



Apoyando el Bienestar en las Comunidades Educativas

Programa Habilidades Para la Vida

En el año 2018, se cumplen 20 años desde el inicio oficial del trabajo en salud mental de Junaeb por medio del Programa Habilidades Para la Vida, como una de las acciones pioneras para apoyar el desarrollo psicosocial y la trayectoria educativa de niños, niñas y adolescentes en el contexto educativo chileno.

Durante su desarrollo, el Programa ha colaborado activamente con el sector público (educación, salud y desarrollo social). Asimismo, ha establecido una estrecha y permanente relación de cooperación con actores académicos y científicos, nacionales e internacionales.

Como parte de la conmemoración de los 20 años del Programa, nos hemos propuesto entregar un compendio de trabajos que permita reconocer aprendizajes y aportes desde la experiencia de este Programa, y desde el avance científico y académico en este ámbito.

Este conjunto de trabajos ayudan a responder una pregunta que nos hicimos a propósito de la conmemoración de los 20 años del Programa Habilidades Para la Vida ¿Cómo transformar esta conmemoración en un aporte para el desarrollo de Programas e iniciativas sociales para los niños, niñas y adolescentes en Chile?

Lo entregamos como aporte para aquellos que, desde el espacio de la escuela, las políticas públicas, la academia, la investigación y la sociedad civil, comparten el esfuerzo de favorecer que el desarrollo psicosocial y la experiencia educativa de los niños, niñas y adolescentes cursen en una comunidad protectora, que promueva su bienestar y su calidad de vida.

Apoyando el Bienestar en las Comunidades Educativas



Apoyando el Bienestar en las Comunidades Educativas

Programa Habilidades Para la Vida

Programa Habilidades Para la Vida





Apoyando el Bienestar en las Comunidades Educativas

Programa Habilidades
Para la Vida

APOYANDO EL BIENESTAR EN LAS COMUNIDADES EDUCATIVAS

Programa Habilidades Para la Vida
Departamento de Salud del Estudiante
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Junaeb
Santiago de Chile, septiembre de 2018

Producción

Coordinación Nacional
Programa Habilidades Para la Vida

Edición

Felipe Peña Quintanilla

Revisión

Ana María Squicciarini Navarro
Carola Maldonado Córdova
Katty Bustos Zúñiga
Ariela Simonsohn Wessel
Paola Sánchez Campos

Diseño e impresión

Simple! Comunicación
www.simplecomunicacion.cl

Uso del lenguaje

El uso de lenguaje que no discrimine ni reproduzca esquemas discriminatorios entre hombres y mujeres -y personas masculinas y femeninas- es una de las principales preocupaciones del Programa Habilidades Para la Vida, del Departamento de Salud del Estudiante y de Junaeb. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas acerca de la manera de hacerlo en un lenguaje estructurado en base a géneros como es el idioma español. En tal sentido -y para evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español el doble género "o/a; los/las" y/o utilizar formas neutras como "x" o "@", hemos optado -y nos disculpamos- por usar (cuando sea indispensable) la forma masculina en su tradicional acepción genérica.

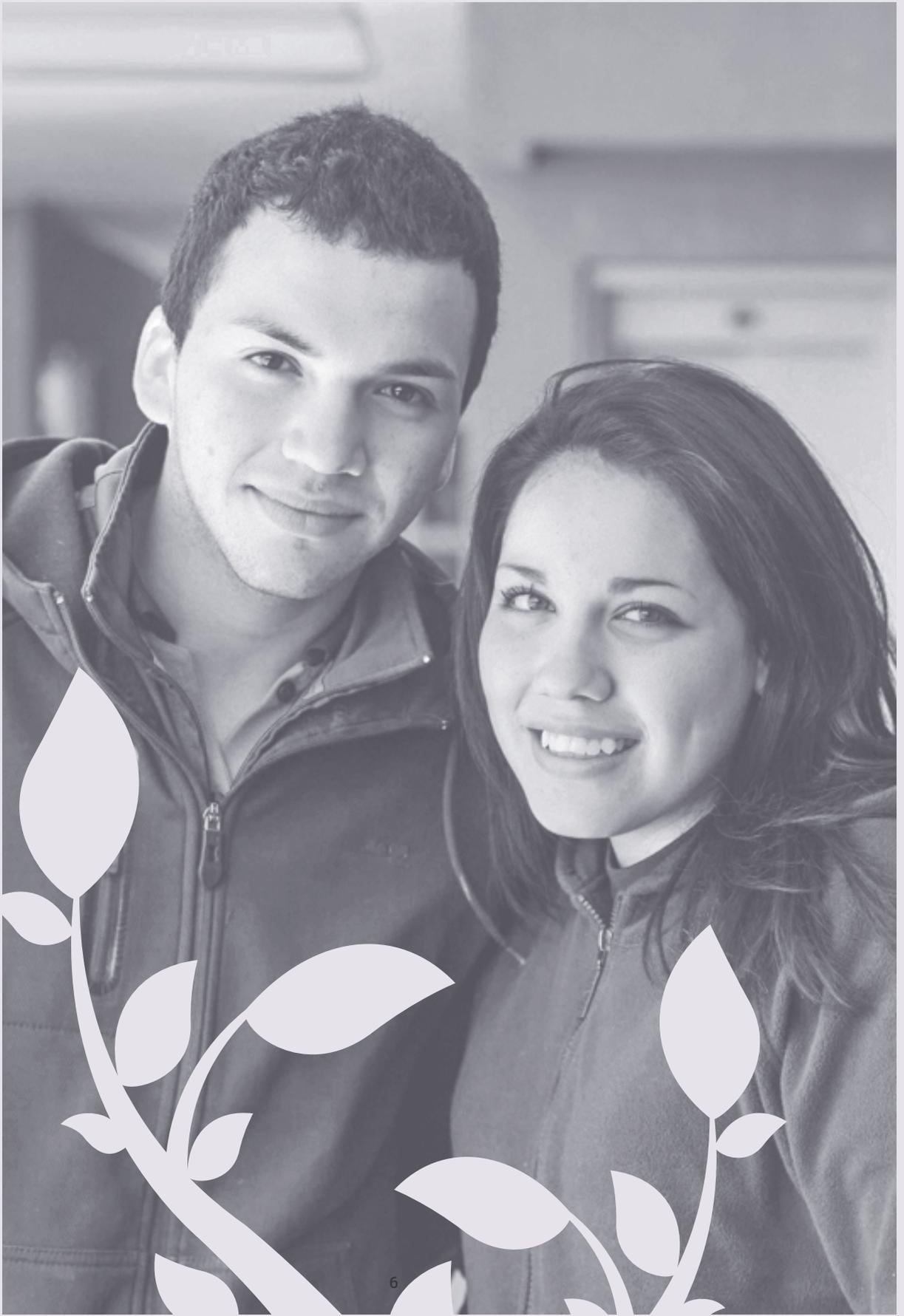


Contenidos

Introducción	7
Origen del Programa Habilidades Para la Vida	11
Explorando la implementación del programa Habilidades Para la Vida ¿Qué destacan los equipos ejecutores?	31
Diseño, desarrollo y transferencia de un sistema de monitoreo de la convivencia escolar al Programa Habilidades Para la Vida	43
Un apoyo psicosocial a comunidades educativas afectadas por emergencias y desastres	64
<i>Screening</i> en salud mental escolar: conceptos y consideraciones prácticas.....	76
Un análisis ecológico de predictores claves del bienestar en niñas, niños y adolescentes.....	98

*No solo la racionalidad fundamenta la conducta de las personas
y el diseño de programas públicos, es importante encontrar los valores
que las mueven para sintonizar los mensajes y sus acciones...*

*Javier Antonio Guzmán Piña
Enero 1978 - Octubre 2018*



Introducción

En el año 2018, se cumplen 20 años desde el inicio oficial del trabajo en salud mental de Junaeb, como una de las acciones pioneras para apoyar el desarrollo psicosocial y la trayectoria educativa de niños, niñas y adolescentes en el contexto educativo chileno.

Junaeb inicia este trabajo en 1998, por medio del Programa Habilidades Para la Vida. Hacia fines del año 2017, el Programa se desarrolla en 2.314 escuelas de 179 comunas del país. Participan en la actualidad 1.015.334 actores de las comunidades educativas (579.901 estudiantes, 493.652 padres, madres y apoderados y 22.885 docentes), en todas las regiones del país¹.

Durante su desarrollo, el Programa Habilidades Para la Vida ha colaborado activamente con el sector público (educación, salud y desarrollo social). Asimismo, ha establecido una estrecha y permanente relación de cooperación con actores académicos y científicos, nacionales e internacionales.

Desde el inicio se ha preocupado por contar con un permanente proceso de revisión y reflexión de sus propias prácticas y de la investigación aplicada. Con esto, el Programa busca configurarse como una intervención de calidad, que se convierta en un real aporte para estudiantes en condición de vulnerabilidad, y que sea capaz de implementarse en la diversidad de escenarios locales que se encuentran a lo largo del país.

Como parte de la conmemoración de los 20 años del Programa, nos hemos propuesto entregar un compendio de trabajos que permita reconocer aprendizajes y aportes desde la experiencia de este Programa, y desde el avance científico y académico nacional e internacional en este ámbito.

En este libro, se recogen elementos significativos de la historia del Programa, estudios que arrojan evidencia respecto de sus resultados e implementación, trabajos que entregan recomendaciones para el desarrollo de programas de salud mental en la escuela y una perspectiva global sobre el estado de desarrollo de este campo de intervención.

1 Cobertura oficial Habilidades Para la Vida año 2017. Fuente: Junaeb (2017). Balance de Gestión Integral. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

El texto se inicia con una entrevista a Myriam George, psicóloga que cumple un rol fundamental en el equipo que da origen al programa en la década de los noventa. En su historia es posible reconocer algunos aspectos relevantes del desarrollo de la salud mental infantil en Chile, y sobre la escuela como un espacio privilegiado para las estrategias de promoción y prevención.

Continúan los capítulos que corresponden a la traducción al idioma español de artículos publicados originalmente en idioma inglés. El primero de ellos fue publicado en 2017, en la revista científica *Harvard Review of Psychiatry*, y entrega un panorama global de los programas de salud mental en escuelas, de mayor magnitud en el mundo. *Scope, sacale, and dose of the world's larges school-based mental health programs*: <https://uploads.friendsresilience.org/wp-content/uploads/2017/09/25002759/Murphy2017-HRP.pdf>, este artículo plantea la necesidad de aprovechar la oportunidad que entregan este tipo de intervenciones para su estudio, y para la mejora y apoyo a la salud mental a gran escala. A continuación se incorpora un editorial escrito por el doctor Guilherme Polanczyk, publicada en la Revista científica *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* en el año 2015, se adjunta el link para acceder a dicho Editorial: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(15\)00491-8/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(15)00491-8/abstract), que enfatiza la necesidad de abordar la brecha en la evidencia que existe sobre los resultados de programas para el tratamiento y apoyo a la de salud mental de niños, niñas, y adolescentes. El doctor Polanczyk, destaca que aún queda mucho por probar y aprender sobre el impacto de este tipo de estrategias, y enfatiza la necesidad de continuar con esfuerzos de investigación como el estudio realizado sobre el Programa Habilidades Para la Vida. El siguiente artículo corresponde al estudio señalado por el doctor Polanczyk, publicado en el mismo número de la revista *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Este artículo se puede encontrar en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(15\)00481-5/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(15)00481-5/fulltext).

El texto presenta luego una serie de artículos escritos especialmente para esta edición. El primero de ellos, investiga el Programa Habilidades Para la Vida desde la ciencia de la implementación. Este artículo indaga -desde el discurso de 73 profesionales ejecutores del Programa- sobre los procesos individuales, grupales e institucionales presentes en su labor cotidiana, así como algunas necesidades y sugerencias surgidas desde la implementación en el mundo real. Este trabajo rescata una de las fuentes de información que mayor impacto ha tenido en el desarrollo del Programa: la opinión de los equipos y profesionales ejecutores.

A continuación, se incorpora un artículo sobre el diseño, desarrollo y transferencia de un sistema de monitoreo de la convivencia escolar, desde el Programa PACES y el Centro de Investigación para una Educación Inclusiva de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso hacia el Programa Habilidades Para la Vida. Este trabajo no solo releva a la convivencia escolar como un elemento importante para un programa de salud mental en la escuela, sino que además identifica los desafíos para su gestión basada en evidencia,

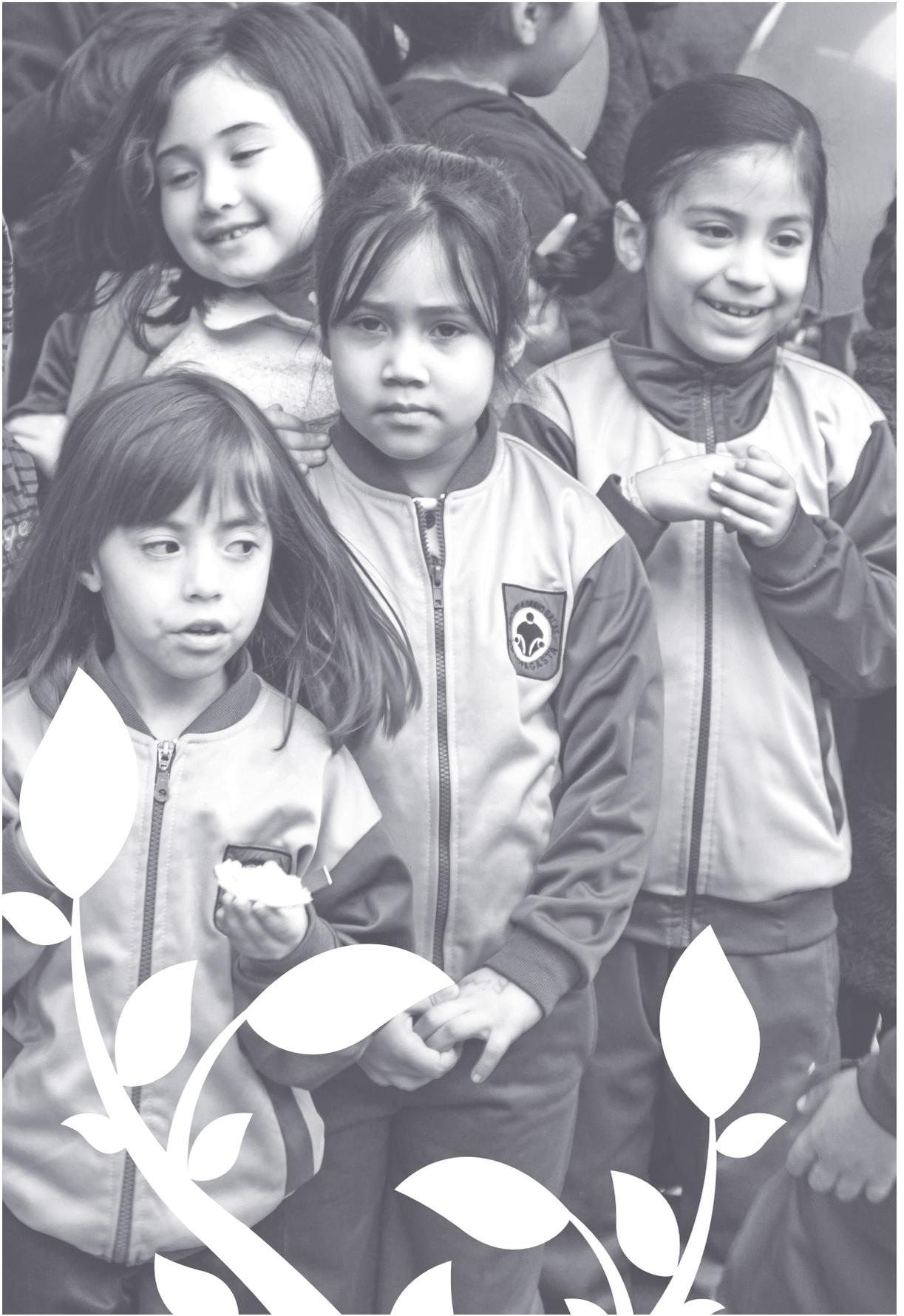
y el uso adecuado de los resultados de su monitoreo en el desarrollo de una política nacional sobre convivencia escolar. Este trabajo destaca por ser un ejemplo "completo" de contribución del desarrollo científico y académico al desarrollo de políticas públicas: desde el proceso de reflexión y comunicación, hasta la transferencia de tecnología utilizable en la ejecución regular de un programa público.

El siguiente artículo, describe la respuesta que el Programa ha entregado a la necesidad de apoyar a las comunidades educativas en el afrontamiento protector de situaciones (frecuentes) de alta complejidad e impacto comunitario: las emergencias y desastres. Las comunidades educativas requieren de acompañamiento y apoyo "en las buenas", y también en las "no tan buenas". Se describe la experiencia del Programa en el abordaje de situaciones de emergencias y desastres en el contexto escolar, así como la estrategia de intervención que se ha implementado en distintos momentos.

Finalmente, el texto cierra con dos artículos que recogen recomendaciones desde el desarrollo científico. El primero de ellos trata de los *screening* que permiten detectar problemas de salud mental antes que su manifestación exceda el umbral de derivación, estas herramientas son esenciales en el diseño e implementación adecuada de un programa de salud mental en escuelas, y permiten una entrega correcta de intervenciones tempranas. El artículo define conceptos claves asociados a los instrumentos de *screening*, y revisa algunas consideraciones prácticas que permitan su implementación exitosa en las escuelas. El artículo final, describe un estudio sobre bienestar en niños, niñas y adolescentes, que buscó analizar el rol de diferentes agentes próximos (familia, amigos, colegio y barrio) significativos en población escolar chilena. Este artículo es parte de un esfuerzo académico conectado internacionalmente, y plantea un nuevo desafío a las políticas públicas y programas sociales: ser capaces de tender puentes entre las subjetividades de la niñez y adolescencia y las estrategias para apoyar su calidad de vida en el contexto educativo.

Este conjunto de trabajos ayudan a responder una pregunta que nos hicimos a propósito de la conmemoración de los 20 años del Programa Habilidades Para la Vida ¿Cómo transformar esta conmemoración en un aporte para el desarrollo de Programas e iniciativas sociales para los niños, niñas y adolescentes en Chile?

Agradecemos a todos los que creyeron en esta propuesta y colaboraron para que este libro fuera posible. Lo entregamos como aporte para aquellos que, desde el espacio de la escuela, las políticas públicas, la academia, la investigación y la sociedad civil, comparten el esfuerzo de favorecer que el desarrollo psicosocial y la experiencia educativa de los niños, niñas y adolescentes cursen en una comunidad protectora, que promueva su bienestar y su calidad de vida



Origen del Programa HPV.

“Ahí empezó la relación con las escuelas que no terminó nunca más...”

| Florencia González Zúñiga¹

¿Por qué Myriam George? Porque a través del relato de sus experiencias, podremos recorrer la historia del Programa Habilidades Para la Vida y un pedazo no menor de la historia política y social de Chile.

Entrevistarla es pasar desde la barrera inicial de la profesional seria y algo distante -con una cultura amplia y una memoria brillante que le permite analizar en detalle los hechos históricos, el acontecer político y social y el devenir de las políticas públicas- para llegar a compartir con una persona tremendamente cálida y humana, que se desborda con esa pasión -que define como “su motor”- cuando habla de la importancia del desarrollo de la Salud Mental Infantil, y de trabajar al interior de los sistemas escuela y familia. Todo complementado con un sentido del humor exquisito, lleno de picardía, con el que relata anécdotas hilarantes.

Una “Leona del Programa”, como se autodefine... y se nota.

Mi experiencia empieza en los años '61 ó '62, durante la formación de la carrera de psicología y el desarrollo de lo que en ese tiempo se llamaba Psicología Evolutiva, que posteriormente pasó a llamarse Psicología del Desarrollo. En esta formación, la infancia me cautivó desde el principio porque era de una gran riqueza. Era menos estructurada, más permeable, más creativa, más propositiva.

Yo soy un poco hipercinética, el poder hacer y deshacer era más posible en el concepto de desarrollo fenomenológico que en un concepto de trastorno, de enfermedad, de cronicidad. Aprendí que los niños se enferman poco, por tanto, no había que preocuparse mucho de la respuesta más médica terapéutica.

Los niños se enferman poco, a los niños los enferman... eso creo que me marcó.

1 Enfermera y Periodista, Departamento de Salud del Estudiante de Junaeb.

Un poco de recuento y contexto

Mi familia era de Chillán, ciudad en la que viví con mi hermano, mi papá y mi mamá, hasta que entré a la Universidad de Chile. Yo soy la mayor.

Mi abuelo paterno fue un inglés que se vino a Chile, ingeniero eléctrico y que trabajó en la instalación de la electricidad en Valparaíso. Fue un caballero importante, muy elegante. Se llamaba William Henry George Montgomery, como nombres, pero al casarse con mi abuela quedó registrado como primer apellido "George". Se cuenta que era casado allá y que también se casó acá; se quedó bien callado.

Mi abuela paterna Luisa Echeverría Puga estaba muy contenta cuando pasó a ser la señora "de George". Tenía 20 años menos que mi abuelo, era de "buena familia", pero un poco díscola. No sé cuánto tiempo estuvo casada, sólo sé que al separarse de mi abuelo volvió a Bulnes donde su mamá con su único hijo, William Henry George Echeverría, mi padre. Ella era una "vieja" genial. Un día se acostó muy arreglada, con rímel, "pintá" de labios, leyendo el Ecran y viendo "tele", porque alcanzó a ver la "tele" el año '62, y decidió no levantarse nunca más.

Mi papá era un tipo bien especial. Hizo el Servicio Militar en la Marina, le gustaba el cine y recitaba poesía. Era un bohemio. En los años '40 llevaba el cine a distintos pueblos cercanos de Chillán. Ponía un telón en la plaza del pueblo y daba películas de esa época, como "King Kong"; una maravilla. Además, nos filmaba con mi hermano y el resto de la familia, aún conservo esas películas.

Me habría encantado estudiar cine y radio. En Chillán hice programas de radio y radioteatro; mi hija menor es cineasta. Evidentemente está la influencia de mi papá.

Mi mamá, por el contrario, tenía un cuento con la alcurnia social en la pequeña burguesía chillaneja. Le importaba vestirse elegante para ir a misa en la Catedral de Chillán, que era un lugar de encuentro social. Quería que yo fuera "perfectita", bien educada, buena alumna, bien vestida, que me juntara con gente de "buena familia"; era alegre, creativa y empeñosa.

Su padre, mi abuelo materno, que parece que era un "rajadiablos", conoció a mi abuela cuando entró a trabajar como peón en el fundo del sur del padre de mi abuela (es lo que se dice). Se casaron. Mi abuelo aprovechó bien el camino, compró el fundo y se trasladaron a Chillán donde tuvieron el primer auto en la ciudad. Lamentablemente, nunca dejó de ser un jugador, cuentan que la última vez que perdió, volvió a casa y se suicidó.

En este contexto familiar particular, mi abuela materna fue muy importante para mí, yo era su regalona. Mis padres participaban en fiestas y eventos sociales pero eran

muy estrictos conmigo. Yo vivía bajo la protección de mi abuela. Cuando chica ella me contaba cuentos, y ya más grande le escondía a mis padres las leseras que hacía para que no me castigaran. Fue mi mejor refugio durante la infancia y adolescencia.

Primeros hitos

Estudié doce años gratis en el Instituto Santa María de las Monjas Alemanas, en Chillán. Éramos un curso chiquitito, como dieciocho alumnas. Tenía buenas notas pero era desordenada, como en el año '59 ó '60, hicimos la primera huelga porque la Madre Superiora, que era nuestra profesora de inglés, nos iba a hacer una prueba sin previo aviso. Como era una huelga de brazos caídos, no íbamos a sacar el lápiz. Llegó la directora y dijo "¡Saquen el lápiz!". No lo hicimos, todo el curso respondió como tabla.

Fue la primera huelga en la que participé y que organicé con una compañera con la que todavía somos amigas. Me salvó que era buena alumna. A las monjas les importaba mantener a las buenas alumnas porque en ese tiempo iban profesores del liceo, que no nos querían mucho por supuesto, a tomarnos los exámenes para que fueran válidos. Era la regulación de colegios "subvencionados" desde el Ministerio de Educación.

Al terminar, di mi Bachillerato en Biología porque en algún minuto pensé estudiar Medicina, pero no lo hice. Di exámenes de admisión en la Universidad Católica y Universidad de Chile para Psicología y me quedé en "La Chile".

Universidad y nuevos mundos

Cuando entré a Psicología éramos un curso de apenas doce personas, habíamos pasado un examen de admisión con muchas pruebas psicológicas y entrevistas. La escuela de Psicología cambió varias veces de ubicación, un tiempo funcionamos en "el Pedagógico", en Macul.

Yo venía de provincia, un poquito asustada. Mi familia me tenía completamente apretadita, me controlaban todo; luego llegaba a la universidad y en los cursos nadie me decía nada, eran mundos totalmente distintos.

Me acuerdo haber vivido tardes enteras con compañeros escuchando a Nicanor Parra hablándonos en "el Pedagógico", o a Ramírez Necochea, grandes personajes de la Universidad. Luego viene la Reforma, el '67 y '68. "La Chile" era una universidad pública, queríamos democratizarla, que hubiese derecho a voto para todos, no sólo para los profesores. Como estudiantes nada nos era ajeno, era una revolución que trataba de hacer un cambio de mirada, de visión de mundo, muy estimulante y creativo.

Recuerdo que entré a la Universidad y se me olvidó todo el resto, mis amigos y amigas eran del mundo universitario, mis juntas eran de la universidad. Era un tiempo muy creativo, y para mí más libre.

Caminando hacia lo comunitario

Fui ayudante de la cátedra de Psicología Evolutiva en el segundo año de la carrera. Me gustaba la academia, eran tiempos distintos, no andabas corriendo detrás de una ayudantía o pagando para hacer algún trabajo práctico. El servicio público era el que te acogía para poder hacer investigación y trabajar. Hacíamos los pasos prácticos en los consultorios y hospitales. Tenías muchas facilidades.

Hice mi trabajo de tesis con niños hospitalizados en el Hospital Roberto del Río, ahí conocí el Servicio de Neuropsiquiatría que tenía una escuelita para niños y niñas con parálisis cerebral; y empecé a entusiasarme con esto que tenía que ver con niños y niñas, pero con problemas de aprendizaje. Cuando me titulé el año '66 me quedé trabajando en ese hospital.

Allí llegaban a consultar principalmente niños y adolescentes de escuelas públicas, a veces con problemas relacionados con catástrofes que vivía el país como inundaciones, aluviones u otros; atendíamos a esta población en las escuelas y, de esta manera, salíamos del hospital a la comunidad para hacer algo con la gente. Era un Servicio de Neurología muy curioso porque lo que menos se hacía, al menos los psicólogos, era neurología, nuestro quehacer era mucho más comunitario.

En 1970, fui la encargada de la Comisión Mixta de Salud y Educación en el área norte de Santiago correspondiente al Roberto del Río, trabajaba en la coordinación con todas las escuelas del sector de Recoleta e Independencia. Era muy interesante, empezamos a salir y ver otros problemas en los niños y niñas, y no esa visión tan neurológica del daño cerebral mínimo en la que estábamos.

Ahí empezó la relación con las escuelas que no terminó nunca más.

Entre la clínica y la academia

Al Servicio del Roberto del Río venían psiquiatras infantiles que hacían el internado de especialidad, así conocí y trabajé con Flora de la Barra, Carmen López y Carlos Almonte quienes lideraron después el movimiento de la psiquiatría infantil. El jefe del Servicio era Mario Sepúlveda, un médico psiquiatra formado en Alemania en la línea fenomenológica, con una mirada totalmente distinta al Director anterior, el neurólogo Ricardo Olea.

En ese tiempo, había solo dos Servicios de Psiquiatría Infantil: el del Roberto del Río y el del Calvo Mackenna con el Dr. Altamirano, de orientación psicoanalista.

Hacíamos atención clínica a la población; llegaban al Servicio de Psiquiatría algunos casos que no venían derivados de ninguna parte, pero que si estaban en las escuelas, simplemente llegaban. En el equipo había, al inicio, dos neurólogas, un psiquiatra, dos psicólogos, una enfermera y una asistente social. Era mucha la gente que teníamos que atender. El diagnóstico principal: niños con problemas de aprendizaje.

Pero también nos llegaban casos de niños o niñas que eran quemados con la plancha porque se hacían "caca", o con el pene amarrado con alambre para que no se hicieran "pipí", o porque en el colegio les habían pegado por cualquier razón.

Nos dábamos cuenta de que había situaciones -o, como decíamos, "motivos de consulta"- que pasaban por problemas de los niños en las casas, y otros en las escuelas. Con algunos becados formamos grupos de manejo psicosocial, pero sabíamos que era importante ver a los padres y a los profesores para intervenir realmente en los problemas.

Empezamos a salir del box del hospital y fuimos a las escuelas, era una necesidad.

Yo seguía con horas de docencia en la Universidad, luego fui profesora auxiliar y comenzamos a desarrollar toda la línea de Piaget. Creo que eso también ayudó a tener una mirada más integradora porque era como un nicho muy fértil para entender la psicología y la pedagogía, era más fácil hacer un engranaje entre la fenomenología y las etapas del desarrollo propuestas por Piaget.

Toda esa experiencia de trabajo y de vida que fue creativa, intensa, a veces difícil, terminó en septiembre del '73 con el golpe militar.

Ginebra, Suiza...

Durante el tiempo en la academia y en el Roberto del Río, empecé -o empezamos más bien- a estudiar con mayor atención el concepto de desarrollo infantil y sus problemas, mirábamos autores y experiencias en clínica infantil en el extranjero. Así conocí, además de Piaget, a un psiquiatra español residente en Suiza, Julián De Ajuriaguerra. En el año '72, en Psicología de "La Chile", se llamó a concurso para una beca en el área infanto-juvenil para estudiar en el Instituto Mayéutico en Lausana, ciudad al lado de Ginebra, Suiza. Postulé y gané junto a otra colega y académica.

La beca resultó ser un fiasco total, no era lo que esperábamos ni lo que nos ofrecieron. Luego de semanas difíciles, fuimos a Berna y reclamamos en el Servicio de Coopera-

ción Técnica, que era el que daba el dinero al Instituto. Después de una investigación, nos dijeron: "hagan cuenta que no ha pasado nada y elijan dónde quieren seguir con la beca y estudiar".

Elegí ir a la Universidad de Ginebra y a la Clínica Psiquiátrica Universitaria cuyo director era el psiquiatra Ajuriaguerra. En los cursos de la universidad conocí y escuché a Piaget. Estaba con mis dos ídolos, y me di cuenta que de ídolos nada. Pero fui feliz. Además, conocí a quien hoy es mi esposo, Jean Pierre, un psiquiatra suizo.

No se imaginan cómo era esa clínica psiquiátrica, un enorme terreno con árboles, flores y una laguna hermosa. En el casino todos almorzaban juntos, no se sabía quién era paciente, médico o cualquiera. Los enfermos paseaban y conversaban con medio mundo. Asistíamos a las reuniones clínicas; ahí aprendí mucho, además del amor que fue muy importante, porque era otra parte de la vida que tenía medio complicada. Estaba separada y tenía a mi hija Claudia en Chile.

El 73 y una nueva partida

Volví en mayo del '73 cuando terminó la beca, además quería llegar para votar en las elecciones parlamentarias, y tenía a mi hija Claudia con mis padres. La situación en el país era dura; vivíamos lo político, lo social, lo profesional y lo familiar con un poco de esperanza, pero también con miedos. El golpe militar fue ese mismo año. Me echaron del Hospital, el servicio de Psiquiatría se "clausuró"; en la Universidad no fue tan violento, pero no volví a hacer clases.

A nivel familiar, vivía con Claudia y Jean Pierre quien se había venido a Chile a trabajar en agosto del '73; en Suiza, él era jefe de clínica, militante de movimientos de lucha democrática de esos tiempos, además había trabajado con un equipo de Terre des Hommes durante la guerra en Vietnam y en un hospital en el Bronx en Nueva York. Le interesaba mucho el gobierno de la Unidad Popular, ya conocía algo de la situación que se vivía en esos meses; vino a verme justo para el "tanquetazo". No encontraba "pega", estaba la huelga de los médicos, la huelga de los camioneros y justo lo llamaron del Hospital San Juan de Dios para que se presentara el 11 de septiembre a las 8:00 horas y fue, sin hacer caso a mis temores, me dijo "tú también vas a trabajar y por qué no podría yo hacer lo mismo, sé cómo cuidarme". Al llegar no lo recibió el Director del Hospital, estaba preso. Atravesó caminando desde el Hospital San Juan Dios hasta el Roberto del Río, donde estaba yo, y me dijo "vi tanques, soldados en las calles... es un golpe de estado".

Empezó la represión. No teníamos trabajo, los colegas y los amigos no estaban; a fines de noviembre nos fuimos a Suiza los tres con mi hija Claudia. Llegamos a Ginebra y

arrendamos un departamento amoblado, yo pensaba que volveríamos pronto. Regresamos a Chile recién el '85.

Servicio Médico Pedagógico

En Ginebra nos casamos en febrero del '74, me dieron la nacionalidad suiza, y luego me contrataron como psicóloga en un centro o consultorio comunal de Salud Mental de escolares con un equipo de psiquiatras, psicólogas, asistentes sociales, enfermeras, educadores del lenguaje, psicomotricistas. Era el Servicio Médico Pedagógico, que tenía estos centros en varias comunas del cantón de Ginebra y atendía a escolares de 4 a 12 años.

Trabajé en el equipo de la comuna donde yo vivía que atendía a siete escuelas públicas; era un barrio enorme con edificios, la mayoría eran viviendas sociales. El Servicio estaba ubicado al medio y por los alrededores estaban todas las escuelas. Era como un centro cívico, tenía de todo: escuela primaria, escuela secundaria, supermercado, farmacia, bancos y centros de salud mental.

En Ginebra los niños eran obligados a asistir a las escuelas públicas de su barrio, las que tenían la capacidad de recibirlos. La calidad de las escuelas públicas es mucho mejor que las privadas, mis dos hijas estudiaron ahí.

Las escuelas, un sistema

Estos centros de atención de escolares tenían, en esos tiempos, una orientación psicoanalítica; todos los meses venían profesores de una Escuela Psicoanalista de París a supervisar el trabajo y asistían a las reuniones clínicas, era parte de la formación de los profesionales del servicio en Ginebra.

Mi acercamiento al trabajo en el equipo no fue muy natural, fue más bien "desconfiado"; los psiquiatras que dirigían y los psicólogos, que éramos muy poquitos, eran todos psicoanalistas, lo que no resultaba muy consistente con mi manera de trabajar, con lo que sabía "hacer", que era de orientación más comunitaria. Sin embargo, tuve la oportunidad de formarme en el Enfoque Sistémico con un psiquiatra belga que también hacía supervisión clínica con los profesionales del Servicio. Aprendí bastante y diría que me hizo mucho sentido mirar las escuelas como un sistema, como una comunidad educativa.

En el centro atendíamos juntas con la colega psicomotricista y con la logopeda o reeducadora del lenguaje, especialmente con los más pequeños.

En las escuelas públicas ginebrinas había mucha diversidad, escolares con culturas diferentes, hijos de inmigrantes o trabajadores extranjeros. Por ejemplo, en un curso de veintidós alumnos, veinte eran de distintas nacionalidades. En el Servicio trabajé también con muchos niños exiliados: chilenos, argentinos, uruguayos, a quienes recibía y atendía en español. Fue una experiencia muy interesante desde el punto de vista profesional. La estructura de los cursos, las clases, y el trabajo de los profesores eran muy distintos a lo que conocía.

Entendí que para intervenir en las escuelas había que conocer las dinámicas, los climas y las formas de convivencia que existían.

Empiezo a trabajar de manera algo distinta al equipo; voy a las escuelas, a las clases, a conocer a los profesores, a conversar con ellos. Fui bastante bien recibida como psicóloga del Servicio. Traté de entender como resolvían situaciones problema, en clases o en el recreo. En las escuelas los “profes” se volvían locos, trabajar con niños que casi no hablaban francés, de hábitos y culturas diferentes; niños y niñas que venían de España, Portugal, Turquía, países africanos, hijos de exiliados, muchos latinoamericanos. Aprendí mucho. Conocí un programa de innovación pedagógica muy interesante llamado Rapsodia.

Como en general era la escuela la que pedía (a veces obligaba) a la familia que consultara por los problemas de sus hijos, fui a las casas de los escolares, encontré a los padres, a los hermanos de los niños que consultaban. No era fácil pero me entusiasmaba trabajar como lo que había hecho en Chile, era lo que sabía hacer.

Fueron más de diez años de trabajo con las escuelas.

De vuelta en Chile

Nos volvimos a Chile en 1985, intentamos el año '80 pero no resultó; tratamos de ir a Nicaragua, pero tampoco resultó. Finalmente, apareció una posibilidad, yo trabajaba dieciséis horas en el Servicio Médico Pedagógico y el resto del tiempo lo hacía en una organización no gubernamental internacional de Derechos Humanos y con el Comité de chilenos exiliados en Suiza. Esos espacios nos permitieron hacer un trabajo solidario con la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, denunciando la violación de estos derechos en Chile y, además, participar del largo proceso que finalizó con la firma de la Convención de los Derechos del Niño en Ginebra.

Relacionado al tema de los derechos del niño llegó a Suiza María Eugenia Rojas, Secretaria Ejecutiva de la Fundación de Protección a la Infancia Dañada por los Estados de Emergencia, PIDEE.

Ahí la conocí, nos relacionamos, nos ayudamos, nos quisimos, nos comprometimos y nos dio “pega” en Chile. Llegamos los dos con Jean Pierre al PIDEE el año '85. Nos sumamos al equipo de psicólogas y de un psiquiatra que trabajaban en el área de la Salud Mental. Era una experiencia profesional nueva. Hicimos grupos terapéuticos con niños, niñas y adolescentes, terapia en la cárcel, terapias familiares, visitas con los hijos de los presos políticos a la cárcel. Está todo publicado. Fue un trabajo en Salud Mental duro y difícil. Desde que me fui del PIDEE no volví a trabajar en atención clínica de niños, niñas y adolescentes nunca más.

En paralelo, apareció mi veta más sistémica e hice el curso en el Instituto de Terapia Familiar de Santiago. El trabajo real me demandaba salir del sistema escuela, y aprender más de los otros sistemas como la familia.

En 1991 me invitan a trabajar en el Ministerio de Salud, ya se había creado la Unidad de Salud Mental.

El FONDECYT, una nueva etapa

En el equipo de Salud Mental del Ministerio, trabajaban Flora de la Barra y Carmen López en el área infanto-juvenil. No teníamos clara la situación de la Salud Mental infantil luego de los diecisiete años de dictadura, entonces, el equipo convocó a un amplio grupo de profesionales que había tenido relación con este tema. De esas reflexiones, concluimos que no había una política en Salud Mental infantil y que no teníamos un diagnóstico claro de qué pasaba con los niños en la edad escolar.

A partir de eso, empezamos a preparar un estudio FONDECYT (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico) para responder a esta situación; participamos profesionales del Ministerio y académicos de la Universidad de Chile. El estudio se construyó el '91, y el '92 empezamos a trabajar en escuelas públicas de comunas de la Región Metropolitana, para lo cual hicimos una buena alianza con Junaeb, en especial con el Programa de Salud Escolar.

Para realizar el diagnóstico de la Salud Mental de los escolares seleccionamos dos cuestionarios que utilizaban investigadores de universidades de Estados Unidos. Lo primero fue adaptarlos y validarlos para ser usados en Chile; este diagnóstico se complementó con entrevistas pauteadas realizadas por psiquiatras. Los cuestionarios seleccionados fueron el TOCA y el PSC. Del primero, era autor el epidemiólogo Sheppard Kellam, de la Universidad de Johns Hopkins creador del Programa *Good Behavior Game*, quien a la vez fue profesor invitado por nuestro FONDECYT. El PSC, creado por el pediatra Michael Jelinek, respondía súper bien a la mirada más psico-social de la salud infantil.

Al comienzo no pensamos en traducir los resultados de este estudio en un programa de Salud Mental en la escuela; la energía fue puesta en publicar, en lograr más recursos para prolongar el FONDECYT, y también en aportar a las orientaciones de Salud Mental Infantil del Ministerio. Todos los resultados de este estudio están publicados en revistas o en documentos del Ministerio.

Hacia la promoción y la prevención

En 1993 se publicó el texto "Políticas y Plan Nacional de Salud Mental" del Ministerio de Salud, participamos con Flora, Carmen y el resto del equipo de salud mental, incorporando una visión de la población infantil, sus problemas prioritarios.

Este es un documento importante para conocer la historia y desarrollo de la Salud Mental en nuestro país. Rescata la mirada multidisciplinaria, y la coordinación de diversos sectores para la comprensión y abordaje de los problemas y situaciones que atienden los equipos de Salud Mental. De a poco, la Salud Mental Infantil comenzó a tomar mucho más vuelo, hasta ahí no había casi nada que orientara la acción.

El Plan incorpora las estrategias de fomento y promoción, y acciones de prevención de trastornos específicos, tanto en la población general como infantil.

No existían o no funcionaban las comisiones mixtas de salud y educación; surgen nuevos problemas asociados a la violencia, al alcohol y drogas en los adolescentes. Yo diría que empezaron a tomar importancia, dentro de las Políticas de Salud, la promoción y la prevención.

En las décadas del '70 y '80, ni siquiera estaba claro el concepto de Salud Mental, hablábamos más bien de psiquiatría, es cosa de ver documentos del propio Ministerio. Lo que yo aprendí en Suiza no era prevención y promoción como política pública. Y lo que hacía antes en Chile no se llamaba así, no estaba conceptualizado, era más bien una mirada más comunitaria, más social.

Empezamos a elaborar desde el Ministerio orientaciones para la prevención de los trastornos psiquiátricos, pero aún no se hablaba de promoción. Sí aparecía la promoción de vida sana, como un gran paraguas que promovía los ejercicios físicos, la alimentación, hábitos saludables; pero eran estrategias de salud más general, y no asociadas claramente a la Salud Mental.

En el equipo del área infantil partimos pensando en prevención de trastornos o problemas específicos como el Trastorno Hiperactivo y el Maltrato, que eran prioritarios. Elaboramos varias orientaciones técnicas y programáticas para la atención integral de estos problemas donde incorporamos algunas estrategias preventivas.

Recién en el '97, publicamos en el Ministerio el documento: "Salud Mental en la Escuela: Manual para la prevención, detección y manejo de problemas".

Este documento recoge la larga experiencia del trabajo de las actividades realizadas durante 5 años, en y con las escuelas, y con los centros de salud que participaban de la investigación de FONDECYT y Junaeb. En él hay aportes de muchas personas e instituciones. Profesores, orientadores, directores de escuelas, de corporaciones municipales, profesionales de la salud, de consultorios, de equipos de reforzamiento psicosocial, de Centros de Salud Mental Familiar (COSAM), y especialistas en salud mental de la Unidad de Salud Mental.

Por primera vez se presenta desde el Ministerio de Salud, un documento con actividades que pueden realizarse en el primer ciclo básico de la escuela. Son acciones que promueven conductas protectoras de la Salud Mental de profesores y alumnos, actividades para reconocer a los niños con problemas y riesgos de salud mental, y para realizar las acciones de apoyo que necesitan.

Pero no era fácil, por lo menos en el ámbito de salud, implementar esta propuesta, era necesario "engancharnos" con un trastorno de Salud Mental más específico. En el FONDECYT, apareció clarito el Trastorno Hipercinético como el de mayor prevalencia en los escolares del primer ciclo básico. Con esos datos, y el conocimiento de que este trastorno tenía una importante comorbilidad, sabíamos que estábamos tocando algo muy relacionado con la edad y con otros trastornos como la depresión o los problemas de aprendizaje.

Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

"El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental no solo depende de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven. Por lo tanto, las acciones que favoorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo".

"Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familias, por lo que son, necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud".

"La comunidad escolar es un sistema donde un conjunto de personas de distintas generaciones aprende, trabaja, juega y convive. La permanencia habitual del niño que está cursando etapas claves de su desarrollo bio psico social en la escuela, a cargo de adultos capacitados y en convivencia con otros niños, ha demostrado ser un período de tiempo privilegiado para promover, proteger, detectar problemas, y realizar acciones de recuperación y rehabilitación, en conjunto con los sistemas sanitarios.

República de Chile, Ministerio de Salud (1993) Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud.

Ese era nuestro norte, y era fundamental la alianza con Salud Escolar de Junaeb, con quienes ya habíamos trabajado en un proyecto piloto en las escuelas.

Todo está escrito en el documento "Trastornos de Salud Mental en Chile: Magnitud del Problema". En el capítulo 3, están los resultados del FONDECYT donde empiezan a aparecer los trastornos hiperkinéticos en niños y niñas de Primero, Tercero y Sexto Básico. Y también otros problemas, como la disfunción familiar.

Y comenzó todo

Entre los años '90 y '91 se creó el Programa de Salud Escolar de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, hoy Departamento de Salud del Estudiante. Su Director, Antonio Infante, y el equipo de Salud Escolar, con María Paz Guzmán a la cabeza, tuvieron una visión revolucionaria al mirar y preocuparse de la relación entre educación y salud a nivel de los escolares. Mucho antes, hubo iniciativas como las de Eloísa Díaz, una de las primeras en trabajar la salud escolar, por ejemplo, con la instalación de sillones dentales en los colegios.

Como trabajábamos juntas profesionales del Ministerio de Salud y Junaeb, creamos una comisión donde asistían María Paz Guzmán y Ana María Squicciarini por Junaeb, Graciela Muñoz por la Atención Primaria, Carmen López y yo por el Ministerio. Era la construcción del nicho para desarrollar, más adelante, el Programa Habilidades Para la Vida.

Era importante coordinarse, crear alianzas, porque no estábamos improvisando, partíamos de datos y resultados de una larga investigación, lo que nos parecía muy valioso. No se puede construir un Programa o entregar respuestas si no sabes antes las preguntas más pertinentes. Al menos, saber quiénes son, cuántos son, de dónde son, por qué surgen los problemas, saber qué les duele, o por qué están enfermos y de qué.

Políticas y Plan Nacional de Salud Mental

"... se requiere enfatizar, además, la capacidad de respuesta del ambiente a las necesidades y acciones del individuo y del grupo en un concepto ecológico de la Salud Mental".

"Las políticas de Salud Mental... requieren imperativamente coordinarse con muchos otros sectores".

"... Indicadores complementarios están orientados principalmente a la detección de condiciones vinculadas a factores de riesgo o a las consecuencias de los trastornos mentales. Existe mucho menos información que exprese las condiciones favorecedoras o protectoras de la Salud Mental".

República de Chile, Ministerio de Salud (1993) Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud.

Ese estudio nos orientó hacia una población que no había sido estudiada al menos en 20 años. Esto era un como un rastrillo de la población general. Fue así como empezaron a aparecer los problemas reales.

Para poder encontrar respuestas estaba la mirada desde la epidemiología que nos decía cuáles eran los problemas y de qué magnitud, y teníamos que ver qué hacer para poder prevenirlos.

Desde el Ministerio a la Junaeb

El Manual de Salud Mental en la Escuela, publicado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, no dio fruto en su cuna de origen, pero sí aportó y orientó el Programa piloto de Salud Mental que estaba implementando Junaeb durante los años '97, '98 y '99. Con Carmen López colaborábamos en la supervisión de este piloto desde el Ministerio. El equipo de salud escolar nos presentaba informes de las mismas escuelas donde habíamos trabajado el FONDECYT; qué había resultado y qué no de lo propuesto en el Manual. Claro que en éste aparecían mucho más nítidas las estrategias de promoción y sensibilización, que las actividades de prevención. Ya en el '98 Junaeb se "apropió", en justicia, del Programa que aún se llamaba Salud Mental en la Escuela.

Finalmente, me retiré del Ministerio de Salud al inicio del 2002, ya que no pasaba mucho con la promoción y prevención en niños y adolescentes. Me fui contratada a Junaeb para trabajar en el equipo de Salud Escolar y apoyar el Programa en Salud Mental.

La Salud Mental en Junaeb y el Programa Habilidades Para la Vida, se crearon juntos para completar una mirada integral de salud: salud mental, salud bucal, salud física y escuelas saludables con la promoción. En el equipo había pediatras, psicólogas, asistentes sociales, profesoras, terapeutas ocupacionales, y otras personas que llegaron después.

Yo tenía una "pega" muy específica, no me ocupaba de la gestión del Programa, Ana María era la encargada de esa tarea. Mi aporte era más en desarrollar conceptual y técnicamente el Programa de Salud Mental, pero participaba de las reuniones de las otras áreas de Salud Escolar. En concreto, elaborábamos las orientaciones técnicas para los equipos del país donde se implementaba el Programa. Además, con Ana María y otras profesionales, supervisábamos el desarrollo y cumplimiento de los equipos según estas orientaciones. Realizábamos anualmente capacitación, tanto con los equipos nuevos como con los antiguos que trabajaban en varias comunas del país. Esto nos permitía transmitir las bases teóricas y conceptuales de las nuevas intervenciones y responsabilidades asumidas desde el Programa. Empezamos también a presentar el Programa en congresos y en espacios académicos, en centros de salud primaria, en reuniones ministeriales de Salud y Educación.

Ahí vino la segunda parte, que tenía que ver con Sheppard Kellam, quien llevaba años trabajando con su Programa en las escuelas en Estados Unidos (con seguimiento de cohortes de escolares durante 17 a 25 años), y que con sus resultados logró detectar que, de todos los riesgos que aparecían en el cuestionario TOCA, algunos eran predictores de la aparición de problemas de mayor peso, lo que era absolutamente estadístico, no era mágico, ni un milagro. Entonces, los riesgos que tenían un mayor peso predictor, había que trabajarlos y tratar de cambiar su ruta.

Comenzamos a estudiar qué significaba Riesgo, y cómo estos tenían que ver con ciertas características o conductas observables. Había riesgos objetivos, que a veces no eran observados fácilmente, y tenían que ser los profesores quienes (al estar en las salas de clases con los niños) podían observar las conductas y detectar aquellos que llamábamos Riesgos. Y, por otra parte, sabíamos que los padres podían ser capaces de detectar, en el hogar, conductas que en el cuestionario PSC nos aparecían de Riesgo.

No nos quedamos sólo en el riesgo, empezamos a mirar aquellos factores que podrían proteger a los niños de estos riesgos. Eran factores o características de los propios niños, o de sus relaciones, o de sus contextos habituales de vida. Conocíamos los estudios del psiquiatra inglés Michael Rutter (otros de mis gurús) y que nos ampliaba el concepto de resiliencia.

El metodólogo Rolando Zapata nos escuchó y apoyó mucho en las largas discusiones en que nos preguntábamos cómo traducir, en el quehacer del Programa, estas dinámicas de riesgo y protección para enfrentar la prevención. Supimos que los riesgos eran ordenables, por ejemplo, por edad. Pero la edad y el sexo no los podíamos cambiar, entonces teníamos que ver riesgos que no fueran estructurales, con los cuales pudiéramos trabajar la estrategia de prevención.

Con Rolando queríamos probar, con los datos que nos entregaba el Programa, actividades con una mirada más ecológica, y no pensar necesariamente que el síntoma o el riesgo era propio de cada persona y que tenía cierta constancia. Los riesgos y la protección se van sumando, interactúan, aumentan, disminuyen, son dinámicos.

Un niño puede tener un riesgo individual por estar en alguna situación de discapacidad, un riesgo familiar por tener alguien cercano con esquizofrenia, o un riesgo escolar porque no asiste a la escuela, estas situaciones se van sumando y aparece el concepto de Cadena de Riesgos, que es un aporte importante en nuestro Programa. Sin embargo, estas cadenas se arman de manera casi particular en cada niño, y los factores de riesgo que componen estas cadenas no tienen el mismo peso o fuerza en el niño A, B o C.

Explicábamos estas Cadenas de Riesgo como si fueran eslabones de distinto material –o distinto peso– que armaban las cadenas, algunos eslabones podían ser de algodón,

otros de hierro, pero también algunas cadenas podían tener dos eslabones o riesgos y otras cinco. Los riesgos interactuaban y no sólo se sumaban, como que la cadena “tenía vida propia”. Todo estos malabares tenían como meta acercarnos a las mejores intervenciones preventivas. Así construimos los distintos Perfiles de Riesgo, que el Programa denominaba por color (amarillo, verde, azul, entre otros), y que nos daban la posibilidad de intervenir la trayectoria de los Riesgos, según talleres o actividades diferentes desarrolladas por el Programa en su estrategia preventiva.

Se entiende que la estrategia preventiva del Programa no era específica de un trastorno sino más bien de prevención del riesgo (psicosocial) de enfermar, o tener problemas invalidantes en la edad escolar.

En realidad, lo que hicimos fue mirar y remirar el Programa, aprender de él, estudiar lo que nos decían no sólo los porcentajes sino también los profesionales de los equipos. Ir adecuando lo que conocíamos o aprendíamos del Programa, ver lo que había, y saber hacer lo que podíamos y queríamos hacer.

Nos ganamos un premio en un Congreso de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología Infanto-Juvenil, por nuestra forma de mirar la prevención: Detección de Riesgos y Detección de Factores Protectores.

Habilidades Para la Vida

Al comenzar el Programa aparecieron todos los problemas de gestión que hacía tan importante sostenerse en la red de Junaeb, esta era la única y mejor manera de garantizar la implementación de un Programa de Salud Mental en la escuela de una manera viable, sustentable. No era fácil tampoco al interior de Junaeb y cada año era la lucha por ganar más presupuesto. El Programa necesitaba profesionales capacitados en el tema y las universidades no los formaban en esa línea. No era llegar y decir les vamos a pasar un cuestionario o dos para que lo apliquen. Recuerdo que Ana María trabajaba mucho en esto, con los equipos ejecutores, pero también con las comunidades educativas donde llegaba el Programa. Decíamos: lo que “el Habilidades” hace no es la panacea para resolver los problemas de Salud Mental en la escuela, pero la necesidad tiene cara de hereje, y costaba.

Siempre fue una necesidad dar a conocer y promover el Programa en los espacios de salud y, más aún, en educación, muchos entendían poco su valor real. Con María Paz nos invitaban del Ministerio de Educación, del Ministerio de Salud y presentábamos los estudios, pero no siempre había una buena acogida.

Ha costado mucho en Chile, con el cambio del sistema de salud, poner el acento en la Atención Primaria, en lo más cercano a la gente, lo más comunitario, por decirlo de

alguna manera. Hay toda una propuesta que provoca roces con las especialidades, la Salud Mental no es prioridad, menos en niños, y menos la Atención Primaria de Salud Mental, entonces las prioridades están puestas en otro lado.

Me parece que uno de los problemas es que la Promoción y la Prevención son estrategias a largo plazo, no tienen resultados inmediatos, por lo tanto, no dan frutos visibles en lo político a corto plazo.

Todos estos factores influyen en el desarrollo de las Políticas Públicas, no sacábamos mucho con tener experiencia de años y un Programa que empezaba a dar resultados, si no había una conciencia política y ciudadana de lo que significaba la infancia y cómo protegerla.

Crecimiento sostenido del Programa HPV

Creo que tuvimos algunos ángeles. Las relaciones con las universidades, con la academia, con la investigación, algo con las publicaciones, fueron ayudando al Programa. Hubo situaciones y estrategias favorables.

Recuerdo una reunión que convocamos y vinieron de Psicología de la Universidad Católica, de la Universidad de Chile, de la Universidad Diego Portales, debe haber sido entre el 2001 y 2002, que es cuando llegué a Junaeb, para ver cómo ayudarnos.

Pienso que la creación del Chile Crece Contigo fue otro logro que ha permitido la permanencia del Programa, es como que si de repente, se le diera al Programa un sentido de Política Pública. Ha sido importantísimo.

En el Programa Habilidades Para la Vida las fuerzas propias son fundamentales, tienes equipos de profesionales que son extraordinariamente valiosos, pero a veces con difíciles condiciones de trabajo. Ojalá se vayan poco del Programa, aunque hay mucha movilidad. En este sentido, yo diría que una de las fortalezas del Programa es la capacitación. O sea, formar equipos que implementen este Programa es un esfuerzo enorme, y eso ha sido bien hecho.

Para mí era un placer realizar esas capacitaciones, encontrar las caras conocidas, personas comprometidas, inquietas y preguntonas, por ejemplo, en el taller de abogacía del Programa. Después de días un poco agotadores sentíamos que el Habilidades Para la Vida tenía muchos y muchas "hinchas". La gente quiere al Programa y eso es una cuestión extraordinaria.

Trabajar en "el Habilidades" despierta una conciencia sobre las condiciones de la infancia, la más vulnerable; te enfrentas al maltrato, al abuso sexual, al trabajo infantil,

al consumo de drogas y el alcohol, al llamado *bullying*. Se devela la precariedad en que viven algunas familias, algunas comunidades escolares, los barrios pobres y alejados. Ves la inequidad, la falta de justicia, lo ves a través de lo que haces en el Programa, ya que te topas con la realidad real.

Un desafío es la formación en Promoción y Prevención de Salud Mental en todas las carreras de pregrado, ese fue una especie de Caballo de Troya en mi carrera académica y aun es tema de coloquios y presentaciones en los congresos. Sin embargo, no me puedo imaginar "el Habilidades" sino en Junaeb, inserto en el programa de Salud del Estudiante, sustentado e integrado en y con sus redes a lo largo del país.

Por qué y para qué

Al terminar, Myriam toma uno de sus textos para insistir que:

El objetivo general del Programa es: Desarrollar en la comunidad educativa con altos índices de vulnerabilidad económica y riesgo psicosocial, una respuesta sectorial estructurada que permita contribuir al éxito del desempeño escolar, traducida en altos niveles de aprendizaje, baja repetición y escaso abandono del sistema escolar.

El objetivo a largo plazo del Habilidades Para la Vida, busca elevar el bienestar psico-social, las competencias personales, es decir, lo afectivo, relacional y social, y disminuir daños en salud como depresión, suicidio, alcohol, drogas, entre otros.

Los objetivos específicos, son súper importantes:

- Desarrollar en la Comunidad Educativa comportamientos, relaciones afectivas, promotoras de la salud mental y el autocuidado.
- Proporcionar a los educadores competencias y metodologías que les permitan abordar de manera efectiva la diversidad de las necesidades psicosociales propias del ámbito escolar, del alumno y sus ambientes familiares.
- Lo que tienen que hacer "los profes" es detectar precozmente a niños que presentan factores y condiciones de riesgo psicosociales en el hogar, derivar a una atención oportuna a aquellos que presentan trastornos de Salud Mental.
- Modificar factores y comportamientos de riesgo psicosocial a través de acciones preventivas con los niños, las que incorporan a sus padres y profesores.
- Articular y desarrollar la red de apoyo comunal a la Salud Mental de la escuela, que permita la coordinación eficaz entre el Programa y las organizaciones comunitarias, los centros de salud y otras instituciones de apoyo a la infancia existentes.

Yo creo que me fui del Programa de a poquito... y hace muy poquito, el 2016. Antes, el 2011, me fui de Junaeb, pero seguí trabajando y colaborando con el Programa desde el Departamento de Psicología que era mi nicho académico.

He tenido muchas oportunidades, algunas las he aprovechado y otras no. Soy muy perfeccionista, he querido ser buena mamá, profesional, esposa y militante lo que es un trabajo enorme y agotador.

Es que la pasión es uno de mis motores, me meto en distintas cosas con la misma pasión. Creo que soy un poco "dirigenta obrera", como decía mi mamá, u "hormiga atómica", como me decían en otros lados. Tenía que estar siempre metida totalmente en algo, aunque de repente me desubico porque ya tengo 75 años.

¡Me gusta vivir, por Dios que me gusta!



Explorando la implementación del programa Habilidades para la Vida ¿Qué destacan los equipos ejecutores?

Loreto Leiva, Rodrigo Rojas & Leslie González
Departamento de Psicología, Universidad de Chile

Resumen

Las intervenciones en salud mental escolar basadas en la evidencia han mostrado tener efectos positivos en sus beneficiarios. Sin embargo, al ser ejecutadas en el mundo real su efectividad baja; por ello en los últimos años se ha dirigido el foco a “la implementación”, con el fin de identificar procesos y prácticas de intervenciones exitosas replicables en el mundo real. Utilizando como referencia el Marco Consolidado para la Investigación en Implementación, el propósito del presente estudio fue explorar las cualidades y especificidades de la implementación de una intervención en salud mental escolar, a partir de la información obtenida de 73 ejecutores del programa Habilidades Para la Vida. Empleando análisis de contenido, los principales resultados apuntan a relevar los procesos individuales, grupales e institucionales presentes en la labor cotidiana de los equipos ejecutores, así como algunas necesidades y sugerencias surgidas desde la implementación del programa.

Palabras clave: *Implementación, intervención en salud mental, salud mental escolar, equipos ejecutores, Marco Consolidado para la Investigación de Implementación.*

Uno de los aspectos sensibles y que puede determinar el éxito de las intervenciones en el área de la salud es la calidad de cómo estas se ejecutan, puesto que falencias en este punto pueden alterar los resultados esperados y conducir a conclusiones equivocadas sobre la efectividad de las intervenciones (Breitenstein *et al.*, 2010; Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011; Proctor *et al.*, 2011). Por ello, cuando se implementa una intervención basada en la evidencia de forma pobre o incompleta, esta puede resultar en una adaptación equivocada que no será efectiva (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). De hecho, existe una fisura importante entre lo que se sabe acerca de las intervenciones que pueden ser eficaces y su uso real en la práctica habitual.

En respuesta a esta brecha, diversos autores (Glasgow, Vogt & Boles, 1999; Proctor *et al.*, 2009; Damschroder *et al.*, 2009) proponen dar énfasis en investigar la implementación de los programas, con el propósito de identificar y describir aquellos elementos que permitirían que las intervenciones sean realmente efectivas en la población objetivo, junto con generar mecanismos prácticos para aplicarlos (Glasgow *et al.*, 1999; Proctor *et al.*, 2009; Damschroder *et al.*, 2009).

La investigación en implementación es un campo de investigación centrado en pasar de la investigación a la práctica (Bhattacharyya, Reeves & Zwarenstein, 2009), y en el desarrollo de métodos para garantizar que las estrategias y los programas basados en la evidencia sean efectivamente trasladados y usados en el “mundo real” (Curran, Bauer, Mittman, Pyne & Stetler, 2012; Newhouse, Bobay, Dykes, Stevens & Tittler, 2013). Se centra en el estudio científico de los procesos y componentes de la puesta en práctica de intervenciones en contextos cotidianos (Eccles & Mittman, 2006), lo cual implica enfocar la atención en aspectos involucrados en la ejecución de las intervenciones tales como los Contextos de Implementación.

En cuanto a los Contextos, se busca comprender la influencia de las distintas variables contextuales sobre los resultados de la implementación, desarrollándose un importante número de modelos comprensivos, entre los cuales destacan Fixsen *et al.* (2005), Damschroder *et al.* (2009) y Domitrovich *et al.* (2008). Todos estos modelos entienden que los resultados de las intervenciones son un co-producto de los factores contextuales y los efectos de la intervención (Walshe, 2007). En específico para esta investigación se trabajó con el Marco Unificado para la Investigación en Implementación (CFIR, -por sus siglas en idioma inglés- *Consolidate Framework for Implementation Research*) (Damschroder *et al.*, 2009), el cual se caracteriza por basarse exclusivamente en la implementación, por tener una aproximación socioecológica centrada en la comunidad y por poseer un elevado nivel de flexibilidad, que permite seleccionar aquellos aspectos de la implementación que son pertinentes a un contexto específico (Tabak, Khoong, Chambers & Brownson, 2012). Este modelo considera las características de la implementación, su contexto y su entorno (Damschroder & Lowery, 2013); elementos que muchas veces no son considerados ni en la formulación teórica ni en el diseño de los estudios experimentales.

El CFIR es un modelo meta-teórico que proporciona una estructura pragmática para abordar la complejidad y la interacción multinivel que implica implementar intervenciones en el mundo real, consolidando y construyendo elementos unificadores, a partir de la investigación existente relacionada con la ciencia de la implementación. Este modelo permite conocer “lo que funciona”, y también “dónde” y “por qué” funciona.

En el caso de este estudio, el CFIR fue utilizado para guiar la exploración de la implementación de una intervención de Salud Mental Escolar, tal como el programa Habilidades Para la Vida. Esto permite visibilizar aspectos relacionados por ejemplo con la organi-

zación y el contexto donde se ejecutan las intervenciones y cómo éstos comienzan a jugar un rol que afecta el desarrollo y los resultados favorables de las mismas. En vista de lo señalado, surge el interés de explorar algunos dominios en la implementación de Habilidades Para la Vida, todo ello desde la experiencia de los equipos que la ejecutan.

Metodología ¿Cómo se hizo?

Se llevó a cabo un estudio de carácter cualitativo, analítico-descriptivo. Participaron 73 profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, educadores diferenciales y otros profesionales del área de las ciencias sociales) ejecutores y coordinadores del programa Habilidades Para la Vida.

Como técnicas de recolección de la información se utilizaron los informes emitidos por los miembros de los equipos ejecutores de Habilidades Para la Vida asistentes a una jornada de capacitación. Este informe contenía los aprendizajes que habían sido significativos e incorporados a sus respectivas prácticas laborales, en base a lo presentado durante la capacitación. Además incluía los procesos interaccionales entre los actores al interior de los colegios y el desarrollo de competencias abordadas en las jornadas. Como parte del proceso de cierre, se solicitó a los participantes la elaboración y envío vía correo electrónico de un informe final, los cuales fueron utilizados para el análisis referido a la implementación del programa.

Se realizó un análisis de contenido (Miles & Huberman, 1994), utilizando como referentes dominios mayores propuestos por el Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR), a saber: (a) características propias de la intervención, (b) configuración externa y (c) configuración interna. Además se identificó una nueva categoría emergente (d) características de los ejecutores.

Considerando los dominios propuestos y conforme se analizaba cada uno de los informes, las respuestas extraídas fueron agrupadas por categorías en una matriz única según su pertenencia a alguno de los dominios mayores presentados por el CFIR.

Respecto a los aspectos éticos, se contó con un convenio para el uso de la información y la realización de investigación entre la Coordinación Nacional de Habilidades Para la Vida y la Universidad de Chile.

Resultados ¿Qué se encontró?

En cada uno de los dominios señalados se procedió a identificar sólo aquellas dimensiones que eran salientes y relevantes para los equipos ejecutores. Estos dan cuenta de elementos relevantes a considerar durante el proceso de implementación del programa, presentando cualidades y especificidades que le son propias.

Características de la Intervención

Los constructos descritos en este dominio hacen referencia a aspectos de la intervención que se implementa. En este caso, son las características del programa descritas por los participantes, tales como creencia de la calidad y fuerza de la evidencia, complejidad, ventaja asociada, calidad del diseño y su presentación, y adaptabilidad.

Respecto a la creencia de la calidad y fuerza de la evidencia, relacionada con la percepción de que al concluir con la intervención se obtendrán los resultados esperados según la evidencia que lo respalda, esta es evaluada favorablemente. Si bien no se especifican cuáles son las evidencias que sustentan el programa, sí se describen los beneficios que esta tendría, lo cual es reconocido gracias a aspectos como la abogacía y el modelo de atención psicosocial propuesto por el programa.

En términos de la complejidad del programa y la percepción de la implementación como dificultosa o no, los ejecutores refieren que a pesar de la cantidad de estamentos de la comunidad escolar involucrada; la complejidad del programa es abordable. Este aspecto es interesante, pues elementos complejos en el ámbito escolar –tales como los numerosos estamentos interactuando al mismo tiempo– es visto como una oportunidad pues en ellos participan toda la comunidad educativa.

Lo anterior se relaciona con la ventaja asociada al implementar esta intervención, pues el programa logra formar parte activa de la comunidad escolar (cita 1), y además, poseer un respaldo técnico y metodológico propio, diferenciándose de los otros programas insertos actualmente en los colegios (cita 2).

En lo referido a la adaptabilidad, la cual es entendida como el grado en que la intervención puede ser adaptada o reinventada según las necesidades locales de la organización; se menciona que la flexibilidad del programa para adaptarse a los contextos locales es un componente esencial de la intervención, sin el cual no se podría implementar adecuadamente, sobre todo por la gran variedad de comunidades en las que está inserta. La adaptabilidad, según los ejecutores, es un elemento destacado y sensible en la implementación, puesto que posibilita la validación del programa y la apertura desde los colegios.

Configuración Externa

Este dominio alude a la descripción de las características sociales, económicas y políticas del entorno en la que está inserta la organización intervenida.

En lo referido al cosmopolitalismo –definido como el grado en que la organización intervenida está interconectada con otras organizaciones–, la relación que se establece con las redes y los organismos externos a cada escuela es identificada como parte

central de las labores efectuadas en el programa. De hecho, es con las redes locales de salud mental que se coordinan las derivaciones de aquellos casos identificados como críticos (niños, niñas y adolescentes con un elevado riesgo psicosocial), de ahí la relevancia y la evaluación favorable de estar interconectados (cita 3). No obstante, si bien se valora la existencia de esta red, al tratarse de instituciones externas al programa y a su funcionamiento, afecta el que muchas de estas redes estén saturadas (cita 4).

Respecto a las necesidades de los usuarios, y como éstas son reconocidas y priorizadas por la organización, así como los recursos para identificarlas; se menciona que el realizar un diagnóstico situacional de cada establecimiento o de la comuna, permitiría visualizar necesidades para realizar de forma pertinente el programa, por lo que este diagnóstico representaría una tarea a desarrollar y que tendría una influencia positiva para la implementación.

Configuración Interna

Este dominio incluye características propias de la organización en la que se realiza la intervención, en específico incluye el constructo de redes y comunicación que considera los medios formales o informales utilizados al interior de la organización, así como el clima de implementación. En general, los ejecutores consideran indispensable una buena comunicación con los beneficiarios del programa al interior del colegio y al interior del equipo ejecutor mismo; sin embargo, esta situación no ocurre en todas las comunidades. Los ejecutores mencionan ejemplos contradictorios sobre las redes de comunicación al interior de cada escuela, reportando ambientes favorables (cita 5), o bien casos opuestos los cuales se transforman en ambientes adversos a la implementación del programa (cita 6).

En lo referido al clima de implementación, el cual es parte de la configuración interna del programa, se observa que la compatibilidad entre los valores de la intervención y los valores que poseen los beneficiarios es destacado como un aspecto importante para la correcta ejecución del programa.

Otro componente del clima de implementación es que las metas del programa y la retroalimentación de los resultados sean adecuadamente expresadas, con el fin de ser conocidas por todos los beneficiarios. Para los ejecutores representa una influencia positiva el que las metas y retroalimentación sean conocidas en su plenitud, puesto que facilita la implementación al clarificar los parámetros, además de beneficiar la apropiación y validación del programa en cada establecimiento.

Finalmente, se describe la preparación para la implementación, mediante la descripción de indicadores tangibles e inmediatos que muestran el compromiso de la organización con la intervención. Sobre los recursos facilitados, se evidencian elementos contrapuestos dependiendo del establecimiento o municipalidad encargada en la cual se anida el programa. Por ejemplo, en ciertos establecimientos no existen horas destinadas para

el programa; o por el contrario para algunos equipos ejecutores se han dispuesto salas exclusivas para su trabajo.

Características de los ejecutores

Al solicitarles a los profesionales que expusieran sus experiencias laborales en los informes, surgió información relevante que no fue posible considerarla en los dominios tradicionales del modelo utilizado para este estudio. No obstante, esta fue relevada como un elemento importante para la implementación del programa Habilidades Para la Vida; por esto, y dada la flexibilidad que entrega CFIR para adaptar cada categoría a las contingencias de cada investigación, se incluyó este nuevo dominio.

Según los comentarios descritos en los informes, este dominio representa una oportunidad de dar a conocer las necesidades particulares de los ejecutores, las que por lo general están invisibilizadas tras la relevancia que obtiene la consecución de los objetivos del programa.

Una dimensión o elemento ampliamente desarrollado por los profesionales es la que abarca a los equipos ejecutores por sí mismos, sus características y necesidades.

Los ejecutores describen que los profesionales deberían poseer ciertas características idóneas para la implementación de un programa como este, tales como empatía, proactividad, motivación y compromiso; las que les permitiría ser más cercanos a los beneficiarios e incorporarse mejor a cada comunidad escolar. Otras características importantes son la habilidad de establecer una comunicación clara y fluida entre los ejecutores y los usuarios del programa, y la capacidad de adaptarse al contexto y a las contingencias de cada escuela.

Respecto a la estructura de los equipos ejecutores, se menciona que lo ideal es conformar y contar con equipos multidisciplinarios cohesionados con profesionales constantemente capacitados sobre el programa. Las reuniones sistemáticas y el autoanálisis del trabajo realizado aparecen como prácticas esperadas al interior de los equipos para realizar una correcta implementación, así como la distribución de las tareas en base a las competencias que cada ejecutor posee. Por último se destaca y valora, como objetivo en algunos equipos y como práctica ya incorporada en otros, la participación en la selección de nuevos ejecutores.

Otro elemento relevado es la propia capacitación de la cual son objeto los equipos ejecutores. Esta incluye aprendizajes significativos partir de las jornadas de capacitación o bien de reflexiones que han surgido posterior a esta.

Respecto de los aprendizajes significativos, se destaca la importancia de la capacitación, pues sólo a partir de esta se comprenden, o incluso conocen los aspectos técnicos,

metodológicos y estructurales del programa; lo que ayuda a esclarecer los objetivos y a otorgarle sentido al trabajo realizado. Entre los elementos más señalados está la comprensión de los perfiles de los niños o niñas, de los instrumentos utilizados (para qué sirven y qué miden) y de la importancia de las redes internas y externas de las escuelas para el funcionamiento del programa.

Sobre las reflexiones posteriores a la capacitación, destaca la apreciación positiva del trabajo colaborativo que se puede lograr con otros equipos del país, en base a compartir experiencias y propuestas de trabajos que hayan resultado efectivas (cita 7). Si bien cada equipo debe adecuarse al contexto de las escuelas en las que está inserto y enfrentar problemática particulares, estas condiciones podrían ser similares a las que otros equipos han enfrentado, lo que sugiere que la colaboración entre distintos equipos puede ser beneficiosos para generar o replicar nuevas ideas que agilicen el trabajo cotidiano en las escuelas.

En particular, se profundiza la relevancia de conocer estrategias específicas como la sistematización, las comunidades de práctica, el reconocimiento de los estándares del programa entregados por Junaeb o la abogacía que se realiza al interior de las escuelas.

Finalmente, los participantes realizan una serie de recomendaciones a la ejecución de la capacitación o bien, sus necesidades para la implementación del programa. Una de las primeras recomendaciones realizadas apunta a profundizar los conocimientos teóricos y prácticos concretos de todas las líneas de acción del programa, así como un mayor acceso y conocimiento acerca de los estudios recientes sobre los logros del programa (cita 8). Asimismo, una capacitación constante a los ejecutores sobre otras habilidades que les facilite su trabajo en las escuelas (cita 9).

En cuanto a la relación de la ejecución del programa y Junaeb, sólo se recomienda mejorar las vías de comunicación para facilitar procesos de retroalimentación. Igualmente se habla de propiciar una mayor estabilidad y menor rotación de profesionales al interior de los equipos, mejorar las condiciones contractuales de los ejecutores y planificar jornadas de autocuidado que estén dirigidas exclusivamente a los ejecutores.

Conclusión ¿Qué podemos destacar?

El presente estudio analizó la información entregada por los profesionales ejecutores y coordinadores del programa Habilidades Para la Vida sobre sus respectivos contextos locales, utilizando como referente las categorías pertenecientes al modelo CFIR.

En general, las dimensiones del dominio “Característica de la Intervención” fueron calificadas como positivas para la implementación del programa, lo que refleja que el programa por sí mismo es valorado los ejecutores. Esto sugiere que los elementos

distintivos de la intervención, como la calidad de la evidencia o el diseño, operan como un respaldo frente a la comunidad, facilitando su implementación, puesto que no es cualquier intervención la que se está ejecutando sino que es un programa que tiene una fuerte base teórica y metodológica.

En este dominio destaca la adaptabilidad del programa. Esta adaptabilidad se manifiesta al incluir las necesidades puntuales que cada comunidad expresa, manteniendo los lineamientos comunales y reguardando lo señalado por Junaeb como marco de acción, además de flexibilidad al entorno social y territorial en que se implementa. Una adecuada adaptación del programa está asociada a una valoración positiva y la apropiación de esta en las comunidades, en la medida en que es efectivamente pertinente a la realidad de la escuela, considerando que este programa es implementado a lo largo del país incorporándose a diversas realidades radicalmente distintas.

Es por esto que realizar un diagnóstico situacional se vuelve prioritario para encontrar un equilibrio entre la fidelidad hacia el programa, o el grado en que una intervención es efectuada según su diseño original (Rabin, Brownson, Haire-Joshu, Kreuter & Weaver, 2008; Cohen *et al.*, 2008), y la incorporación de elementos flexibles que permita su adaptación a cada contexto y comunidad (Simpson *et al.*, 2013). Este diagnóstico es una acción que definitivamente necesita de mayor difusión y profundización, puesto que es parte sensible del programa y su correcta ejecución.

En el dominio "Configuración Externa", que incluye las características sociales, económicas y políticas del entorno del establecimiento intervenido, destaca el análisis más específico del constructo "Cosmopolitalismo", que resalta la situación actual de las redes de salud mental locales en el programa, las cuales poseen tanto evaluaciones positivas como negativas. Este componente característico del programa es importante puesto que un 85 % de los niños, niñas y adolescentes chilenos, diagnosticados con algún trastorno mental no reciben atención de ningún tipo y de aquellos que sí lo hacen, esta proviene desde la escuela (Vicente *et al.*, 2012).

En este contexto, la inclusión del programa en las redes locales de salud mental es una oportunidad única para que un gran porcentaje de estudiantes beneficiarios pueda acceder a la atención que requieren. Es por esta razón que debiesen priorizarse y promoverse este tipo de redes, siendo este un desafío que va más allá de los esfuerzos de los equipos ejecutores, sino que apunta un trabajo interconectado con el área de salud.

En el dominio "Configuración Interna" destacan las calificaciones de las redes de comunicación, retroalimentación y el compromiso de los líderes.

Respecto a las dificultades identificadas en la preparación para la implementación estas son similares a lo descrito en la evidencia, los ejecutores se enfrentan a barreras relacionadas con la disponibilidad de recursos materiales y horaria para establecer

actividades o para trabajar colaborativamente junto a profesores (Markle, Splett, Maras & Weston, 2014; Nellis, 2012; Leff, Waasdorp, Waanders & Paskewich, 2014), además el apoyo administrativo es voluble y depende de cada uno de los establecimientos (Nellis, 2012), priorizando resultados académicos frente a la salud mental escolar (Markle *et al.*, 2014; Leff *et al.*, 2014). Todas estas barreras representan una clara influencia negativa para la implementación que indiscutiblemente debe ser considerado por los equipos ejecutores en la planificación y ejecución del programa.

En cuanto a las características de los ejecutores es necesario recalcar que algunos ejecutores con menos años de experiencia en el programa, señalan poseer conocimiento poco profundo sobre el programa y su implementación. Este supuesto desconocimiento es concordante con lo mencionado en el dominio "Característica de la Intervención" sobre los lineamientos del programa. Es por esta misma razón que la capacitación realizada por Junaeb es apreciada por los ejecutores, porque representa una oportunidad para aumentar sus conocimientos sobre el programa y sus actividades.

Tal como Leff y colaboradores (2014) señalan, es un desafío de suma urgencia generar mayores instancias de perfeccionamiento y un mayor entrenamiento sobre la intervención para los equipos ejecutores, puesto que una implementación de baja calidad genera resistencia en las comunidades, la no consecución de los objetivos propuestos e incluso un uso poco eficiente de los recursos humanos y materiales presupuestos para la implementación.

Pese a estas dificultades, los resultados y conclusiones de este estudio son relevantes puesto que está insertos en el campo de la ciencia de la implementación al utilizar CFIR como método de codificación para analizar una intervención específica. La cantidad de investigaciones realizadas con este enfoque es baja, situación que se profundiza si consideramos las investigaciones latinoamericanas y chilenas. Estudios como estos revelan elementos ocultos presentes en la implementación lo que permitirán generar nuevos conocimientos que permitan mejorar la ejecución de diversas intervenciones que se está realizando actualmente.

Junto con esto, el análisis de la implementación es aplicado de forma concreta a un programa público de salud mental escolar como es Habilidades Para la Vida, razón por la cual puede ser considerado como un aporte para aumentar la efectividad del programa, dada la relevancia de los equipos ejecutores y coordinadores en los resultados. Es importante ir perfeccionando el programa Habilidades Para la Vida ya que representa para muchos niños, niñas y adolescentes una oportunidad para acceder a algún tipo de atención de salud mental, sobre todo para aquellos sectores más vulnerables socioeconómicamente.

Cuadro de texto 1: Citas de profesionales ejecutores

N° Cita	
1	"Establecer la base de que no somos una ayuda externa o que para ellos no somos un programa más dentro de muchos que circulan por la red de asistencia, somos un recurso dentro de la comunidad educativa", ejecutor n°22
2	"La detección de niños(as) del programa, es un criterio que posee un fuerte respaldo técnico y confiable proceso metodológico.", ejecutor n°31
3	"Al estar ubicados en el COSAM, la unidad de derivación se realiza en forma expedita, o con apoyo de los profesionales de tratamiento, tanto para las derivaciones internas, como externas", ejecutor n°6
4	"Casos más graves son enviados a (menciona la ciudad) a neurólogo infantil, para el cual cuesta mucho conseguir una hora y Psiquiatra infantil tampoco hay", ejecutor n°36
5	"La importancia de mantener una comunicación activa entre los docentes ha permitido que entre ellos se reconozcan técnicas exitosas empleadas para el logro de la concentración y motivación de los estudiantes, las cuales pueden ser aplicadas en los niveles de 1° EB a 4° EB", ejecutor n°18
6	"Los profesores con más años de docencia, son quienes han elaborado diferentes dinámicas para mejorar las relaciones en el aula, sin embargo, con el tiempo ellos no ven los múltiples resultados que conlleva, invisibilizan sus propios actos y no comparten con los otros docentes", ejecutor n°11
7	"Se considera relevante el conocimiento de otras experiencias de ejecución del Programa a nivel local o nacional, con el objetivo de recoger estrategias o metodologías innovadoras", ejecutor n°12
8	"Otro punto en particular sería el tener acceso a artículos y/o estudios recientes respecto de cómo es percibido por las comunidades, el impacto que este tiene y como se plantea el programa en un futuro próximo, en términos de estructura y conformación de equipos, quizás considerando la multidisciplinariedad como una posibilidad de mejora", ejecutor n°31
9	"Capacitar a los ejecutores de los equipos HPV en habilidades sociales o habilidades blandas, con la finalidad de obtener más y variadas herramientas de intervención", ejecutor n°30

Referencias

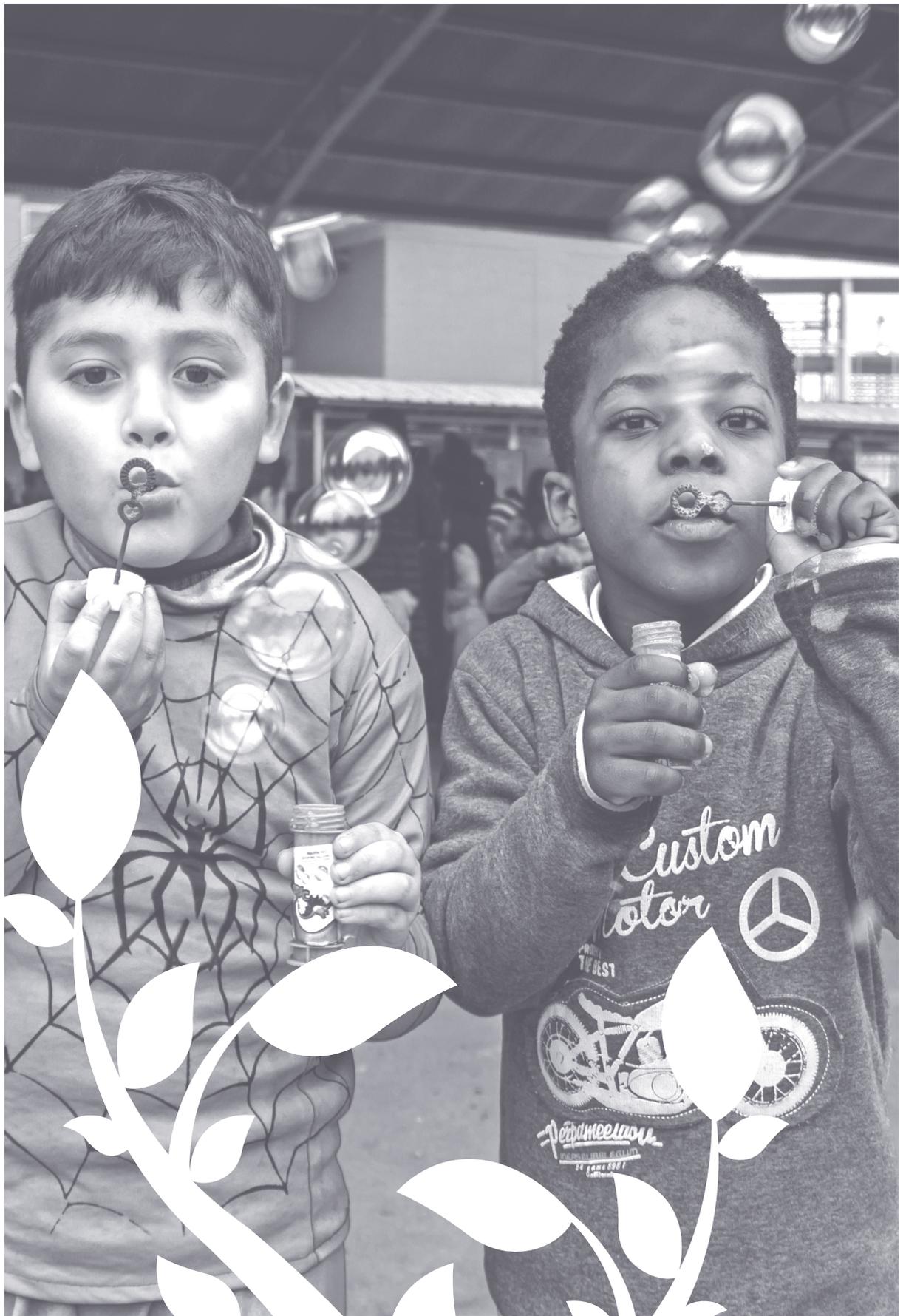
Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. doi: 10.1007/s10488-010-0327-7

Bhattacharyya, O., Reeves, S. & Zwarenstein, M. (2009). What is Implementation Research? Rationale, Concepts, and Practice. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 491-502. doi: 10.1177/1049731509335528

Breitenstein, S., Gross, D., Garvey, C., Hill, C., Fogg, L. & Resnick, B. (2010). Implementation Fidelity in Community-Based Interventions. *Res Nurs Health*, 33(2), 164-173. doi:10.1002/nur.20373

Cohen, D., Crabtree, B., Etz, R., Balasubramanian, B., Donahue, K., Leviton, L., Green, L. (2008). Fidelity Versus Flexibility: Translating Evidence-Based Research into Practice. *Am J Prev Med*, 35(5S), S381-S389. doi: 10.1016/j.amepre.2008.08.005

- Curran, G., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation Hybrid Designs: Combining Element of Clinical Effectiveness and Implementation Research to Enhance Public Health Impact. *Med Care*, 50(3), 217-226. doi:10.1097/MLR.0b013e3182408812
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J. & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health service research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Damschroder, L. & Lowery, J. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework of implementation research (CFIR). *Implementation Science*, 8(51). doi: 10.1186/1748-5908-8-51
- Domitrovich, C., Bradshaw, C., Poduska, J., Hoagwood, K., Buckley, J., Olin, S., Romanelli, L., Leaf, P., Greenberg, M. & Jalongo, N. (2008). Maximizing the Implementation Quality of Evidence-Based Preventive Interventions in Schools: A Conceptual Framework. *Advances in School Mental Health Promotion*. 1(3), 6-28. doi: 10.1080/1754730X.2008.9715730
- Eccles, M. & Mittman, B. (2006). Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*, 1(1). doi: 10.1186/1748-5908-1-1
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Glasgow, R., Vogt, T. & Boles, S. (1999). Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *Am J Public Health*, 89(9), 1322-1327.
- Leff, S., Waasdorp, T., Waanders, C. & Paskewich, B. (2014). Better Understanding and intervening to prevent relational aggression. En Weist, M. et al. (Eds.), *Handbook of School Mental Health: Research, Training, Practice, and Policy* (pp.171-182). New York: Springer Science+Business Media. DOI: 10.1007/978-1-4614-7624-5_13
- Markle, R., Splett, J., Maras, M. & Weston, K. (2014). Effective School Teams: Benefits, Barriers, and Best Practices. En Weist, M. et al. (Eds.), *Handbook of School Mental Health: Research, Training, Practice, and Policy* (pp.59-74). New York: Springer Science+Business Media. doi 10.1007/978-1-4614-7624-5_5
- Milles, M. & Huberman, M. (1994) *Qualitative Data Analysis* (2da edición) (p. 50-89; 245-285) EE.UU: Sage Publications.
- Nellis, L. (2012). Maximizing the effectiveness of building teams in response to intervention implementation. *Psychology in the Schools*, 49(3), 245-256. doi: 10.1002/pits.21594
- Newhouse, R., Bobay, K., Dykes, P., Stevens, K. & Titler, M. (2013). Methodology Issues in Implementation Science. *Medical Care*, 51(4 Suppl 2), S32-S40. doi: 10.1097/MLR.0b013e31827feeca
- Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. & Mittman, B. (2009). Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, methodological, and Training challenges. *Adm Polity Ment Health*, 36(1), 1-17. doi: 10.1007/s10488-008-0197-4.
- Rabin, B., Brownson, R., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. & Weaver, N. (2008). A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health. *J Public Health Management practice*, 14(2), 117-123. doi: 10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb
- Simpson, K., Porter, K., McConnel, E., Colón-Emeric, C., Daily, K., Stalzer, A. & Anderson, R. (2013). Tool for evaluating research implementation challenges: A sense-making protocol for addressing implementation challenges in complex research settings. *Implementation Science*, 8(2). doi: 10.1186/1748-5908-8-2
- Tabak, R., Khoong, E., Chambers, D. & Brownson, R. (2012). Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med*, 43(3), 337-350. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4), 447-457. doi: 10.4067/S0034-98872012000400005
- Walshe, K. (2007). Understanding what works-and why-in quality improvement: The need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 57-59. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm004>



Diseño, desarrollo y transferencia de un sistema de monitoreo de la convivencia escolar al Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb

Verónica López y Juan Pablo Álvarez

Centro de Investigación para la Educación Inclusiva

Programa de Apoyo a la Convivencia Escolar PACES

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Convivencia escolar: por qué es importante

La promoción de ambientes escolares respetuosos y con trato digno es un derecho de todo estudiante. La Política Pública nacional e internacional en materia de educación ha adscrito el acuerdo UNESCO-UNICEF 2008 donde se señala que todo niño tiene derecho a i) escolaridad: acceso, promoción y egreso de los ciclos escolares considerados fundamentales; ii) al aprendizaje socialmente relevante y según las capacidades de cada uno y iii) derecho a un trato digno y a condiciones de igualdad de oportunidades. Este acuerdo se ajusta al artículo 26 de la Declaración de los Derechos Humanos (1948); al artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y a la Convención de los Derechos del Niño (1989). Lo relevante del acuerdo UNESCO-UNICEF 2008 es que complejiza la tradicional concepción de calidad de la educación y exige a los distintos países no sólo hacerse responsable del desarrollo cognitivo de los estudiantes, sino también y de manera fundamental, de la promoción de la salud y de relaciones pacíficas, tolerantes y respetuosas de las diferencias.

La UNESCO (2007) ha declarado el período 2001-2010 como la “Década Internacional por una Cultura de Paz y No-Violencia para los Niños del Mundo”, lo cual, en el marco de la era Educación para Todos, significa que la convivencia escolar -entendida en términos amplios como prevención de violencia, generación de climas escolares constructivos/nutritivos y/o formación ciudadana- se ha ido constituyendo como un eje central de las políticas educativas en el mundo. Los resultados del Segundo Estudio Regional Comparativo y Educativo (SERCE) realizado en 2008, mostraron a los países de la Región la importancia de la convivencia escolar para mejorar la calidad de los aprendizajes, lo cual ha priorizado el desarrollo de políticas y prácticas tendientes a

mejorar la calidad de la convivencia al interior de las escuelas latinoamericanas, a partir de distintas lógicas subyacentes respecto de la relevancia o del por qué es importante invertir en convivencia escolar.

Parte de los esfuerzos por mejorar la convivencia escolar vienen dados por una racionalidad instrumental que la entiende como un medio para lograr buenos aprendizajes. En consecuencia, Blanco (2005) y Cohen (2006), advierten que un buen clima afectivo y emocional en la escuela y en el aula es una condición fundamental para que los alumnos aprendan y participen plenamente en la clase. Asimismo, el estudio SERCE mostró a los países de América Latina que el clima escolar es la variable más importante para explicar el desempeño de los estudiantes lo cual indica la importancia de las relaciones humanas armoniosas y positivas al interior de las escuelas para crear un ambiente propicio para el aprendizaje (UNESCO, 2008).

Por otro lado, en el informe técnico del Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación, Treviño, Place y Gempp (2012) demostraron que en los establecimientos donde existe más frecuentemente violencia escolar se deteriora el capital social y se dificultan las habilidades para resolver conflictos de manera pacífica (Treviño *et al.*, 2012). Asimismo, varios estudios realizados en Chile han demostrado el efecto virtuoso que tiene un ambiente escolar positivo: Toledo, Magendzo y Gutiérrez, (2009) encontraron una relación negativa significativa entre intimidación y buen clima de aula; López, Ascorra, Bilbao, Oyanedel, Moya y Morales (2012) encontraron un efecto mediador significativo del ambiente escolar entre el nivel socioeconómico y los resultados académicos, esto derivó en la creación de un índice multi-informante de la calidad del ambiente escolar, denominado "Índice de Ambiente Escolar" (IAE). Al estudiar la relación entre ambiente escolar y rendimiento escolar segregando por dependencia, en una regresión jerárquica, se encontró que el efecto mediador de IAE es más relevante para los establecimientos municipalizados. Estos resultados refuerzan la conclusión sobre la relevancia de invertir en el trabajo sobre el clima escolar y en mejorar la convivencia de toda la comunidad escolar (López *et al.*, 2012).

No obstante lo anterior, también es cierto que mejorar la convivencia es un fin en sí mismo. En consecuencia, la escuela debiese ser un espacio de construcción de aprendizajes que ayuden a la convivencia democrática para dirigir hacia una sociedad más justa y participativa (UNESCO, 2002, 2013). Vivir en espacios libres de violencia y aprender a vivir en sociedad, se entienden desde esta perspectiva como un derecho y un fin en sí mismo. Como señala Cohen (2006), la educación social, emocional, ética y académica es un derecho humano que se debe garantizar a todos los estudiantes, e ignorar esto es una forma de injusticia social. Además, el aprendizaje declarativo y la experiencia procedimental de convivir democráticamente en la escuela y participar activamente en la construcción de una comunidad escolar, es importante no tan solo para la escuela, sino también para el bienestar psicológico y social de los estudiantes, sus profesores y los demás adultos de la escuela (Páez & Martin-Beristain, 2011).

Políticas y evaluación de la convivencia escolar en Chile

Desde hace más de veinte años, Chile cuenta con normas y un sistema de medición para evaluar el rendimiento académico: la prueba SIMCE (Sistema de Medición de Calidad de la Educación) que contempla la medición de aprendizajes en áreas específicas, en estudiantes de 4° y 8° año básico y 2° medio. Sin embargo, Chile hasta el año 2012-2013 no tenía una métrica estable que permitiera evaluar y/o retroalimentar la convivencia escolar al interior de las escuelas. Así, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar (ENVAE), se administró durante los años 2005, 2007, 2009 y 2014, sin contar con aplicaciones posteriormente.

En otra dimensión, Chile cuenta con leyes y políticas educativas que han relevado la importancia de la convivencia escolar al interior de las escuelas. Por ejemplo, la Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP), aprobada en el año 2007, junto con establecer una subvención adicional con el objetivo de apoyar a los estudiantes de menor nivel socioeconómico, establece la convivencia como un área prioritaria de gestión, plasmada en el diseño de los Planes de Mejoramiento Escolar que deben realizar los establecimientos educacionales según indica la normativa.

Por otra parte, la Ley sobre Violencia Escolar, que fue aprobada en 2011 y se incorporó en la Ley General de Educación, junto con establecer la creación del Reglamento de Convivencia Escolar y los Protocolos de Agresión entre Estudiantes, instala mecanismos de fiscalización y sanción ante situaciones de intimidación que se puedan dar en las escuelas.

En la última década, sin duda la normativa que más ha impactado respecto al abordaje de la convivencia escolar es la Ley que crea el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación (Ley SAC), la cual crea nuevos mecanismos de medición y fiscalización en la materia, en el contexto de la instalación de una nueva arquitectura del sistema educativo chileno.

La Ley SAC creó dos entidades que conforman esta nueva estructura, además del ya existente Ministerio de Educación: la Superintendencia de Educación y la Agencia de Calidad de la Educación en Chile. Esta última está encargada de evaluar al sistema escolar y proveer orientaciones para la mejora de la calidad educativa, en base al Sistema de Medición de Calidad de la Educación (SIMCE), entre otros instrumentos. A partir de la promulgación de la Ley SAC, y la redefinición de calidad educativa con la incorporación de "otros indicadores no cognitivos", desde el 2014 se incorporó la dimensión "clima de convivencia escolar" a la medición SIMCE. En tanto, la Superintendencia en su rol de fiscalización, creó un sistema online de denuncias al alcance de todo residente mayor de 18 años, en el cual puede notificar de situaciones por no cumplimiento de las leyes, políticas y regulaciones, incluyendo lo dispuesto en la Ley de Violencia Escolar promulgada el año 2011. De hecho, entre las categorías de denuncia que contiene el sistema están las de maltrato escolar y discriminación.

Tanto la Ley SAC como la Ley de Violencia Escolar han focalizado dentro de sus temáticas la convivencia escolar, delegando en las escuelas y los administradores escolares la responsabilidad de generar mejoras, donde conviven tanto lógicas formativas como punitivas sobre el abordaje de la misma (Carrasco, López & Estay, 2012; Magendzo, Toledo & Gutiérrez, 2013). Esta tensión incluso se manifiesta en la cotidianeidad e identidad de los encargados de convivencia escolar –figura creada por ley para gestionar la convivencia en los centros educativos– (Valenzuela, et. al. 2017).

De esta manera, en Chile se ha ido instalando un clima de la política educativa que se puede caracterizar como progresivamente punitivo (López, Ramírez, Valdés, Ascorra & Carrasco, 2018) en cuanto a las metas y tiempos para el mejoramiento educativo en general y, en particular, respecto de la convivencia escolar. La Ley SEP y la Ley de Violencia Escolar, si bien instan a las escuelas a mejorar la convivencia escolar facilitando el uso de recursos y dispositivos para ello, a su vez plantean altas consecuencias en caso de no cumplir con lo esperado.

La literatura existente sobre violencia y convivencia escolar reconoce y refuerza la noción de que, para prevenir la violencia escolar y mejorar la calidad de la convivencia en las escuelas, no son efectivas las políticas de tolerancia cero o aquellas que focalizan la acción en castigar a las escuelas, toda vez que trae consigo implicancias de segregación y exclusión social de las minorías (Araos & Correa, 2004). En vez de mejorar la calidad de los ambientes, este tipo de políticas aumentan la percepción de inseguridad y hacen generar estrategias alternativas de violencia para evitar el castigo. Recientemente, Cohen y Moffitt (2009) y Wayman, Spikes y Volonnino (2013) han propuesto que este tipo de políticas fomentadas desde el nivel macro-estructural crean ambientes de política punitivos (*punitive policy environments*) que no favorecen los procesos de mejoramiento educativo.

Este ambiente político híbrido –que invita a las escuelas a la mejora escolar pero las tensiona en caso de no cumplir– crea un escenario ambiguo que puede generar interpretaciones también ambiguas (Cohen & Moffitt, 2009), unas más próximas a la lógica penal y reglamentista (Llaña, 2008) y otras a la lógica pedagógica (Hevia & Ramírez, 2011). El problema es que esto no contribuye a procesos de agenciamiento colectivo, que permitan a las escuelas avanzar hacia procesos de mejora sostenida de la convivencia escolar (Montecinos, Sisto & Ahumada, 2010).

La paradoja –a lo menos en Chile– es que las escuelas tienen la obligación de mejorar la convivencia escolar, sin tener suficiente información sobre cómo lo están haciendo y qué se puede mejorar. Se mueven, por lo tanto, más o menos en la oscuridad, ya que no tienen un diagnóstico claro ni retroalimentación. Por lo tanto, es difícil para ellas tomar decisiones relevantes y pertinentes en cuanto a la asignación de recursos y la definición de prioridades.

Enfoque de convivencia escolar basado en evidencias

Hay prácticas que “funcionan” y “no funcionan” en materia de convivencia escolar (López, 2014). Lo que no funciona, son las políticas de tolerancia cero que buscan “extirpar” el problema de la violencia escolar. Dado que la violencia escolar se corresponde con los fenómenos de violencia social (Debarbieux, 2003; Chau, 2012), abordarlo significa considerar las formas de violencia que existen en las sociedades, en los barrios y en las familias, mucho más allá de lo que una escuela o un sistema escolar puede hacer de manera independiente. Muchas veces el *bullying* y otras formas de violencia en la escuela son las “hojas” o expresiones manifiestas de raíces más profundas, relacionadas con discriminaciones con base en clasismo, racismo, sexismo y otros “ismos” (Sapon-Shevin, 2011). Otra estrategia que tampoco funciona es generar exclusivamente instancias de atención individual especializada que traten desde un enfoque meramente clínico los problemas de conducta de los estudiantes considerados problema. Diversos estudios indican que esta es una tendencia en las escuelas chilenas (López, Carrasco, Morales, Ayala, López & Karmy, 2011), en cuya base opera el mecanismo de individualización de la violencia escolar reduciéndola a “casos” (niños) violentos, invisibilizando con ello el papel de la escuela y de los profesores, y externalizando la responsabilidad de la formación ciudadana en el papel de profesionales no pedagogos.

En efecto, lo que funciona en materia de convivencia escolar son estrategias a nivel de escuela completa, que contemplan acciones sistemáticas por lo menos en tres niveles, tal como lo indica la Organización Mundial de la Salud para las intervenciones psicosociales: un nivel de promoción o prevención primaria, un nivel de prevención secundaria, y un nivel de prevención terciaria (Dimmit & Robillard, 2014).

El Nivel 1 de prevención primaria, es indicado para el 100 % de los estudiantes y debería ser suficiente para el 80 % de ellos. Se trata de brindar oportunidades para el desarrollo humano y académico, estrategias y programas de mejoramiento del clima escolar, programas de orientación y desarrollo profesional para estudiantes, programas de desarrollo de carrera docente entre otros (Bilbao, 2014). El Nivel 2 de prevención secundaria, requiere de ciertas estrategias específicas y grupales para algunos estudiantes que, en el Nivel 1, se encontró que estaban en riesgo. Los riesgos pueden ser múltiples y diversos (por ejemplo, deserción y fracaso escolar, repitencia o problemas de conducta). Se incluyen las intervenciones y programas para grupos específicos (talleres de reforzamiento escolar, tutorías, etc.). Finalmente, el Nivel 3 de prevención terciaria, incorpora estrategias que debieran iniciarse solo una vez que se constata que las estrategias de los niveles anteriores no han sido suficientes. En este nivel se concentran las intervenciones individuales para atender situaciones relacionadas con fracaso escolar, problemas conductuales más severos y problemas de salud mental.

En el mundo anglosajón, a este enfoque se le conoce como enfoque basado en evidencias, con la existencia de algunos programas que han logrado demostrar algunos

resultados positivos en términos de eficacia, eficiencia e impacto (Dimmit & Robillard, 2014). Estos programas tienen distintos enfoques conceptuales, pero todos comparten la estrategia de escuela-total a través de acciones en los niveles 1, 2 y 3. La mayoría de estos programas son verdaderos “paquetes” pre-especificados, con manuales y capacitaciones que las escuelas adquieren. Algunos de ellos son: *Second Steps*; *Steps to Respect*; *Olweus Bullying Prevention Program*; *School-Wide Positive Behavior Interventions and Supports (PBIS)*; y *Too Good for Violence* (este último desarrollado en Miami para estudiantes latinos).

Naturalmente, la aplicación de estos programas pre-empaquetados a los países de nuestra región es cuestionable, en tanto la pertinencia cultural puede ser baja. Además, algunos investigadores advierten de los riesgos de (estos y cualquier otro de) los programas pre-empaquetados (Benbenisty & Astor, 2005; López *et al*, 2013) que ofrecen respuestas estándares a problemas locales, y que no facilitan el desarrollo de las capacidades de las escuelas para elaborar diagnósticos propios y elaborar estrategias ad hoc.

Los enfoques basados en evidencias recomiendan siempre una aproximación multi-sistémica e intersectorial, en la que los sistemas escolares se articulan con los sistemas de atención pediátrica, de atención en salud mental y con los sistemas protectores de la infancia (Kazak, Hoagwood, Weisz, Hood, Kratochwill, Vargas & Banez, 2010). Sabemos la dificultad de hacer esto en los países de nuestra región por características y condiciones que aún no han sido suficientemente estudiadas, que se relacionan con la dificultad en la coordinación intersectorial, el fortalecimiento de los profesionales que trabajan en estos servicios, la disposición de recursos para ello, entre otros factores.

Ahora bien, en Chile estamos frente al caso del sostenedor que invierte sus recursos económicos en recursos humanos calificados -como psicólogos y trabajadores sociales- pero les pide alcanzar la meta sin saber cómo lograrlo; y en condiciones en que los propios profesionales tampoco aciertan en sus estrategias ni son capaces de justificarlas teóricamente y defenderlas técnicamente; lo que ocurre es una pérdida de recursos, o mínimamente, un mal aprovechamiento de los recursos existentes y disponibles.

PACES: un modelo para la gestión de la convivencia escolar

El trabajo desarrollado por nuestro equipo al interior del Programa de Apoyo a la Convivencia Escolar PACES-PUCV se fundamenta teóricamente desde el modelo social-ecológico (Bronfenbrenner, 1989) tal y como ha sido aplicado a la investigación de violencia escolar (Espelage & Swearer, 2010; Khoury-Kassabri, Astor & Benbenisty, 2009; López *et al*, 2012). Desde este modelo, el fenómeno de la violencia escolar, así como el de convivencia escolar se entiende inserto dentro de dinámicas relacionales de la escuela, que guardan relación con el clima de los espacios de aprendizaje y

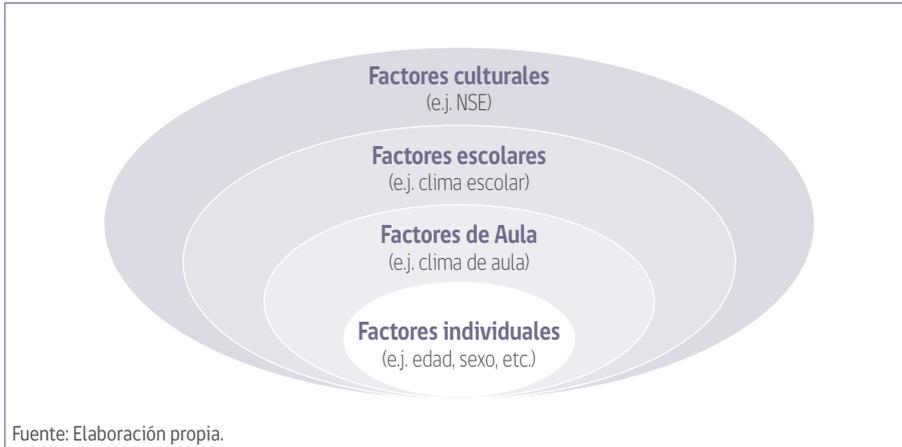
convivencia, así como con aspectos del entorno y de políticas del establecimiento educacional. Estas son las llamadas variables escolares, que inciden en mayor o menor grado en los niveles de intimidación y victimización (*bullying*), dependiendo del contexto que las rodee. En este sentido, la investigación reciente en Chile (Asún, 2009; González, 2010; López, Bilbao & Rodríguez, 2012; Toledo, Magendzo & Gutiérrez, 2009) y Argentina (Kornblit, Adaszko & Di Leo, 2009) muestra que tanto el clima de la sala de clases como el clima general de la escuela se asocian significativamente a la percepción de la violencia escolar en las comunidades educativas (López & Orpinas, 2012). Así, la influencia de variables del grupo curso -como el clima de aula- y de la escuela -como la gestión de la convivencia- se asocia significativamente a los niveles de intimidación y victimización entre alumnos de (López, 2011). López, Bilbao & Rodríguez (2012), en un estudio cuantitativo con escolares chilenos, concluyeron que la percepción de un clima de aula positivo disminuye de forma significativa los reportes de intimidación a compañeros en el último año, y que la alta satisfacción con la sala de clases disminuye las probabilidades de victimización.

Como equipo de “investigación con orientación a la acción”, como nos autodefinimos en PACES, asumimos una aproximación social-ecológica para comprender el fenómeno de la violencia escolar en su complejidad. La inspiración para adscribirse a este paradigma nació del libro de Benbenishty y Astor (2005) “Violencia escolar en contexto”, en el cual se proponía una perspectiva contextualizada para superar la triada teórica tradicional de agresor-víctima-testigo, consistente con los resultados y hallazgos de estudios que estábamos desarrollando en nuestro país.

En la conferencia de la *American Educational Research Association* del año 2010, la primera autora conoció a Ron Avi Astor, uno de los autores del libro mencionado, quien a su vez introdujo a Rami Benbenishty y en conjunto se generó una colaboración internacional enriquecedora. A través del proyecto FONDECYT 1110859 gestionamos una visita de los investigadores a Chile, conformando a partir de ello un equipo internacional con seis investigadores. Su ética de investigación, sus criterios de contenido, los factores de análisis para abordarlos y los procedimientos de investigación rigurosos encontraron arraigo en la forma de trabajar de nuestro equipo chileno.

La Figura 1 plasma la reconstrucción del modelo teórico social-ecológico que realizó el equipo de investigación. Este busca entender la agresión entre escolares desde una perspectiva compleja, en que los elementos involucrados son localizados en niveles diferentes, observando a su vez sus interconexiones. Esta representación es una adaptación del trabajo de Benbenishty y Astor (2005) (ver también Khoury Kassabri, Astor & Benbenishty, 2009), así como también de lo realizado por Espelage y Swearer (2010). Todo lo anterior, proviene del trabajo seminal de Bronfenbrenner (1989), quien postuló que cualquier fenómeno que afecta a un individuo no puede ser comprendido sin la consideración de la influencia contextual de las dimensiones micro, meso y macro que confluyen entre sí como una ecología que incide en el desarrollo individual.

Figura 1. Modelo social-ecológico para estudiar la violencia escolar



En esta ilustración, el primer nivel de análisis se refiere a los factores individuales de los/as estudiantes, como por ejemplo edad, sexo, entre otros, que a su vez se incluyen en el segundo nivel de análisis, denominado clima de aula. Este segundo nivel, incorpora las relaciones entre estudiantes, entre el o la docente con sus estudiantes, así como otros elementos de contexto en la sala de clases. Consecutivamente, este nivel es parte del tercero, representado en el clima y la convivencia escolar que refiere a la percepción de las relaciones que se construyen al interior de la escuela. Finalmente, se permea a su vez con la influencia del último nivel de análisis, correspondiente al sistema educacional y sus políticas, que constituyen factores culturales.

Esta perspectiva dio sentido a considerar las relaciones y los climas creados en el aula y en la escuela en el análisis de los comportamientos de victimización y perpetración. A su vez permitió redefinir la violencia escolar como un fenómeno comprensible desde múltiples niveles de análisis, incluyendo el individual, diádico, grupal, social y cultural.

De este modo, los argumentos de nuestras investigaciones, desde el año 2011 en adelante, apuntaron a considerar más formas de violencia en las escuelas que las ocurridas entre compañeros -incluyendo, por ejemplo, la victimización entre diferentes actores de la comunidad- buscando contribuir con diseños e implementación de acciones que ampliaran el foco desde las víctimas y los perpetradores, hacia incorporar dimensiones sociales y relacionales complejas, entendiéndolas como parte del problema y de las soluciones. Debido a esto, se sostuvo firmemente la importancia que la investigación contribuya a la visibilizar factores emocionales y sociales implicados en la convivencia escolar y el clima de aula, y por supuesto, en los niveles de violencia escolar. Esta perspectiva está en los cimientos conceptuales del Sistema de Monitoreo de la Convivencia Escolar desarrollado y transferido posteriormente a Junaeb.

Desarrollando un sistema de monitoreo de la convivencia escolar

Tal como planteamos anteriormente, el escenario actual de las políticas públicas requiere que las escuelas manejen la violencia escolar y mejoren la convivencia escolar. Sin embargo, no está asegurada la entrega de apoyos y orientaciones para que puedan abordarlo, ni datos detallados que recojan información relevante según los propios establecimientos escolares, que les permitan decidir sobre el diseño e implementación de intervenciones. Entonces nos planteamos ¿Cómo contribuir empíricamente a las escuelas para que mejoren su convivencia escolar y logren reducir la violencia escolar, sin culpabilizarlas ni penalizarlas en el proceso? Esta pregunta nos obligó a aproximarnos de una manera distinta desde la investigación, de manera más cercana a lo que se conoce como investigación, desarrollo y transferencia de conocimientos científicos (I+D+T)

A través del proyecto FONDEF CA12I10243, se formalizó la colaboración con Astor y Benbenishty. Junto a ellos, el proyecto se abocó a la utilización de una batería de encuestas para proveer a las escuelas de información que les permita monitorearse a sí mismas, mediante una visión integral y preventiva de la convivencia escolar; apuntando a mejorar su capacidad de tomar de decisiones y a construir las capacidades de auto-mejoramiento.

Diseñamos, desarrollamos y validamos un sistema de monitoreo de violencia y convivencia escolar, adaptando al contexto chileno el trabajo del equipo investigativo de Benbenishty y Astor (Benbenishty & Astor, 2007; Benbenishty & Astor, 2011; Benbenishty, Astor, & Zeira, 2003). Este sistema toma una aproximación basada en la evidencia y provee datos confiables sobre distintas dimensiones asociadas a la convivencia y a la violencia escolar.

El sistema, orientado a facilitar las decisiones informadas para la prevención y la promoción en dichas áreas, consiste en tres fases, ilustradas en la Figura 2.

Figura 2. Fases del Sistema de Monitoreo de la Convivencia Escolar en Chile



En la Fase 1, se administran encuestas a estudiantes, apoderados, docentes y directivos, entre 4º básico y 4º medio a través de cuestionarios en línea que son aplicados en el establecimiento. Las encuestas de esta fase miden clima escolar, victimización entre pares, victimización del personal del establecimiento a estudiantes, victimización de estudiantes a docentes, porte de armas, inseguridad en la escuela e inseguridad en el barrio (López *et al.*, 2013). Además, se incluye la dimensión subjetiva de la calidad de vida escolar, seguido del bienestar en la escuela, operacionalizando dimensiones de contribución social (Keyes, 1998, 2013) y satisfacción con la vida (Kerr, Valois, Huebner, & Drane, 2011).

Posteriormente, en la Fase 2 se arrojan reportes de resultados tanto para la escuela como la comuna, los cuales son descargables en línea y fáciles de interpretar con resultados en forma de gráficas de barra medidas en porcentaje. Este reporte está pensado en tres niveles, dependiendo de la profundidad y el detalle de la información que se requiere: la vista general entrega una vista amplia respecto a cada dimensión buscando responder las preguntas “¿Cómo nos va en convivencia y violencia escolar?” y “¿Cómo nos comparamos con las otras escuelas?”; una segunda capa entrega mediante los mismos gráficos los resultados de cada sub dimensión (por ejemplo: para clima escolar, muestra los resultados de la escuela en las dimensiones de apoyo social de profesores, normas justas y participación escolar); la tercera capa consiste en una planilla *Excel* que entrega resultados por ítems, en cada nivel educativo encuestado, lo cual es especialmente relevante para diseñar ajustes curriculares, logrando impactar en la estructura que sostiene el mejoramiento escolar.

Finalmente, la Fase 3 considera instancias de asesoramiento educativo para el equipo de gestión escolar, que permita al agenciamiento de la escuela desde el uso de la información de los reportes para el diseño y ajuste de planificaciones en el área de convivencia escolar. Las principales metas de esta fase son: primero, enseñar a las escuelas a leer e interpretar los informes y segundo, ayudarlas a usar la información de modo que logren impactar en los procesos de toma de decisiones de los establecimientos. Este sistema se presenta, entonces, como una herramienta que recopila, analiza, comparte, interpreta y utiliza los datos locales para medir, planificar, implementar y evaluar acciones (López *et al.*, 2013).

La hipótesis científica fue que la implementación de un sistema de monitoreo continuo de la violencia escolar y clima escolar, diseñado y validado científicamente, permitiría a las escuelas tomar decisiones sobre la gestión de la convivencia escolar, disminuir los niveles de violencia escolar y mejorar la calidad del clima escolar. Estas hipótesis fueron contrastadas empíricamente a través un estudio con diseño cuasi-experimental y una evaluación cualitativa de procesos, del cual participaron las 44 escuelas municipales de la comuna de Valparaíso, más dos comunas como grupos control, actuando la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL) como institución asociada al proyecto FONDEF.

Los resultados apoyaron la validez científica del componente de medición (1: Encuestas) pues los instrumentos mostraron adecuadas características psicométricas en términos de fiabilidad y validez (López *et al.*, 2013); la validación del componente de reportes (2: Reportes) pues los consumidores finales (equipos de gestión escolar) e intermedios (Sostenedores) señalaron que los reportes son comprensibles y útiles para la toma de decisiones basadas en evidencia (Carrasco *et al.*, en prensa); y la validación del componente de asesoramiento (3: Asesoramiento) por cuanto consumidores finales e intermedios reportaron la pertinencia y utilidad de los asesoramientos para apoyar la gestión de la convivencia escolar, a través de la incorporación de los insumos de los reportes en el diseño de los Planes de Gestión de la Convivencia Escolar y en su monitoreo (Carrasco *et al.*, en prensa).

Además, en términos generales, la victimización de pares entre los estudiantes en la comuna de Valparaíso disminuyó de un 78,4 % (2013) a un 66,1 % (2014), disminuyendo también las conductas agresivas de éstos hacia los profesores de un 37,7 % el 2013, a un 18,4 % el año siguiente.

Transfiriendo el sistema de monitoreo al Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb

A través de un segundo proyecto I+D FONDEF IT14I10132, desde el 2015 comenzamos a trabajar en la transferencia de este sistema de monitoreo al nivel nacional mediante el programa gubernamental Habilidades Para la Vida (HPV), perteneciente a la Junaeb.

Habilidades Para la Vida es el programa que mayor penetración ha tenido en el área socioemocional en Chile. Su objetivo es fortalecer competencias interpersonales sociales cognitivas y afectivas, para lograr una convivencia escolar positiva y bienestar. El propósito del Programa a largo plazo es elevar calidad de vida (bienestar, competencias personales y calidad de vida) y prevenir daños en salud mental asociados a conductas violentas, depresión, consumo abusivo de alcohol y drogas.

A partir del año 2008, el Programa HPV, comenzó a trabajar en el segundo ciclo básico. De esta manera, el programa amplió su cobertura a población adolescente, incorporando estudiantes de 5° a 8° básico. El estado del trabajo que ya venía desarrollándose al interior del HPV-I relevaba que el impacto del programa, junto con la aplicación adecuada del diseño y del desempeño en la ejecución, requería de la participación activa de adultos significativos para los estudiantes y la comunidad educativa en general, por ejemplo, a través de la asistencia de profesores en las actividades del programa (Leiva, George, Antivilo *et al.*, 2015). Además, la Coordinación Nacional del Programa consideró que era necesario abordar aspectos socioafectivos y de bienestar escolar asociados al inicio de la adolescencia (Leiva, George, Squicciarini *et al.*, 2015), mediante el trabajo en clima de aula y convivencia escolar.

La perspectiva teórica del Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb, se fundamenta en una perspectiva psicosocial, en la que el niño es percibido en interacción tanto con su núcleo familiar, como con un medio ambiente socio comunitario, relación que moldea su personalidad de manera significativa. HPV I, se sustenta en los aportes de la epidemiología del desarrollo, en las buenas prácticas de promoción y prevención en Salud Mental, en la psicología clínica infantojuvenil y en estrategias comunitarias. Sin embargo, en el trabajo en convivencia escolar del componente HPV-II, si bien existió fundamentación teórica en torno a clima de aula/clima escolar, especialmente lo desarrollado por las investigadoras nacionales Ana María Arón y Neva Milicic (Aron & Milicic, 2000), no había sido estudiado con el mismo volumen científico en relación al trabajo realizado en primer ciclo (HPV-I) (Leiva *et al*, 2015). Desarrollar esta alianza permitiría resguardar los componentes científicos de la propuesta de trabajo del Modelo de Intervención de HPV-II en convivencia escolar.

Es así como, en el estado inicial del componente evaluativo de HPV-II al momento de iniciar el proyecto FONDEF IT, el instrumento de evaluación de clima de aula no contaba con adecuadas características psicométricas; a esta conclusión se arribó fruto del trabajo de análisis psicométrico efectuado por el Programa PACES en el año 2014 en conjunto con estudiantes del Programa de Doctorado en Psicología PUCV. Si bien la agenda programática comprometía la acción de los profesionales HPV-II con los profesores a modo de acompañamiento para mejorar el clima de aula, y que dicho acompañamiento involucraba utilizar el instrumento como guía, la falta de confiabilidad y validez del instrumento hace que éste tuviera un aporte reducido para informar las prácticas pedagógicas.

En este marco, y dado a) el interés de la institución Junaeb y del Programa HPV de escalar en el nivel de impacto psicosocial que tenía el Programa al interior de las escuelas; y b) la constatación de que el constructo de “convivencia escolar” estaba cobrando cada vez más interés para las escuelas a razón de los antecedentes expuestos anteriormente, la Coordinación Nacional del Programa consideró que era pertinente ampliar el radar de impacto de sus acciones para incluir la gestión de la convivencia escolar en su agenda programática en segundo ciclo básico. Esto permitiría incorporar la promoción de salud mental y la prevención de riesgos psicosociales dentro de las acciones de orden educativo y pedagógico que las escuelas diseñan e implementan, no sólo a nivel de aula sino también la gestión escolar a nivel del establecimiento. Así, para que la escuela pueda mejorar y realmente se hiciera sinergia con los esfuerzos invertidos en el programa HPV-II, debía contar con un ágil y oportuno componente de monitoreo de la convivencia escolar que permitiera a las escuelas contar con métricas para la toma de decisiones y la implementación de planes de mejoramiento.

De esta manera, el Programa de Habilidades Para la Vida, buscando mejorar la validez científica de su componente HPV-II (segundo ciclo básico) y mejorar los procesos de acompañamiento al profesor de aula y al establecimiento escolar, de modo de hacer

más pertinente su agenda programática, quiso incorporar el Sistema de Monitoreo desarrollado por PACES al componente HPV-II, adaptándolo y ajustándolo a sus requerimientos para garantizar su transferencia sostenible en el tiempo. Esto es coherente con la necesidad de incorporar en el trabajo en convivencia escolar el modelo “escuela total” desde cómo la comunidad educativa se hace cargo en términos de su gestión, sin refugiarse en las etiquetas de los niños.

A pesar de las diferencias: HPV-II posee cobertura nacional, su enfoque es la promoción del bienestar y prevención de problemas de salud mental en los estudiantes, y utiliza una estrategia metodológica *top-down* y *bottom-up*; mientras que PACES poseía, en ese momento, un alcance en la Región de Valparaíso, su foco está puesto en la Convivencia Escolar con una estrategia metodológica *bottom-up*, ambas entidades comparten un núcleo valórico importante respecto de la forma en que la escuela debe desarrollar competencias para intervenir en el bienestar psicológico y en la calidad de las relaciones, lo que hizo posible pensar en esta alianza. Los puntos en común se pueden sintetizar de la siguiente manera:

1. Para ambos, el enfoque de la convivencia escolar es sistémico y ecológico. La mirada de HPV se basa sobre el espacio de las relaciones en el aula, en la relación entre profesores y estudiantes, por lo tanto son abordajes complementarios.
2. El enfoque de trabajo basado en evidencias permite generar un núcleo valórico común en torno a la importancia del diseño de políticas educativas basadas en evidencias y con respaldo científico.
3. El enfoque complementario entre la perspectiva de salud de HPV, que incluye la prevención del riesgo y daño psicosocial y la promoción del bienestar subjetivo y social; y la perspectiva educativa-pedagógica de PACES, que enfatiza que toda intervención psicosocial en el contexto escolar debe siempre tener un foco primordial en lo pedagógico, en las estructuras y relaciones pedagógicas al interior del aula y fuera de ella; y que se debe evitar dar cabida suelta a la demanda clínica a la cual subyace una mirada patologizante de la infancia y adolescencia.
4. El enfoque de trabajo intersectorial, que busca el trabajo en redes comunitarias y la articulación entre los sectores de educación y salud en la atención a las necesidades psicosociales de la comunidad escolar.

Este núcleo común fue identificado y dialogado en múltiples reuniones formales entre el equipo PACES y el equipo de Coordinación Nacional del Programa HPV, así como en seminarios organizados conjuntamente entre el año 2013 a la actualidad, espacios que han sentado las bases de confianza y trabajo que permitieron el desarrollo del Proyecto FONDEF IT.

Así es como nuestro equipo PACES y la Coordinación Nacional del Programa HPV decidimos formar alianza y embarcarnos en la transferencia del sistema de monitoreo descrito anteriormente. La transferencia se diseñó bajo la modalidad total, es decir, comprometiendo todos los componentes del sistema, incluido el componente tecnológico que implicaba el traslado del sistema a los servidores de Junaeb, y la administración y coordinación de todos los componentes en manos de los profesionales de Junaeb. En este sentido, el objetivo del proyecto fue “diseñar e implementar la transferencia a nivel nacional del sistema de monitoreo de convivencia escolar PACES, a través de su escalamiento por medio del Programa Habilidades Para la Vida II de Junaeb”.

Durante el desarrollo del proyecto se trabajó en torno a los tres componentes del Sistema de Monitoreo de la Convivencia Escolar: el componente tecnológico, asociado a la transferencia informática del sistema de gestión de encuestas y reportes; el componente de investigación cuya tarea consistió en adaptar y validar la batería de encuestas a las necesidades del programa HPV II, junto con la sistematización del proceso de transferencia en sí; y el componente de formación, que implicaba el desafío de la transferencia de capacidades de monitoreo del Programa PACES a los profesionales del Programa HPV II a lo largo de Chile, el diseño de material de apoyo y la propuesta de inclusión del Sistema de Monitoreo a los Términos de Referencia y Orientaciones Técnicas, documentos que rigen el funcionamiento del Programa HPV II. El proceso del proyecto consideraba dos etapas: una etapa de empaquetamiento en el primer año con una porción de comunas, para luego adaptar el Sistema de Monitoreo y escalar a nivel nacional.

Durante el primer año, junto con la adecuación y validación del instrumento de clima de aula, se incluyó esta dimensión a la batería de encuestas del Sistema de Monitoreo, además de realizar otros ajustes en el instrumento en relación a lo requerido por Junaeb. Esta primera versión de la encuesta fue piloteada por cinco comunas del país, llegando a aplicar a 6.813 estudiantes, más apoderados, docentes y directivos. A su vez, los equipos ejecutores de estas cinco comunas participaron de la 1º versión del “Diplomado en Monitoreo de la Convivencia Escolar”, programa de formación *e-learning*, diseñado y dictado especialmente para el proyecto por el Programa de Apoyo a la Convivencia Escolar PACES y certificado por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, en el cual se entregaban herramientas teórico-prácticas que guiaban la acción de monitoreo en terreno.

Para el segundo año se esperaba junto con los ajustes tanto a los instrumentos como al programa de formación, se buscaba escalar a 12 comunas, que al momento de la postulación correspondía total de comunas que componían el Programa HPV II en el país, sin embargo, debido al crecimiento del Programa, en esta segunda etapa el Sistema de Monitoreo se escaló a 59 comunas, aplicando la batería de instrumentos a 50.346 estudiantes y los demás actores de la comunidad escolar. Esta modificación en la cantidad de ciudades implicó un gran desafío tanto para el diseño como la implementación

del proyecto, por ejemplo, en la formación de más de un centenar de profesionales del programa en todo Chile que participaron de la 2^o versión del “Diplomado en Monitoreo de la Convivencia Escolar”.

Adicionalmente, una de las oportunidades más relevantes en este proyecto, ha sido la posibilidad de establecer análisis de políticas comparadas, con base en los aportes de nuestros colaboradores internacionales Dr. Ron Avi Astor (*University of Southern California*, Estados Unidos) y Dr. Rami Benbenishty (*Bar-Ilan University*, Israel).

A partir de las experiencias de empaquetamiento y escalamiento del Sistema de Monitoreo de la Convivencia Escolar, el ajuste de instrumentos, la creación de material de apoyo y un programa de formación de capacidades en monitoreo de la Convivencia Escolar, se logró crear un Manual de Uso del Sistema de Monitoreo de la Convivencia Escolar, además de generar una propuesta de modificación del Modelo de Intervención de HPV-II, incorporando este Sistema como parte habitual y estructural de su quehacer. Finalmente, esta propuesta pasó a ser parte del documento rector del Programa el año 2017, incorporándose como acción dentro de la Unidad de Promoción del bienestar y desarrollo psicosocial de la comunidad educativa, con ello consolidando la transferencia del Sistema de Monitoreo dentro del programa.

No obstante, este proceso no ha estado carente de dificultades, entre las cuales se encuentran la complejidad de la transferencia del componente informático, debido a la adecuación de los estándares de seguridad y programación requeridos por Junaeb, en un desarrollo informático altamente escalable y en coordinación con múltiples plataformas.

Conclusión y discusión

Basándose en un modelo social-ecológico para comprender la convivencia escolar, y adoptando el enfoque de toma de decisiones locales basadas en evidencias, el Programa PACES-PUCV diseñó y desarrolló durante los años 2013–2014 un sistema de monitoreo de la convivencia escolar. Este sistema fue inicialmente validado en las escuelas municipales de Valparaíso, y luego transferido -tras algunos ajustes- al Programa Habilidades Para la Vida Junaeb bajo la modalidad de transferencia pública total, para ser utilizado en el segundo ciclo de enseñanza básica (HPV-II) por parte de los profesionales ejecutores del Programa, como parte del desarrollo del componente de “Monitoreo de la convivencia escolar”, presente desde el año 2017 en los Términos de Referencia oficiales del Programa.

Lo genuino de este sistema es que es un sistema de monitoreo, no un programa “pre-empaquetado” que ofrece opciones de intervención como paquetes cerrados. En cambio, en el diseño de este sistema, la solución consiste en una *techné* que permite a las escuelas producir información relevante respecto de cómo están en materia de

convivencia escolar, y con un dispositivo de asesoramiento que se orienta en primer lugar a interpretar los resultados de la evaluación, para luego acompañar el proceso local de socialización de resultados para la toma de decisiones. Esto implica y desafía a la política pública, presente aquí a través del Programa HPV, a adaptarse a la realidad local para acompañar decisiones emergentes (*bottom-up*) derivadas del análisis de resultados, sin prescripciones mandatadas de arriba abajo (*top-down*).

El tipo de asesoramiento diseñado se alinea con los principios de la conformación de comunidades de aprendizaje en la formación del profesorado (Imbernón, 2007). El foco está puesto en el aprendizaje colectivo y en la participación, convirtiéndose en un asesoramiento de tipo colaborativo. Uno de los supuestos que guía las tres formas de asesoramiento se centra la consideración –y la valoración– de los conocimientos que los directivos, profesores y profesionales de apoyo en las escuelas han adquirido en su experiencia profesional, incorporando en el programa completo, conocimientos generados por las investigaciones –en este caso, la medición y evaluación de la convivencia escolar– y por expertos dentro y fuera de las aulas y las unidades educativas (Montecinos, 2003).

Asimismo, contempla algunos de los supuestos comunes de programas eficaces de formación docente: a) las actividades fomentan la colaboración, otorgando amplias oportunidades para que los docentes compartan lo que saben; b) ofrecen un acompañamiento sostenido en el tiempo; y c) contemplan evaluaciones regulares para determinar su impacto en el aprendizaje docente, en el aprendizaje de los estudiantes y en el mejoramiento continuo de la unidad educativa. Los programas se evalúan con el propósito de ir mejorando su diseño e implementación, así como acrecentando la base de conocimientos acerca de cómo aprenden y se desarrollan los profesores (Montecinos, 2003).

Quisiéramos destacar que sistemas de monitoreo como el que hemos descrito aquí pueden utilizarse democráticamente y de manera positiva para fortalecer las capacidades de la escuela; pero también podrían ser mal utilizados, perjudicando a las comunidades escolares –especialmente aquellas a las que asisten los estudiantes de nivel socioeconómico bajo y/o con mayores dificultades– si es que estos datos son utilizados para generar “rankings”, derivando hacia la denostación de los establecimientos con bajos resultados. Esta es una práctica que ocurre a nivel internacional, siendo reportada en Estados Unidos (Cohen & Moffitt, 2009), en Inglaterra y en otros países. Está muy ligada a las presiones de los medios de comunicación por hacer públicos los resultados de las escuelas. Pero también ha sido promovida por gobiernos que han reducido la evaluación de la calidad de la educación al rendimiento en pruebas estandarizadas.

En nuestro caso y a lo largo de estos años de diseño, desarrollo y transferencia del modelo de gestión de convivencia escolar y de su *techné* como sistema de monitoreo de la convivencia escolar, hemos sido muy cuidadosos en evitar el ranking, lo que ha significado que en el compromiso inicial de colaboración con CORMUVAL (López *et al.*,

2013), y luego con Junaeb, se explicitó que a ésta no se le entregarían los resultados por colegio, sino por comuna. Solo los directores de escuela reciben sus reportes por escuela, y pueden compararse con el resultado a nivel comunal, pero no reciben los resultados del resto de las escuelas. Asimismo, el sostenedor o administrador solo recibe el reporte comunal y no desagregado por escuela. Naturalmente, las escuelas podrán compartir sus reportes si así lo estiman conveniente, pero el foco de nuestro mensaje ha sido que este sistema es relevante, si logra fortalecer las capacidades de las escuelas para gestionar mejoras en la convivencia escolar a partir de la identificación y reconocimiento de su realidad, empleando para ello instrumentos confiables y válidos. No es relevante y puede disminuir las capacidades de la escuela, si en vez de ayudarlo a mirarse a sí mismas y orientar el cambio, este sistema se utiliza como instrumento de comparación y denostación (López *et al*, 2013).

Esta discusión, acerca del para qué de la evaluación en convivencia escolar, es relevante en el marco del desarrollo de la política educacional chilena actual. A través del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación, entran en vigencia las consecuencias para aquellas escuelas que han sido calificadas sostenidamente como Insuficientes por la Agencia de Calidad de la Educación, donde Clima de Convivencia Escolar es un indicador a considerar. Este momento de desarrollo del sistema educativo, presenta una oportunidad y desafío: lograr resolver la tensión sobre la mejora de la convivencia hacia la lógica formativa, sin caer en la lógica de acciones punitivas.

En este contexto, quedan preguntas claves que se derivan de nuestro trabajo. Sistemas, como el transferido a Junaeb, generan gran cantidad de información: ¿De qué manera esta información se traduce en la política? ¿De qué manera esta evidencia se traduce en intervenciones y prácticas que las escuelas pueden implementar? Hemos decidido atenernos a unos principios fundamentales: la instalación y el fortalecimiento de las capacidades en las escuelas; la proporción de herramientas para la toma de decisiones a nivel local; y la transformación de la asesoría en la construcción de posibilidades para el agenciamiento colectivo. Confiamos en el potencial aporte que este dispositivo brindará a las comunidades escolares de nuestro país, y en el buen uso que realizará Junaeb acorde a los principios éticos anteriormente explicitados.

Reconocimientos

Agradecemos el aporte de los proyectos PIA CONICYT CIE160009, FONDEF 12i10243, FONDEF IT14i10132, FONDECYT 11080055, FONDECYT 1110859, y FONDECYT 1140960. Versiones anteriores de las ideas presentadas en este capítulo se encuentran en López (2014); López, Ascorra, Bilbao, Carrasco, Morales, Villalobos & Ayala (2013); y López, Bilbao, Carrasco, Ascorra, Benbenishty & Astor (en prensa).

Referencias

- Araos, C. & Correa, V. (2004). *La escuela hace diferencia: Aproximación sociológica a la violencia escolar*. Santiago: Fundación Paz Ciudadana - Instituto de Sociología P.U.C.
- Arón, A. M. & Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 447-466.
- Asún, D. (2009). Análisis de áreas y dimensiones de la gestión directiva que inciden en el fenómeno de la violencia en el ámbito escolar en establecimientos educacionales municipalizados de la Región de Valparaíso. Proyecto final presentado al Fondo de Investigación y Desarrollo en Educación (FONIDE).
- Benbenishty, R. & Astor, R.A. (2005). *School Violence in Context: Culture, Neighborhood, Family, School, and Gender*. Nueva York: Oxford University Press.
- Benbenishty, R., & Astor, R. A. (2007). Monitoring indicators of children's victimization in school: Linking national-, regional-, and site-level indicators. *Social Indicators Research*, 84(3), 333-348.
- Benbenishty, R. & Astor, R. A. (2011). Making the case for an international perspective on school violence: Implications for theory, research, policy, and assessment. En S. R. Jimerson, A. B. Nickerson, M. J. Mayer & M. J. Furlong (eds.), *The handbook of school violence and school safety: International research and practice* (pp. 18-36). Nueva York: Routledge.
- Benbenishty, R., Astor, R. A. & Zeira, A. (2003). Monitoring school violence at the site level: Linking national, district, and school-level data. *Journal of School Violence*, 2(2), 29-50.
- Blanco, R. (2005). Los docentes y el desarrollo de escuelas inclusivas. *Revista Preal*, 1, 174-177.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Carrasco, C., López, V. & Estay, C. (2012). Análisis crítico de la Ley de Violencia Escolar de Chile. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 11(2), 31-55. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-228>
- Carrasco, C., López, V., Ascorra, P., Bilbao, M. & Olmos, S. (aceptado). Evaluación cualitativa de un sistema de monitoreo de la convivencia escolar. *Psicología Escolar e Educativa*.
- Chaux, E. (2012). *Educación, convivencia y agresión escolar*. Bogotá: Ediciones Uniandes. Taurus, Santillana.
- Cohen, J. (2006). Social, emotional, ethical and academic education: Creating a climate for learning, participation in democracy and well-being. *Harvard Educational Review*, 76(2), 201-237.
- Cohen, D. K. & Moffitt, S. L. (2009). *The ordeal of equality: Did Federal regulation fix the schools?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Debarbieux, E. (2003). School violence and globalization. *Journal of Educational Administration*, 41, 582-602. doi:10.1108/09578230310504607
- Dimmit C. & Robillard, L. (2014). *Evidence-Based Practices: Pro-social skill development and violence prevention in K-8 Schools*. Documento interno no publicado. Massachusetts: Fredrickson Center for School Counseling Outcome Research and Evaluation, UMass Amherst.
- Espelage, D. L. & Swearer, S. M. (2010). A social-ecological model for bullying prevention and intervention: Understanding the impact of adults in the social ecology of youngsters. En S. R. Jimerson, S. S. Swearer y D. L. Espelage (eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective* (pp. 61-86). Nueva York: Routledge.
- González, C. (2010). Percepciones sobre violencia en el ámbito escolar y gestión directiva: una aproximación a partir de la fase cuantitativa de un estudio en la Región de Valparaíso. *Psicoperspectivas*, 9(2), 105-135.
- Hevia, R. & Ramírez, J. (2011). Acompañando la inserción de profesores noveles en establecimientos municipales de Valparaíso: La experiencia de los Talleres de Educación Democrática (TED). *Revista de Psicología*, 20(2), 173-198.
- Imbernon, F. (2007). Asesorar o dirigir. El papel del asesor colaborativo en una formación permanente centrada en el profesorado y en el contexto. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en educación REICE*, 5(1), 145-152.

- Kazak, A.E., Hoagwood, K., Weisz, J.R., Hood, K., Kratochwill, T.R., Vargas, L.A., & Banez, G.A. (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Psychologist*, 65, 85-97.
- Kerr, J.C., Valois, R. F., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2011). Life satisfaction and peer victimization among USA public high school adolescents. *Child Ind Res*, 4, 127-144.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2013). *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*. Dordrecht: Springer.
- Khoury-Kassabri, M., Astor, R. A. & Benbenishty, R. (2009). Middle Eastern Adolescents' Perpetration of School Violence Against Peers and Teachers A Cross-Cultural and Ecological Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 159-182
- Kornblit, L., Adaszko, D. & Di Leo, P. F. (2009). Clima social escolar y violencia: un vínculo explicativo posible, un estudio en escuelas medias argentinas. En C. Berger y C. Lisboa (eds.), *Violencia escolar: estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica*. Santiago: Editorial Universitaria, 123-138.
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Squicciarini, A., Simonsohn, A., Vargas, B. & Guzmán, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14(1), 31-41.
- Leiva, L., George, M., Squicciarini, A. M., Simonsohn, A. & Guzmán, J. (2015). Intervención preventiva de salud mental escolar en adolescentes: Desafíos para un programa público en comunidades educativas. *Universitas Psychologica*, 14(4), 15-27.
- Ley 20.370 (2009, 12 de septiembre). Ley General De Educación. Santiago de Chile: Diario Oficial de la República de Chile, Gobierno de Chile.
- Ley 20.529 (2011, 27 de agosto). Sistema Nacional De Aseguramiento de la Calidad De La Educación Parvularia, Básica y Media y Su Fiscalización. Santiago de Chile: Diario Oficial de la República de Chile, Gobierno de Chile.
- Ley N° 20.248 (2008, 1 de febrero). Ley de Subvención Escolar Preferencial. Santiago de Chile: Diario Oficial de la República de Chile, Gobierno de Chile.
- Ley N° 20.536 (2011, 8 de septiembre). Ley sobre violencia escolar. Santiago de Chile: Diario Oficial de la República de Chile, Gobierno de Chile.
- Llaña, M (2008). *Las voces de los actores*. Santiago: Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Educación, Universidad de Chile. Estudio encargado por el Ministerio de educación.
- López, V., Carrasco, C., Morales, M., Ayala, López, J. & Karmy, M. (2011). Individualizando la Violencia Escolar: Análisis de Prácticas Discursivas en una Escuela Municipal de la Región de Valparaíso. *Psykhé*, 20(2).
- López, V., Ascorra, P., Bilbao, M.A., Oyanedel, J.C., Moya, I. & Morales, M. (2012). El Ambiente Escolar Incide en los Resultados PISA 2009: Resultados de un estudio de diseño mixto. En: MINEDUC, *Evidencias para políticas públicas en educación*. Santiago: Centro de Estudios, MINEDUC.
- López, V. & Orpinas, P. (2012). Las escalas de agresión y victimización: validación y prevalencia en estudiantes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 109-124.
- López, V., Bilbao, M., Rodríguez, J. I. (2012). La sala de clases sí importa: incidencia del clima de aula sobre la percepción de intimidación y victimización entre escolares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 91-101.
- López, V., Ascorra, P. Bilbao, M.A., Carrasco, C., Morales, M., Villalobos, B. & Ayala, Á. (2013). Monitorear la Convivencia Escolar para fortalecer (no disminuir) las capacidades de las escuelas. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 6(2), 201-219.
- López, V. (2014). "Convivencia escolar". *Apuntes Educación y Desarrollo Post 2015*, 4, Santiago, UNESCO, pp. 1-18.
- López, V., Bilbao, M., Carrasco, C., Ascorra, P., Benbenishty, R. & Astor, R. A. (en elaboración). Una década de investigación en convivencia escolar. En P. Ascorra & V. López (Eds.), *Una década de investigación en convivencia escolar*.
- Magendzo, A., Toledo, M. I., & Gutiérrez, V. (2013). Descripción y análisis de la Ley sobre Violencia Escolar (N° 20.536): dos paradigmas antagónicos. *Estudios Pedagógicos*, 39(1), 377-391. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052013000100022>
- Montecinos, C. (2003). Desarrollo profesional docente y aprendizaje colectivo. *Psicoperspectivas*, 2, 105-28.

Apoiando el Bienestar en las Comunidades Educativas

Montecinos, C., Sisto, V. & Ahumada, L. (2010). The construction of parents and teachers as agents for the improvement of municipal schools in Chile. *Comparative Education* 46(4), 487-508.

Páez, D. & Martín-Beristain, C. (2011). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid, España: Fundamentos.

Sapon-Shevin, M. (2011). Aprender en una comunidad inclusiva. En: Campos, J., Montecinos, C. y González, A. *Mejoramiento Escolar en Acción*. Santiago de Chile: Centro de Investigación Avanzada en Educación (CIAE) & Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Toledo, M. I., Magendzo, A. & Gutiérrez, V. (2009). Relación entre intimidación (bullying) y clima en la sala de clases y su influencia sobre el rendimiento de los estudiantes (Informe Final presentado al Fondo de Investigación y Desarrollo en Educación, FONIDE). Santiago: Ministerio de Educación.

Treviño, E., Place, K., & Gempp, R. (2012). Análisis del clima escolar: poderoso factor que explica el aprendizaje en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: UNESCO-OREALC.

UNESCO (2002). *Educación y diversidad cultural*. México.

UNESCO (2007). *Decenios y días internacionales de las Naciones Unidas*. [En red]. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/es/sector>.

UNESCO. (2008). *Los aprendizajes de los estudiantes de América Latina y el Caribe*. (Primer reporte del Segundo Estudio Regional Comparativo y Educativo, SERCE). Santiago de Chile.

UNESCO. (2013) *El Informe Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015 para Todos*. [En red]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf> UNESCO (2008). Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo. Informe Final.

Valenzuela, J., Ahumada, I., Rubilar, A., López, V., & Urbina, C. (2018). El encargado de convivencia escolar en Chile: hacia la comprensión de su identidad laboral. *Revista de Psicología*, 36(1), 189-216. <https://doi.org/10.18800/psico.201801.007>

Wayman, J. C., Spikes, D. D. & Volonnino, M. R. (2013). Implementation of a Data Initiative in the NCLB Era. En K. Schildkamp, M. Lai & L. Earl (eds.), *Data-based Decision Making in Education* (pp. 135-153). Dordrecht: Springer.



Un apoyo psicosocial a comunidades educativas afectadas por emergencias y desastres

| *Katty Bustos Zúñiga¹*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define salud mental como un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de la comunidad (OMS, 2013). Por su parte, el Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb (HPV) se inserta en los establecimientos educacionales del país con el objetivo de aumentar el bienestar psicosocial y el éxito en el desempeño escolar de los estudiantes, mediante una intervención de salud mental en las comunidades educativas. A largo plazo busca que se eleve la calidad de vida y las competencias personales (relacionales, afectivas y sociales), y disminuyan daños en salud en la población (depresión, suicidio, consumo problemático de sustancias, conductas antisociales, entre otras; Junaeb, 2018).

Dotar de herramientas de apoyo a las comunidades, y favorecer el desarrollo de competencias en las personas, no solo involucra desplegar estrategias de promoción y prevención de salud en el curso regular del ciclo escolar, sino que también apoyar en el afrontamiento protector de situaciones de alta complejidad y de impacto comunitario. De algún modo, las comunidades educativas requieren de acompañamiento y apoyo “en las buenas”, y también en las “no tan buenas”.

Dentro del contexto escolar chileno, HPV se ha transformado en un referente de salud mental. Esta situación, ha permitido que durante los últimos años se le requiera para el despliegue de una intervención psicosocial especial de apoyo para comunidades educativas afectadas por las recurrentes situaciones de emergencias y desastres del país. Este vínculo o requerimiento, es coherente con el marco conceptual de HPV, en cuanto pretende reducir riesgos y daños, resguardar la salud mental y el bienestar de las personas afectadas –especialmente los niños, niñas y adolescentes–, favorecer la superación de la crisis y el desarrollo de capacidades.

1 Asistente Social, Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb, correo electrónico: katty.bustos@junaeb.cl

Este texto describe la experiencia del programa en el abordaje de situaciones de emergencias y desastres en el contexto escolar, así como el modelo de intervención que se ha implementado en distintos momentos a nivel país. Se presenta un marco general para la intervención frente a este tipo de situaciones y su inserción en las fases de gestión de riesgos de desastres del Sistema Nacional de Protección Civil, como ejes orientadores de esta intervención. Finalmente se entrega una sistematización abreviada de las intervenciones realizadas por el programa en los últimos 10 años y las proyecciones para su desarrollo.

Desarrollo de una estrategia de apoyo

Habilidades Para la Vida es una intervención que incorpora acciones de promoción y prevención del riesgo psicosocial con los diferentes actores de la comunidad educativa. Entiende en la base de su Modelo de Intervención, que la escuela y la comunidad educativa son un espacio protector para quienes allí se desenvuelven. Asimismo, reconoce la necesidad de fortalecer el desarrollo de redes locales, que facilitan y aseguran la coordinación y gestión eficiente entre la escuela y los servicios de apoyo psicosocial existentes y que incrementan las capacidades existentes en la comunidad (Junaeb, 2018).

Según la evidencia disponible, frente a las emergencias y desastres, se recomienda realizar programas de intervención dentro del contexto escolar (McDermott & Palmer, 2002; McDermott, Lee, Judd & Gibbon, 2005; Chemtob, Nakashima & Hamada, 2002). Para las familias, niños, niñas y adolescentes, las escuelas significan un importante espacio para el establecimiento de intervenciones en diversas modalidades (Pynoos, Steinberg & Brymer, 2007). Además, el empoderamiento de los espacios comunitarios en estas situaciones tiene alta importancia; para la mayoría de las personas el hecho de conversar con alguien confiable es beneficioso -y una importante ayuda- para recuperarse del impacto provocado por una emergencia o desastre. Intervenciones diseñadas para incrementar el apoyo social y la mayor comunión entre las personas, pueden resultar beneficiosas (North, 2007). Se recomienda también proporcionar seguridad emocional, impulsando la normalización de sentimientos y su manifestación; además, cuando no existe un programa, un plan o protocolo, es posible que las intervenciones para apoyar a la superación de una crisis no finalicen de buena manera (Ramos, 2015). La evidencia del Programa HPV, indica además que participar en un programa de intervención de salud mental en escuelas puede proteger a los niños luego de un desastre natural (Garfin *et. al*, 2014).

Por otro lado, el modelo de intervención en crisis propone una intervención breve, desarrollada en un tiempo acotado y que se realiza cuando se requiere reforzar los recursos propios de las personas para afrontar determinadas situaciones (Cornejo, Chía, Paverini & Baloian, 2011). Esta mirada es acorde con la definición de apoyo psicosocial como un proceso que facilita la resiliencia (capacidad de asumir con flexibilidad situaciones

límites y sobreponerse a ellas) en las personas, familias y comunidades, y promueve las capacidades para hacer frente a acontecimiento similares en el futuro (MINSAL, 2012).

Finalmente, desde una perspectiva del derecho a la educación, en una situación de emergencia, las escuelas deberían asegurar el acceso a un aprendizaje y educación de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes de las comunidades afectadas. Con énfasis en las necesidades de las niñas, cuyas particularidades suelen invisibilizarse o dejarse de lado. Hay que lograr que las escuelas provean un ambiente seguro y protector para la niñez (UNICEF, 2009).

Como respuesta a este marco, HPV despliega una estrategia de apoyo psicosocial a comunidades educativas afectadas por emergencias y desastres basada en evidencia. Esta intervención dispone de una “pausa” en la ejecución regular del programa, e implementa acciones específicas por un tiempo acotado. El objetivo de estas acciones es apoyar en la recuperación del funcionamiento regular de las comunidades, emporándolas para que vuelvan a ser un espacio y relaciones de protección para sus integrantes.

Estrategia de apoyo HPV

A continuación, se describen distintos elementos importantes para el diseño e implementación de la estrategia de HPV. Primero se describen los pilares que sostienen el diseño de la estrategia, luego se señalan sus etapas y finalmente su incorporación dentro del ciclo de gestión de riesgos.

Pilares estratégicos

El Programa HPV despliega una estrategia que se sostiene sobre cinco pilares estratégicos, que orientan su diseño e implementación.

1. Abordaje ecológico de la comunidad educativa

Comprende la necesidad de intervenir en la escuela considerando a todos sus integrantes, las relaciones que se establecen entre ellos y aquellas que establecen con su entorno. Esta comprensión es acorde con la propuesta ecológica de Bronfenbrenner (1977), y entiende que el contexto escolar es un componente importante en el entorno social de los niños, niñas y adolescentes. Asimismo, la escuela ha demostrado ser un contexto donde la calidad de las interacciones entre sus diferentes actores, puede generar condiciones de protección o de riesgo psicosocial de la salud mental de sus integrantes.

Esta comprensión involucra la necesidad de incorporar a todos los actores de la comunidad educativa, y no solo a los niños, niñas y adolescentes. Además, bajo lo propuesto por Pynoos, Steinberg, y Brymer (2007), también obliga a la consideración de la etapa

de desarrollo vital y características personales de los diferentes integrantes de las comunidades. Por ejemplo, existen diferentes formas de reacción y afrontamiento; algunas personas serán capaces de recuperarse del impacto y vivirán un curso “no problemático” de recuperación, mientras que otros experimentarán una recuperación más dificultosa en su funcionamiento. Factores como la resiliencia, la vulnerabilidad, la resistencia o exposición al riesgo o trauma, influyen en este resultado. Esta diversidad de personas y grupos, requieren de diferentes tipos de apoyo. Para el diseño e implementación de una intervención, se recomienda el uso del modelo multinivel. Existiendo tres niveles de intervención: 1) de Intervenciones a gran escala, donde el objetivo es promover -con toda la comunidad educativa- el ajuste adaptativo de las personas y el curso normal de desarrollo, y prevenir la aparición de problemas psicológicos; 2) de Intervenciones especializadas, cuyo objetivo es reducir -en personas afectadas de manera moderada, con mayor exposición al trauma o con riesgo de dificultades mayores- el estrés psicológico, favorecer el curso normal del desarrollo y el ajuste adaptativo, y entregar ayuda temprana frente a problemas psicológicos que sean persistentes o más severos; finalmente está el nivel 3) de Intervenciones altamente especializadas, con el objetivo de reducir -en personas con problemas psicológicos mayores y con necesidades que exceden las capacidades de la escuela- el estrés psicológico severo, conductas de riesgo y problemas de psicológicos de mayor severidad.

2. Basada en factores protectores y competencias

Enfatiza los recursos que posee la comunidad, y busca aumentar la capacidad de resiliencia y resistencia a las crisis. Desde este punto, se reconoce la resiliencia social como la capacidad de una comunidad para resistir, recuperarse y aprender de un desastre natural (Dufty, 2009).

En este marco, se entiende a la escuela como el contexto natural para el refuerzo de estos factores protectores y competencias, especialmente en los niños, niñas y adolescentes. Esto involucra reconocer sus capacidades, y promover: respuestas positivas, optimistas y esperanzadoras, la vinculación con otras personas, sus habilidades sociales, la capacidad para reconocer y expresar sus emociones, la capacidad para focalizarse y resolver problemas de una manera adecuada a su etapa de desarrollo (Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network, 2010). Algunas de las actividades más recomendadas para su apoyo son: entregar una oportunidad para que hablen de sus experiencias en un espacio seguro y protegido, promover el desarrollo de habilidades positivas de afrontamiento y resolución de problemas y fortalecer los lazos de amistad y apoyo de pares (La Greca et. al 1996).

3. Enfoque preventivo

Entiende que las acciones de apoyo contribuyen a la preparación de la comunidad educativa ante eventuales nuevas situaciones críticas.

Desde la mirada de la protección de la salud mental en la gestión del riesgo, se plantea que un primer foco de la protección de la salud mental es el fortalecimiento de las capacidades (habilidades, conocimientos y destrezas) de los individuos, comunidades e instituciones (Minsal, 2018) que permitan generar una respuesta frente a la ocurrencia de nuevas situaciones de emergencia o desastre. El apoyo a la recuperación y el logro de resiliencia puede incluso favorecer el desarrollo de capacidades, como la empatía, el desarrollo moral y el vínculo a actividades prosociales (Goenjian *et. al*, 1999).

4. Toma de decisiones basada en evidencias

Busca que la priorización, identificación de grupos a intervenir y elección de las actividades, se base en la evidencia levantada a partir de informantes clave de la comunidad.

Una valoración inicial está relacionada con la estimación temprana de la naturaleza, extensión y severidad del impacto de un desastre o emergencia. Su objetivo es planificar las intervenciones públicas de salud para la recuperación de la población afectada. Esta evaluación también puede ayudar a monitorear el curso de la recuperación y el impacto agregado por las circunstancias postevento (Pynoos, Steinberg & Brymer, 2007). En la toma de decisiones durante el diseño y ejecución de la estrategia, es importante ser cuidadoso con el sobre diagnóstico de problemas psicológicos, especialmente en niños, niñas y adolescentes (Yule, Udwin & Murdoch, 1990).

5. Trabajo en red

Considera indispensable el trabajo con la red de la comunidad educativa, tanto interna como externa, para la coordinación de acciones y apoyos específicos según las necesidades levantadas en el contexto de la emergencia o desastre. Asimismo, busca sostener intervenciones a largo plazo para toda la comunidad, y para quienes muestran mayores necesidades. Es esperable que en un mediano o largo plazo, y frente a eventos como la conmemoración de un año desde el evento, algunas personas manifiesten preocupaciones o inquietud; en este escenario se sugiere estar atentos a estos signos y establecer instancias de apoyo en caso de ser necesario (Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network, 2010).

Etapas de la estrategia

La estrategia psicosocial desarrollada por el Programa HPV, contempla cinco etapas consecutivas de trabajo que se desarrollan en un tiempo acotado:

1. Evaluación impacto socioemocional comunal

Corresponde a la evaluación del nivel de afectación detectado por los actores clave a nivel regional. Considera la evaluación de problemas existentes y de los recursos pre-

sententes. Con la evaluación de ambas dimensiones, se determina el nivel de afectación y necesidad de intervención. Con esto, Junaeb establece las prioridades de intervención, evalúa los recursos disponibles y proyecta la intervención en la emergencia.

2. Habilitación de equipos locales HPV en intervención psicosocial en situaciones de crisis, emergencias y desastres

Corresponde al proceso de preparación de los profesionales ejecutores del programa HPV, mediante el desarrollo de una capacitación orientada a la habilitación técnica de los profesionales del programa en la estrategia de apoyo.

3. Levantamiento impacto socioemocional en comunidades educativas y diseño territorial de la intervención

Corresponde a la evaluación del impacto psicosocial en cada establecimiento de las comunas priorizadas con mayor nivel de afectación. Es realizada por el equipo ejecutor de HPV, en conjunto con los equipos de gestión escolar. Hace un levantamiento del impacto psicológico de los distintos actores de la comunidad educativa, así como la afectación del funcionamiento habitual de la escuela y la coordinación con sus redes. Este levantamiento permite definir los apoyos necesarios para el reforzar el logro de un normal funcionamiento de la escuela. Luego del levantamiento, cada equipo ejecutor diseña un proyecto de intervención adecuado a las necesidades de cada establecimiento.

4. Ejecución y seguimiento Intervención comunidades educativas

Corresponde a la ejecución de la intervención diseñada, considerando diferentes niveles de trabajo según la afectación de las personas que integran la comunidad. Considera opciones de intervención de nivel individual, grupal y a gran escala, según diseño de cada equipo ejecutor. De manera transversal, los equipos de HPV gestionan la derivación de personas con afectación severa hacia la red de salud.

5. Evaluación e inicio fase normalización

La última etapa corresponde a la evaluación de la intervención, para conocer sus logros e identificar los desafíos que se plantea la comunidad educativa para dar paso a la etapa de normalización. Tras esta etapa final, el programa retoma el funcionamiento habitual, considerando el seguimiento de las acciones y las adecuaciones que sea necesario introducir a su programación en función del proceso llevado en cada escuela post crisis.

Esta etapa también permite identificar los aprendizajes para el desarrollo continuo de la Estrategia de apoyo psicosocial a comunidades educativas afectadas por emergencias y desastres del Programa HPV.

La estrategia en las fases de gestión de riesgo

Desde la mirada del Sistema Nacional de Protección Civil, el Modelo Chileno de Protección de la Salud Mental (MINSAL, ONEMI, CIGIDEN y JICA (2018) y el Ciclo de Gestión del Riesgo de Desastres, la estrategia de intervención del Programa HpV propone acciones para las fases de Preparación –enfocada en fortalecer la capacidad de respuesta de una comunidad y disminuir sus condiciones de vulnerabilidad psicosocial– y Recuperación –orientada a generar las condiciones de rehabilitación psicosocial– para las comunidades afectadas (Cornejo, Chía, Paverini & Baloian, 2011).

En la fase de Preparación, el programa HPV se enmarca en el enfoque preventivo al generar un espacio de instalación de capacidades técnicas en profesionales de los equipos ejecutores en el contexto de crisis, emergencias y/o desastres en las comunidades educativas locales.

En la fase de Recuperación se despliega la estrategia según el modelo desarrollado por el Programa para el periodo posterior al evento, orientada al fortalecimiento de herramientas para la normalización de las escuelas y sus distintos actores.

Experiencia del programa en intervenciones de emergencias y desastres

El Programa ha implementado su estrategia de apoyo en una serie de eventos, y también promueve el desarrollo de conocimiento en el área. A continuación, se incorpora una breve sistematización de las intervenciones e investigación realizadas.

Intervenciones desplegadas

La intervención del Programa HPV frente a situaciones de crisis y emergencias se encuentra sistematizada desde el año 2007 en adelante. En Cuadro de texto 1, se consolida la información de cobertura de las acciones de mayor magnitud en que el Programa ha participado.

Cuadro de texto 1: Resumen cobertura de intervenciones psicosociales en emergencias y desastres

Año	Evento	Región	Comuna	Escuelas	Directivos	Estudiantes	Profesores	Apoderados
2007 ^a	Sismo	- Aysén	- Aysén					
	Terremoto	- Antofagasta	- Tocopilla					
2010	Terremoto	- Valparaíso		1.261	2.302	145.654	16.460	61.243
		- O'Higgins - Metropolitana - Maule						
2014	Terremoto	- Arica y Parinacota	- Arica	66	202	8.919	802	7.227
		- Tapará	- Iquique - Alto Hospicio					
2015	Terremoto y tsunami	- Valparaíso	- Valparaíso	32	63	15	315	0
		- Coquimbo	- Coquimbo - Canela - Illapel - Los Vilos - Salamanca	239	1.763	1.603	233	
2017	Aluvión	- Antofagasta	- Taltal - Alto del Carmen - Chañaral	106	187		2.208	
		- Atacama	- Copiapó - Diego de Almagro - San Javier - Constitución - Yerbabuena					
2017	Incendios forestales	- Maule	- Cauquenes	114	113	4.362	424	3.889
		- Biobío	- Constitución - Florida - Parral - Retiro - San Clemente					
2017	Aluvión	- Atacama	- Chañaral - Alto del Carmen - Copiapó	43	86	910	441	3.200
				1.861	2.953	161.623	22.253	75.792
TOTAL				1.861	2.953	161.623	22.253	75.792

^a Para los eventos de 2007, no se contaba con sistema de registro completamente desarrollado

Fuente: Elaboración propia, Habilidades Para la Vida de Junaeb

Además, frente a cada evento de estas características –y con el fin fortalecer las capacidades de las diferentes comunidades de comunas afectadas por emergencias o desastres– Junaeb realiza una priorización de comunas donde no se ejecuta HPV, para su incorporación a la cobertura regular del Programa. Asimismo, se prioriza la incorporación a la cobertura regular de nuevas escuelas que han sido afectadas, y que pertenecen a comunas donde el Programa ya se encuentra en ejecución.

Evidencia

En 2010, luego del terremoto que afectó a la zona central del país, se realizó un estudio denominado *Children's Reactions to the 2010 Chilean Earthquake: The Role of Trauma Exposure, Family Context, and School-Based Mental Health Programming* (Reacciones de los niños al terremoto de 2010 en Chile: el rol de la exposición al trauma, el contexto familiar y apoyo de programa de salud mental en la escuela), por un equipo de investigadores y colaboradores del Programa (Garfin *et al.* 2014).

En este estudio, se examinó la potencial relación entre el distrés y diversos factores (derivados de la teoría) en niños y niñas residentes en la región más cercana al epicentro del terremoto. Un año antes del terremoto, los estudiantes de seis años fueron evaluados por el Programa en sus actividades regulares de detección. Luego del terremoto, un grupo de estudiantes elegidos al azar fue evaluado en diferentes variables relacionadas con distrés. Los resultados sugieren que participar en un programa de intervención basada en la escuela puede proteger a los niños luego de un desastre natural y que un ambiente familiar negativo está asociado con el incremento del distrés post desastre.

Proyección de la intervención

La responsabilidad pública de establecer intervenciones de salud mental para promover la preparación y recuperación de las comunidades escolares afectadas por situaciones de emergencias y desastres, plantea el desafío de contar con un modelo de intervención pertinente a las características específicas de este tipo de eventos.

El programa Habilidades Para la vida de Junaeb ha ido desarrollando un modelo propio de intervención, que permite aportar desde el quehacer de un programa público de apoyo a la salud mental en contexto escolar. La instalación del Programa en todas las regiones del país y el hecho de contar con una estrategia de intervención psicosocial específica permite entregar una respuesta a esta necesidad, no obstante plantea desafíos para su desarrollo.

A nivel interno general, se requiere sostener en el tiempo la revisión constante de la estrategia de intervención, y de su posibilidad de flexibilización a los diferentes contextos y emergencias. Una estrategia adecuada debe permitir la pertinencia de su implementación en los niveles locales, y su proyección y ajuste en el tiempo.

A nivel externo, se requiere sostener la capacidad de coordinación intersectorial, que ha permitido (y permita en el futuro) la organización con otras instituciones que intervienen en el contexto de las emergencias y desastres. La participación del Programa en la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Mental en Emergencias y Desastres -liderada por MINSAL y ONEMI- ha sido un invaluable aporte y permite la proyección de un trabajo colaborativo de los diferentes sectores.

Finalmente, y como desafío a la sociedad en conjunto, se debe sostener la permanente generación de conocimientos técnicos en la gestión de riesgos y desastres, y favorecer su incorporación adecuada a las diferentes intervenciones vinculadas a la salud mental.

Referencias

Australian Child and Adolescent Trauma, Loss and Grief Network (2010). Guide for health professionals working in primary care: supporting children, young people and their families affected by the victorian bushfires. Australian National University.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.

Chemtob C.M., Nakashima J.P., Hamada R.S. (2002). Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156 (3): pp. 211-216.

Cornejo C., Chía E., Paverini C., Baloian I. (2011). Guía para el primer apoyo psicológico. Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Emergencias y Desastres. ONEMI, Centro del Buen Trato UC, Colegio de Psicólogos de Chile A.G., Santiago de Chile.

Dufty, N. (2009). Natural hazards education in Australian schools: How can we make it more effective? *Australian Journal of Emergency Management*, The 24(2), 13.

Garfin, D. R., Silver, R. C., Gil-Rivas, V., Guzmán, J., Murphy, J. M., Cova, F., ... & Guzmán, M. P. (2014). Children's reactions to the 2010 Chilean earthquake: The role of trauma exposure, family context, and school-based mental health programming. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 563.

Goenjian, A., Stilwell, B. M., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Galvin, M. R., Karayan, I., & Pynoos, R. S. (1999). Moral development and psychopathological interference in conscience functioning among adolescents after trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 376-384.

Junaeb (2017). Balance de Gestión Integral. Junta Nacional de Auxilio escolar y Becas, Chile.

Junaeb (2017). Informe final, Fase de recuperación post crisis en comunidades educativas afectadas por desastre de incendios, enero- febrero 2017. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

Junaeb (2018). Términos de Referencia Administrativos y Técnicos. Programa Habilidades Para la Vida I, período 2018-2019. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

- La Greca, A. M., Vernberg, E. M., Silverman, W. K., Vogel, A. L., & Prinstein, M. J. (1996). Helping children cope with disasters: A manual for professionals working with elementary school children. Miami: University of Miami and Florida International University.
- McDermott, B.M., Lee, E.M., Judd, M., Gibbon, P. (2005) Posttraumatic stress disorder and general psychopathology in children and adolescents following a wildfire disaster. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, no.3, pp. 137-143.
- McDermott, B.M.C., Palmer, L.J. (2002). Wilderness Area and wildfire disasters: insights from a child and adolescent screening program. En La Greca, A.M., Silverman, W, Vernberg, E.M. Roberts, M.C. (Ed.). *Helping Children Cope with disasters and terrorism*, pp. 139-156. Washington: American Psychological Association.
- MINSAL (2012). Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres. Ministerio de Salud de Chile; Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA).
- MINSAL, ONEMI, CIGIDEN, JICA (2018) Modelo de protección de la Salud Mental en la gestión del riesgo de desastres. Ministerio de Salud de Chile; Oficina Nacional de Emergencia de Chile; Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres de Chile; Agencia de cooperación internacional de Japón.
- North, C. S. (2007). Epidemiology of disaster mental health. *Textbook of disaster psychiatry*, 29-47.
- OMS (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Brymer, M.J. (2007). Children and disasters: public mental health approaches. *Textbook of Disaster Psychiatry*. 3, pp. 48-68. Cambridge University Press, New York.
- Ramos, R. (2015). El proceso de duelo en la escuela. Prevención, evaluación e intervención. *Journal of Parents and Teachers*, n. 363, p. 46-52.
- UNICEF (2009). Escuela segura en territorio seguro: reflexiones sobre el papel de la comunidad educativa en la gestión del riesgo. Panamá: DIPECHO-Coordinadora Educativa y Cultural Centroamericana-EIRD, UNICEF.
- Yule, W., Udwin, O., & Murdoch, K. (1990). The 'Jupiter' sinking: Effects on children's fears, depression and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1051-1061.



Screening en salud mental escolar: conceptos y consideraciones prácticas

Rodrigo Rojas-Andrade^{1, 2, A}
& Loreto Leiva Bahamondes^{2, B}

Resumen

Los instrumentos de *screening* permiten detectar problemas de salud mental antes que su manifestación exceda el umbral de derivación. Cuando se acompañan de una intervención temprana, contribuyen a disminuir la probabilidad de desarrollar dificultades académicas o trastornos mentales. El propósito de este artículo es definir conceptos claves asociados a los instrumentos de *screening* y revisar algunas consideraciones prácticas que permitan su implementación exitosa en las escuelas. Se presentan definiciones, beneficios y características de estas herramientas, así como también consideraciones para su selección y uso ético.

Palabras clave: *Screening, pruebas de tamizaje, salud mental escolar*

1 Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Condell 343, Providencia, Santiago, Chile. Correo electrónico: rrojasa01@docentes.academia.cl. Teléfono: +56 22 787 8000

2 Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile. Correo electrónico: loretoleivab@u.uchile.cl. Teléfono: +56 22 787 2404

A Psicólogo, Magíster en Psicología Comunitaria

B Psicóloga, PhD en Psicología

Declaración de interés: El autor A recibe beca doctoral Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica CONICYT-PCHA 2015-21150612. La autora B recibe financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT 1171634-2017.

Correspondencia: Rodrigo Rojas-Andrade, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Condell 343, Providencia, Santiago, Chile. E-mail: rrojasa01@docentes.academia.cl. Teléfono: +56 22 787 8000

Introducción

Los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia se han convertido en una creciente preocupación pública (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014; Palfrey, Tonniges, Green, & Richmond, 2005). A nivel mundial se estima que el 20 % de los niños y adolescentes sufren de algún problema de salud mental y que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes (Belfer, 2008). A pesar de estas cifras, la mayoría no recibe un tratamiento apropiado (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Vicente *et al.*, 2012).

Investigaciones han mostrado que los niños y adolescentes que sufren de problemas de salud mental tienen un pronóstico menos favorable, entre otras razones, porque consultan a un especialista demasiado tarde (Dvorsky, Girio-Herrera, & Sarno, 2014; Erazo, 2010). Quienes no reciben tratamiento, tienen mayor probabilidad de involucrarse en delitos, abandonar la escuela y desarrollar trastornos mentales severos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Heckman, 2006; Walker & Sprague, 1999).

En este escenario, se ha reconocido que la escuela es capaz de aportar eficazmente al mejoramiento de la salud mental (Atkins, Hoagwood, Kutash, & Seidman, 2010; Husky, Sheridan, McGuire, & Olfson, 2011). Sin embargo, para desarrollar esta capacidad, es necesario identificar a aquellos estudiantes que requieren de apoyo a través de la aplicación de instrumentos de *screening* afines a las características de los contextos educativos (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim, & Wrobel, 2007).

Los instrumentos de *screening* son definidos por la Comisión de Enfermedades Crónicas como herramientas que permiten “la identificación presuntiva de una enfermedad o defectos no reconocidos, por medio de pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden aplicarse rápidamente” (Morabia & Zhang, 2004, p.463). Uno de los desafíos de la salud mental escolar ha sido adaptar estos dichos instrumentos, originalmente clínicos, a las escuelas, para lo cual es fundamental comprender los fundamentos que subyacen en este tipo de herramienta. El propósito de este artículo es definir conceptos claves asociados a los instrumentos de *screening* y revisar algunas consideraciones prácticas que permitan su implementación exitosa en las escuelas.

Conceptos

Screening y riesgo en salud mental

Los instrumentos de *screening* o pruebas de tamizaje, no son una práctica nueva. La evaluación de fortalezas y debilidades para clasificar a las personas puede rastrearse hasta los orígenes de nuestra civilización (Feeney-kettler, Glover, Albers, & Kettler, 2014). Sin embargo, no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX que las pruebas de tamizaje

hacen su aparición en el contexto de la salud pública de la mano de los modelos de prevención y tratamiento temprano de enfermedades (Morabia & Zhang, 2004).

Los *screening* son una actividad orientada a detectar precozmente la aparición de un trastorno, cuya prevención primaria es difícil de abordar, realizada a través de procedimientos que identifican indicadores de riesgo durante los períodos de latencia o cuando el problema es asintomático o está en estado sub-clínico (E. Vicente, Casas, & Ardanaz, 2017).

Los *screening* son distintos de las evaluaciones diagnósticas. Las pruebas de tamizaje buscan identificar *personas en riesgo* en una población, mientras que las evaluaciones buscan un diagnóstico individual y la recomendación de un tratamiento específico a través de la administración de pruebas y una pesquisa realizada por profesionales específicos (e.g., psicólogos escolares, psicólogos clínicos o psiquiatras; Glover & Albers, 2007). En esta línea, es importante definir el concepto de riesgo, pues en ocasiones se refiere a que *una persona está expuesta a riesgos* mientras que en otras *a que está en riesgo*. Así, en tanto la primera acepción hace referencia a factores de riesgo, la segunda hace alusión a la presencia temprana de síntomas de trastornos mentales (Ver tabla 1).

Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de aparición de un trastorno cuando la persona se expone a él. Siguiendo a Kraemer, Stice, Kazdin, Offord y Kupfer (2001) en intervenciones preventivas en salud mental, es necesario que los *screening* evalúen factores de riesgo causales con tal de aportar evidencias a la teoría que sustenta las intervenciones. Los factores de riesgo causales son aquellos que preceden a la aparición de un problema y que al ser manipulados lo disminuye. Si los factores que se identifican no son causales, al cambiar las condiciones, no se generará el efecto sobre la aparición del trastorno.

Por otra parte, los indicadores de riesgo temprano de trastornos mentales son comportamientos, emociones o interacciones sociales que muestran cierto grado de desajuste al campo social y a las etapas normales de desarrollo (Kellam *et al.*, 2011; Marsh, 2016). Habitualmente estos desajustes se clasifican en dificultades externalizantes e internalizantes.

Las dificultades externalizantes son conductas dirigidas hacia el entorno social, por lo que se trata de problemas que implican conflictos con otras personas y con las normas sociales, como la conducta agresiva o hiperactiva (Achenbach & Ezpeleta, 2017). Estas conductas, por lo general, representan un gran desafío para las escuelas y están asociadas a trastorno negativista desafiante y trastorno de déficit atencional con hiperactividad, entre otros (Giráldez, Seco, & Mena, 2002; Liu, 2004).

Las dificultades internalizantes son problemas que están principalmente dentro la propia persona, como los sentimientos de soledad, la ansiedad, el retraimiento social

o los problemas psicósomáticos (Achenbach & Ezpeleta, 2017). En las escuelas estos problemas suelen pasar desapercibidos y están asociados a trastornos distímicos, depresivos, fobias específicas o trastornos de ansiedad, entre otros (Giráldez *et al.*, 2002; Marsh, 2016).

Si bien la presencia de dificultades externalizantes e internalizantes puede ser entendida como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno, la interpretación adecuada –en el contexto de tamizaje– es que representan indicadores subclínicos de los trastornos de salud mental.

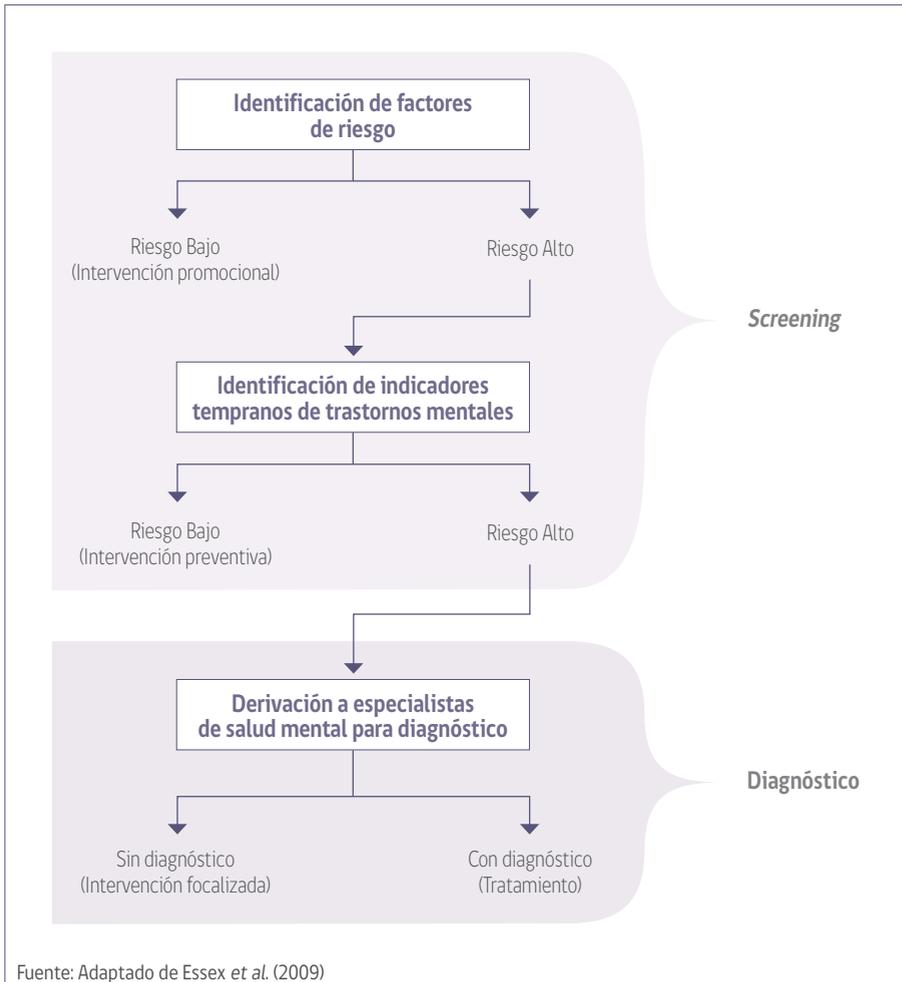
Tabla 1. Factores de riesgo e indicadores tempranos de trastornos de salud mental en la escuela

Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia	
Biológicos	Familiares
Exposición a toxinas en el embarazo	Inconsistencias parentales
Tendencia genética a trastornos mentales	Conflictos familiares
Traumatismos craneoencefálicos	Pobre disciplina familiar
Hipoxia en el nacimiento u otras complicaciones	Muerte de un integrante
Infección de VIH	Abuso, negligencia o maltrato
Desnutrición	Escolares
Abuso de sustancia	Fallos escolares
Otras enfermedades	Climas escolares tóxicos y poco nutritivos
Psicológicos	<i>Bullying</i>
Problemas de aprendizaje	Comunitarios
Rasgos desadaptativos de personalidad	Desorganización comunitaria
Dificultades de temperamento	Discriminación y marginalización
Déficit de habilidades adaptativas	Exposición a la violencia
Indicadores tempranos de trastornos mentales en la escuela	
Dificultades externalizantes	
Síndrome de déficit atencional	
El estudiante se mueve constantemente (tocando las manos o los pies, haciendo ruidos) mientras está sentado y regularmente se levanta de su silla	
El estudiante tiene dificultades para trabajar en una sola tarea por períodos prolongados y lucha para mantener sus argumentos durante las discusiones en clase	
Los materiales del estudiante están desorganizados y regularmente olvida o pierde tareas.	
El estudiante a menudo pierde detalles en sus tareas e instrucciones de los docentes	
Trastorno de conducta	
Los estudiantes intimidan, amenazan y atacan verbal o físicamente (e.g., gritando, insultando, pateando, escupiendo, arrojando objetos) a otros estudiantes y/o docentes	
El estudiante destruye propiedades de otros estudiantes y docentes (e.g., libros, lápices y computadoras).	
El estudiante deja la clase, evita ir a clase, o se ausenta de la escuela regularmente	
El estudiante roba regularmente artículos de otros estudiantes y docentes	
Trastorno de oposición desafiante	
El estudiante se molesta fácilmente, y ataca verbalmente (e.g., gritando, maldiciendo, protestando) a otros estudiantes y docentes cuando está molesto	
El estudiante discute con los maestros, el personal de la escuela o cualquier figura de autoridad percibida cuando se le solicitan cosas	
El estudiante se niega a seguir las instrucciones del maestro, el personal de la escuela u otra persona percibida como figura de autoridad	
El alumno regularmente intenta molestar a otros estudiantes (e.g., haciendo ruidos, insultos, tirar lápices o papeles) mientras intentan escuchar o trabajar en clases	
Dificultades internalizantes	
Desórdenes ansiosos	
El estudiante presenta una disminución dramática en la finalización del trabajo escolar y la tarea	
El personal y los compañeros irritan al alumno fácilmente, lo que puede provocar gritos o peleas con el personal y los compañeros	
El estudiante está persistentemente cansado y se queja de cansancio o se duerme en clase	
El alumno regularmente se refiere a sí mismo en una vista negativa (e.g. "Soy un niño malo", "todos me odian")	
Desórdenes del estado de ánimo	
El alumno abandona súbitamente las actividades escolares actuales (e.g., deportes escolares, talleres o clubes escolares)	
El estudiante tiene problemas para completar e iniciar tareas escolares	
El estudiante muestra una pérdida o ganancia de peso dramática en un corto período de tiempo	
El estudiante está permanente cansado y se queja de cansancio o se duerme en clase	
La capacidad del alumno para tomar notas, escribir durante las tareas o completar tareas de clase disminuye dramáticamente	
El estudiante muestra un cambio repentino de actitud y se vuelve excesivamente locuaz y entusiasta completando en un breve tiempo todas las tareas escolares, durante un periodo de 2 o 3 días	
El estudiante se desorganiza, pierde el trabajo escolar y lucha por permanecer atento al tema durante las discusiones en clase	
Fuente: Marsh (2016); Patel et al. (2007)	

Tomando en cuenta estas definiciones es posible plantear un modelo de *screening* que sirva de base a la toma de decisiones y la organización de un sistema integrado de cuidados, que considere múltiples niveles de riesgo.

La figura 1 muestra una adaptación del modelo planteado por Essex *et al.* (2009), en ella se puede observar que existirían dos niveles de *screening*, uno destinado a la identificación de los factores de riesgo a los que están expuestos los niños y adolescentes, y otro dirigido a la clasificación de personas en situación de riesgo (i.e., indicadores tempranos de problemas de salud mental). Aquellos estudiantes identificados en riesgo en este segundo nivel de tamizaje deben ser derivados para evaluación diagnóstica y posterior tratamiento en los servicios de salud mental o atención primaria de salud.

Figura 1. Modelo de *screening* en salud mental escolar



Este escalonamiento en el *screening* es fundamental para dar respuestas eficaces y pertinentes, dado que aplicar intervenciones que no se ajusten a los niveles de riesgo puede resultar en acciones iatrogénicas (Rojas-Andrade, Leiva, Vargas, & Squicciarini, 2017).

Beneficios de los *screening* de salud mental en las escuelas

De acuerdo a Dvorsky *et al.* (2014) los *screening* en salud mental aplicados en la escuela tienen tres grandes beneficios. El primero es que permite evaluar a todos los estudiantes reduciendo el número de niños y adolescentes en riesgo que pueden ser pasados por alto en función de sesgos y umbrales personales. Actualmente la mayoría de la derivación de casos en la escuela funciona bajo el modelo de "esperar el fracaso". Este modelo se caracteriza por la derivación tardía de estudiantes a especialistas de salud mental por parte de los adultos de la comunidad escolar cuando el problema de salud mental se manifestó de forma grave o aguda. Contar con sistemas de *screening*, ayuda a tener una respuesta proactiva, reduciendo la severidad de los problemas y el efecto a largo plazo de los trastornos (Albers, Glover, & Kratochwill, 2007; Stiffler & Dever, 2015).

El segundo beneficio es que las pruebas de tamizaje proveen una línea de base para realizar monitoreos posteriores. Así, los *screening* universales otorgan la posibilidad de generar información útil en la evaluación de programas de salud mental y en el seguimiento epidemiológico. Por ejemplo en Chile, los datos del proceso de *screening* del programa nacional Habilidades Para la Vida (HPV) han sido utilizado tanto para evaluar la efectividad de la intervención en salud mental escolar (Leiva *et al.*, 2015), como para estudiar las trayectorias psicopatológicas de estudiantes entre primer y sexto año de enseñanza básica (De la Barra, Toledo, & Rodríguez, 2002).

Por último, los *screening* otorgan una guía para la intervención temprana permitiendo reducir los costos y aumentar la efectividad del tratamiento. En esta línea, la investigación ha mostrado que el rendimiento económico de las intervenciones preventivas tempranas es más alto que el de las intervenciones remediales en adolescentes y adultos, por lo que invertir antes o al inicio de los síntomas es mucho más costo-efectivo que hacerlo cuando el problema ya se manifestó completamente (Heckman, 2006). Para lograr generar una intervención temprana eficaz, contar con instrumentos de *screening* válidos y útiles es una condición crítica.

Características de los instrumentos de *screening*

En salud mental escolar existen diversos tipos de instrumentos de *screening* que varían según el dominio general al que están dirigidos, los dominios específicos, el formato de evaluación, el tipo de informante y las condiciones para su administración (Glover & Albers, 2007). Las combinaciones entre estas dimensiones generan variaciones que deben ser consideradas de manera particular por los equipos profesionales a cargo de las pruebas de tamizaje en las escuelas. Para una revisión más exhaustiva ver Dever y Kamphaus (2013) o Merrell (2008).

Dominio General

El dominio general es el problema para el cual los *screening* están dirigidos. Habitualmente en salud mental escolar estos son los trastornos de salud mental, el desempeño académico y la deserción escolar (Suldo, Gormley, DuPaul, & Anderson-Butcher, 2014).

Para valorar los trastornos de salud mental existen pruebas de *screening* de banda ancha y de banda estrecha (Stiffler & Dever, 2015). Los instrumentos de banda ancha miden indicadores tempranos de trastornos mentales de modo global, mientras que los de banda estrecha, están orientados a evaluar indicadores tempranos de trastornos mentales específicos. Estos instrumentos clasifican a las personas que están *en riesgo* de desarrollar problemas de salud mental de acuerdo con la presencia temprana de sintomatología. En ocasiones, este riesgo se denomina riesgo psicosocial o riesgo conductual, pues apunta a medir las dificultades comportamentales, emocionales, y sociales que presentan los niños y adolescentes.

Entre los instrumentos de *screening* de banda ancha disponibles en el Chile para niños y/o adolescentes se encuentran el *Pediatric Psychosocial Checklist* (PSC), el *Teacher Observation Of Classroom* (TOCA-RR; George, Squicciarini, Zapata, & Hartley, 2004), el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Brown, Capella, Antivilo, & Santiago, 2014). Entre los instrumentos de banda estrecha se cuentan, entre otros, el *Cuestionario de depresión infantil de Kovacs* (CDI) que mide presencia temprana de un cuadro depresivo (Haquin, Larraguibel, & Cabezas, 2004), la *Escala para la Detección de la Ansiedad Social* (EDAS) que valora el cumplimiento del criterio A de la fobia social de acuerdo al DSM-IV-TR (Vera-Villarroe *et al.*, 2007) y el *Attention Deficit Hiperactivity Disorder Rating Scale-IV* (DHD RS-IV) que mide síntomas pertenecientes al criterio A del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de déficit atencional (Urzúa, Domic, Cerda, Ramos, & Quiroz, 2009). A pesar de la disponibilidad de estas pruebas, aún falta investigación y desarrollo instrumental en procesos de *screening* en salud mental escolar en Chile y Latinoamérica (Leiva, Rojas-Andrade, Peña, Vargas, & Squicciarini, en prensa).

Para el desempeño académico es común utilizar el promedio de notas y otras escalas estandarizadas que miden el desempeño en áreas específicas de matemática o lenguaje como las contenidas en las pruebas SIMCE (Sistema de Medición de la Calidad Escolar), utilizadas en la evaluación de la calidad educativa en Chile. Las medidas de desempeño son frecuentes en educación especial, donde se utilizan como indicadores de trastornos de aprendizaje o de discapacidad intelectual. Otros dominios de interés son la conducta y la deserción escolar, medidos habitualmente a través del número de observaciones negativas y el porcentaje de asistencia logrado por los estudiantes.

Dominios específicos

Los dominios específicos son aspectos particulares evaluados dentro de un dominio general. Los dominios específicos se definen por las características de los factores valorados a través de un *screening* (e.g. factores de riesgo o de protección). En ocasiones estos están incorporados en los mismos instrumentos que se utilizan para medir el dominio general. Por ejemplo, el TOCA-RR además de entregar un puntaje general de desadaptación escolar, entrega puntajes asociados a las dificultades escolares, conductuales, sociales y de autonomía. Otro ejemplo es la versión abreviada del PSC, PSC-17, que además de entregar un puntaje total de riesgo psicosocial proporciona información acerca de problemas externalizantes, internalizantes y de atención (Leiva *et al.*, en prensa).

También existen instrumentos de *screening* específicos para evaluar factores de protección como el *autoreporte del bienestar socioemocional* que mide adaptación al trabajo escolar, adaptación social, autoestima, asertividad, independencia personal, optimismo y respuestas emocionales (Lira, Edwards, Hurtado, & Seguel, 2013) y el *Kidscreen* que mide autopercepción de la calidad de vida a través de las dimensiones de actividad física y salud, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, apoyo social y pares, y ambiente escolar (Sepúlveda *et al.*, 2013). Otros instrumentos utilizados para medir factores de riesgo son aquellos que miden intimidación y maltrato escolar (e.g., López, Bilbao, & Rodríguez, 2012; Rojas-Andrade & Leiva, 2015) o experiencias tempranas de estrés psicosocial (Pi Davanzo, 2014).

Formato

El formato está determinado por el método de administración y el diseño de la evaluación individual de los ítems. Entre los métodos de evaluación disponible en salud mental escolar se tienen las escalas, la observación conductual directa, las técnicas proyectivas, las entrevistas, técnicas sociométricas o la revisión de registros escolares (Humphrey, 2013). Ejemplo de estas medidas, son el TOCA-RR que utiliza el método de entrevista estructurada a profesores y el PSC que utiliza el reporte de padres.

En procesos de *screening* que tienen más de una etapa, pueden utilizarse diferentes formatos, por ejemplo, escalas en la fase inicial y entrevistas en fases más avanzadas (Glover & Albers, 2007). Como sea, la combinación dependerá de los diseñadores del programa. Así, en Chile el programa HPV realiza un proceso de *screening* universal a través de la aplicación del TOCA-RR (entrevista semiestructurada), del PSC (reporte parental) y PSC-Y (autoreporte de los estudiantes). A través de estos instrumentos se obtienen índices especiales de derivación que sirven para identificar aquellos niños que requieren de una entrevista clínico-escolar y derivación a centros de atención especializada en salud mental.

A pesar del tipo de medida utilizada o la cantidad de instrumentos aplicados es importante considerar que las pruebas de *screening* deben ser breves, por lo que no deberían tener más de 20-25 ítems. Instrumentos con más ítems podrían ser poco útiles para los fines que persigue este proceso (Stiffler & Dever, 2015).

Tipo de informante

El informante es aquel que completa la evaluación e incluye a estudiantes, profesores, padres y otros actores familiarizados con el niño o adolescente a quién se le realiza el tamizaje (Glover & Albers, 2007). La utilización de los autoreportes en estudiantes de primeros años de escolarización, es una cuestión en debate. Algunos investigadores plantean que las personas necesitan un nivel de desarrollo cognitivo mínimo para que puedan valorar adecuadamente su propio comportamiento, el que recién aparecería entre los 9-11 años, mientras que otros, plantean que es posible considerar válido el autoreporte de niños a partir de los 4 años (Lira *et al.*, 2013). En todo caso, la decisión dependerá del marco conceptual en el que se funde el instrumento de *screening* utilizado. Respecto al reporte del profesor, este se utiliza frecuentemente en los *screening* en salud mental escolar por su poder predictivo, explicado en parte, porque los profesores tienen una participación activa en el proceso de adaptación escolar de los estudiantes (Kellam *et al.*, 2011).

Dado que distintos informantes tienen la posibilidad de observar distintos campos sociales de desarrollo, los sistemas de triangulación han comenzado a tomar gran protagonismo en los métodos de *screening*. Ejemplo de esto, es el *Behavioral and emotional screnning system* (BASC-2 BESS) que es una familia de instrumentos compuesto por un autoreporte de comportamiento, reportes parentales y reportes de profesores que evalúan problemas emocionales y conductuales de niños entre 2 ½ a 18 años (Stiffler & Dever, 2015).

Administración

Las condiciones de administración se refieren particularmente a la frecuencia, modalidad y lugar de aplicación. Algunos *screening* se aplican en dos puntos de tiempo (antes y después de la intervención), mientras que otros pueden aplicarse en más de dos puntos, con tal de monitorear la evolución de los problemas. En cuanto a la modalidad y lugar de evaluación esta puede ser grupal o individual y aplicarse en la escuela, en el consultorio o en el hogar. Ejemplo de esto, es el PSC que en Chile es aplicado grupalmente en reuniones de apoderados en la escuela o a veces de manera individual en la escuela o en la casa. De todas formas, con tal de mantener la fidelidad de la implementación de los *screening*, los diseñadores deben definir de antemano las condiciones de implementación, pues la variación en ellas podría introducir sesgos en los resultados.

Consideraciones prácticas

Selección de instrumentos de *screening*

Para que los *screening* tengan éxito en el contexto escolar deben ser compatibles con la habilidad de la escuela para brindar espacios preventivos a los estudiantes y proveer información útil y oportuna acerca del riesgo y los resultados esperados (Daniels, Volpe, Fabiano, & Briesch, 2017). Además de lo anterior, deben poseer la suficiente evidencia sobre la confiabilidad, la validez, la exactitud, la viabilidad, la aceptación de su aplicación y la posibilidad de un monitoreo continuo (Dowdy, Ritchey, & Kamphaus, 2010).

Glover y Albers (2007) sintetizan las consideraciones para la evaluación y selección de instrumentos de *screening* en tres grandes grupos: pertinencia del instrumento, adecuación técnica y usabilidad.

Pertinencia del instrumento

Los instrumentos de *screening* deben ser compatibles con las intervenciones a las cuales se derivan estudiantes. Esto implica que deben ser capaces de coordinar las condiciones de administración, los dominios que se abordarán en las intervenciones y las características contextuales de la escuela. No es infrecuente encontrar que en algunas escuelas se aplican instrumentos de *screening* que evalúan un determinado constructo, sin considerar evidencia de su validez o su adaptación transcultural para identificar el nivel de riesgo de los estudiantes y aplicar intervenciones basadas en teorías que poco tienen que ver con el riesgo evaluado. Por esta razón es fundamental utilizar *screening* basados en la evidencia, que sean coherentes con la teoría que sustenta la intervención, y que se realicen las adecuaciones pertinentes a la administración, ajustándolos a las restricciones y condiciones de las escuelas. Algunas preguntas útiles para determinar la pertinencia del instrumento de *screening* son:

- ¿El tiempo y la frecuencia de administración del *screening* es apropiado?
- ¿El instrumento de *screening* mide los constructos relevantes para la determinación del riesgo?
- ¿La teoría que sustenta al instrumento de *screening* es coherente con la que sustenta la intervención?
- ¿El formato o contenido del instrumento de *screening* han sido validado en investigaciones anteriores?
- ¿La aplicación del instrumento de *screening* se ajusta al contexto escolar y a las etapas de desarrollo de los estudiantes?

Adecuación técnica

Los instrumentos de *screening* son evaluaciones basadas en la evidencia, para lo cual deben poseer rigurosas propiedades psicométricas entre las que se cuentan, las normas de puntuación, la validez y la confiabilidad (Stiffler & Dever, 2015).

Las normas de puntuación se refieren a la existencia de parámetros con los cuales comparar los puntajes obtenidos por los individuos. En salud mental escolar, existen dos enfoques epidemiológicos para determinar la población de la cual extraer parámetros: el tradicional, que considera como población un país completo, asumiendo homogeneidad cultural dada la nacionalidad compartida o el enfoque comunitario que considera como población, zonas más acotadas como regiones, distritos o comunas (Kellam & Van Horn, 1997). En Chile, ejemplos de estos dos enfoques se encuentran en el uso de normas nacionales para estimar el riesgo en salud mental escolar realizado por el programa HPV y el uso de normas locales en el *screening* realizado por Leiva y Rojas-Andrade (2016) en la comuna de Calama a través de los fondos de investigación internos de la Universidad de Chile (i.e., PROA). De todas formas, la utilización del enfoque depende entre otras cosas, de los recursos disponibles y de los sistemas de apoyos logísticos para la tabulación y obtención de resultados.

La validez es “un juicio integrado del grado en que la evidencia empírica y los fundamentos teóricos que respaldan la adecuación e idoneidad de las inferencias y acciones basadas en puntajes de pruebas y otros modos de evaluación” (Messick, 1995, p.6). La validez no es una propiedad del instrumento, sino del significado de los puntajes de la prueba. Estas puntuaciones son una función no sólo de las características de la prueba y su contexto, sino –y por sobre todo– de las personas que responden. De este modo, lo que es válido es el significado de la interpretación de la puntuación, así como de las implicaciones o decisiones que se tomen con este (Messick, 1995; Stiffler & Dever, 2015). En la literatura se reconocen tres tipos de validez: de contenido, de constructo y de criterio (Cohen & Swerdlik, 2006; Glover & Albers, 2007; Stiffler & Dever, 2015).

La validez de contenido “describe un juicio de cuán adecuadamente una prueba es una muestra de la conducta representativa dentro del universo de conductas que la prueba fue diseñada para ejemplificar” (Cohen & Swerdlik, 2006, p.159). Si se quiere evaluar depresión, la validez de contenido apuntará a indagar si los reactivos o ítems reflejan las distintas facetas de los episodios depresivos, incluidos, por ejemplo, en los manuales diagnósticos (e.g., tristeza y sentimiento de inutilidad). Esta indagación incluye la revisión de la heterogeneidad y homogeneidad de los ítems, poniendo énfasis en eliminar reactivos que midan síntomas sinónimos (e.g., tristeza y pena), incorporar otros que impliquen cargas subjetivas distintas en los síntomas, a pesar de ser similares (e.g., tristeza de infelicidad) y descartar ítems que midan una dimensión distinta a la que se pretende medir (e.g., no respetar las reglas).

La validez de constructo “es el juicio acerca de lo apropiado de las inferencias realizadas a partir de las puntuaciones o calificaciones obtenidas en la prueba, respecto a posiciones individuales en una variable llamada constructo” (Cohen & Swerdlik, 2006, p.175). Los constructos, son objetos psicológicos teóricos para explicar el comportamiento. En *screening* en salud mental escolar, los constructos más utilizados son las categorías diagnósticas (e.g., déficit atencional), las funciones cognitivas (e.g., control ejecutivo o auto regulación cognitiva) y las habilidades (e.g., empatía o toma decisiones). Dado que los constructos son objetos no observables, el análisis de la validez de constructo implica formular hipótesis acerca del comportamiento esperado de acuerdo con el puntaje que obtienen los individuos, estas hipótesis constituyen una teoría tentativa sobre la naturaleza del constructo. Si la teoría es correcta, quienes obtienen puntajes bajos y altos en la prueba, se comportarán de manera diferente, de acuerdo con lo que la teoría había predicho (Cohen & Swerdlik, 2006).

La validez de criterio “es un juicio acerca de cuán adecuadamente puede ser utilizada la puntuación de una prueba para inferir la posición más probable de un individuo con respecto a cierta medida de interés” (Cohen & Swerdlik, 2006, p.163). Existen dos tipos de validez de criterio, la validez concurrente y la validez predictiva. La validez concurrente indica el grado en que una prueba puede servir para estimar la posición actual de un individuo frente a un criterio y la validez predictiva, su posición futura. Ambos tipos de validez se analizan a través de indicadores de asociación como la sensibilidad y la especificidad (Stiffler & Dever, 2015).

En salud mental escolar es fundamental contar con evidencia de ambos tipos de validez, pues si se quiere utilizar una prueba de *screening*, esta debe ser capaz rápidamente de discriminar a estudiantes con o sin riesgo, para lo que es necesario saber si la puntuación efectivamente describe un riesgo (i.e., está asociado empíricamente a un diagnóstico) y si este riesgo predice la aparición de un trastorno o la disminución del rendimiento académico en el futuro.

Otro criterio de adecuación técnica de los instrumentos de *screening* es la confiabilidad. Esta se refiere a la consistencia interna de la medida, es decir el grado en el que los ítems de un componente o dimensión están interrelacionados. Los ítems que se agrupan dentro de una misma dimensión deben estar asociados pero también deben representar aspectos diferentes de cada componente, lo que está directamente relacionado con la validez de contenido (Carretero-Dios & Pérez, 2007). La consideración de aspectos diferentes de un mismo constructo afecta a los índices de consistencia, de modo que aquellas dimensiones con puntuaciones sobre .95 podrían manifestar un problema de infra-representación del constructo, debido a la repetición de los mismos síntomas en distintos ítems. Así, se recomienda que los indicadores de consistencia fluctúen entre .7 y .8, siendo la fiabilidad óptima para instrumentos de *screening* entre .8 y .9 (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

Por su parte, la confiabilidad también incluye la estabilidad de la medida no sólo entre distintos ítems, sino también entre las mismas personas en distintos puntos temporales y con distintos evaluadores. Esto implica que independientemente del tipo de informante, se debería obtener el mismo nivel de riesgo si el estudiante así lo presenta en realidad y que, sin intervención, el estudiante debería tener el mismo nivel de riesgo o uno mayor, a lo largo del tiempo.

Algunas preguntas útiles para determinar la adecuación técnica de los instrumentos de *screening* son:

- ¿Existen normas de puntuación nacionales o regionales disponibles?
- ¿Los ítems del instrumento miden los constructos que pretenden medir?
- ¿Existen distintos formatos del instrumento?
- ¿La confiabilidad del instrumento es adecuada para su uso en *screening*?
- ¿Existe evidencia de estabilidad de las puntuaciones obtenidas a través del *screening*?
- ¿El instrumento permite clasificar correctamente a los estudiantes de acuerdo con su nivel de riesgo?

Usabilidad

A pesar de que un instrumento de detección sea apropiado y técnicamente riguroso, es probable que sólo sea útil si se percibe como relevante y práctico por parte de la comunidad escolar (Glover & Albers, 2007). Cuatro dimensiones son importantes de tomar en cuenta para evaluar la usabilidad de un instrumento de *screening* en las escuelas: a) la aceptabilidad o grado de satisfacción o aceptación que tienen los miembros de la comunidad con el proceso de *screening* y el instrumento; b) la adoptabilidad o intención, decisión o deseo de tratar de implementar un proceso de *screening*; c) la apropiabilidad o percepción del ajuste, relevancia o compatibilidad que tiene el proceso de *screening* y el instrumento con las características de la comunidad escolar y; d) la factibilidad o percepción del éxito de la implementación del proceso *screening* dado los recursos y capacidades disponibles en la comunidad escolar (Rojas-Andrade, 2016).

De estas dimensiones, una de las más críticas es la factibilidad, pues a pesar de que los miembros de la comunidad escolar declaren que aceptan, adoptarían y podrían ajustar el proceso de *screening* a las escuelas, esto no es posible si no se cuentan con los recursos o capacidades necesarios para hacerlo (Rojas-Andrade, 2016).

Para destinar los recursos y capacidades disponibles a los procesos de *screening* es necesario que esté incorporado en la planificación anual de la escuela, que en ocasio-

nes depende de otros planes más generales. Los directores y profesores tienden a ser muy receptivos con aquellas actividades que fortalezcan el cumplimiento de las metas educativas, de este modo pueden colaborar y hacer todo lo que tengan a su alcance para implementar un proceso de *screening*; sin embargo, si este proceso no está en su planificación o no hay recursos destinados para esta actividad, a pesar del entusiasmo, el tiempo y el esfuerzo deben focalizarse en otras tareas. Por esta razón, que se ha considerado fundamental antes de implementar cualquier actividad de salud mental en las escuelas, fortalecer su propia capacidad para abordar los problemas de salud mental dentro de su función principal como organización educativa (Watts & Buckner, 2010). Para más detalles ver Weist, Lindsey, Moore, & Slade (2006).

Algunas preguntas útiles para determinar la usabilidad de los instrumentos de *screening* son:

- ¿Los costos asociados con el *screening* son razonables?
- ¿Existe personal capaz de realizar el *screening*?
- ¿Los actores de la comunidad escolar aprecian y están de acuerdo con el *screening*?
- ¿El *screening* se ajusta a las características de la cultura de la comunidad escolar?

Consideraciones éticas en el uso de *screening* en la escuela

Existen tres ámbitos claves de considerar para el uso ético de los instrumentos de *screening* en las escuelas: la aceptación de la comunidad escolar, los derechos del niño y su familia, y la información obtenida a través del proceso (Chafouleas, Kilgus, & Wallach, 2010).

Antes de implementar un *screening*, es importante tomar en cuenta el nivel de alfabetización en salud mental que tengan los miembros de la comunidad. Habitualmente las escuelas se oponen a este tipo de procesos, debido a los importantes estigmas asociado a los trastornos de salud mental. Por esta razón, es importante contar con la aceptación de la comunidad escolar, de modo de evitar que el hecho de aplicar instrumentos de *screening* sea visto como una cacería de *niños problemas*, sino más bien como una oportunidad que tiene la escuela de mejorar los aprendizajes, la convivencia escolar y la salud socioemocional de todos sus miembros, apoyando de forma más personalizada a quienes más lo requieren. En este sentido, es importante que el *screening* esté acompañado de un programa no sólo focalizado, sino -y por sobre todo- universal que entregue soporte y sentido a las acciones que emprenden las escuelas.

Respecto a los derechos, la participación de los niños y adolescentes en cuestiones que les concierne a su vida se ha convertido en un aspecto primordial en salud mental escolar en últimas décadas. El reconocimiento de los derechos del niño, las críticas al

adultocentrismo y la idea de protagonismo infantil está cambiando la forma en cómo se abordan los problemas de la infancia.

La participación de los niños y adolescentes en las decisiones asociadas a los procesos de *screening* tiene múltiples beneficios. Para los propios niños ayuda tanto a afirmar a su derecho a participar de un proceso que explora aspectos de su vida personal como a proteger su información. Para el propio proceso de *screening*, ayuda a producir datos de mejor calidad y mejor orientados a los problemas que efectivamente preocupan a los estudiantes. Y finalmente, para la sociedad, puede ayudar a generar actitudes de cooperación y potenciar la comunicación intergeneracional positiva que aumenta la probabilidad de que los niños sean escuchados y tomados en cuenta realmente (Laws & Mann, 2004). Esta participación debe ajustarse al principio de autonomía progresiva de los niños y considerar distintos grados e instancias de toma de decisiones.

Ahora bien, la participación de los padres no sólo es fundamental, sino también crítica. En salud mental escolar, el compromiso de los padres es un facilitador de la implementación de acciones. Cuando están involucrados con las intervenciones existe mayor posibilidad de que colaboren con las tareas asignadas, se alineen con los objetivos, asistan a reuniones y lleven a sus hijos a sesiones de talleres o tratamiento.

Lograr el compromiso de los padres, es un importante deber ético si se va a comenzar un proceso de *screening*, pues el éxito o fracaso de las acciones, depende en buena medida de que los padres estén de acuerdo y lo apoyen. En términos concretos, el respeto por los derechos de la familia y los niños se traduce en la firma de un consentimiento informado por parte de los padres y un asentimiento por parte de los estudiantes. Para más detalles ver Raines y Nic (2011).

Una última consideración ética es la calidad y utilización de la información generada por los *screening*. Respecto a la primera, es necesario resguardar elementos asociados a la validez y confiabilidad de las puntuaciones, procurando evitar errores involuntarios que pudiesen impactar en la toma de decisiones. En relación a la utilización de la información, si a través de un *screening* se identifica un niño con riesgo es necesario que la escuela despliegue los mecanismos y recursos humanos para atender su problema oportunamente. Para esto, se requieren contar con redes de derivación adecuadas que garanticen el acceso a los distintos dispositivos de prevención y tratamiento.

Reflexiones finales

Los *screening* en salud mental escolar representan el núcleo del sistema integrado de cuidados que se despliega para promocionar la salud y prevenir o tratar los trastornos de salud mental en las escuelas, disminuyendo sus efectos en el desempeño escolar. Este artículo definió los principales conceptos involucrados a los instrumentos de

screening y revisó una serie de consideraciones prácticas a tomar en cuenta para la selección, evaluación y aplicación ética en las escuelas.

En suma, se logró comprender que los *screening* son una actividad orientada a detectar precozmente trastornos mentales a través de la identificación de factores de riesgo y de indicadores tempranos de sintomatología que permite evaluar a todos los estudiantes, reduciendo el número de niños y adolescentes que pueden ser pasados por alto en la detección, proveer una línea de base para realizar monitoreos posteriores, y otorgar una guía para la intervención temprana, permitiendo reducir los costos y aumentar la efectividad del tratamiento. Los instrumentos de *screening* varían de acuerdo con las dimensiones que evalúan, el formato, el tipo de informante y las condiciones para su administración y pueden utilizarse más de un instrumento en distintas fases de *screening*.

Para seleccionar los instrumentos de *screening* a utilizar en las escuelas es importante tomar en cuenta la pertinencia de ellos respecto a la teoría del programa de intervención y el contexto cultural, las propiedades psicométricas que poseen y por sobre todo la usabilidad que tiene en determinado contexto escolar, evaluando por sobre todo la factibilidad que tenga su aplicación sistemática y sustentable. En este contexto, también tomar en cuenta algunos aspectos éticos de los procesos de *screening* como contar la aprobación de la comunidad escolar, respetar los derechos de las familias y estudiantes, y asegurar la calidad y precisión de la información que entregan.

En Chile y Latinoamérica, a pesar de su importancia, los procesos e instrumentos de *screening* en salud mental escolar son poco estudiados, los investigadores interesados en esta área tienen un gran camino por delante. En especial faltan investigaciones que estudien la adaptación cultural de los instrumentos (e.g., contextos rurales o urbanos; comunidades escolares interculturales), las condiciones de implementación (e.g., capacidades de salud mental de la escuela, aceptabilidad de diferentes tipos de *screening*, procesos de *screening* virtuales o uso de tecnología de la información para la detección temprana) o los canales de derivación (e.g., programas dentro de la escuela; programas escolares y programas de salud).

Para avanzar en estos desafíos es fundamental vincular con fuerza los espacios académicos con las iniciativas en salud mental escolar. Ejemplo de esto son las relaciones de colaboración entre el programa HPV con diversas universidades, que han permitido avanzar hacia la producción de evidencias desde la práctica, y prácticas desde la evidencia.

Finalmente, para los profesionales y otros actores interesados en la aplicación de *screening* en la escuela es fundamental que las decisiones que tomen estén guiadas por tres elementos que aparecen de manera transversal en este artículo: los fundamentos teóricos, la evidencia empírica y las garantías éticas. En este sentido, si no se cuenta con el suficiente respaldo en alguna de estas tres áreas, es recomendable revisar con detención y cautela las decisiones y compromisos asociados a la puesta en marcha de este tipo de procesos.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Ezpeleta, L. (2017). Modelos de clasificación en psicología. En L. Ezpeleta & J. Toro (Eds.), *Psicopatología del desarrollo* (pp. 53-74). Madrid, España.: Ediciones Pirámide.
- Albers, C. A., Glover, T. A., & Kratochwill, T. R. (2007). Where are we, and where do we go now?. *Universal screening for enhanced educational and mental health outcomes. Journal of School Psychology, 45*(2), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.12.003>
- Atkins, M. S., Hoagwood, K. E., Kutash, K., & Seidman, E. (2010). Toward the integration of education and mental health in schools. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 37*(1-2), 40-47. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0299-7>
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 49*(3), 226-236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(7), 606-616. <https://doi.org/10.1177/0004867414533834>
- Brown, P., Capella, C., Antivilo, A., & Santiago, A. (2014). Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire. *Revista de Psicología Universidad de Chile, 23*(2), 28-44. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.36146>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales : consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 863-882.
- Chafouleas, S. M., Kilgus, S. P., & Wallach, N. (2010). Ethical dilemmas in school-based behavioral screening. *Assessment for Effective Intervention, 35*(4), 245-252. <https://doi.org/10.1177/1534508410379002>
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición* (6ª Edición). México, DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844. Recuperado de <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/60/8/837>
- Daniels, B., Volpe, R. J., Fabiano, G. A., & Briesch, A. M. (2017). Classification accuracy and acceptability of the integrated screening and intervention system teacher rating form. *School Psychology Quarterly, 32*(2), 212-225. <https://doi.org/10.1037/spq0000147>
- De la Barra, F., Toledo, V., & Rodríguez, J. (2002). Mental Health Study in Two Cohorts of Schoolchildren from West Santiago: Prevalence and Follow Up of Behavioral and Cognitive Problems. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 40*, 9-21.
- Dever, B. V. & Kamphaus, R. W. (2013). Behavioral, social, and emotional assessment of children. En *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 3: Testing and assessment in school psychology and education. (Vol. 3, pp. 129-148)*. <https://doi.org/10.1037/14049-006>
- Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-Based Screening: A Population-Based Approach to Inform and Monitor Children's Mental Health Needs. *School Mental Health, 1-11*. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3>
- Dvorsky, M., Girio-Herrera, E., & Sarno, J. (2014). School-based screening for mental health in early childhood. En M. D. Weist, N. A. Lever, C. P. Bradshaw, & J. Sarno (Eds.), *Handbook of school Mental Health. Research, training, practice and Policy* (pp. 297-310). New York, United State: Springer.
- Erazo, R. (2010). Hacia un modelo de diagnóstico precoz en las enfermedades mentales. *Revista Médica Clínica Las Condes, 21*(5), 684-695. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70589-7](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70589-7)

- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Slattery, M. J., Burk, L. R., Thomas Boyce, W., Woodward, H. R., & Kupfer, D. J. (2009). *Screening for childhood mental health problems: outcomes and early identification*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 562-570. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x>
- Feeney-kettler, K. A., Glover, T. A., Albers, C. a., & Kettler, R. (2014). An introduction to universal *screening* in educational settings. En R. Kettler, A. Glover, & A. Fenney-Kettler (Eds.), *Universal screening in educational settings: Evidence-based decision making for schools*. (pp. 3-16). Washington, DC, US: American Psychology Association.
- George, M., Squicciarini, A. M., Zapata, R., & Hartley, M. (2004). Detección Precoz de Factores de Riesgo de Salud Mental en Escolares, *Revista de Psicología XIII* (2), 9-20.
- Giráldez, S. L., Seco, G. V., & Mena, M. S. (2002). Estructura factorial del Youth Self-report (YSR). *Psicothema*, 14(4), 816-822.
- Glover, T. A., & Albers, C. A. (2007). Considerations for evaluating universal *screening* assessments. *Journal of School Psychology*, 45(2), 117-135. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.05.005>
- Haquin, C., Larraguibel, M., & 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). <https://doi.org/10.4067/S0370-41062004000500003>
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312(5782), 1900-1902. <https://doi.org/10.1126/science.1130121>
- Humphrey, N. (2013). *Social and emotional learning a critical appraisal*. London: Sage Publications.
- Husky, M. M., Sheridan, M., McGuire, L., & Olfson, M. (2011). Mental health *screening* and follow-up care in public high schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(9), 881-891. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.05.013>
- Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 73-84.
- Kellam, S. G., & Van Horn, Y. V. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: A scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 177-188. <https://doi.org/10.1023/A:1024610211625>
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848-856. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>
- Laws, S., & Mann, G. (2004). Así que quiere hacer participar a los niños y niñas en la investigación. Paquete de herramientas para apoyar la participación significativa y ética de los niños y niñas en la investigación relativa a la violencia contra los niños y niñas. Estocolmo-Suecia: Save the Children.
- Leiva, L., George, M., Antivilo, A., Simonsohn, A., Antivilo, A., Squicciarini, A. M., Guzman, J. (2015). Salud mental escolar: Logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*, 14, 31-41. <https://doi.org/10.5027>
- Leiva, L., & Rojas-Andrade, R. (2016). Estudio de salud mental escolar: *screening* universal en establecimientos educacionales municipales. Santiago de Chile.
- Leiva, L., Rojas-Andrade, R., Peña, F., Vargas, B., & Squicciarini, A. (en prensa). Detectando las dificultades emocionales y conductuales en la escuela: Validación de PSC-17. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*.
- Lira, M. I., Edwards, M., Hurtado, M., & Seguel, X. (2013). Autoreporte del bienestar socioemocional para niños/as de prekindergarten a 2º Básico. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
- López, V., Bilbailo, M. de los A., & Rodríguez, J. I. (2012). La sala de clases sí importa: Incidencia del clima de aula sobre la percepción de intimidación y victimización entre escolares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 91-101.

Apoyando el Bienestar en las Comunidades Educativas

Marsh, R. J. (2016). Identifying Students with Mental Health Issues: A Guide for Classroom Teachers. *Intervention in School and Clinic*, 51(5), 318–322. <https://doi.org/10.1177/1053451215606706>

Merrell, K. W. (2008). Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents. *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*.

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741–749. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.9.741>

Morabia, A., & Zhang, F. F. (2004). History of medical *screening*: From concepts to action. *Postgraduate Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.018226>

Palfrey, J. S., Tonniges, T. F., Green, M., & Richmond, J. (2005). Introduction: Addressing the Millennial Morbidity--The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics*, 115(4), 1121–1123. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2825B>

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

Pi Davanzo, M. (2014). Experiencias tempranas de estrés psicosocial en la niñez y adolescencia y la asociación con salud general y salud mental. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10(4), 410–418.

Raines, J. C., & Nic, D. (2011). *Ethical decision making in School mental Health*. New York, United State: Oxford University Press.

Rojas-Andrade, R. (2016). Implementación de *screening* universal en salud mental escolar. En *Capacitación en screening en salud mental para profesionales de la educación*. Calama de Chile: Universidad de Chile.

Rojas-Andrade, R., & Leiva, L. (2015). Psicopatología y victimización ocasional entre pares en una muestra de estudiantes chilenos. *Universitas Psychologica*, 14(1), 165–176.

Rojas-Andrade, R., Leiva, L., Vargas, B., & Squicciarini, A. M. (2017). Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: un análisis multinivel. *Psychosocial Intervention*, 26(3), 147–154.

Sepúlveda, R., Molina, G., Molina, C., Martínez, N., González, A., Montaña, E., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2013). Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1283–1292. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001000007>

Stiffler, M., & Dever, B. (2015). *Mental Health Screening at School. Instrument, implementation, and Critical Issues*. New York, United State: Springer US.

Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J., & Anderson-Butcher, D. (2014). The Impact of School Mental Health on Student and School-Level Academic Outcomes: Current Status of the Research and Future Directions. *School Mental Health*, 6(2), 84–98. <https://doi.org/10.1007/s12310-013-9116-2>

Urzúa, A., Domic, M., Cerda, A., Ramos, M., & Quiroz, J. (2009). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in School Age Children in Antofagasta. *Rev Chil Pediatr*, 80(4), 332–338. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000400004>

Vera-Villarroe, P., Olivares-Rodríguez, J., Kuhne, W., Alcázar, A. I. R., Santibáñez, C., & López-Pina, J. A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala para la Detección de la Ansiedad Social (EDAS) en una muestra de adolescentes chilenos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 795–806.

Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Medica de Chile*, 140, 447–457. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>

Vicente, E., Casas, L., & Ardanaz, E. (2017). Origen de los programas de cribado neonatal y sus inicios en España. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(1), 131–140. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0012>

Walker, H. M., & Sprague, J. R. (1999). The path to school failure, delinquency, and violence: Causal factors and some potential solutions. *Intervention in School and Clinic, 35*(2), 67-73. <https://doi.org/10.1177/105345129903500201>

Watts, C., & Buckner, J. C. (2010). The School Mental Health Capacity Instrument : Development of an Assessment and Consultation Tool The School Mental Health Capacity Instrument : Development, (September). <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9041-6>

Weist, M. D., Lindsey, M., Moore, E., & Slade, E. (2006). Building Capacity in School Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion, 8*(3), 30-36. <https://doi.org/10.1080/14623730.2006.9721743>

Weist, M. D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., & Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *Journal of School Health, 77*(2), 53-58.



Un análisis ecológico de predictores claves del bienestar en niñas, niños y adolescentes¹

Jorge J. Varela, orcid.org/0000-0002-3651-9715

Javier Guzmán, orcid.org/0000-0002-8194-039X

Jaime Alfaro, orcid.org/0000-0003-0397-3716

Fernando Reyes, orcid.org/0000-0002-7902-0017

David Sirlapu, orcid.org/0000-0003-4683-1734

Mariavictoria Benavente,

Tamara Navarrete,

Daniela Pacheco,

Centro de Estudios

en Bienestar y Convivencia Social (CEBCS)

Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo,

Santiago, Chile

Carlos Rodríguez, orcid.org/0000-0001-5102-7914

Tamara Yaikin,

Centro de Investigación en Complejidad Social (CICS)

Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo,

Santiago, Chile

Introducción

El concepto de bienestar –subjetivo– hace referencia a las evaluaciones tanto positivas como negativas que las personas pueden efectuar respecto de sus vidas, ya sea como un todo o respecto de ámbitos o dominios específicos tales como amigos, colegio, familia y comunidad (Huebner, 2004). El bienestar ha sido foco de estudio de la psicología, dando un salto al foco psicopatológico o sólo centrado en el riesgo (Sarriera & Bedin, 2017). El foco en aspectos positivos del desarrollo humano ha sido vital para identificar factores protectores de las personas, como también de su entorno, y por ende pensar en contextos más resilientes (Zimmerman et al., 2013). Dentro de los estudios de bienestar se destaca el concepto de bienestar subjetivo como un aspecto vital de la vida de niños, niñas y adolescentes (NNA) ya que se asocia con diferentes externalidades

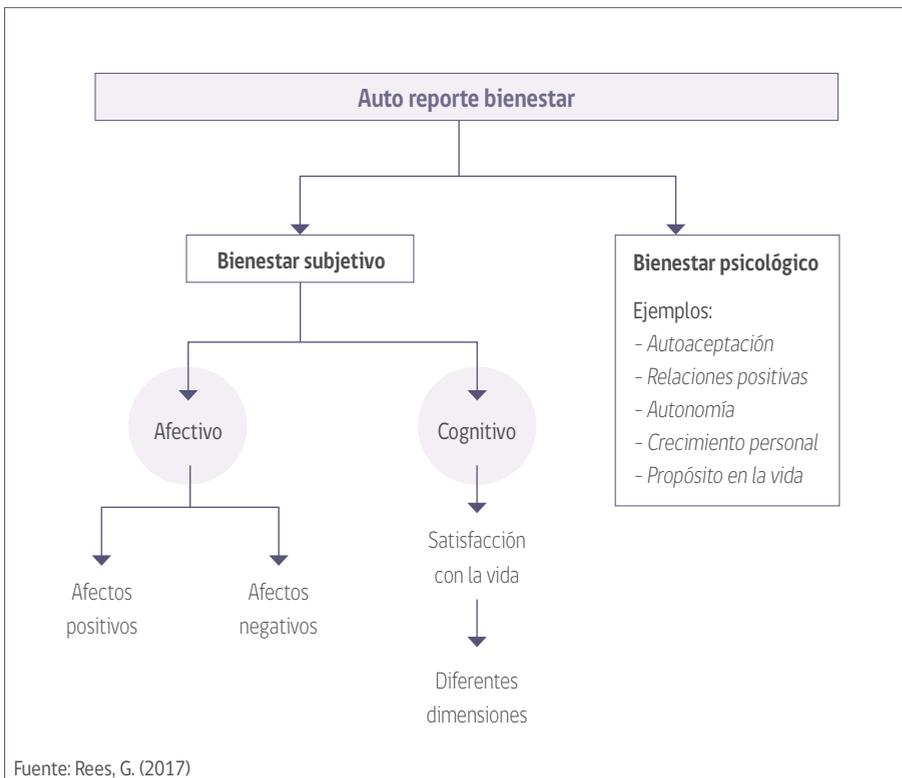
1 Correspondencia: Jorge J. Varela, Av. Plaza 680, Santiago, Chile, correo electrónico: jovarela@udd.cl; +56 223279175

positivas, y al mismo tiempo, permite conocer más de cerca la percepción subjetiva de NNA (Casas, 2011).

Existen dos grandes tradiciones para estudiar el bienestar: una perspectiva hedónica y una eudaimónica. El concepto bienestar subjetivo se ha asociado a una perspectiva hedónica, lo cual refiere a la experiencia de placer frente a displacer, incluyendo los juicios sobre la vida (Ryan & Deci, 1999). De esta forma, el bienestar subjetivo es definido como una categoría que incluye afecto positivo, afecto negativo y satisfacción con la vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Los componentes afectivos se basan en las respuestas emocionales que, aunque siempre de corta duración y fluctuantes, son representativos de la naturaleza de la vida cotidiana. El afecto positivo, afecto negativo y la satisfacción con la vida son constructos separables, por lo que pueden ser evaluados como componentes independientes del bienestar subjetivo (Pavot & Diener, 2004) (Ver Figura 1).

La variable dependiente del trabajo fue la satisfacción con la vida, la cual captura una dimensión del bienestar subjetivo (Ver Figura 1).

Figura 1. Dimensiones bienestar

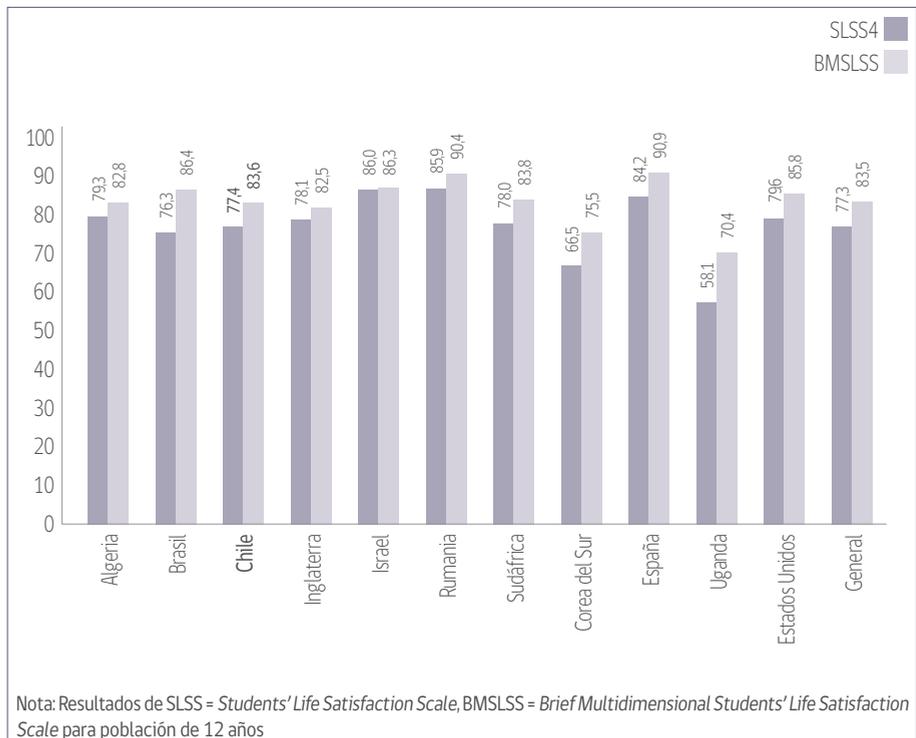


Fuente: Rees, G. (2017)

El constructo de satisfacción con la vida considera tanto una apreciación cognitiva como afectiva, la cual puede ser indirectamente influida por los afectos o estados emocionales transitorios (Huebner, 2004). De todas formas, el componente evaluativo es dominante (Lau, Cummins, & McPherson, 2005), lo cual implica que la noción de satisfacción con la vida expresa una respuesta de carácter básicamente cognitivo.

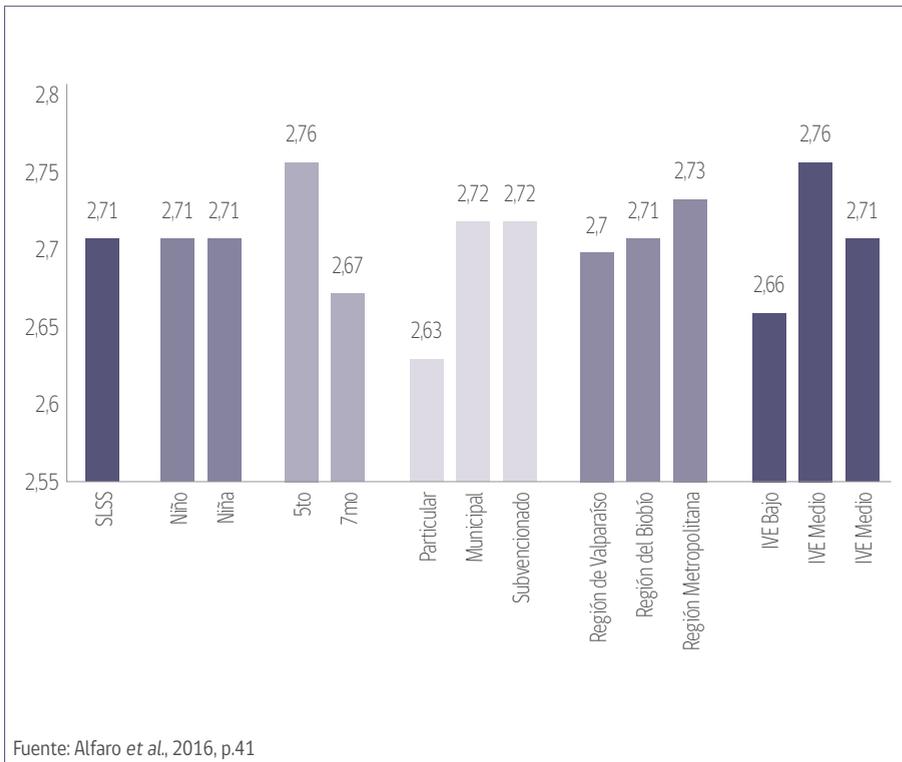
A nivel internacional existe un creciente interés en estudiar la satisfacción con la vida para monitorear su estado e informar a políticas públicas. Uno de los reportes mundiales sobre bienestar subjetivo en la infancia, en el cual Chile estuvo presente, fue el informe de la primera ola de datos del proyecto *Children's World*. Durante el 2011 y 2012 unos 34.500 estudiantes provenientes de 14 países diferentes participaron en el estudio que midió niveles de bienestar en NNA de 8, 10 y 12 años de edad (Dinisman & Rees, 2014). El siguiente *Gráfico 1* muestra los datos de 11 países usando dos escalas diferentes de bienestar subjetivo (Escala de Satisfacción Vital de los Estudiantes - *Students' Life Satisfaction Scale*; Escala Breve Multidimensional de Satisfacción con la Vida para Estudiantes - *Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale*). Tal como se puede apreciar, Chile se encuentra con valores cercanos al promedio general de la muestra. Uganda tendría los puntajes más bajos y Rumania los más altos.

Gráfico 1. Resultados nacionales primera ola ISCWeb 2012



Junto a lo anterior, Chile ha ido consolidando una línea de investigación de dimensiones subjetivas del bienestar en la infancia desde la participación en el estudio ISCWeB (*International Survey on Children's Well-Being*; Oyanedel, Alfaro, Varela, & Torres, 2014). Un ejemplo de sus resultados se puede apreciar en el Gráfico 2 usando la escala SLSS. Los resultados muestran que no existen diferencias significativas según sexo y región, aunque sí las existen según edad y dependencia del establecimiento.

Gráfico 2. Promedio de puntajes SLSS: total muestra y por variables demográficas (sexo, curso, tipo de colegio, región, IVE²)



Diversas razones justifican el estudio sobre el bienestar en NNA. Por una parte, conocer el estado y determinantes del bienestar permite identificar la calidad de vida "realizada" en un país, lo cual se usa para evaluar problemas sociales e informar políticas públicas (Veenhoven, 1994). Además, permite comparar reportes de NNA con indicadores "duros" (p.e.: acceso a vivienda, nivel socioeconómico) acerca del bienestar y estado de la infancia (Casas, 2011). Otros estudios han identificado que la variable bienestar,

2 Índice de Vulnerabilidad Escolar.

específicamente la satisfacción con la vida, se asocia positivamente con otros indicadores. La revisión de literatura de Proctor, Linley y Maltby (2009) en 141 estudios evidenció que la satisfacción con la vida se relaciona con aspectos emocionales, sociales y conductuales de las personas, aunque la mayoría de los estudios fueron de Norteamérica y Europa, relevando la importancia de aumentar similar producción académica en Sudamérica.

Considerando los antecedentes expuestos, el objetivo del presente trabajo es analizar el rol de diferentes agentes próximos (familia, amigos, colegio y barrio) significativos para la vida de NNA en población escolar chilena. La idea es poder sumar a la literatura local emergente evidenciando aspectos claves de la vida para la infancia en Chile. Además, esta contribución puede informar el desarrollo de políticas y programas públicos dirigidos a la niñez y adolescencia de gran escala tales como el Programa Habilidades Para la Vida de Junaeb.

Método

Datos

El presente estudio se basa en la experiencia del equipo de investigación del Centro de Estudios en Bienestar y Convivencia Social (CEBCS)³ de la Universidad del Desarrollo en su contribución al proyecto internacional denominado *Children's Worlds, International Survey of Children's Well-Being (ISCWeB)*⁴. El proyecto internacional busca investigar el bienestar subjetivo en los niños alrededor del mundo, siendo su objetivo principal recolectar datos consistentes y característicos sobre el bienestar infantil, es decir, la vida y actividades diarias de los niños en base a sus propias percepciones y evaluaciones. Para así mejorar el bienestar en la población infantil desarrollando conciencia en los niños, sus padres y comunidades, pero también en sus líderes, profesionales y población general (*Children's World Report*, 2015). El proyecto nació cuando un grupo de investigadores, en su mayoría de la sociedad internacional de indicadores infantiles (*The International Society for Child Indicators - ISCI*), empezaron a trabajar para definir estándares sobre bienestar infantil. Así nació el primer piloto que fue administrado en cada país durante 2010 en Brasil, Inglaterra, Alemania, Honduras, Israel y España (*Children's World Report*, 2015). Chile fue partícipe en la primera ola de datos junto a otros 13 países, los cuales aumentaron a 20 países para la segunda ola, pero sin la presencia de Chile (*Children's World Report*, 2015). Actualmente, los equipos que representan a Chile están gestionando su recolección para la tercera ola (2018-2019).

3 <http://psicologia.udd.cl/cebcs/>

4 <http://www.isciweb.org/Default.asp>

Muestra

La muestra del estudio se basó en datos provenientes de 11 establecimientos educacionales de la ciudad de Santiago con distintos tipos de administración: 18,2 % fueron municipales, 54,5 % particular subvencionado, y 27,3 % fueron instituciones particulares. La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia y de carácter voluntario por parte de los niños de las instituciones educacionales. La edad promedio fue de 11,86 (DS = 1,23). La muestra final fueron 704 participantes, 46,5 % mujeres, con un rango de edad entre 9 a 16 años de edad.

Procedimiento

El primer paso fue la gestión y envío de los documentos de resguardo ético a cada institución educacional. Un documento de consentimiento pasivo informado de auto-rización fue enviado a padres/adultos responsables del adolescente, y además, se les entregó a los estudiantes participantes del estudio un asentimiento el cuál debía ser firmado antes de la realización del cuestionario.

En cuanto a la administración del instrumento se realizó en la misma sala de clases de quintos y séptimos de educación básica junto a la presencia de un encuestador del grupo de investigación capacitado por el equipo. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre del año 2017.

Variables

Variables de control

Las variables de sexo y edad fueron usadas como variables de control para los análisis de regresión múltiple. La variable de sexo es dicotómica (1 = hombre) y edad como variable continua.

Satisfacción con la vida (Student's Life Satisfaction - SLSS)

Esta es la variable dependiente del estudio. Para capturar el bienestar de los participantes, se utilizó la Escala de Satisfacción de Vida de los Estudiantes (SLSS) creada por Huebner (1991). La escala contiene seis ítems en los cuales los estudiantes califican su satisfacción con la vida, con el objetivo de evaluarla de una manera global (Huebner, 2004). Ejemplos de ítems son: "Mi vida está yendo bien"; "Disfruto mi vida"; "Las cosas en mi vida son excelentes". Cada ítem tiene una escala Likert de 11 puntos (0 = Totalmente en desacuerdo; 10 = Totalmente de acuerdo). Los puntajes más altos indican una mayor satisfacción con la vida. La escala tiene una alta confiabilidad ($\alpha = .95$).

Salud mental

La variable salud mental de los adolescentes fue medida utilizando el cuestionario PSC-17 (*Pediatric Symptom Checklist-17*; Murphy et al., 2016) el cual es ampliamente usado para dar cuenta del funcionamiento psicosocial en distintos contextos. El instrumento contiene 17 ítems que responden a una escala Likert según la frecuencia del comportamiento (1 = Nunca; 3 = Muy seguido). La primera subescala corresponde a conductas internalizantes compuesta de 5 ítems con una aceptable confiabilidad ($\alpha = .73$). Ejemplos de ítems son: "Te sientes poca cosa"; "Pasas mucho tiempo preocupado"; "Te aburres". La siguiente subescala corresponde a conductas externalizantes compuesta de 7 ítems con una aceptable confiabilidad ($\alpha = .73$). Ejemplos de ítems son: "Pelear con otros niños"; "Molestas a los demás"; "Eres egoísta". La última subescala se llama atención, la cual está compuesta por 5 ítems, los cual sin embargo tiene una confiabilidad baja ($\alpha = .58$). Ejemplos de ítems son: "Eres inquieto"; "Te cuesta concentrarte"; "Sueñas despierto".

Familia

Para analizar variables familiares se usaron 3 escalas en el estudio. La primera es una adaptación de la escala de *Felicidad Interdependiente* (Hitokoto & Uchida, 2014), adaptada en este caso a la familia. Se le pregunta a los sujetos con 9 ítems hasta qué punto los enunciados describen a su familia, en base a una escala Likert de 9 alternativas (1 = No describe para nada como es mi familia; 9 = Describe exactamente como es mi familia) con una alta confiabilidad ($\alpha = .91$). Un valor más alto, indica una familia con más felicidad interdependiente. Ejemplos de ítems son "Tú crees que tu familia y las personas cercanas a ellos son felices"; "Tu familia no tiene mayores preocupaciones o ansiedades"; "Tú crees que tu familia ha logrado el mismo nivel de vida que el de otras familias cercanas a ti".

La segunda escala es un ítem único del proyecto ISCWeB que mide el nivel de satisfacción de NNA sobre los integrantes de su hogar usando una escala Likert de 11 puntos (0 = Nada satisfecho/a; 10 = Completamente satisfecho/a). Un puntaje más alto indica un mayor nivel de satisfacción con la familia.

Finalmente, se usó otra escala del proyecto ISCWeB que mide la evaluación que hacen los NNA sobre diferentes aspectos de su familia por medio de 6 ítems. Los sujetos respondieron usando una escala Likert (1 = No estoy de acuerdo; 4 = Estoy totalmente de acuerdo) el nivel de acuerdo de diferentes afirmaciones sobre las relaciones familiares. Ejemplos de ítems son: "Hay personas que en mi familia se preocupan por mí"; "Lo pasamos bien juntos con mi familia"; "Mis papás me escuchan y toman en cuenta lo que digo". Un puntaje más alto indica una valoración más alta de las relaciones familiares. La escala tiene una aceptable confiabilidad ($\alpha = .79$).

Amigos

Para examinar el grado de asociación que hay entre el concepto “amigos” se usaron tres variables. La primera variable fue una pregunta única del proyecto ISCWeB que pregunta a los sujetos qué tan seguido ve a sus amigos, sin considerar cuando se encuentra en el colegio. Las respuestas se agrupan en una escala Likert de 6 puntos (1 = Nunca; 6 = Todos los días). Un valor más alto, indica mayor frecuencia de interacción con los amigos.

Además, la variable amigos fue construida usando una sección del proyecto ISCWeB que ahonda sobre la relación con los amigos. La escala consulta el nivel de acuerdo que hay sobre 4 diferentes ámbitos de la relación con sus amigos, por ejemplo, cantidad, relación positiva y apoyo. Se usó una escala Likert para reportar el nivel de acuerdo (1 = No estoy de acuerdo; 5 = Estoy totalmente de acuerdo) con cada ítem. Ejemplos de ítem son: “Tengo suficientes amigos”; “Mis amigos generalmente son buenos conmigo”; “Si tengo un problema, tengo un amigo que me apoya”. Un valor más alto indica una mejor calidad de la relación con los amigos. La escala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .80$).

Una última variable usada, también del proyecto ISCWeB y como ítem único, fue el grado de satisfacción con los amigos. Específicamente, los estudiantes fueron consultados sobre su grado de satisfacción usando una escala Likert de 11 puntos (0 = Nada satisfecho/a; 10 = Completamente satisfecho/a). Un valor más alto, indica un mayor grado de satisfacción con los amigos.

Violencia escolar

Para medir violencia escolar se utilizó la escala Illioins Bullying Scale (Espelage & Holt, 2001), la cual tiene una amplia trayectoria internacional, y ha sido usada en estudios con población chilena (por ej.: Berger & Caravita, 2016; Varela *et al.*, 2017). La escala contiene 18 ítems, los cuales preguntan sobre la frecuencia en las que hayan realizado o vivido diferentes acciones en los últimos 30 días ya sea como víctima o victimario. Las opciones de respuesta van en una escala Likert de 4 opciones (1 = Nunca; 4 = Casi siempre). Un valor más alto indica un mayor reporte como víctima o victimario, según corresponda. La escala se subdivide en tres subescalas: *Víctima*, compuesta por 4 ítems. Ejemplos son: “Otros estudiantes se han reído de mí”; “He sido golpeado o empujado por otros estudiantes”. La subescala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .87$). *Agresor físico*, compuesta por 5 ítems. Ejemplos de ítems son: “He peleado con estudiantes que puedo vencer fácilmente”; “He amenazado, golpeado o dañado a otro estudiante”; “He devuelto un golpe cuando alguien me ha golpeado primero”. La subescala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .86$). 3. *Agresor*, compuesta por 9 ítems. Ejemplos de ítems son: “He molestado a otros estudiantes”; “He excluido a otros”; “He sido hiriente con otros estando enojado”. La subescala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .88$).

Escuela

La variable escuela fue medida con la adaptación de la escala *Brief Adolescents' Subjective Well-Being in School Scale* (BASWBSS). Esta escala fue creada para medir el bienestar adolescente particularmente en el ámbito experiencia escolar (Tian, Wang, & Huebner, 2015). La escala contiene 7 ítems en los cuales se consulta el grado de acuerdo en una escala Likert (1 = No estás de acuerdo; 6 = Completamente de acuerdo) sobre diferentes experiencias de la vida escolar. Ejemplos de ítems son: "Me va bien en mi colegio"; "Mi colegio tiene una buena infraestructura"; "La calidad de enseñanza de los profesores/as es buena". Un puntaje mayor indica un mayor nivel de satisfacción y bienestar con la experiencia escolar. La escala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .82$).

Barrio

Para capturar esta dimensión se usó la escala *Community Support Questionnaire* (Gracia & Herrero, 2006) compuesta por 14 ítems y dividida en tres subescalas. La escala consulta el grado de acuerdo con frases que hablan de su relación con la comunidad usando una escala Likert (1 = Muy en desacuerdo; 5 = Muy de acuerdo). Un puntaje más alto indica una mayor percepción de apoyo de la comunidad. La primera subescala, *integración en la comunidad*, está compuesta por 4 ítems. Ejemplos de ítems son: "Me siento muy identificado con mi barrio/comunidad"; "Siento el barrio como algo mío". La escala tiene una aceptable confiabilidad ($\alpha = .78$). Una segunda escala fue *participación en la comunidad*, compuesta por 5 ítems. Ejemplos de ítems son: "Colaboro en las Organizaciones de mi comunidad"; "Participo en algún grupo social o cívico"; "No participo en las actividades socio-recreativas". La escala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .85$). Finalmente, la escala *organizaciones comunitarias* está compuesta por 5 ítems. Ejemplos de ítems son: "Podría encontrar personas que me ayudaran"; "Encontraría una fuente de satisfacción para mí"; "Me relajaría y olvidaría mis problemas". La escala tiene una buena confiabilidad ($\alpha = .93$).

Resultados

Bienestar, edad y género

Una primera aproximación de análisis para estudiar el bienestar infantil es partir analizando diferencias según la edad y el género/sexo de los niños, niñas y adolescentes. El género refiere a un conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (Lamas, 2000). Siguiendo una lógica similar, Nielsen y Thorne (2014) plantean dos perspectivas complementarias desde las cuales pensar la interacción género-infancia. La primera alude al género en tanto patrones empíricos, presentes en las apariencias y experiencias corporales, así como

en la estructuración de instituciones sociales como la familia o la escuela. La segunda lo concibe como un marco interpretativo a partir del cual niños, niñas y adolescentes significan sus experiencias e interactúan con su entorno.

De este modo, se entiende el género como una variable multifacética, que contempla una dimensión física, identitaria y -por consiguiente- social, mediando la forma en que NNA vivencian las distintas dimensiones de sus vidas, las relaciones que establecen consigo mismos y aquellos que los rodean. La variable género/sexo puede generar vivencias de inequidad - tal como la clase social, la etnicidad, entre otras - pues las formas convencionales de entender el género tienen a una división dicotómica y jerárquica de lo femenino/masculino. En este escenario, Thorne y Nielsen (2014), establecen que la percepción de bienestar se ve negativamente afectada cuando NNA crecen en ambientes de desigualdad y ven coartada su capacidad de desarrollarse plenamente, participar activamente en los distintos espacios y sentirse cómodos consigo mismos, producto de la rigidización de estereotipos o roles de género.

Es necesario tener presente que la relación bienestar infantil - género está mediada por el contexto social y el territorio, por lo que varía dependiendo del lugar que los NNA habitan. En este sentido, para tener un panorama más claro al respecto, es necesario contemplar estudios específicos sobre bienestar que tomen en cuenta esta variable sociodemográfica.

Las investigaciones que abordan este tópico, suelen cotejar la influencia del género en el bienestar infantil a través del sexo reportado por los NNA participantes de las diferentes muestras. Si bien no se hace referencia directa al concepto género, la teorización respecto al Bienestar infantil (Ben-Arieh, Casas, Frones, & Korbin, 2014) considera las implicancias que tiene en la vida de NNA referirse a sí mismo como niños o niñas.

En este escenario, las investigaciones internacionales tienden a mostrar escasa o nula la influencia del género en el bienestar infantil a nivel general (Huebner *et al.*, 2006; Huebner & Gilman, 2000; Seligson, Huebner, & Valois, 2005). Sin embargo, existen estudios, como el de Casas y Bello (2012) que muestran diferencias significativas según sexo en ciertas dimensiones constitutivas del bienestar subjetivo, como son las relaciones interpersonales, específicamente la satisfacción en cuanto a las relaciones con sus amigos, donde las niñas se muestran más satisfechas que los niños. Lo mismo sucede cuando se les pregunta por la satisfacción con sus compañeros de colegio. Por otro lado, cuando se aborda la dimensión de satisfacción personal, a partir de la percepción de libertad o satisfacción consigo mismo, son los niños quienes se muestran más satisfechos.

Siguiendo esta misma lógica, estudios sobre la amistad y las relaciones sociales en la infancia (Frosh *et al.*, 2002; Nielsen, 2009), señalan que las niñas despliegan sus competencias relacionales en orden de generar espacios de intimidad, cuidado y alianzas, que por supuesto también alcanzan altos niveles de complejidad y conflicto. Mientras

que los niños, suelen relacionarse a través de la competencia y ser abiertamente más agresivos. Más allá de las características antes mencionadas, la diferencia radica en que en las entrevistas, las mujeres fueron capaces de generar reportes más exhaustivos sobre sus relaciones interpersonales que los hombres.

Investigaciones nacionales sobre bienestar subjetivo infantil, realizadas a partir de la aplicación de la adaptación chilena de la encuesta ISCWeB (*International Survey on Childrens Well-Being*) en el año 2012, aportan más datos para esta variable. De esta forma, no se han encontrado diferencias significativas según género en este ámbito pues tanto la Escala de Satisfacción con la Vida para Estudiantes, como el Índice Global de Satisfacción por ámbitos y el Índice de Vulnerabilidad del Establecimiento presentan puntajes relativamente homogéneos (Alfaro *et al.*, 2016; Oyanedel, Alfaro, & Mella, 2015). Sin embargo, existen algunas dimensiones en las que existen diferencias entre ambos sexos, por ejemplo, las niñas reportan niveles más elevados de satisfacción en cuanto a las relaciones personales, las cosas que poseen y su escuela. Por otro lado, los niños declaran mayores niveles de satisfacción consigo mismos y en el área de salud (Oyanedel, Alfaro, Varela, & Torres, 2014). En el caso de la satisfacción global con la vida, se observa que en su mayoría, tanto niñas como niños reportan una satisfacción con la vida media y alta, siendo un pequeño porcentaje aquellos que presentan una satisfacción baja, no existiendo una diferencia significativa entre ambos sexos (Alfaro *et al.*, 2016).

Otra variable sociodemográfica relevante a la hora de pensar el bienestar infantil es la edad, si bien en un comienzo las investigaciones internacionales no consideraban que fuera un factor clave a la hora de evaluar el bienestar (Huebner *et al.*, 2000; Seligson *et al.*, 2003; Seligson *et al.*, 2005). Otros estudios indican que los niños y niñas reportan un mayor bienestar que los adolescentes (García, 2002; Hubner, Suldo, & Valois, 2003). En cuanto a las investigaciones en Chile, el primer informe emitido respecto a aplicación de la encuesta ISCWeB en terreno nacional, plantea que si bien la satisfacción con la vida es alta, se reportan diferencias en la muestra entre los distintos grupos etarios que componen la muestra. De esta manera, los niños y niñas de 12 años tienden a sentirse más satisfechos con las dimensiones que involucran la relación con sus pares que los niños y niñas de 8 y 10 años. La situación opuesta ocurre cuando se evalúa el ámbito escolar, siendo el grupo de 12 años quienes se muestran más críticos frente a su experiencia educacional. Lo que según Oyanedel *et al.* (2014) se vincula a las etapas diferenciadas en el desarrollo vital, pues superar la niñez conlleva el desarrollo de conductas más críticas, pero, a la vez, más prosociales.

El análisis realizado por Alfaro *et al.* (2016), que contempla sólo la muestra correspondiente a 5° básico y 7° básico, sostiene que existe una diferencia entre ambos grupos, siendo los estudiantes más jóvenes quienes reportan un mayor nivel de satisfacción global con la vida. Lo cual se condice con investigaciones norteamericanas y europeas (Casas *et al.*, 2009; Petito & Cummins, 2000), que señalan que conforme avanza la adolescencia la satisfacción por la vida disminuye. En cuanto a la medición del Índice

Global de Satisfacción, los estudiantes de 5° básico tienen mayor satisfacción respecto de los de 7° básico en las dimensiones referentes al colegio, la zona donde viven, la organización del tiempo, salud y satisfacción personal (Alfaro *et al.*, 2016).

En el presente estudio los resultados obtenidos reflejan que hay una asociación entre el sexo y la edad de los participantes y sus niveles de satisfacción con la vida (Tabla 1). Específicamente, a medida que aumenta la edad de los sujetos los niveles de bienestar disminuyen ($\beta = -.13$; $p < .05$). El sexo, por su parte, también se asocia con los niveles de bienestar. En este caso, los hombres reportan niveles de bienestar en promedio más altos en comparación con las mujeres ($F_{(1,639)} = 23.69$; $p < .01$).

Tabla 1. Asociación entre SLSS, sexo y edad

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constant)	10,56	,80		13,17	,00	8,98	12,13
Sexo (1=niño)	,81	,17	,19**	4,82	,00	,48	1,15
Edad	-,22	,07	-,13**	-3,35	,00	-,35	-,09

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Bienestar y salud mental

Un predictor importante del bienestar se relaciona con aspectos individuales de salud mental de los niños, niñas y adolescentes. De hecho, las definiciones actuales acerca de calidad de vida y salud mental de las personas identifican el bienestar como un componente clave de este constructo (WHO, 2010). A pesar de esto, existe menos evidencia de la relación que hay entre bienestar y salud mental en NNA en comparación con adultos (Moore & Oberklaid, 2014). No obstante, es posible reconocer la asociación que hay entre ambos conceptos, los cuales se pueden influenciar mutuamente. Pero también hay factores que pueden promover esta relación de forma positiva, ya que los ambientes "emocionales" en los cuales los sujetos se desenvuelven van a incidir en su bienestar (Kobayashi *et al.*, 2014).

A través de diferentes estudios (por ej.: Antaramian *et al.*, 2010; Kelly *et al.*, 2012; Lyons *et al.*, 2012; Suldo & Shaffer, 2008) la salud mental completa ha sido medida como la combinación de screenings de bienestar subjetivo y de psicopatología. Así, quienes obtienen alto bienestar subjetivo y baja psicopatología han sido denominados de distinto modo: floreciente, con salud mental completa, bien ajustado, o con salud mental positiva (Kim, Dowdy, Furlong, & You, 2018).

En este caso, el estudio examinó la asociación de tres dimensiones de salud mental (medidas con el *Pediatric Symptom Checklist-17* - PSC-17) y la satisfacción con la vida. La siguiente Tabla 2 muestra que a medida que se presentan más síntomas internalizantes, se asocian con una disminución de la satisfacción con la vida ($\beta = -.53$; $\rho < .01$). Por el contrario, no se evidenció un efecto con la subescala externalizante ($b = .03$; ns). Finalmente, se evidenció una asociación positiva con la subescala de atención ($\beta = .14$; $\rho < .05$).

Tabla 2. Asociación entre SLSS y salud mental

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B	
		B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
5	(Constante)	12,10	1,06		11,37	,00	10,00	14,19
	Sexo	,30	,20	,08	1,49	,14	-,10	,69
	Edad	-,14	,08	-,09	-1,83	,07	-,29	,01
	Inter-nalizante	-2,20	,24	-,53**	-9,14	,00	-2,67	-1,72
	Exter-nalizante	,18	,31	,03	,59	,56	-,43	,80
	Atención	,67	,26	,14*	2,60	,01	,16	1,18

Variable dependiente: SLSS
Nota. * $\rho < .05$, ** $\rho < .01$

Bienestar y la familia

Una de las instituciones sociales que han sufrido más cambios en las últimas décadas es la familia. En muchas sociedades occidentales, la familia todavía se entiende como un grupo constituido por una pareja (típicamente un hombre y una mujer) que, por medio del matrimonio, generan un lazo social de parentesco y cuyo fin es procrear y cuidar a los hijos (Macionis & Plummer, 2007). Esta imagen ha empezado a ser desplazada por otro tipo de concepciones más fluidas y diversas de familia. Así en la actualidad es posible encontrar parejas casadas pero sin hijos, parejas con hijos pero que no están casadas, familias monoparentales donde la madre o el padre tienen a cargo a los hijos, parejas que han vuelto a casarse y donde cohabitan los hijos de las anteriores relaciones de los cónyuges, parejas del mismo sexo que pueden estar casados o no y que pueden tener hijos o no, entre otras.

Esta amplia variedad de estructuras familiares no impide que todas se asemejen en una función fundamental para la sociedad donde viven: constituirse en una fuente de apoyo emocional que brinde, entre otras cosas, bienestar psicológico a sus miembros. Asumir que la familia juega un rol central en el bienestar de las personas que la componen implica necesariamente hacer uso de un enfoque ecológico por cuanto el individuo es analizado dentro de un grupo (familia) el cual ocupa específico dentro de

una sociedad (Kagitcibasi, 2013). Es necesario indicar que no se propone establecer una relación directa y simple entre el bienestar de la familia y el bienestar individual, ya que existen muchos factores que pueden estar condicionado esta relación (McKeown, Pratsche, & Haase, 2003).

El impacto de la familia en el bienestar se ha estudiado en distintos grupos etarios. En el caso de niños entre 10 y 12 años, recientemente Dinisman, Andersen, Montserrat, Strózik y Strózike (2017) analizaron las respuestas de 21.210 participantes procedentes de diez países tales como Alemania, Argelia, Colombia, España, Estonia, Etiopía, Israel, Noruega, Turquía y Reino Unido. Los niños fueron clasificados en tres estructuras familiares: (1) niños que dijeron vivir con ambos padres, (2) niños que dijeron vivir con uno de los padres y (3) niños que dijeron vivir con un padre en una casa y otro padre en otra casa. Los autores encontraron que los niños que viven con ambos padres reportan ser más felices y estar más satisfechos con su vida familiar en comparación a las otras dos categorías de familia evaluadas.

Hallazgos semejantes son descritos en población adolescente y juvenil. Demo y Cock (1996) entrevistaron a 850 adolescentes estadounidenses entre 12 a 18 años. Los participantes procedían de cuatro de las estructuras familiares más comunes en ese país: (1) familias de primer matrimonio intactas, (2) familias divorciadas mono-parentales, (3) familias reconstituidas y (4) madres solteras con hijos. Las conclusiones son semejantes a las del estudio de Dinisman *et al.* (2017): los adolescentes cuyos padres y madres están en su primer matrimonio tienen menos problemas de ajuste socio-emocional, mayor rendimiento académico y mayor bienestar global. Por otra parte, en aquellas familias con madres divorciadas o casadas nuevamente, los adolescentes experimentan más problemas académicos y de bienestar que las familias de primer matrimonio intactas, aunque estas diferencias en muchos casos no son grandes. Finalmente, los adolescentes de familias donde el jefe de hogar es una madre soltera aparecen en un nivel medio.

Las anteriores investigaciones no consideraron la orientación sexual de los miembros de la familia. En ese sentido, de particular interés son los resultados de Bos, Van Gelderen y Gartrell (2015) quienes compararon familias heterosexuales y homosexuales para evaluar diferentes variables, entre ellas, el bienestar. Bos *et al.* (2015) entrevistaron a 51 adolescentes que viven con dos madres lesbianas (todos los hijos fueron concebidos mediante inseminación de donantes) y 51 adolescentes de familias intactas de padres biológicos. Los análisis indicaron que los adolescentes de los dos tipos de familia tuvieron relaciones positivas con sus padres, buenos niveles de ajuste psicológico y bajo uso de sustancias. Sin embargo, en las pocas diferencias significativas encontradas en ambos tipos de familia, los adolescentes hijos de dos madres lesbianas mostraron más bienestar psicológico.

El presente estudio examinó tres variables para entender esta asociación. Los resultados están descritos en la Tabla 3, los cuales evidencian un efecto positivo con el bienestar

para todas las escalas, controlando por sexo y edad. La primera escala usada fue la "Escala de Felicidad Interdependiente" la cual indica que a medida que aumenta la evaluación de la felicidad familiar existe un incremento del bienestar ($\beta = .27$; $p < .01$). La siguiente escala reporta el nivel de satisfacción que tienen los sujetos sobre su familia. En este caso hay una asociación positiva entre la satisfacción con la familia y el bienestar ($\beta = .27$; $p < .01$). Finalmente, el proyecto ISCWeB explora la valoración que hacen los niños, niñas y adolescentes sobre su vida familiar. Los resultados evidencian también una relación positiva con la satisfacción con la vida ($\beta = .29$; $p < .01$).

Tabla 3. Asociación entre SLSS y la familia

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B		
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior	
5	(Constante)	-,51	1,18	-	-,43	,67	-2,83	1,82
	Sexo	,32	,20	,07	1,60	,11	-,07	,71
	Edad	-,03	,08	-,02	-,43	,67	-,19	,12
	Felicidad familia	,39	,08	,27**	5,03	,00	,24	,54
	Satisfacción familiar	,30	,06	,27**	4,90	,00	,18	,43
	Relación familiar	,79	,17	,29**	4,58	,00	,45	1,13

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Bienestar y los amigos

El bienestar subjetivo en la infancia debe incluir los distintos ámbitos que resultan relevantes, entre esos ámbitos está la escuela y la comunidad en que están insertos (Lee & Yoo, 2015; O'Hare & Gutiérrez, 2012). Los ámbitos mencionados resultan ser relevantes para las relaciones interpersonales en general y para las relaciones de amistad en particular. Destaca que la amistad resulta uno de los ámbitos con mayor satisfacción en un estudio de 6.000 niños españoles patrocinado por la UNICEF (2012). El contexto y las relaciones son relevantes, ya que diferentes aspectos de la vida de los niños pueden actuar solos o interactuar teniendo algún impacto en el bienestar subjetivo (Dinisman, Fernández, & Main, 2015).

Desde hace ya un par de décadas se ha estudiado las funciones de la amistad en la infancia. Por ejemplo, la amistad entre compañeros en la escuela se ha relacionado con el desarrollo de la personalidad, autoestima, habilidades de interacción social, resolución de conflictos interpersonales y control de la agresión (Melero & Fuentes, 1992). Aunque se ha estudiado menos la importancia de las relaciones de amistad en la infancia, respecto de lo que se ha estudiado en la adolescencia, se sabe que ésta permite desarrollar diversas habilidades sociales, aprobación, conciencia y comprensión

de sí mismo (Hiatt, Laursen, Mooney, & Rubin, 2015). Particularmente, en el caso de los adolescentes, la comunicación y cercanía con sus amigos es tanto o más importante que la comunicación que mantienen con sus padres (Santrock, 2011; Smith 2015). Las relaciones de amistad positivas proporcionan intimidad, conductas sociales positivas y bajos niveles de conflicto, constituyéndose así en un factor protector (Berndt, 2002, Tripton, Christensen, & Blacher, 2013), que se asocian a la felicidad. Contrariamente, las relaciones de amistad negativas se transforman en factores de riesgo, por ejemplo, para el desarrollo de conducta antisocial en la adolescencia (Zettergen, 2005) o desarrollar conflictos interpersonales (Rabaglietti & Ciairano, 2008). Las relaciones de amistad pueden ser determinantes del bienestar psicológico en los niños, pudiendo ser el apoyo social percibido la variable mediadora que podría estar explicando este efecto (Bakalim & Tasdelen-Karçay, 2016).

En el cuestionario ISCWeB hay tres preguntas que se le hacen a los niños directamente relacionadas con la amistad, las dos primeras dicen relación con el grado de acuerdo con las afirmaciones: *mis amigos me tratan bien*, *tengo suficientes amigos*, la otra pregunta es el grado de satisfacción con la pregunta *qué tan feliz eres con tus amigos*. En el primer estudio internacional ISCWeB que incluyó datos de 14 países, incluido Chile, se les consultó a los niños de 12 años sobre sus relaciones de amistad y en la mayoría de los países los niños señalaban que sus amigos son agradables con ellos y que tienen suficientes. Por su parte, Uganda (15.8 %), Sudáfrica (10.4 %), Algeria (7.7 %) y Chile (7.6 %) son lugares en donde se encuentra un mayor porcentaje de niños que está en desacuerdo, encontrándose en el otro extremo a España (91.5 %) e Inglaterra (89.7 %) donde se encuentra el mayor porcentaje de niños de acuerdo con la afirmación, quedando Chile bajo el promedio del grupo de países incluido en el estudio. En relación a la cantidad de amigos, los niños chilenos señalan tener suficiente, estando un 87,1 % de niños de acuerdo con esta afirmación y un 5,8 % en desacuerdo. Estos porcentajes están por sobre el promedio de la muestra total (82 % y 7,2 % respectivamente), siendo España (92,6 %) y Rumania (90.7 %) los que tienen el más alto grado de acuerdo y Uganda el más bajo (43.6 %) (Dinisman & Rees, 2014; Oyanedel, Alfaro, Varela & Torres, 2014; Alfaro et al., 2016). Descriptivamente, si se considera sólo la muestra chilena, sin embargo, al considerar distintos ámbitos del bienestar, los niños muestran mayor satisfacción con la familia, los amigos, las cosas que tienen y su salud (Alfaro et al. 2016; Oyanedel et al., 2014), lo que pone de relieve el perfil colectivista que tienen los reportes de estudiantes chilenos.

Adicionalmente en la encuesta se les consulta sobre la frecuencia de otras actividades con los amigos durante la última semana tales como hablar, divertirse y juntarse para estudiar fuera de la escuela, siendo esta última actividad la que tiene más baja ocurrencia. En general, en la mayoría de los países esta actividad la hacen la mayoría de los días o todos los días. Además, existe un porcentaje bastante bajo de niños que hablan con sus amigos todos los días o casi todos los días en Brasil, Chile y Uganda, y un bajo porcentaje de niños que se divierten con sus amigos en Corea del Sur, Brasil, Chile y los

Estados Unidos. Contrariamente, cuando se consulta qué tan satisfecho están con sus amigos, España, Chile, Rumania, y Brasil y USA son los países en que los niños están más satisfecho. Resultados levemente mejores para Chile se encuentran en estos mismos ítems en niños de 8 y 10 años (Dinisman & Rees, 2014). Estos datos se mantienen en un estudio posterior, en los que no se cuenta con datos de Chile, pero sí de otros 16 países (Rees, Andresen, & Bradshaw, 2016), en general los puntajes más bajos se encuentran en Nepal y Corea del Sur. Los autores señalan que hay pocas diferencias entre las medias de los puntajes entre los países, sin embargo, muestran patrones muy distintos en las preguntas que se les formula, acrecentándose las diferencias cuando se ordenan las respuestas de los países por ranking (Rees *et al.*, 2016).

Si bien las niñas tienden a estar más satisfechas que los niños en relación a que sus amigos las traten bien y el grado de satisfacción con sus amigos, esta diferencia no resulta ser estadísticamente significativa (Rees *et al.*, 2016). En niños chilenos, a mayor edad los niños están más de acuerdo con la afirmación que tienen suficientes amigos, existiendo una valoración levemente mayor en niños que asisten a colegios particulares pagados, seguido de quienes asisten a colegios particulares subvencionados y colegios municipales. Cuando la vulnerabilidad escolar es baja (IVE bajo), los niños están más de acuerdo con la afirmación que tienen suficientes amigos y reportan buen trato con los amigos (Oyanedel *et al.*, 2014).

En relación con los datos del presente estudio, la relación con los pares también estuvo asociada con la satisfacción con la vida. En este caso, tal como se ve en la Tabla 4, a medida que los estudiantes reportaron un mayor acuerdo de contar con buenos amigos y tener una buena relación con ellos, aumentan los niveles de bienestar ($\beta = .23$; $\rho < .01$). Al mismo tiempo, el reportar sentirse satisfecho con los amigos se asocia con mayores niveles de bienestar ($\beta = .16$; $\rho < .01$). Sin embargo, la frecuencia con que se reporta ver a los amigos no se asocia con la satisfacción con la vida ($\beta = .06$; ns).

Tabla 4. Asociación entre SLSS y relación de Amigos

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B		
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior	
5	(Constante)	6,83	,85		8,03	,00	5,16	8,5
	Sexo	,72	,16	,16**	4,45	,00	,40	1,03
	Edad	-,26	,06	-,15**	-4,20	,00	-,39	-,14
	Frecuencia amigos(as)	,07	,05	,06	1,46	,15	-,03	,17
	Relación con amigos(as)	,58	,12	,23**	4,95	,00	,35	,81
	Satisfecho amigos(as)	,18	,05	,16**	3,48	,00	,08	,28

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $\rho < .05$, ** $\rho < .01$

Bienestar y violencia escolar

La violencia escolar ha estado asociada negativamente con la satisfacción con la vida en NNA a lo largo de diferentes estudios (MacDonald, Piquero, Valois, & Zullig, 2005; Proctor, Linley, & Maltby, 2009; Valois, Paxton, Zullig, & Huebner, 2006; Valois, Zullig, Huebner, & Drane, 2001). De hecho, ser víctima o victimario, tiene un efecto directo en la satisfacción con la vida, en comparación con ser testigo de agresiones (Flaspohler, Elfstrom, Vanderzee, Sink, & Birchmeier, 2009). Si bien hay diferentes grados de ser víctimas de violencia, quienes experimentan múltiples formas de victimización, en comparación con aquellos que no han sido víctimas, tienen indicadores de bienestar más bajos, tales como sentirse inseguro en la escuela, más deprimido y con bajo rendimiento académico (Felix, Furlong, & Austin, 2009). Consecuentemente, quienes han sido víctimas experimentan un efecto negativo en sus niveles de satisfacción con la vida, lo cual fue evidenciado por Estévez, Murgui y Musitu (2009) en un estudio con 1.319 adolescentes en España. Varela *et al.* (2017) por su parte, en 802 adolescentes chilenos encontraron que quienes reportaron ser víctimas de violencia escolar se asoció significativamente con la satisfacción con la vida, a través de una peor satisfacción con el colegio, aunque dicha asociación no se evidenció del mismo modo para los agresores. You *et al.* (2008) examinaron la relación entre esperanza, satisfacción con la vida y el efecto diferencial para víctimas y no víctimas de intimidación en un estudio con 866 adolescentes en California (Estados Unidos). Entre los hallazgos del mencionado estudio, los autores encontraron que las víctimas de intimidación tienen niveles más bajos de conexión escolar que las no víctimas. Además, la conexión escolar media en parte la relación entre la esperanza y la satisfacción con la vida, pero sólo para los estudiantes que no son víctimas (You *et al.*, 2008).

Lo anterior da cuenta que la asociación existente entre quienes reportan ser agresor y los índices de satisfacción con la vida está menos clara. Por ejemplo, Varela, Aguayo y Alfaro (2017) en un estudio con 882 adolescentes chilenos evidenciaron que los estereotipos de género tradicionales se asocian con ser víctima y victimario de violencia escolar, pero, sólo los agresores tienen un efecto negativo en la satisfacción con la vida, medido con la escala *Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale* (BMSLSS). En el escenario escolar coexisten los efectos negativos de los comportamientos de violencia (Benbenishty, & Astor, 2005), así como la asociación de la satisfacción con la vida en general con la satisfacción con experiencia escolar en el contexto chileno (Alfaro *et al.*, 2016).

En el presente estudio, las dinámicas de violencia entre pares en el contexto escolar fueron analizadas con tres subescalas que miden el rol de víctima, agresor y agresor físico. Los resultados se resumen en la siguiente Tabla 5, los cuales evidencian un efecto sólo para las víctimas. Específicamente, a medida que los estudiantes reportan haber sido víctimas de agresiones por parte de sus pares, su bienestar disminuye significativamente ($\beta = -.29$; $p < .01$). En cambio, para los roles de agresor ($\beta = .03$; ns) y agresor físico ($\beta = .05$; ns), no se evidenció una asociación con la satisfacción con la vida.

Tabla 5. Asociación entre SLSS y violencia escolar entre pares

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B		
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior	
5	(Constante)	11,65	1,13	-	10,32	,00	9,43	13,87
	Sexo	,82	,22	,20	3,75	,00	,39	1,25
	Edad	-,22	,09	-,14	-2,55	,01	-,39	-,05
	Víctima	-,67	,14	-,29**	-4,69	,00	-,95	-,39
	Agresor físico	,15	,26	,05	,57	,57	-,36	,65
	Agresor	,09	,30	,03	,31	,76	-,49	,68

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Bienestar y la vida en la escuela

Otro ámbito vital para la vida de niños, niñas y adolescentes se relaciona con la vida escolar. Si bien el bienestar es un fenómeno individual, está siempre en conexión con el contexto interpersonal, social, familiar e institucional y presenta especificidades situacionales (McGraw, Moore, Fuller & Bates, 2008). A partir de lo anterior, la evaluación del bienestar subjetivo de NNA potencialmente puede atender la diversidad de contextos vitales (escuela, familia, comunidad) en que se desenvuelven (Lee, & Yoo, 2015; O'Hare & Gutierrez, 2012). La escuela representa un ámbito particularmente relevante en la vida de niños, niñas y adolescentes, tanto por el tiempo diario que pasan en ella como por las oportunidades de aprendizaje y de experiencias que provee, constituyéndose en un aspecto central para la comprensión del bienestar y salud mental en la infancia y adolescencia (Liu, Mei, Tian, & Huebner, 2015).

La investigación de la relación entre bienestar y escuela ha incluido diversas variables complementarias. Entre los ejes de análisis se observan: la revisión de las características del establecimiento educacional (por ej.: la oferta de actividades extracurriculares; Eccles & Roeser, 2011), la cantidad de alumnos por profesor (Goldstein, Yang, Omar, Turner, & Thompson, 2000), y diversos análisis de aspectos socioculturales de la escuela como por ejemplo, la relación entre compañeros (Liu *et al.*, 2015), la relación con los profesores (Chu, Saucer, & Hafner, 2010; Gutiérrez, & Gonçalves, 2013), y el nivel de involucramiento de las familias en los procesos educativos de los estudiantes (García *et al.*, 2015). Recientemente Casas y González (2017) encontraron que la satisfacción con las relaciones interpersonales al interior de la escuela es importante en la evaluación que los estudiantes hacen sobre su calidad de vida escolar.

En Chile, Alfaro *et al.*, (2016) también han estudiado la satisfacción con la vida escolar. Los autores examinaron en estudiantes de 9 a 14 años un promedio de satisfacción con

la escuela de 7.95 en una escala de 0 a 10 puntos, y evidenciando diferencias significativas en favor de los estudiantes de quinto básico respecto de aquellos que cursaban cursos superiores. También observaron diferencias significativas por dependencia del establecimiento: los estudiantes de escuelas de dependencia municipal presentaban mayor satisfacción que aquellos que asisten a escuelas particulares subvencionadas o particulares pagadas. El estudio no observó diferencias significativas por sexo (Alfaro *et al.*, 2016).

En el presente estudio examinamos la asociación entre satisfacción con la vida con variables que reportan la valoración de diferentes ámbitos de la vida escolar, tales como relación con profesores, infraestructura, calidad de la enseñanza, entre otros, medidos con la escala BASWBSS. Los resultados del estudio (Tabla 6) evidencian una asociación significativa entre la satisfacción con la vida escolar y los niveles de satisfacción con la vida ($\beta = .38$; $\rho < .01$).

Tabla 6. Asociación entre SLSS y escuela (BASWBSS).

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B		
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior	
3	(Constante)	2,60	1,33		1,96	,05	-,01	5,21
	Sexo	,71	,21	,18	3,42	,00	,30	1,12
	Edad	,09	,09	,06	1,08	,28	-,08	,26
	Escuela	,88	,12	,38**	7,22	,00	,64	1,12

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $\rho < .05$, ** $\rho < .01$

Bienestar y el barrio

La variable barrio ha sido observada en sus relaciones con el bienestar en los niñas, niños y adolescentes, básicamente en consideración de cómo la vida cotidiana de lo que ocurre en la vecindad afecta en distintos grados la satisfacción, y en cómo las interacciones de las personas entre sí, crea experiencias compartidas, relatos y prácticas culturales (Benson & Jackson, 2013), vinculados a la pertenencias comunitarias de los participantes (Kee & Nam, 2016).

Estudios realizados en España, Brasil, Argentina y Chile muestran que niños, niñas y adolescentes tienen un alto nivel de satisfacción con el barrio (media de 7 sobre 11 puntos), aunque más bajo que respecto de la escuela (Casas & Bello, 2012; Oyanedel *et al.*, 2014; Sarriera *et al.*, 2014; Tonon *et al.*, 2016). Estudios con niñas y niños de Uganda, Corea del Sur, Argelia y Sudáfrica, muestran una media más baja de satisfac-

ción con los espacios al aire libre de sus barrios respecto de otros ítems que midieron la satisfacción con el barrio encontrándose en los dos primeros países niños y niñas menos satisfechos con su barrio (Dinisman & Rees, 2014). Asimismo la integración con la comunidad y la ayuda intergeneracional con adultos del vecindario se asociaron con la mejora del bienestar (Paxton *et al.*, 2006), y la conexión con los adultos en el barrio contribuyó al bienestar de niñas y adolescentes entre 8 y 15 años en Inglaterra (Goswami, 2013).

La evidencia disponible muestra también que el apoyo social comunitario (Gracia & Herrero, 2006) ocupa un lugar en el análisis de los correlatos del bienestar. En términos generales, el apoyo social se relaciona con el bienestar debido a que promueve emociones positivas, genera un sentido de valor personal, contribuye a que la propia vida sea más predecible y actúa como un amortiguador del estrés al fortalecer la autoestima, autoeficacia y conductas relacionadas con la resolución de problemas (Tomy & Cummins, 2011). En ese sentido, el apoyo social aparece como un factor protector que reduce o limita la práctica de conductas de riesgo físico y/o psicológico en esta población (Navarro, 2004; Orcasita & Uribe, 2010). Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) encontraron que la pérdida y disminución de apoyo social sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de adolescentes. Por el contrario, las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del adolescente. En un estudio que evalúa el uso de tecnologías de la información y la comunicación, se encontró que éstas tienen influencia indirecta en el bienestar subjetivo de los adolescentes a través del apoyo social percibido de los amigos (Sarría, Abs, Casas, & Bedin, 2011).

Recientemente el trabajo de Alfaro *et al.* (2017), estudiando adolescentes chilenos, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 14 y 18 años en 7 comunas urbanas de 3 regiones, reporta que el sentido de comunidad tiene un efecto directo en la satisfacción con la vida de los adolescentes, y además media la relación entre apoyo comunitario y satisfacción global con la vida en ellos; y tiene una contribución parcial en la relación entre bienestar social y satisfacción global con la vida.

La última dimensión analizada fue el barrio y su relación con la satisfacción con la vida. Los resultados del estudio (Tabla 7) evidencian una asociación significativa entre la variable integración con la comunidad ($\beta = .21$; $p < .05$), la variable organizaciones comunitarias ($\beta = .38$; $p < .01$) y los niveles de satisfacción con la vida. No se encontraron resultados con la variable participación en la comunidad ($\beta = -.09$; ns).

Tabla 7. Asociación entre SLSS y la comunidad

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95,0% intervalo de confianza B		
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior	
5	(Constant)	5,56	1,34		4,16	,00	2,93	8,18
	Sexo	,37	,24	,08	1,52	,13	-,11	,85
	Edad	-,10	,10	-,06	-1,04	,30	-,30	,09
	Inte_com	,40	,15	,21*	2,61	,01	,10	,70
	Part_com	-,16	,13	-,09	-1,22	,22	-,43	,10
	Org_com	,75	,13	,38**	5,69	,00	,49	1,01

Variable dependiente: SLSS
 Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$

Discusión

El presente trabajo buscó analizar el rol de diferentes agentes próximos (familia, amigos, colegio y barrio) y significativos para la población escolar chilena entre 9 y 16 años sobre su satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos dan cuenta de los variados desafíos asociados a la calidad de vida percibida por los estudiantes participantes.

Una de las conclusiones de este trabajo, en línea con lo que plantea Bronfenbrenner (1977), es la importancia de considerar los diferentes sistemas en los cuales los sujetos se desenvuelven y por ende requieren ser considerados para entender el bienestar en NNA, como también promoverlo.

Los análisis antes descritos se han centrado en algunas variables demográficas, tales como edad y sexo. Los resultados obtenidos refuerzan estudios previos (González, Casas, Malo, Viñas, & Dinisman, 2016) que dan cuenta sobre el declive en el tiempo de la satisfacción con la vida. Respecto de diferencias por sexo, en este estudio se observó mayor satisfacción con la vida en hombres respecto de mujeres, sin embargo, queda una importante brecha de conocimiento y trabajo por delante para trabajar con estudiantes de minorías sexuales, atendiendo de mejor forma a esta diversidad.

De acuerdo a lo esperado, cuando existe una valoración positiva de la vida familiar se observa asociación positiva con satisfacción con la vida. Los resultados obtenidos mostraron que cada aspecto de la vida familiar evaluado (felicidad familiar, satisfacción con la familia, y las relaciones familiares) explican significativamente la variabilidad de la satisfacción con la vida.

Otro hallazgo del estudio fue la distinción sobre cómo se expresa la influencia de los amigos en el bienestar. Si bien los amigos importan, los resultados relevan preliminarmente que la calidad de la amistad influye más en el bienestar que la frecuencia

de contacto con los amigos. Este dato puede dar luces para dotar de mejores elementos de discernimiento a los adolescentes para ponderar sus amistades y el uso del tiempo libre.

La experiencia escolar con distintos indicadores resultó ser un influyente determinante de la satisfacción con la vida. Globalmente, la satisfacción con la vida escolar está asociada positivamente con la satisfacción con la vida, reforzando lo encontrado en estudios previos realizados en Chile con diferentes escalas (Alfaro *et al.*, 2016). Otro elemento relevante de la experiencia escolar es el examen de la dinámica de la violencia entre pares. En ese marco, este estudio identificó que únicamente quienes reportaron ser víctimas de acoso escolar se asocian significativamente con efectos negativos en sus reportes de satisfacción con la vida.

La utilización de variables que dan cuenta de la influencia del barrio como factor de análisis de la satisfacción con la vida presentó resultados mixtos. Contrariamente a lo esperado, la participación comunitaria no se asocia con bienestar, lo que permite hipotetizar que la ausencia de instancias de participación de NNA en el barrio remuevan en los estudiantes la influencia que tiene el entorno barrial en su bienestar.

Finalmente, factores de riesgo en salud mental sí importan para la satisfacción con la vida. Quienes se encuentran luchando con problemas internalizantes (síntomas relacionados con ansiedad, depresión, aislamiento social) reportan significativamente menores índices de satisfacción con la vida. Por otro lado, quienes reportan mayores problemas externalizantes (agresión, hiperactividad, conducta disruptiva) no se asociaron con bienestar. Tomando globalmente estos resultados es posible avanzar en la reflexión sobre cómo resulta la combinación entre factores de riesgo en salud mental y el bienestar en conceptos como salud mental positiva que integran ambas miradas como un solo procedimiento de pesquisa (Kim, Dowdy, Furlong, & You, 2018).

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra que algunas de las escalas usadas requieren mayor adaptación y análisis en población chilena. Sin embargo, la diversidad de escalas es también una gran contribución de este trabajo, ya que nos permitió describir varios determinantes de la satisfacción con la vida en los estudiantes participantes. Además, resulta necesario para futuros estudios un mejor balance en la muestra en los tipos de colegio participantes de modo de aumentar la generalización de los hallazgos, aunque en este estudio los tres tipos de educación chilena estuvieron presentes.

Siguiendo lo propuesto por Sarriera y Bedin (2017), es importante avanzar en los estudios de bienestar no sólo considerando aspectos individuales, sino también psicosociales, tales como la escuela, la familia y la comunidad. Este abordaje nos permitirá tener una comprensión más ecológica y por ende más integral.

Tomando los hallazgos globalmente, estos resultados informan a las políticas públicas chilenas sobre niñez y adolescencia, ya que aportan para comprender el estado del arte de esta población. Diversas intervenciones psicosociales y socioeducativas tienen el potencial de ocupar estos aprendizajes para desarrollar o mejorar las iniciativas que hoy se implementan. De este modo, este esfuerzo académico, conectado internacionalmente, potencialmente puede tender puentes entre las subjetividades de la niñez y adolescencia chilena con las modalidades de producción de respuestas estructuradas que apoyen la calidad de vida en el contexto educativo.

Referencias

- Alfaro, J., Guzmán, J., Oyarzún, D., Reyes, F., Sirlópú, D., & Varela, J. (2016). Bienestar subjetivo de la infancia en Chile en el contexto internacional. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Alfaro, J., Guzmán, J., Reyes, F., García, C., Varela, J., & Sirlópú, D. (2016). Satisfacción Global con la Vida y Satisfacción Escolar en Estudiantes Chilenos. *Psyche*, 25(2), 1-14. <https://doi.org/10.7764/psyche.25.2.842>
- Alfaro, J., Guzmán, J., Sirlópú, D., Oyarzún, D., Reyes, F., Benavente, M., & Fernández de Rota, J. M. (2017). Sense of Community Mediates the Relationship Between Social and Community Variables on Adolescent Life Satisfaction. In En G. Tonon (Ed.), *Quality of Life in Communities of Latin Countries* (pp. 185-204). Springer International Publishing.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 462-472. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01049.x>
- Bakalim, O., & Tasdelen-Karçay, A. (2016). Friendship Quality and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Perceived Social Support. *International Online Journal of Educational Sciences*, 8(4), 1-9. Doi: 0.15345/ijoes.2016.04.001
- Ben-Arieh, A., Casas, F., Frones, I., & Korbin, J. (eds.). (2014). *Handbook of child well-being. Theories, methods and policies in global perspective*. New York: Spriger Reference.
- Benbenishty, R., & Astor, R. A. (2005). *School Violence in Context*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195157802.001.0001>
- Benson, M., & Jackson, E. (2013). Place-making and place maintenance: Performativity, place and belonging among the middle classes. *Sociology*, 47(4), 793-809.
- Berger, C., & Caravita, S. C. S. (2016). Why do early adolescents bully? Exploring the influence of prestige norms on social and psychological motives to bully. *Journal of Adolescence*, 46, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.10.020>
- Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *Current Directions in Psychological Science*, 11(1), 7-10. Doi: 10.1111/1467-8721.00157
- Bos, H., van Gelderen, L., & Gartrell, N. (2015). Lesbian and heterosexual two-parent families: Adolescent-parent relationship quality and adolescent well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1031-1046.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Casas, F. (2011). Subjective Social Indicators and Child and Adolescent Well-being. *Child Indicators Research*, 4(4), 555-575. <https://doi.org/10.1007/s12187-010-9093-z>
- Casas, F., & Bello, A. (Coord.) (2012). *Calidad de vida y bienestar infantil subjetivo en España. ¿Qué afecta el bienestar de niños y niñas españoles de 1º de ESO?* Madrid, España: Universidad de Girona y UNICEF.

- Casas, F., & González, M. (2017). School: One world or two worlds? Children's perspectives. *Children and Youth Services Review*, 80, 157-170. doi: 10.1016/j.chilcyouth.2017.06.054
- Casas, F., Gonzalez, M., Figuer, C., & Malo, S. (2009). Satisfaction with Spirituality, Satisfaction with Religion and Personal Well-Being among Spanish Adolescents and Young University Students. *Applied Research in Quality of Life*, 4(1), 23-45. doi: 10.1007/s11482-009-9066-x.
- Chu, P., Saucer, D., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of relationships between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645. doi: 10.1521/jscp.2010.29.6.624
- Demo, D. H., & Acock A. C. (1996). Family structure, family process, and adolescent well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 457-488.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dinisman, T., & Rees, G. (2014). Findings from the first wave of data collection. Manuscrito no publicado. Disponible en: [http://www.isciweb.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/FirstWaveReport_FINAL\(2\).pdf](http://www.isciweb.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/FirstWaveReport_FINAL(2).pdf)
- Dinisman, T., Andresen, S., Montserrat, C., Strózik, D., & Strózike, T. (2017). Family structure and family relationship from the child well-being perspective: Findings from comparative analysis. *Children and Youth Services Review*, 80, 105-115.
- Dinisman, T., Fernandez, L., & Mail, G. (2015). Findings from the first wave of the ISCWEB project: International perspective on child subjective well-being. *Child Indicator Research*, 8, 1-4- doi:10.1007/s12187-015-9305-7
- Eccles, J., & Roeser, R. (2011). Schools as Developmental Contexts During Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 225-241. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x
- Espelage, D., & Holt, M. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2, 123e142. http://dx.doi.org/10.1300/J135v02n02_08.
- Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Psychological adjustment in bullies and victims of school violence. *European Journal of Psychology of Education*, 24(4), 473-483. <http://doi.org/10.1007/BF03178762>
- Felix, E. D., Furlong, M. J., & Austin, G. (2009). A Cluster Analytic Investigation of School Violence Victimization Among Diverse Students. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (10), 1673-1695. doi:10.1177/0886260509331507
- Flaspohler, P. D., Elfstrom, J. L., Vanderzee, K. L., Sink, H. E., & Birchmeier, Z. (2009). Stand by me: The effects of peer and teacher support in mitigating the impact of bullying on quality of life. *Psychology in the Schools*, 46(7), 636-649. <http://doi.org/10.1002/pits.20404>
- Frosh, S., Phoenix, A., & Pattman, R. (2002). Young masculinities: Understanding boys in contemporary society. Basingstokes: Palgrave.
- García, F., Marande, G., Schneider, B., & Blanchard, C. (2015). Effects of School on the Well-Being of Children and Adolescents. En A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones y J.E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being*. (pp. 1251-1305). doi: 10.1007/978-90-481-9063-8_149.
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, 6, 18-39.
- Goldstein, H., Yang, M., Omar, R., Turner, R., & Thompson, S. (2000). Meta-analysis using multilevel models with an application to study of class size effects. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C*, 49(3), 399-412. doi: 10.1111/1467-9876.0020
- González, M., Casas, F., Malo, S., Viñas, F., & Dinisman, T. (2016). Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 63-88.
- Goswami, H. (2013). Children's Subjective Well-being: Socio-demographic Characteristics and Personality. *Child Indicators Research*, 7(1), 119-140. doi: 10.1007/s12187-013-9205-7
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.

Gutiérrez, M., & Gonçalves, T. (2013). Activos para el desarrollo, ajuste escolar y bienestar subjetivo de los adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 339-355.

Guzmán, J., Varela, J. J., Benavente, M., & Sirlópú, D. (2017). Sociodemographic Profile of Children's Well-Being in Chile. In J. C. Sarriera & L. M. Bedin (Eds.), *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America: Evidence-based Interventions in Latin America: Evidence-based Interventions* (pp. 109-128). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55601-7_6

Hiatt, C., Laursen, B., Mooney, K. S., & Rubin, K. H. (2015). Forms of friendship: A person-centered assessment of the quality, stability, and outcomes of different types of adolescent friends. *Personality and Individual Differences*, 77, 149-155. doi:10.1016/j.paid.2014.12.051

Hitokoto, H., & Uchida, Y. (2014). Interdependent Happiness: Theoretical Importance and Measurement Validity. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 211-239. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9505-8>

Huebner, E. S. (1991). Initial Development of the Student's Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240. <https://doi.org/10.1177/0143034391123010>

Huebner, E. S. (2004). Research on Assessment of Life Satisfaction of Children and Adolescents. *Social Indicators Research*, 66(1/2), 3-33. <https://doi.org/10.2307/27522057>

Huebner, E., Funk, B., & Gilman, R. (2000). Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports. *Canadian journal of school psychology*, 16(1), 53-64.

Huebner, E., Seligson, J., Valois, R., & Suldo, S. (2006). A review of the brief multidimensional students' life satisfaction scale. *Social Indicators Research*, 79(3), 477-484. doi: 10.1007/s11205-005-5395-9.

Huebner, E., Suldo, S., & Valois, F. (2003). Psychometric properties of two Brief Measures of Children's Life Satisfaction Scale (SLSS) and the Brief Multidimensional Student's Life Satisfaction Scale (BMSLSS). Recuperado de: http://www.childtrends.org/Files/Child_Trends-2003_03_12_PD_PDConfHVP.pdf.

Kagiticbasi, C. (2013). The family and child well-being. In A. Ben-Arieh, I. Frones, F. Casas, & E. Korbin (Eds.), *Handbook of child well-being* (pp. 1229-1251). Dordrecht: Springer.

Kee, Y., & Nam, C. (2016). Does Sense of Community Matter in Community Well-Being?. In Y. Kee, S. J. Lee, & R. Phillips (Eds.), *Social Factors and Community Well-Being* (pp. 39-56). Springer International Publishing.

Kelly, R. M., Hills, K. J., Huebner, E. S., & McQuillin, S. (2012). The longitudinal stability and dynamics of group membership in the dual-factor model of mental health: Psychosocial predictors of mental health. *Canadian Journal of School Psychology*, 27, 337-355. <https://doi.org/10.1177/0829573512458505>.

Kim, E. K., Dowdy, E., Furlong, M. M., & You, S. (2018). Complete Mental Health Screening: Psychological Strengths and Life Satisfaction in Korean Students. *Child Indicators Research*, 1-15. doi: 10.1007/s12187-018-9561-4

Kobayashi, N., Sakakihara, Y., Nishimaki, K., Mimuro H., Shimizu, J., Matsui, A... (2015). Illness and Child Well-Being. En A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones & J.E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being* (pp. 2319- 2354). doi: 10.1007/978-90-481-9063-8_90

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>.

Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & McPherson, W. (2005). An investigation into the crosscultural equivalence of the Personal Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 72(3), 403-432. doi:10.1007/s11205-004-0561-z

Lee, B., & Yoo, M. (2015). Family, School, and Community Correlates of Children's Subjective Well-being: An International Comparative Study. *Child Indicator Research*, 8(1), 151- 175. doi:10.1007/s12187-014-9285-z

Liu, W., Mei, J., Tian, L., & Huebner, E.S. (2015). Age and Gender Differences in the Relation Between School- Related Social Support and Subjective Well-Being in School Among Students. *Social Indicators Research*, 125(3), 1065- 1083. doi: 10.1007/s11205-015-0873-1

- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. *Canadian Journal of School Psychology, 27*, 183-196. <https://doi.org/10.1177/0829573512443669>.
- MacDonald, J. M., Piquero, A. R., Valois, R. F., & Zullig, K. J. (2005). The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors, and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(11), 1495-1518. <http://doi.org/10.1177/0886260505278718>
- Macionis, J. J., & Plummer, K. (2007). *Sociología*. (3ª Edición). Madrid: Pearson Educación.
- McGraw, K., Moore, S., Fuller, A., & Bates, G. (2008). Family, peer and school connectedness in final year secondary school students. *Australian Psychologist, 43*(1), 27-37. doi:10.1080/00050060701668637.
- McKeown, K., Pratschke, J., & Haase, T. (2003). *Family Well-being: What makes a difference? Study based on a representative sample of parents and children in Ireland*. Dublin: Kieran McKeown Limited.
- Melero, M.A., & Fuentes, M.J. (1992). Las amistades infantiles: desarrollo, funciones y pautas de intervención en la escuela. *Investigación en la escuela, 16*, 55-67.
- Murphy, J. M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturmer, R., Howard, B., Abel, M. R., & Jellinek, M. (2016). The PSC-17: Subscale Scores, Reliability, and Factor Structure in a New National Sample. *Pediatrics, 138*(3), e20160038-e20160038. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0038>
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid, España: Editorial CCS
- Nielsen, H. (2009). *Skoletid: jenter og gutter fra 1. til 10.klasse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nielsen, H., & Thome, B. (2014). Children, gender, and issues of well-being. En, A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones, J. Korbin (eds.), *Handbook of child well-being. Theories, methods and policies in global perspective* (pp. 105-130). New York: Spriger Reference.
- O'Hare, W., & Gutiérrez, F. (2012). The Use of Domains in Constructing a Comprehensive Composite Index of Child Well-Being. *Child Indicators Research, 5*(4), 609- 629. Doi:10.1007/s12187-012-9138-6
- Orcasita, L.T., & Uribe, A. F. (2010). La importancia del Apoyo Social en el Bienestar de los Adolescentes. *Psychologia, Avances de la disciplina, 4*(2), 69-82.
- Oyanedel, J. C., Alfaro, J., Varela, J., & Torres, J. (2014). ¿Qué afecta el bienestar subjetivo y la calidad de la vida de las niñas y niños chilenos? Resultados de la Encuesta Internacional sobre Bienestar Subjetivo Infantil. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Oyanedel, J. C., Alfaro, J., Varela, J., & Torres, J. (2014). Resultados de la Encuesta Internacional sobre Bienestar Subjetivo Infantil. Recuperado de http://www.isciweb.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/IScWeBChile_2014.pdf
- Oyanedel, J. C., Alfaro, J., & Mella, C. (2015). Bienestar subjetivo y calidad de vida en la infancia en Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13*(1), 313-327.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología, 13*(1), 13-28.
- Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International, 29*(2), 113-135.
- Paxton, R. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2006). Opportunity for adult bonding/meaningful neighborhood roles and life-satisfaction among USA middle school students. *Social Indicators Research, 79*(2), 291-312. doi: 10.1007/s11205-005-4129-3
- Petito, F., & Cummins, R. (2000). Quality of life in adolescence: The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change, 17*(03), 196-207.
- Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies, 10*(5), 583-630. <http://doi.org/10.1007/s10902-008-9110-9>
- Rabaglietti, E., & Ciairano, S. (2008). Quality of friendship relationships and developmental tasks in adolescence. *Cognition, Creier, Comportament / Cognition, Brain, Behavior, 12*(2), 183-203.

Rees, G. (2017). *Children's Views on Their Lives and Well-Being Findings from the Children's Worlds project* (Vol. 18). Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-65196-5>

Rees, G., Andresen, S., & Bradshaw, J. (eds.) (2016). *Children's views on their lives and Well-being in 16 countries: A report on the Children's Worlds survey of children aged eight years old, 2013-15*. York, UK: Children's Worlds Project (ISCWeB)

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.

Santrock, J. W. (2012). *Yasam boyu gelism* (G. Yüksel Çev.). Ankara: Nobel Publishing

Sarriera, J. C., & Bedin, L. M. (2017). A Multidimensional Approach to Well-Being. In J. C. Sarriera & L. M. Bedin (Eds.) (Vol. 16, pp. 3-26). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55601-7_1

Sarriera, J. C., Abs, D., Casas, F., & Bedin, L. M. (2011). Relations between media, perceived social support and personal well-being in adolescence. *Social Indicators Research*, 106(3), 545-561.

Sarriera, J., & Bedin, L.M. (2017). *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America: Evidence-based Interventions in Latin America: Evidence-based Interventions*. Cham: Springer International Publishing.

Sarriera, J., Friedrich, F., Galli, F., Bedin, L., Wachholz, R., & Zanatta, T. (2014). *Bem-estar na infância e fatores psicossociais associados*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Seligson, J., Huebner, E., & Valois, R. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61(2), 121-145. doi: 10.1023/a:1021326822957.

Seligson, J., Huebner, E., & Valois, R. (2005). An investigation of a brief life satisfaction scale with elementary school children. *Social Indicators Research*, 73(3), 355-374.

Smith, R. L. (2015). Adolescents' emotional engagement in friends' problems and joys: Associations of empathetic distress and empathetic joy with friendship quality, depression, and anxiety. *Journal of Adolescence*, 45, 103-111. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.08.020

Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52-68.

Tian, L., Wang, D., & Huebner, E. S. (2015). Development and Validation of the Brief Adolescents' Subjective Well-Being in School Scale (BASWBSS). *Social Indicators Research*, 120(2), 615-634. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0603-0>

Tipton, L. A., Christensen, L., & Blacher, J. (2013). Friendship quality in adolescents with and without an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(6), 522-532. doi:10.1111/jar.12051

Tomy, A. J., & Cummins, R. A. (2011). The subjective well-being of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index School Children. *Social Indicators Research*, 101,405-418.

Tonon, G., Mikkelsen, C., Rodriguez de la Vega, L., & Toscano, W. (2016). Children's views on their lives and well-being in 17 countries: Key Messages from each country. *Children's Worlds*.

UNICEF (2012). *El bienestar infantil desde el punto de vista de los niños. ¿Qué afecta el bienestar de niños y niñas de 1º de ESO en España?* Madrid, España: Autor.

Valois, R. F., Paxton, R. J., Zullig, K. J., & Huebner, E. S. (2006). Life satisfaction and violent behaviors among middle school students. *Journal of Child and Family Studies*, 15(6), 695-707. <http://doi.org/10.1007/s10826-006-9043-z>

Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25(4), 353-366.

Varela, J. J., Zimmerman, M. A., Ryan, A. M., Stoddard, S. A., Heinze, J. E., & Alfaro, J. (2017). Life Satisfaction, School Satisfaction, and School Violence: A Mediation Analysis for Chilean Adolescent Victims and Perpetrators. *Child Indicators Research*, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9442-7>

Varela, J., Aguayo, F., & Alfaro, J. (2017). Normas de género, violencia escolar y bienestar subjetivo en escolares chilenos. Presentación en XXXVI Congreso Interamericano de Psicología, 2017 Julio, 23-27, Mérida, México.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3(9), 87-116. Retrieved from <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol3/arti8.htm>

World Health Organization (2010). *Mental health: Strengthening our response*. WHO Fact Sheet no. 220. Geneva: World Health Organisation. Retrieved on 01 March 2018 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

YamashiroMoore, T., & Oberklaid, F. (2015). Health and Child Well-Being. En A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frones & J.E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being* (pp. 2259- 2280). doi: 10.1007/978-90-481-9063-8_89

You, S., Furlong, M. J., Felix, E., Sharkey, J. D., Tanigawa, D., & Green, J. G. (2008). Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. *Psychology in the Schools*, 45(5), 446-460. doi:10.1002/pits.20308

Zettergren, P. (2005). Childhood peer status as predictor of midadolescence peer situation and social adjustment. *Psychology in the Schools*, 42(7), 745-757. doi: 10.1002/pits.20121.

Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., & Miller, A. (2013). Adolescent Resilience: Promotive Factors That Inform Prevention. *Child Development Perspectives*, 7(4), 215-220. <https://doi.org/10.1111/cdep.12042>

