz A, Soto A, Dörner A. Una propuesta multidisciplinaria para abordar salud colectiva y bienestar humano en comunidades vulnerables del sur de Chile. *Revista Inclusiones*. 2017 [cited 13 oct 2018]. 2017;4 (2):179-187.
- 20) Véliz A, Soto A, Dörner A. Bienestar psicológico y nivel de sedentarismo de pescadores artesanales de la Región de Los Lagos, Chile. *Revista Humanidades Médicas*. 2017 [cited 31 oct 2019]. 2017; 17(2): 323-337.

IMPACTO DE PROGRAMA DE INNOVACIÓN EDUCATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y DENUNCIA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN ESCOLARES DE AREQUIPA, PERÚ.

IMPACT OF EDUCATIONAL INNOVATION PROGRAM ON THE PREVENTION, IDENTIFICATION AND COMPLAINT OF FAMILY VIOLENCE IN SCHOOLS IN AREQUIPA, PERU.

Agueda Muñoz del Carpio-Toia¹, Emanuele Valenti², Wildo Ontiveros Aparicio³, Federico Rosado-Zavala³, Lucía Begazo-Muñoz del Carpio³, Brunella Díaz San Roman⁴, Alexandra Rodríguez Flores⁴, Gabriela Mendoza-Vicuña⁴, Ana María Amado Mendoza⁴, James Fernández Salguero⁴, Patricia Valdivia Carazas⁵, Alex Pavié Nova⁶

ABSTRACT

With the Objective of evaluating the effectiveness of an educational innovation intervention program on the prevention, identification and report of family violence experienced directly and indirectly by children in two schools of Arequipa, Peru during the year 2019; a multidisciplinary team, developed an educational innovation program with multimedia audiovisual tools and advertising pieces, for an experimental intervention in 180 students from schools in the City of Arequipa Peru, chosen randomly. A questionnaire was taken before and after the educational intervention to assess knowledge about prevention and identification of intrafamily child abuse and family violence, as well as attitudes towards the complaint against the aggressor. After the educational intervention, it was possible to improve the level of knowledge about family violence of the students, however, the attitudes related to the report of the aggressor were not modified. It is concluded that the educational intervention improves the level of knowledge of school children about family violence.

KEY WORDS: innovation education, prevention, family violence, children students.

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de intervención de innovación educativa sobre la prevención, identificación y denuncia de la violencia familiar que experimentan directa e indirectamente los niños de dos escuelas de Arequipa, Perú durante el año 2019; un equipo multidisciplinario, desarrolló un programa de innovación educativa con herramientas audiovisuales multimedia y piezas publicitarias, para una intervención experimental en 180 estudiantes de colegios de la Ciudad de Arequipa Perú, elegidos aleatoriamente. Se tomó un cuestionario antes y después de la intervención educativa, para evaluar los conocimientos sobre prevención e identificación del maltrato infantil intrafamiliar y la violencia familiar, así como las actitudes frente a la denuncia contra el agresor. Luego de la intervención educativa, se logró mejorar el nivel de conocimientos sobre violencia familiar de los escolares, sin embargo, las actitudes referidas a la denuncia del agresor, no se modificaron. Se concluye que la intervención educativa mejora el nivel de conocimientos de los escolares sobre violencia familiar.

PALABRAS CLAVE: innovación educación, prevención violencia familiar, escolares.

INTRODUCCIÓN

La prevención de la violencia familiar es un tema de prioridad a investigar, pudiendo ser la educación temprana, una efectiva herramienta para formar y empoderar a los escolares en la protección de sus derechos y en la denuncia de actos que los vulnera.

La violencia familiar, actualmente está normalizada porque las víctimas no denuncian, es así, que en un estudio denominado "Violencia doméstica contra la mujer - Arequipa" publicado en el libro del CIES "Promoviendo el derecho a la Salud de los más pobres: cinco estudios de interés"¹, se afirma que la violencia familiar es un serio problema de salud pública, un problema humano, social, legal y cultural, que pese a ser una grave violación de los derechos humanos, ésta se subestima y se aborda superficialmente llegando a ser aceptado como algo "Normal"¹.

Asimismo, la norma legal N° 30364 "Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar", del año 2015², se encarga de prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, ya sea en el ámbito público o privado,

Recibido: 20 Septiembre, 2019 Aprobado: 31 Octubre, 2019

¹Universidad Católica de Santa María, Vicerrectorado de Investigación, Escuela de Medicina Humana, Perú. ²Universidad de Bristol, Centre for Ethics in Medicine, Inglaterra. Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés - Universidad Europea España. ³Universidad Católica de Santa María, Escuela Profesional de Publicidad y Multimedia, Perú. ⁴Universidad Católica de Santa María, Escuela Profesional de Derecho, Perú. ⁵Hospital Nacional Carlos Alberto Sequin Escobedo Essalud, Perú. ⁶Universidad de Los Lagos, Chile.

Correspondencia: amunozde@ucsm.edu.pe

siendo la prioridad las personas en situación de vulnerabilidad. En el artículo 6, se define violencia contra los integrantes del Grupo Familiar como: *"La violencia contra cualquier integrante del grupo familiar es cualquier acción o conducta que le causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad"*².

Lamentablemente, la violencia familiar se ha trasladado también a los hijos, siendo la violencia contra niñas, niños y adolescentes *"uno de los grandes retos pendientes de resolver en el Perú"*³. Por ello se debe intervenir tempranamente ante abusos físicos, sexuales y psicológicos en los niños que podrían causar efectos graves en la corteza cerebral prefrontal, con efectos futuros en la conducta de la adultez⁴.

La violencia intrafamiliar a nivel global se presenta con diferentes rostros, psicológicamente, económicamente, contra todos los miembros de la familia, llegando a la violencia física o sexual, y todos estos maltratos y abusos *"dentro o fuera de su espacio físico de convivencia"*⁵.

Perú, no escapa de esta realidad, ya que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018⁶, *"61,5% de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen o han tenido relación de pareja fueron víctimas de violencia psicológica; 30,6% de violencia física y 6,5% de violencia sexual por parte de su actual o último esposo o compañero en algún momento de su vida"*. Arequipa es la segunda Región con mayor número de casos de feminicidio pese a los esfuerzos del Ministerio de La Mujer y Poblaciones vulnerables, nos ubica dentro de los 4 primeros lugares de casos atendidos a víctimas de violencia familiar⁶.

El principal propósito de la educación es la intervención temprana para prevenir la violencia familiar, empoderando a los niños y niñas, profesores y tutores para la prevención, control y denuncia de la violencia familiar si existiera. La identificación temprana, evitará que se prolongue el maltrato y sus efectos, ya que existe evidencia de efectos a la salud como la alteración del crecimiento y del desarrollo en los niños y niñas víctimas de la violencia familiar⁷. Además, se ha revelado que en estos niños víctimas de violencia familiar y maltrato infantil, se presentan cambios neurobiológicos, entre los que se detallan las *"alteraciones en el hipocampo, la amígdala, las estructuras cerebelares, el cuerpo calloso*

*y el córtex cerebral"*⁸, así como *"secuelas cognitivas, altos niveles de estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales, que se asocian con diversas psicopatologías"*⁸.

Existe por otro lado evidencia, que niños víctimas de violencia familiar, logran una buena adaptación en sus relaciones interpersonales fuera del hogar, de lo que se desprende los programas de apoyo y de promoción de las potencialidades de estos niños.

Todos estos antecedentes motivaron el desarrollo de este estudio, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos sobre la violencia familiar y la importancia de su denuncia ante las autoridades y espacios correspondientes a través de una intervención de innovación educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de intervención experimental del área de sociales, basado en el desarrollo e implementación de un programa de innovación educativa para mejorar los niveles de conocimientos y actitudes de los escolares sobre la prevención, control y denuncia de la violencia familiar en escolares de Arequipa. En cuanto a la selección de los participantes del estudio, se eligieron aleatoriamente a 180 escolares de dos Instituciones Educativas de los distritos de Alto Cayma y Sachaca de la Ciudad de Arequipa, teniendo como criterios de inclusión: escolares de ambos géneros entre 1ero de primaria a 3ero de secundaria, que aceptaron previo asentimiento informado ingresar al estudio, con el consentimiento de los familiares, maestros y tutores, llenado de los dos cuestionarios (pre intervención y post intervención) y que estuvieran presentes en toda la intervención educativa de manera voluntaria.

Para el cálculo del tamaño de muestra, se utilizó la fórmula para una proporción, con una prevalencia de violencia en niños y adolescentes de 20%, un nivel de confianza de 95%, precisión de 6%, obteniendo una $n=171$ niños. Al ajustar por pérdidas (5%), el tamaño de muestra quedó integrada en 180 niños. Se cumplieron 5 etapas:

Primera Etapa: Construcción y validación de instrumentos, para medir el nivel de conocimientos y actitudes sobre prevención, control e importancia de la denuncia de la violencia familiar.

Segunda etapa: Diseño de innovación educativa. Se desarrollaron herramientas audiovisuales multimedia

(imágenes, textos, sonido, animación) y piezas publicitarias como banners, charlas, spots y fondo musical apto para ser entendidos por escolares.

Tercera Etapa: Estudio piloto de validación de cuestionario y de programa educativo.

Cuarta Etapa: Evaluación Pre-taller del nivel de conocimientos y actitudes sobre la prevención, control e importancia de la denuncia de violencia familiar.

Quinta Etapa: Ejecución de programa educativo y evaluación de conocimientos y actitudes, para lo cual se distribuyó en los colegios elegidos los materiales y a cada niño se les entregó los brochures, spots, a todo color; en cada aula fueron exhibidos banners y los videos, además de las exposiciones. Luego de la intervención educativa, se tomó una evaluación post taller educativo, para evaluar el impacto del programa de innovación educativa.

Los resultados obtenidos se codificaron en una matriz de sistematización como datos de pre-intervención y datos de post-intervención y se procedió a su análisis. Para el procesamiento de datos se utilizó el software SPSS, versión 19.0. Se utilizó estadística descriptiva para la frecuencia de las respuestas sobre violencia familiar y para identificar el impacto del programa se comparó el nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa con la prueba de chi cuadrado para observar si era significativa la diferencia estadística.

Sobre los aspectos éticos, el proyecto fué evaluado por el Comité de Etica de Investigación de la Universidad Católica de Santa Maria (UCSM), con dictamen favorable para su ejecución, además se cumplió con las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki. El estudio fue financiado por el fondo interno para la investigación del Vicerrectorado de Investigación de la UCSM.

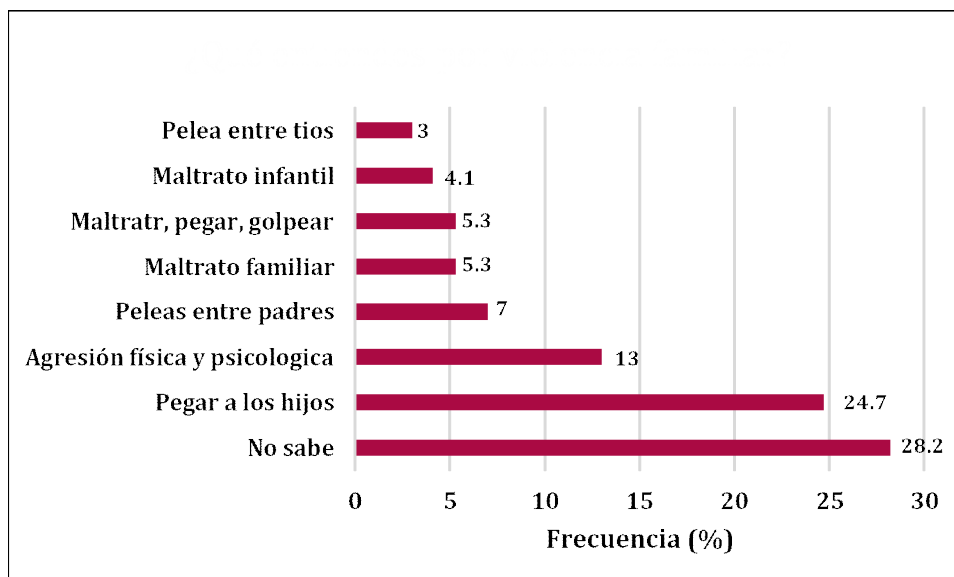
En cuanto a las limitaciones del estudio, la intervención educativa requiere, para ser replicada, el uso de todo el material generado y para otros contextos implicaría la adecuación cultural.

RESULTADOS

La muestra de 180 escolares incluyó 54% niños y 46% niñas, el mayor porcentaje (71%) cursaba primaria y 29% estudiaban de primero a tercero de secundaria. Un porcentaje alto (83%) viven con sus padres y hermanos, 12% con la madre y familiares, y 5% viven solo con uno de ellos.

Se les preguntó a los escolares, ¿Qué entiendes por violencia familiar?, sobre este aspecto, 24,7 % reconoce la violencia familiar "cuando los padres le pegan a los hijos", 13% definen como "agresión física y/o verbal", 7% "peleas y maltrato entre los padres", 5% "maltrato, peleas en la familia", 5% la define como "pegar, maltratar y golpear", 28% no saben, otros 16%.

Gráfico 1 ¿Qué entiendes por violencia familiar?



Ante la pregunta, ¿Por qué es importante identificar a tu agresor?, los alumnos refirieron que es importante identificar a su agresor para denunciarlo (42,6%), para que no me lastime (9,7%), identificarlo, saber quién es (7,4%), que vaya a la cárcel (7,15%). (Gráfico 2).

Se puede observar que después de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre violencia familiar se incrementa significativamente. El nivel de conocimiento "malo" de 26,7% bajó a 3,8%; el conocimiento "muy bueno" que era de 27,8%, después de la intervención aumentó a 72,4%. (Gráfico 3).

Gráfico 2. ¿Por qué es importante identificar a tu agresor?

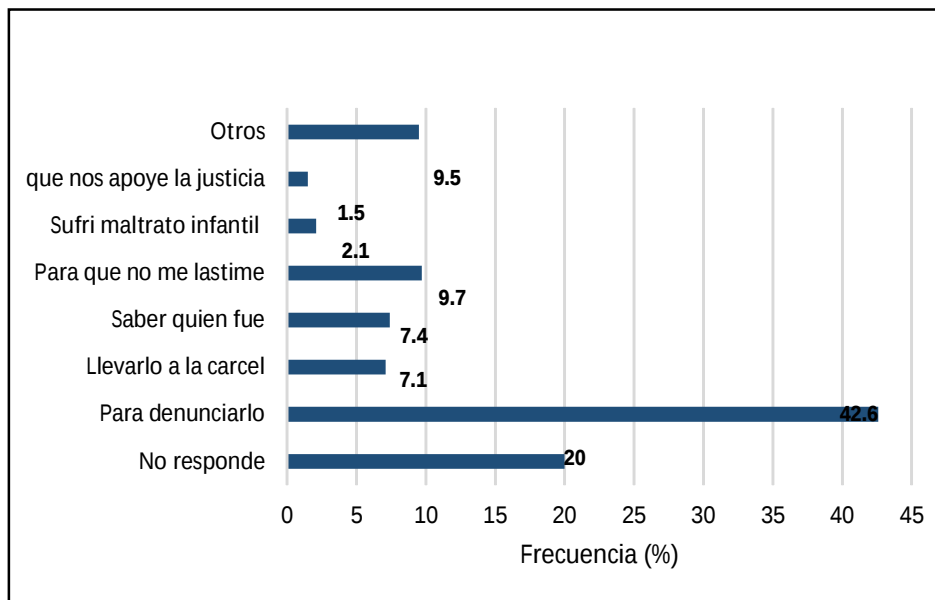
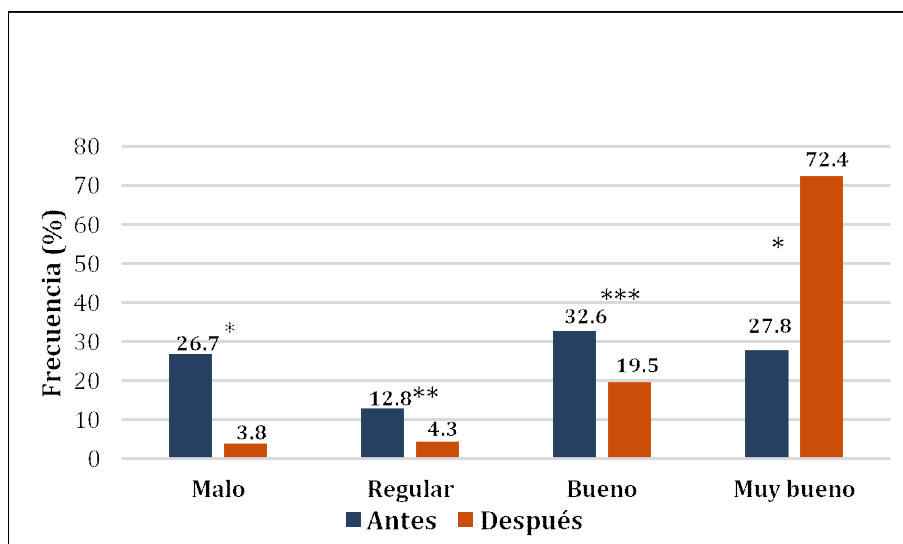


Gráfico 3. ¿Por qué es importante identificar a tu agresor?



*Prueba de Chi cuadrado, $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.03$

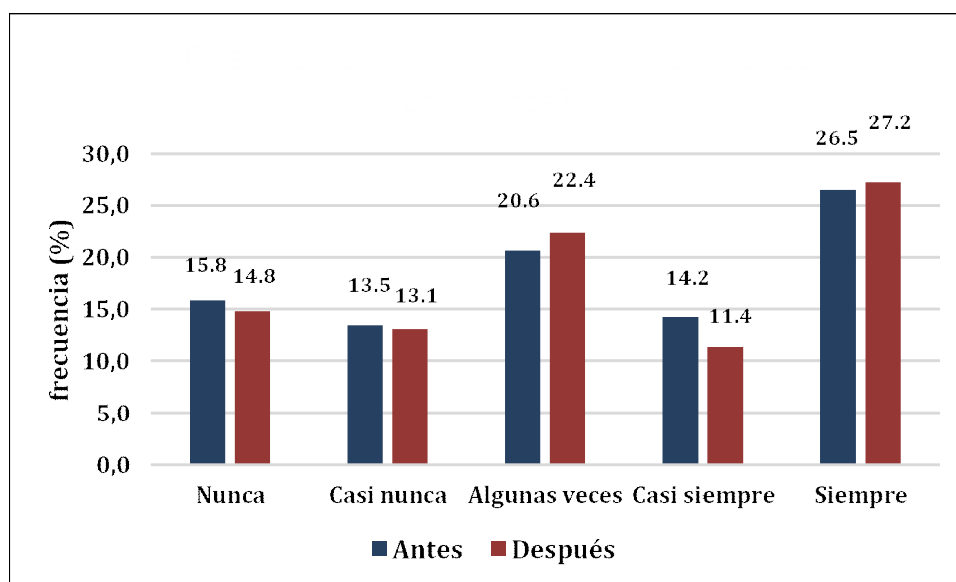
En el estudio se indagó sobre antecedentes de violencia familiar, encontrando que 15% de los estudiantes sufrieron algún tipo de agresión física o verbal de sus padres y familias. Como, por ejemplo, bofetadas, pellizcos, golpes en el cuerpo, empujones. Agresión psicológica como ver discutir a sus padres, insultos, gritarle enfrente de amigos, etc.

Por último se indagó sobre las actitudes para denunciar a los familiares agresores luego de un acto de violencia familiar, no hubo diferencias al comparar antes y después de la intervención educativa ($p>0,05$), de lo que se desprende que los escolares son renuentes a denunciar a sus agresores familiares. (Gráfico 4).

requieren una adaptación cultural y uso de innovación educativa, para lograr el impacto adecuado según la edad de los participantes a intervenir; resulta imprescindible por ello, el trabajo multidisciplinario.

Las intervenciones educativas para enseñar a prevenir y controlar el maltrato infantil intrafamiliar, requieren por lo tanto herramientas que dialoguen con el lenguaje actual y simbología acorde a la edad de los escolares. Es necesario también que las actividades de promoción de salud en la comunidad tengan como objetivo desarrollar una "cultura para la defensa de los derechos de los niños"⁹.

Gráfico 4. ¿Por qué es importante identificar a tu agresor?



DISCUSIÓN

En el presente estudio, se propuso el desarrollo de un programa de innovación educativa para la intervención temprana de prevención y control de la violencia familiar en escolares de dos colegios de Arequipa, con la participación de un equipo multidisciplinario. El estudio también sirvió de herramienta para la enseñanza de la salud pública, ética y derechos humanos para estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, de derecho y de publicidad y multimedia.

Los programas de prevención e identificación de situaciones de desprotección y maltrato infantil

En el presente estudio, la encuesta a 180 escolares, principalmente de primaria en la ciudad de Arequipa Perú durante el año 2019, cuando se les preguntó, qué entendían por violencia familiar, la cuarta parte de ellos, reconocieron como violencia familiar, el acto de los padres de pegar a los hijos, 13% identificaron los tipos de violencia, (agresión física y/o verbal), 17% además identifica la violencia como "peleas y maltrato entre los padres", 5% "maltrato, peleas en la familia"; sin embargo, 28% no tenían idea del significado de la violencia familiar. Luego de la intervención educativa el nivel de conocimiento se incrementó de manera significativa.

Exponer el problema de la violencia familiar en escolares, también se ha realizado en otros estudios,

debido a que el maltrato en el hogar es un problema global, así un estudio realizado en Chile entre 2010 al 2018 mostró que 75 % de niños y niñas habían sufrido algún tipo de maltrato en el hogar¹⁰, esta exposición puede repercutir en la salud mental de los hijos ya que *"la violencia no sólo afecta la salud mental de la agraviada sino también la de sus hijos, estén o no expuestos a la violencia"*¹¹.

En el presente estudio, se observó después de la aplicación del programa educativo, una mejora significativa en el conocimiento sobre violencia familiar. El nivel de conocimiento "malo" de 26.7 % bajó a 3.8%, y de conocimientos "muy bueno" que era 27,8%, después de la intervención se incrementó a 72,4%. Un estudio sobre intervención educativa realizado en Cuba, demostró que antes del programa educativo, los conocimientos maltrato infantil intrafamiliar eran inadecuados y luego de la intervención mejoraron, identificándose como más relevantes el maltrato psicológico y emocional en 96, 1%¹².

En el estudio se preguntó sobre la importancia de identificar al agresor, los escolares refirieron que es importante identificar a su agresor para denunciarlo (42,6%), para que no los lastime (9,7%), saber quién es (7,4%), y un número menor también importante aceptaba que el agresor cumpla con una sentencia en la cárcel (7,15%); sin embargo, posterior a la intervención se

analizaron las actitudes de los escolares referidas a la denuncia contra los familiares agresores luego de un acto de violencia familiar, encontrándose que no hubo diferencias significativas, por lo que se desprende que los escolares son renuentes a denunciar a sus agresores familiares.

En el Perú¹³ y en Latinoamérica, se han realizado diversas experiencias de intervención educativa para la prevención de la violencia familiar^{14,15} y la violencia en escuelas¹⁶, logrando en muchos casos sensibilizar a alumnos, profesores y familia sobre la importancia de prevenir todo acto violento¹⁷, siendo escasos los estudios que además empoderan a los escolares para denunciar los actos de violencia familiar.

La violencia familiar, es un tema que debería tener un enfoque integral educativo y requiere iniciarse en las escuelas en las que participen padres, profesores y estudiantes¹⁷, debido a que son espacios para prevenir, identificar y derivar los casos de maltrato infantil intrafamiliar, siendo los profesores agentes empoderados para su identificación y prevención^{18,19,20,21}.

Se concluye que después de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento sobre violencia familiar en los escolares sensibilizados se incrementó significativamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Muñoz del Carpio-Toia A. Consorcio de Investigación económica Social CIES. Promoviendo el derecho a la Salud de los más pobres: cinco estudios de interés. Capítulo 1 "Violencia doméstica contra la mujer - Arequipa", 2012. p 9-30. Disponible en: <https://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/otrasinvestigaciones/archivos/promoviendo-el-derecho-a-la-salud-de-los-mas-pobres.pdf>.

2) Ley 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/ley30364/sobre-ley-30364.php>.

3) Sánchez A, Hidalgo A. Medición de la prevalencia de la violencia física y psicológica hacia niñas, niños y adolescentes y sus factores asociados en el Perú: evidencia de Niños del Milenio. (Avances de Investigación, 38), Lima: GRADE; Niños del Milenio; UNICEF. 2019. Disponible en: <https://www.grade.org.pe/en/publicaciones/medicion-de-la-prevalencia-de-la-violencia-fisica-y-psicologica-hacia-ninas-ninos-y-adolescentes-y-sus-factores-asociados-en-el-peru-evidencia-de-ninos-del-milenio/>.

- 4) Cabrera E y Astaiza G. Secuelas del maltrato infantil. *Revista Psicología Científica.com*. 2016; 10 (11). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/secuelas-del-maltrato-infantil>.
- 5) Acosta Moya E C, Valdivia Alvarez I, Yvonne Giletta P. Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores. *Rev Cubana Pediatr*. 2017; 89 (2):178-186.
- 6) ENDES 2018. Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2009-2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1584/libro.pdf.
- 7) Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista Médica de Chile*. 2003; 131(12): 1454-1462.
- 8) Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Revista de Neurología*. 2011; 52(8): 489-503
- 9) Gutiérrez G, Alonso M, et al. Estrategia de promoción de salud frente al maltrato infantil en la familia. *MediCiego*. 2018; 24(3): 33-52.
- 10) Santana Ramírez Y C. Meta-análisis en violencia de pareja: estudio comparativo del estado de la investigación en Colombia, España, Argentina, Chile y México, de 2010 a 2017. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, 2018. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/22623>.
- 11) Vargas Murga H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Médica Herediana*. 2017; 28 (1): 48-58.
- 12) Quesada Sanabria R M, Niebla Diaz Y, Sánchez Gutiérrez L, Vásquez Cruz W. Intervención educativa sobre violencia intrafamiliar y maltrato infantil en familias disfuncionales. *Medimay*. 2019; 26(1): 30-42.
- 13) Ames P, Crisostomo M. Formas de prevención y atención de la violencia contra los niños y niñas en zonas rurales: revisión comparada y estudio de caso en Huancavelica, Perú. Instituto de Estudios Peruanos. Documento de Trabajo N° 255. 2019. Disponible en: http://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/1153/1/Patricia-Ames_Mercedes-Crisostomo_Formas-prevencion-violencia-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-zonas-rurales.pdf
- 14) Mesa Trujillo D, Espinosa Ferro Y, García Mesa I. Propuesta de intervención educativa sobre maltrato infantil en un centro de enseñanza especial. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2019; 23(5): 633-644.
- 15) Alonso Gutiérrez GM, et al. Modelo de la dinámica del proceso de promoción de salud frente al maltrato infantil. *MediCiego*. 2018; 24(2): 62-77.
- 16) Calderón González NG, Noriega, José Ángel Vera Noriega JA, Llano Medina O D. La violencia escolar desde la perspectiva de los estudiantes de una escuela secundaria de Sonora, México. *Paideia, Revista de Educación*. 2018; 62: 107-125.
- 17) Merino Armijos G, Castillo Costa S. Repercusiones de la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en el rendimiento académico. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*. 2017; 2 (7): 23-29.
- 18) Remedios-Viera, D, Pérez-Santos M. Propuesta de intervención educativa para prevenir la violencia en familias de riesgo pertenecientes al Policlínico "Manuel Fajardo". *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2018; 43 (6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1678/1151>
- 19) Rodríguez M N, Torres J D, Roncancio M.. Interacciones docente-estudiantes y maltrato infantil: análisis microgenético desde la perspectiva sociocultural/Teacher-Student Interactions and Child Abuse: Microgenetic Analysis from a Sociocultural Perspective. *Revista Costarricense de Psicología*. 2017; 36 (2): 145-167.
- 20) Chanamé Ampuero E, Danjoy León DL, Cerna C, Zurita J, Valentin R, Roque M.. Conocimientos sobre violencia familiar en padres o cuidadores de escolares de un colegio de educación básica. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2017; 19(2): 29-40. Disponible en: [http:// dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.cvfp](http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.cvfp) . <http:// dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.cvfp>
- 21) Santos Villalba M J. La violencia filio-parental desde un enfoque pedagógico: análisis y propuestas de intervención para la educación familiar. 2017. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/16330/>.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

GUÍA PARA LOS COLABORADORES

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los documentos deben enviarse directamente a la Revista Comunidad y Salud, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba" Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Pineda, Morita II, Maracay, Edo. Aragua, Venezuela.

Cada documento enviado para publicación debe estar acompañado de una comunicación dirigida al Editor (a) de la Revista, firmada por cada uno de los autores donde declaren estar de acuerdo con participar en dicha publicación y en el orden de autoría establecida, además de ceder los derechos de reproducción a la revista.

La revista se reserva los derechos de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los documentos contentivos en los trabajos enviados a la Revista Comunidad y Salud deberán ajustarse a las instrucciones, considerando el estilo y naturaleza de la Revista y a los "Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas actualizados en noviembre de 2003. Dichos requisitos se conocen también como "Normas de Estilo de Vancouver".

1.- El trabajo debe ser escrito a doble espacio, en hojas tamaño carta (21,5 x 27,5 cm) dejando un margen de al menos 2,5 cm. superior, inferior e izquierdo y 3 cm. de margen derecho. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Se acelerará la programación de un manuscrito ya aprobado si su versión final se acompaña con una copia para PC, un disco compacto (CD) en Microsoft Word versión 2007 o más, con espaciado a 1,5; tipo de letra Time New Roman con tamaño letra 10 pts y justificados los márgenes.

Los trabajos de investigación y o de revisión deben estar escritos en máximo 25 páginas incluyendo Tablas y figuras.

Deben entregarse tres ejemplares idénticos de todo el texto, con sus referencias, tablas y figuras. Las Figuras que muestran imágenes deben entregarse en copias fotográficas,

2.- Los Trabajos para la Sección de Artículos deben dividirse en secciones tituladas "Introducción", "Material y Métodos",

"Resultados" y "Discusión". Otros tipos de artículos, tales como los "Artículos de revisión", pueden acomodarse mejor a otros formatos, que sean aprobados por el Comité Editorial.

3.- El ordenamiento de cada trabajo será el siguiente:

3.1.- Página del Título: La primera página del manuscrito debe contener: 1) El título del trabajo, describirá en forma específica, clara y concisa el contenido central de la publicación; 2) El o los autores, deben ser identificados con su nombre, apellido principal e inicial del segundo. Se recomienda a los autores escribir su nombre con formato constante, en todas sus publicaciones en revistas incluidas en el Index Medicus y otros índices internacionales; 3.- Nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4.- Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia o solicitar separatas e incluir su correo electrónico; 5.- Fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Señale con números "superíndices" a los autores y, al pie de la página, identifique su ubicación interinstitucional.

3.2. Resumen: La segunda página debe contener un resumen escrito en español e inglés con una extensión máxima de 250 palabras, que describa los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. No emplee abreviaturas no estandarizadas. No use expresiones vagas como "se presentan los resultados obtenidos y se comenta su significado".

3.3. Introducción: Resuma la racionalidad del estudio y exprese claramente su propósito. Cuando sea pertinente, haga explícita la hipótesis cuya validez pretendió analizar. No revise extensamente el tema y cite sólo las referencias bibliográficas que sean estrictamente atingentes a su propio estudio.

3.4. Material y Método: Describa el lugar y la fecha del estudio, la selección de los sujetos estudiados: personas o animales, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique el o los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores la posibilidad de reproducir sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos

estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalos con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

Cuando efectúe experimentos en seres humanos, explique si los procedimientos respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (2004), y si fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución donde se efectuó el estudio.

Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales, ni los números de fichas clínicas del hospital.

Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados obtenidos.

3.5. Resultados: Presente sus resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante. Los datos se pueden mostrar en tablas y figuras, pero no simultáneamente en ambas.

En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en la Tablas o Figuras. No mezcle la presentación de los resultados con la discusión, la cual debe incluirse en la siguiente sección.

3.6. Discusión: Discuta únicamente los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que usted propone a partir de ellos. No repita detalladamente datos que aparecen en "Resultados". Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conecte sus conclusiones con los propósitos del estudio, que destacó en "Introducción". Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus hallazgos, así como apoyarse, en otros trabajos aún no terminados. Plantee nuevas hipótesis cuando le parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponga sus recomendaciones.

3.7. Referencias: Para las referencias bibliográficas (citas bibliográficas) prefiera las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas Indizadas. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante números arábigos, colocados entre paréntesis o como supraíndice al final de la frase o párrafo en que se

las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en la tablas o en las leyendas de las figuras, deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Se debe evitar el uso de resúmenes como referencia. Las referencias de trabajos que están aceptados por una revista pero aún en trámites de publicación deberán designarse "en prensa". Evitar el uso de comunicaciones personales. Al listar las referencias, siga el siguiente orden:

A) Artículos de Revista: Apellido e inicial del nombre del o los autores, en mayúscula. Mencione todos los autores cuando sean seis, o menos; sí son siete o más, incluya los seis primeros y agregue, "et al". Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego, el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista; número entre paréntesis, página inicial y final del artículo.

Ejemplo: 16. González A, Nicovani S, Massardo L, Aguirre V, Cervilla V, Lanchbury JS, *et al*. Influence of the HLA-DR beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in Chilean patients. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: (1)191-193.

B) Capítulos en Libros: Ejemplo: 18. Croxatto H. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñón. En: Pumarino H, ed. *Endocrinología y Metabolismo*. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1984, p. 823-840.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

3.8 Agradecimientos: Exprese su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

3.9 Tablas: Presente cada Tabla en hojas apartes, separando sus líneas con doble espacio (1,5 en WP). Numere las tablas en orden correlativo o en archivo aparte en el Disco Compacto y asígneles un título que explique su contenido (Título en la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Se aceptaran máximo 06 tablas y/o figuras para cada trabajo de investigación o artículo de revisión. No usar líneas verticales, separe con líneas horizontales las cuales se colocan después del título, después de los

encabezamientos de cada columna y una al final de la tabla antes de las notas aclaratorias si las hubiere. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Cite cada tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

3.10 Denomine "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej.: Gráfico, Radiografías, Electrocardiogramas, Ecografías, etc.). los gráficos deben ser dibujados empleando un programa adecuado para facilitar su edición, o empleando un programa computacional adecuado para que los mismos puedan ser editados. Envíe tres (3) reproducciones fotográficas de cada figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Las letras, números, fechas y símbolos deben verse claro y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía en forma de imágenes sino de textos y se incluirán en hoja aparte, para ser compuesto por la imprenta. En el respaldo de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la figura, el nombre del autor principal, y una fecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, fechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener tamaño y contraste suficiente para distinguirse en su entorno. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo. Si una figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato.

Las publicaciones de ilustraciones en color debe ser consultadas con la revista y tendrá un costo para los autores.

3.11 Leyenda para las Figuras: **Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada.** Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones macroscópicas, explique la ampliación y los métodos de tinción empleados.

4. Ejemplares y Separatas.

Por cada artículo publicado el (los) autor (es) recibirán 5 ejemplares de la revista.

INSTRUCCIONES PARA LAS OTRAS SECCIONES DE LA REVISTA

Los escritos para las secciones Forum Comunitario, Epidemiología en Acción y Crónica Sanitaria, serán revisados por expertos en los distintos temas quienes podrán sugerir modificaciones sin alterar el contenido original del texto. Una vez aceptadas las correcciones por el (los) autor (es), y después de realizada la publicación se le otorgará 5 ejemplares de la revista.

Cada escrito podrá tener una extensión de 20 páginas, redactadas en doble espacio en un solo lado del papel con letra Time New Roman, tamaño 10 pts, y justificados los márgenes. Podrán prescindir del formato IMRYD, pero manteniendo una secuencia lógica en el texto. Para las referencias bibliográficas se utilizar preferiblemente las sugeridas para artículos científicos.

PUBLISHING NORMS

GUIDE FOR COLABORATORS

FORMS AND PREPARATIONS OF MANUSCRIPTS

The papers must be sent directly to Revista Comunidad y Salud (community & health magazine). Departamento de Salud Pública (department of public health), "Witremundo Torrealba" School of Medicine, University of Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Piñeda, Morita II, Maracay, edo. Aragua, Venezuela.

Each manuscript sent for publication must have a communication directed to the editor of the magazine, signed by each one of the authors stating they agree to participate in the magazine and in the established order, and to waive the reproduction rights to the magazine.

The magazine reserves the rights of making modifications to the form of the original text.

The papers sent to community & health magazine must follow these instructions, prepared considering the style and nature of the magazine and the requirements submitted to "revistas biomedicas" established by the "comité internacional de directores de revistas medicas 1997; 126:36-37. These guidelines are also known as vancouver guidelines.

1. The paper must be written in double space, letter size page (21,5 x 27,5 cm) leaving a margin of at least 2,5 cm - traducir—all pages must be numbered on the upper right hand corner starting with the title page. The programming of a manuscript already approved for its final version 1998 will come with a copy for CD, in Microsoft Word version 1998 or higher with spacing up to 1,5; in letter size 12 pt and the margins justified.

The investigation papers (trabajos de investigación) shouldn't be more than 25 pages long. The review articles (artículos de revisión) can be more than 20 pages long, including "tablas y figuras".

Three identical examples of the text must be delivered or handed in with its references, tables and figures. The figures that show images must be in photos not photocopies.

2. All the papers must be divided in sections titled "introduction", "material & methods", "results & discussion". Other types of articles such as "artículos de revisión" can be better accommodated to other formats, to be approved by the editorial committee.

3. The order of each paper will be as follows:

3.1- Title page: the first page of the manuscript must contain;

1) The title of the paper, will describe in a clear way, the main contents of the publication; 2) the authors or author, must be identified with their name and last name. Its recommended that the authors write their name in a constant format in all their publications in magazines included in the "index medicus" and other international indexes; 3.- name of the section/s, departments, services and institutions that should be credited for their work; 4.- name and address of the author in order to establish correspondence or request separatas. It can include fax number and e-mail address; 5.-source of funds, if there were any, grants, equipment, drugs, or all.

3.2. Summary: the second page must contain a summary written in spanish & english 250 words long it must describe the purposes of the study or investigation, the material and methods used, the main results and the most important conclusions. It is recommended to use a structured summary (introduction and objectives, methodology, most important results and conclusions). Do not apply abbreviations. Do not use vague expressions" showing how results are obtained or comment its meaning".

3.3. Introduction: summarize the rationalaty of the study and clearly express its purpose. Only when relevant, express the hypothesis of which you tried to analyze. Don't review the subject extensively cite only book references strictly relevant to the studio.

3.4. Material and method: describe the place and date of the study, people, animals organs, tissue, cells, etc., and its respective controls. Identify the methods, instruments, apparatus and procedures used, with the adequate precision allowed so other observers can reproduce your results. If well established methods were used and from its frequent use (includes statistic methods) name and cite the respective references. When the methods have been published but are not well known provide the references and add a brief description. If the methods are new or you applied modifications to the methods established, describe them precisely, justify its use and state its limitations.

When you carry out experiments on human beings, explain if the procedures respected the ethical standards in agreement with the (2004) helsinki declaration, and if they were reviewed and approved by a committee *ad hoc* of the institution where the study was carried out.

Identify the drugs and chemical composites used, with their generic name, its dosage and application. Identify the patients by means of correlative numbers, neither by their initials, nor by their medical history.

Always indicate the number of patients or observations, the

statistical methods used and the level of importance chosen previously to judge the results.

3.5. Results: show your results following a logical sequence and concordance, in the texts, tables and figures, but not in both simultaneously.

In the text, highlight the important observations, without repeating all the facts that are shown in tables and figures. Don't mix the presentation of the results with the discussion. The discussion must be included in the following section.

3.6. Discussion: discuss only the new and important aspects that your work contributes and the conclusions that you propose. don't repeat detailed facts that appear in "results". Express where you agree and disagree with your findings and limitations, relating them with other relevant studies, identified by the respective bibliography. Connect your conclusions with the purpose of the study that you highlighted in "introduction". Avoid formulating conclusions that are not supported by their findings and by other studies that have not been completed. Raise new hypothesis when you think it is adequate, but describe them as such. When appropriate, propose your recommendations.

3.7. References: for bibliographical references (bibliographical quotes) choose the ones that were originally published in medicine journals. Number the references in the order they are mentioned for the first time in the text. Identify them with arabic numbers, placed (between paranthesis) at the end of the phrase or section in which they are mentioned. The references that will be quoted only in the tables(graphs?) Must be numbered in the sequence they are quoted for the first time in the text.

The summaries of presentations to congresses can be quoted as reference only when they were published in journals. if they were published in (Books of Summaries) they can be quoted in the text(between paranthesis) at the end of the pertinent paragraph. References of research will not be accepted if they are accepted by a journal, even if its about to be printed. Follow this order when listing the references:

- A) Journal articles: last name and first name initial of the author or authors, in capital letters. Mention all the authors when they are six, if they are seven or more include the first six and add, "**et al**". Limit the punctuations to commas that separate the authors among them. The complete title of the article, in it's original language. then, the name of the journal where it appeared, abbreviated according to the style by "**index medicus**", year of publication, volume of the journal: starting page and end of article.

Example: 16. Gonzalez A, Nicovani S, Massardo I, Agguire V, Cervilla V, Lanchbury JS, *et al*. Influence of

the hla-dr beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in chilean patients. *Ann rheum dis* 1997; 56:191-193.

- B) Chapters in Books: example: 18. croxatto h. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñon. En: Pumarino H, ed. *Endocrinologia y Metabolismo*. Santiago: Editorial Andres Bello, 1984; 823-840.

The authors are responsible for the exactness of their references.

3.8. Gratitude: express your gratitude only to people and institutions that have contributed substantially to your study (work). The authors are responsible for the mentioning of people or institutions in which case the readers could attribute the results of the work and its conclusions.

3.9. Tables: present each table in separate pages, separating it's lines with double space (1,5 in wp). Number the tables in correlative order or file separately in a diskette and assign a title that explains it's content (title in the table) over each column place a short heading or abbreviation. Do not use vertical lines separating with horizontal lines which are placed after the title, after the headings of each column and one at the end of the table and before any special comments if there were any . The column with data(facts) must be separated by spaces and not by vertical lines. When special notes (notas aclaratorias) are required add them at the bottom of the table. Use special notes(notas aclaratorias)for all non standard abbreviations. Cite each table in its consecutive order when mentioned in the text.

3.10. Name "figure" to any illustration that is not a table (example: graphics, x-rays, electro-cardiograms, etc.) The graphics must be drawn by a professional or using an adequate computer program . Send 3 photographic reproductions each figure, in black and white 9x12 cm. The numbers, dates, and symbols must be seen sharp and clear in the photograph and must be sufficient in size to be legible, when reduced in size for publishing purposes. Its titles and legends must not appear in the photograph but will be included in a separate page to be printed by the printing house. In the back of each photograph you must write down in a carbon pencil or with a label, the name of the figure , name of the main author and a date indicating it's orientation. The symbols, dates, or alphabet letters in the photographs of microscopic preparations, must be sufficient in size and contrast to be distinguished in its enviroment.

Cite each figure in the text, in consecutive order. If a figure reproduces material that has been already published, indicate its origin and obtain written permission from the author and original editor to be reproduced for your work (study). Send the figures in a thick, big envelope.

The photographs of patients must have part of their faces covered to protect their anonymity.

The publication of color illustrations must be consulted with the magazine and at the authors expense.

3.11 Legend for the figures: present the titles and legends of the figures in a separate page. Identify and explain every symbol, arrow, number or letter that was used to signal some part of the illustration. In the reproduction of macroscopic preparations, explain the enlargement and the methods used.

4. Issues and Separate.

For each article published the author or authors will receive 5 separatas and an issue of the magazine.

INSTRUCTIONS FOR THE OTHER SECTIONS OF THE MAGAZINES

The texts for the sections forum comunitario, epidemiologia en accion y cronica sanitaria will be reviewed by experts in different issues that could suggest modifications without altering the original content of the text. Once the corrections are accepted by the author or authors, and after the publication has been published they will be rewarded with 5 separate.

Each text can be 20 pages long, can be written in double space and only on one side of the paper and can leave out the imryd format, but maintain a logical sequence in the text.

Comunidad y Salud

ES UNA REVISTA CIENTÍFICA ARBITRADA E INDIZADA, DE CIRCULACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL QUE PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES SOBRE TEMAS DE **SALUD PÚBLICA**. TAMBIÉN RECOGE LAS TENDENCIAS CONCEPTUALES, SOCIALES Y POLÍTICAS QUE MARCAN EL RUMBO GENERAL DE ESTA ÁREA DEL CONOCIMIENTO.

LA REVISTA SE EDITA SEMESTRALMENTE Y ESTÁ INTEGRADA POR LAS SIGUIENTES SECCIONES:

EDITORIAL

ARTÍCULOS: INCLUYE ESTUDIOS INÉDITOS PRODUCTO DE INVESTIGACIONES CON CARÁCTER TEÓRICO TÉCNICO, EMPÍRICO, CUYA CALIDAD PERMITA AL **COMITÉ EDITORIAL** UBICARLOS EN ESTA SECCIÓN.

FORUM COMUNITARIO: CONSIDERA LA PUBLICACIÓN DE ENSAYOS, ESCRITOS Y ARTÍCULOS DE OPINIÓN QUE REFLEJAN LA POSTURA PERSONAL DE QUIENES LOS ESCRIBEN. **TODOS DEBEN LLEVAR LA FIRMA DEL AUTOR.**

EPIDEMIOLOGÍA EN ACCIÓN: ESTÁ REFERIDA A TODA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE DESARROLLO DE PROGRAMAS, Y PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN LA COMUNIDAD.

CRÓNICA SANITARIA: INCLUYE BIOGRAFÍAS O RELATOS SOBRE LA VIDA DE PERSONAJES LIGADOS A LA SALUD PÚBLICA, VENEZOLANOS O DEL ÁMBITO INTERNACIONAL. **ASIMISMO HECHOS DE LA SALUD PÚBLICA QUE HAN MARCADO RUMBOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA.** ESTA SECCIÓN VERSA SOBRE LA REVISTA MISMA.

CARTAS A LA REVISTA: INCLUYE COMUNICACIONES A LOS EDITORES.



Universidad
de Carabobo

Comunidad y Salud



Facultad de Ciencias
de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401
ISSN 2665-024x - ISBN 1690-3293

Suscripciones: revistacomunidadysalud@hotmail.com
Teléfono: (00-58-243)2170739 Departamento de Salud Pública

Revista Científica del Departamento de Salud Pública