

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutora, Myriam George por su generosidad en compartir conmigo sus conocimientos de Salud Mental y particularmente acerca del Programa de Habilidades para la Vida, en el cual participó como Coordinadora Nacional. Gracias Myriam, por tu compañía, apoyo, consejos, y por tu calidez.

Quiero agradecer a mi familia, por su comprensión, su cariño, su paciencia y constante apoyo.

Quiero agradecer a Mauricio Sánchez, por su buena disposición, tiempo y colaboración en este trabajo especialmente en el capítulo de Resultados.

Quiero agradecer a la Dra. María Paz Guzmán, que en el año 2011, ocupaba el cargo de Jefa del Departamento de Salud del Estudiante en la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAE, al Ps. Javier Guzmán y a la Ps. Ana María Squicciarini, Coordinadores Nacionales del Programa de Habilidades para la Vida, por su excelente apoyo para acceder a la información de los niños estudiados y por la coordinación para realizar la investigación.

Quiero agradecer a la Ps. María Angélica Silva, Coordinadora Comunal del Programa de Habilidades para la Vida en la Comuna de Lo Espejo, por su gestión eficiente, liderazgo en el equipo que coordina, y su excelencia profesional.

Quiero agradecer a los Directores de los colegios en los cual se realizó la intervención, por permitir y facilitar que se contase con la información requerida para llevar a cabo el presente trabajo.

Quiero agradecer a los equipos ejecutores del Programa de Habilidades para la Vida, que realizaron la implementación del taller y se preocuparon de dar la mejor respuesta ante las contingencias.

Quiero agradecer a los Profesores y Equipos técnicos de las Escuelas en que se desarrolló el programa, por su trabajo incondicional y verdaderamente comprometido.

Finalmente quiero agradecer a todos los preadolescentes que asistieron al taller, porque permiten que avancemos en el conocimiento, en vías de mejorar la calidad de vida de gran parte de la población chilena.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 3 |
| 2. Introducción..... | 4 |
| 3. Marco teórico..... | 9 |
| 3.1.- La adolescencia..... | 9 |
| 3.2.- El Modelo de Salud Mental..... | 22 |
| 3.3.- Prevención..... | 24 |
| 3.4.- Programa de Habilidades para La Vida..... | 38 |
| 4. Hipótesis..... | 42 |
| 5. Objetivos..... | 42 |
| 6. Marco metodológico..... | 44 |
| 6.1.- Diseño..... | 44 |
| 6.2.- Muestra..... | 44 |
| 6.3.- Variables..... | 45 |
| 6.4.- Técnicas de recolección de información..... | 46 |
| 6.5.- Análisis de los datos..... | 49 |
| 6.6.- Aspectos éticos y procedimiento..... | 50 |
| 7. Resultados..... | 51 |
| 7.1.- Resultados descriptivos..... | 51 |
| 7.2.- Resultados relacionales y comparativos..... | 59 |
| 7.3.- Resultados cualitativos..... | 70 |
| 8. Discusión..... | 72 |
| 9. Referencias | 80 |
| 10. Anexos..... | 85 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el impacto de la aplicación de un taller preventivo de salud mental para adolescentes vulnerables, que participaron en el Programa de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, *Habilidades para la Vida*, P-HpV, durante 2011.

En lo específico, interesó conocer los alcances de la aplicación del taller preventivo, sobre las variables dimensiones de riesgo *adaptación escolar* y *bienestar psicológico* y además, evaluar las relaciones entre estas dimensiones del constructo salud mental escolar.

Se diseñó un estudio cuasi experimental, de tipo piloto, para conocer los efectos de la aplicación de un taller preventivo, que se implementaba por primera vez en adolescentes participantes del P-HpV, en la Comuna de Lo Espejo. La intervención se aplicó a un solo grupo (no hubo grupo control), con evaluaciones antes después.

Se trabajó con una muestra intencionada, de 65 estudiantes que cursaban el séptimo año básico, que fueron diagnosticados en riesgo por el instrumento TOCA-RR, que mide adaptación escolar y que es respondido por los profesores. El bienestar psicológico se evaluó con el instrumento PSC-Y y fue respondido por los propios adolescentes.

Los resultados obtenidos indicaron que el taller fue efectivo en modificar los factores de riesgo asociados a la adaptación escolar. En cambio, no fue efectivo en modificar el bienestar psicológico de los estudiantes, produciéndose en algunos casos, efectos inversos.

Por otra parte, no se encontró relación entre las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicológico.

Se concluyó que si bien el taller afectó favorablemente la dimensión de adaptación escolar, queda la inquietud para el P-HpV, decidir si incorpora acciones al taller para modificar bienestar, si introduce un taller destinado a atender específicamente esta dimensión, y/o si implementa herramientas de detección específicas, para hacer derivación a los servicios de salud de la Comuna.

Key words: preadolescentes vulnerables, salud mental escolar, adaptación escolar, bienestar psicológico, programa de prevención.

2. INTRODUCCIÓN

El Departamento de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), ha desarrollado desde 1998, el Programa Habilidades para la Vida (P-HpV), en comunidades educativas con altos índices de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo psicosocial. El programa implementa intervenciones en promoción y prevención de salud mental, en la que participan los escolares, niños y adolescentes, sus familias, profesores y directivos, desde el prekinder hasta el 8^a año básico.

En la actualidad se aplica aproximadamente a un 20% de las escuelas en riesgo en todo el país, lo que representa alrededor de 1000 escuelas.

La intervención ha seguido el modelo de tres fases (promoción, prevención focalizada/ intervención) recomendada por la Organización Mundial de la Salud (Hendren, Birrel Weisen y Orley, 1994, en Guzman M. P., Jellinek, George, Hartley, Squicciarini, Canenguez, Kuhlthau, Yucel, White, Guzman J. y Murphy, 2011)

Siguiendo el modelo de la OMS, el P-HpV ofrece actividades de promoción de salud mental para todos los actores de la comunidad educativa, directores, profesores y padres de las escuelas participantes, talleres de intervención preventiva para los niños y niñas que son pesquisados en riesgo y derivación a la red de salud pública de los estudiantes con un riesgo más severo o crítico. Para realizar la pesquisa del riesgo, el P-HpV emplea instrumentos desarrollados por investigadores en las Universidades de Harvard y Hopkins en USA, adaptados transculturalmente y validados en Chile, FONDECYT 1930116, (George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodriguez, Lopez y Toledo, 1995). Estos cuestionarios se aplican universalmente a los alumnos del primer ciclo básico y a partir de 2008, en estudiantes de segundo ciclo básico, para detectar riesgo psicosocial y problemas de salud mental.

La OMS (2004), recomienda los programas escolares como una estrategia efectiva para la promoción y prevención en salud mental, especialmente los programas integrales que abordan la ecología escolar, y el desarrollo de destrezas individuales de alumnos, profesores y padres. Gall, Pagano, Desmond, Perrin y Murphy (2000), plantean que las escuelas ofrecen un medio ideal para tamizaje en gran escala para niños y adolescentes. Entregan estándares de lo que se espera para la edad y proveen una visión longitudinal del funcionamiento de los niños.

Desde el MINSAL, la política de salud mental refuerza el modelo de Habilidades para la Vida y destaca que el P-HpV cumple con los requisitos de un programa exitoso de Salud Pública, porque promueve el bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa. Realiza prevención de conductas de riesgo y problemas psicosociales. Implementa detección precoz de conductas de riesgo y trastornos mentales y deriva oportunamente a centros de atención en salud mental, a escolares en los cuales el riesgo es crítico y que necesitan de un diagnóstico clínico y tratamiento. (Minoletti, 2009).

Investigaciones realizadas por consultores externos (Zapata, 2005; Delgado, Zúñiga y Jadue, 2006) y estudios realizados por el propio programa (Junaeb, 2005), aportan evidencias respecto a la efectividad de las acciones promocionales y preventivas del P-HpV.

El desarrollo del modelo del P-HpV, se basa en la propuesta de Sheppard Kellam (epidemiólogo del desarrollo) quien a partir de la teoría curso de vida/campo social (life course/social field), explica la salud mental infantil desde dos dimensiones que son el Status de Adaptación Social (SAS) y el Bienestar Psicológico (BP) (Kellam et al., 1975, en George, Squicciarini, Zapata, Guzmán, Hartley y Silva, 2004).

El SAS consiste en la evaluación de la conducta, que hacen los evaluadores naturales en el campo social específico en que se desenvuelve el niño o adolescente. En la escuela, los evaluadores son los profesores y en la familia, son los padres.

Por otra parte el *bienestar psicológico*, se refiere a los estados internos de la persona, cómo se siente el individuo respecto de ciertos parámetros psicológicos: autoestima, ansiedad, depresión y otros afectos.

Se presume que el SAS y BP están íntimamente relacionados, y actúan de manera bidireccional, es decir, mientras el individuo mejor resuelve las demandas de los evaluadores naturales, es más probable que le refuercen por sus éxitos, lo que aumenta su percepción de bienestar. En cambio si fracasa, hay menos refuerzo, lo que puede disminuir su BP (Ialongo 2002, en George y col.,2004). Ambos conceptos, SAS y BP, han sido operacionalizados en programas de prevención en salud mental en las escuelas, utilizando instrumentos que miden riesgos para evaluar cada dimensión. En el contexto escolar, el concepto SAS se redefine como *Adaptación Escolar*, siendo ésta la capacidad del estudiante en relacionarse con sus pares y profesores, en su desempeño escolar, en el nivel de desarrollo de su autonomía y la expresión de los impulsos agresivos.

En el modelo del P-HpV aplicado a los alumnos de 6° año básico, *la adaptación escolar* se mide con el instrumento Teacher Observation Classroom Adaptation revised, TOCA-RR, elaborado por Kellam y col (1991), validado y adaptado en Chile en 2009 por el P-HpV, en tanto la dimensión de *bienestar psicológico* se mide a través de la aplicación de un instrumento de autorreporte, el Pediatric Symptom Checklist Youth, PSC-Y.

El PSC-Y constituye la versión para jóvenes, del cuestionario PSC elaborado por Jellinek (1988) para detectar disfunción psicosocial en niños de edad escolar, y es respondido por los padres. En el caso de niños mayores y adolescentes, la disfunción psicosocial se evalúa por autorreporte de los propios adolescentes. Esta decisión, se basa en investigaciones que muestran que en esa edad, ellos son capaces de conceptualizar e informar mejor y de manera más confiable que sus padres, acerca de sus propios sentimientos. (Edelbrock et al., 1985, en Pagano, Cassidi, Little, Murphy y Jellinek, 2000).

A partir de 2008, el P-HpV inició la implementación piloto de su modelo, en el segundo ciclo básico en dos comunas de la región metropolitana, ampliando en 2010, la cobertura a 12 comunas del país.

En el año 2011, se implementó por primera vez la estrategia preventiva del modelo P-HpV, en 7° básico, habiéndose realizado la detección universal de riesgos, en 2010 en escolares de 6° año básico. Los factores de riesgo identificados y cuantificados a partir de los resultados de la aplicación del instrumento TOCA-RR respondido por los profesores, fueron malas relaciones con pares, baja autonomía, respuestas agresivas, y pobre desempeño escolar.

Los criterios de inclusión en el taller preventivo, determinados por el P-HpV, fueron incorporar en él, a aquellos estudiantes que presentaron riesgo en la dimensión *adaptación escolar* (medida en el TOCA-RR) y que podían o no presentar riesgo en bienestar psicológico (medida por el PSC-Y). Según estos criterios, hay estudiantes que presentaron malestar psicológico, pero no asistieron al taller porque no presentaban desadaptación escolar.

En consideración a que el P-HpV para población escolar adolescente se encuentra en un período de pilotaje, es fundamental evaluar la eficacia del re diseño de los factores de riesgo en la dimensión de *adaptación escolar* y evaluar además la efectividad del taller preventivo en la modificación o cambio del riesgo en la dimensión *bienestar psicológico*. Dado que el instrumento PSC-Y que evalúa la dimensión bienestar psicológico, se encuentra aún en estudio,

se requiere evaluar sus propiedades psicométricas, y así optimizar su manejo en la toma de decisiones del P-HpV.

La información entregada por esta investigación, constituye un tema de gran relevancia para el campo del conocimiento de la salud mental de adolescentes vulnerables, ya que las dos dimensiones propuestas en la teoría, han sido consideradas en la evaluación de la salud mental y los resultados que arroje, aportará evidencias que respalden o no, la teoría propuesta por Kellam.

A partir de la aplicación de esta estrategia preventiva, se podrá conocer cómo se comportan las dos dimensiones de riesgo, construidas una a partir de la detección del profesor de conductas disfuncionales o desadaptativas en los escolares en la sala de clases y la otra, desde la autopercepción del propio adolescente del bienestar psicológico, que se asocia a conductas psicosociales disfuncionales en su Ecosistema, permitiendo validar dicha estrategia, en su capacidad de revertir las condiciones de riesgo en que se encuentran los estudiantes asistentes al taller.

También se podrá analizar los cambios en las trayectorias del riesgo en ambas dimensiones, a partir de la intervención preventiva programada. Y evaluar los niveles de asociación, diferenciación y compensación de los diferentes factores de riesgo presentes en ambas dimensiones.

Por otra parte, la investigación reviste relevancia metodológica en la medida que se realizará un estudio acerca de la validez y confiabilidad del instrumento PSC-Y, que se encuentra en las primeras aplicaciones en nuestro país.

En virtud de los antecedentes expuestos, se formulan las siguientes preguntas de investigación

¿Son dependientes las dimensiones Adaptación escolar y Bienestar psicológico?

¿Es el taller preventivo efectivo en disminuir los factores de riesgo detectados en adolescentes que presentan desadaptación escolar?

¿Tiene el taller preventivo, la capacidad de modificar además el bienestar psicológico?

¿Es el impacto del Taller preventivo diferente en adolescentes que presentan desadaptación escolar, de aquellos que presentan desadaptación escolar y malestar psicológico?

¿Es el instrumento de autorreporte PSC-Y confiable y válido en detectar factores de riesgo en adolescentes escolares vulnerables?

Para dar respuesta a estas interrogantes, se ha realizado un estudio piloto, de carácter cuasi experimental, con mediciones antes después en un grupo formado por los estudiantes de 7° año de

la comuna de Lo Espejo que presentaron riesgo en el año anterior, en la dimensión adaptación escolar, evaluada por el instrumento TOCA-RR y que asistieron a los talleres de prevención. De este grupo, un subgrupo presenta además, riesgo en el bienestar psicológico, evaluado con el instrumento PSC-Y .

Las mediciones y aplicación de la intervención preventiva, han sido realizadas por el equipo comunal que trabaja en el Programa de Habilidades para la Vida desde el año 2004, el cual ha sido autorizado para proveer la información necesaria, para la realización de la presente tesis.

3. MARCO TEÓRICO

3.1.-La Adolescencia

Es una etapa del ciclo vital individual, caracterizada por vertiginosos cambios corporales, psicológicos y sociales, en una persona que logra con ellos las características de maduración biopsicosocial requerida en la vida adulta (Luengo, 2003, en MINSAL, 2009).

La adolescencia se puede clasificar esquemáticamente en tres subetapas de desarrollo psicosocial (MINSAL, 2008, en MINSAL, 2009)

1.- Adolescencia temprana o inicial: entre 10 y 13 años

2.- Adolescencia media : entre 14 y 16 años

3.- Adolescencia tardía: entre 17 y 19 años

Otros documentos referidos a políticas de salud, consideran el rango de 10 a 24 años, incluyendo el concepto de juventud. Esta ampliación del rango etáreo propuesta por la OPS, obedece a los cambios sociales globales en la socialización de los adolescentes, entre ellos, el aumento de los años de formación educacional para lograr la autonomía económica y a estudios epidemiológicos que dan cuenta de las características compartidas (MINSAL, 2009).

Entre las metas evolutivas de esta etapa, se plantean según Valenzuela, Sepúlveda y Almonte (1991), las siguientes:

La independencia de la familia y la búsqueda de autonomía personal.

Desarrollo de una conciencia moral autónoma.

El logro de relaciones de cooperación y responsabilidad social.

La elección vocacional y laboral

El ajuste sexual: Identificación y rol sexual definido.

Resumiendo, lograr una identidad personal. Quién es, hacia dónde va, qué sentido tiene su vida y finalmente adaptarse a su realidad.

Desde el desarrollo psicológico, lo que caracteriza a los adolescentes especialmente en la etapa inicial de la adolescencia, son el inicio del pensamiento abstracto, desarrollo del pensamiento hipotético deductivo que le permite plantear alternativas para solucionar problemas, puede analizar su rol en la vida, y elaborar planes y creencias en relación a

valores, asumiendo una actitud crítica frente a sí mismo y a los otros. En lo afectivo, presenta tendencia a la oposición, irritabilidad, cambios bruscos de humor. Se intensifica el impulso sexual, aumentando la masturbación y exploraciones heterosexuales y eventualmente homosexuales. En el aspecto social, se produce alejamiento de los padres otorgando relevancia a los grupos juveniles. Sepúlveda (1991).

Un aspecto importante de la adolescencia, es la territorialidad, la búsqueda de lo propio, único y distintivo como reflejo de sí mismo. Esta característica se expresa por la búsqueda de espacios propios, momentos propios, símbolos y códigos propios. En esta búsqueda, algunos adolescentes forman parte de agrupaciones que representan formas alternativas de comportamientos. La participación en estos grupos, ofrece fuentes de identificación y de pertenencia y por lo tanto de diferenciación.

Son personas con opinión, derechos, deberes. Son personas participativas. El 50% de ellos /ellas está involucrado en alguna organización deportiva, religiosa u otra. Valoran positivamente la educación y el trabajo. Se preocupan por su autocuidado, por lo cual identifican el deporte, la alimentación saludable y la expresión artística como actividades útiles para ellos. Asimismo, identifican las conductas de riesgo para su desarrollo: uso y abuso de sustancias, iniciación sexual precoz, conducta social desprotegida, conductas antisociales y deserción escolar; las mujeres agregan además los malos hábitos alimentarios. (MINSAL, 2007, MINSAL 2008, en MINSAL 2009).

La adolescencia es un tiempo en el que confluyen sentimientos contradictorios, transiciones psicopatológicas y síntomas que superan los límites entre lo normal y lo patológico (Almonte 1991).

La mayoría de los autores considera a la adolescencia, como un tiempo de riesgo, en que los límites entre lo normal y lo psicopatológico no están claramente señalados, lo que obliga a ser muy cautos en la valoración clínica de los comportamientos.

Durante el desarrollo normal del adolescente, se producen períodos breves de desequilibrio psicológico, que se traducen en la inseguridad de éste para enfrentar las problemáticas propias de la edad, como asumir la corporalidad, la individuación, la creación de vínculos

personales estables con pares y profesores, relaciones autónomas con los padres y la elección de carrera. Estos períodos se denominan crisis y se manifiestan por cambios de ánimo, del humor, ansiedad, depresión y/o trastornos conductuales moderados. Son de breve duración y pueden repetirse en distintos momentos. No requieren tratamiento y cursan hacia una reorganización de la personalidad de mayor nivel de integración y mejor adaptación a la realidad externa, si el adolescente se siente aceptado, acogido y orientado. La no superación de la crisis en forma satisfactoria puede generar diversos trastornos psíquicos. (Almonte, 1991)

Vulnerabilidad y adolescencia

Las dificultades y desafíos que enfrentan los/ las adolescentes de los sectores más vulnerables de la sociedad, implican para ellos y ellas, un mayor número de obstáculos que sus pares de sectores más aventajados (INJUV, 2003, en MINSAL, 2009). Las posibilidades de competir con otros, por cupos y recursos por la educación superior por ejemplo, presenta claras diferencias, según el tipo de educación recibida, el nivel socioeconómico y el lugar de nacimiento. La cobertura de matrícula de Educación Superior, se diferencia notablemente según el nivel de ingreso familiar de los estudiantes, no alcanzando a un 15% en el quintil de más bajos ingresos y siendo de casi un 74% en el de más altos ingresos (MINSAL, 2006, en MINSAL, 2009).

También hay diferencias por género, las mujeres adolescentes presentan mejor rendimiento escolar y altas expectativas educacionales, sin embargo, al pasar de los años, se encuentra que comienzan a ejercer otros roles, como madres, esposas y concomitantemente se encuentran con menores posibilidades de inserción laboral (Balardini, 2000, en MINSAL 2009).

Los/las adolescentes que han experimentado eventos traumáticos como haber sido testigo, partícipe o víctimas de violencia, sufrir de algún tipo de discapacidad, estar sin hogar, haber migrado de una zona rural a una urbana, también enfrentan desventajas para desarrollar sus competencias personales.

El concepto de contexto vulnerable, se relaciona con un medio que presenta desventajas y falta de oportunidades para lograr un desarrollo efectivo de las potencialidades

individuales. La falta de espacios propios, la escasez de recursos y servicios, puede claramente incidir en la vivencia de una adolescencia al margen de las condiciones favorecedoras del desarrollo humano. Entre las personas en situación de pobreza, es mayor la prevalencia de trastornos psicológicos y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas (MINSAL, 2009).

Los contextos de mayor vulnerabilidad familiar, predicen una calidad de vida más pobre en los niños y adolescentes, incluyendo el bienestar físico. La baja o mediana educación de los padres, también influye en las emociones, el carácter, la calidad de vida de los niños y en su bienestar psicológico.

Riesgos psicosociales en la niñez, se asocian con altas tasas de desórdenes mentales en la adultez. El divorcio de los padres, hacinamiento, cesantía y las enfermedades psiquiátricas de los padres son riesgos psicosociales que constituyen factores causales de trastornos mentales (MINSAL 2009).

Fernández-Ríos señala que “Los miembros de las clases sociales más desfavorecidas son los que suelen presentar mayor patología conductual, mayores probabilidades de expectativa de vida corta, mayor tasa de mortalidad, etc” (Fernández-Ríos, 1994, pag 322).

Chile es un país rangueado entre los países más desiguales respecto de los ingresos. La prevalencia de depresión en niños y adolescentes de bajos ingresos, es más alta que el 10% presentado por la población general (Araya, Montgomery, Fritsch, Gunnell, Stallard, Noble, Martínez, Barroilhet, Vohringer, Guajardo, Cova, Gaete, Gomez y Rojas 2011). La población de bajos ingresos, tiene significativamente, menos probabilidad de recibir cualquier ayuda para sus problemas emocionales. (Araya, Rojas, Fritsch, Frank y Lewis, 2006, en Araya y col., 2011). Como casi todos los estudiantes que provienen de familias de bajos ingresos, asisten a escuelas financiadas por el estado, y considerando que las escuelas ofrecen una gran oportunidad para acceder a las familias pobres, se puede a través de ellas, ayudar a los más jóvenes antes de que sus problemas emocionales evolucionen a problemas más graves.

Las características del desarrollo psicosocial de los/las adolescentes presenta señales distintivas importantes de reconocer, tanto para el diseños de estrategias de atención, como

para acciones preventivas, con grupos relacionados con adolescentes, profesores, padre-madre / cuidadores (MINSAL, 2009).

Salud mental en la adolescencia

La OMS define la salud mental Infanto Juvenil como la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento psicológico y bienestar óptimo, que se relaciona directamente con alcanzar un adecuado nivel de competencias personales y sociales (MINSAL 2009).

En la definición de salud mental adolescente, se consideran como elementos subyacentes los siguientes:

Sentido de identidad, De dignidad personal, Pertenencia familiar, Adaptación a los cambios físicos, Habilidades para ser productivo y aprender, Aprovechar los desafíos del entorno para maximizar el desarrollo, Resiliencia, Autoafirmación, Desarrollo de potencialidades, Plan de vida, Habilidades comunicacionales, Autogestión de oportunidades, Asociatividad y participación, Identidad sexual, sexualidad plena

Así el concepto bienestar interno y con el entorno de los y las adolescentes que maximiza el potencial de desarrollo personal y social, es prerequisite para lograr un desarrollo psicológico óptimo, relaciones sociales productivas, aprendizaje efectivo, autocuidado, buena salud física y participación económica efectiva como adulto.

Esta definición refuerza la necesidad de promover la salud mental de niños y adolescentes, ya sea que presenten o no riesgos o cuadros clínicos. Existe evidencia creciente respecto al valor de largo plazo de la promoción de salud mental positiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Se han obtenido buenos resultados a través de intervenciones tempranas en crianza positiva, así como a través de acceso a servicios y programas escolares y sanitarios que incluyen multicomponentes efectivos (Jané-Joppis y Bradick, 2006, en MINSAL, 2009)

Si bien se puede considerar que en la mayoría de los niños, niñas y adolescentes, existe un adecuado nivel de bienestar mental, de acuerdo al informe para la salud, 2001, la prevalencia global de los trastornos psicológicos y conductuales en la población infantil y adolescente varía entre el 10% y el 20% (OMS 2001, en MINSAL, 2009).

Una salud mental pobre en la niñez está fuertemente ligada con otros problemas de salud y desarrollo en adultos jóvenes, más notablemente el abuso de sustancias, la violencia, los bajos logros educativos y la pobre salud sexual y reproductiva. La exposición a los factores de riesgo especialmente en las familias de los niños y las comunidades, combinadas con la escasez de factores protectores, aumenta la probabilidad de problemas de salud mental en la niñez, adolescencia y a través de toda la vida, e impacta en la pérdida de la productividad, la función social y las consecuencias sociales asociadas (MINSAL 2009).

Desde la psicopatología de la adolescencia, Rodríguez (2006), plantea que el adolescente se mueve en un terreno vulnerable y en crisis. Se encuentra en una dualidad exteriorización-inhibición. Por un lado necesita pasar al acto, lo que explica las altas tasas de actos suicidas y heteroagresivos, así como las conductas riesgosas, y por otro, maneja la inhibición emocional y la retracción para no ser herido, lo que puede facilitar las vivencias de desvitalización.

Alrededor de los 13 a 14 años, se completa el proceso de identificación. Necesita ser reconocido como diferente y para ello crea una identidad nueva, lo que incluye una orientación sexual definitiva y elegir valores morales que escoja voluntariamente

Ante las experiencias de pérdida y rotura de vínculos emocionales, sobreviene el sentimiento de vacío interior, lo que puede generar organizaciones psicopatológicas depresivas, vivencias de duelo y comportamientos ansiosos (Rodríguez, 2006).

La psicopatología del adolescente en las primeras fases del desarrollo, se aproxima a las características de la psicopatología del niño y en las últimas fases va adquiriendo las características de la psicopatología del adulto (Almonte, 2012). La distribución de la morbilidad psiquiátrica en la adolescencia temprana corresponde, en proporción importante, a la prolongación de perturbaciones infantiles, algunas de las cuales son superadas o modificadas en esta etapa, y su repercusión en la estructura de la morbilidad de esa edad es menos notoria. En este período (de 11 a 14 años), la psicopatología más frecuente es la siguiente: Trastornos de adaptación; Conducta suicida; Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad motora; trastornos ansiosos; Trastornos

psicofisiológicos; Trastorno de conducta disocial; Trastorno del ánimo (depresivo bipolar); trastorno de conducta alimentaria (anorexia nerviosa); trastorno oposicionista desafiante y Trastorno de aprendizaje (retardo en la comprensión lectora).

En la adolescencia media, por la tendencia a exteriorizar conflictos, adquieren importancia los trastornos conductuales, el uso y abuso de sustancias y alcohol, y las conductas suicidas. En la adolescencia tardía, los trastornos de personalidad, esquizofrenia y las distintas formas de psicosis, adquieren relevancia. Sin embargo, en todas estas etapas, se presentan trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, del ánimo, trastornos obsesivo compulsivos, los trastornos psicofisiológicos y otros (Almonte, 2012).

Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la adolescencia

La epidemiología se refiere al estudio de la frecuencia y distribución de una enfermedad o trastorno en una población humana y de los factores asociados con las variaciones de dicha frecuencia y distribución. Contribuye al conocimiento de etiologías, curso y tratamiento de los trastornos y en la planificación de salud mental de grupos poblacionales. Interesa averiguar cuáles son los niños de la comunidad que necesitan ayuda por problemas o trastornos emocionales o conductuales (Verhulst, 1998).

Las investigaciones de epidemiología en salud mental, pueden referirse a prevalencia “absoluta”, cuyo principal objetivo es determinar la frecuencia total de los distintos trastornos psicológicos en una población general, y prevalencia “relativa” o tratada, que investiga los porcentajes de pacientes que consultan por los mismos tipos de trastornos (Verhulst, 1998).

Según el objetivo de estudio, la epidemiología puede ser descriptiva o analítica

La epidemiología descriptiva se refiere a las prevalencias de los trastornos en poblaciones humanas, en población general, consultantes a servicios de salud, hospitalizados, etc.

La epidemiología analítica trata de comprender la etiología de los trastornos psiquiátricos, generar hipótesis para investigaciones ulteriores y proveer datos básicos a otras investigaciones (Por ej. Un retraso en el lenguaje a los tres años, predice problemas de conducta en los próximos cinco años) (Verhulst, 1998)

En niños y adolescentes, la epidemiología analítica se relaciona con la epidemiología del desarrollo o evolutiva, cuyo objetivo es comprender los mecanismos por los cuales los procesos del desarrollo se ven afectados por factores de riesgo para trastornos psiquiátricos específicos y a la vez procesos de desarrollo que se ven favorecidos por factores protectores. Esto permite proponer estrategias preventivas en las distintas etapas. Para este efecto, se utilizan los estudios longitudinales en los que se considera la duración de la exposición al riesgo, la etapa del desarrollo de los niños y el momento en que ocurre (García, 2012).

Uno de los méritos de los estudios epidemiológicos ha sido demostrar los problemas conceptuales y metodológicos existentes en lo referente a la definición, evaluación y diagnóstico de las manifestaciones psicopatológicas en los niños.

Cuando se hizo necesario valorar la prevalencia de los trastornos infantiles en la población general, la carencia de criterios de morbilidad y de procedimientos certeros de medición, se hizo cada vez más evidente (Verhulst, 1998)

Dado que la evaluación de la psicopatología infantil debe ser comparable, los métodos de evaluación deben estar consensuados, con un nivel de acuerdo dependiente del nivel del propósito de la evaluación. Las comparaciones epidemiológicas, en que las mismas técnicas de evaluación normalizadas son utilizadas en diferentes poblaciones, nos permiten poner a prueba la generalización de los hallazgos. Por ejemplo, para la comparación transcultural americano holandesa de la frecuencia de presentación de problemas de conducta en la población general infantil de 4-16 años, se utilizó el Cuestionario de Conducta Infantil “Achenbach Child Behavior Checklist” (CBCL). Otros instrumentos utilizados en la detección de problemas de salud mental son el “Teacher Observation Classroom Adaptation Revised” (TOCA-R) especialmente utilizado en Estados Unidos y Chile y el Pediatric Symptom Checklist (PSC). Este último instrumento ha sido traducido a 24 idiomas y validado en Japón, Holanda, Austria, Las Filipinas, Brasil y también en Chile (Guzmán M.P., Jellinek, George, Hartley, Squicciarini, Canenguez, Kuhlthau, Yucel, White, Guzmán J. y Murphy, 2011)

Por otra parte, la evaluación de cada niño, debe poder compararse con un grupo normativo o grupo normal de idéntica edad y sexo que los niños evaluados. Muchos niños normales

pueden presentar algunos problemas en algún momento del desarrollo. Por consiguiente, es importante no sólo calificar “presente o ausente”, sino valorar el grado de desviación con respecto a un grupo de referencia de niños que debieran pertenecer al mismo nivel de desarrollo. Para determinar esas normas son necesarios los estudios epidemiológicos.

Finalmente, la evaluación debe basarse en información procedente de diversos informantes, algunos expertos tales como clínicos, y otros observadores o evaluadores naturales como padres y maestros, que ven a los niños en diferentes condiciones y en distintos contextos. Tradicionalmente, las familias han reconocido más o menos tempranamente, los trastornos de salud mental congénitos que se acompañan de malformaciones físicas y trastornos severos del desarrollo. Pero la capacidad y sensibilidad de la familia para calificar como problema a las alteraciones emocionales, psicosomáticas y conductuales en niños pequeños, aún es escasa. Por esta razón, la incorporación del niño a un sistema en que se relaciona con otros adultos y con otros niños, es lo que permite el reconocimiento de problemas cognitivos, emocionales y conductuales menos severos. El ingreso al sistema escolar, expone al niño a nuevos evaluadores que son los profesores, cuyas expectativas no siempre coinciden con la familia respecto al comportamiento y normas sociales o la capacidad cognitiva de los niños. En edades mayores, la autoevaluación del niño o adolescente es muy importante y necesaria para reconocer los niveles de salud mental. Hay estudios que muestran que observadores distintos, con distintas relaciones con el niño y que observan su conducta en situaciones diversas, a menudo difieren en sus informes sobre el comportamiento del niño. (Achenbach, McConaughy y Howel, 1987, en Verhulst, 1998). Esto puede deberse no solo a las expectativas distintas en ambos, sino también a las diferentes normas de los informantes para juzgar el comportamiento del niño. También puede ocurrir que el comportamiento del niño sea variable y susceptible a influencias ambientales. Las discrepancias entre los distintos observadores, pueden ser tan informativas como los acuerdos entre ellos. Por ejemplo, el comportamiento hiperactivo que es específico a la escuela o al hogar, tiene un pronóstico mejor que el comportamiento hiperactivo persistente, que se evidencia tanto en el hogar como en el colegio, y que es un predictor de inadaptación ulterior (Schachar, Rutter y Smith, 1981, en Verhulst, 1998).

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría en niños y adolescentes, lo realizaron Lapouse y Monk (1958) en Estados Unidos, en Buffalo. En este estudio, se entrevistaron 482 madres de niños de 6 a 12 años. Sobre la base de las respuestas a 30 preguntas sobre un amplio rango de temores y preocupaciones, los niños fueron clasificados en dos grupos: aquellos que tenían 6 o menos temores y aquellos que tenían 7 o más. Se encontró que el 50% de las niñas y el 36% de los niños tenían 7 o más temores y preocupaciones, siendo las diferencias significativas. También se encontró que los niños de más bajo nivel socioeconómico, presentaron más temores que los grupos de nivel socioeconómico más alto, pero las diferencias no fueron significativas. Otros hallazgos relevantes, se señalan a continuación: un 48% presentó “Perder la paciencia” a lo menos dos veces a la semana, hiperactividad 49%, inquietud 30%, pesadillas 28%.

Este estudio es relevante, porque introdujo una nueva dimensión en el campo de la Psicopatología infantil, que hasta entonces había obtenido sus conocimientos principalmente de estudios de casos individuales y de reflexiones teóricas. Las elevadas tasas de niños con temores y preocupaciones de esta muestra de población general, llevaron a poner en duda la opinión clínica común de que esos problemas indicaran psicopatología y llamaron la atención sobre las deficiencias del conocimiento basado sólo en muestras clínicas. Los autores también destacaron las discrepancias encontradas en los relatos de padres e hijos respecto de algunas conductas (Verhulst, 1998). Actualmente, en diferentes países, la media de los trastornos emocionales y conductuales, se encuentra en el 20% (García, 2012).

Un estudio epidemiológico de psiquiatría infantil de gran relevancia, fue el que realizaron Rutter, Tizard y Whitmore (1970), en isla Wight. Se eligió al azar una muestra de 2316 niños de 10 a 11 años, de la población escolar de la isla, encontrándose un 6,8% de trastornos psiquiátricos. Se utilizaron instrumentos de tamizaje y entrevista clínica semiestructurada con los casos positivos. Esta investigación senta un importante precedente para investigaciones posteriores, debido a su correcta metodología. Los estudios realizados después de 1970, se han distinguido por las siguientes razones:

La alteración se define mediante el diagnóstico clínico conforme a sistemas clasificatorios internacionales

El diseño metodológico es multietápico.

Los instrumentos de evaluación son válidos y fiables.

Se realizan en diversas áreas socio-geográficas.

La valoración se lleva a cabo a través de distintas fuentes de información.

Las muestras son amplias y representativas, compuestas por niños de ambos sexos (Rivas, 1995).

Posterior a ese estudio, se han realizado numerosas investigaciones epidemiológicas en el extranjero.

Estos estudios informan sobre trastornos psicopatológicos en la adolescencia, de una prevalencia media del 12% en la población afectada. El rango oscila entre 6,5% cuando se trata de psicopatología mayor, o el 20% para cualquier diagnóstico con sintomatología psíquica notable. En poblaciones de baja condición económica o sin recursos, las tasas varían entre el 17% al 50%. Como resumen, se puede decir que la prevalencia de los trastornos en la adolescencia está situada en torno a una sexta parte de la población de esa edad, tasa que es alta y preocupante. (Rodríguez, 2006).

La investigación epidemiológica realizada en Estados Unidos indica que entre el 14 al 20% de los niños americanos, tienen uno o más desórdenes psiquiátricos de moderado a severo y los niños pobres y las minorías, que son una proporción creciente de la población, están en un riesgo más alto (Pagano, Cassidy, Little, Murphy y Jellinek, 2000).

En 1997, Toledo, De la Barra, López, George y Rodríguez, publicaron un estudio de diagnóstico psiquiátrico en una muestra de 99 niños de primer año de enseñanza básica de un área vulnerable de Santiago. Esta publicación forma parte del proyecto FONDECYT 1930116 que se realizó entre 1992 y 1998, correspondiendo los resultados presentados en esta publicación, al estudio de la muestra en los años 1992 y 1993. Se utilizaron como instrumentos el TOCA-R (Teacher Observation of Classroom Behavior Revised) de Sheppard Kellam y cols., y el PSC (Pediatric Symptoms Checklist) de Jellinek y cols. La evaluación psiquiátrica la realizaron psiquiatras infantiles utilizando el CIE-10 (Clasificación Internacional de las enfermedades de la OMS). La prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrados, fue de 24,2% siendo más frecuente el trastorno por déficit de atención (6,2%) seguido por enuresis nocturna no orgánica (3%). El 53,4% presentó

diagnóstico psicosocial. Los diagnósticos psicosociales según el eje III del Cie-10 más frecuentes fueron Relaciones intrafamiliares anormales (26,3%) y desorden mental en el grupo primario de apoyo (9,1%). Los niños con desorden psiquiátrico tienen dos veces más probabilidades de presentar diagnóstico psicosocial que los niños sin desorden psiquiátrico. El diagnóstico psicosocial es más frecuente en los niños que presentan síntomas 62,9% en comparación con los que no los presentan (25%). Para evaluar discapacidad se incorporó el uso de criterios cie-10, resultando que el 17% de los niños presenta algún grado de discapacidad, lo que es menor que los que presentan trastorno (24%), lo que significaría que hay niños que presentan trastornos que no limitan su actividad habitual. Además en el grupo estudiado, cuando existe un diagnóstico psicosocial, hay significativamente más discapacidad que cuando no hay diagnóstico psicosocial. (Toledo y cols.,1997).

En un estudio realizado en Chile, en la ciudad de Calama para conocer los factores de riesgo y protectores de salud mental en adolescentes entre 11 y 18 años, se encontró que el 36,6% de las mujeres alcanzaron puntajes superiores al puntaje de corte en el Cuestionario Psicopatológico para adolescentes, versus el 22,2% de los hombres consultados. Los factores de riesgo predominantes en el grupo con psicopatología, son ausencia de pertenencia a un grupo y bajo autoconcepto/autoestima. La ideación suicida se encontró entre 6,4% al 14,6% dependiendo de cómo se formulara la pregunta y el 18% de los entrevistados había cometido uno o más intentos de suicidio (Haquin, Larraguibel, Cabezas, 2004).

El Ministerio de Salud (2005), informa y analiza los principales hallazgos de la aplicación de la Encuesta Mundial de Salud Escolar impulsada por la Organización Mundial de la Salud, realizada en Octubre de 2004. Esta encuesta se aplicó en 4 regiones de Chile /RM., I, V y VIII, a 8131 estudiantes de 13 a 15 años que cursaban 7°, 8° y 1° Medio provenientes de establecimientos públicos y subvencionados.

En todas las regiones se encontró que las mujeres presentaban porcentajes más altos de síntomas depresivos que los varones en los últimos 12 meses: 39,5 versus 23,3% en Tarapacá; 38 % versus 21,5% en Valparaíso; 41,3 versus 21,6 % en Región Metropolitana y 34,2 versus 23,2 % en Bío Bío.

Respecto de pensamientos sobre suicidio en los últimos 12 meses, las mujeres nuevamente presentaron porcentajes más altos que los varones: 26,9 versus 13,3% en Tarapacá; 28,1 versus 14,7% en Valparaíso; 31,5 versus 12,3% en Región Metropolitana y 26,8 versus 12,7% en Bio Bio.

Respecto de ideación suicida, se repite la tendencia observada de que las mujeres, presenten porcentajes más altos que los varones. Los estudiantes que en los últimos 12 meses pensaron seriamente en el suicidio e hicieron un plan se encontró 17,4 versus 8,2% en Tarapacá; 17,8 versus 8,3% en Valparaíso; 20,8 versus 6,6% en la Región Metropolitana y 18,9 versus 8,2% en Bio Bio.

En la detección de Factores de riesgo para la ideación suicida, sentirse solo y síntomas depresivos obtuvieron las razones de probabilidad (odd ratio) más altas en relación a otros factores.

Respecto del Consumo de alcohol en el último mes, los porcentajes de ambos sexos fueron bastante similares: 25,5% en mujeres y 24,5% en hombres en la región de Tarapacá; 30% en mujeres y 30,4% en Hombres en Valparaíso; 34,6% en mujeres y 31,6% en varones en la Región Metropolitana y 25% en mujeres y 26,1% en hombres en la región del Bío Bío.

En relación a consumo problemático de alcohol, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres: 10,3% en Tarapacá; 13,3% en Valparaíso; 17,9% en región Metropolitana y 11,1% en Bío Bío. Consumo de drogas ilícitas obtuvo la odd ratio más alta en relación a otros factores de riesgo (6,91).

Los autores del informe, concluyen que los resultados sugieren bajo nivel de bienestar psicosocial, especialmente en las mujeres. Que existen marcadas diferencias por género, lo que no ocurre en otros países Y que existe un elevado consumo de alcohol y problemas con el alcohol en este grupo de edad, lo que refleja inicio precoz.

El estudio de prevalencia del último año de trastornos psiquiátricos en la población infanto juvenil de Chile realizado por Vicente, Saldivia, Rioseco, De la Barra y Melipillán (2010) , FONDECYT 1070519, realizado en Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, informó para una población de 1558 niños y adolescentes entre 4 y 18 años, que había un 22,5% de trastornos psiquiátricos. Las mujeres alcanzaron un 25,8% en comparación a los hombres que alcanzaron un 19,3%. Las mujeres presentaron un 11% de cualquier **trastorno ansioso**,

en comparación con el 5,8% en los hombres. Respecto de los **trastornos afectivos**, las mujeres alcanzaron un 7,1% en comparación con un 3,2% en los hombres. Y en relación a los **trastornos disruptivos**, las mujeres presentaron un porcentaje levemente superior al de los hombres, siendo 15,8 % versus 13,5% correspondientemente. Al comparar por edades, se puede señalar que el 27,8% de los niños de 4 a 11 años presenta cualquier trastorno, en comparación al grupo de 12 a 18 años que presenta un 16,5%. Es destacable que el 20,6% de los niños de 4 a 11 años presenten **trastornos disruptivos** en comparación con el 8% en los de mayor edad, repitiéndose una diferencia marcada en el trastorno por déficit atencional y **trastorno oposicionista desafiante** a favor de porcentajes más altos en los niños de menor edad. Por otra parte, **los trastornos afectivos** se presentan en un porcentaje igual a 7% en el grupo de 12 a 18 años y en el grupo de 4 a 11 años alcanzó un 3,5%. Por otra parte, cabe señalar que en Santiago se observa una prevalencia mayor de trastornos disruptivos especialmente TDAH, que en provincias. En Santiago existe más comorbilidad entre trastornos disruptivos y trastornos ansiosos, afectivos y abuso de sustancias. En Santiago se observan más factores de riesgo que en Provincias y en Santiago pertenecer al nivel socioeconómico más alto y tener buen funcionamiento familiar, es protector para comorbilidad (De la Barra 2011).

3.2.-EL MODELO DE SALUD MENTAL

La teoría del campo Social / Curso de vida

Kellam y col. en 1975, formulan la Teoría del campo Social / Curso de vida, que ha servido de fundamento para la investigación sobre factores de riesgo del desarrollo temprano, asociados a los resultados de los problemas adultos y su prevención. Esta teoría, provee una visión dual de la Salud mental, con una dimensión social y una individual, psicológica. La dimensión social es externa y se basa en niveles de éxito o fracaso del individuo, en cambio el bienestar psicológico o mental, es una dimensión interna (Kellam, Brown, Poduska, Ialongo, Wang, Toyinbo, Petras, Ford, Windham y Wilcox, 2008).

La dimensión social pone atención en cómo el individuo es visto por la sociedad, especialmente en los contextos sociales específicos. En cada estadio de la vida, existen campos sociales principales, donde los individuos enfrentan las demandas de las tareas sociales.

Para los niños, la sala de clases es un campo tal, en el que se demanda que ellos pongan atención, obedezcan reglas, aprendan y socialicen apropiadamente con sus pares y profesores. En cada campo social, se presentan demandas que son evaluadas por individuos llamados evaluadores naturales. Los profesores, estudiantes y pares, son los evaluadores naturales en la sala de clases, los padres lo son en el contexto familiar, o más tarde en el curso de la vida, los esposos en el campo social íntimo, o los supervisores en el campo social del trabajo. Al proceso de demanda de las tareas sociales y respuestas conductuales a ellas, se le denomina “adaptación social” y a los resultados de las evaluaciones realizadas por los evaluadores naturales, se denomina “status de adaptación social”(SAS).

De acuerdo a la teoría del campo social/ curso de vida, si se mejora la forma en que los profesores socializan e interactúan con los niños en la sala, se mejora la adaptación social en el campo o contexto de la sala de clases. La mejoría en este campo, producirá una mejor adaptación en otros campos sociales en el curso de la vida. La teoría también propone que el bienestar psicológico (BP), puede ser un antecedente y/o un consecuente de la desadaptación social, ya que esta última, puede estar recíprocamente relacionada al bienestar psicológico. Por ejemplo, el fracaso puede hacer que uno se sienta deprimido y/o el sentirse deprimido, puede hacer que probablemente uno fracase. Kellam et al. (2008), señalan en publicaciones anteriores, que intervenciones dirigidas a un proceso de adaptación social (por demandas de tareas sociales y respuestas conductuales), son promisorias en la mejoría tanto del SAS como del BP. Por ejemplo, la aplicación del programa preventivo Good Behavior Game (GBG), en la clase del primer año, produjo al final del primer año, un decremento en la agresión (Dolan y col., 1993, en Kellam y col., 2008), y en conducta distraída (Brown, 1993, en Kellam y col., 2008) y en la educación media, produjo niveles más bajos de conducta antisocial y uso de tabaco. (Kellam y Anthony, 1998, en Kellam y col., 2008). Además, mejorar logro (SAS) tendió a mejorar la depresión en niñas (BP) y reducir la agresión en niños de primer año (Kellam y col., 1994 en Kellam y col., 2008). Este efecto se ha encontrado en investigaciones para probar la

efectividad del Programa GBG a largo plazo, que si bien se dirigió a la modificación de las respuestas agresivas y perturbadoras (SAS) en el primer grado, se encontró la disminución de pensamientos suicidas (BP) en mujeres de edades entre 19 y 21 años al comparar con un grupo control que no recibió GBG en primer año (Kellam Mc Kenzie, Brown, Poduska, Wang, Petras y Wilcox, 2011).

Este modelo de evaluación de la salud mental en escolares y la intervención preventiva basada en la modificación de factores de riesgo detectados por evaluadores naturales, es parte de los fundamentos teóricos del P-HpV, por lo tanto esta investigación incorpora la teoría Curso de vida/ campo social, y los constructos SAS y BP en su marco conceptual.

3.3.-PREVENCIÓN

La prevalencia global de los trastornos psicológicos y conductuales en la población infantil y adolescente, varía en los estudios realizados entre el 10% y el 20% (OMS, 2001, en MINSAL, 2009).

Existen relevantes limitaciones para atender las psicopatologías infantiles destacándose las enunciadas por Offord y Bennett (2002):

El número de niños con trastornos psiquiátricos excede la capacidad de los servicios clínicos para atenderlos.

De las familias que inician tratamiento, debido a que un hijo presenta un trastorno psiquiátrico, entre el 40 y el 60% abandona prematuramente. (Kazdin, 1975, en Offord y Bennett, 2002).

Muchos padres de niños con alto riesgo de problemas emocionales o conductuales, no participan en programas de capacitación para padres, aún cuando haya cupos suficientes. (Cunningham et al. 2000, en Offord y Bennett, 2002).

El tiempo de espera hasta recibir atención es demasiado prolongado, lo que empeora la condición de salud del niño o adolescente.

Finalmente, existe poca evidencia acerca de la efectividad de los tratamientos para algunos trastornos, como es el caso de los trastornos de conducta de inicio temprano (Kazdin, 1997, en Offord y Bennett, 2002).

Estas limitaciones, han motivado a los investigadores y encargados del diseño de políticas públicas, a desarrollar programas preventivos. Si se sabe que algunos trastornos tienen antecedentes infantiles reconocibles antes de que aparezca el trastorno, se puede identificar estos grupos de alto riesgo con fines de prevención y realizar modificaciones al riesgo.

Tipos de prevención

Históricamente las iniciativas de prevención se clasificaron como primarias, secundarias y terciarias. El problema que surgía con esa clasificación, es que la distinción entre presencia o ausencia de un trastorno era poco clara.

Se optó por un sistema de clasificación enfocado en a quién se ofrece la intervención (Offord, 1998).

En un programa universal, todos los residentes de un área geográfica lo reciben. Las personas no buscan ayuda activamente y a nadie se le elige para la intervención. Si la intervención no se dirige a personas específicas, entonces se clasifica como universal.

En un programa dirigido, nuevamente los receptores no buscan ayuda, sino más bien, se escoge a ciertos individuos dentro de la población, para recibir la intervención. Las intervenciones dirigidas pueden ser de dos tipos. Preventivas selectivas y preventivas indicadas o focalizadas.

En las selectivas, el grupo objetivo consta de individuos o de un subgrupo de población en que existe mayor riesgo de desarrollar un Trastorno psiquiátrico. Por ejemplo los hijos de padres que reciben asistencia social

En las preventivas indicadas, se identifica el grupo de alto riesgo basándose en la presentación de síntomas leves, y aunque no califican como trastorno de conducta, están en mayor riesgo de sufrirlo. Este enfoque dirigido puede abordar problemas de manera temprana y es potencialmente eficiente si se dirige hacia el objetivo correcto. El otro desafío radica en detectar a los individuos de mayor riesgo. Por esta razón, los clínicos se preocupan del valor predictivo de los instrumentos utilizados en la detección del riesgo. (Offord y Bennett 2002).

Aportes de la psicología clínica y la psicopatología del desarrollo a la prevención

La psicología clínica, la psiquiatría y la epidemiología se han preocupado del inicio y el curso clínico de los trastornos emocionales y conductuales. La psicopatología del desarrollo ha demostrado que se necesitan estudios longitudinales de poblaciones representativas, que identifiquen a los sujetos precozmente y los sigan hasta la adultez para entender la etiología y el resultado de la psicopatología infantil y adolescente.

Los estudios longitudinales han mostrado que existen tanto continuidades como discontinuidades en el inicio y persistencia de los síntomas y el trastorno psiquiátrico. También han introducido el término de trayectoria del desarrollo y nos han ayudado a comprender su relación con posibles factores de riesgo causal y protectores. También nos han ayudado a comprender que los vínculos entre un factor de riesgo temprano y un trastorno psiquiátrico futuro pueden ser indirectos y dependen de otras variables mediadoras.

La psicopatología del desarrollo contribuye a la prevención, aportando con los conocimientos acerca de factores de riesgo y protectores, la multi causalidad de los trastornos y la existencia de modelos causales.

Un factor de riesgo, es una característica del individuo o su ambiente, que debe estar presente antes del inicio del trastorno. Debe aumentar la probabilidad de trastorno futuro en personas expuestas a él, en comparación con quienes no lo están. Los factores de riesgo de Trastorno psiquiátrico pueden ser internos o externos a la persona. Se pueden clasificar en cinco niveles: Offord y Bennet (2002).

- 1.- Características individuales (por ejemplo género , temperamento)
- 2.- Factores parentales y familiares (por ejemplo psicopatología, desavenencia marital, status socioeconómico).
- 3.- Características del grupo de pares. (por ejemplo desviaciones).
- 4.- Características escolares (por ejemplo liderazgo, logros académicos)
- 5.- Cualidades comunitarias o vecinales (por ejemplo barrios malos, apoyo social).

Las intervenciones de prevención que se centran en factores de riesgo causales, con alta probabilidad reducirán la incidencia o severidad de un trastorno. Las intervenciones que se

centren en correlatos o en marcadores, pueden no ser efectivas. Los correlatos de un trastorno pueden asociarse con él y no contribuir a su ocurrencia. (El trastorno puede originar el correlato). Los marcadores por tratarse de variables fijas como la raza o el género no se pueden modificar y no pueden constituir el objetivo de la intervención.

Los factores protectores anteceden a la ocurrencia de un trastorno y pueden disminuir la ocurrencia del trastorno y disminuir la probabilidad de que aparezca en presencia de un factor o una situación de riesgo. Es importante distinguir los factores protectores causales y no causales. Las características de la persona, la naturaleza de sus relaciones con otros y las características ambientales se han propuesto como posibles factores causales protectores.

La fuerza de la relación entre un factor de riesgo y un trastorno psiquiátrico, se puede expresar con una medida denominada Razón de posibilidades (odds ratio).

Es el índice de trastorno de una población, que es atribuible a un factor de riesgo específico (Streiner y Norman, 1996, en Offord y Bennett, 2002). Mientras mayor es el índice, más importante es el factor de riesgo si es causal. La odds ratio del trastorno de conducta en la adolescencia, dada la presencia de síntomas antisociales precoces, es de 7,9, de modo que los niños con estos síntomas, tienen casi 8 veces más probabilidades de desarrollar el trastorno de la conducta en la adolescencia, que aquellos niños que no presentan el síntoma.

Rutter propone un modelo que vincula factores de riesgo y protectores con el diseño de programas destinados a prevenir el trastorno psiquiátrico en niños y adolescentes. Son cuatro componentes:

Un factor de riesgo causal o protector, una intervención preventiva, un resultado proximal y un resultado distal.

En circunstancias ideales la intervención preventiva consiste en un conjunto de acciones que disminuyen los efectos de un factor de riesgo causal o aumentan los efectos de un factor protector causal y por consiguiente hace que ocurra el resultado proximal (Rutter, 1999, en Offord y Bennett, 2002). Este último es un factor protector que se sabe o se supone que causa que ocurra el resultado distal. Ejemplo: el entrenamiento en habilidades sociales, es una prevención de mejoramiento de las competencias que se ofrece a los niños pequeños para prevenir un trastorno de conducta. El factor de riesgo, es malas habilidades sociales. El resultado proximal buscado con el entrenamiento en habilidades sociales, es un

incremento en las habilidades prosociales. Al enseñar a los niños comportamientos prosociales, se minimiza o elimina un factor de riesgo de trastorno de conducta, que es el resultado distal.

El inicio de un trastorno psiquiátrico en niños y adolescentes es de origen multifactorial. Se cree que el riesgo de sufrir un trastorno depende del N° de factores de riesgo causal que se encuentren presentes, al mismo tiempo que se va acumulando en el tiempo (Yoshikawa, 1994, en Offord y Bennett, 2002). Cuando se encuentran presentes tres o más factores, el riesgo de trastorno sube significativamente.

En segundo lugar, se ha avanzado poco en demostrar la especificidad de los factores de riesgo causales; es decir, que ciertos factores de riesgo se asocian con un trastorno y no con otro. Por el contrario, la mayor parte de la evidencia sugiere la existencia de factores de riesgo causales, comunes a múltiples resultados. Ejemplo de una falta de especificidad: la psicopatología parental es factor de riesgo causal del trastorno de la conducta, la depresión y los trastornos de ansiedad

En tercer término, la influencia de un factor de riesgo causal o protector, depende del timing o la etapa de desarrollo del individuo. Ejemplo: Las malas habilidades parentales ejercen más influencia en niños pequeños que en los más grandes (Reid y Eddy, 1997, en Offord y Bennett, 2002).

Respecto de los modelos causales, los investigadores de la salud mental se enfrentan a un desafío que se refiere a la forma en que funcionan los factores de riesgo causal y protectores, para ejercer su influencia en los trastornos psiquiátricos infantiles. Se han utilizado cadenas o pathways causales como método para explicar la secuencia de acontecimientos relacionados con el inicio y la persistencia del trastorno (Rutter & Srouffe, 2000). Por ejemplo, un pathway o sendero causal de trastorno de conducta propone que:

Problemas de Aprendizajecomportam disruptivo.....problemas en colegio
+pares anómalos.....fracaso escolar.....comportamiento antisocial

Se han distinguido los factores mediadores, de los factores moderadores. Un factor mediador, representa una variable que vincula una Variable Independiente (VI) con un resultado. La VI origina el mediador, lo que a su vez causa un resultado. Por ejemplo el

conflicto marital puede afectar la calidad parental, la que a su vez ejerce su efecto sobre los síntomas psiquiátricos del niño o adolescente.

Los factores moderadores moderan la influencia de una VI en el resultado, de manera que el efecto de la VI sobre el resultado, depende del factor moderador que está presente. Por ejemplo la estructura familiar (intacta o divorcio), modera la relación entre conflicto marital y síntomas psiquiátricos.

La evidencia sugiere que una variable puede ser mediadora en un caso y moderadora en otro. Reconocer el carácter de estas variables, reviste importancia para la aplicación de los programas de prevención.

El modelo ecológico

Es útil para la comprensión sistémica de la interacción entre los factores protectores y de riesgo en la etapa adolescente y su impacto en la expresión conductual de los mismos. Relaciona los diversos niveles de organización social con la facilitación de condiciones que protegen a los adolescentes o que por el contrario lo desprotegen y aumentan las probabilidades de las conductas de riesgo (Bronfenbrenner, 1979, en MINSAL, 2009).

Los niveles de organización social más frecuentemente referidos son

| | N. Social | N. Comunitario | N. Familiar | N. Individual |
|----------------------|--|---|--|--|
| Factores protectores | Calidad del sistema escolar, Modelos adecuados, Comunidades seguras, políticas y legislación de juventud | Participación de la familia en la escuela, Redes de apoyo informales, Políticas escolares bien definidas. | Vínculo parental, Vínculo escolar, Dinámica familiar adecuada, Estilo democrático, Expectativas y valores parentales, Adultos. | Habilidades sociales, inteligencia Normal, Autoimagen positiva participación en actividades extraescolares |

| | | | | |
|--------------------|--|--|---|---|
| Factores de riesgo | Inequidades, Disponibilidad de armas de fuego, Violencia en los medios de comunicación | Acceso a alcohol y drogas, Escasa cohesión social, Comunidades pobres, Aislamiento social. | Disfunción familiar, Estilo autoritario o permisivo. Pares involucrados en violencia. | Maduración emocional, Desórdenes psicológicos y de personalidad, Historia de abuso. |
|--------------------|--|--|---|---|

Adaptación de Blumm, R.W. (2006), Extraído de MINSAL, (2009).

Rodriguez (2006), identifica como factores de riesgo en la psicopatología de la adolescencia, los siguientes:

Factores de riesgo biológicos que aluden a factores genéticos junto a alteraciones del sistema nervioso central.

La intervención del factor de riesgo genético es un camino a largo plazo, porque si bien la condición de gen patológico existe desde antes de nacer, el trastorno se pone en marcha cuando las condiciones existenciales y del entorno lo desencadenan. Este factor es predisponente, porque no se manifiesta en todos los adolescentes portadores.

Hay rasgos o características de índole psicológica o psicobiológica, que facilitan los comportamientos psicopatológicos tales como el temperamento, la baja inteligencia, la inmadurez emocional y la inmadurez psicomotora. Las discapacidades sensoriales y la incompetencia social, también actúan como factores de riesgo.

Los factores familiares como la conflictiva familiar (familia desorganizada, rota, disfunciones familiares), la historia familiar de enfermedades mentales (alcohol, delincuencia, depresiones, esquizofrenia), actitudes familiares inadecuadas (disputas entre los padres, estrés de origen familiar), dificultades de relación con los padres, familia con dificultades económicas, también facilitan los comportamientos psicopatológicos.

El mesocontexto que es el sitio donde vive, la escuela a la que asiste, la índole de las organizaciones del entorno, constituyen factores de riesgo. La escuela puede actuar como

fuente de estrés crónico, ya sea por las condiciones o las exigencias de la escuela en sí, por las relaciones inadecuadas que el adolescente establece con sus compañeros, o por la actitud inadecuada de los profesores o tutores, por el entorno social que rodea a la escuela, el barrio o la ciudad en la que vive.

Factores ecológicos, como el medioambiente, la presencia de radiaciones y tóxicos, la condición étnica, la situación de emigración, y sucesos que afectan al país como las guerras.

George (2011), coincidente con los planteamientos de Offord y Bennett (2002) reconoce como factores de riesgo en la edad adolescente, las características individuales, factores parentales o familiares, características del grupo de pares, características de la escuela, y características de la comunidad o barrio. Estos factores constituyen parte de los fundamentos del P-HpV del segundo ciclo básico.

En la mayoría de los estudios sobre factores protectores y de riesgo, hay consenso en que la privación económica, la disfunción familiar severa, el maltrato temprano, un temperamento difícil, vivir en medio de la violencia y dificultades cognitivas, son factores de riesgo para un desarrollo sano. En cuanto a los factores protectores, se los ha asociado a la crianza afectuosa y con autoridad de los padres, oportunidades educacionales, autonomía psicológica y salud física (García, 2012).

La influencia de estos factores puede variar de acuerdo al nivel de desarrollo del país y su cultura, así como en las diferentes categorías diagnósticas y género. Todo esto indica que subgrupos específicos comparten factores de riesgo y protectores que son necesarios investigar para establecer también intervenciones específicas y dirigidas a ese grupo en particular (García, 2012).

El reconocimiento de los factores de riesgo en la atención de salud de los adolescentes permite:

Promover ambientes saludables y convivencia social

Focalizar la atención en grupos de riesgo, facilitando el acceso a la atención de salud integral.

Intencionar estrategias específicas dirigidas a determinados factores de riesgo

Abordar en diferentes niveles de organización de relaciones sociales, acciones preventivas en asociación con comunidades y más especialmente con grupos juveniles (MINSAL 2009).

Trayectorias de riesgo

Un tema principal en la investigación de la psicopatología del desarrollo, es la persistencia de los problemas conductuales a través de la vida. Los estudios han mostrado que existen tanto continuidades como discontinuidades en el inicio y persistencia de los síntomas y el trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, algunos individuos presentan un alto nivel de estabilidad en síntomas de comportamiento antisocial de importancia clínica a lo largo de su vida. No obstante, también ha ocurrido que niños con elevados niveles de síntomas temprano en la vida, más adelante en la adolescencia y adultez, no los presenten (Nagin y Tremblay, 1999, en Offord y Bennett, 2002).

La mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la infancia o adolescencia. (OMS, 2005, Kessler, 2007, Merikangas, 2009, en De la Barra, 2011). Los autores antes mencionados, señalan que existe un alto grado de continuidad entre Trastornos psiquiátricos de niños, adolescentes y adultos y agregan que las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de Trastorno psiquiátrico adulto.

Garber informa que síntomas tempranos y estresores, predicen persistencia o exacerbación de síntomas depresivos en adolescentes (Garber, Keiley y Martin, 2002, en De la Barra y col., 2005). Estudios longitudinales conducidos en poblaciones generales y clínicas en distintos países, han mostrado la estabilidad de problemas conductuales y emocionales tempranos, los que sirven de predictores de perturbaciones posteriores. Por ejemplo, la conducta disruptiva y agresiva de los niños, predice tasas incrementadas de conducta antisocial y abuso de sustancias en la adolescencia y adultez.(Bennet, Lipman, Racine y Offord, 1998, Rutter et al., 1997, en De la barra y col., 2005). Aproximadamente el 70% de los niños con desorden hiperactivo y déficit atencional continúan mostrando síntomas más tarde en la vida (Mannuzz, Klein, Besslera, Malloy y Iapadula, 1993, en De la Barra y col., 2005). La ansiedad de inicio temprano y desórdenes depresivo mayores se han asociado con

desórdenes depresivos adolescentes y adultos (Ialongo, Edelsohn, Wethamer-Larson, Crockett y Kellam, 1995, en De la barra y col., 2005).

De la Barra, Toledo y Rodríguez (2005), publicaron los resultados del primer estudio longitudinal de seguimiento, prevalencia y persistencia de problemas emocionales y conductuales en niños escolares. Este estudio, fue realizado entre 1992 y 1998 como parte del proyecto FONDECYT 1930116 y 1970259. Se realizó el seguimiento de una cohorte de 535 escolares chilenos de primero a sexto año. Utilizaron cuestionarios para profesores (TOCA-RR) y padres (PSC), y un cuestionario de autoestima (Escala de autoconcepto de Piers-Harris) para los niños de 6° año. Conforme a la evaluación del profesor, se encontró que persistieron los factores de desobediencia/agresión, timidez e hiperactividad. Se encontraron además predicciones cruzadas: desobediencia/agresión aumentó el riesgo de problemas cognitivos/concentración. Estos últimos predijeron inmadurez emocional, mientras que hiperactividad predijo desobediencia/agresión. La opinión global de logro del profesor, predijo problemas cognitivos/concentración y pobre conducta, predijo hiperactividad. Los problemas conductuales evaluados por los padres en primer año, predijeron su persistencia, La hiperactividad evaluada por los profesores en primer año, dobló el riesgo de baja autoestima en 6° año.

Guzman M. P., Jellinek, George, Hartley, Squicciarini, Canneguez, Kuhlthau, Yucel, White, Guzman J. y Murphy (2011) realizaron un estudio nacional, para evaluar si los problemas de salud mental identificados a través de la pesquisa realizada en primer año básico, se relacionan con bajos logros académicos medidos en cuarto año básico en niños provenientes de población vulnerable o en riesgo.

Para ese efecto, parearon las evaluaciones de 11.118 estudiantes de primer año básico, realizadas por los profesores con el instrumento TOCA-RR, con los datos del SIMCE (Sistema de Evaluación de la Calidad de la Educación) en cuarto año básico. Por otra parte, parearon 8510 evaluaciones de los niños realizadas por los padres con el instrumento PSC, con los datos SIMCE.

Se encontró que el 11% de los estudiantes estaban en riesgo en el TOCA-RR, el 11% lo estaba en PSC, y en ambos instrumentos se encontró un 3%.

Los estudiantes calificados en riesgo en TOCA-RR, obtuvieron 21 puntos menos en SIMCE que aquellos que no estaban en riesgo. Y aquellos calificados en riesgo en PSC obtuvieron 16 puntos menos en SIMCE, que quienes no estaban en riesgo. Considerando los estudiantes evaluados con problemas de salud mental por padres y profesores en 1° básico, obtuvieron un resultado SIMCE promedio de 33 puntos menos que los estudiantes que no fueron calificados en riesgo en ninguna de las evaluaciones. Todos estos resultados resultaron significativos.

Los autores concluyen que los estudiantes con riesgo en salud mental basados en pesquisa de banda ancha (pesquisa para medir el funcionamiento psicosocial general o de salud mental, concepto proveniente del National Research Council and Institute of Medicine, 2009), tienen bajos resultados en pruebas académicas estandarizadas cuando son comparados con estudiantes que no tienen riesgo en salud mental

Controlando las covariables, pobreza, educación de los padres y habilidad académica preexistente, concluyen que la salud mental es otro predictor de éxito académico, y es un riesgo que puede abordarse con la intervención.

Hay evidencia que demuestra que es necesario realizar intervenciones tempranas para prevenir o reducir la probabilidad de impedimento a largo plazo en niños y adolescentes.

De la Barra, López, George, Toledo, Siraqyan y Rodríguez (1995), FONDECYT 1930116, plantean que la escuela constituye un ambiente óptimo para detectar precozmente factores de riesgo y trastornos de la salud mental y también para realizar intervenciones protectoras compensadoras y reparadoras. Los profesores pueden entregar información de la conducta del niño en la escuela, lo que ayuda a reconocer a los estudiantes que presentan factores de riesgo o problemas de salud mental. Por otra parte los padres pueden informar acerca del desarrollo emocional, afectivo, social y psicomotor, lo que permite detectar dificultades que no se expresan necesariamente en la escuela. Además entregan información de variables asociadas a la familia (ausencia del padre, psicopatología, consumo de alcohol y drogas, madre adolescente, participación en redes de apoyo) y acerca de la condición física del niño, (enfermedades crónicas), lo que informa de factores de riesgo y protectores .

Programas preventivos

Hay gran variedad de programas y políticas preventivas, basadas en la evidencia, que se encuentran disponibles para su implementación. Estos programas, reducen los factores de riesgo, fortalecen los factores de protección y disminuyen los síntomas psiquiátricos, la discapacidad, y la aparición de algunos trastornos mentales. También mejoran la salud mental positiva, contribuyen a una mejor salud física y generan beneficios sociales y económicos. Las investigaciones están empezando a mostrar resultados significativos a largo plazo.

La prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental necesitan ser parte integral de las políticas de salud pública y de la promoción de salud a nivel local y nacional (OMS, 2004).

Entre las intervenciones destinadas a reducir los factores de riesgo de los trastornos mentales, se pueden mencionar aquellas destinadas a reducir el riesgo de conducta agresiva y trastornos de conducta. Se enfocan en mejorar la capacidad social y la conducta prosocial de los niños.

Los programas destinados a desarrollar las destrezas sociales del niño, intentan proporcionarle habilidades cognitivas que les pueden ayudar a enfrentar mejor las situaciones sociales difíciles. Generalmente las habilidades relacionadas con escuchar atentamente, empatía, solución de problemas interpersonales y manejo de conflicto y enojo, se enseñan dentro del contexto del salón de clases. Estos programas han demostrado tener un impacto positivo en las habilidades cognitivas relacionadas con la solución de problemas y reducción de las conductas impulsivas, al menos hasta un año posterior a la intervención.

Entre los programas efectivos que reducen los problemas de conducta y la conducta agresiva, se puede mencionar el “Juego de Buena Conducta (GBG)” de Kellam y otros (1994). Este programa de tipo universal, se evaluó en un ensayo randomizado y se aplicó a los niños que asistían al primer año básico. Se trata de una estrategia unifactorial, y se dirigió a modificar conductas agresivas y perturbadoras. Al finalizar el año escolar, los niños redujeron las tasas de conducta agresiva. El efecto fue más notorio y significativo en los varones, quienes al inicio del año mostraron más altos niveles de conducta agresiva. En

el seguimiento, realizado cuando los jóvenes tenían entre 19 y 21 años se encontró que los varones presentaron tasas más bajas de consumo de drogas y consumo de alcohol, más bajo fumar regular, tasas más bajas de delincuencia y de encarcelación por crímenes violentos, que el grupo control que no recibió el programa. Las mujeres presentaron resultados no significativos, excepto en pensamientos suicidas y en abuso de alcohol y desórdenes de dependencia.

También se han diseñado y evaluado estrategias multifactoriales, que abordan múltiples factores de riesgo y protectores con el fin de determinar su impacto con respecto a los problemas de conducta antisocial. El Fast Track (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999, en Offord y Bennett, 2002), es un modelo de intervención que se centra en múltiples niveles (niño, familia, escuela, grupo de pares, comunidad) y factores (habilidades académicas, habilidades sociales, habilidades parentales, apoyo familiar) e incluye un componente universal y dirigido. El programa comienza en primero básico y continúa hasta octavo año. El componente universal se ofrece a todos los niños en la sala de clases y consta del curriculum Promoting Alternative Thinking Strategies (PATH) que enseña habilidades de autocontrol, conciencia emocional y resolución de problemas sociales. El componente dirigido consiste en una sesión semanal para niños de alto riesgo y sus familias, en que se entrenan habilidades sociales y se hace tutoría académica. También se realizan visitas domiciliarias para entregar ayuda individualizada.

En la muestra de alto riesgo se han encontrado cambios favorables en habilidades sociales, emocionales, académicas, en interacciones con los pares, problemas de conducta y uso de educación especial. Los padres informaron satisfacción con las actividades parentales. Comportamiento parental adecuado, calidez y participación en el colegio,

En la muestra total que recibió el programa universal, se observaron cambios significativos en conducta agresiva con los pares y comportamiento hiperactivo, disruptivo.

Las estrategias de intervención para mejorar competencias, también han mostrado producir cambios en la conducta antisocial. El Social Competence Promotion Program for Young adolescents (Weissberg y Greenberg, 1988, en Offord y Bennett, 2002). Se fomenta un conjunto de competencias sociales, tales como autocontrol, manejo del estrés, toma de decisiones responsable, resolución de problemas sociales y habilidades comunicacionales.

El comportamiento antisocial y delictivo autoinformado, mostró una baja en los estudiantes de 7° y 8° que recibieron el programa durante 2 años en comparación con un grupo que no recibió capacitación.

En Chile, desde 1998 el Departamento de Salud de Junaeb, ha implementado el Programa de Habilidades para la Vida en escuelas vulnerables, el que incorpora a niños al inicio de la escolaridad, a sus padres y profesores. Las estrategias del programa son promocionales y preventivas. Estudios realizados en el proceso de validación del taller preventivo, mostraron que los niños que asistieron a los talleres preventivos, presentaron una disminución significativa en los factores de riesgo psicosocial en comparación con niños no participantes, Los resultados apuntan a la modificación de las conductas relacionadas con agresividad, hiperactividad, problemas de concentración y atención, inhibición social y timidez (George, Guzman, Hartley, Squicciarini, 2005).

Guzman M. P., George, Hartley, Squicciarini, Guzman J, Zapata (2005), realizaron una evaluación de los talleres preventivos aplicados a 575 niños de primero, segundo y tercer año básico, durante los años 2002 al 2004. Eligieron como grupo control un grupo natural que se formó con los niños que no asistieron al taller.

Se realizaron mediciones antes después con el instrumento TOCA-RR en ambos grupos y se encontraron cambios significativos entre el primer y tercer año básico en el grupo asistente al taller. También se encontraron diferencias por sexo.

Las niñas asistentes al taller disminuyeron el riesgo en los factores aceptación de la autoridad, contacto social, logros cognitivos, atención y concentración y nivel de actividad. No presentaron cambios en madurez emocional.

Las niñas que no asistieron al taller, presentaron disminución del riesgo en aceptación de la autoridad, conducta social y nivel de actividad. Y aumentaron significativamente el riesgo, en logro cognitivo y atención y concentración.

Los niños disminuyeron el riesgo en aceptación de la autoridad, conducta social, madurez emocional, atención y concentración y nivel de actividad. Aumentó el riesgo en logro

cognitivo. Los niños que no asistieron al taller, disminuyeron el riesgo en conducta social y nivel de actividad y aumentaron el riesgo en logro cognitivo y atención y concentración.

También se evaluó el riesgo global, encontrándose que en el grupo que asistió regularmente al taller preventivo, un 64,7 % salió del riesgo, el 18% permaneció con el mismo perfil de riesgo, el 17,3% cambió de perfil.

Estos resultados confirman la eficacia del taller en la disminución de los factores de riesgo.

Delgado, Zúñiga y Jadue, (2006), realizaron un estudio para evaluar la eficacia del P-HpV comparando los resultados de la prueba SIMCE del año 2005 de los niños que participaron del programa, en años anteriores cuando cursaban 1º, 2º y 3º básico, con los resultados SIMCE de un grupo control de niños de condiciones similares, pero que no participaron del programa. Al comparar los resultados de ambos grupos, se observó una diferencia de 8 puntos a favor de los niños participantes del Programa de habilidades para la vida.

3.4.-Programa de habilidades para la vida

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) tiene como misión facilitar el proceso de incorporación y permanencia en el sistema educacional, a la población infanto-juvenil chilena en condición de vulnerabilidad. Esta institución ha definido como una de sus áreas de acción la Salud Escolar y desde 1992, ha venido trabajando en dar solución a problemas oftalmológicos, otorrinológicos, ortopédicos y de salud bucal, mediante un trabajo en red con la participación conjunta del sector salud y educación a nivel local. A partir de 1998, se inicia el Programa Habilidades para la Vida (P-HpV) incorporando acciones que priorizan el área psicosocial, considerando que, para un desarrollo humano integral, la persona requiere interactuar con un adecuado entorno social y afectivo

Durante los diez primeros años, el programa priorizó a los escolares de 1º y 2º nivel de transición de la educación parvularia, y del primer ciclo básico, sus padres, profesores y la comunidad escolar, en general, que provenían de establecimientos educacionales Municipales o Particulares Subvencionados, con alto índice de vulnerabilidad socioeconómica y psicosocial. A partir de 2008, el Programa incorporó escolares del

segundo ciclo básico, en las mismas comunas y escuelas donde ya ha trabajado con la comunidad escolar antes descrita.

El propósito del P-HpV a corto plazo, es aumentar el éxito en el desempeño escolar, elevar los niveles de aprendizaje, disminuir la repetición y el abandono. En el mediano y largo plazo busca disminuir daños en salud (depresión, suicidio, consumo abusivo de alcohol y drogas), prevenir conductas violentas y elevar el bienestar, las competencias personales y la esperanza de vida.

Para la implementación del P-HpV en el nivel local, JUNAEB, convoca a entidades públicas y privadas (Municipios y Corporaciones Municipales), que aseguren la sustentabilidad e inserción comunal del Programa. La instalación y continuidad del programa, se logra mediante la incorporación progresiva de los niños y niñas que ingresan año a año, en aquellos establecimientos en los que se encuentra el Programa. En cada escuela, el P-HpV, presta un apoyo directo en aspectos técnicos, administrativos y de gestión, a fin de garantizar la instalación, en la comunidad educativa, de competencias para el desarrollo efectivo del trabajo psicosocial.

La cobertura alcanzada el 2010 por el Programa corresponde a 1.683 escuelas, ubicadas en 140 proyectos y 138 comunas de todas las regiones del país. La población participante directa en las acciones del Programa corresponde a 460.709, de los cuales 248.851 son niños y niñas del Nivel Transicional (pre-kinder) al 3° básico, 199.080 padres y apoderados, 12.778 docentes y educadores de párvulos y 5.863 directivos.

Ese año en el segundo ciclo básico, se incorporaron 728 estudiantes de 5° a 8° básico, con 30 profesores de 8 escuelas nuevas (George, 2010).

El Programa para la etapa de la adolescencia, prioriza el fortalecimiento de competencias interpersonales sociales cognitivas y afectivas, para lograr una convivencia escolar positiva y bienestar psicosocial

El programa se estructura en 6 módulos unidades que incorporan estrategias y actividades que se desarrollan en forma continua y progresiva:

- a) Promoción del bienestar y la convivencia positiva en la comunidad educativa (participan estudiantes, docentes, padres de 5°,6°, 7° y 8° y directivos)
- b) Detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo,(aplicación de instrumentos TOCA-RR a profesores y PSC-Y a todos los alumnos de 6° básico)
- c) Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo,(participan en talleres estudiantes de 7° NB que se detectaron en TOCA-RR, con riesgo en 6° básico)
- d) Derivación a atención y seguimiento de los estudiantes detectados con riesgo crítico en salud mental, (se deriva a la red de salud mental y otras redes locales como OPD)
- e) Desarrollo y seguimiento de la Red de Apoyo Local al programa (redes publicas y de ONGs que atienden adolescentes y sus familias en problemas severos de salud, justicia, ect)
- f) Evaluación y seguimiento de las acciones y resultados (con indicadores de evaluación nacional y local y autoevaluación de equipos ejecutores. Se incluye estándares de calidad en salud).

Características de la intervención preventiva del 2° ciclo: La intervención preventiva para adolescentes escolares tiene como objetivos, reducir el impacto negativo de los siguientes factores de riesgo: baja autonomía, respuestas agresivas, malas relaciones con pares y pobre desempeño escolar. Otros objetivos son, potenciar factores protectores, como la competencia social y la resolución de conflictos; y estimular el desarrollo de habilidades personales y colectivas de manera integrada.

Consiste en un taller de 10 sesiones de 2 horas con los jóvenes, 2 sesiones con los padres y 2 sesiones con los profesores

El taller es grupal, cerrado, mixto y se realiza en la escuela a cargo principalmente de psicólogos que son parte del equipo ejecutor del Programa. Se efectúan registros de asistencia por sesión y también se registra el cumplimiento de objetivos por sesión El taller garantiza compromiso y confidencialidad y respeta consentimiento de los padres y asentimiento de los escolares participantes.

Esta actividad tiene programada 4 fases: la 1º es la Integración grupal, la 2º el desarrollo de Competencias Sociales como: toma de perspectiva, asertividad, conductas cooperativas y prosociales, y capacidad para negociar. La fase 3º incorpora la resolución de conflictos como, Derechos personales, Afrontamiento, Conflicto, Soluciones. Por último la fase 4º es de Cierre, trabajando la finalización y evaluación del taller por el grupo.

Para realizar estos talleres de prevención existe un manual estandarizado y para su programación se cuenta con información que se recoge en el proceso de detección y que se encuentra informatizada.

4.-HIPÓTESIS

- 1.- La adaptación escolar se encuentra relacionada de manera directa y significativa con el bienestar psicológico en adolescentes escolares vulnerables

- 2.- Los adolescentes que presentan desadaptación escolar participantes del taller preventivo , presentarán cambios significativamente favorables en desempeño escolar, control de respuesta agresiva, autonomía y relaciones interpersonales, una vez finalizado el taller

- 3.- Los adolescentes que presentan malestar psicológico y desadaptación escolar participantes del taller preventivo, presentarán cambios significativamente favorables en desempeño escolar, control de respuesta agresiva, autonomía, relaciones interpersonales y en su malestar psicológico, una vez finalizado el taller.

- 4.- Los adolescentes que presentan desadaptación escolar y bienestar psicológico, participantes del taller preventivo, presentarán cambios significativamente favorables en desempeño escolar, control de respuesta agresiva, autonomía y relaciones interpersonales, una vez finalizado el taller.

- 5.- Los adolescentes que presentan desadaptación escolar y bienestar psicológico, participantes del taller preventivo , no presentarán diferencias significativas en desempeño escolar, control de respuesta agresiva, autonomía, relaciones interpersonales y bienestar psicológico, respecto de adolescentes que presentan desadaptación escolar y malestar psicológico participantes del taller, una vez finalizado el taller.

5.- OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Aportar evidencias a un constructo de Salud Mental Escolar, estableciendo asociación entre las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicológico.

- 2.- Evaluar el impacto de la intervención preventiva aplicada a adolescentes escolares en riesgo sobre las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicológico.
- 3.- Estudiar las propiedades psicométricas del instrumento para evaluar bienestar psicológico, el Pediatric Symptom Checklist Youth, PSC-Y, en una muestra de adolescentes escolares vulnerables de la Región Metropolitana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Relacionar las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicológico en adolescentes escolares vulnerables.
- 2.- Evaluar la efectividad de la intervención preventiva para modificar la desadaptación escolar, en adolescentes que la presentan
- 3.- Evaluar los efectos de la aplicación de un taller preventivo, sobre adolescentes que presentan desadaptación escolar y malestar psicológico en los factores de riesgo detectados por los profesores y el bienestar informado por los propios adolescentes.
- 4.- Evaluar los efectos de la aplicación de un taller preventivo, sobre adolescentes que presentan desadaptación escolar y bienestar psicológico en los factores de riesgo detectados por los profesores.
- 5.- Evaluar los efectos diferenciales de un taller preventivo, sobre adolescentes que presentan desadaptación escolar y bienestar psicológico respecto de adolescentes que presentan desadaptación escolar y malestar psicológico, en los factores de riesgo detectados por los profesores y el bienestar informado por los propios adolescentes.
- 6.- Analizar la validez interna, la confiabilidad y la validez de constructo del instrumento Pediatric Symptom Checklist Youth PSC-Y, en una muestra de adolescentes escolares vulnerables de la Región Metropolitana.

6.- MARCO METODOLÓGICO

6.1.-Diseño:

Se realizó un diseño cuasiexperimental con un solo grupo con mediciones antes después. El diseño es cuasi experimental debido a que existe una intervención que asume el papel de variable independiente, pero los sujetos han sido elegidos intencionalmente por presentar desadaptación escolar

El grupo experimental recibió un taller preventivo y las acciones correspondientes a actividades promocionales que se aplican a toda la población.

En la medicina basada en la evidencia, la prueba aleatoria controlada (RCT random controlled testing) es aceptada como la mejor estrategia para reducir el riesgo de sacar conclusiones erradas. No obstante en la investigación de prevención y promoción de la salud, la RCT tiene limitaciones. El diseño es específicamente apropiado para estudiar las influencias causales a un nivel individual, utilizando intervenciones en un contexto altamente controlado. Sin embargo, muchas intervenciones preventivas y de promoción de la salud, se concentran en clases, escuelas, compañías comunidades e incluso poblaciones completas. Otros diseños de investigación, tales como los estudios cuasiexperimentales y diseños de series de tiempo secuenciales, también deben considerarse como estrategias valiosas para desarrollar en esta área evidencia útil. (OMS, 2004).

6.2.-Muestra:

La muestra se obtuvo de la base de datos del Programa de Habilidades para la Vida, siendo autorizada por la Junta de Auxilio Escolar y Becas. En forma específica, se trabajó con la información recogida durante el año 2010 en la Comuna de Lo Espejo, en que se evaluó una población de 457 escolares que cursaban 6° año básico en 8 diferentes colegios.

De esta población, conforme la evaluación realizada con el instrumento TOCA-RR, se detectaron 110 estudiantes con desadaptación escolar, los cuales debían asistir al taller preventivo durante el año 2011. Los restantes 347 estudiantes no presentaban esta condición de riesgo, por lo que no cumplían el criterio de inclusión en el taller.

Del grupo en riesgo, sólo el 59% de los estudiantes que debían asistir al taller, lo hicieron de manera regular. En consecuencia, la muestra de estudio (no probabilística e intencionada) quedó constituida por 65 sujetos, de los cuales 47 presentaron sólo desadaptación escolar (DE) y 18 presentaron malestar psicológico más desadaptación escolar (DE/MP).

La distribución según sexo y edad en cada uno de estos grupos es descrita de manera específica en la siguiente tabla:

Tabla 1 : Distribución de la población y muestra según sexo y edad

| | | n | Sexo | | Edad | |
|---------------------------|-------------------------------|------------|------------------|------------------|--------------------------|-----------------|
| | | | Mujer | Hombre | Media | Desv. Tip. |
| Población Total | No incluidos en Taller | 347 | 174 (50%) | 173 (50%) | 12 años y 3 meses | 8 meses |
| | Incluidos en Taller | 110 | 51 (46%) | 59 (54%) | 12 años y 8 meses | 12 meses |
| | Total | 457 | 225 (49%) | 232 (51%) | 12 años y 4 meses | 10 meses |
| Muestra de Estudio | DE | 47 | 25 (53%) | 22 (47%) | 12 años y 5 meses | 10 meses |
| | DE/MP | 18 | 9 (50%) | 9 (50%) | 12 años y 7 meses | 13 meses |
| | Total | 65 | 34 (52%) | 31 (48%) | 12 años y 5 meses | 11 meses |

6.3.-Variables:

Variable independiente:

Intervención preventiva: Se centra en reducir los factores de riesgo (baja autonomía, respuestas agresivas, mala relación con los pares y pobre desempeño escolar) y potenciar los factores protectores (competencia social y resolución de conflictos). Además estimula el desarrollo de habilidades personales y colectivas de manera integrada y adaptativa.

Operacionalmente consiste en 10 sesiones destinadas a los adolescentes, 2 sesiones destinadas a los padres y 2 sesiones destinadas a los profesores. Los fundamentos y el taller preventivo se presentan en anexo 1.

Variables dependientes:

Salud Mental: La OMS define la salud mental Infanto Juvenil como la capacidad de lograr y mantener un funcionamiento psicológico y bienestar óptimo que se relaciona directamente con alcanzar un adecuado nivel de competencias personales y sociales (MINSAL 2009).

Se considera que es un constructo bidimensional que aplicado al contexto escolar, se forma por las dimensiones Adaptación escolar y Bienestar psicológico o bienestar psicosocial. La adaptación escolar se define como la capacidad de comportarse de manera autónoma, ejerciendo control sobre los impulsos agresivos, presentando buenas relaciones con los pares y mostrando un satisfactorio desempeño escolar (JUNAEB, 2011). Se puede presentar en un eje con un polo positivo y uno negativo. Si se presenta en el polo negativo, se conceptualiza como un factor de riesgo y se denomina desadaptación escolar.

El Bienestar psicológico es un constructo ligado al sistema de valores, aspiraciones, expectativas y metas. Tiene componentes cognitivos, emocional-afectivo y conductuales. Se define como la percepción que el sujeto hace de sí y la valoración que le otorga, afectando su autoestima (JUNAEB, 2011). Se puede presentar en un eje con un polo positivo y uno negativo. Si se presenta en el polo negativo, se conceptualiza como factor de riesgo y se denomina Malestar Psicológico.

Operacionalmente la Adaptación escolar se define como el puntaje obtenido en los factores que evalúa el instrumento TOCA-RR y el Bienestar Psicológico se define como el puntaje obtenido en el instrumento PSC-Y. A partir de los puntajes de corte, se determina la condición de riesgo- no riesgo.

6.4.-Técnicas de recolección de la información

EL INSTRUMENTO TOCA R

TEACHER OBSERVATION OF CLASSROOM ADAPTATION- Revised

Autor: Dr. Sheppard Kellam (John Hopkins University and American Institute for Research).
1975

Informa acerca de la conducta del niño en la sala de clases. Se encuentra validado en lo predictivo y en su capacidad para describir de manera confiable la conducta de los niños. Es respondido por el profesor en el contexto de una entrevista y permite identificar aquellos niños con factores de riesgo y conductas desadaptativas asociadas con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en la adolescencia (Kellam, Ensminger y Turner, 1977; Kellam, Brown, Rubin, Ensminger y Hendricks, 1983, citado en George y col 2004). Este instrumento ha sido adaptado y validado en Chile por Siraqyan y Mores (1993) y publicado por George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodríguez, López y Toledo (1995). En 2002, con los datos recogidos en 1999, el instrumento fue modificado manteniendo las seis escalas originales, pero se redujo el número de ítems de 43 ítems a 31 ítems. De esta forma surge el instrumento TOCA-RR.(George, Squicciarini, Zapata, Guzmán , Hartley y Silva, 2004)

En el año 2009, con los datos recogidos en 2007, se realizó una adaptación y posterior validación psicométrica (a través de un análisis de componentes principales), al aplicar este instrumento a estudiantes de 6° año básico. La razón para efectuar esta modificación, obedece a los cambios psíquicos que presentan los niños al enfrentar la edad juvenil. Las escalas originales y los perfiles de riesgo que se generaban para enviar a los niños a los talleres de prevención, en el primer ciclo, se modificaron surgiendo 4 nuevos factores de riesgo que son los siguientes:

Cuadro 1: Factores TOCA-RR 6° Básico

| FACTOR | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------|--|
| Malas Relaciones con Pares | Baja integración e interacción con pares y participación en actividades |
| Baja Autonomía | Dependiente del profesor para actividades escolares. Dependiente de compañeros para integrarse |
| Pobre desempeño escolar | Baja motivación en el trabajo escolar, para |

| | |
|----------------------|---|
| | persistir en la tarea y con alto grado de distractibilidad |
| Respuestas Agresivas | Desobediente, con baja tolerancia a la frustración y con reacciones agresivas físicas y verbales. |

Fuente. JUNAEB, 2011

Los ítems que forman cada factor y el procedimiento de puntuación es el siguiente:

Malas relaciones con pares (MRP): ítems 2, 6, 14, 25 y 30 (se puntúan en sentido inverso)

Baja autonomía (BA): ítems 3,10, 19, 20 y 27 (se puntúan en sentido directo)

Respuestas agresivas (RA): ítems: 5, 8, 11, 13, 28 y 29 (se puntúan en sentido directo)

Pobre desempeño escolar (PDE): ítems: 1, 9, 12, 17 y 21 (se puntúa en sentido inverso) .

El instrumento que tenía 31 ítems, se reduce a 21 ítems.

Los ítems se responden conforme a una escala likert de 1 a 6 (casi nunca a casi siempre).

El puntaje de cada factor se obtiene a través de la suma de los puntajes de los ítems que los forman. Cada factor tiene un puntaje de corte que informa de la condición de riesgo en ese factor, diferenciando por sexo. (Ver en anexo 2 el instrumento y los puntajes de corte).

Si un adolescente presenta 3 o 4 factores de riesgo se deriva al taller de prevención.

La confiabilidad determinada con alfa de Cronbach para cada subescala resultó con valores que fluctuaron entre 0,81 y 0,95. (JUNAEB, 2011)

PSC-Y PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST – YOUTH: instrumento de autorreporte para estudiantes

Autor: Jellinek y cols. Hospital General de Massachusetts. 1988.

El PSC se desarrolló originalmente como instrumento de tamizaje para ser aplicado a padres de niños de 6 a 11 años en salas de espera de consulta pediátrica. Mide la disfunción psicosocial o riesgo de presentar problemas de salud mental.

Contiene 33 preguntas acerca de conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes en niños. Identifica a los niños según un puntaje de corte. La versión de autorreporte del PSC para adolescentes se adaptó y evaluó por sus autores en estados Unidos

en el año 2000 logrando con esta versión PSC-Y un poder predictivo mayor que la versión original aplicada a los padres. (Pagano , Cassidy , Murphy y Jellinek , 2000).

El cuestionario PSC-Y original fue traducido por JUNAEB, adaptado culturalmente y sometido a juicio de expertos (académicos de Psicología de Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile) durante 2009, previo a una aplicación piloto. La adaptación y validación del PSC-Y de JUNAEB para Chile, es para población de 10 a 14 años. La condición de autoevaluación de la propia conducta y de los estados emocionales, han permitido a la tesista sostener que este instrumento evalúe bienestar psicológico. (Ver anexo 3).

Los ítems se responden en una escala de tres puntos 1 =nunca, 2 = a veces, 3 = muy seguido.

Los ítems 6, 28 y 29 se invierten al momento de calcular el puntaje total.

Los puntajes de los ítems se suman y se determina si el adolescente se encuentra en riesgo si obtiene un puntaje mayor o igual a 65 puntos.

Estudios de validez realizados por Gall, Pagano, Desmond, Perrin y Murphy (2000) señalan que los adolescentes que informaron presentar problemas psicosociales se diferenciaron significativamente de aquellos que no informaron presentar problemas psicosociales en la detección de riesgo realizada por PSC-Y. Dicho en otros términos, se encontró una probabilidad significativa de que los adolescentes que informaron presentar problemas psicosociales, también presentaron un PSC-Y en riesgo. ($\chi^2= 60,51$; $P < 0,0001$).

Quienes informaron desear atención de Servicios de salud Mental, presentaron un PSC-Y en riesgo. ($\chi^2= 62,05$; $p < 0,0001$).

También se encontró una probabilidad significativa de que los estudiantes que informaron comprometerse en problemas, también presentaron un PSC-Y en riesgo ($\chi^2= 25,45$; $p < 0,0001$).

Los estudiantes con problemas de salud mental fueron significativamente casos más probables de presentar un PSC-Y en riesgo ($\chi^2= 11,37$; $p < 0,001$)

Los adolescentes que informaron llevarse mal con sus padres fueron casos significativamente más probables de presentar PSC-Y en riesgo ($\chi^2= 20,99$; $p < 0,001$), al igual que los adolescentes que informaron llevarse mal con sus compañeros ($\chi^2= 25,61$; $p < 0,0001$).

6.5.- Análisis de datos:

Para verificar la hipótesis N°1 y dar cuenta del objetivo N°1 se procedió a calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes de cada factor evaluado por el TOCA-RR y el puntaje obtenido en el PSC-Y.

Para verificar la hipótesis N°2 y dar cuenta del objetivo N°2 se aplicó el test de t de Student para muestras pareadas, lo que permitió comparar los puntajes de cada factor evaluado por el TOCA-RR antes y después de la aplicación del taller

Para verificar la hipótesis N°3 y dar cuenta del objetivo N°3 se aplicó el test de t de Student para muestras pareadas para comparar los puntajes de cada factor evaluado por el TOCA RR y los puntajes PSC-Y antes y después de la aplicación del taller.

Para verificar la hipótesis N°4 y dar cuenta del objetivo N°4, se aplicó el test de t de Student para muestras pareadas para comparar los puntajes de cada factor evaluado por el TOCA-RR antes y después de la aplicación del taller en el grupo de adolescentes que presenta desadaptación escolar y bienestar psicológico

Para verificar la hipótesis N°5 y dar cuenta del objetivo N°5, se aplicó el test de t de Student para muestras independientes, que permitió comparar los grupos con desadaptación y bienestar psicológico y el grupo con desadaptación escolar y malestar psicológico, en relación a los factores evaluados en el TOCA RR y en relación a los puntajes PSC-Y

Para dar cuenta del objetivo N°6, se aplicó un análisis de componentes principales lo que aportó a la validez de constructo del instrumento PSC-Y y se aplicó alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad.

También se evaluó la validez interna del instrumento a través del cálculo de la correlación ítem test con r de Pearson

6.6.-Aspectos éticos:

Se solicitó al Jefe de Salud del estudiante de la Junta de Auxilio Escolar y Becas, la autorización para el uso de datos con fines de investigación para realizar la tesis, asegurando la confidencialidad de ellos.

Se solicitó a los Directores de las escuelas que participaron en el estudio, su autorización y colaboración para la evaluación de los estudiantes que participaron en los talleres preventivos.

Se solicitó la autorización a los padres de los niños, para que fuesen evaluados con los instrumentos que aplica el programa.

Se dejó la opción a los estudiantes para que decidieran si deseaban participar en la aplicación del instrumento PSC-Y.

6.7.- Procedimiento:

Una vez obtenidas las autorizaciones del Jefe de salud del Estudiante y de los Directores de las escuelas, y de los padres, se solicitó la base de datos con las evaluaciones realizadas en 2010.

Se solicitó a la coordinadora comunal del Programa, la lista de los participantes al taller en cada una de las siete Escuelas en que fue aplicado, organizándose grupos de 8 a 15 personas, quienes fueron atendidos con una frecuencia de una vez por semana.

El taller preventivo se aplicó en el segundo semestre de 2011, concertándose reuniones con la coordinadora comunal, para comentar los avances y detalles de la aplicación.

Al terminar el taller, se solicitaron los registros de asistencia y los instrumentos aplicados post taller, para su corrección y luego para incorporarlos a la base de datos.

Se realizó el análisis de datos con el programa SPSS

Se procedió a la redacción de resultados y discusión.

7.- RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, siendo organizados en dos secciones: La primera de ellas, describe los resultados obtenidos a partir de la evaluación de las dos variables en estudio, la adaptación escolar y el bienestar psicosocial. La segunda sección, da cuenta de los análisis relacionales y comparativos realizados respecto a cada una de las hipótesis formuladas en la investigación.

7.1.- Resultados Descriptivos

En esta sección, se entregarán los resultados referidos a la adaptación escolar y el bienestar psicosocial, obtenidos por medio de la aplicación de los instrumentos TOCA-RR y PSC-Y respectivamente, tanto antes como después de la ejecución del taller de prevención. Estos

resultados serán expresados a través de los puntajes brutos obtenidos en cada prueba, además de la interpretación categorial en relación al riesgo identificado. Sin embargo, en forma previa se revisarán los resultados identificados originalmente en la población total de sujetos adolescentes del 2° ciclo básico de la Comuna de Lo Espejo, y en el grupo de estudiantes seleccionados/as para participar de la intervención.

Descripción de la Población

Respecto a la Variable de riesgo **Desadaptación Escolar**, se encontró que el grupo total de 457 sujetos evaluados, presentó una media y una desviación típica de: 13,27 y 5,31 puntos en cuanto a la dimensión Malas Relaciones con Pares, 16,63 y 5,55 puntos en Baja Autonomía, 13,89 y 7,29 puntos en Respuestas Agresivas, y 16,41 y 6,52 puntos en la dimensión Pobre Desempeño Escolar.

Estos resultados analizados según sexo, indican que en todas las dimensiones las mujeres presentan medias menores que los hombres, no obstante, estas diferencias resultan significativas en tres de las cuatro dimensiones: Baja Autonomía, Respuestas Agresivas y Pobre Desempeño Escolar:

Tabla 2: Comparación de parámetros de los factores de riesgo según sexo

| | Mujer (n = 225) | | Hombre (n = 232) | | t | Sig. ¹ |
|-----------------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|-------|-------------------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Malas Relaciones con Pares | 13,11 | 5,27 | 13,43 | 5,35 | -0,65 | 0,51 |
| Baja Autonomía | 16,04 | 5,77 | 17,21 | 5,28 | -2,27 | 0,02 |
| Respuestas Agresivas | 12,32 | 6,29 | 15,42 | 7,85 | -4,67 | <0,01 |
| Pobre Desempeño Escolar | 14,96 | 6,20 | 17,81 | 6,52 | -4,79 | <0,01 |

¹ El Test de Levene permite asumir igualdad de varianzas entre los grupos en todas las dimensiones ($p > \alpha$), con excepción de las Respuestas Agresivas ($F = 11,60$; $p = 0,01$; $\alpha = 0,05$).

Al analizar los porcentajes de riesgo presentados ante cada factor por la población, se puede observar que éstos oscilaron entre un 33,3% y 46,2%. Estos resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3: Porcentajes de riesgo presentados por la población en cada factor

| Factores | Sin Riesgo | | Riesgo | | Total | |
|----------------------------|------------|------|--------|------|-------|-----|
| | Fr. | % | Fr. | % | Fr. | % |
| Malas Relaciones con Pares | 246 | 53,8 | 211 | 46,2 | 457 | 100 |
| Baja Autonomía | 278 | 60,8 | 179 | 39,2 | 457 | 100 |
| Respuestas Agresivas | 305 | 66,7 | 152 | 33,3 | 457 | 100 |
| Pobre Desempeño Escolar | 253 | 55,4 | 204 | 44,6 | 457 | 100 |

Reconociendo en cada sujeto poblacional su condición de encontrarse en riesgo en cada factor, se pudo establecer lo siguiente:

92 estudiantes (20,1%) registraron ninguna dimensión en riesgo, mientras que 124 (27,1%) presentaron una dimensión en riesgo, 131 (28,7%) dos, 80 (17,5%) tres y 30 (6,6%) cuatro dimensiones en la categoría de riesgo. Como el criterio para ingresar a los talleres preventivos era presentar 3 o 4 factores en riesgo, se calculó el porcentaje y número de sujetos que estaban en esa condición, encontrándose un 24,1% lo que corresponde a 110 casos (22,6% en mujeres y 25,43% en hombres)

Por otra parte, en la variable **Bienestar Psicosocial** el grupo registró una media de 56,86 puntos y una desviación típica de 9,72, sin identificarse diferencias significativas según sexo.

Tabla 4: Comparación de puntajes de Bienestar Psicosocial, según sexo

| | Mujer (n = 225) | | Hombre (n = 232) | | t | Sig. |
|----------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|-------|------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Bienestar Psisocial | 56,70 | 9,38 | 57,02 | 10,06 | -0,35 | 0,73 |

Adicionalmente, es posible señalar que 85 (18,6%) de los/as estudiantes evaluados presentaban malestar psicosocial, vale decir eran clasificados en la categoría de riesgo para dicha variable (18,2% en mujeres y 19% en hombres). Por su parte, los restantes 372 estudiantes (81,4%) no presentaban riesgo.

Al combinar ambas variables en una tabla de contingencia, se visualiza que de los 457 estudiantes evaluados, 110 presentaron Desadaptación Escolar y 85 Malestar Psicosocial. Mientras que 31 de ellos registraron en conjunto riesgo en ambas variables:

Tabla 5: Distribución de la población según las variables Adaptación escolar y bienestar Psicosocial

| | | Bienestar Psicosocial | | Total |
|--------------------|------------|-----------------------|------------|-------------|
| | | Sin Riesgo | Riesgo | |
| Adaptación Escolar | Sin Riesgo | 293 (64,1%) | 54 (11,8%) | 347 (75,9%) |
| | Riesgo | 79 (17,3%) | 31 (6,8%) | 110 (24,1%) |
| Total | | 372 (81,4%) | 85 (18,6%) | 457 (100%) |

Grupo Seleccionado para el Taller

Del grupo de los 110 estudiantes que cumplieron con el criterio para asistir al taller, se realizó una caracterización por sexo y edad. Adicionalmente se describió como se presentaba la variable bienestar psicosocial en este grupo.

Las características fueron las siguientes: 59 hombres (53,6%) y 51 mujeres (46,4%), presentaron en conjunto una media de edad de 12 años y 8 meses, con una desviación típica de 12 meses. Y en relación, a la variable bienestar psicosocial, tal como ya fue mencionado, 31 de los 110 casos presentaban un nivel clasificable en la categoría de riesgo (Malestar Psicosocial).

Adicionalmente, es posible señalar que el bienestar psicosocial no presentó asociación significativa con el sexo ($X_i^2 = 2,06$; $p=0,15$; $\alpha=0,05$) o la edad ($t = -1,00$; $p=0,32$; $\alpha=0,05$).

Tabla 6; Bienestar Psicosocial según sexo y edad

| | | n | Sexo | | Edad | |
|-----------------------|------------|-----|-------|--------|--------------------|------------|
| | | | Mujer | Hombre | Media | Desv. Típ. |
| Bienestar Psicosocial | Sin Riesgo | 79 | 40 | 39 | 12 años y 7 meses | 11 meses |
| | Riesgo | 31 | 11 | 20 | 12 años y 10 meses | 13 meses |
| Total | | 110 | 51 | 59 | 12 años y 8 meses | 12 meses |

Cabe señalar que de los 110 estudiantes que cumplieron con el criterio para ser derivados al taller, sólo 65 de ellos llegaron a participar efectivamente en él, constituyendo la muestra de estudio

Resultados obtenidos por la Muestra:

La muestra de estudio, estuvo constituida finalmente por 65 estudiantes que asistieron al taller de prevención, 34 de los cuales eran mujeres (52%) y 31 hombres (48%). En cuanto a su edad, el grupo presentó un promedio de 12 años y 5 meses, con una desviación típica de 11 meses, sin presentar diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t = -0,118$; $p = 0,91$; $\alpha = 0,05$).

Los resultados obtenidos por este grupo, en las variables Adaptación Escolar y Bienestar Psicológico, se presentan a continuación organizados según las evaluaciones realizadas antes y después de la aplicación del taller de prevención:

Evaluación PRE

Adaptación Escolar:

La variable Adaptación Escolar evaluada en forma previa a la aplicación del taller de prevención, presentó una media y desviación típica de: 16,54 y 5,12 puntos en cuanto a la dimensión de Malas Relaciones con Pares, 20,35 y 4,42 puntos en Baja Autonomía, 20,60 y 6,80 puntos en Respuestas Agresivas, y 21,80 y 4,09 puntos en la dimensión de Pobre Desempeño Escolar.

Adicionalmente, los resultados comparados según sexo en este contexto, indican que las mujeres presentan puntajes significativamente menores que los hombres en las dimensiones Respuestas Agresivas y Pobre Desempeño Escolar, mientras que el caso inverso se encuentra en la dimensión Malas Relaciones con Pares, siendo los hombres quienes presentan una media significativamente menor:

Tabla 7: Comparación de promedios de los factores según el sexo en la muestra de estudio

| | Mujer (n = 34) | | Hombre (n = 31) | | t | Sig. ² |
|-----------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|-------|-------------------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Malas Relaciones con Pares | 17,74 | 4,50 | 15,23 | 5,51 | 2,02 | 0,047 |
| Baja Autonomía | 19,65 | 4,94 | 21,13 | 3,69 | -1,36 | 0,18 |
| Respuestas Agresivas | 17,47 | 6,23 | 24,03 | 5,72 | -4,41 | <0,01 |
| Pobre Desempeño Escolar | 20,26 | 3,31 | 23,48 | 4,25 | -3,43 | <0,01 |

En cuanto a los resultados del grupo, expresados en términos de clasificación del riesgo en las diferentes dimensiones constituyentes de la variable desadaptación, es posible afirmar que entre un 75,4% y 90,8% de los sujetos fueron clasificados dentro de dicha categoría, principalmente en Pobre Desempeño Escolar y Respuestas Agresivas:

Tabla 8 : Porcentajes observados en cada factor en la muestra en estudio

| | Sin Riesgo | | Riesgo | | Total | |
|-----------------------------------|------------|------|--------|------|-------|-----|
| | Fr. | % | Fr. | % | Fr. | % |
| Malas Relaciones con Pares | 16 | 24,6 | 49 | 75,4 | 65 | 100 |
| Baja Autonomía | 16 | 24,6 | 49 | 75,4 | 65 | 100 |
| Respuestas Agresivas | 11 | 16,9 | 54 | 83,1 | 65 | 100 |
| Pobre Desempeño Escolar | 6 | 9,2 | 59 | 90,8 | 65 | 100 |

Ahora bien, al analizar los resultados obtenidos en esta variable, es importante recordar que todos los sujetos incluidos en la muestra de estudio presentaban Desadaptación Escolar, al tener 3 o más de las dimensiones evaluadas por el instrumento TOCA-RR en nivel de riesgo.

Bienestar Psicosocial:

La segunda variable considerada por la investigación es el Bienestar Psicosocial, que registró una media de 57,97 puntos y una desviación típica de 12,27. No se encontraron diferencias significativas según sexo.

² El Test de Levene permite asumir igualdad de varianzas entre los grupos en todas las dimensiones ($p > \alpha$).

Tabla 9: Comparación de promedios en bienestar psicosocial según sexo en la muestra en estudio

| | Mujer (n = 34) | | Hombre (n = 31) | | t | Sig. ³ |
|------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|-------|-------------------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Bienestar Psicosocial | 56,65 | 12,20 | 59,42 | 12,37 | -0,91 | 0,37 |

Estos puntajes, revelan que 18 de los/as estudiantes (27,7%) presentaban un nivel clasificable como de Malestar Psicosocial (riesgo), mientras que los restantes 47 (72,3%) no se ubicaban dentro de dicho nivel.

En síntesis es posible señalar que en la evaluación realizada sobre la muestra de estudio antes de aplicar el taller de prevención, la totalidad de los casos presentaban Desadaptación Escolar, y que 18 (27,7%) de ellos presentaban paralelamente Malestar Psicosocial, es decir riesgo en ambas variables:

Tabla 10: Distribución de la muestra según Adaptación Escolar y Bienestar Psicosocial PRE taller

| | | Bienestar Psicosocial | | Total |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|------------|-----------|
| | | Sin Riesgo | Riesgo | |
| Adaptación Escolar | Sin Riesgo | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| | Riesgo | 47 (72,3%) | 18 (27,7%) | 65 (100%) |
| Total | | 47 (72,3%) | 18 (27,7%) | 65 (100%) |

Al comparar el grupo de estudiantes que presentaban riesgo en ambas variables (DE/MP) con los que sólo presentaban Desadaptación Escolar (DE), no se encontraron diferencias significativas según sexo ($X_i^2 = 0,05$; $p = 0,82$; $\alpha = 0,05$) o edad ($t = -0,63$; $p = 0,54$; $\alpha = 0,05$)³:

Tabla 11: Características de los grupos con desadaptación escolar (DE) y el grupo con desadaptación escolar y malestar psicosocial DE/MP

| | Sexo | | | Edad | |
|--------------|------------|------------|-----------|-------------------|------------|
| | Mujer | Hombre | Total | Media | Desv. Típ. |
| DE | 25 (53,2%) | 22 (46,8%) | 47 (100%) | 12 años y 5 meses | 9 meses |
| DE/MP | 9 (50,0%) | 9 (50,0%) | 18 (100%) | 12 años y 7 meses | 15 meses |
| Total | 34 (52,3%) | 31 (47,7%) | 65 (100%) | 12 años y 5 meses | 11 meses |

³ El Test de Levene identifica diferencias significativas entre las varianzas de los grupos ($p < \alpha$).

Evaluación POST

Adaptación Escolar:

En la segunda evaluación, realizada en forma posterior a la aplicación del taller, la variable Adaptación Escolar presentó las siguientes medias y desviaciones típicas en cada una de sus dimensiones: 15,11 y 5,09 en Malas Relaciones con Pares, 16,43 y 4,29 en Baja Autonomía, 16,30 y 5,21 en Respuestas Agresivas, y finalmente 18,22 y 4,18 en la dimensión Pobre Desempeño Escolar.

Por su parte, los resultados comparados según sexo, indican que las mujeres presentan medias significativamente menores que los hombres en las dimensiones Baja Autonomía y Respuestas Agresivas.

Tabla 12: Comparacion de medias en cada uno de los factores según sexo

| | Mujer (n = 34) | | Hombre (n = 31) | | t | Sig. ⁴ |
|-----------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|-------|-------------------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Malas Relaciones con Pares | 16,06 | 5,27 | 14,06 | 4,75 | 1,60 | 0,12 |
| Baja Autonomía | 15,03 | 4,26 | 17,97 | 3,84 | -2,91 | <0,01 |
| Respuestas Agresivas | 14,82 | 5,50 | 17,94 | 4,40 | -2,50 | 0,01 |
| Pobre Desempeño Escolar | 17,56 | 4,09 | 18,94 | 4,23 | -1,33 | 0,19 |

Conjuntamente, estas cifras permiten señalar que, entre un 27,7% y 61,5% de los estudiantes podían ser clasificados dentro de una categoría de riesgo, concentrándose la mayoría de ellos en los factores Malas Relaciones con Pares y Pobre Desempeño Escolar:

Tabla 13: Porcentajes de riesgo en cada factor observados en la muestra en estudio

| Factor | Sin Riesgo | | Riesgo | | Total | |
|-----------------------------------|------------|------|--------|------|-------|-----|
| | Fr. | % | Fr. | % | Fr. | % |
| Malas Relaciones con Pares | 25 | 38,5 | 40 | 61,5 | 65 | 100 |
| Baja Autonomía | 47 | 72,3 | 18 | 27,7 | 65 | 100 |
| Respuestas Agresivas | 31 | 47,7 | 34 | 52,3 | 65 | 100 |
| Pobre Desempeño Escolar | 29 | 44,6 | 36 | 55,4 | 65 | 100 |

⁴ El Test de Levene permite asumir igualdad de varianzas entre los grupos en todas las dimensiones ($p > \alpha$).

Al analizar la condición de riesgo en cada factor, en cada estudiante, se pudo contabilizar que 10 estudiantes (15,4%) registraron ningún factor en riesgo, 11 (16,9%) presentaron uno, 22 (33,8%) dos, 15 (23,1%) tres y 7 (10,8%) cuatro factores en la categoría de riesgo. Al reconocer según el criterio de interpretación de los resultados totales del instrumento TOCA-RR, sólo 22 estudiantes (33,8%) presentarían Desadaptación Escolar (riesgo general en la variable) una vez finalizado el taller de prevención, mientras que los restantes 43 (66,2%) habrían dejado de ubicarse en dicha categoría luego de la intervención.

Bienestar Psicosocial:

Los resultados registrados en la variable Bienestar Psicosocial, luego de la aplicación del taller de prevención, configuraron una media de 61,65 puntos y una desviación típica de 8,03, sin poder identificarse diferencias significativas según sexo:

Tabla 14: Comparación de medias de Bienestar Psicosocial según sexo POST taller

| | Mujer (n = 34) | | Hombre (n = 31) | | t | Sig. |
|------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|------|------|
| | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Bienestar Psicosocial | 62,21 | 8,39 | 61,03 | 7,70 | 0,59 | 0,56 |

Los puntajes indican que 25 de los/as 65 estudiantes constituyentes de la muestra de estudio (38,5%) presentaban Malestar Psicosocial (riesgo), por ende los restantes 40 estudiantes (61,5%) no se ubicaban en dicha categoría.

En resumen, la evaluación realizada luego de aplicado el taller sobre los 65 estudiantes que constituyeron la muestra de estudio, permitió identificar que 22 de ellos/as (33,8%) presentaban Desadaptación Escolar, y que 25 (38,5%) presentaban Malestar Psicosocial. Mientras que 12 de los/as estudiantes (18,5%) registraban de manera conjunta riesgo en ambas variables. (Ver tabla 15).

Tabla 15: Distribución de la muestra según Adaptación Escolar y Bienestar Psicosocial POST taller

| | | Bienestar Psicosocial | | Total |
|--------------------|------------|-----------------------|------------|------------|
| | | Sin Riesgo | Riesgo | |
| Adaptación Escolar | Sin Riesgo | 30 (46,2%) | 13 (20,0%) | 43 (66,2%) |
| | Riesgo | 10 (15,3%) | 12 (18,5%) | 22 (33,8%) |
| Total | | 40 (61,5%) | 25 (38,5%) | 65 (100%) |

7.2.- Resultados Relacionales y Comparativos

Comprobación de la hipótesis 1

En primer lugar, se calculó el valor de la relación existente entre la variable bienestar psicosocial y cada una de las dimensiones de la variable adaptación escolar, tanto antes como después de la aplicación del taller de prevención sobre la muestra de estudio ($n = 65$). En este sentido, se identificó que ninguna de las correlaciones de Pearson calculadas resultó significativa ($p > \alpha = 0,05$), sin poder corroborar la Hipótesis 1 de la presente investigación.

Tabla 16: Relaciones entre Bienestar Psicosocial y Adaptación Escolar pre y post taller

| Bienestar Psicosocial | Adaptación Escolar | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|------|----------------|------|----------------------|------|-------------------------|------|
| | Malas Relaciones con Pares | | Baja Autonomía | | Respuestas Agresivas | | Pobre Desempeño Escolar | |
| | r_{xy} | Sig. | r_{xy} | Sig. | r_{xy} | Sig. | r_{xy} | Sig. |
| PRE | -0,13 | 0,30 | 0,11 | 0,40 | 0,23 | 0,06 | 0,14 | 0,28 |
| POST | 0,05 | 0,72 | 0,22 | 0,07 | -0,09 | 0,49 | -0,01 | 0,93 |

En segundo lugar, se evaluaron los efectos del taller preventivo, por medio de la comparación de los resultados encontrados antes y después de aplicada la intervención, tanto la variable adaptación escolar como en el bienestar psicosocial de los 65 estudiantes constituyentes de la muestra de estudio. Estos análisis además de ser realizados a través de los puntajes brutos o directos arrojados por los test utilizados en la investigación, TOCA-RR y PSC-Y, se efectuaron con las categorías asociadas al nivel de riesgo pesquisado en cada

variable, con la finalidad de contar adicionalmente con una interpretación más práctica o clínica de los resultados:

ANÁLISIS SEGÚN PUNTAJES BRUTOS

Comprobación de la hipótesis 2

Primeramente, es posible señalar que se encontraron diferencias significativas en cada una de sus dimensiones de la variable Adaptación Escolar: Malas Relaciones con Pares ($t = 2,21$; $p = 0,03$; $\alpha = 0,05$), Baja Autonomía ($t = 5,45$; $p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), Respuestas Agresivas ($t = 5,00$; $p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), y Pobre Desempeño Escolar ($t = 5,25$; $p < 0,01$; $\alpha = 0,05$). Estas diferencias indicaban, adicionalmente, una disminución significativa de los promedios de puntajes de cada una de las dimensiones evaluadas, vale decir, un mejoramiento general de los niveles de adaptación escolar pesquisados luego de la aplicación del taller. De tal manera, estos resultados permiten corroborar la Hipótesis 2 de la presente investigación.

Por su parte, la variable Bienestar Psicosocial también arrojó diferencias significativas luego de la aplicación del taller ($t = -2,31$; $p = 0,02$; $\alpha = 0,05$), sin embargo, en ella se detectó un aumento de los puntajes, es decir un empeoramiento de los niveles de bienestar psicosocial registrados luego de la intervención.

Ambas situaciones se representan en el siguiente gráfico, indicando las diferencias significativas encontradas a través de cuadrados rojos en el inicio y el fin de las líneas correspondientes:

Gráfico 1: Factores pre post taller n=65

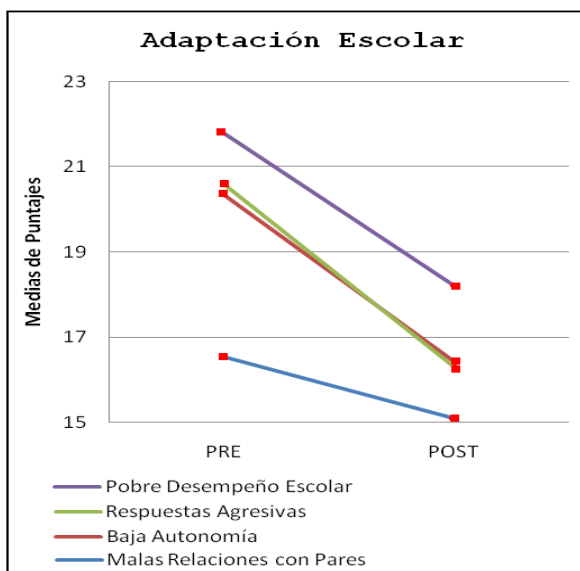
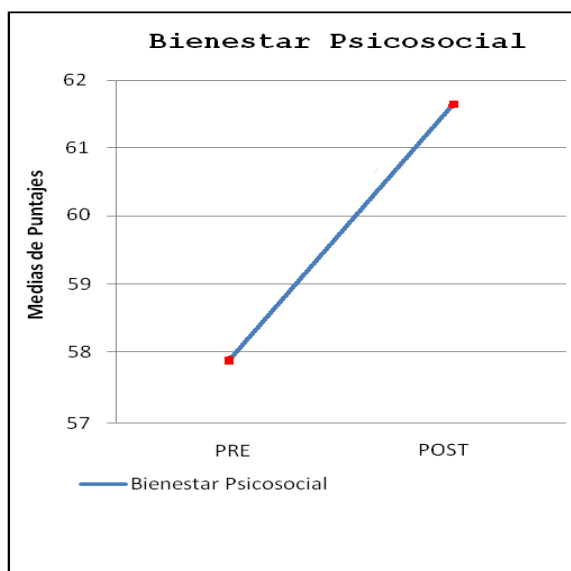


Gráfico 2: Bienestar Psicosocial pre post taller n=65



Adicionalmente, al dividir el grupo según sexo, se encontraron resultados similares al analizar las diferencias entre las evaluaciones realizadas antes y después de la aplicación del taller de prevención. No obstante, no se hallaron diferencias significativas en la dimensión Malas Relaciones con Pares, tanto en el grupo de mujeres ($t = 1,85$; $p = 0,07$; $\alpha = 0,05$) como en el de hombres ($t = 1,24$; $p = 0,23$; $\alpha = 0,05$), ni tampoco en los resultados de la variable Bienestar Psicosocial, en el grupo de los hombres ($t = -0,68$; $p = 0,50$; $\alpha = 0,05$):

Tabla 17: Comparación de promedios en cada factor pre-post taller, por sexo

| | | Mujer (n = 34) | | | | Hombre (n = 31) | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------|-------|-------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
| | | Medias | | T | Sig. | Medias | | t | Sig. |
| | | PRE | POST | | | PRE | POST | | |
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 17,74 | 16,06 | 1,85 | 0,07 | 15,23 | 14,06 | 1,24 | 0,23 |
| | Baja Autonomía | 19,65 | 15,03 | 4,42 | <0,01 | 21,13 | 17,97 | 3,22 | <0,01 |
| | Respuestas Agresivas | 17,47 | 14,82 | 2,39 | 0,02 | 24,03 | 17,94 | 4,80 | <0,01 |
| | Pobre Desempeño Escolar | 20,26 | 17,56 | 2,96 | 0,01 | 23,48 | 18,94 | 4,51 | <0,01 |
| Bienestar Psicosocial | | 56,65 | 62,21 | -2,63 | 0,01 | 59,42 | 61,03 | -0,68 | 0,50 |

Comprobación de las hipótesis 3 y 4

Por su parte, al dividir la muestra de estudio según los/as estudiantes que inicialmente sólo presentaron Desadaptación Escolar y aquellos que presentaban tanto Desadaptación Escolar

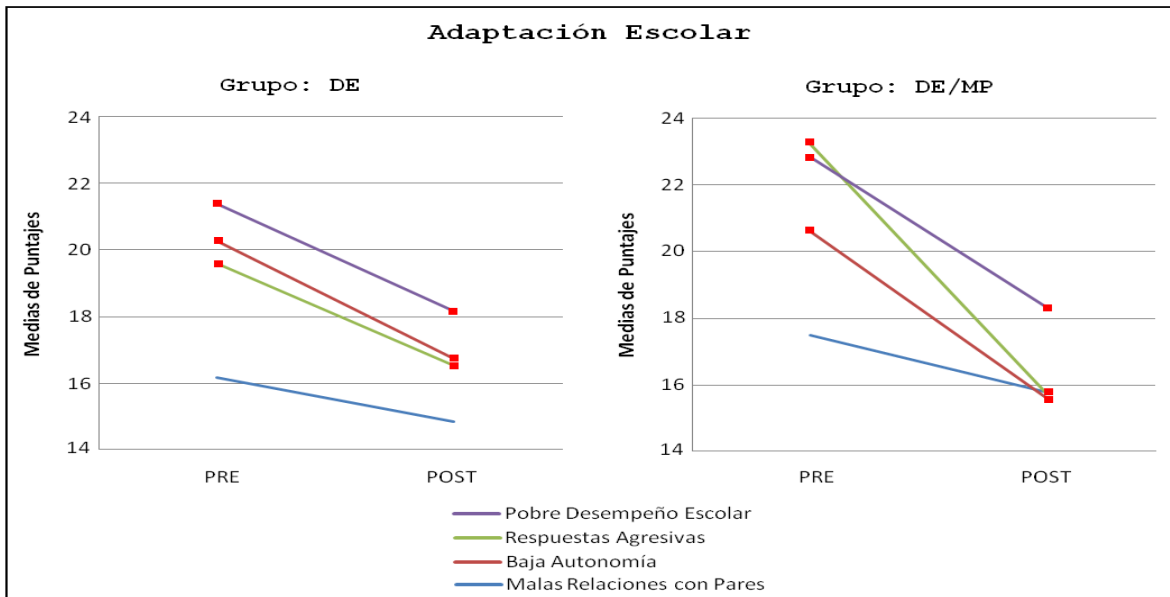
como Malestar Psicosocial (riesgo en ambas variables), fue posible identificar los siguientes resultados:

Tabla 18: Comparación de promedios en cada factor y bienestar psicosocial pre-post taller en el grupo con desadaptación escolar y el grupo con riesgo en Adaptación escolar y Bienestar Psicosocial

| | | Riesgo Adaptación Escolar (n = 47) | | | | Riesgo Adaptación Escolar y Bienestar Psicosocial (n = 18) | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|--|-------|------|-------|
| | | Medias | | T | Sig. | Medias | | t | Sig. |
| | | PRE | POST | | | PRE | POST | | |
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 16,17 | 14,85 | 1,64 | 0,11 | 17,50 | 15,78 | 1,63 | 0,12 |
| | Baja Autonomía | 20,26 | 16,74 | 3,98 | <0,01 | 20,61 | 15,61 | 4,13 | <0,01 |
| | Respuestas Agresivas | 19,60 | 16,53 | 3,78 | <0,01 | 23,22 | 15,72 | 3,52 | <0,01 |
| | Pobre Desempeño Escolar | 21,40 | 18,17 | 3,90 | <0,01 | 22,83 | 18,33 | 3,79 | <0,01 |
| Bienestar Psicosocial | | 54,45 | 59,87 | -2,67 | 0,01 | 67,17 | 66,28 | 0,46 | 0,65 |

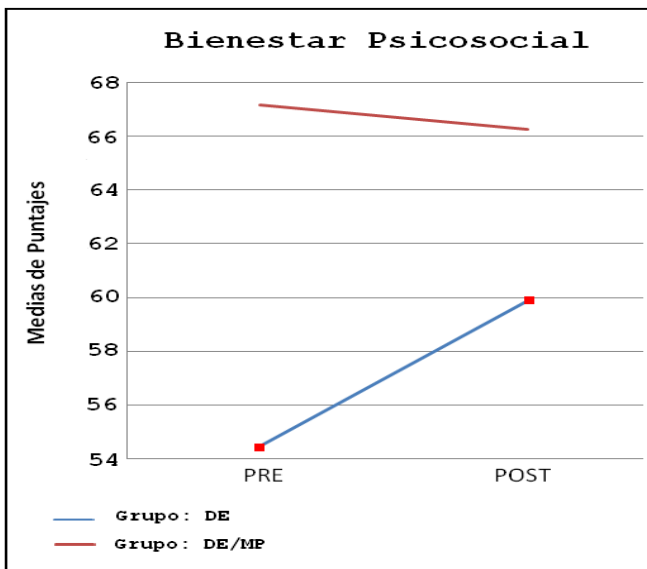
En la variable Adaptación Escolar, se pesquisó una disminución significativa de los promedios de puntajes luego de la aplicación del taller de prevención, en tres de las cuatro dimensiones que la conforman. La dimensión Malas Relaciones con Pares fue la única que no registró cambios significativos, tanto en el grupo que originalmente presentaba Desadaptación Escolar (DE) ($t = 1,64$; $p = 0,11$; $\alpha = 0,05$) como en los estudiantes que presentaban riesgo en ambas variables evaluadas (DE/MP) ($t = 1,63$; $p = 0,12$; $\alpha = 0,05$).

Gráfico 3: Adaptación Escolar pre-post taller en los grupos Desadaptación escolar y grupo con desadaptación escolar y malestar psicosocial.



Por su parte, en las comparaciones establecidas respecto de la variable Bienestar Psicosocial, sólo fue posible identificar diferencias significativas en el grupo de estudiantes con Desadaptación Escolar (DE) ($t = -2,67$; $p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), detectando específicamente un aumento significativo del puntaje promedio, indicando un empeoramiento del nivel de bienestar (Ver tabla 18).

Gráfico 4: Bienestar psicosocial pre post taller en los grupos con desadaptación escolar y el grupo con desadaptación escolar y malestar psicosocial



Sólo fue posible corroborar en forma parcial la Hipótesis 3 de la presente investigación, referida al grupo DE/MP, ya que se identificaron diferencias significativas en tres de los cuatro factores de la variable Adaptación Escolar, y al no encontrar cambios significativos en la variable Bienestar Psicosocial. En el mismo sentido, la Hipótesis 4, referida al grupo DE, también fue corroborada sólo parcialmente, debido a que el factor Malas Relaciones con Pares de la variable Adaptación Escolar no presentó diferencias significativas.

Comprobación de la hipótesis 5:

Es posible señalar que en forma posterior a la aplicación del taller sobre la muestra de estudio, no se encontraron diferencias significativas ($p > \alpha = 0,05$) en ninguno de los factores de la variable adaptación escolar, al comparar los puntajes promedio alcanzados por el grupo de estudiantes que originalmente presentaban DE (47 casos), y por aquellos que registraron riesgo en ambas variables (DE/MP) antes de la intervención (18 casos). Sin embargo, los promedios obtenidos por ambos grupos en la variable Bienestar Psicosocial sí demostraron ser significativamente distintos ($t = -3,06$; $p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), permitiendo identificar específicamente un peor nivel de bienestar en el segundo grupo de estudiantes:

Tabla 19: Comparación de promedios entre los grupos con riesgo en Adaptación escolar y grupo con riesgo en adaptación escolar y bienestar psicosocial en adaptación escolar y Bienestar Psicosocial

| | | Riesgo Adaptación | | Riesgo Adaptación | | t | Sig. |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------|---------------------------------|------------|-------|-------|
| | | Escolar | | Escolar y Bienestar Psicosocial | | | |
| | | Media | Desv. Típ. | Media | Desv. Típ. | | |
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 14,85 | 5,33 | 15,78 | 4,47 | -0,65 | 0,52 |
| | Baja Autonomía | 16,74 | 4,49 | 15,61 | 3,74 | 0,95 | 0,35 |
| | Respuestas Agresivas | 16,53 | 5,36 | 15,72 | 4,88 | 0,56 | 0,58 |
| | Pobre Desempeño Escolar | 18,17 | 4,50 | 18,33 | 3,33 | -0,14 | 0,89 |
| Bienestar Psicosocial | | 59,87 | 7,20 | 66,28 | 8,44 | -3,06 | <0,01 |

Por consiguiente, estos últimos resultados indican que sólo fue posible corroborar la primera parte de la Hipótesis de investigación número 5. Luego del taller, los resultados de ambos grupos son equivalentes sólo en la variable Adaptación Escolar, pero no en lo referido al Bienestar Psicosocial.

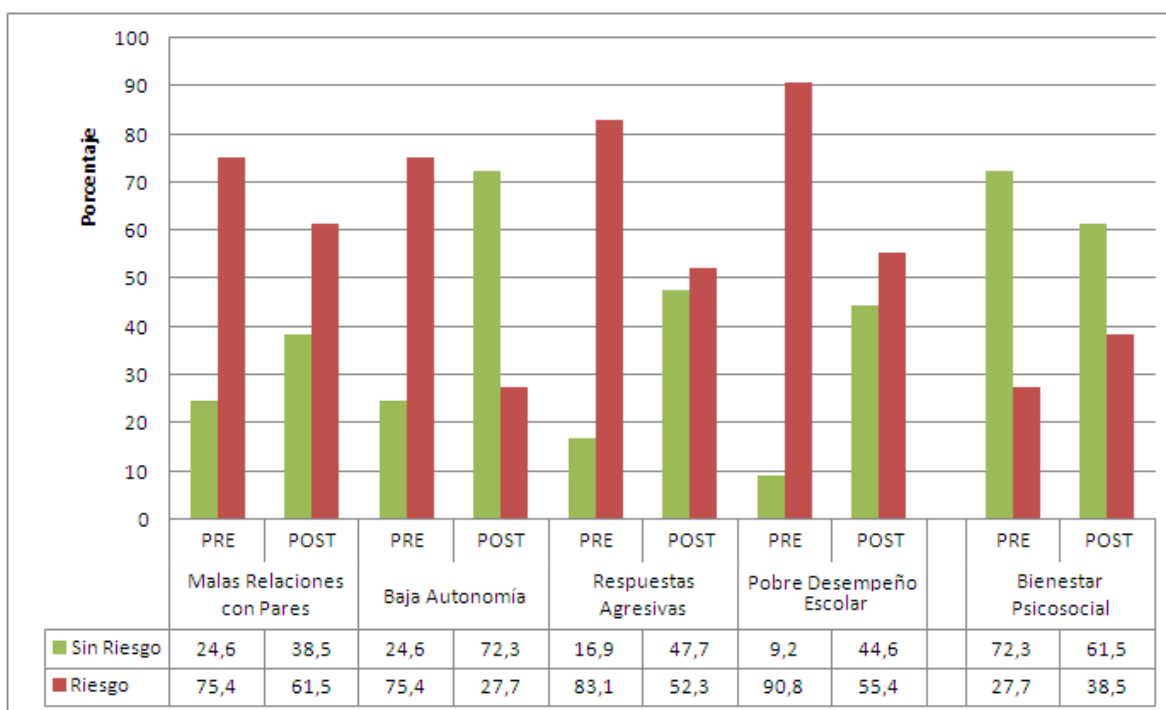
ANÁLISIS POR CATEGORÍA

Finalmente, con el objetivo de tener una mejor comprensión clínica (de la trayectoria del riesgo), de los efectos que podría tener el taller de prevención, se verificaron las diferencias encontradas entre las evaluaciones realizadas antes y después de su aplicación, adicionalmente en términos de clasificación de riesgo en cada una de las variables consideradas en la investigación.

De tal forma, por medio de la prueba no paramétrica de McNemar, se identificó que en las dimensiones de la variable Adaptación Escolar: Baja Autonomía, Pobre Desempeño Escolar y Respuestas Agresivas, un número significativo ($p < 0,00$; $\alpha = 0,05$) de estudiantes que inicialmente se ubicaban en categoría de riesgo, dejaron dicha clasificación luego de la aplicación del taller de prevención (34, 26 y 25 casos respectivamente). Esto permite señalar que los niveles generales de adaptación escolar referidos a estas dimensiones mejoran significativamente.

No obstante, en la dimensión Malas Relaciones con Pares, el número de casos que dejan la categoría de riesgo (15) no llega a ser significativo ($p = 0,08$; $\alpha = 0,05$), de igual forma que los resultados encontrados en relación a la variable Bienestar Psicosocial tampoco lo son ($p = 0,21$; $\alpha = 0,05$), a pesar de que en este caso el número de estudiantes en riesgo (15) aumenta levemente luego de la intervención.

Gráfico 5: Porcentajes pre- post taller en los factores de adaptación escolar y Bienestar Psicosocial en la muestra total



Por otra parte, se encontraron resultados similares al establecer estas comparaciones distinguiendo según sexo. En este sentido, tanto hombres como mujeres mejoraron su condición general respecto a las dimensiones Baja Autonomía, Respuestas Agresivas y Pobre Desempeño Escolar ($p < \alpha = 0,05$), mientras que en la dimensión Malas Relaciones con Pares y en la variable Bienestar Psicosocial ambos grupos presentaron niveles relativamente estables en las dos evaluaciones realizadas, sin poder identificar diferencias significativas en ellos ($p > \alpha = 0,05$).

Tabla 20: Significaciones de la Prueba McNemar, según sexo

| | | Mujer | Hombre |
|------------------------------|-----------------------------------|-------|--------|
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 0,15 | 0,51 |
| | Baja Autonomía | <0,01 | <0,01 |
| | Respuestas Agresivas | 0,04 | 0,01 |
| | Pobre Desempeño Escolar | <0,01 | <0,01 |
| Bienestar Psicosocial | | 0,09 | 1,00 |

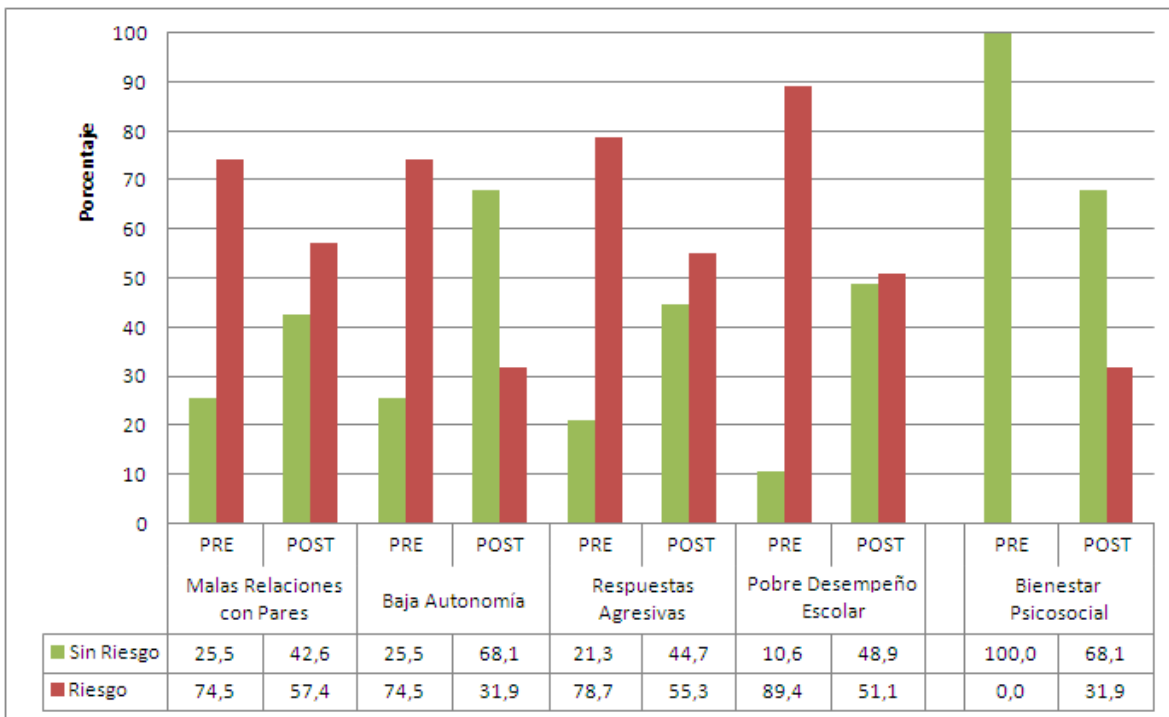
Hallazgos similares, se encontraron al analizar los resultados segregando la muestra de estudio según los/as estudiantes que originalmente sólo presentaban Desadaptación Escolar (DE) y aquellos que presentaban riesgo en ambas variables evaluadas (DE/MP); pudiendo identificar las siguientes diferencias significativas luego de aplicado el taller:

Tabla 21: Significaciones de la Prueba McNemar, según grupo de Riesgo

| | | DE | DE/MP |
|------------------------------|-----------------------------------|-------|-------|
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 0,10 | 1,00 |
| | Baja Autonomía | <0,01 | <0,01 |
| | Respuestas Agresivas | 0,03 | <0,01 |
| | Pobre Desempeño Escolar | <0,01 | 0,13 |
| Bienestar Psicosocial | | <0,01 | 0,01 |

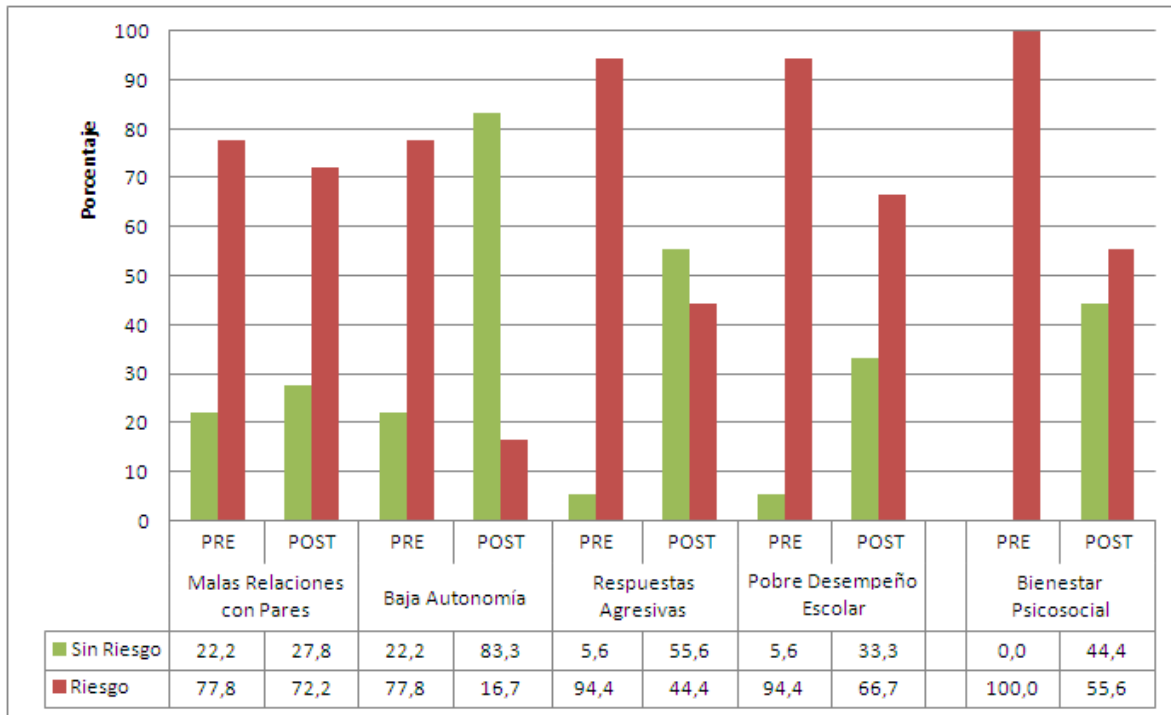
En forma específica, estos resultados muestran que los estudiantes del grupo DE (n = 47), mejoraron su situación general luego de la aplicación del taller tanto en las dimensiones de Baja Autonomía ($p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), Pobre Desempeño Escolar ($p < 0,01$; $\alpha = 0,05$) y Respuestas Agresivas ($p = 0,03$; $\alpha = 0,05$), en la medida de que un número significativo de sujetos abandonaron la clasificación de riesgo luego de la intervención (23, 20 y 16 casos respectivamente). Sin embargo, no se identificaron diferencias significativas en lo que respecta a la dimensión Malas Relaciones con Pares ($p = 0,10$; $\alpha = 0,05$).

Gráfico 6: Porcentajes pre-post taller en los factores de adaptación escolar y Bienestar Psicosocial en el Grupo con Riesgo en Adaptación Escolar



En cuanto al grupo de estudiantes con DE/MP (n = 18), los resultados de la Tabla 21 indican que luego de la intervención mejoraron su situación general sólo en las dimensiones de Baja Autonomía ($p < 0,01$; $\alpha = 0,05$) y Respuestas Agresivas ($p < 0,01$; $\alpha = 0,05$), al constatar que una cantidad significativa de estudiantes abandonaron la clasificación de riesgo (11 y 9 respectivamente).

Gráfico 7: Grupo con Riesgo en Adaptación Escolar y Bienestar Psicosocial. Porcentajes pre-post taller en las variables en estudio



Finalmente, es posible señalar que en forma posterior a la aplicación del taller de prevención, al comparar los resultados de ambos grupos de sujetos (DE y DE/MP), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de la variable adaptación escolar, ni tampoco en la variable Bienestar Psicosocial ($p > \alpha = 0,05$). En este sentido, la prueba estadística de X_i^2 (o en su defecto el estadístico exacto de Fisher) indica que la proporción de estudiantes en condición de riesgo, en cada una de las variables evaluadas, tiende a ser similar tanto en el grupo de sujetos que presentaban únicamente desadaptación escolar, como en aquellos que presentaban conjuntamente desadaptación escolar y malestar psicosocial.

Tabla 22: Asociación entre Grupos de Riesgo y las variables en Estudio

| | | X_i^2 | Sig. | Sig. Fisher |
|------------------------------|-----------------------------------|---------|------|-------------|
| Adaptación Escolar | Malas Relaciones con Pares | 1,20 | 0,27 | - |
| | Baja Autonomía | - | - | 0,35 |
| | Respuestas Agresivas | 0,62 | 0,43 | - |
| | Pobre Desempeño Escolar | 1,28 | 0,26 | - |
| Bienestar Psicosocial | | 3,07 | 0,08 | - |

Respecto del objetivo 6, que planteaba estudiar las propiedades psicométricas del instrumento PSC-Y, se realizó un análisis de validez interna, encontrándose que todos los ítems correlacionaron significativamente con el puntaje total de la prueba. Hubo sólo dos de ellos, cuyas correlaciones se presentaron por debajo de 0,20, y sus valores fueron 0,176 y 0,194.

Respecto del análisis de confiabilidad, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor alfa igual a 0,877, lo que indica una buena consistencia interna.

Finalmente para analizar si se podían generar factores a partir de los ítems que componen el instrumento, se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax, obteniéndose una solución insatisfactoria, que explicó menos del 50% de la varianza total. Por esta razón, se propone continuar utilizando el instrumento como herramienta de tamizaje, que en el contexto del Programa de habilidades para la Vida, se aplique junto a TOCA-RR, para detectar riesgo psicosocial y de adaptación escolar correspondientemente.

7.3.- Análisis cualitativo

Frente a cada sesión de trabajo realizada, se solicitó a cada integrante de los grupos de trabajo, que evaluaran al final de la sesión, los siguientes aspectos referidos al trabajo en grupos:

Respeto por el otro

Escuchar al otro

Sentirse escuchado

Esfuerzo – Compromiso

Participación

Logro de objetivos

La evaluación consistió en que cada integrante del grupo pusiera una nota de 1 a 7,0 por cada uno de los aspectos señalados. Esta evaluación se realizó en todas las sesiones del taller, es decir, durante las 10 sesiones programadas. Para la evaluación se contó con un pliego de papel Kraft que estaba diseñado para que fuese rellenado con las evaluaciones en cada sesión, y se calculaba el promedio para indicar como había resultado el trabajo del taller.

Los promedios calculados fluctuaron entre 5,1 y 7,0, valores recogidos de todas las planillas de los grupos participantes. Esta evaluación, permite dar cuenta de que los propios participantes valoraron positivamente el trabajo grupal.

Otra evaluación se realizó el día de la finalización del taller, en que los participantes respondieron en voz alta lo que habían aprendido en el taller. Lo que más les había llamado la atención, lo que más les agradó y los cambios que reconocieron en sí mismos. En esa oportunidad, los profesores jefes reconocieron los cambios observados en los alumnos participantes y el equipo técnico de cada escuela agradeció las acciones realizadas por el equipo ejecutor del Programa.

8.- DISCUSIÓN

El P-HpV inició en 2011, por primera vez, la implementación de estrategias de promoción y prevención para los estudiantes detectados en riesgo del 7° año, sus padres, profesores y equipos participantes en él.

Esta decisión, requirió una revisión de los instrumentos de detección para estudiantes que se encontraban en una etapa del desarrollo diferente a los pre-escolares y niños de primer ciclo básico, donde por años se había implementado este Programa. Dicha revisión, determinó que los factores de riesgo evaluados con el instrumento TOCA-RR, se modificaran en relación a los factores definidos para edades anteriores. Por otra parte, el instrumento que previamente respondían los padres, PSC, fue respondido por los propios estudiantes, PSC-Y, siendo necesario realizar el análisis de las propiedades psicométricas de él

También se requirió estructurar un nuevo taller preventivo, que tenía como objetivo, entre otros, modificar los factores de riesgo relacionados a la relación con los pares, capacidad de autonomía, control de la agresividad y desempeño escolar, constituyendo un objetivo de la presente tesis, evaluar su capacidad para modificar los factores de riesgo para los que fue elaborado.

Por otra parte, la presente investigación se basó en la teoría del Campo Social/ Curso de vida de Kellam acerca de la salud mental, reconociendo las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicosocial. Dichas dimensiones fueron evaluadas por los instrumentos TOCA-RR y PSC-Y, surgiendo la inquietud por saber si el taller preventivo produciría efectos no sólo sobre los factores de adaptación escolar, sino también sobre el bienestar psicosocial.

Se comentarán primeramente algunos resultados obtenidos en la población evaluada, para luego ir abordando las hipótesis y objetivos formulados.

En la evaluación de la población de Lo Espejo, los casos que presentaron riesgo en la adaptación escolar evaluada con Toca –RR, correspondió a un 24,1% (mujeres 22,66% y varones 25,43%). Al comparar con los resultados País (N= 4326) (JUNAEB, 2011), en que se encontró un 19,5% de los casos en riesgo, (mujeres, 20,5% y varones 18,6%), se observa un porcentaje significativamente mayor en Lo Espejo. Esta diferencia podría explicarse por la posibilidad de que otras variables presentes en el ecosistema de los

estudiantes de Lo Espejo, estén influyendo de manera de agravar la condición de salud de los alumnos.

Respecto del bienestar psicosocial, evaluado con PSC-Y, se encontró un 18,6% de los casos en riesgo, (18,2% en mujeres y 19% en varones). Al comparar con resultados País (N = 3909) en que se encontró 15,9% en riesgo (17,5% en mujeres y 14,5% en varones), nuevamente se observa que el riesgo se presenta más alto en Lo Espejo, pero las diferencias no alcanzan a ser significativas. Cabe señalar que en investigaciones realizadas en USA., los valores que presentan poblaciones vulnerables, oscilan entre 14% (Gall, Pagano, Desmond, Perrin, Murphy, 2000) y el 20% (Pagano, Cassidi, Little, Murphy y Jellinek, 2000).

La diferencia observada en los porcentajes de riesgo presentados por la población en la adaptación escolar (24,1%) y el bienestar psicológico (18,6%), puede deberse a que se trata de dimensiones que apuntan a diferentes constructos. Por otra parte, los factores evaluados en desadaptación escolar, son informados por los profesores desde la mirada de quienes requieren ciertas condiciones para realizar su quehacer. Y desde esta perspectiva pueden ser estrictos en la evaluación. En cambio, la evaluación de bienestar psicosocial, la realizan los propios estudiantes y sus respuestas no están determinadas por ningún tipo de exigencias.

Haciendo un análisis por sexo en relación a los factores de riesgo de adaptación escolar en la población, se encontraron diferencias en los factores Baja autonomía, Respuesta Agresiva y pobre desempeño escolar. En todos los casos los varones presentaron promedios superiores a los de las mujeres. Es importante recordar que en otras investigaciones realizadas por Kellam, y col. (2011), los varones han mostrado agresividad más alta que las mujeres y en relación al desempeño escolar y a la autonomía, los varones han presentado más bajo desempeño escolar y más baja autonomía que las mujeres, como ocurrió en la investigación realizada por Almonte, Sepúlveda, Avendaño y Valenzuela, en 1990.

Al verificar si existían diferencias por sexo, en bienestar psicológico, no se encontraron diferencias, al igual que lo ocurrido en investigación de Pagano, Cassidi, Little, Murphy y Jellinek (2000).

Como la muestra en estudio (n= 65), presentaba en su totalidad riesgo de desadaptación escolar, los porcentajes de riesgo de los factores se presentan muy altos, siendo desempeño

escolar el factor que estaba presente en casi todos los casos (90,8%). Este resultado se podría explicar porque los informantes son los profesores y tal vez su principal foco de atención, se dirige a las conductas relacionadas con este factor.

En esta muestra, al comparar por sexo, se encontraron diferencias en tres factores al igual que lo ocurrido en la población de Lo Espejo. Los hombres presentaron puntajes más altos en respuesta agresiva, baja autonomía y en pobre desempeño escolar, lo que se explicó antes

El grupo que presentó bienestar psicológico en riesgo, se presentó en un 27,7% de la muestra en estudio y no se observaron diferencias por sexo. Corresponde al grupo que presenta ambos riesgos, y por lo tanto es el conjunto de personas que presenta mayor problemática de Salud Mental en esta muestra. En el campo de la Psicopatología del Desarrollo, el principio etiológico de la multiplicidad, dice que el inicio de un trastorno psiquiátrico en niños y adolescentes, es de naturaleza multifactorial. El riesgo de sufrir un trastorno depende del número de factores de riesgo causal que se encuentren presentes. Si hay 3 o 4 factores presentes, el riesgo de trastorno sube significativamente. Se puede considerar que los sujetos que conforman este grupo, que presenta riesgo en ambas dimensiones de la salud mental, se encuentran en riesgo en al menos 3 factores y en la dimensión de bienestar psicológico. Evaluar los efectos del taller en este grupo resulta de gran interés, por las decisiones que debe tomar el programa con jóvenes que se encuentren en esta condición.

En la evaluación de la muestra posterior a la aplicación del taller, aparece altamente relevante la proporción de casos que dejaron la situación de riesgo en adaptación escolar. Para la muestra total que antes tenía a todos los sujetos en riesgo (100%), después del taller se contabilizaron 22 casos, es decir un 33,9%. Por lo tanto, se puede aseverar que salieron del riesgo un 66,1% de los casos. Este resultado indica que el taller ha sido efectivo en modificar los factores de riesgo de la desadaptación escolar. El programa y en particular el taller, corresponde a un modelo de prevención focalizado o indicado, destinado a personas que presentan 3 o 4 factores de riesgo. Las actividades que se realizan tienen como objetivo eliminar factores de riesgo y fortalecer factores protectores. Este resultado nos indica que el taller es válido para los fines que se ha propuesto, apoyando con esta evidencia las actividades que realiza el P-HpV en el segundo ciclo básico.

Respecto del bienestar psicológico, el porcentaje de casos aumentó de 27,7% a 38,5%. En virtud de este resultado, se hipotetiza que los temas tratados en el taller, no apuntan a los aspectos afectivos. Sin embargo, también se hipotetiza que el taller abre la posibilidad de que los preadolescentes se autoanalicen y tomen conciencia de aspectos de su vida que les resultan insatisfactorios. Las actividades del taller de reconocimiento de emociones, el análisis de situaciones conflictivas, el trabajo grupal, pueden haber facilitado que se inicie en ellos una exploración acerca de su bienestar, descubriendo aspectos de su vida que antes estaban ignorados. Si este fuera el caso, y el taller se propusiera como meta el trabajo del bienestar subjetivo, bastaría con adicionar actividades que apuntasen a este objetivo y/o enfatizar algunas ya realizadas.

Al analizar los resultados de las hipótesis planteadas, se puede comentar que no se encontró relación entre desadaptación escolar y malestar psicológico. Este hallazgo indica que los constructos evaluados por los instrumentos, son diferentes aspectos de la salud mental, lo que orienta a pensar que si se desea evaluar y prevenir problemáticas asociadas a la salud mental, deben considerarse ambas dimensiones. Por otra parte, este resultado contradice lo planteado en la teoría curso de vida/campo social, que plantea que existiría dependencia entre las variables.

La adaptación escolar, se refiere a la integración con los pares, dependencia de profesores y compañeros, atención y motivación para realizar el trabajo escolar, desobediencia, tolerancia a la frustración y reacciones agresivas. La evaluación la realiza un evaluador externo acerca de las conductas observadas por él.

El bienestar psicológico apunta a la autopercepción de la conducta social, reactividad del organismo, valores, intereses, nivel de autoestima, informando como se siente el individuo. La evaluación, la realiza el propio preadolescente acerca de su realidad.

Es posible que la teoría indique la relación entre los constructos especialmente para etapas infantiles, en que el bienestar es dependiente de cómo lo ven los otros. Pero a nivel de preadolescencia, el bienestar responde más a la subjetividad y se hace más independiente de lo que dice el profesor. El joven se evalúa según sus parámetros, lo que no necesariamente coincide con los parámetros del profesor. La manera en que significa su conducta, puede ser muy diferente de la forma en que significa el adulto. Resumiendo, lo que informa el profesor a través del TOCA-RR es diferente de lo que informan los

preadolescentes cuando responden el PSC-Y. Dicho de otro modo, las problemáticas detectadas por el PSC-Y son diferentes de las problemáticas detectadas por el TOCA-RR, y para tener una visión más completa de la Salud Mental de los preadolescentes, es preciso considerar ambos tipos de evaluación.

Por otra parte, en las etapas más tempranas, la relación entre los constructos evaluados con los mismos instrumentos pero respondidos por profesores y padres, ha arrojado valores de relación que fluctuaron entre 0,126 y 0,439 cuando se correlacionó cada factor del TOCA-RR con el PSC (George, Siraqyan, Mores, De la Barra, Rodriguez, López, Toledo, 1994-1995). Estos resultados informan de correlaciones muy bajas a moderadas, lo que determinó que los autores mencionados concluyeran que se justificaba mantener ambos instrumentos, ya que entregaban información complementaria.

En relación a los hallazgos encontrados al probar la hipótesis 2, que afectaba al grupo total de preadolescentes (n=65), se pudo constatar que todos los factores de riesgo de la adaptación escolar cambiaron significativamente, lo que permite aseverar que el taller preventivo y las actividades promocionales resultaron efectivas. Cabe señalar que la intervención preventiva, consiste en un conjunto de acciones que disminuyen los efectos de uno o más factores causales, haciendo que ocurra un resultado proximal. En este trabajo, la disminución de los factores de riesgo malas relaciones con pares, baja autonomía, respuesta agresiva y pobre desempeño escolar, han producido un mejoramiento de la adaptación escolar que es el resultado proximal. Visto como una dimensión de la salud mental, también puede significarse como un mejoramiento de la salud mental. Siguiendo el modelo presentado por Offord y Bennett (2002), cabe preguntarse cuál o cuáles podrían ser los resultados distales de esta intervención. Si se hicieran estudios de seguimiento y tomando como base el conocimiento aportado por investigaciones anteriores, se podría anticipar que si se mejora el pobre desempeño escolar, se evitaría la presencia de síntomas depresivos en mujeres y menos respuesta agresiva en varones. Si se reduce la conducta agresiva y perturbadora, se espera a largo plazo que los jóvenes no presenten abuso de drogas, de alcohol y tabaco, ni conductas antisociales, o que un porcentaje bajo lo haga (Kellam, Mayer, Rebok y Hawkins, 1998). El P-HpV, podría poner a prueba estas hipótesis y así comprobar las proyecciones que tiene el programa.

Respecto del bienestar psicológico, aún cuando no estaba considerado en la hipótesis 2, se evaluó de manera adicional, encontrándose que presentó cambios significativos en sentido inverso. En párrafos anteriores se ha señalado que esta peor condición mostrada por los participantes, podría interpretarse como una posibilidad de darse cuenta de los estados internos de los preadolescentes, producto de la participación en el taller. Al respecto, el Programa podría plantearse la opción de generar una propuesta preventiva diferente a la actual, o introducir modificaciones a la existente, o pensar en derivar a estas personas a la red de salud mental.

Respecto de las hipótesis 3 y 4, se encontraron cambios en tres factores. No se encontró cambios en las relaciones con los pares. Al respecto, es posible que al dividir el grupo total en dos subgrupos, que fueron el grupo con sólo desadaptación (1 variable de riesgo) y el grupo con desadaptación y malestar psicológico (ambas variables de riesgo), los tamaños muestrales se redujeron y al aplicar el test estadístico para comparar en cada caso los resultados antes y después de la aplicación del taller, no alcanzaron a resultar valores significativos. De todas formas, esto no ocurrió con los otros factores, lo que lleva a pensar que habría que proponer cambios en las estrategias del taller, para consolidar el cambio en este factor.

Es importante señalar que los efectos del taller sobre el bienestar psicológico, fueron diferentes para el grupo que presentaba riesgo en adaptación escolar y además riesgo en bienestar psicosocial (ambas variables en riesgo), que para el grupo que presentaba desadaptación escolar y bienestar psicosocial, (una variable en riesgo). En el primer caso, el malestar psicológico se mantuvo sin presentar cambios, y en el segundo caso, hubo cambios significativos pero en sentido inverso. Es decir, aquellos estudiantes que habían presentado bienestar psicológico, subieron sus puntajes significativamente, produciéndose malestar psicológico, lo que requiere que el programa decida realizar acciones al respecto, por razones éticas.

En relación a los resultados observados en la hipótesis 5, en que no se encontraron diferencias después del taller entre los grupos con una variable en riesgo y el grupo con ambas variables en riesgo, en los factores de desadaptación escolar, lleva a la reflexión que el taller haya sido altamente beneficioso no tan sólo para aquellos estudiantes que se encontraban en riesgo en la dimensión de desadaptación exclusivamente, sino también para

aquellos que estaban en una condición más desmejorada, en la medida que habían presentado riesgo en las dos dimensiones de la salud mental. Al recordar la investigación de Guzman y col. (2011), el grupo que había presentado riesgo con las mediciones de ambos instrumentos TOCA-RR y PSC, presentó puntajes de diferencia en la variable en estudio respecto de sujetos controles, más limitados que los puntajes de diferencia mostrados por aquellos que aparecían en riesgo en sólo uno de los instrumentos. En la actual investigación, no se evidenció este efecto.

El otro aspecto a analizar en relación a esta hipótesis, se relaciona con la comparación de los grupos con una variable en riesgo, versus el grupo con ambas variables en riesgo, en bienestar psicológico. Como se sabe, se presentaron diferencias entre ambos grupos, observándose que el grupo que presentaba ambas variables en riesgo, mostró un promedio en los puntajes PSC-Y significativamente más alto que el grupo que sólo presentaba desadaptación escolar. Consecuente con los análisis presentados anteriormente, este hallazgo no es tan sorprendente, porque sistemáticamente se ha encontrado que el bienestar psicológico no mejoró producto de la asistencia al taller y quienes presentaban al inicio condición de riesgo en bienestar psicológico, puntuaron más alto en esta variable que el grupo de sólo desadaptación escolar que puntuó más bajo, a pesar de haber subido sus puntajes hacia el polo de malestar como quedó demostrado en el análisis de la hipótesis 4.

También en esta investigación se abordó el estudio de las propiedades psicométricas del instrumento PSC-Y. que arrojó un puntaje de confiabilidad calculado con alfa de Cronbach igual a 0,877 y en el análisis de validez de constructo realizado con componente principales, para estudiar la posible organización de los ítems en factores, no se pudo observar una solución que fuera satisfactoria, lo que apunta a continuar con la utilización del instrumento con la función que ha cumplido hasta ahora, como un instrumento de tamizaje, que se aplica junto a otros instrumentos para informar acerca de problemas de salud mental. Cabe señalar que en el extranjero y consecuente con la investigación realizada hasta la fecha, se lo considera válido para la detección de niños con necesidades de atención en servicios de salud mental. (Pagano y col, 2000).

Limitaciones

Se trabajó con una muestra pequeña y no incluyó un grupo de control. Para la presente investigación, se dispuso de los registros de la Comuna de Lo Espejo cuya población de

estudiantes de 6° año básico evaluados en 2010, ascendió a 457 estudiantes. Al aplicar instrumento TOCA-RR se detectó 110 preadolescentes que se encontraban en riesgo, que debieran haber asistido al taller. Desde el año 2010 en que se realizó la evaluación y la aplicación del taller, que ocurrió en 2011, hubo una pérdida por cambios de domicilio o de colegios. Se sumó a esa situación, la negativa por participar de un pequeño porcentaje de casos. Luego hubo pérdida por no cumplir con los criterios de asistencia al taller y finalmente se sumaron a la pérdida, los preadolescentes que no asistieron a las evaluaciones finales, reduciéndose la muestra en estudio a los 65 casos.

Respecto de la necesidad de elegir un grupo de control, se solicitó al Programa que se dispusiera con fines de la presente tesis, que alguna de las Comunas evaluadas, quedara sin tratamiento hasta que se concluyera la intervención en Lo Espejo. La respuesta ante esa petición, fue que no era posible, debido a que el P-HpV debía aplicarse simultáneamente en todas la Comunas en las cuales ya se había realizado la detección de los casos en riesgo.

Cabe señalar que el programa, ha organizado sus procedimientos de evaluación e intervención de forma estandarizada para todas las comunas que atiende, lo que dificulta hacer cambios, que si bien resultaran favorables para la investigación, pudieran perjudicar la organización de la intervenciones y a la población atendida.

No se incorporó al taller, estudiantes que presentaran Malestar psicosocial, pero sin riesgo en adaptación escolar, para conocer los efectos del taller preventivo en ese tipo de muestra. Dicho en otros términos, se habría podido saber si el taller provocaba cambios en el bienestar en estudiantes que sólo presentaban malestar psicológico. Al solicitar al programa que incorporaran al taller a ese grupo, se planteó que se trasgredían los criterios de inclusión a los talleres. Como se observa, las razones entregadas, responden a las razones antes explicadas.

No se analizó los factores de riesgo familiares y sus relaciones con las dimensiones de la salud mental. Tampoco se analizó percepción global de conducta y de rendimiento por parte de los profesores. La razón para no haber realizado esos análisis se basa en que el foco de atención de la investigación se centró en evaluar la efectividad de la intervención sobre las dimensiones de adaptación escolar y bienestar psicológico. Las asociaciones de otros factores y las dimensiones, se relegaron a segundo plano, razón por la cual se plantea que son actividades de investigación que quedan pendientes.

No se realizaron mediciones focalizadas en la detección de problemas psiquiátricos, siguiendo la indicación acerca de las condiciones necesarias para hacer investigación en epidemiología, lo que ayudaría al programa a saber en qué casos debe hacer derivación a servicios de atención especializada. Esta limitación se plantea no como un obstáculo a la obtención del conocimiento en que estaba focalizado el estudio, sino como una manera de discriminar hasta dónde puede intervenir dentro del programa y desde qué punto es preciso hacer la derivación. Esta actividad le corresponde al Programa, y el presente trabajo, sólo contribuye con el conocimiento que orienta a la toma de decisiones.

Recomendaciones para el programa a partir de los resultados encontrados en la investigación:

Perfeccionar el taller preventivo, proponiendo reforzar actividades referidas a la relación con pares, y la incorporación de actividades que apunten al bienestar psicosocial.

Realizar investigaciones que pongan a prueba el actual Programa de Habilidades para la Vida que se aplica sobre la población de estudiantes de séptimo año, con un diseño de ensayo controlado aleatorizado, con un tamaño de muestra amplio.

Realizar estudios de seguimiento de esta población intervenida, con fines de conocer las proyecciones a futuro de la intervención, sobre la población.

Detectar a través de entrevistas realizadas por expertos, si el grupo que presenta ambos riesgos, requiere atención especializada, como para hacer derivación.

Construir manuales con los procedimientos y contenidos del taller y entrenar al personal que participa en el Programa.

9.- REFERENCIAS

Almonte , C. (1991) Desarrollo normal y trastornos psicosociales en la edad juvenil. Capítulo 3. Serie científica médica. Centro de extensión biomédica. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Almonte, C., Montt, M.E. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* . Editorial Mediterráneo. Santiago, Buenos Aires.

Araya R., Montgomery A., Fritsch R., Gunnell D., Stallard P., Noble S., Martinez V., Barroilhet S., Vohringer P., Guajardo V., Cova F., Gaete J., Gomez A., Rojas G. (2011). School-based intervention to improve the mental health of low-income, secondary school students in Santiago, Chile (YPSA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 12-49. <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/49>.

De la Barra , F., López, C., George, M., Toledo, V., Siraqyan, X. y Rodríguez, J. (1995). básico del área occidente de Santiago. Perfiles conductuales de escolares de 1° *Revista de Psiquiatría XII (2): 67-73*

De la Barra, F., Toledo, V., Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en 2 cohortes de niños escolares de Santiago Occidente: I prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 40(1) 9-21.

De la Barra F. (2011). *Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile*. Presentación en Ministerio de Salud

Delgado, I., Zúñiga, V., y Jadue, L. (2006). *Estudio comparativo de escolares que participaron del Programa Habilidades para la Vida y SIMCE 4° Básico 2005*. Consultoría. Resumen Ejecutivo. JUNAEB

Fernández- Rios (1994). *Manual de Psicología Preventiva. Teoría y práctica*. Siglo veintiuno editores. Madrid. España

Gall, G., Pagano M. E., Desmond M., Perrin, J., Murphy, M. (2000). Utility of Psychosocial Screening at a School- based Health Center. *Journal of School Health*. Vol 70, N° 7, pages 292- 298.

García R. (2012). Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. Capítulo 16 En *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Almonte C., y Montt M. E. 2° Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago. B. Aires.

George, M. (2005) Impacto intervención preventiva. Programa Habilidades para la vida Junaeb. Documento interno.

George, M. (2010). *Términos de referencia técnicos. Programa de habilidades para la vida en segundo ciclo*. JUNAEB.

George, M. (2011). *Fundamentos segundo ciclo básico*. Programa Habilidades para la vida JUNAEB. Documento interno

George, M., Guzmán, M.P., Hartley, M., Squicciarini, A. (2005). Prevención efectiva de conductas de riesgo en escolares. XXIII Congreso anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y adolescencia. Ponencia. Valdivia, Noviembre 2005.

George, M., Siraqyan, X., Mores, R., de la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. & Toledo, V. (1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1° básico. *Revista de Psicología*. Vol. V. 17- 26.

George, M., Squicciarini, A.M., Zapata, R., Guzmán, M.P., Hartley, M. & Silva C. (2004). Detección Precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Rev de Psicología. U. De Chile*. 13 (2) 9-20.

Guzmán, M.P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A. M., Canenguez K., Kulthau, K., et cols. (2011). Mental Health Matters in Elementary School: First-Grade Screening predicts Fourth Grade Achievement Test Scores. . *European Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 20, Number 8, pages 401-411.

Haquin, C., Larraguibel, M., y Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*. 75(5): 425-433

Jellinek, M. S. ; Murphy, M. Ed. D.;Robinson, J. M. D.; Felns, A., M. D.; Lamb, SH. Ed. D.(1988) Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial disfunction. *The journal of pediatrics* 112 (2) 201-208

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (2005) *Impacto intervención preventiva. Habilidades para la Vida*. Presentación y power point en el contexto de capacitación de los equipos comunitarios participantes en el programa.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (2011). Programa de Habilidades para la Vida II. Unidad de detección. Power point de uso interno.

Kellam, S. G., Branch, J. D., Agrawal, K. C., & Ensminger, M. E., (1975). Mental Health and going to school: The Woodlawn program of assessment, early intervention and evaluation. Chicago. University Chicago Press.

Kellam, S. G., Mayer L. S., Rebok, G., Hawkins, W. (1998). Effects of improving achievement on aggressive behavior and of improving aggressive behavior on achievement through two preventive interventions: An investigation of Causal Paths, pp 486 – 505. In

Adversity, Stress, and Psychopathology. American Psychiatric press. Book available from Oxford University Press.

Kellam, Sheppard G., & Werthammer Larson, Lisa M. S. W.(1991) Teacher Observation of classroom Adaptation Revised (TOCA- R) Manual.

Kellam Sh., Brown H., Poduska J., Ialongo N., Wang W., Toyinbo P., Petras H., Ford C., Windham A., Wilcox H. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral psychiatric and social outcomes. *Drug and alcohol dependence* 95 (Suppl 1): S5- S28.

Kellam Sh., McKenzie A., Brown H., Poduska J., Wang W., Petras H., Wilcox H. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*. July 2011. Pag 73-84

Lapouse R., y Monk M.A. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health* 48: 1134- 1144.

Ministerio de Salud (2005). Medina B., González C., Guerrero A., Burgos a., Chiu M., Szot J., y Aguilera X. Problemas de Salud mental en adolescentes chilenos. Resultados de la encuesta Mundial de la Salud escolar 2004. Departamento de epidemiología.

Ministerio de Salud (2009). Atención de adolescentes con problemas de salud mental. Orientaciones técnicas. Protege.

Minoletti, A., (2009). Seminario Nacional “Bienestar Psicosocial en la Comunidad Educativa: caminos de convivencia”. Unidad de Salud Mental MINSAL Agosto 2009.

Minoletti, A. (2009). *Una pregunta sobre políticas públicas en salud mental escolar*. Ministerio de Salud. Protege.

Offord, D. & Bennett, K. (2002). Prevention. En M. Rutter & E. Taylor(Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 881-898) UK, Blackwell Publishers.

Organización Mundial de la Salud, (2004) Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas*. Informe Compendiado Ginebra.

Pagano, M. E., Cassidy L. J. Little M., Murphy M., & Jellinek S.(2000) Identifying psychosocial dysfunction in school age children: the pediatric symptom checklist as a self report measure. *Psychology in the Schools*. Vol. 37(2): 91-106

Rivas, M. (1995). *Psicopatología en la edad escolar*. Universidad de Cantabria. Servicio de Publicaciones,

Rodríguez, J. (2006). Introducción a la psicopatología del adolescente. Capítulo 2.En Valdivia, M. y Condeza M.I. *Psiquiatría del adolescente*. Editorial Mediterráneo. Chile.

Rutter, M., Tizard, J., and Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behavior*. Longman. London

Sepúlveda, G. (1991).Desarrollo psicológico en la edad juvenil. *En Desarrollo normal y trastornos psicosociales en la edad juvenil*. Serie científica Médica. Centro de extensión Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Siraqyan, M.X., Mores, R. (1993).*Construcción de una batería para la evaluación de la salud Mental en niños de primer año básico en escuelas de sectores populares*. Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

Toledo, V., de la Barra, F., López, C., George, M., Rodríguez, J. (1997). Diagnósticos psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del área occidente de Santiago. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 35(1) 17-24.

Valenzuela, C., Sepúlveda, G., Almonte, C. (1991). *Desarrollo normal y trastornos psicosociales en la edad juvenil*. Serie Científica Médica. Centro de extensión Biomédica Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Verhulst, Frank (1998). Capítulo 4 La epidemiología en psicopatología infantil. En Rodríguez-Sacristan J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Manuales universitarios.

Vicente, B. Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Melipillán, R. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín. *Rev. Med. Chile* . 138(8) 965-973.

Zapata R. (2005). *Informe JUNAEB*. Universidad Diego Portales

10.- ANEXOS

ANEXO 1

Unidad de Prevención: Segundo Ciclo Programa Habilidades para la Vida

1. Presentación

Espacio de desarrollo de la actividad : En la escuela.

Dirigido a: Niños y niñas de 7° básico que presenten mayores factores de riesgo asociados a problemas en la convivencia escolar.

Conducido por: Profesionales del Equipo HPV.

2. Fundamentos:

Partimos de la base de que las relaciones sociales de calidad y sanas, influyen positivamente sobre la calidad del trabajo que se desarrolla en la comunidad escolar. Una buena convivencia escolar influye en la calidad de los aprendizajes que alcanzan los estudiantes y en la calidad de vida en el espacio escolar de los distintos actores que

conforman la comunidad educativa (directivos, profesores, estudiantes, familias, paradocentes y auxiliares).

Por el contrario, las conductas agresivas o violentas son, por una parte, una fuente importante de problemas de disciplina en el aula y en la comunidad educativa, y por otra, constituyen un riesgo para los estudiantes que pueden ver obstaculizadas sus oportunidades de desarrollo, aprendizaje y bienestar.

Es en la comunidad educativa, en conjunto con otros agentes locales, donde se debe intervenir y realizar estrategias preventivas para modificar comportamientos de riesgo y desarrollar competencias que promuevan el respeto de las personas, las relaciones sin violencia, el manejo adecuado de conflictos, los estilos de vida saludable y una convivencia escolar sana y protectora para los actores escolares; siendo fundamentales el rol de los pares y los profesores.

La estrategia preventiva al igual que en el primer ciclo básico detecta riesgo con el instrumento TOCA RR pero en el 6° básico, y luego interviene el grupo de alumnos que presentan los riesgos detectados, en el 7°. En este nivel del ciclo educativo los riesgos se asocian a conductas agresivas, malas relaciones entre pares y pobre desempeño escolar; y la presencia de estos tres factores constituye el **perfil de prevención**

3. Objetivos:

La Unidad de Prevención para el segundo ciclo tiene como objetivo:

Mejorar competencias con los niños y niñas que les permitan enfrentar y resolver los conflictos de manera constructiva y sin necesidad de recurrir a comportamientos violentos o agresivos; y fomentar habilidades para favorecer el desarrollo académico.

4.- Competencias (mediadoras) a desarrollar en la acción preventiva:

Competencias Sociales: las competencias sociales son capacidades de los sujetos vinculadas a

los procesos cognitivos, sociales y afectivos que sustentan relaciones interpersonales de calidad y significativas para la persona. En este contexto y dada la importancia que las relaciones interpersonales tienen en este periodo de la vida, el desarrollo de competencias sociales se hace indispensable para promover una sana convivencia escolar entre pares y también con los otros actores de la comunidad escolar.

Entre las competencias sociales a desarrollar en los niños y niñas con factores de riesgo que afectan la convivencia escolar, se distinguen la toma de perspectiva, la capacidad de

negociación, la asertividad, la solución de problemas interpersonales, la cooperación y la ayuda entre compañeros.

- i. Toma de perspectiva: implica ponerse en el punto de vista de otras personas y poder abordar un problema social teniendo en cuenta, simultáneamente, aspectos diferentes. Su logro promueve una mayor motivación para ayudar a los demás. También favorece el desarrollo de la capacidad de juicio moral, que supone que el adolescente comprende que las normas y leyes deben aceptarse porque es bueno para la vida en comunidad.
- ii. Capacidad de negociar: es una habilidad social fundamental en las sociedades democráticas, y es fuente de soluciones no agresivas a los problemas interpersonales.

El dominio de sí mismo y la habilidad para contener la agresividad del otro en situaciones conflictivas es un proceso que puede aprenderse. El no aprender estas habilidades pone a los niños en cierta desventaja respecto a su posición en la dinámica de relaciones interpersonales en que se desenvuelven.

- iii. Asertividad: es una competencia social para responder en situaciones en las que se produce una amenaza o atropello de los propios derechos, opiniones o necesidades. La persona hábil en manejar estas situaciones asertivamente no recurre a acciones agresivas ni tampoco inhibe sus derechos por temor a conflictos. El beneficio de la conducta asertiva es alcanzar los objetivos personales sin agredir ni dañar a otros ni a sí mismo, alcanzar lo propuesto en equilibrio con el bienestar de los demás.
- iv. Conductas cooperativas y comportamiento prosocial: La cooperación ejerce una fuerte influencia en el mejoramiento de las relaciones interpersonales y el apoyo social entre los miembros de un colectivo, mejorando incluso el clima de la clase y contextos apropiados para procesos de aprendizaje. Las prácticas cooperativas promueven la integración, el conocimiento de los otros, refuerzan el desarrollo de la empatía, fomentan la confianza entre los miembros del grupo y la participación activa de los mismos y educa en la responsabilidad.

Debería considerarse como principio básico que mejorar la convivencia no implica sólo y exclusivamente la resolución de problemas, sino también su prevención y, por sobre todo, la promoción de comportamientos positivos y saludables, y de actitudes cooperativas y prosociales.

Resolución de conflictos: Desde una perspectiva ecológica, el conflicto puede comprenderse como un proceso *natural* que se gatilla dentro de un sistema relacional. Surge de la confluencia de intereses distintos o de la interacción entre dos posiciones frente a una situación, necesidad, objeto o intención. Al ser una situación de confrontación entre dos sujetos posicionados, puede presentarse con agresividad cuando fallan, en algún grado, las herramientas mediadoras con que ésta situación debe enfrentarse. Por lo tanto, frente a la tensión de intereses y aparición del conflicto, son de especial relevancia los procedimientos y estrategias que se utilicen para salir de él y resolverlo, los que pueden tener un carácter agresivo o bien un carácter pacífico y no violento.

Los niños que tienen dificultades de convivencia con sus pares, suelen utilizar estrategias agresivas o pasivas de resolución de conflictos. Muchos de estos niños tienden a atribuir intenciones hostiles a la conducta de los otros, pensando que la agresividad es legítima y está justificada, esperando resultados positivos y/o deseables a través de las acciones violentas.

De esta forma podemos entender la resolución de conflictos como la habilidad para negociar y construir de manera conjunta con los demás acuerdos y significados que permitan superar la confrontación. El propósito es que los niños aprendan a solucionar los problemas en forma no violenta y a tomar decisiones acertadas para sí mismos y para los otros.

Aprender a tomar decisiones y a solucionar los conflictos de forma no violenta, requiere que los adolescentes identifiquen los problemas, las posibles causas de éstos y sus consecuencias; clarifiquen los objetivos, generen distintas alternativas, seleccionen la más apropiada y la lleven a la práctica. (Libro Somos Personas)

5. Metodología: Etapas de la actividad preventiva:

1. Conformación del Taller Preventivo:

En este Segundo Ciclo del Programa de Habilidades para la Vida, se realizará un solo tipo de taller preventivo, la identificación y cantidad definitiva de los niños y niñas con perfil de riesgo que deben asistir al taller preventivo es el producto de las siguientes acciones:

- a) Obtención del listado de niños y niñas con perfil de riesgo detectado con el TOCA RR el año anterior cuando cursaban 6° básico.
- b) Verificación de la permanencia de los niños con perfil de riesgo en 7° básico en sus respectivas escuelas participantes del Programa.
- c) Identificación de nuevos niños en 7° básico que requieran ser detectados con el instrumento. Si existen situaciones así, se aplican los cuestionarios (TOCA RR y PSC –Y) se ingresa la información al sistema informático del Programa y si el adolescente obtiene perfil de riesgo con tres factores, se deriva a Taller Preventivo para el segundo semestre.

2. Convocatoria al Taller Preventivo:

El objetivo de la convocatoria es establecer un compromiso por parte de los niños y niñas a asistir regularmente a las sesiones de Taller Preventivo e involucrarse en sus actividades, lo anterior con el apoyo y compromiso de sus padres y profesores como facilitadores para contribuir a la regular asistencia de los adolescentes.

La convocatoria al taller preventivo se realiza tanto con los adolescentes que asistirán, como con sus padres y profesores.

El equipo ejecutor debe tener presente que el sentido de esta convocatoria se basa en las siguientes premisas relacionadas con los niños en esta etapa vital y con su relación con sus padres y profesores:

- La intervención preventiva del Programa requiere de la motivación y participación constante de los niños y niñas que deben asistir al taller preventivo. En esta edad, los adolescentes ya son autónomos y capacitados para decidir su asistencia y participación en el taller, tienen y hacen valer su propia voluntad para ser parte de él.
- El apoyo de sus padres y profesores, como adultos significativos que puedan apoyar la asistencia al taller preventivo y motivar a los niños a su activa participación es un factor facilitador para la participación regular de los niños en las actividades preventivas.

Planificación de la convocatoria:

- En términos temporales la convocatoria se realiza en forma previa a la primera sesión del taller preventivo.
 - Se sugieren estrategias diferenciadas para:
 - a) Los propios adolescentes.
 - b) Sus padres.
 - c) Sus profesores.Tanto en términos de contenidos y técnicas, como de horario y lugar. Debe privilegiarse el contacto personal al menos con los estudiantes y los profesores, la entrega de la información completa a todos los actores y la posibilidad de tener datos de contacto como una forma de contar con el equipo para consultas acerca de la iniciativa.
3. Realización del Taller preventivo para niños y niñas que presenten factores de riesgo asociados a dificultades en la convivencia escolar con los pares.
 - a. Taller preventivo para niños y niñas.
 - b. Reuniones con los profesores de los niños y niñas participantes.
 - c. Sesiones con los padres y apoderados de los niños y niñas.
 4. Evaluación.

5. Taller Preventivo para niños y niñas que presentan factores de riesgo asociados a dificultades en la convivencia escolar con los pares.

| Fase 1.- | Tema | Sesión | Objetivo General | Contenidos |
|--------------------|--------------------------------------|---|---|---|
| Integración grupal | Conformación grupal | Reconocimiento e integración grupal | Conformar un grupo-taller preventivo con niñas y niños favoreciendo el reconocimiento e integración de cada participante. | -Identidad individual y grupal -Normas grupales -Expectativas -Objetivos y metodología del taller |
| MÓDULO 1 | Toma de perspectiva | Aceptación de ideas y puntos de vista distintos a los propios | Crear actitudes positivas de interés y comprensión por los puntos de vista de los otros | -Escucha activa y respetuosa de los demás -Aportes de los diversos puntos de vista -Construcción de ideas de consenso -Aceptación de las diferencias |
| | Habilidades Sociales Asertividad | Expresión de lo que se piensa de forma directa, clara y firme | Fomentar la capacidad de comunicar adecuadamente ideas y puntos de vista propios | -Comportamiento asertivo -Negarse a hacer lo que no se quiere -Defensa de puntos de vista e ideas. |
| | Conductas cooperativas y prosociales | Relaciones interpersonales satisfactorias | Aumentar la habilidad para el establecimiento y mantención de relaciones interpersonales satisfactorias | -Cooperar y compartir. -Trabajo en equipo. - Reconocimiento de aportes individuales a objetivos colectivos |
| | Capacidad para negociar | Soluciones que satisfacen a todas las partes | Promover la búsqueda de soluciones que satisfagan a todas las partes y respeten los distintos puntos | -Descripción de lo que las partes quieren y sienten -Razones de las partes. -Búsqueda de soluciones que permitan obtener ganancias a todos los involucrados |

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|---|--|--|
| | | | de vista | |
| MÓDULO 2 | Derechos personales | Límites personales y de los demás | Conocer los propios derechos y aprender a respetar los de los demás | - Derechos de las personas -Respeto |
| Resolución de conflictos | Afrontamiento | Reflexión y toma de decisiones | Favorecer el desarrollo de conductas de afrontamiento ante situaciones conflictivas | -Identificación de situaciones conflictivas personales. -Identificación de estrategias de solución implementadas. -Evaluación de soluciones y búsqueda de alternativas |
| | Conflicto | Análisis de situaciones conflictivas frecuentes | Desarrollar la capacidad de análisis ante distintas situaciones conflictivas del aula o ambiente escolar | -Reconocimiento de situaciones conflictivas habituales -Causas y consecuencias de los conflictos |
| | Soluciones | Soluciones constructivas para los conflictos | Promover la búsqueda y ensayo de alternativas no violentas en la resolución de conflictos | -Búsqueda de distintas alternativas de solución -Elección de alternativas más apropiadas -Formas de implementación |
| Cierre | Finalización y evaluación | Integración, proyección y evaluación de la actividad grupal | Favorecer la integración y proyección de los contenidos del taller tanto a nivel individual como colectivo | -Construcción de síntesis integrativa de los contenidos y experiencias del taller -Logros individuales y colectivos -Proyección de experiencias hacia el aula o ambiente o escolar |

6. Actividades del taller según contenidos de cada sesión

| Sesión 1: Reconocimiento e integración grupal | |
|--|--|
| Temas | Actividades |
| Identidad individual y grupal | -Cartilla donde responder preguntas relativas a preferencias personales. -Presentación de cada uno leyendo su cartilla personal. -Monitor escribe en un papélografo dividido en 2 partes las coincidencias y divergencias entre los gustos de los niños, destacando ambos aspectos como positivos. |
| Objetivos y metodologías del taller | -Presentación de lo que se espera lograr en el taller con la participación de cada uno y cómo se hará. Póster o similar |
| Normas grupales | -Elaboración de normas grupales consensuadas a través de la creación de un póster con lo que se puede y no hacer durante las actividades. Se debe promover el respeto, la escucha activa y la cordialidad. Las normas deben quedar siempre a la vista del grupo. |
| Expectativas | -Se hace una ronda donde se le pide a cada niño que exprese para qué cree que le puede servir a él o ella este taller. Se recoge lo dicho por cada uno. |

| Sesión 2: Aceptación de ideas y puntos de vista distintos a los propios | |
|--|---|
| Temas | Actividades |
| Escucha activa y respetuosa de los demás | -Se realizará un debate respecto a un tema relacionado con la convivencia escolar. Se divide al grupo en dos y cada uno de éstos deberá defender una postura contraria respecto al mismo tema. El monitor debe procurar que los niños hablen por turno y alternando cada subgrupo. No se permiten descalificaciones ni interrupciones. De darse, el subgrupo que lo hace pierde el turno de hablar. Luego se intercambian los subgrupos para defender la postura contraria y se procede de la misma manera. |
| Aportes de los diversos puntos de vista | -Se pide a cada niño que recuerde y anote al menos una opinión dada en el debate para cada postura. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | Luego se comparte lo recordado por los niños(as) |
| Aceptación de las diferencias | -El monitor toma las opiniones recordadas por los niños y las anota a la vista separándolas por posturas en dos columnas, intentando parear las que son evidentemente contradictorias. Es importante que el monitor recuerde y comente que todo el grupo fue capaz de defender ambas posturas. |
| Construcción de ideas de consenso | -Con las opiniones a la vista, cada niño botará por una opinión y se elegirá la más botada. Se formarán nuevamente los dos subgrupos y cada uno tendrá un tiempo limitado para argumentar porqué esa puede ser la mejor idea u opinión. |

| Sesión 3: Expresión de lo que se piensa en forma directa, clara y simple | |
|---|--|
| Temas | Actividades |
| Comportamiento asertivo | -Se trabaja el concepto de asertividad a través de una breve definición que se entrega a todo el grupo. Luego se entrega una cartilla a cada niño donde se describen situaciones que se deben identificar como asertivas o no. Se trabaja individualmente y luego se trabajan las respuestas en el grupo. |
| Negarse a hacer lo que no se quiere | -Se trabajan dos situaciones donde los niños(as) deben escoger entre las respuestas posibles aquella que más corresponde a una conducta asertiva. Se puede dividir al grupo en dos y cada subgrupo trabaja una situación. -Luego se le pide a los niño(as) que representen la situación con la respuesta escogida y se comenta grupalmente. |
| Defensa de puntos de vista e ideas | -Se le entrega a cada niño(a) una misma situación en la que tenga que expresar su opinión y defender su postura delante del resto del grupo quienes también pueden expresar sus opiniones. Se debe procurar que cada niño sea escuchado y que no haya descalificaciones. -Luego se pide a cada niño que exprese cómo se sintió al defender sus puntos de vista. |

| Sesión 4: Relaciones interpersonales satisfactorias | |
|--|---|
| Temas | Actividades |
| Cooperar y compartir | -A través de una “sopa de letras” se pide a los niños(as) de manera individual que busquen palabras que digan relación con el trabajo en equipo y la colaboración entre compañeros. Luego el monitor recoge con todo el grupo las palabras encontradas por los participantes y las escribe de manera visible para todos los niños, destacando la importancia de estos comportamientos para lograr objetivos colectivos y mejorar las relaciones entre los compañeros. |
| Trabajo en equipo | -Se divide al grupo en 2 grupos y se asigna una tarea colectiva a uno de los grupos la cual sólo se podrá |

| | |
|--|--|
| | <p>cumplir si cada miembro del equipo asume un rol específico y actúa en el momento indicado en la instrucción. Para ello se entregará un papel a cada integrante con lo que debe hacer y el orden (número) en que debe realizar su parte de la tarea. Mientras tanto el otro subgrupo deberá observar la actuación del primero y evaluar cómo se presentaron aspectos del trabajo colaborativo y en equipo a través de pauta de observación.</p> <p>-Luego se hace un plenario donde el primer subgrupo comenta la actividad y cómo se sintieron, y el segundo comenta la actuación del primero según pauta de observación.</p> |
| <p>Reconocimiento de aportes individuales al objetivo grupal</p> | <p>-Sentados en un círculo cada niño del primer subgrupo va pasando de a uno al centro y cada participantes del grupo total le dirá algo positivo que aportó para que la tarea pudiese realizarse de manera satisfactoria. El niño del centro deberá agradecer a sus compañeros por los aspectos que han destacado en él.</p> |

| Sesión 5: Soluciones que satisfacen a todas las partes | |
|--|--|
| Temas | Actividades |
| Conocer lo que las partes quieren y sienten | -“Cuento sobre convivencia”. Se lee a todo el grupo la primera parte del cuento y luego se entrega ésta a cada niño(a) para que responda unas preguntas respecto a qué quieren y sienten los personajes del cuento. |
| Razones de las partes | -Se arman dos subgrupos en los cuales los niños comparten sus respuestas y en conjunto buscan las razones de los personajes para tomar la decisión relatada en el cuento. A través de un dibujo colectivo en papelógrafo deberán representar la principal ganancia obtenida por los personajes al tomar esta decisión. -Cada dibujo es expuesto al otro grupo en un plenario donde se comenta la ganancia representada y las razones del personaje. |
| Búsqueda de soluciones que permitan obtener ganancias a todos los involucrados | -Se lee nuevamente el cuento, esta vez de manera completa, y se pide a los participantes que destaquen la principal enseñanza que éste deja. |

| Sesión 6: Límites personales y de los demás | |
|--|--|
| Temas | Actividades |
| Derechos de las personas | -El monitor presenta “Derechos personales” a los niños explicando que significan y ejemplificando cada uno. -Luego los niños recibirán una hoja de cartulina donde deberán dibujarse a sí mismo en un lado y por el otro a algún amigo o compañero de su curso o colegio. Una vez dibujado ambos personajes deberán escoger y anotar en cada dibujo 1 ó más derechos que ellos creen que les han sido vulnerados y 1 ó más derechos que ellos creen que han vulnerado a su amigo o compañero (puede ser por ellos mismos o por otros). Al terminar cada niño presenta al grupo qué derechos cree que le han |

| | |
|---------|---|
| | <p>sido vulnerados y como se sintió y cómo cree que se sintió su amigo.</p> |
| Respeto | <p>-El monitor presenta el respeto por los otros como una forma de superar la vulneración de derechos propios y ajenos. Luego se entrega a cada niño(a) un listado de conductas que describen conductas de respeto y no respeto, debiendo identificar unas y otras llenando con si o no, según instrucción. Una vez que los participantes terminan de contestar se hace un plenario donde se comparten las respuestas y se anotan de manera visible para el grupo las conductas que implican respeto hacia los demás.</p> |

| Sesión 7: Reflexión y toma de decisiones | |
|---|---|
| Temas | Actividades |
| Identificación de situaciones conflictivas personales | -A través de láminas con escenas de situaciones conflictivas posibles de vivir por los niños(as), se les pide que escojan una y la peguen en un tríptico individual que tendrá dos espacios para responder preguntas. |
| Identificación de estrategias de solución implementadas | -En el tríptico anterior, lo niños escribirán cómo resolvieron o intentaron resolver esa situación y qué resultados obtuvieron. |
| Evaluación de soluciones y búsqueda de alternativas | -En un plenario se comparte la situación y las soluciones implementadas por cada niño. En caso que las soluciones no hayan sido exitosas (no afrontar, violentas, inadecuadas, etc.) se debe buscar con el resto del grupo una solución más adecuada para esa situación. Luego el niño anotará en su tríptico la solución más adecuada. |

| Sesión 8: Análisis de situaciones conflictivas frecuentes | |
|--|--|
| Temas | Actividades |
| Reconocimiento de situaciones conflictivas | <p>-Se trabaja el concepto de conflicto a través de un juego donde los niños(as) deben adivinar las letras que completan una frase con la definición. Los niños pueden ser divididos en dos grupos o más, teniendo cada grupo el turno para decir una letra de la frase y/o adivinar la frase completa. El grupo que primero adivina gana.</p> <p>-Una vez adivinado y comentado lo que es un conflicto, se pide a los niños(as) que en los mismos grupos busquen, discutan y escriban situaciones conflictivas que se presenten habitualmente entre compañeros. Luego deben ponerse de acuerdo sobre cual situación trabajar.</p> |
| Causas y consecuencias de los conflictos | <p>-Una vez escogida la situación, se les entrega una lámina con un árbol donde en el tronco deben escribir cuál es la situación conflictiva escogida, en las raíces las causas de estos conflictos, y en las ramas las consecuencias para los afectados, para los otros compañeros y para el profesor. Luego cada grupo expone su árbol del conflicto. Se guarda el material para ser trabajado en la siguiente sesión.</p> |

| Sesión 9: Soluciones constructivas para los conflictos | |
|---|--|
| Temas | Actividades |
| Búsqueda de distintas alternativas de solución | <p>-Se retoma el árbol de conflictos trabajados en la sesión anterior y se reparte a cada grupo ambos árboles. Se le pide a cada grupo que busque las 3 mejores alternativa para resolver cada uno de los dos conflictos presentados. Estas alternativas de solución son presentadas al otro grupo en un plenario. El monitor debe anotar las alternativas propuestas por los grupos a cada conflicto de modo que queden en un listado a la vista.</p> |
| Elección de alternativas más apropiadas | <p>- El monitor en conjunto con los niños discute el listado de alternativas de solución y descarta</p> |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>aquellas alternativas poco apropiadas (según contenidos del taller). Con el listado definitivo pide a cada niño(a) que vote por la mejor alternativa para cada problema presentado. Ganan las soluciones más votadas para ambos.</p> |
| <p>Formas de implementación</p> | <p>-Una vez escogidas las soluciones cada grupo trabaja con el conflicto inicial que le tocó analizar en el árbol de conflictos y discute cómo pueden implementar esa solución y qué pueden hacer como grupo e individuos. Para ello responden un cuestionario orientado a este fin el cual es recogido por el monitor y presentado de manera resumida al resto de los participantes.</p> |

| Sesión 10: Integración, proyección y evaluación de la actividad grupal | |
|--|--|
| Temas | Actividades |
| Logros individuales y colectivos | -Se pide a cada niño que realice un dibujo de sí mismo de cómo llegó al taller y cómo se va. Para ello se entrega una hoja con la leyenda “así llegué al taller...”, y otra “así me voy del taller...”. Se cuelgan dos cartulinas de colores diferentes para que los niños coloquen en una el dibujo de cómo llegaron, y en la otra cómo se van. Cada niño(a) debe comentar lo que dibujó y expresar lo que fue su experiencia en el taller. |
| Construcción de síntesis integrativa de los contenidos y experiencias del taller | -El monitor hace una síntesis de los logros individuales y colectivos, destacando las ideas y logros que más se repiten de acuerdo a la percepción de los participantes. Se debe relacionar lo anterior con los objetivos y expectativas iniciales de los niños respecto al taller. |
| Proyección de experiencias hacia el aula o ambiente escolar | -Se pide a cada niño que piense en lo más importante que aprendió en el taller y diga cómo puede ayudarlo a llevarse mejor con sus compañeros y profesores. El monitor anota lo expuesto por el niño en una tarjeta o tipo de carnet que entregará al niño(a) para que lo pueda andar trayendo como una especie de recordatorio. |

7. Reuniones con profesores de los niños y niñas participantes en el taller preventivo
 - a. Reunión previo al inicio del taller
 - b. Reunión de evaluación y sugerencias
8. Sesiones con los padres o apoderados
 - a. Sesión de presentación y motivación. Se realiza previo a la realización del taller preventivo con los niños.
 - b. Sesión de desarrollo de la capacidad de empatía en los niños. Se realiza una vez finalizada la fase de empatía del taller preventivo.
 - c. Sesión de estrategias no violentas de resolución de conflictos. Se realiza una vez finalizada la fase de resolución de conflictos del taller preventivo.
9. Manual de manejo de las actividades. (Pendiente)



GUIA DE APLICACIÓN

OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES

TOCA-RR

6º Educación Básica

Esta Guía orienta la aplicación del TOCA-RR en 6º básico. Los pasos que el responsable de la aplicación debe considerar, sea un profesional de la escuela capacitado, del consultorio o del Centro Comunitario, son:

1. Programación de la aplicación:

- Informar a los profesores jefe de 6º básico el objetivo de la aplicación y que se aplicará el cuestionario de padres también a su curso.
- Destinar a la aplicación del cuestionario una sala privada y sin ruido.
- Acordar la duración de las aplicaciones a los profesores (dos sesiones de algo más de dos horas para un curso de aproximadamente 40 alumnos), fechas y horario. Si es necesario, considerar el reemplazo del profesor en su clase por el tiempo que dura la aplicación.

2. Verificación de las condiciones de aplicación:

- Antes de iniciar las entrevistas de aplicación, asegurar que la sala escogida sea adecuada y que el profesor disponga del tiempo suficiente, con la tranquilidad que su curso no está solo.
- Verificar que estén disponibles los nombres completos y fechas de nacimiento de todos los niños. La aplicación se realiza por orden de lista, es recomendable utilizar el libro de clases.
- Confirmar que el profesor tenga el curso a su cargo, al menos, por cuatro meses.

3. Procedimiento:

- Explicar que las razones de la presencia del entrevistador son estrictamente metodológicas.
- Explicar que la aplicación tiene un ritmo, de modo que se pasa de un ítem a otro en pocos segundos, de manera que un cuestionario (la evaluación de un niño) se completa en menos de 5 minutos.
- Tanto el entrevistador como el profesor tienen el cuestionario, de modo que puedan ir leyendo simultáneamente cada ítem.
- La evaluación se realiza niño por niño, llenando un formulario por cada uno, por orden de lista.
- Si un niño, es nuevo en el curso, asiste muy poco a clases y el profesor no lo conoce por al menos 4 meses, no puede llenarse el cuestionario para ese niño.
- El entrevistador lee en voz alta el ítem de conducta (ej.: completa las tareas) y el profesor decide, en la escala de calificación y, de acuerdo a su conocimiento de la conducta del niño en las últimas semanas, la frecuencia de la conducta descrita (Ej.: Casi siempre). **ES IMPORTANTE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.**
- Las calificaciones globales (segunda parte del cuestionario) sigue el mismo procedimiento.

- El entrevistador va registrando en su cuestionario las respuestas del profesor.

4. Comentarios del profesor:

El entrevistador recoge las opiniones del profesor en relación al niño, el cuestionario y el procedimiento de aplicación.

Versión 2009

1

//

Fecha aplicación

PARA 6º EB

OBSERVACION AL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES

TOCA-RR

FAMILIA DEL NIÑO ES BENEFICIARIA DEL CHILE SOLIDARIO

1= SI

2= NO

RBD --

Escuela

(Nombre - sigla)

Comuna

PROFESOR(A): Iniciales profesor: **CURSO:**

Nombre (Usar siempre la

misma)

Nivel Letra

NOMBRE DEL

NIÑO (A)

SEXO:

Ap. Paterno Ap. Materno Nombres 1=F 2=M

RUT : - EDAD :

años meses

1. MISMA ESCUELA DE 1º E. BÁSICA (1) SI (2) NO

2. REPITIÓ ALGÚN CURSO (1) SI (2) NO ¿CUÁL? _____

ESCALA DE CALIFICACIÓN

1 = Casi nunca

2 = rara vez

3 = a veces

4 = frecuentemente

5 = muy frecuentemente

6 = casi siempre

Marque **con un círculo** la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

1. COMPLETA LAS TAREAS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

2. ES AMISTOSO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

3. BUSCA DEMASIADA ATENCION DEL PROFESOR Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

4. SE CONCENTRA Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

5. DESOBEDECE LAS REGLAS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

6. ES SOCIABLE / INTERACTÚA CON SUS COMPAÑEROS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

7. TRABAJA BIEN SOLO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

8. DAÑA O HIERE A OTROS FISICAMENTE Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

9. PRESTA ATENCIÓN Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

10. SE APEGA Y ANDA DETRÁS DE LOS COMPAÑEROS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

11. ROMPE OBJETOS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

12. APRENDE DE ACUERDO A SU CAPACIDAD Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

13. ES GRITON CON LOS DEMAS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

14. JUEGA CON LOS COMPAÑEROS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

15. SE DISTRAE FACILMENTE Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

16. ES SEGURO DE SI MISMO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

17. DEMUESTRA ENTUSIASMO Y AGRADO POR APRENDER. Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

18. MIENTE Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

19. BUSCA DEMASIADA ATENCION DE LOS COMPAÑEROS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

20. SE AFERRA AL PROFESOR Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

Versión 2009

2

ESCALA DE CALIFICACIÓN

1 = Casi nunca

2 = rara vez

3 = a veces

4 = frecuentemente

5 = muy frecuentemente

6 = casi siempre

Marque **con un círculo** la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

21. PERSISTE EN LA TAREA Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

22. NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

23. CORRE MUCHO Y TREPA Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

24. INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

25. TIENE MUCHOS AMIGOS Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

26. SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

27. NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

28. REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRITICA Y EL FRACASO

Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

29. NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

30. COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

31. ESTA DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EXTRAPROGRAMATICAS.

Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

PUNTAJE GLOBAL

A. ¿CUÁL ES SU CALIFICACION DEL PROGRESO DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE?

1. Excelente

2. Bueno

3. Regular

4. Malo

5. Probable fracaso

6. Fracaso

B. ¿CUÁL ES SU CALIFICACION GLOBAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE?

1. Excelente

2. Bueno

3. Regular

4. Mala

5. Muy mala

6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

Versión 2009

3

SEGUIMIENTO DEL ESTUDIANTE:

1. Tiene detección en 1º básico (1) SI (2) NO (3) N/C

2. Citado a taller preventivo (1) SI (2) NO (3) N/C

3. Asistencia regular a taller (1) SI (2) NO (3) N/C

4. Derivado a atención especialista (1) SI (2) NO (3) N/C

5. Asiste atención especialista regularmente (1) SI (2) NO (3) N/C

6. Tiene detección en 3º básico (1) SI (2) NO (3) N/C

N/C = no corresponde. Para ser usado en los casos en que no correspondió la citación, porque el/la estudiante

no presentaba perfil/índice correspondiente.

OBSERVACIONES FINALES EQUIPO SALUD MENTAL:

Anexo3

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES PSC-Y

RBD -

Escuela (nombre - sigla) Comuna

Profesor(a):

Iniciales

profesor(a):

CURSO (incluir

letra):

nombre (usar siempre la misma)

FAMILIA DEL NIÑO ES BENEFICIARIA DEL CHILE SOLIDARIO 1.SI (1) 2. NO (2)

Nombre del estudiante

Ap. Paterno Ap. Materno Nombres

RUT _ Dirección:

A continuación, marca con un círculo la alternativa (sólo una) que represente mejor tu situación:

a) Vives con: 1) Madre 2) Padre 3) Ambos 4) Otro familiar 5) Otra situación

b) Tienes una enfermedad que te hace faltar al colegio frecuentemente

1) SI 2) NO

c) Vives con familiar que se controla frecuentemente por alguna enfermedad mental

1) SI 2) NO

d) En tu tiempo libre participas de actividades fuera de la escuela como clubes deportivos, agrupaciones culturales, iglesia, recreativas u otras.

1) SI 2) NO

//

Fecha aplicación

SECCIÓN PARA LLENADO POR EQUIPO:

CUESTIONARIO

Por favor marca con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que te pasa o cómo te sientes.

| | 1 | 2 | 3 |
|---|-------|---------|-------------|
| 1. Tienes malestares y dolores. | nunca | a veces | muy seguido |
| 2. Te aíslas y prefieres estar solo(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 3. Tienes poca energía / te cansas fácilmente. | nunca | a veces | muy seguido |
| 4. Te cuesta estar tranquilo(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 5. Tienes malas relaciones con tu profesor(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 6. Tienes interés por la escuela. | nunca | a veces | muy seguido |
| 7. Eres inquieto(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 8. Sueñas despierto(a), estás en tu propio mundo. | nunca | a veces | muy seguido |
| 9. Te distraes fácilmente. | nunca | a veces | muy seguido |
| 10. Temes a las situaciones nuevas. | nunca | a veces | muy seguido |
| 11. Te sientes triste. | nunca | a veces | muy seguido |
| 12. Eres irritable, enojón/enojona. | nunca | a veces | muy seguido |
| 13. Te sientes pesimista / Piensas que las cosas van a salir mal. | nunca | a veces | muy seguido |
| 14. Te cuesta concentrarte. | nunca | a veces | muy seguido |
| 15. No te interesan los amigos(as). | nunca | a veces | muy seguido |
| 16. Peleas con otros(as) compañeros(as). | nunca | a veces | muy seguido |
| 17. Tienes malas notas. | nunca | a veces | muy seguido |
| 18. Te sientes poca cosa. | nunca | a veces | muy seguido |
| 19. Vas al médico por malestares y no te encuentran nada. | nunca | a veces | muy seguido |
| 20. Te cuesta quedarte dormido/ Duermes mal. | nunca | a veces | muy seguido |
| 21. Te cuesta separarte de tus padres. | nunca | a veces | muy seguido |
| 22. Sientes que eres malo(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 23. Eres arriesgado(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 24. Sufres heridas frecuentemente. | nunca | a veces | muy seguido |
| 25. Te aburres. | nunca | a veces | muy seguido |
| 26. Actúas como si fueras más chico(a). | nunca | a veces | muy seguido |
| 27. Ignoras las órdenes que te dan. | nunca | a veces | muy seguido |
| 28. Expresas tus sentimientos. | nunca | a veces | muy seguido |
| 29. Comprendes los sentimientos de los demás. | nunca | a veces | muy seguido |
| 30. Molestas a los demás. | nunca | a veces | muy seguido |
| 31. Culpas a los demás de tus problemas. | nunca | a veces | muy seguido |
| 32. Tomas cosas ajenas. | nunca | a veces | muy seguido |
| 33. Te cuesta mucho compartir. | nunca | a veces | muy seguido |
| TOTAL | | | |

Anexo 4

Señor Director

El Programa de Magíster en Psicología mención Clínica infanto-juvenil que se dicta en la Universidad de Chile y el Programa de Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, se encuentran realizando un estudio a través de una tesis conducente al grado de Magíster titulada “ Alcances en la efectividad de la aplicación de un taller preventivo en adolescentes vulnerables de la Región metropolitana”, cuya autora es la alumna y ex docente de la Universidad de Chile, Iris Gallardo Rayo.

Dicha investigación entregará conocimiento empírico respecto del impacto de los riesgos en adolescentes participantes del Programa y por ende permitirá mejorar y enriquecer la acción de éste en las escuelas

Para este efecto, se solicita su buena disposición y autorización para realizar la evaluación de los talleres preventivos a través de la re-aplicación de los cuestionarios, que está realizando el equipo ejecutor de Lo Espejo con los estudiantes de 7° año básico.

Los procedimientos del trabajo en terreno, se han planificado y acordado en coordinación con la Dirección Nacional y Regional del Programa de Habilidades para la Vida y el equipo comunal de Lo Espejo .

Agradeciendo su colaboración, le saluda atentamente

Iris Gallardo Rayo
Alumna tesista Programa de Magíster en Psicología

**I.MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO
DIRECCION SERVICIOS EDUCACION Y SALUD
DEPARTAMENTO DE EDUCACION**

LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE LA COMUNA

MUNICIPALES

| <u>RBD</u> | <u>N°</u> | <u>ESC. y/o LICEO</u> | <u>DIRECCION</u> | <u>DIRECTOR</u> | <u>FONO</u> |
|-------------------|------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|
| 9733-0 | 565 | CLARA ESTRELLA | VALPARAISO 6990 | SHEILA AMADA PEREZ ANDAUR | 3690352 3690262 |
| 9709-8 | 569 | B. STAR COLLEGE | MONTERREY 7519 | RODRIGO RIVERA ASENCIO | 4288876 4288880 |
| 9716-0 | 582 | ACAPULCO | ACAPULCO 7661 | MARIA C. MALDONADO ULLOA | 3690870 |
| 9719-5 | 585 | ALICIA ARIZTIA DE | MEXICO 02444 | CARLOS DE J. LOPEZ LOPEZ | 3690811 |
| 9720-9 | 588 | HERNAN OLGUIN | AV. CENTRAL 8180 | NELSON ESCOBAR ESPINOZA | 3690555 3690554 |
| 9750-0 | Sin numero | SAINT ORLAND | SATURNO 3955 | FELIPE MUNDACA R | 7800198 |
| 9734-9 | 570 | RAUL SAEZ SAEZ | VERACRUZ 5243 | CRISTINA OLIVARES | 4288874 4288865 |
| | | | | | |