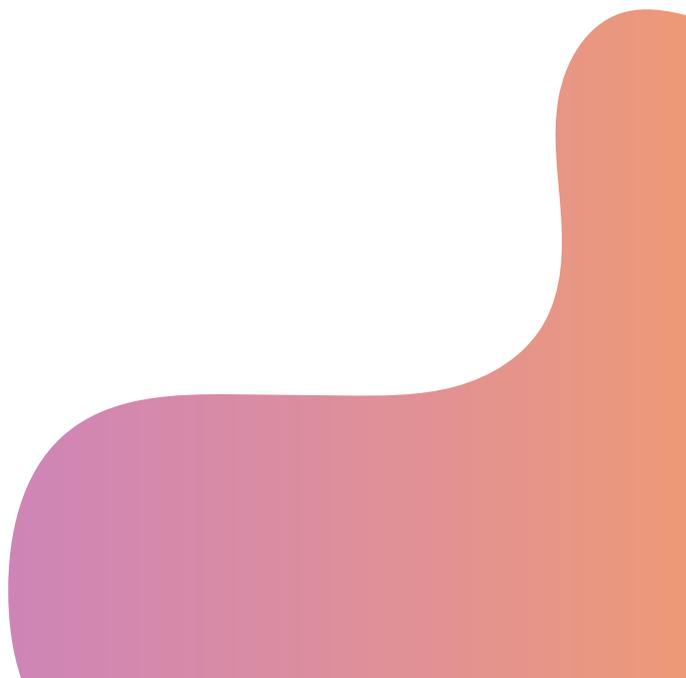


UC

PROPONE

2018







**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC**

UC Propone

Iniciativas de investigación en pregrado

Edición General

Centro de Políticas Públicas UC

Diseño Editorial

Viviana Badilla Nagy

Imprenta Larrea Marca Digital

Impreso en Santiago de Chile

Mayo, 2019

N.ISBN 978-956-14-2394-7

Inscripción N° 303576

Primera edición

200 ejemplares

Distribución gratuita. Prohibida su venta.

© Todos los Derechos Reservados.

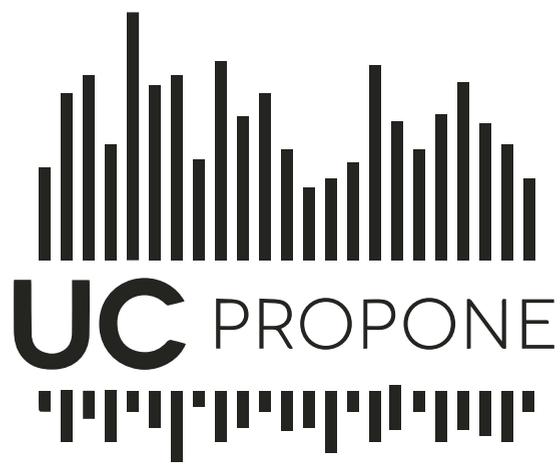


TABLA DE CONTENIDOS

08 PRÓLOGO

- 11 Carta del Rector
- 15 Carta Consejera Superior

18 UC PROPONE

- 20 Qué es UC Propone
- 21 Historia
- 22 UC Propone en cifras

24 CAPÍTULO 1

Nutracéuticos y Psiquiatría Moderna: evidencia y nivel de conocimiento en profesionales de APS en Santiago de Chile, respecto a la relación entre nutrición y salud mental.

50 CAPÍTULO 2

Mejora en la percepción de tiempos de espera en paraderos del Transantiago.

60 CAPÍTULO 3

Fenómeno migratorio en Chile: oportunidad de diagnóstico de un sistema de salud en crisis.

78 CAPÍTULO 4

El impacto de la participación en operaciones de paz en las instituciones del sector de seguridad y defensa en Chile: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes.

94 **CAPÍTULO 5**

Buenas prácticas y trabajador mayor: desafíos y propuestas para el Mercado Laboral en Chile.

112 **CAPÍTULO 6**

Barreras y facilitadores de la adherencia al uso de audífono en personas mayores hipoacúsicas implementadas según ley GES en el sector público de salud.

124 **CAPÍTULO 7**

Vivencias de la maternidad en mujeres privadas de libertad.

144 **CAPÍTULO 8**

Presencia de arbolado alergénico en áreas verdes de la Región Metropolitana: ¿un mal evitable?

160 **CAPÍTULO 9**

Cuidadores varones de personas mayores con demencia: un estudio cualitativo.

172 **REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**



PRÓLOGO



*CARTA DEL
RECTOR*



UC Propone tiene el objetivo de fomentar el interés de los estudiantes por los problemas públicos que aquejan al país, en diversas áreas de política pública. Considerando que estas problemáticas son complejas y multicausales, se conforman cursos electivos con grupos interdisciplinarios de estudiantes de pregrado liderados por un docente que les guía en el tema propuesto a investigar.

Otro rasgo importante es que UC Propone involucra la participación activa de los estudiantes, no sólo por parte de quienes toman los cursos, sino también porque el estudiantado propone los temas a investigar y luego los vota para escoger los que serán desarrollados. La votación es un ejercicio valioso en sí mismo y su alta participación (cerca de 2 mil votos) demuestra el interés de los estudiantes de nuestra casa de estudios sobre disciplinas que no necesariamente son las que están cursando en sus respectivas carreras pero que nos atañen a todos como país. El estudiante UC demuestra a través de UC Propone una gran vocación pública y un compromiso con el bien común. ¡Eso es precisamente lo que buscamos como Universidad Católica!

En esta sexta versión del libro UC Propone, se reúnen nueve investigaciones realizadas durante 2018 por alumnos de más de 20 carreras tan diversas como College, Ingeniería Civil, Ciencia Política, Arquitectura, Sociología, Agronomía, Economía y Química. Dichas investigaciones fueron guiadas por docentes de Trabajo Social, Medicina, Agronomía e Ingeniería Forestal, Sociología, Ingeniería Civil, Ciencia Política y Fonoaudiología.

Como de costumbre, las áreas de política pública abordadas en esta edición son variadas: innovación, adulto mayor, salud, justicia, trabajo, relaciones internacionales, género, territorio y medio ambiente. Estas temáticas no se trabajan de manera aislada. El tema de adulto mayor está presente en tres artículos enfocándose en trabajo, salud (física y mental) y justicia. El artículo guiado por las docentes de Trabajo Social, Sara Caro y Paula Miranda, enfatiza los desafíos que presenta el mercado laboral para las personas mayores. El guiado por Claudia Miranda (Sociología) aborda el poco explorado tema de los cuidadores varones de adultos mayores con demencia. Finalmente, Eduardo Fuentes-López, docente de Fonoaudiología, investigó junto a un grupo de estudiantes qué factores inciden en una mayor o menor adherencia al uso del audífono por parte de la población hipoacúsica mayor a 65 años y que se atiende por el programa GES.

Siguiendo en temas de salud, el Dr. Gonzalo Valdivia, de la Escuela de Medicina, guió una investigación acerca del impacto que ha recibido la salud pública a raíz del fenómeno migratorio en nuestro país, identificando algunas necesidades específicas

de salud para esta población. Referido al ámbito nutricional, los doctores Constanza Caneo y Pablo Toro (Medicina), junto a un grupo de estudiantes del área de la salud indagaron acerca de la relación entre la psiquiatría moderna y los nutraceuticos, abarcando dos ámbitos distintos: cómo se conecta la nutrición con la salud mental y cuánto conocimiento existe dentro de los profesionales que trabajan en atención primaria respecto al tema.

Por otra parte, las categorías de género y justicia se trabajaron en el artículo guiado por Claudia Reyes (Trabajo Social). Los alumnos pudieron identificar cómo las mujeres privadas de libertad viven su maternidad, tratando de comprender a través de entrevistas, sus motivaciones, historias de vida y estatus socioeconómico, entre otros factores.

Medio ambiente, territorio y salud están presentes en el artículo de los académicos Gloria Montenegro y Miguel Gómez (Agronomía e Ingeniería Forestal) quienes junto a su grupo de investigación analizaron el problema de las especies arbóreas alergogénicas en la Región Metropolitana, cuestión de suma importancia si se considera que cerca de una quinta parte de la población en Chile sufre de rinoconjuntivitis alérgica.

La innovación tecnológica también tiene cabida en esta edición, a través del capítulo guiado por Vartan Ishanoglu (Ingeniería Civil), sobre la mejora en la percepción de los tiempos de espera en paraderos de buses del transporte público; todo esto enmarcado en el ideal de convertir a Santiago en una Smart City.

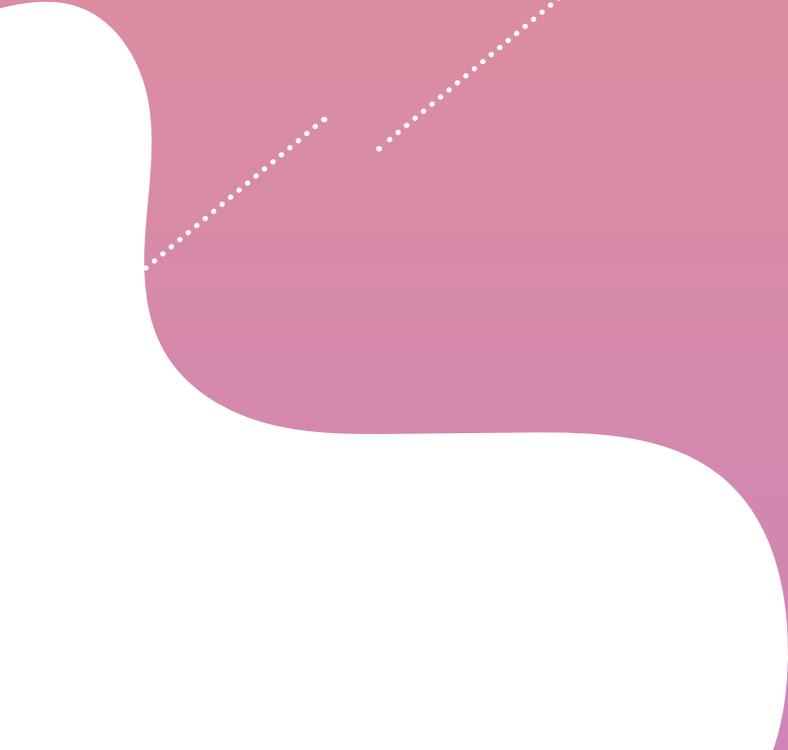
Finalmente, me complace presentar por vez primera un tema ligado al área de las relaciones internacionales, guiado por la docente del Instituto de Ciencia Política, Nicole Jenne. Ella y su equipo interdisciplinario estudiaron, tomando en consideración las operaciones de paz realizadas por las Fuerzas Armadas en Haití, tres tópicos: planificación de defensa, gestión de catástrofes y género. Este último punto muy importante respecto a desmitificar ciertos estereotipos en el Ejército.

Cada uno de los artículos, con diferentes metodologías, con temas más o menos específicos, guiados por docentes de distintas unidades académicas, se condensan en este libro, teniendo objetivo común el aportar con nuevas ideas para el desarrollo de políticas públicas pertinentes para el país.

Mis más sinceras felicitaciones a los docentes, ayudantes y estudiantes que participaron en estas investigaciones interdisciplinarias. Invito a los estudiantes a no permitir que se apague la llama de su curiosidad ni de su sentido público; por el contrario, que esa llama siga creciendo durante su vida profesional, de modo que se convierta en un fuego que encienda otros fuegos, como dijo alguna vez el Monseñor Francisco Valdés refiriéndose a nuestro ex alumno y ahora Santo, Alberto Hurtado.

**IGNACIO SÁNCHEZ D.
RECTOR**

*CARTA
CONSEJERA
SUPERIOR*





UC PROPONE ES REBELDÍA

Descubrí UC Propone el año 2015, cuando una amiga más grande hizo campaña en un grupo que compartimos para que votáramos por un curso que ella había postulado. Ella era de Derecho y recuerdo cuán feliz estaba luego que su ramo, “Realidad y consecuencias del sistema carcelario chileno”, fuera seleccionado a través del escrutinio de los alumnos.

Yo estaba orgullosa de que su idea diera frutos. Mi amiga era una mujer muy aplicada y sus ganas de conocer mundos nuevos a través de la investigación me parecía algo fascinante. *¡Cuántas posibilidades de innovar existen aquí que aún no descubrimos!*, pensaba con admiración.

Fue una aproximación muy primaria al proyecto, mas en el futuro, UC Propone significó un ejemplo en muchos debates cuando me preguntaban sobre si la Universidad era una institución que potenciaba el rol público en sus estudiantes. ¿Cómo no va a tener valor un espacio que te da la oportunidad de idear soluciones concretas a los grandes problemas públicos de nuestro país?

Cuando los alumnos cursamos pregrado, tendemos a creer que esas chances de cambiar las cosas comienzan en la vida profesional. En mi caso, era esperar a obtener mi título de Periodista para recién sentir que podía ser un aporte al mundo. ¡De ninguna manera! No iba a dejar pasar el tiempo, cinco años de espera cuando podía comenzar desde el primer día.

Después de todo, estar en una Universidad como esta también es una responsabilidad. Entregar tus mejores habilidades y talentos a un Chile que necesita de transformaciones es un deber que implícitamente cargamos desde el día en el que nos matriculamos. UC Propone entonces, es una herramienta que te abre los ojos y que te empuja a servir desde tus intereses y pasiones.

A veces incluso son compañeros de otras disciplinas quienes te acompañan en los desafíos, lo que demuestra el carácter heterogéneo que puede llegar a tener una propuesta país. Es la Universidad un lugar para potenciar lo mejor de nosotros mismos, pero también es una institución que debiera acercarnos entre los distintos. Porque así es el mundo que nos espera, rico en diversidad, no obstante lleno de obstáculos y discordancias. Es menester prepararnos con las mejores herramientas para que nosotros y otros podamos enfrentarlo de la manera más digna posible.

UC Propone es una invitación para los valientes que quieren hacer que su paso por la UC trascienda. Es un lugar de encuentro para los espíritus inquietos, aquellos que les gusta incomodarse. UC Propone es investigación, invención y por sobre todo rebeldía: saber que no podemos descansar mientras allá afuera necesiten de nuestros espíritus.

JAVIERA RODRÍGUEZ
CONSEJERA SUPERIOR UC 2018



*UC
PROPONE*

The page features a gradient background from light pink to purple. A horizontal dotted line is positioned below the title. Two diagonal dotted lines cross the lower half of the page. A large, light-colored abstract shape is located in the bottom-left corner.

¿QUÉ ES UC PROPONE?

UC Propone es una iniciativa que busca aportar con soluciones concretas a inquietudes y problemas de relevancia pública. Las temáticas son propuestas y votadas por estudiantes para luego convertirse en un ramo de investigación. Las investigaciones se recopilan en un libro, donde los profesores y estudiantes del curso aparecen como co-autores.

1



PROPONE

Los estudiantes de cada territorio levantan propuestas de investigación sobre los principales problemas públicos del país.

2



VOTA

Los temas son votados por estudiantes a través del sitio web de UC Propone para elegir los que serán investigados a futuro.

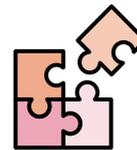
3



INVESTIGA

Los temas elegidos son investigados en el curso optativo UC Propone por grupos interdisciplinarios guiados por un profesor.

4



SOLUCIONA

Al final del curso los estudiantes, generan soluciones a los problemas abordados, los cuales son compilados en una publicación.

OBJETIVOS PRINCIPALES DE UC PROPONE



Promover un compromiso público profundo en estudiantes, con un llamado a involucrarse de manera concreta.



Abrir y establecer un camino que complemente las carreras con una orientación pública.



Formar conocimientos específicos y habilidades transversales, a través de un trabajo interdisciplinario de investigación aplicada.



Crear una comunidad de personas con este interés público.

HISTORIA

Ingeniería Propone

Levantamiento de propuestas realizado por profesores y alumnos.

Lanzamiento 1^{er} libro UC Propone

Levantamiento de propuestas realizado por profesores y alumnos.

Proceso UC Propone 2014

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso y seminario final.

* Con el apoyo del Consejero Superior 2014, Nicolás Soler, se institucionalizó UC Propone.

* UC Propone se incorpora como curso optativo del Certificado Académico en Políticas Públicas.

* Con el apoyo de la Vicerrectoría de Investigación se logra la ampliación de UC Propone para ambos semestres a partir del año 2015.

Lanzamiento 3^{er} libro UC Propone

Proceso UC Propone 2016

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso primer y segundo semestre, cada uno con seminario final.

Lanzamiento 5^o libro UC Propone

Proceso UC Propone 2018

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso primer y segundo semestre, cada uno con seminario final.

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

UC Propone

Al proyecto de la Facultad de Ingeniería se le suma el Centro de Políticas Públicas UC y el colectivo de estudiantes Espacio Público, compuesto por siete Centros de Alumnos.

Proceso UC Propone 2013

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso y seminario final.

Lanzamiento 2^o libro UC Propone

Proceso UC Propone 2015

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso primer y segundo semestre, cada uno con seminario final.

Lanzamiento 4^o libro UC Propone

Proceso UC Propone 2017

Campaña de propuesta de temas de investigación y votación, curso primer y segundo semestre, cada uno con seminario final.

UC PROPONE EN CIFRAS

UC Propone en cifras: 2013- 2018



76

Investigaciones
Terminadas



91

Profesores

Han participado



496

Estudiantes



11.125

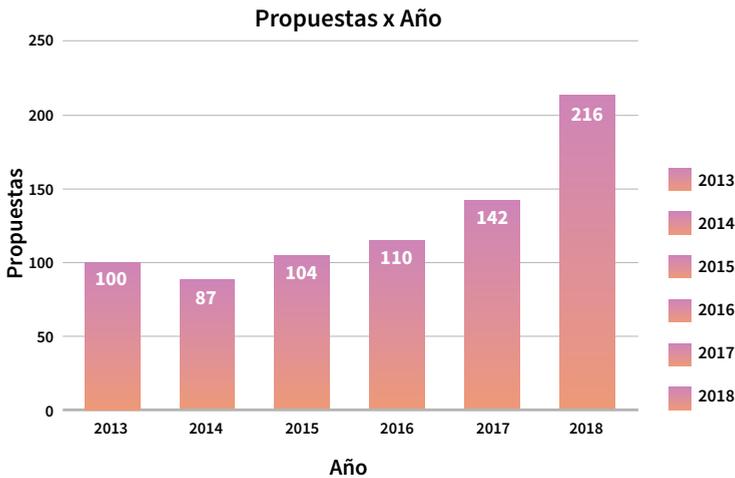
Votos
En seis años



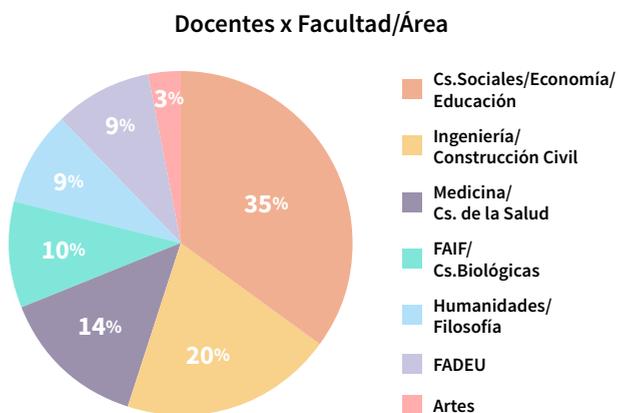
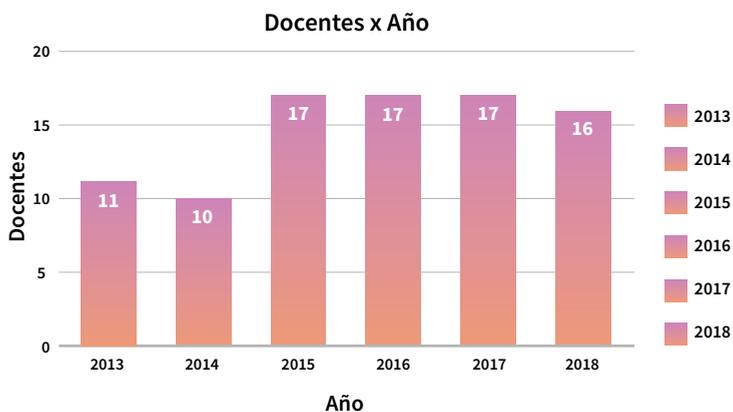
759

Propuestas
En total

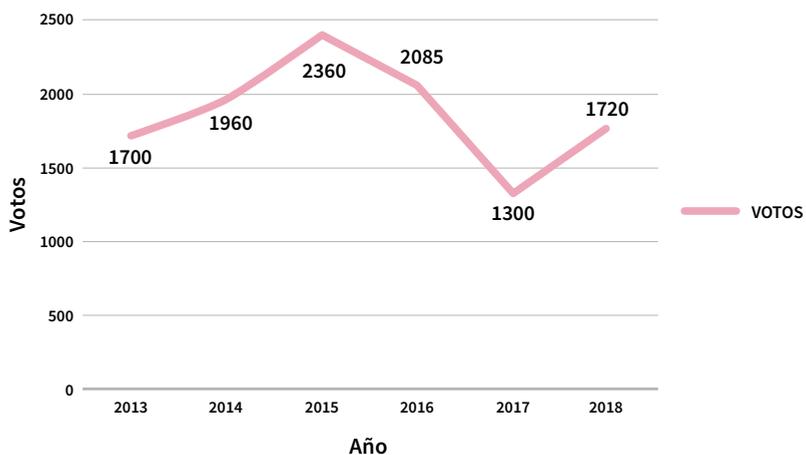
Participación estudiantil

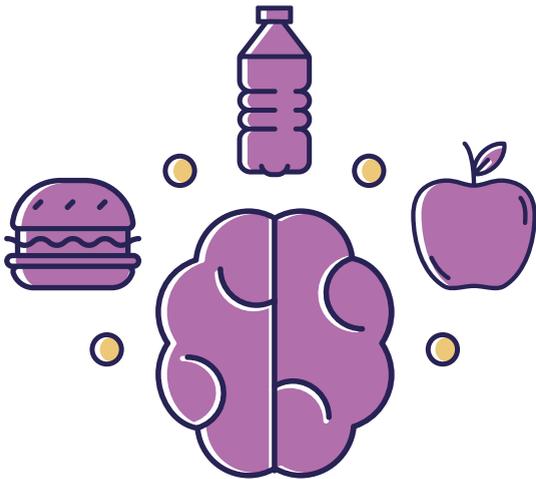


Participación docente



Campaña, difusión y seguimiento





CAPÍTULO 1:

**Nutracéuticos
y Psiquiatría Moderna:
evidencia y nivel de conocimiento en
profesionales de APS en Santiago
de Chile, respecto a la relación
entre nutrición y salud mental.**

Profesores:

Constanza Caneo, Facultad de Medicina
Pablo Toro, Facultad de Medicina

Ayudante:

María Ignacia Arteaga

Estudiantes:

Pablo Araya, Medicina
Jocelyn Arroyo, Fonoaudiología
Camila Martínez, Medicina
Daniela Salinas, Psicología
Javiera Vargas, Enfermería

RESUMEN

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Chile presenta una alta prevalencia de depresión, así como de deficiencia vitamínica, sobrepeso y obesidad, donde la cantidad de personas con exceso de peso supera a aquellas con normopeso. Esto representa un problema de salud pública a nivel país que conlleva una alta morbilidad, la cual debe ser tratada desde un enfoque integral.

Los estudios disponibles establecen una relación directa entre nutrición y salud mental, indicando que una baja o inadecuada ingesta de ciertas vitaminas, como las vitaminas B1, B6, B9, B12 y D, puede traer repercusiones en la salud mental de la persona, y cuya suplementación puede disminuir sus síntomas.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar el nivel de evidencia disponible en la literatura sobre la relación entre nutrición y salud mental; y estudiar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales que trabajan en Atención Primaria de Salud (APS) en Santiago de Chile.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica basada en la guía Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide, en la base de datos PubMed; y se realizó un instrumento con componentes cualitativos y cuantitativos: una entrevista semiestructurada, un cuestionario con preguntas estructuradas, y un ejercicio de reconocimiento de tarjetas.

Resultados: Se encontraron 1099 resultados en la revisión de literatura, de los cuales 29 cumplían los criterios de inclusión. Éstos indican que hay asociación entre la suplementación de vitaminas del complejo B y la reducción de sintomatología asociada a demencia y depresión. Los resultados de las entrevistas a los profesionales de salud, sin embargo, indican que hay un bajo nivel de conocimiento sobre la relación entre salud mental y nutrición, así como de recursos nutricionales otorgados por el Ministerio de Salud (MINSAL).

Conclusión: A pesar de la evidencia existente, el nivel de conocimiento por parte de los profesionales de APS es bajo, por lo que se requiere implementar capacitaciones sobre la relación entre nutrición y salud mental y su aplicación

clínica. Además, revisar la organización y fragmentación de APS hacia uno más íntegro traería beneficios a la población. Por último, es necesario seguir investigando, sobre todo a nivel nacional, la relación entre nutrición y salud mental.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los trastornos mentales son los mayores contribuidores de años vividos con discapacidad en la población, junto a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades musculoesqueléticas (US Burden of Disease Collaborators, 2013). En Chile, las condiciones neuropsiquiátricas lideran el porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) de la población, con un 23,2% del total de éstos (Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 2007). Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, la sospecha de depresión alcanzó un 15,8% a nivel nacional, mientras que la prevalencia de depresión en los últimos 12 meses fue de un 6,2% (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018.a). Por su parte, el primer motivo de licencias médicas de origen común tramitadas en Chile durante el año 2016 fueron debidas a reposos laborales por enfermedades mentales, representando un 22,5% del total de licencias. Además, un 26,5% del gasto en subsidio por incapacidad laboral del sistema se debe a este tipo de afecciones (Superintendencia de Seguridad Social, 2017).

Por otra parte, la ENS 2016-2017 ha dejado en evidencia el pobre estado nutricional en que se encuentra la población chilena. Actualmente, en nuestro país, el sobrepeso, la obesidad y la obesidad mórbida han alcanzado prevalencias del 39,8%, 31,2% y 3,2% respectivamente (MINSAL, 2017.a), lo que significa que el número de personas con peso normal se ve superada por aquellas con exceso de éste. A su vez, la población carece de una alimentación balanceada, donde sólo un 15% consume la recomendación de al menos cinco frutas y verduras al día (MINSAL, 2017.a), y dónde el 59,5% de los adultos mayores, así como el 52,7% de las mujeres entre 15 a 49 años, presentan niveles deficientes de vitamina D sanguínea (MINSAL, 2018.b).

Dado que las vitaminas participan en la generación de neurotransmisores (Gibson & Blass, 1999) y en la regulación de procesos oxidativos (Vetrani, Costabile, Di Marino, & Rivellesse, 2013), el déficit de estos micronutrientes, tales como la vitamina B1, B6, B9, B12 y D, resultan un factor de riesgo como un agravante de enfermedades mentales como depresión, trastorno bipolar, estados confusionales, esquizofrenia, demencia, entre otros (Ramsey & Muskin, 2013).

A pesar de que Chile ha tenido en el pasado políticas públicas orientadas a los micronutrientes, como el inicio de Prescripción de vitamina C y D (Riumalló, Pizarro, Rodríguez-Osiac, & Benavides, 2004), programas de apoyo nutricional como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (MINSAL, 2011.a) y la fortificación de harinas con ácido fólico entre otros componentes (Instituto de Salud Pública de Chile, 2008), hasta ahora no se considera el aspecto nutricional a la hora de abordar las enfermedades mentales en la población. Por ejemplo, en la Guía Clínica AUGÉ de Depresión, no se hace mención de vitaminas salvo en el diagnóstico diferencial de trastorno depresivo mayor en adolescentes, donde se recomienda considerar el déficit de vitamina B12 (MINSAL, 2013). A su vez, el actual Plan de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025, no plantea la participación del nutricionista o alguna relación con la dieta del usuario (MINSAL, 2017.b).

Por otra parte, se ha reportado en la literatura que en contextos donde se valora una buena alimentación y se reconoce a pacientes con mala nutrición, se ha visto que no hay claridad ni coordinación sobre qué profesional de salud debería encargarse de la prescripción y recomendación de qué alimentos (Johannessen, Skagestad, & Bergkaasa, 2010).

En este escenario, ante la relación entre nutrición y salud mental que es desconocida y no aplicada por los profesionales de salud, y ante la eventual escasez de estudios en Chile, así como la falta de políticas públicas enfocadas en el tema, es que nuestra investigación buscará conocer el nivel de evidencia y conocimiento por parte de los profesionales de salud en este tema. Nos enfocaremos principalmente en el complejo de vitaminas B1, B6, B9, B12 y D, y su rol en la depresión y demencia, ambas

con alta prevalencia y carga de enfermedad para nuestro país (Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 2007; Fuentes & Albala, 2014; MINSAL, 2018.a).

PREGUNTA E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Con esta investigación buscamos conocer la evidencia que respalda la relación entre nutrición y salud mental, el uso de nutracéuticos y el nivel de conocimiento respecto a esta evidencia en profesionales que atienden en Atención Primaria de Salud (APS), específicamente en Centros de Salud Familiar (CESFAM) en Santiago de Chile. Nuestra hipótesis es que existe evidencia que respalda esta asociación y que el nivel de conocimiento por parte de los profesionales de la salud es bajo.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo general es conocer la evidencia que respalda la relación entre nutrición y salud mental, el uso de nutracéuticos y estudiar el nivel de conocimiento sobre la relación entre nutrición y salud mental en profesionales que atienden en consultorios CESFAM en Santiago de Chile.

Los objetivos específicos son conocer qué saben los profesionales de salud sobre la relación entre nutrición y salud mental, conocer si estarían interesados en informarse mejor respecto a esta relación si es que hubiera poco conocimiento, conocer en qué casos de salud mental recomiendan una interconsulta o una dieta distinta, y conocer si los profesionales de la salud que atienden en consultorios CESFAM dan/darían uso de los recursos nutricionales otorgados por el MINSAL dentro de sus políticas públicas.

METODOLOGÍA

La investigación contó con dos modalidades de recolección y producción de datos. La primera modalidad se refiere a una revisión sistemática acotada, mediante la cual se pretendió conocer el nivel de evidencia existente respecto a la relación entre nutrición y salud mental. La segunda modalidad, por otro lado, se enfocó en explorar y dar a conocer el grado de conocimiento por parte de los profesionales de la salud que trabajan en

APS respecto a dicha relación, así como su conocimiento relacionado a los recursos nutricionales otorgados por el MINSAL.

4.1 Metodología de la revisión sistemática acotada

Para delimitar el nivel de evidencia, se realizó una búsqueda bibliográfica basada en la guía *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide* (World Health Organization [WHO] & Alliance for Health Policy and Systems Research, 2017).

La búsqueda fue realizada en la base de datos electrónica PubMed entre el 1 de junio y el 9 de agosto de 2018. En ésta, se usaron frases booleanas con los términos Mesh: “Vitamin D”, “Thiamine”, “Folic Acid”, “Vitamin B12”, “Vitamin B6” y “Vitamin B Complex”, junto a “Mental Health” y “Mental Disorders”. A su vez, se filtraron los resultados en “Meta-Analysis”, “Randomized Controlled Trial”, “Systematic Reviews” de los últimos 5 años.

Del total de resultados, se tomaron en cuenta aquellos que considerasen depresión o demencia. Se excluyeron los trabajos que involucraron nutracéuticos no disponibles en la canasta GES o dietas sin especificación de nutrientes. A su vez, no se consideraron estudios con pacientes pediátricos y/o adolescentes, así como de laboratorio y preclínicos. Tampoco se consideraron estudios transversales o aquellos que no contienen una intervención a evaluar ni tiempo de exposición. Por último, se excluyeron trabajos escritos en idiomas ajenos al inglés y español, así como trabajos de los cuales no se pudo obtener el abstract o la información relevante a evaluar en la presente revisión.

Por otra parte, para delimitar la evidencia a nivel nacional respecto a nutracéuticos y salud mental, además de la búsqueda en PubMed, se realizó una búsqueda en la base de datos electrónica Scielo Chile el 10 de agosto de 2018. Se realizó una búsqueda con frases booleanas a partir de los términos: “Vitamina B1”, “Tiamina”, “Vitamina B6”, “Piridoxina”, “Vitamina B9”, “Ácido Fólico”, “Folato”, “Vitamina B12”, “Cianocobalamina”, “Complejo B”, “Polivitaminas” o “Vitamina D”, en conjunto a “Salud Mental”. Luego, se filtró por trabajos hechos en Chile. Se excluyeron los trabajos no relacionados con la temática de nutrición y salud mental.

4.2 Metodología de la entrevista

Para explorar el nivel de conocimiento de los profesionales, se utilizó un instrumento que cuenta con componentes tanto cualitativos como cuantitativos: una entrevista semiestructurada, un cuestionario con preguntas estructuradas, y un ejercicio de reconocimiento de tarjetas, a explicar más adelante. La duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente quince a treinta minutos, dependiendo de cada uno de los entrevistados.

En una primera instancia, se contactó a la Subdirección de Gestión Sanitaria de la I. Municipalidad de Santiago, así como a cada una de las Direcciones de los CESFAM Áncora de la Red de Salud UC-Christus, solicitando disponibilidad de profesionales del equipo médico, de enfermería, de psicología y de nutrición de aquellos centros para la realización de la entrevista. Las entrevistas se realizan en cada centro donde los profesionales trabajan, correspondiente a la Estación Médica San Borja, Estación Médica Parque Forestal, CESFAM Áncora Madre Teresa de Calcuta, CESFAM Áncora San Alberto Hurtado y CESFAM Áncora Juan Pablo II. No hubo criterios para seleccionar a los profesionales más que el hecho de no contar con pacientes pendientes que atender a la hora de la entrevista. Antes de comenzar, se le explica al profesional brevemente de qué se trata la entrevista y se le pide leer y firmar un consentimiento informado (anexo 1). Mientras se desarrolla la entrevista se solicita al profesional grabar ésta para su posterior transcripción y codificación.

Se le solicita al profesional de salud llenar un formulario con sus antecedentes (anexo 2), que considera datos generales, datos profesionales y datos de la entrevista. Luego, se procede a realizar la entrevista de formato semiestructurada (anexo 3), con preguntas dirigidas a explorar el conocimiento de éstos en la relación entre nutrición y salud mental, así como respecto a la diferenciación entre los conceptos de nutracéuticos, alimentos fortificados y alimentación balanceada y su aplicación con pacientes. En relación a la diferencia entre los tres conceptos, se determinaron distintos grados de conocimiento, los cuales fueron divididos por los investigadores en: conocimiento efectivo -en caso de que efectivamente conozca la diferencia-, conocimiento deductivo -en caso de que haya deducido la respuesta y la misma haya

sido correcta-, y reconocimiento de desconocimiento -en caso de que el entrevistado mencione que desconoce la diferencia-. Cabe recalcar que, al escribir los resultados, para calificar una respuesta como conocimiento efectivo era necesario que el profesional sepa mínimo respecto a una de las tres opciones otorgadas: nutracéuticos, alimentos fortificados y alimentación balanceada. Se exploró también el grado de conocimiento acerca de los recursos nutricionales otorgados por el MINSAL y su utilidad. En primera instancia, se solicitó nombrarlos por evocación libre, seguido de la entrega de etiquetas con el nombre de cada uno de éstos y se les pidió reconocerlos y clasificarlos en “Nutracéuticos”, “Alimentos fortificados”, “Dieta estructurada” o admitir desconocimiento en “No sé”. Luego, se les preguntó qué intervenciones consideran más efectiva para educar e informar sobre la relación entre nutrición y salud mental a profesionales de salud y pacientes.

Respecto a los nutracéuticos, se hizo una excepción al momento de clasificarlos en reconocimiento efectivo. Para clasificar una respuesta de alimentación balanceada o alimentos fortificados como efectiva, era necesario que hubiera hecho una clasificación correcta. Sin embargo, en el caso de los conceptos que correspondían a los nutracéuticos y que debían ser clasificados ahí por parte de los entrevistados, se determinó que a pesar de que la persona no hubiera clasificado la etiqueta del nutracéutico en lo absoluto, o que lo hubiera clasificado de forma errónea, si lo explicaba bien, sería considerado como reconocimiento efectivo.

Finalmente, se le solicitó responder un cuestionario de seis preguntas donde se pedía valorar en Escala Visual Analógica (EVA) la importancia que le otorgan a la relación entre nutrición y salud mental así como cuánto la aplican en su práctica profesional.

ANTECEDENTES

5.1 Concepto de nutracéutico

El término nutracéutico es una nueva categoría de sustancias que se encargan del cuidado de la salud, son elaborados a partir de nutrientes y/o componentes de los alimentos de origen natural cuyos efectos están científicamente comprobados (Valenzuela A, Valenzuela R, Sanhueza J, & Morales G, 2014). Son comercializados en forma

de píldoras o polvos, actuando como medicamentos y pueden ser prescritos como coadyuvantes terapéuticos con fines preventivos o curativos (Guzmán B, 2009). En países como Estados Unidos, Japón, Corea, India y China, y en menor medida en varios países europeos, la tendencia al consumo de nutracéuticos crece fuertemente. En Latinoamérica aún constituye un mercado incipiente, pero también de fuerte crecimiento (Valenzuela A. et al, 2014).

5.1.1 Vitamina B1 (Tiamina)

La vitamina B1 o tiamina es esencial en el metabolismo de la glucosa. Se puede encontrar en carne de cerdo, pescado, legumbres, nueces, arroz, y los alimentos que perjudican su absorción son el pescado crudo y el té, además del consumo de alcohol (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998). Esta vitamina se almacena sólo 18 días en el cuerpo, por lo que la recomendación de dosis diaria para adultos es de 1.2 mg/día para hombres y 1.1 mg/día para mujeres (Martel & Franklin, 2017). La población en riesgo de tener déficit en vitamina B1 son adultos mayores, personas con condición de malabsorción, alcoholismo y diabéticos (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998).

5.1.2 Vitamina B6 (Piridoxina)

La vitamina B6 está asociada a procesos como ciclo de metilación y antioxidante cerebral. Ésta se puede encontrar en carnes rojas, pescado, nueces, legumbres, frutas y vegetales (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998). Similar a la tiamina, esta vitamina no se almacena en el cuerpo, por lo que la dosis recomendada de vitamina B6 corresponde a 1 a 1.7 mg/día para la población adulta (Brown & Beier, 2017). La población en riesgo de presentar deficiencia son adultos mayores, mujeres que usan anticonceptivos orales, alcoholismo y mujeres mayores de 51 años (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998).

5.1.3 Vitamina B9 (Folato)

El folato, o vitamina B9, es una vitamina hidrosoluble que participa en el metabolismo del carbono único para la síntesis de ADN, serotonina, norepinefrina, dopamina y fosfolípidos. Tanto para hombres como para mujeres, se recomienda una dosis de 400 µg/día. (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998). Esta vitamina se en-

cuentra usualmente en verduras de hojas verdes, frutas cítricas y legumbres (Carmel R, 2005). Por otra parte, el ácido fólico corresponde al folato sintético que se encuentra en suplementos y alimentos fortificados, el cual posee una mayor biodisponibilidad que el folato (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998).

5.1.4 Vitamina B12 (Cobalamina)

La vitamina B12 o Cobalamina es una vitamina hidrosoluble presente en pescados, moluscos, carne, productos lácteos y huevos (U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, 2011). Es conocida, junto al resto de vitaminas del complejo B, por participar como cofactor en importantes reacciones del sistema nervioso como síntesis de neurotransmisores, síntesis de mielina y obtención de energía. La recomendación de consumo diario de esta vitamina es de 2.4 mcg (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 1998). Personas con niveles sanguíneos de vitamina B12 sobre 300 pg/mL son consideradas normales, mientras que niveles bajo 200 pg/mL, son considerados deficientes de ésta (Ankar & Bhimji, 2017).

5.1.5 Vitamina D

La vitamina D es parte de la familia de las vitaminas liposolubles. Su rol principal es la transcripción genética, rol antioxidante, crecimiento óseo y mineralización. A nivel cerebral participa en el desarrollo cerebral a través de la síntesis de receptores en células neuronales y en la regulación antiinflamatoria cerebral (Institute of Medicine, Food and Nutrition Board, 2010). La principal fuente de esta vitamina, además de la exposición solar, la podemos encontrar en pescado, huevo, aceites y productos lácteos (Jungert, Spinneker, Nagel, & Neuhäuser-Berthold, 2014). Se considera que una persona presenta niveles deficientes de vitamina D al presentar menos de 30 ng/mL de 25-hidroxivitamina D, siendo la recomendación de ingesta diaria para adultos de 1500 a 2000 Unidades Internacionales (UI) (Chauhan & Bhimji, 2017).

5.2 Políticas públicas nutricionales en Chile

El Manual de Programas Alimentarios del MINSAL (2011.a) describe los alcances y recursos disponibles en los dos programas de alimentación complementaria:

5.2.1 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Es un programa de carácter universal, implementado en el año 1987, que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, para recién nacidos sanos, prematuros, madres que amamantan y adolescentes con enfermedades metabólicas. La entrega de los beneficios se realiza a través de los establecimientos de la Red de APS y de otros establecimientos en convenio con el MINSAL.

- **Leche purita fortificada:** leche entera fortificada con hierro, zinc, y ácido ascórbico. Se entrega a lactantes en condición de lactancia materna predominante y/o fórmula predominante hasta cumplir los 6 meses de vida.
- **Purita cereal:** alimento en polvo instantáneo en base a leche semidescremada y cereales hidrolizados, alta en calcio y fortificada con hierro, cobre, zinc, ácido ascórbico, vitaminas A, E y complejo B. Se distribuye a niños y niñas desde los 18 meses hasta los 6 años de edad.
- **Purita mamá:** producto en polvo fortificada con micronutrientes, adicionada con omega 3, baja en grasa total y sodio. Es distribuida a mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6° mes post parto.
- **Mi sopita:** es un producto en polvo para preparar una sopa crema infantil en base a leguminosas y cereales. El contenido proteico de 12% fibra 4g/100g, fortificado con Vitamina A, D, E, C y complejo B, calcio, hierro, magnesio, zinc.
- **Fórmula para Prematuros:** para nacidos bajo 1.500 gr y/o nacidos con menos de 32 semanas de gestación. Cuenta con proteínas, lípidos, hidratos de carbono y vitaminas como A, B12, D, C, E, minerales como Calcio, Hierro, Zinc.

5.2.2 Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) (MINSAL, 2011)

El PACAM es un conjunto de actividades de apoyo alimentario-nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, desde 1999, en los Establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

- **Crema años dorados:** Alimento en polvo, instantáneo, para preparar sopa crema, a base de

leguminosas, cereales y verduras deshidratadas, aceites vegetales, bajo en sodio y libre de colesterol, fortificado con Vitaminas A, D, E, C y complejo B, calcio, fósforo, hierro, magnesio, zinc.

- **Bebida láctea años dorados:** Alimento en polvo, instantáneo, para preparar una bebida láctea, a base de leche y cereales, bajo en grasa total y sodio, reducido en lactosa y fortificado con Vitaminas A, D, E, C y complejo B, calcio, fósforo, hierro, magnesio, zinc.

5.2.3 Canasta en CESFAM

Los CESFAM son centros de atención primaria de salud en los que se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud (MINSAL, 2012). Aunque el arsenal farmacológico depende de cada CESFAM, en general deberíamos encontrar: Ácido fólico (GES epilepsia no refractaria) vitamina B9, comprimido oral 1 mg o 5 mg; cianocobalamina (B12) (alternativa complejo B) como solución inyectable 0.1 mg/ml, aunque en otros centros hay de 10 mg/ml y en otros de 100 mg/ml; piridoxina (vitamina B6) solución inyectable 100 mg/ml; polivitamínico comprimido y jarabe (Vitaminas A 3.600.000 U.I., B1 2 mg, B2 1.2 mg, B6 2 mg, D 400 UI, ácido fólico 1 mg, otros.); tiamina (vitamina B1) en solución inyectable de 30 mg/ml (Resolución Núm. 87 exenta, 2017).

RESULTADOS

6.1 Resultados de la revisión sistemática acotada

Se obtuvieron 1099 resultados, de los cuales 29 fueron incluidos. De ellos, 17 fueron resultados de intervención de nutracéuticos en depresión y 12 en demencia.

Respecto a Depresión, 1 estudio correspondió a uso de sólo vitamina B1 (Ghaleiha et al, 2016); 0 de vitamina B6; 3 de ácido fólico (Venkatasubramanian, Kumar, & Pandey, 2013; Stewart et al, 2017; Yan et al, 2017); 0 de vitamina B12 exclusivamente; 11 de vitamina D (Wang et al, 2013; Frandsen, Pareek, Hansen, & Nielsen, 2014; Li et al, 2014; Shaffer et al, 2014; Zhang et al, 2014; Gowda, Mutowo, Smith, Wluka, & Renzaho, 2015; Sepehrmanesh et al, 2015; Wang et al, 2016; Ghaderi et al, 2017; Marsh et al, 2017; Penckofer et al, 2017); y 3 a uso de Complejo B u otro suplemento multivitamínico B (Almeida et al, 2014; Kaplan Rucklidge, Romijn, & Dolph, 2015; Lee, Kim, &

Sokl, 2016). Por otro lado, en Demencia se obtuvo 1 resultado en uso de vitamina B6 (Hughes et al, 2017); 2 de ácido fólico (Ma et al, 2015; Chen et al, 2016); 0 de vitamina B1; 0 de Vitamina B12 exclusivamente; 1 de solamente vitamina D (Andreeva et al, 2014); y 7 a uso de Complejo B (Hankey et al, 2013; Kim H, Kim G, Jang W, Kim S, & Chang N, 2014; Remington et al, 2015; Lee, Kim, & Sok, 2016; Rommer et al, 2016; Shankle, Hara, Barrentine, & Curole, 2016; Zhang, Ye, Mu, & Cui, 2017).

En la *Tabla 1* se ven los estudios incluidos en torno al uso de nutracéuticos y depresión. En ella observamos estudios que utilizaron diseños muy distintos entre sí, ya sea por la duración, por las dosis de nutracéuticos utilizadas o si consideraron el uso de antidepresivos o no.

En la *Tabla 2*, se observan los estudios incluidos en relación al uso de nutracéuticos y demencia. Nuevamente, cabe destacar la variación entre las dosis, la duración del estudio y la consideración del uso de otros medicamentos. Además, la mayoría de los estudios no son uniforme es respecto a cómo medir sus outcomes.

6.1.1 Vitamina B1 (Tiamina) y depresión

Se encontró sólo 1 resultado (Ghaleiha et al, 2016). Este estudio, correspondiente a un randomized controlled trial (RCT), presentó una asociación positiva entre 300 mg diarios de tiamina como coadyuvante de fluoxetina en la reducción de síntomas de depresivos durante 12 semanas. El instrumento utilizado fue HDRS. Considerando que es solo un estudio, se necesita mayor cantidad de evidencia para obtener un resultado definitivamente concluyente.

6.1.2 Vitamina B9 (Folato) y depresión

De los 3 estudios incluidos, 2 muestran una asociación entre ácido fólico y depresión (Venkatasubramanian et al, 2013; Yan et al, 2017) y en 1 no se encuentra asociación (Stewart et al, 2017). Cabe mencionar que la literatura encontrada posee gran variabilidad en cuanto a dosis, tiempo de exposición, número de participantes e instrumento para medir el outcome. Similares observaciones ya habían sido reportadas en una revisión amplia de literatura previa (Trincado & Caneo, 2018). Mientras que uno de los estudios que muestra una asociación positiva corresponde a un RCT en donde se administran 5 mg, en contraste a 1,5 mg, durante 6 semanas a 42

participantes como coadyuvante de Fluoxetina (Venkatasubramanian et al, 2013), el otro estudio corresponde a una cohorte de 400 µg diarios de ácido fólico durante 4 a 6 semanas a 1592 personas y sin antidepressivo adjunto (Yan et al, 2017). Por su parte, el estudio que no mostró asociación corresponde a un RCT que compara 400 µg de ácido fólico y 60 mg de hierro diarios contra esta misma dosis junto a micronutrientes o suplementos lipídicos durante 18 meses (Stewart et al, 2017). Ante esto, se puede concluir que dosis mayores de ácido fólico pudieran tener efectividad como coadyuvantes para el manejo de depresión, pero la evidencia es controversial dada la heterogeneidad de los estudios.

6.1.3 Vitamina D y depresión

De un total de 11 estudios incluidos en relación con suplementación de vitamina D y depresión, 4 presentaron resultados positivos disminuyendo los síntomas depresivos con dosis de 35000 a 50000 UI de vitamina D a la semana, con una exposición de 8 a 24 semanas (Shaffer et al, 2014; Sepehmanesh et al, 2016; Ghaderi et al, 2017; Penckofer et al, 2017). Cuatro estudios presentaron resultados negativos con respecto a esta relación, con dosis oscilantes entre 2800 a 50000 UI semanales (Zhang et al, 2014; Gowda et al, 2015; Wang et al, 2016; Marsh et al, 2017). A una misma dosis de 50000 UI semanales, el ergocalciferol, un análogo de la vitamina D, mostró una reducción de síntomas depresivos (Penckofer et al, 2017) en contraste a los resultados de los estudios de la propia vitamina D (Wang et al, 2016). Ninguno de estos estudios, con resultados positivos o negativos, evaluaron a la vitamina D como adyuvante a un antidepressivo.

De los tres estudios que presentaron resultados controversiales (Wang et al, 2013; Frandsen et al, 2014; Li et al, 2014), uno consideraba a la vitamina D como coadyuvante de Fluoxetina, sin llegar a conclusiones concretas. Si bien la mayoría de los estudios correspondían a RCT, el tiempo de exposición varió entre 5 días a 3 años, el tamaño de la muestra osciló de 18 a 4923 participantes y los instrumentos para medir outcome variaron notablemente. Los instrumentos que más se repitieron fueron Beck Depression Inventory (BDI), Geriatric Depression Scale (GDS) y Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), sin mostrar tendencia hacia un resultado en particular cada uno, pero evidenciando que la población considerada era principalmente geriátrica. A su vez, la mayo-

ría de los estudios tenían una muestra mayoritariamente femenina. A raíz de estos resultados, no se halla evidencia suficientemente concluyente sobre el beneficio de la vitamina D sola para la reducción de sintomatología depresiva. Además, se necesitan más estudios sobre el rol de esta vitamina como coadyuvante de antidepressivos.

6.1.4 Complejo de vitamina B y depresión

De los 3 estudios incluidos, todos muestran una asociación positiva entre vitaminas del complejo B y la reducción de síntomas de depresión (Almeida et al, 2014; Kaplan et al, 2015; Lee et al, 2016). Cabe mencionar que todas presentaron gran variabilidad respecto a duración de exposición, de 6 a 52 semanas, y de instrumento de medición del outcome. Por otra parte, sólo un estudio reportó el contenido administrado: 0,5 mg de vitamina B12, 2 mg de ácido fólico y 25 mg de vitamina B6 (Almeida et al, 2014). Este mismo, consideró su consumo en conjunto con antidepressivos. A raíz de esto, se puede concluir que la suplementación con vitaminas B podría ser beneficiosa para tratar depresión, ya sea por sí sola o como coadyuvante de antidepressivos como fluoxetina o citalopram. Si bien falta objetivar la dosis, destacan la vitamina B12 y B6 como factor común en los estudios.

6.1.5 Vitamina B6 (Piridoxina) y demencia

Se incluyó 1 estudio de cohorte de 4 años que encontraba asociación entre niveles bajos de la forma activa de vitamina B6 (piridoxal fosfato) y signos de deterioro cognitivo (Hughes et al, 2017). Se utilizó el MMSE como instrumentos de medición. No es posible hacer conclusiones definitivas a partir de un solo estudio primario.

6.1.6 Vitamina B9 (Folato) y demencia

Se incluyeron 2 estudios, de los cuales todos encontraron asociación positiva entre la administración de ácido fólico y la reducción de síntomas de deterioro cognitivo (Ma et al, 2015; Chen et al, 2016). Las dosis entre estudios variaron entre 0,4 a 1,25 mg diarios, siendo este último acompañado de Donepezil (Chen et al, 2016). Este mismo estudio midió sus resultados con MMSE mientras que el otro con Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised by China (WAIS-RC). Los tiempos de exposición (6 meses) y número de participantes (121 a 159) fueron similares. A raíz de estos resultados se puede concluir que el ácido fólico cumpliría un rol protector ante el deterioro cognitivo, en donde se observaron cambios a partir de los 0,4 mg diarios.

6.1.7 Vitamina D y demencia

Se incluyó un estudio que presentó asociación positiva entre consumo de Vitamina D como protector de deterioro cognitivo (Andreeva et al, 2014). La dosis fue de 800 UI diarias, siendo medida la función cognitiva 13 años después. No es posible hacer conclusiones definitivas a partir de un solo estudio primario.

6.1.8 Complejo B y demencia

Se incluyeron 7 estudios, entre los cuales 5 mostraban una asociación positiva (Kim et al, 2014; Remington et al, 2015; Lee et al, 2016; Shankle et al, 2016; Zhang et al, 2017) y 2 mostraron un resultado mixto (Hankey et al, 2013; Rommer et al, 2016). Mientras que la mayoría de los estudios que mostraron resultados positivos correspondían a estudios de cohorte, aquellos con resultados mixtos correspondían a un estudio de cohorte y un RCT. La dosis y proporción de cada vitamina varió en cada estudio, con dosis de vi-

tamina de B1 50 mg al día, de vitamina B6 entre 25 a 50 mg diarios, folato entre 0,4 a 5 mg al día y vitamina B12 entre 0,05 a 500 mg diarios (Hankey et al, 2013; Kim et al, 2014; Remington et al, 2015; Rommer et al, 2016; Zhang et al, 2017). Tres estudios no explicitan la dosis de cada vitamina y era cuantificado como “comprimido de polivitamínico” o “pastilla diaria” (Kim et al, 2014; Lee et al, 2016), o añadían otras sustancias como N-acetil cisteína (Shankle et al, 2016). El tiempo de exposición varió ampliamente entre 24 horas antes de la medición a 2,8 años. El instrumento para medir el outcome fue homogéneo, predominando el MMSE principalmente. Sólo un estudio utilizó el complejo B como adyuvante de Memantina mostrando resultados positivos (Shankle et al, 2016). A la luz de estos resultados se puede concluir que el Complejo B reduciría los síntomas de deterioro cognitivo, destacando nuevamente la vitamina B12 y B6 como un factor común en las dosis.

Tabla 1: Nutracéuticos y Depresión

Autor, Año	Dosis	Diseño/tipo de estudio	Duración del estudio	Nº	Antidepresivo	Primer outcome/ Instrumento de medición	Resultado
Vitamina B1							
Ghlaleiha A et al. (2016)	Tiamina 300 mg/d	RCT	12 semanas	51	SSRI (fluoxetina, 20 mg/d)	HDRS	+
Folato							
Stewart RC et al. (2017)	Cápsula diaria (60 mg hierro, 400 µg de ácido fólico) vs Cápsula diaria +micronutrientes vs 20 g Lipid nutrient supplement (LNS)+cápsula diaria	RCT	18 meses	1393	x	SRQ, EPDS	-
Yan J et al. (2017)	400 µg/d ácido fólico	Cohorte	4 a 6 semanas	1592	x	SDS	+
Venkatasubramanian R et al. (2013)	5 mg vs 1,5 mg como grupo control	RCT	6 semanas	42	Fluoxetina 20 mg	HDRS, BDI	+
Vitamina D							
Penckofer S et al. (2017)	Ergocalciferol 50,000 IU/semana	RCT	seis meses	46	x	PHQ-9, State-Trait Anxiety, SF-12	+
Marsh WK et al. (2017)	5000 IU/d (vitamina D3)	RCT	12 semanas	33	x	MADRS, HAM-A, YMRS	-
Ghaderi A et al. (2017)	50,000 IU/2 semanas	RCT	12 semanas	18	x	BDI, BAI-21, PSQ1	+
Wang Y et al. (2016)	50,000 UI/semana	RCT	52 semanas	746	x	BDI	-
Sepehmanesh Z et al. (2015)	50 IU/ semana	RCT	8 semanas	40	x	BDI	+
Gowda U et al. (2015)	-400, 800 IU/d -20000, 40000 IU/semana -50000 IU/semana -5000 IU/d -400 IU/d -40000 IU/semana -0.35 g UI bid -1500 IU/d	Metaanálisis	5 días a 3 años	4923	x	PANAS, BDI, FIQ, STAI, Burnam scale, BDI, GDS, HDRS	-

Autor, Año	Dosis	Diseño/tipo de estudio	Duración del estudio	Nº	Antidepresivo	Primer outcome/ Instrumento de medición	Resultado
Frandsen TB et al. (2014)	70 µg de vitamina D	RCT	3 meses	34	x	HDRS	+/-
Zhang J et al. (2014)	0,5 µg / d de calcitriol	Cohorte prospectivo	1 año	484	x	BDI	-
Shaffer JA et al. (2014)	-600 IU/d -2000-40000 IU/semana -5000 IU/d -400 IU/d -20000/ semana -1500 IU/d -150000-300000 IU/año	RS	8 semanas a 1 año	3191	x	BDI, GDS, Burnam Scale, HDRS, BDI-II	+
Li G et al. (2014)	-1500 iu/d -calcitriol 0.25 µg dos al día. -500000 UI anual -50000 UI /semana de colecalciferol -20000 IU/semana	RS	8 semanas a 3 años	1203	-Fluoxetina (uno de los estudios)	BDI, WHO well-being index, GDS, HDRS, FIQ	+/-
Wang Y et al. (2013)	Vitamina D (5000 UI / d)	RCT	8 semanas	88	x	POMS	+/-
Complejo B							
Kaplan BJ et al. (2015)	Grupo 1: Vitamina D , 1000 mg/d Grupo 2: Vitamina B-complex* Grupo 3: fórmula multivitamínica*	RCT	6 semanas	53	x	autoreporte de depresión, estrés y ansiedad	+
Lee HK, et al. (2016)	Vitamina B6, B12 y ácido fólico (1 pastilla al día)*	Cohorte	12 semanas	48	x	MMSE-K, GDSSF-K	+
Almeida OP et al. (2014)	0,5 mg B12, 2mg ácido fólico y 25 mg B6	RCT	52 semanas	153	Fluoxetina, citalopram (20-40 g)	MADRS	+

+, hay asociación entre el efecto de la intervención con nutracéutico y depresión.

-, no hay asociación entre el efecto de la intervención con nutracéutico y depresión

+/-, resultados mixtos, ya sea por metodología o controversia de los resultados, entre la intervención con el nutracéutico y depresión.

RCT, random control trial

*no específica dosis de componentes

/d, por día

x= no se adjuntivo antidepresivo durante el estudio

SRQ= Self Report Questionnaire; EPDS= Edinburgh Postnatal Depression Scale; SDS= Self-Rating Depression Scale; HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; BDI= Beck Depression Inventory; PHQ-9= Patient Health Questionnaire; STAI= State-Trait Anxiety Inventory; SF-12= Short-form 12 health survey; MADRS= Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HAM-A= Hamilton Anxiety Rating Scale; YMRS= Young Mania Rating Scale; BAI-12= Beck Anxiety Inventory; PSQ1= Pittsburgh Sleep Quality Index; PANAS= Positive And Negative Affect Schedule; FIQ= Fibromyalgia Impact Questionnaire; GDS= Geriatric Depression Scale; POMS= Profile of Mood States; MMSE-K= Korean Mini-Mental Status Examination; GDSSF-K= Geriatric Depression Scale Short Form Korea.

Tabla 2: Nutracéuticos y Demencia

Autor, Año	Dosis	Diseño/tipo de estudio	Duración del estudio	Nº	Medicamento	Primer outcome	Resultado
Vitamina B9							
Hughes CF et al. (2017)	Biomarcador de vitamina B6 (<43 nmol/L de piridoxal fosfato).	Cohorte	4 años	155	x	MMSE	+
Folato							
Chen H et al. (2016)	Ácido fólico (1.25 mg/d)	RCT	6 meses	121	Donepezil	MMSE	+
Ma F et al. (2016)	Ácido fólico (400 µg/d)	RCT	6 meses	159	x	WAIS-RC	+

Vitamina D							
Andreeva et al. (2014)	800 UI /	RCT	seis meses	46	x	PHQ-9, State-Trait Anxiety, SF-12	+
Complejo B							
Zhang DM et al. (2017)	-15 mg/d de folato, 25 mg/d de vitamina B6, 1 mg/d de vitamina B12 -mecobalamina (B12) 500 mg - 1 mg vitamina b12 y 5 mg de ácido fólico -1 mg ácido fólico	Meta análisis	6 a 18 meses	679	x	MMSE	+
Kim H et al. (2014)	Folato dietario: 1.0 mg. B6* y B12*	Cohorte	24 hrs antes del test	321	x	MMSE-KC	+
Shankle WR et al. (2016)	Cerefolin®/CerefolinNAC® (CFLN: L-methylfolate, methylcobalamin, and N-acetyl-cysteine) *	Cohorte	2 años	30	Memantina	FAST, Medición de volumen cerebral (hipocampo, corteza, sustancia blanca parenquimal))	+
- 1 mg vitamina b12 y 5 mg de ácido fólico	-400, 800 IU/d -20000, 40000 IU/semana -50000 IU/semana -5000 IU/d -400 IU/d -40000 IU/semana -0.35 g UI bid -1500 IU/d	Metaanálisis	5 días a 3 años	4923	x	PANAS, BDI, FIQ, STAI, Burnam scale, BDI, GDS, HDRS	-
Lee HK et al. (2016)	Multivitamin supplements: vitaminas B6, B12 y ácido fólico (1 pastilla diaria)*	Cohorte	12 semanas	48	x	MMSE-KC	+
Remington R et al. (2015)	400 µg ácido fólico, 6 µg vitamina b12, 30 I.U alfa-tocoferol, 400 mg SAM, 600 mg NAC, 500mg ALCAR 2 tabletas/día	RCT	6 meses	106	x	DRS	+
Rommer PS et al. (2016)	Beneuran compositum: 50 mg vitamina B 1 , 50 mg vitamina B 6, 5 mg ácido fólico and 0.05 mg vitamia B 12 1 tableta/día	Cohorte	3 meses	48	x	MMSE	+/-
Hankey GJ et a. (2013)	Cápsula diaria (ácido fólico 2 mg; vitamina B6, 25 mg; vitamina B12, 500 µg)	RCT	2.8 años	2214	x	MMSE	+/-

+, hay asociación entre el efecto de la intervención con nutracéutico y demencia
 -, no hay asociación entre el efecto de la intervención con nutracéutico y demencia
 +/-, resultados mixtos, ya sea por metodología o controversia de los resultados, entre la intervención con el nutracéutico y demencia
 RCT, random control trial
 *no especifica dosis de componente
 /d, por día.
 x= no se adjuntivo otro medicamento durante el estudio

HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; MMSE= Mini-Mental State Examination; WAIS-RC= Weschler Adult Intelligence Scale-Revised by China; TMT= Trail Making Test; MMSE-KC= Mini-Mental Status Examination in the Korean Version or the CERARD Assessment Packet; FAST= Functional Assessment Staging; DRS= Dementia Rating Scale

6.2 Resultados revisión bibliográfica nacional

De los artículos encontrados en PubMed, sólo uno pertenecía a Chile: un estudio transversal que analizaba la relación entre función cognitiva, folato y vitamina B12 en adultos mayores. Los resultados no fueron concluyentes para ambas vitaminas (Castillo-Lancellotti et al, 2015). Por otra parte, se encontraron 21559 artículos en Scielo Chile. A la hora de filtrar por país, sólo 12 estudios pertenecen a Chile. De éstos, todos pertenecían a alguna otra área de estudio no atingente a nutrición y salud mental. No se encontraron estudios chilenos sobre la relación de nutraceuticos y depresión, o alguna otra patología psiquiátrica.

6.3 Resultados entrevistas semiestructuradas

Se entrevistaron a doce profesionales de salud (nueve mujeres y tres hombres), de los cuales cinco pertenecen al equipo médico, cinco al de enfermería y dos al de psicología. Una de estas personas pertenece a Estación Médica San Borja, dos a Estación Médica Coquimbo, cuatro a CESFAM Áncora San Alberto Hurtado y cinco a CESFAM Áncora Madre Teresa de Calcuta. El rango etario de los profesionales osciló entre los 24 a 39 años, cuyo tiempo trabajando en el centro variaba entre 1 mes y 15 años.

6.3.1 Resultado entrevistas

Respecto a la relación entre nutrición y salud mental, los profesionales de salud las relacionaron principalmente de formas causales. Seis de los doce entrevistados mencionaron que los problemas nutricionales pueden ser una consecuencia de patologías o sintomatología de salud mental, mientras que ocho de los doce entrevistados mencionaron que el estado o la salud mental puede ser una consecuencia de la malnutrición. Por otro lado, cinco de los doce entrevistados hicieron referencia a una relación bidireccional entre nutrición y salud mental.

Respecto a los problemas nutricionales como consecuencia de patologías o sintomatologías de salud mental, se dieron ejemplos concretos, tales como el desbalance nutricional por depresión o ansiedad, la obesidad concretamente como consecuencia de un patrón cultural en el que se considera que gordura es sinónimo de abundancia y prosperidad económica, así como de la ansiedad. Se mencionó, además, en una de las doce entrevistas, que el tratamiento de la desnutrición debe ser abordada por me-

dio de un tratamiento en salud mental.

“(...) yo creo que todas las enfermedades de salud mental afectan de alguna forma el apetito del paciente y la forma en la que comen también” (E9, 4).

Respecto a la relación causal de estado o salud mental como consecuencia de nutrición, se mencionó explícitamente por un lado la relación de trastorno de salud mental o sintomatología anímica como consecuencia de malnutrición y/o hipovitaminosis. Entre los ejemplos concretos mencionados por los entrevistados, se indicaron la demencia o el deterioro cognitivo relacionado con hipovitaminosis, la depresión y ansiedad como consecuencia de malnutrición, patologías mentales sin especificar como consecuencia de déficit de micronutrientes durante la gestación y primeros años de vida, así como sintomatologías tales como somnolencia y/o decaimiento, deterioro cognitivo nuevamente, o síntomas depresivos por déficit de vitamina B12. Se señaló, adicionalmente, en tres de las doce entrevistas que el estado o salud mental puede verse influenciado por la nutrición, dada la sensación subjetiva de bienestar que tienen las personas al alimentarse bien. Es decir, se refiere al bienestar como consecuencia no del valor nutricional de la comida sana, sino al valor propio otorgado por la persona. Por último, respecto a esta misma relación causal, se menciona únicamente en una de las entrevistas respecto a un estado nutricional generador de sintomatología anímica como consecuencia de la malabsorción de nutrientes causada por condiciones físicas.

“(...) siento que está relacionado con el bienestar mental (...) la nutrición. Porque una persona mal nutrida puede generar problemas mentales. (...) No sé, la gente que está con depresión come súper mal” (E5, 4).

“No sé, por ejemplo, yo lo he notado que como comer más verduras o más frutas te hacen sentir más bien mentalmente, no sé si será como por el contenido nutritivo, pero tú también asocias que estás comiendo algo bueno para tu cuerpo” (E7, 6).

Respecto a la relación bidireccional entre nutrición-salud mental, en dos de las doce entrevistas se menciona no sólo la a la nutrición en sí, sino a enfermedades o salud física relacionadas con la nutrición, las cuales se relacionan con la sa-

lud mental también. Por ejemplo, se relaciona la diabetes con la depresión, en tanto la diabetes puede generar depresión por diversas implicancias, y dicha depresión empeora la diabetes. Se relaciona, de la misma manera, los carbohidratos con síntomas depresivos, donde dichos síntomas llevan a la persona a buscar el consumo mayor de carbohidratos.

“(...) cuando la gente está muy depresiva (...) le da ganas de comer un pedazo de torta o un chocolate, (...) eso mismo va haciendo que después haya como una cierta fatiga, o sea como ... bueno, un aumento del peso que les impide hacer muchas cosas, esto ayuda a fortalecer un poco la depresión y también a volver a comer” (E12, 18).

Para finalizar respecto a la relación entre nutrición y salud mental, en tan solo una de las doce entrevistas se mencionó como fundamento de la asociación o relación entre nutrición y salud mental al tratamiento integral de los pacientes.

Respecto a los resultados del grado de conocimiento en la diferencia entre nutracéuticos, alimentos fortificados y alimentación balanceada, se dieron los siguientes resultados: en cuanto al nivel de conocimiento, el que obtuvo mayor reconocimiento efectivo fue el de la alimentación balanceada, en tanto siete de los doce entrevistados conocían a lo que se refería la alimentación balanceada, muchas veces mencionando las implicancias que la misma tiene. Cuatro entrevistados respondieron qué es la alimentación balanceada de forma deductiva. Se mencionó, por ejemplo, respecto a “comer de todo en porciones correctas”, o el “tener los componentes necesarios de la dieta”.

Por otro lado, respecto a los alimentos fortificados, únicamente uno de los doce entrevistados mencionó de forma efectiva a lo que se refieren dichos alimentos. Este tipo de alimento fue la que más respuestas deductivas obtuvo, siendo siete los entrevistados que diferenciaron dichos alimentos de esta manera. Entre las respuestas se destacó la fortificación con vitaminas y/o minerales y/o determinados alimentos. Sin embargo, en una de dichas respuestas deductivas, en las que se hizo referencia al PACAM, la respuesta fue errónea, en tanto la persona entrevistada ejemplificó a los alimentos fortificados con el PACAM, haciendo referencia a un alimento fortificado que efectivamente es otorgado

por el MINSAL, pero que no es parte del PACAM específicamente.

Por último, respecto a nutracéuticos, tan solo dos de los entrevistados dieron respuestas deductivas, mencionando uno de ellos al concepto de nutracéuticos como suplementación específica.

“(...) alimentos fortificados, según lo que tengo entendido, podrían ser por ejemplo las fórmulas de inicio de los lactantes (...), o algunos alimentos que estén fortificados con alguna vitamina, o con algún alimento en particular. Así como nombres en este momento no recuerdo ninguno (...) Nosotras como enfermeras casi no hacemos muchas indicaciones en relación a eso. Y habitualmente cuando hay algún déficit, se vería más con médicos, o con especialistas como la nutri que en el fondo sabe cómo guiar de mejor forma ese déficit de tal nutriente para poder darle un alimento que esté fortificado con ese nutriente” (E6, 13; E6, 16).

Por último, en cuanto a la diferenciación entre nutracéuticos, alimentación balanceada y alimentos fortificados, nueve de los doce entrevistados reconocen desconocer a qué se refiere la palabra nutracéuticos.

“Conozco más o menos el tema de la alimentación balanceada, de los alimentos fortificados también, pero de los nutracéuticos es un concepto que no había escuchado antes” (E6, 9).

Respecto a la recomendación de estas tres opciones -nutracéuticos, alimentación balanceada y saludable y alimentos fortificados- a pacientes por parte del profesional de salud, once de los doce entrevistados mencionan recomendar la alimentación balanceada a sus pacientes durante su consulta o atención en el centro de APS. Se destaca, además, que dichas recomendaciones son hechas especialmente en casos de pacientes con enfermedades crónicas, tales como pacientes en plan de salud cardiovascular, con diabetes mellitus, con hipertensión, con anemia, o pacientes con síntomas depresivos y/ o ansiosos.

Respecto a la prescripción y/o recomendación de alimentos fortificados, mencionan principalmente las derivaciones a otros centros o profesionales de salud que les indicará a dichos pacientes alimentación fortificada. Lo anterior, se debe a que, por lo general, el paciente debe pasar por

control nutricional para recibir los alimentos fortificados otorgados por el MINSAL. Por su parte, el equipo médico también refiere derivar a otro profesional, siendo su rol únicamente el detectar tempranamente un desbalance nutricional o patología que requiera de alimentos fortificados. La principal derivación es, entonces, al nutricionista. En los casos en los que sí se menciona dar una recomendación o prescripción directa de dichos alimentos sin la necesidad de una derivación, se destaca la recomendación a adultos mayores enflaquecidos o deprimidos, siendo mencionado por dos de los doce entrevistados.

“De repente estoy pensando en el adulto mayor medio enflaquecido y medio deprimido como que uno de repente le recomienda el “Ensure”, por ejemplo, como alimento nutricional aparte, pero no con una indicación específica, de tantas calorías, fortificado en tanto, es algo más general” (E4, 13).

Por último, respecto a la recomendación o prescripción de nutracéuticos, se mencionó únicamente en dos entrevistas, una, refiriéndose a un suplemento alimenticio para la concreción, como el Omega 3, y el ácido fólico para las embarazadas.

Se observó en algunas ocasiones la no recomendación debido al desconocimiento, que se refiere a cuando el profesional de la salud menciona durante la entrevista explícitamente no recomienda y/ o prescribe determinada dieta, alimento fortificado o nutracéuticos -debido a desconocimiento-.

En cuanto al conocimiento de los recursos nutricionales otorgados por el MINSAL, por evocación libre se mencionaron: (gráfica 1).

- **Recursos para bebés y niños que fueron mencionados:** LECHE PARA NIÑOS CON ALERGIA ESPECÍFICA (una vez); LECHE PURITA FORTIFICADA/ o leche por el programa del niños (seis veces); LECHE PARA PREMATUROS (dos veces); PURITA CEREAL (una vez); MI SOPITA (una vez). Se mencionó adicionalmente el Control del Niño Sano como un recurso, el cual si bien no es un producto otorgado por el MINSAL, fue mencionado por uno de los entrevistados.
- **Recursos para adultos mayores:** LECHE DEL ADULTO MAYOR (cinco veces); SOPA DEL ADULTO MAYOR (siete veces)
- **Recursos para mujeres embarazadas:** LECHE PURITA MAMÁ (cuatro veces)

Se menciona, además, en una de las entrevistas, como un recurso la posibilidad de derivar al nutricionista a las mujeres embarazadas que consultan, lo cual, a pesar de no ser un producto otorgado por el MINSAL, es efectivamente un servicio otorgado por ellos.

Por último, en dos entrevistas se hace referencia a las Guías Clínicas MINSAL, lo cual, si bien no es un recurso nutricional otorgado por el MINSAL, es un documento que sirve de referencia para los profesionales de la salud.

Respecto al reconocimiento de etiquetas (Gráfico 2), al momento de explicar cada uno de los conceptos de estas, hubo reconocimientos efectivos, parciales, deductivos, erróneos, así como no reconocimiento.

“(…) Dieta mediterránea es como la dieta que está en Italia ¿o no?, que es como rica en ácidos grasos, omega 3, omega 6, verduras, mmm no sé, como que lo asocio mucho a eso, aceitunas, albahaca. Ácido fólico también creo que se le suplementa a las embarazadas, las harinas también vienen fortificadas con ácido fólico. La leche purita fortificada es para los niños menores de 1 año me parece. Dieta sin gluten es cualquier dieta que no tenga gluten, o sea derivados de harina de trigo, de centeno, los TACC” (E7, 27).

Entonces, respecto al reconocimiento de dietas, la que mayor reconocimiento efectivo tuvo fue la DIETA SIN GLUTEN, siendo explicada de manera correcta por ocho de los doce entrevistados. La DIETA INDIVIDUALIZADA POR EVALUACIÓN NUTRICIONAL fue reconocida y explicada efectivamente por cinco entrevistados y deducida por dos, mientras que la DIETA MEDITERRÁNEA por cuatro de los doce entrevistados fue reconocida efectivamente y una vez deductivamente.

Respecto a los alimentos fortificados, la que mayor reconocimiento efectivo tuvo fue la PURITA MAMÁ, siendo explicada de forma correcta y lo suficientemente completa por seis entrevistados. Además, fue reconocida parcialmente en tres entrevistas y deductivamente en una. Por su parte la FÓRMULA PARA PREMATUROS fue reconocida efectivamente por cuatro de los doce entrevistados y parcialmente por tres. La CREMA “AÑOS DORADOS” fue efectivamente reconocida por cuatro de los doce entrevistados y por tres de éstos lo fue parcialmente. Tres de los entrevistados

reconocieron y explicaron de forma efectiva la LECHE PURITA FORTIFICADA, así como la BEBIDA LÁCTEA “AÑOS DORADOS”. Éstas últimas fueron explicadas de forma parcial o correcta en tres entrevistas, pero sin una clasificación clara y deducida una vez. Por último, únicamente dos personas reconocieron de forma efectiva el concepto de PURITA CEREAL, sin embargo, fue la que más veces fue explicada de forma parcial, apareciendo en cuatro entrevistas.

Respecto a nutracéuticos, se reconoció de forma efectiva principalmente el ácido fólico, por cuatro de los doce entrevistados y parcialmente por tres. La tiamina y la piridoxina, fue explicada de forma correcta por dos entrevistados cada una y parcial por tres y una respectivamente, así como deductivamente una vez la piridoxina. Mientras que tanto el complejo vitamina B, así como la cianocobalamina, fueron explicados de forma efectiva por un entrevistado -cada una-. Sin embargo, este primero fue el que mayor reconocimiento parcial obtuvo, apareciendo en siete de las doce entrevistas, mientras que la vitamina B12 fue reconocida de esa manera solo una vez. La vitamina B12 y polivitamínico fueron relacionadas deductivamente una vez. Cabe recordar que no se pidió clasificar de nutracéuticos a los elementos anteriormente mencionados ya que era un concepto que ninguno de los entrevistados logró reconocer.

“el polivitamínico pues trae todo (...), la piridoxina igual se utiliza, más la tiamina en alcohólicos por ejemplo por déficit de tiamina, la piridoxina también se utiliza en alcohólicos, eso en realidad” (E9, 21).

“Polivitamínico en general es alguna medida como bien estándar en cuanto a vitaminas, en general se consume hartó y está disponible acá también, pero no sé el impacto que tenga realmente en salud, en algo más, uno lo deja más a petición del paciente” (E4, 17).

Respecto a las respuestas consideradas como erróneas, se dio una vez al momento de explicar el concepto de DIETA MEDITERRÁNEA, tres veces al momento de referirse al alimento fortificado MI SOPITA, y una vez con la LECHE PURITA FORTIFICADA. En cuanto a nutracéuticos, por último, se dio una vez un reconocimiento erróneo del ácido fólico.

Por último, se dio en diversas ocasiones que el entrevistado menciona explícitamente no reconocer ciertos conceptos. En cuanto a las dietas, dos veces se mencionó no reconocer la DIETA MEDITERRÁNEA, una vez la DIETA ESTRUCTURADA y una vez la DIETA SIN GLUTEN, correspondiendo a la misma la persona entrevistada que no reconoció las dos últimas. En cuanto al no reconocimiento de los alimentos fortificados, se dio en tres entrevistas que mencionaron no reconocer la MI SOPITA. En una de estas entrevistas se reconoce tampoco conocer la PURITA CEREAL y la TIAMINA.

Posterior al reconocimiento de etiquetas, los entrevistados vuelven a mencionar las prescripciones o recomendaciones que hacen como profesionales de la salud. Respecto a las prescripciones con receta, se menciona que se las hace en cuatro entrevistas, todas correspondientes a profesionales con títulos de médicos. Entre estos, cuatro mencionan recetar neurobionta como una suerte de placebo tras petición del paciente, cinco indican recetar vitaminas en caso de anemia, tres recetan polivitamínico a demanda del paciente, y tres mencionan recetar ácido fólico a pacientes embarazadas. Respecto a la alimentación balanceada, se menciona en una entrevista, también de un profesional de la salud con título de médico, el prescribir una dieta balanceada y saludable a pacientes en plan cardiovascular.

“(...) nutracéuticos (...), uno los da como pensando en alguna patología, a menos que tú quieras dar neurobionta que es como el placebo más utilizado en APS” (E2, 45).

Respecto a las recomendaciones después de haber visto las etiquetas, en tres entrevistas se mencionó recomendar, mas no prescribir, alimentación balanceada y saludable, mencionando uno de ellos el reforzar el plan nutricional de pacientes en control. Respecto a la recomendación de alimentos fortificados, se menciona en dos entrevistas respectivamente la PURITA CEREAL, la CREMA “AÑOS DORADOS” y la PURITA MAMÁ. En cuanto a la recomendación de la PURITA FORTIFICADA a los niños, ésta aparece una vez, así como la recomendación de la FÓRMULA PARA PREMATUROS.

Respecto a las derivaciones, se menciona en la misma entrevista la recomendación de derivación a nutricionista y/o a asistente social. La pro-

fesional que menciona lo anterior es profesional de la salud con título de psicóloga.

“A veces igual hay casos de adultos mayores que se toman un té durante todo el día porque no les alcanza la jubilación. Ahí los derivó a asistente social, a nutricionista para poder incluirlos en el plan años dorados. Y muchas veces esto pasa por desconocimiento en este lugar que estamos acá”. (E12, 39).

Respecto a las intervenciones recomendadas, se preguntó a los entrevistados cuáles serían las más efectivas para profesionales de salud y cuáles para paciente a la hora de tomar en cuenta la relación entre nutrición y salud mental. Respecto a las intervenciones efectivas recomendadas para profesionales de salud se identificaron recursos o intervenciones en sí recomendados, así como sus facilitadores y obstaculizadores. En cuanto a las intervenciones recomendadas para pacientes, se trabajó de igual forma: intervenciones recomendadas y los distintos facilitadores y/o obstaculizadores.

Sobre los recursos o intervenciones en sí recomendadas para profesionales de la salud, destacan los cursos de capacitación, siendo referido por ocho de los doce entrevistados. Cabe mencionar que dos de éstos dicen que deberían realizarse con un enfoque multidisciplinario, así como multiestamental. Por otra parte, dos de los doce entrevistados refieren que se debería abordar esta temática en cursos de pregrado. De igual forma, en dos entrevistas se plantea la posibilidad de una difusión de documentación con la información correspondiente. Se menciona, además, en una de las entrevistas la necesidad de “Tips claros”, en dicha información, y en otra, la posibilidad de una página web.

Respecto a los facilitadores de dichas intervenciones, surge la necesidad de un espacio para esta temática en reuniones de equipo, siendo mencionada por dos de los doce entrevistados. Por su parte, la validación por parte de recursos humanos de las capacitaciones anteriormente mencionadas, los incentivos dentro del consultorio, el convencimiento por parte del profesional de salud de la importancia de la nutrición, así como tener presente la singularidad de cada paciente son mencionadas por un entrevistado respectivamente.

“Yo creo que una es capacitación en el tema, yo creo que la salud mental se aborda harto como desde las normas, como desde la meta, desde el medicamento, pero no como desde un estado más nutricional, lo que favorecería una desmedicización un poquito” (E4, 32).

Como obstaculizadores para la efectividad de las intervenciones recomendadas para los profesionales de salud, se hace mención al sesgo por especialidad del personal médico, así como el temor a pasar a llevar al/la nutricionista al momento de dar indicaciones nutricionales.

Por otra parte, respecto a recursos o intervenciones en sí recomendadas para pacientes, la educación es mencionada por siete de los doce entrevistados. De éstos, uno menciona educación escolar, uno educación a consultantes mediante talleres y uno mediante la demostración de cocina saludable. Tres de doce entrevistados refieren consejería como un recurso recomendado. La entrevista motivacional, así como la creación y utilización de folletos son mencionadas por un entrevistado cada una.

Respecto a facilitadores para la efectividad de las intervenciones recomendadas para pacientes, se indica la necesidad de una mayor accesibilidad a la hora con el/la nutricionista, así como una mayor personalización a la hora de hacer la recomendación nutricional a cada paciente, es decir, el tomar en cuenta la importancia de la singularidad de cada persona que consulta.

“Yo creo que más educación, horas disponibles en atención primaria para la nutricionista que sean más libres, no solo las estructuradas por el ministerio de salud, sino que tengan que ver más con la motivación del paciente (...)” (E3, 35).

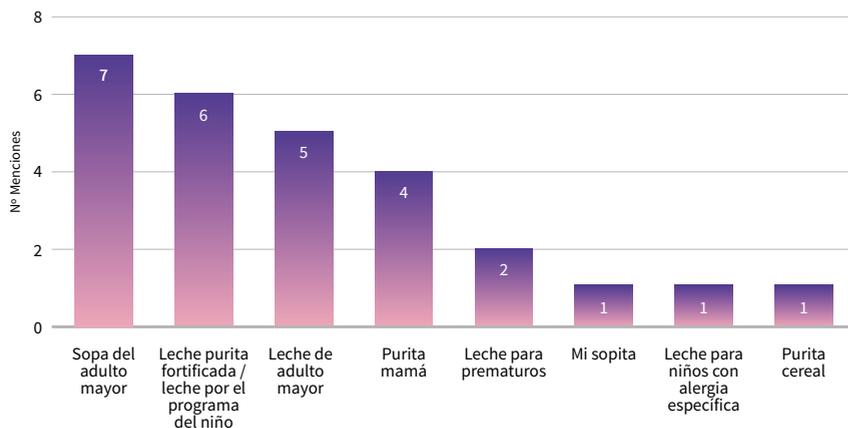
En cuanto a los obstaculizadores para la efectividad de las intervenciones con los pacientes, se destaca la baja adherencia de estos respecto a las recomendaciones nutricionales, siendo dicho problema mencionado en tres entrevistas. Se refiere como causa de esta, motivos económicos, falta de autovalencia, foco de atención de la personal en el cuadro de salud mental que está cursando, y baja adherencia en sí a cambio de hábitos, mencionada una vez cada una. Por su parte, también se menciona la no credibilidad a profesionales de salud que no pertenecan al estamento médico, así como la falta de

tiempo en la consulta como obstaculizadores, siendo mencionado por dos entrevistados cada una. Entre otros aspectos que obstaculizan la efectividad de las intervenciones con pacientes, se destacan el hecho de que los médicos manejan menos información que el/la nutricionista, el hecho de que las horas del nutricionista son destinada prioritariamente a programas de pacientes crónicos, así como una baja valoración

de talleres e intervenciones comunitarias, siendo mencionados dichos obstaculizadores una vez por distintos entrevistados.

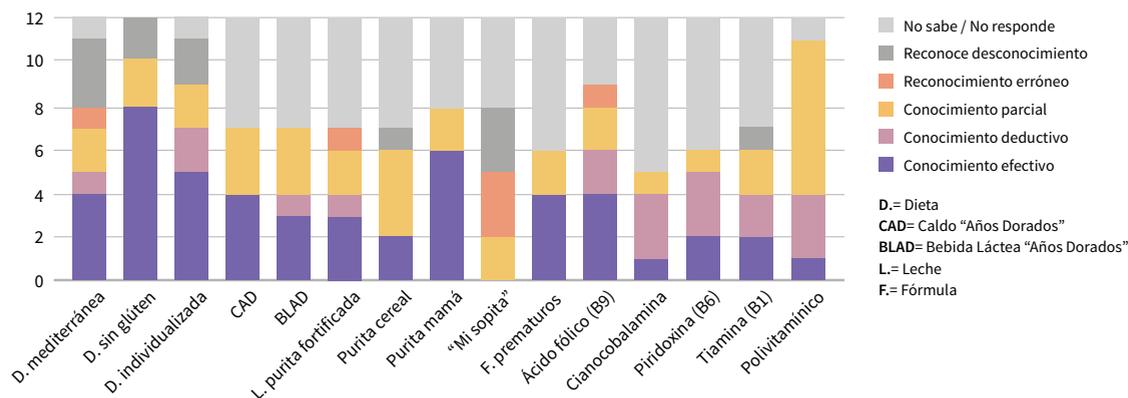
“(...) lo que es mi tarea es derivarlos al nutricionista y eso sí lo he hecho en varias ocasiones. Ahí hay una limitación porque las horas de nutricionista están muy destinadas para programas más crónicos, entonces las horas son super limitadas.” (E12, 35).

Gráfico 1: Frecuencia de evocación libre de recursos nutricionales de MINSAL.



Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 2: Nivel de reconocimiento de recursos nutricionales de MINSAL.



Fuente: *Elaboración propia.*

6.3.2 Resultados Clasificación Etiquetas

81 etiquetas con el nombre de recursos del MINSAL fueron clasificadas como “ALIMENTOS FORTIFICADOS”, de los cuales 5 fueron asignados erróneamente. Éstos corresponden a DIETA INDIVIDUALIZADA POR EVALUACIÓN NUTRICIONAL, DIETA SIN GLUTEN, ÁCIDO FÓLICO (B9), TIAMINA (B1) y POLIVITAMÍNICO.

Respecto a “DIETA ESTRUCTURADA”, 42 etiquetas fueron clasificadas de esta manera, encontrándose 8 asignaciones erróneas, correspondientes. Las tres etiquetas que más indujeron a error fueron “MI SOPITA”, PURITA CEREAL y CREMA “AÑOS DORADOS”, siendo clasificados dos veces equivocadamente cada uno. Los otros errores corresponden a LECHE PURITA FORTIFICADA y BEBIDA LÁCTEA “AÑOS DORADOS”.

“NUTRACÉUTICOS” corresponde a la clasificación mejor lograda porcentualmente. No hubo error en las 42 etiquetas asignadas. Cabe mencionar que dos entrevistados no clasificaron ninguna etiqueta a esta categoría al desconocer el concepto de nutraceutico.

Por último, solamente etiquetas correspondientes a nutraceuticos se clasificaron como desconocidas por los entrevistados. La etiqueta que más se repitió fue POLIVITAMÍNICOS y CIANOCOBALAMINA (B12), tres veces cada uno. También se reconoció desconocimiento ante TIAMINA (B1), PIRIDOXINA (B6) y ÁCIDO FÓLICO (B9), una vez cada una.

6.3.3 Resultados cuestionario

Respecto a los resultados del cuestionario que se les dio a los y las entrevistadas, once de los doce respondieron que sí estarían interesada/os en recibir información del estudio a futuro. Ocho de ellos calificaron como muy importante la relación entre nutrición y salud mental. Los demás, calificaron como medianamente importante, dos de ellos calificando con un cinco de diez a la importancia de dicha relación, y el otro con un seis. El promedio de esta pregunta, el mayor de todos fue de 8,83 en EVA (gráfico 3). Respecto a la escala de uno al diez con la pregunta de qué tanto pregunta dicho profesional a sus pacientes con problemáticas de salud mental respecto a su alimentación, seis responden con números mayores a cinco, siendo 1 nunca y 10 siempre. El resto, responden con cinco o números menores,

siendo dos de ellos que responden con un dos. El promedio de esta pregunta resultó de 5,67.

Respecto a la tercera pregunta: “En el caso de pacientes con problemáticas o diagnósticos de salud mental: Del 1 al 10, ¿qué tanto recomienda usted una dieta balanceada? Siendo 1 nunca y 10 siempre”, cuatro de los entrevistados responden con un 10, es decir, siempre, Uno responde con un 8, mientras que el resto de los entrevistados responden con menos de 5, respondiendo dos de ellos con un 1, es decir, con un “nunca”. El promedio en este caso fue de 5,58.

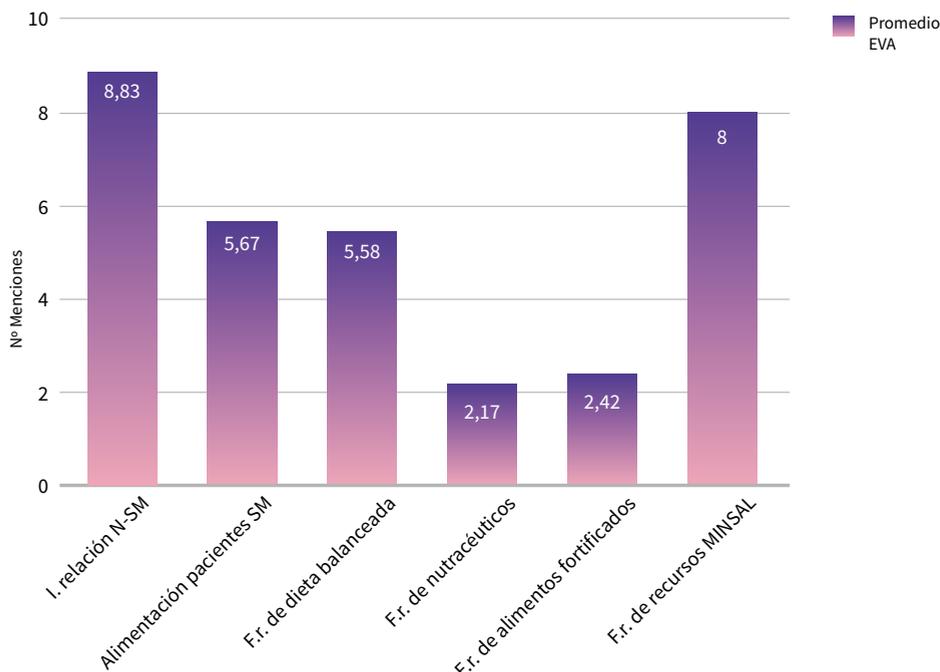
En cuanto a la cuarta pregunta del cuestionario: “Del 1 al 10, ¿qué tanto recomienda usted el uso de nutraceuticos? Siendo 1 nunca y 10 siempre”, seis de los entrevistados responden con un 1, que significa que nunca lo hacen. Cinco de los demás responden con un 2 y 3, proponiendo que lo recomiendan casi nunca, mientras que uno de ellos responde con un 7, refiriéndose a que lo hace, pero no siempre. El promedio de esta pregunta fue el menor de todos, con 2,17 en EVA.

Por otro lado, en la quinta pregunta: Del 1 al 10, ¿qué tanto recomienda usted el uso de alimentos fortificados? Se excluyen los recursos otorgados por el MINSAL, sino que se refiere a alimentos en el mercado libre que se hacen llamar fortificados, seis de los entrevistados responden con un 1, cinco responden con calificaciones menores a 5, y uno responde con un 9. El promedio en este caso fue el segundo más bajo, con 2,41.

Ante la sexta pregunta “¿qué tanto recomienda usted en su consulta el uso de los recursos nutricionales otorgados por el MINSAL?”, seis de los doce entrevistados refieren 10, tres dicen 9, uno 5, otro 3 y el último 1. El promedio en este caso fue el segundo mayor con 8,00 en EVA.

Por último, respecto a la última pregunta: ¿Cuántas horas estaría usted dispuesto a asistir a una capacitación respecto a este tema de la relación entre nutrición y salud mental? Una persona respondió “20 horas”, otra “9 horas”, cuatro personas respondieron “8 horas”, una persona refirió “6 horas”, dos personas prefirieron “2 horas”, una “entre 2 a 5 horas” y otra “las necesarias”. El promedio de horas resultó 7 aproximadamente.

Gráfico 3: Percepción de importancia y frecuencia de recomendación de alimentos por profesionales de salud.



EVA Importancia: 0= nada importante y 10= muy importante

EVA Frecuencia de recomendación: 0=nunca y 10= siempre

I. relación N-SM: Percepción importancia relación nutrición y salud mental.

Alimentación pacientes SM: Percepción importancia en preguntar por alimentación de pacientes que consultan por salud mental.

F.r.: Frecuencia de recomendación (considerar alimentos fortificados excluyendo a los otorgados por el MINSAL).

Fuente: *Elaboración propia.*

DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica, en la que se examinó la información disponible respecto a la relación folato y depresión (Venkatasubramanian et al, 2013; Stewart et al, 2017; Yan et al, 2017), y folato y demencia (Ma et al, 2015; Chen et al, 2016), se puede dar cuenta de que si bien la literatura muestra efectivamente una asociación entre la exposición al folato y la disminución en síntomas depresivos y signos de deterioro cognitivo, los profesionales de la salud únicamente relacionaron el folato como suplemento utilizado en embarazadas. Ninguno de los doce entrevistados, mencionan una relación entre esta vitamina y depresión o demencia, por ejemplo. Sin embargo, es relevante mencionar que la información respecto a cómo utilizar este recurso para disminuir los síntomas depresivos es escasa, la información

respecto a la dosis a aplicar y si la intervención debiese ser únicamente con folato o adyuvante a otros antidepresivos es muy heterogénea, por lo que esta relación se debería seguir estudiando. Adicionalmente, las escalas que se utilizaron en los diversos estudios son variadas, por lo que se podría pensar en una probable falla tanto en la validez como en la confiabilidad de los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica. Por su parte, los estudios de folato en demencia muestran una heterogeneidad respecto a la dosis utilizada, si se administran como coadyuvante, así como al instrumento de medición. A pesar de que la literatura encontrada utilizada es similar en cuanto al nivel de evidencia, tiempo de exposición y participantes, faltan estudios para poder atribuir causalidad. Cabe mencionar que las dosis utilizadas en los estudios son similares o inferiores a los comprimidos disponibles en cada CESFAM.

En cuanto a la relación entre Vitamina D y depresión (Wang et al, 2013; Frandsen et al, 2014; Li et al, 2014; Shaffer et al, 2014; Zhang et al, 2014; Gowda et al, 2015; Sepehrmanesh et al, 2015; Wang et al, 2016; Ghaderi et al, 2017; Marsh et al, 2017; Penckofer et al, 2017), los estudios dan resultados controversiales, sin lograr dejar clara esta asociación. La literatura que asocia Vitamina D y demencia (Andreeva et al, 2014) tampoco es concluyente. Por su parte, los entrevistados no hacen relación alguna entre esta vitamina y la depresión o demencia en específico, lo que podría deberse a esta falta de claridad en la literatura, entre otras cosas. La metodología utilizada en este tipo de estudios no permite obtener un nivel de evidencia lo suficientemente fuerte, a la vez que las dosis utilizadas eran muy heterogéneas respecto a dosis, frecuencia de administración y tiempo de exposición. La vitamina D disponible en los CESFAM corresponden a dosis inferiores de las estudiadas en la literatura.

Respecto al complejo B y su relación con la depresión, la literatura (Almeida et al, 2014; Kaplan et al, 2015; Lee et al, 2016) demuestra efectivamente una asociación entre este polivitamínico y la reducción de síntomas depresivos. Cabe mencionar que, por el diseño de los estudios revisados, no se permite distinguir a qué vitamina del complejo se pueden atribuir estos efectos o si es la utilización de estos en conjunto. 2 de los 3 estudios no referían la proporción y/o cantidad de cada nutriente en el polivitamínico administrado (Kaplan et al, 2015; Lee et al, 2016). Por su parte, esta asociación entre polivitamínicos y depresión, podría explicar la demanda mencionada por los entrevistados por parte de los pacientes adultos mayores de la “Neurobionta”. Si bien la piden quejándose de afecciones fisiológicas, los profesionales de la salud consideran que el efecto es placebo o admiten desconocer si tiene algún efecto. A pesar de mencionar que efectivamente recetan este polivitamínico, al momento de pedirles el orden de las etiquetas, el complejo B fue el que más se puso en la categoría de “desconocimiento”, demostrándose, de esta manera, que los profesionales de la salud no saben que el complejo B es un polivitamínico.

Si bien lo reconocieron dentro de la categoría de nutracéuticos, se considera que fue más por descarte que por conocimiento efectivo. En los casos en los que recomiendan el complejo B, sin

demanda del paciente, son casos como anemia por déficit de vitamina B12 o déficit de vitamina B1 por consumo de alcohol. Respecto a los resultados de la revisión bibliográfica de Complejo B en demencia (Hankey et al, 2013; Kim H. et al, 2014; Remington et al, 2015; Lee et al, 2016; Rommer et al, 2016; Shankle et al, 2016; Zhang et al, 2017), en la literatura se observan resultados positivos en cuanto a sus efectos. En esta misma línea, ninguno de los doce entrevistados relaciona el uso del Complejo B como intervención o factor protector en demencia o deterioro cognitivo, por lo que cabe preguntarse sobre las metodologías de actualización de conocimientos de éstos o por su interés en el tema.

Tras la revisión bibliográfica, no se encontraron resultados de la asociación entre vitamina B1 y demencia que cumpliera con los requisitos de inclusión. Por otra parte, solamente un estudio primario fue encontrado sobre esta vitamina en depresión (Ghlaleiha et al, 2016), demostrando una asociación positiva como protector de síntomas depresivos con una dosis menor a la disponible en los CESFAM. No es posible realizar conclusiones a partir de un solo estudio primario, por lo que se requiere seguir investigando sobre el rol de la vitamina B1 en depresión, además de demencia. Este mismo desconocimiento se pudo evidenciar parcialmente en las entrevistas al no ser reconocida o ser clasificada erróneamente por profesionales de salud. Cabe mencionar que sí se menciona ésta en el contexto de uso de polivitamínicos para tratar su deficiencia por consumo de alcohol.

En contraparte, no se encontraron resultados sobre vitamina B6 y depresión que cumpliera con los criterios de inclusión. Sin embargo, se encontró un estudio sobre el rol de esta vitamina en demencia (Hughes et al, 2017), siendo un factor protector de deterioro cognitivo. No se pueden sacar conclusiones a partir de un estudio primario, por lo que se requiere seguir investigando esta asociación. Esta escasez de información podría explicar el nulo conocimiento por parte de los profesionales de salud en cuanto al rol de vitamina B6 en demencia u otra afección de salud mental.

Llama la atención la falta de evidencia a nivel nacional sobre la relación entre nutrición y salud mental, especialmente afecciones de índole psiquiátrico, considerando que epide-

miológicamente presentamos como país una alta prevalencia de depresión, que no siempre es tratada (MINSAL, 2018.a) y es fuente de gran parte de las licencias médicas en Chile (Superintendencia de Seguridad Social, 2017), junto a altos niveles de malnutrición por exceso (MINSAL, 2017.a) así como desnutrición de micronutrientes como la vitamina D (MINSAL, 2018.b). Como se mencionó anteriormente, todos los nutracéuticos del presente estudio están disponibles en el arsenal farmacológico de cada CESFAM (Resolución Núm. 87 exenta, 2017) en dosis relevantes. Además, a pesar de que los entrevistados reportaron recomendarlos muy infrecuentemente, probablemente a causa del desconocimiento (gráfico 3), los nutracéuticos lograron ser más reconocidos por deducción que los otros recursos (gráfico 2). A partir de esto podríamos plantear que sería útil introducir este concepto a la práctica clínica a través de capacitaciones, en donde los recursos otorgados por el MINSAL son mucho más frecuentemente recomendados a los pacientes, que los alimentos fortificados no otorgados por el Ministerio. Cabe recordar que estos datos no buscan ser representativos sino una herramienta para comparar percepciones y prácticas de los profesionales de salud entrevistados en el presente trabajo.

Respecto a las entrevistas semiestructuradas, el desconocimiento de los profesionales en torno a la relación entre nutrición y salud mental es transversal. Si bien era conocido que alteraciones psiquiátricas pueden afectar los hábitos y forma de alimentación de las personas, generando malnutrición, era poco referida la relación en el sentido contrario. A su vez, el profesional se preocupaba de la calidad de alimentación, así como de posibles suplementos a ésta sólo cuando el paciente presentaba bajo peso, desconociendo la desnutrición por micronutrientes. También llama la atención el manejo parcial por parte de los profesionales en torno a los recursos otorgados por el MINSAL. Si bien esto podría, en parte, ser debido a que los entrevistados tenían pocos años de práctica profesional, es alarmante que los mismos profesionales de la salud no conozcan dichos recursos, y que no sean capacitados ni en el mismo centro ni en los institutos o universidades en donde se formaron. Cabe mencionar que la dieta más reconocida por los profesionales de salud es la dieta sin gluten. Parece entonces necesario conocer la influencia del contexto cul-

tural en la adquisición de conocimientos para el manejo clínico. Siendo, por ejemplo, la dieta mediterránea mucho más relevante para el contexto epidemiológico chileno (Dussaillant, Echeverría, Urquiaga, Velasco, & Rigotti, 2016), pero que fue escasamente reconocida por los entrevistados.

El gran interés por conocer más sobre la temática fue un elemento común en la mayoría de las entrevistas, lo que se condice con que la intervención efectiva más recomendada para profesionales de salud sean cursos de capacitación. Esto resulta un buen antecedente respecto a la recepción que podría tener una intervención de este tipo. Además, surge la idea de una capacitación con un enfoque multiestamental, ya que los entrevistados describen una fragmentación por profesiones en cuanto a la información y coordinación de los equipos, lo que dificulta una atención coherente e integral a los pacientes. Este sesgo por estamento también aparece en la valoración de cada profesional por parte de los pacientes, a pesar de que la percepción de éstos no tenga relación con las capacidades y formación de cada persona del equipo de salud. Respecto a intervenciones en pacientes, también destaca la educación hacia éstos, ya sea desde la formación escolar a talleres en el consultorio para sus usuarios. Este elemento evidencia una necesidad de prevención y abordaje de las necesidades de cada paciente en APS más allá de solamente la resolución o control de sus patologías.

PROPUESTA DE UNA POLÍTICA PÚBLICA

8.1 Propuestas primarias

8.1.1 Cursos de capacitación

Los cursos de capacitación resultan ser la intervención más nombrada por los entrevistados para poder informar y educar a los diversos profesionales de la salud respecto a esta temática. Para ello, y enfocándonos en el campo de APS, proponemos la realización de capacitaciones a los profesionales de dichos centros. Para ello sugerimos:

- **Enfoque multidisciplinario:** debe considerar la interacción y la diferencia de currículums de los diversos profesionales de salud vinculados, con el objetivo de crear un ambiente multidisciplinario y de cooperación. Además, se sugiere una inscripción por cuota por estamentos a las capacita-

ciones, esto con tal de evitar la sobresaturación de un tipo de profesional en específico.

- **Que entregue facilitadores para la práctica clínica:** la adquisición de un hábito en los profesionales de salud debe ser potenciado con la entrega de material práctico y breve. Proponemos que estos cursos deben ir acompañados con instructivos sobre recomendaciones dietarias según los recursos del MINSAL disponibles, así como síntesis de las guías que emite esta entidad.

- **Certificación de cursos:** los cursos de capacitación corresponden a una inversión de tiempo por parte de los profesionales que atienden en APS. En este contexto, proponemos incentivar la educación continua mediante un sistema de validación de horas de capacitación que opere tanto donde el profesional se desempeña como a nivel nacional.

- **Manejo de recursos disponibles:** idealmente la capacitación debe abordar qué recursos están disponibles en el centro de salud correspondiente, así como los componentes de estos recursos. Los profesionales entrevistados refirieron mucho mayor uso a los recursos otorgados por el MINSAL que otros alimentos fortificados, por lo que debería ser más fácil introducir a la práctica el uso que pueden tener estos primeros en salud mental. Además, se debe considerar la capacitación del equipo médico en la formulación de recetas magistrales para indicar nutracéuticos en las dosis adecuadas, así como la incorporación de éstos en la ficha electrónica de las patologías de salud mental.

8.1.2 Investigación en Chile

Es necesario fomentar la investigación tanto en nutracéuticos y salud mental en Chile debido a la escasa evidencia existente a nivel nacional, a pesar de ser un país con altas tasas de malnutrición y patología mental (MINSAL 2017.a; 2018.a; 2018.b).

Al tratarse de un tema poco desarrollado, se hacen necesario estudios epidemiológicos y experimentales. Los resultados de deficiencia de vitamina D en mujeres y adultos mayores de la última ENS (MINSAL, 2018.b) abren una serie de interrogantes, pero a la vez dejarían ver un panorama general (una vez el MINSAL libere la base de datos). Otros estudios epidemiológicos se podrían llevar a cabo involucrando los niveles de vitamina B12 sanguíneos en la población local. Por

otra parte, a raíz de la heterogeneidad en cuanto a las dosis, frecuencia y tiempos de exposición en la literatura encontrada, a la hora de realizar estudios en pacientes chilenos, las dosis a usar podrían aproximarse a aquellas de los recursos farmacológicos y nutricionales disponibles en los CESFAM para facilitar su aplicación de los profesionales de salud a la población consultante.

A la luz de los resultados de estas investigaciones, se podría evaluar si la forma de presentación de nutracéuticos en los CESFAM es la adecuada o no. Dentro de los aspectos a evaluar se podría incluir dosis o adherencia y eficacia comparando comprimidos, soluciones inyectables y en alimentos fortificados.

8.1.3 Evaluación y reemplazo de modelo de APS por programa a enfoque integral en APS.

Según datos de la ENS 2016-2017, se estima que al menos 11 millones de personas con multimorbilidad requieren atención médica y control crónico anual de por vida, superando la capacidad de respuesta del sistema de salud chileno (Margozzini & Passi, 2018), lo que no se condice con un modelo de atención fragmentado por programas según patología (Téllez, 2017). Mientras que un 65,05% de las personas con hipertensión tienen conocimiento de su condición, sólo un 37,26% recibe tratamiento y un 16,49% va a control médico. Las cifras de personas con diabetes mellitus sigue esta misma tendencia; 78,49% de personas conocen su enfermedad, un 52,05% recibe tratamiento, pero sólo 34, 32% se controla (MINSAL, 2011.b). Respecto a salud mental, sólo el 18,7% de los pacientes ha recibido tratamiento en el último año, y de éstos, sólo un 36,1% se encuentra en tratamiento GES por depresión (MINSAL, 2018.a). En la misma línea, el informe *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage* de la OMS, OCDE y Banco Mundial (2018), plantea la integración como uno de los siete elementos de un sistema de salud de calidad, en donde una atención continua por el mismo profesional y con la información coordinada se traducen en mejores resultados en salud para el paciente (Schoen et al, 2011; Barker, Steventon, & Deeny, 2017).

En este contexto, y a la luz de los resultados del presente estudio, donde el equipo de salud refiere limitaciones a la hora de derivar a pacientes de salud mental a atención con nutricionista por tener mayor prioridad aquellos en progra-

mas de otras patologías, proponemos evaluar el reemplazo del modelo de APS fragmentado por programas hacia uno que integre las distintas patologías y condicionantes del paciente en un control único y con derivaciones atingentes a sus necesidades.

8.1.4 Integración gubernamental

Para fortalecer y dar a conocer de manera masiva la importante relación entre nutrición y salud mental, se debe considerar la posibilidad de una integración horizontal con programas nacionales relacionados con salud y nutrición como “Chile crece Contigo” y “Elige vivir sano”. Así, el objetivo de lograr una alimentación más saludable para la población es cubierto desde distintos ámbitos, llegando de forma eficiente a la gente. Por lo mismo, se debe considerar la integración gubernamental tanto del MINSAL como del Ministerio de Educación y del Ministerio de Desarrollo Social para lograr dicho propósito.

8.2 Propuestas secundarias

Dentro de nuestras propuestas secundarias, como proyecciones a futuro, consideramos dos enfoques: formación en pregrado y políticas públicas.

8.2.1 Formación en pregrado

A lo largo de nuestra investigación, surge la necesidad de fortalecer el conocimiento de la relación entre nutrición y salud mental desde la base formativa de los futuros profesionales de la salud, incluyendo esta información dentro de las mallas de pregrado de la distintas carreras (medicina, enfermería, psicología y nutrición). Además, en la carrera de medicina, al ser los profesionales encargados de diagnosticar enfermedades de carácter mental y recetar medicamentos, es importante fortalecer las indicaciones proporcionadas a los pacientes explicándoles claramente los pasos a seguir. Es importante generar conciencia interdisciplinaria, desde la formación de pregrado, para detectar las patologías mentales desde un concepto en común, de forma integral y humana. Para todo lo anterior sería necesario considerar en los ramos donde se aborda la nutrición, así como en aquellos de salud mental, abordar la relación entre las dos áreas, poniendo énfasis en la comunicación interprofesional sobre el tema. Por otro lado, nace la necesidad de formar a los futuros profesionales de salud en el funciona-

miento del sistema público y qué recursos están disponibles para su uso, así como el rol, con sus fortalezas y limitaciones, de cada integrante del equipo de salud.

8.2.2 Políticas públicas: Guías GES y coordinación estatal

Por otro lado, en el ámbito de las políticas públicas, consideramos relevante la inclusión en Guías GES del uso y medición de nutracéuticos. A su vez, la coordinación estratégica con la ley de etiquetado de alimentos, así como la educación a la población deben no solo evitar el consumo de grasas e hidratos de carbonos y alimentos procesados en general, sino que, además, deben informar sobre la inclusión de micronutrientes a la dieta en un futuro.

CONCLUSIONES

La evidencia respalda el uso de nutracéuticos para mejorar la sintomatología derivada de depresión y demencia, destacando el uso de vitaminas del complejo B. Se requiere seguir investigando los efectos de la vitamina D así como de cada vitamina del complejo B por sí misma en ambas patologías, ya sea por resultados mixtos o escasa cantidad y nivel de evidencia. Por su parte, la realización de revisiones sistemáticas con metaanálisis podrían aproximarse con mayor exactitud al efecto real de estas intervenciones que una revisión acotada enfocada en políticas públicas. Además, no se puede dejar de mencionar la gran necesidad de generar evidencia a nivel nacional, debido a la falta de desarrollo en el tema.

Por su parte, los profesionales de salud que atienden en APS desconocen la relación de nutrición en cuanto a resultados en salud mental, así como el concepto de nutracéuticos. A la vez, éstos poseen un conocimiento parcial respecto a los recursos nutricionales del MINSAL disponibles y su uso. El interés demostrado podría aprovecharse para realizar cursos de capacitación respecto al tema. Sin embargo, resulta necesario revisar la organización y coordinación de los controles de salud en APS para facilitar el acceso de pacientes que consultan por salud mental a consejería nutricional.

AGRADECIMIENTOS

El equipo agradece a los y las profesionales entrevistados, así como a todas las personas involucradas en coordinar los tiempos para su realización. Agradecemos particularmente a Melannie Arroyo, Marcela Bittner, Mariana Boncompte, Carmen Gloria Parodi, Javiera Martínez, Paola Negrón, Patricia Rodríguez, Mildred Rojas, Álvaro Téllez, Nicolás Zamorano y especialmente a José Moya, María Ignacia Arteaga, Constanza Caneo y Pablo Toro.





CAPÍTULO 2:

Mejora en la percepción de tiempos de espera en paraderos del Transantiago.

Profesor:

Vartan Ishanoglu, Ingeniería Civil

Ayudante:

Paula Toledo

Estudiantes:

Sebastián Encina, Arquitectura

Constanza Fredes, Economía y Administración

Ángela López, Ciencia Política

Bernardo Concha, Ingeniería

Juan José Martín, Ingeniería

Carlos Salamé, Ingeniería

Isabel Vega, Ingeniería

Daniel Vives, Ingeniería

RESUMEN

La problemática a tratar es la percepción del tiempo de espera de los usuarios del Transantiago en la ciudad de Santiago (Chile). El objetivo es levantar información respecto a qué tipo de intervenciones podrían realizarse en un paradero de bus y cuáles son efectivas para disminuir la percepción del tiempo de espera, y así, tener una mejor calidad de viaje.

Para ello, se realizaron intervenciones de carácter visual, auditivo y relacional en el paradero de buses “Avenida Simón Bolívar esquina María Barrientos” identificado con el código PD709 y ubicado en la comuna de La Reina. La primera intervención (visual) contempla la utilización de cómic ubicados en los paneles informativos de los paraderos; la segunda intervención (auditiva) fue realizada utilizando parlantes que emitían música clásica; la tercera intervención (relacional) contempló una delimitación del paradero mediante pintura en el suelo, habilitando una zona para la conversación, y la instalación de códigos QR que al ser escaneados con celular incentivan a la interacción entre los presentes.

Las intervenciones relacionales no tuvieron éxito, pues los usuarios no se involucraron. Por otro lado, las intervenciones visuales y auditivas se realizaron de forma iterativa. Se contrastaron las intervenciones realizadas al comparar el tiempo de espera percibido por el usuario, con respecto al tiempo real de espera. Los tiempos reales fueron cronometrados a partir del momento en que el usuario llegaba al paradero, mientras que el tiempo percibido se obtuvo mediante encuestas a los usuarios, realizadas al momento en que arribaba el bus.

El promedio de tiempo de espera real en el paradero intervenido fue 5,51 minutos. Para poder evaluar el éxito de las intervenciones se utilizó como indicador, la razón entre el tiempo de espera real y el tiempo percibido. Si este es mayor en una situación con intervención versus un escenario sin intervenir, se considera una intervención favorable, ya que el tiempo real de espera sería mayor que el percibido. Los resultados obtenidos señalan que sin ninguna intervención el promedio es de 0,85; con la intervención auditiva se obtuvo una razón de 1,06, mientras que con la intervención

visual se obtuvo un promedio de 1,03. Por lo tanto, se recomienda a las instituciones encargadas de mejorar el sistema de transporte público en Santiago que utilicen intervenciones ligadas a la estimulación auditiva en los paraderos de buses, con el fin de mejorar la experiencia de viaje de los usuarios y reducir la percepción del tiempo de espera.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo consiste en una investigación de pregrado, realizada por estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El proyecto se enmarca en el ramo “Integración de las SmartCities y Planificación Urbana Sustentable”, identificando los desafíos que presentan las ciudades actuales y la búsqueda de soluciones sustentables. La problemática se abordará en pos de llegar a una solución que acerque a Santiago a lo que entendemos como Smart City, una ciudad que impulsa e implementa el desarrollo tecnológico y social con el objetivo de solucionar problemas y mejorar la calidad de vida de sus habitantes. El objetivo es mejorar la experiencia de viaje en el transporte público con el fin de aumentar la preferencia de los habitantes por este medio de transporte.

La problemática son las percepciones del tiempo de espera de los usuarios del transporte público en la ciudad de Santiago, Chile. La literatura señala que dentro de los servicios provistos por el sistema de transporte público, aquellos que más impactan la percepción son la seguridad del paradero y el desempeño puntual de los buses (Yoh et al., 2011). Este estudio muestra que las tareas que las personas realizan durante la espera son un factor crucial en la apreciación del tiempo; por lo que se desarrollan intervenciones en los paraderos que mejoran la percepción de tiempos de espera.

El objetivo principal es encontrar intervenciones útiles que reduzcan la percepción de los tiempos de espera. Se comparan tres tipos de intervenciones: visual, auditiva y relacional; las cuales se desarrollan en el paradero de buses “Avenida Simón Bolívar esquina María Barrientos” identificado con el código PD709 ubicado en la comuna de La Reina.

Las instituciones responsables de mejorar el sistema de transporte público deben desarrollar intervenciones efectivas para reducir la percepción de los tiempos de espera, mejorando la experiencia de viaje de las personas, que día a día requieren movilizarse dentro de la ciudad. Si se implementan las medidas sugeridas, estas impactarán positivamente la calidad de vida de la población y que además fomenten la preferencia del transporte público, por sobre otras opciones como el automóvil; lo que permitiría reducir los niveles de contaminación, tráfico y avanzar hacia una ciudad más sustentable.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

La necesidad de movilización exige la elección de un sistema de transporte (automóvil, bicicleta, caminata, tren, y/o transporte público). En Santiago, existen alrededor de 6,2 millones de usuarios, que se trasladan a través de las 32 comunas que la conforman, utilizando el sistema de transporte público Transantiago. Este sistema presenta en promedio cerca de tres millones de transacciones. (Directorio de Transporte Público Metropolitano, 2018).

Transantiago se implementó el año 2007 como el nuevo sistema de transporte público metropolitano, reemplazando las antiguas “micro amarillas”, nombre popular que recibían aquellos buses. Sus principales objetivos eran: “aumentar el número de usuarios del transporte público, reducir los niveles de contaminación del aire, disminuir el número de vehículos en las regiones centrales, y aumentar la seguridad y confiabilidad del sistema de transporte público en Santiago” (Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, 2018, párr.1).

Este sistema utiliza buses de distintas empresas y modelos, donde el pago del pasaje se realiza con la Tarjeta Bip!, eliminando la caja de efectivo de los choferes. Para el año 2014, la reducción de las denuncias por robo en de 60% en los 16 puntos más problemáticos de Santiago (Emol, 2017). Otro cambio fue la modificación de los recorridos, ahora los buses tenían paradas fijas únicas, en paraderos diseñados y establecidos para esto; finalmente, cada bus es parte de una red de seguimiento digital, entre otras mejoras.

Finalizando el año 2017, la flota de Transantiago incluía 6.209 buses operacionales, 418 buses de reserva, y 54 buses auxiliares, y un total de 11.261 paraderos instalados (Directorio de Transporte Público Metropolitano, 2018).

La experiencia de uso de Transantiago contempla nueve puntos de contacto o interacción entre el sistema de transporte y el usuario, los cuales se muestran en la *Figura 1*. El tiempo total de viaje diario promedio corresponde a 71 minutos; sin embargo, existe un 23% de la población que tarda más de 120 minutos en trasladarse a sus destinos (Moovit, 2016). Considerando el promedio de viaje diario de ida y vuelta, y que dichos viajes se realizan 5 días a la semana durante un año, aproximadamente 26 días son destinados al transporte.

2.1 Experiencia de viaje de usuarios del transantiago

Figura 1: Journey map de un usuario promedio del Transantiago.



La *Figura 1* muestra al paradero como un componente en la experiencia de viaje de los usuarios. El paradero es considerado uno de los puntos de la infraestructura operativa del sistema con mayor valoración por parte de los usuarios; razón por la cual Transantiago está dispuesto a invertir entre los años 2016 y 2020 un total de \$35.252.432.000 CLP. (Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones, 2017).

Fuente: *Elaboración propia.*

Es en el paradero, donde las personas detienen su traslado de un origen a un destino específico, para esperar la llegada de un bus que sea útil para su viaje. Según el Reporte Global sobre el Uso del Transporte Público en las Ciudades 2016, en Santiago los tiempos totales de espera de un bus son en promedio 15 minutos, no obstante, un 21% de los usuarios esperan la llegada de un bus por más de 20 minutos. Por otro lado, en ciudades como Londres los tiempos de espera rodean los 13 minutos, siendo similares a los de la ciudad de Santiago (Moovit, 2016); sin embargo, la calidad del transporte público evaluada por sus usuarios es mucho menor en esta última.

Según el Índice de Movilidad Urbana Sostenible 2017, en el subíndice People, el cual mide factores como la confiabilidad del sistema, cobertura y popularidad, Santiago ocupa el lugar 26 del ranking siendo la segunda ciudad de Latinoamérica después de Río de Janeiro (lugar 18), mucho más abajo que ciudades asiáticas como Hong Kong y Tokio (primer y tercer lugar respectivamente) y ciudades europeas como París y Londres (se ubican en el octavo y décimo lugar) (Arcadis, 2017). Este ranking es importante, porque es un indicador de la preferencia de los ciudadanos por el transporte público por sobre medios de transporte privados (Arcadis, 2017).

La espera implica un estado de inactividad del usuario debido a que este tiempo no representa un avance en el traslado de su destino, y como se mencionó anteriormente esta situación es similar para los habitantes de Londres o Santiago. Incluso, es similar a nivel latinoamericano: en Ciudad de México el tiempo de espera promedio en un paradero es de 11 minutos; en Montevideo y Buenos Aires rodea los 14 minutos (Moovit, 2016). En Estados Unidos los tiempos de espera tampoco son muy diferentes: en Washington DC el promedio es de 19 minutos, mientras que en Boston, Nueva York y Chicago son de 15 minutos (Moovit, 2016).

Esta situación trae consecuencias en la experiencia de viaje de los usuarios, donde la percepción que estos poseen de los tiempos de espera pueden ser muy diferente a la realidad, identificándolos como mayores a los reales. De acuerdo con la memoria realizada por Martin Ovalle en la ciudad de Santiago de Chile el año 2010, se establece que los usuarios del Transantiago sobreestiman el tiempo de espera 1,7 veces para tiempos me-

nores o iguales a 16,72 minutos (Ramos, 2017). Lo anterior genera una situación de descontento frente al sistema de transporte en su conjunto.

¿Qué influye en la percepción del tiempo de espera?

John Wearden, profesor de la Universidad de Keele, RU, ha trabajado en la percepción del tiempo por más de treinta años. Wearden define que la percepción del tiempo de los seres humanos depende de la tarea que están haciendo. Las personas hacen juicios de tiempo basados en influencias externas (Carandell, 2012).

El tiempo de espera puede ser percibido de diversas formas bajo distintas circunstancias. En particular, el tiempo tiende a ser sobreestimado en ambientes hostiles y/o inseguros. Los ambientes inseguros incrementan el costo percibido relativo a la espera, ya que si los pasajeros consideran peligrosa una parada de buses, evitarán el riesgo del uso del transporte público. (Hess et al., 2005).

Yoh et al. (2011) estudian la percepción del tiempo para justificar la provisión de servicios como forma rentable de incrementar el uso del transporte público. Este estudio concluyó que la seguridad y el desempeño puntual contribuyen a una mejor percepción del tiempo por encima de los demás servicios, siendo muy importante para el 70% de los pasajeros sin importar los tiempos de espera.

En la misma línea, Li (2003) argumenta que la percepción del tiempo de viaje depende de diferentes factores ambientales: un factor es la comodidad que incluye la disponibilidad de asientos, iluminación, limpieza, entre otros; el segundo factor es el entretenimiento que abarca todo tipo de estímulos para olvidar el tiempo, sean estos visuales o auditivos. Según Li (2003), tales estímulos tienen diferentes efectos en la percepción del tiempo; si estos son repetitivos, el tiempo percibido tiende a aumentar y en el caso de la música el tiempo percibido varía según los gustos y preferencias.

En base a lo propuesto por Li sobre la percepción del tiempo de viaje, el objetivo de esta investigación es comprobar qué efectos tienen en la percepción del tiempo de espera diferentes tipos de intervenciones en los paraderos, incluidas las intervenciones visuales y auditivas, con el fin de

proponer nuevos lineamientos que permitan mejorar la experiencia.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Dos aspectos caracterizan la situación de la sociedad humana: el constante aumento demográfico y la tendencia hacia la urbanización. En el año 2014 cerca del 50% de la población mundial vivía en áreas urbanas y se espera que en el año 2050 este porcentaje sea cercano al 66% (Naciones Unidas, 2014). Chile no es la excepción: la población de la Región Metropolitana creció cerca de un 15% entre 2002 y 2017, por lo que se estima que actualmente concentra un 40,01% de la población total del país (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2018).

Estas dos claras tendencias, el crecimiento y la densificación de las ciudades, van acompañadas de una creciente demanda de servicios. El aumento de la población dentro de la ciudad y la expansión de esta, presentan constantes desafíos a los gobiernos y a los ciudadanos de todo el mundo, tales como la mayor demanda por transporte público y el aumento de los tiempos de viaje dentro de la ciudad.

La Encuesta Origen Destino del año 2012, indica que diariamente se realizan cerca de 18 millones de viajes en la ciudad de Santiago, lo que implica que en promedio se hacen casi tres viajes por habitante, de los cuales cerca de un 25% son en modo bip, es decir Metro o Transantiago, o combinación de ambos (Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, 2015). De ese 25%, el 78% son en modo bus, es decir, solo bus o bus y metro. (Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones, 2015). Por lo tanto, el transporte público es una parte fundamental de la vida urbana y un indicador clave al momento de medir la calidad de vida.

La importancia de entender qué influye en la percepción del tiempo de espera en los paraderos, es que permite implementar modificaciones que mejoren la experiencia de viaje. Es decir, proyectos que acepten la expansión de la ciudad en número de habitantes y territorios, y que no nieguen los tiempos (inevitables) de viaje y espera, sino que busquen hacer estos más a menos. De esta forma los usuarios tendrán una mejor experiencia de viaje, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y mayor lealtad hacia el servicio de transporte.

Iseki et al. (2012) identifican que el tiempo que los usuarios dedican a esperar, en transbordos o en caminar hacia el medio de transporte, es incluso más influyente en la percepción de la experiencia de viaje que el viaje en sí mismo, por lo que reducir las percepciones de dichos tiempos, puede mejorar los efectos en la calidad del viaje tanto como aumentar la velocidad de los buses.

La percepción del tiempo de espera en las paradas de bus está asociada con dos conceptos que han ganado fuerza en los últimos años, Ciudades Inteligentes (i.e SmartCities) y Ciudades Resilientes. El concepto de ciudades inteligentes tiene múltiples definiciones y apuntan a la utilización de diferentes tecnologías para solucionar problemas socioambientales dentro de las ciudades. Una de las principales críticas a las ciudades inteligentes es el hecho de que el mero uso de la tecnología deje de lado las reales necesidades de los ciudadanos (Suarez, 2014). El término de Ciudades Resilientes alude a la capacidad de las ciudades para adaptarse al cambio, “es una propiedad de los sistemas socio-ecológicos en constante evolución, puesto que los sistemas complejos, como los entornos urbanos, se encuentran en una situación de cambio constante y de búsqueda de sostenibilidad” (Suarez, 2014, p.124).

En ese sentido, una ciudad resiliente es una ciudad que si bien acepta que el crecimiento de la población y de la ciudad generan tiempos de viaje que son irreducibles, adopta mecanismos que hagan de este una mejor experiencia. A la vez, una ciudad inteligente no es solo una ciudad con múltiples tecnologías incorporadas, sino una ciudad que logra la mejor relación posible entre ciudadanos y servicio de transporte.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo abarca un análisis cualitativo, que revisa en la literatura los factores que inciden en la percepción de los tiempos de espera en los paraderos del sistema de transporte público. Se analizó el factor más relevante y dadas las condiciones que establece un paradero, se acotaron las posibilidades en tres grandes grupos: visuales, auditivas y relacionales.

Posteriormente, para llevar a cabo un análisis cuantitativo que permitiera identificar qué tipo de tareas son más útiles, se escogió un paradero de estudio, con un flujo de personas constante,

permitiendo la recolección de los testimonios de los usuarios en un corto período de tiempo.

Se escogió como paradero el de “Avenida Simón Bolívar esq. María Barrientos”, ubicado en la comuna de La Reina (ver Anexo), el cual abarca dos recorridos de buses: D01 y D02. Los recorridos, según la información otorgada por Google Maps, poseen tiempos de espera promedio de 15 y 11 minutos, respectivamente.

Se desarrollan dos instrumentos de medición, encuestas y observaciones presenciales, los cuales son aplicados en visitas a terreno al paradero con el fin de evaluar el desempeño de las intervenciones (auditiva, visual y relacional).

Se observó el comportamiento de la gente que llegaba al paradero, y si reaccionaba a la intervención. Para cada persona que llega al paradero se registra su hora de llegada y su hora de salida (cuando se sube al bus). Justo antes de subirse al bus se le pregunta: ¿Cuántos minutos cree usted que estuvo esperando este bus? De esta manera, se contrastó el tiempo real de espera versus el percibido por cada usuario. Como control se realizó el mismo ejercicio sin ninguna intervención en el paradero.

El primer experimento realizado fue relacional. Se utilizó la mitad del espacio disponible en el paradero como “zona de conversación”, la cual se delimitó mediante un rectángulo de pintura verde en el piso. Se instaló un cartel que decía “ZONA DE CONVERSACIÓN: ¿Debe la pizza llevar piña?” indicando el propósito de la zona y sugiriendo un tema de conversación.

El segundo experimento fue una intervención auditiva. En el paradero a intervenir se instaló un parlante en el que se puso música clásica, en su mayoría composiciones de Antonio Vivaldi y Johann Strauss II.

El tercer experimento fue una intervención visual; se instaló en el paradero un cómic de Mafalda (Figura 2). De esta manera, la gente que llegaba al paradero se percataba del cómic y procedía a leerlo. Para los usuarios implicaba distracción visual fuera de la experiencia común de espera en el paradero. Este método tiene un valor agregado en temas de reflexión para todas las edades, dependiendo de lo que plantee la viñeta. El cuarto experimento buscaba una di-

Figura 2: Comic utilizado en la intervención visual.



Fuente: (Lavado, 1970).

námica relacional para conocer y conversar con alguien físicamente. Para ello, como evolución al primer experimento, se instalaron 17 códigos QR en el paradero con mensajes que invitaban a relacionarse con otras personas del lugar, mediante una pequeña reflexión y una pregunta. Los mensajes fueron los siguientes:



¿Sabías que una espera se hace más corta conversando? Te invitamos a mirar a tu alrededor e iniciar una conversación. La vida está afuera de la pantalla de tu celular, este mismo mensaje te sirve para pedir una opinión.



Usemos la tecnología para conectarnos con quien tienes al lado. Te invitamos a conversarle y te proponemos un tema: ¿La pizza debería tener piña? Este lugar está lleno de códigos con este tipo de invitaciones. Hay más gente invitada a participar.

EVIDENCIA

Con un total de 132 muestras se obtuvo un promedio de tiempo de espera real de 5,51 minutos. Los datos obtenidos ante la pregunta de percepción de tiempo se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1: Tabla resumen de las intervenciones.

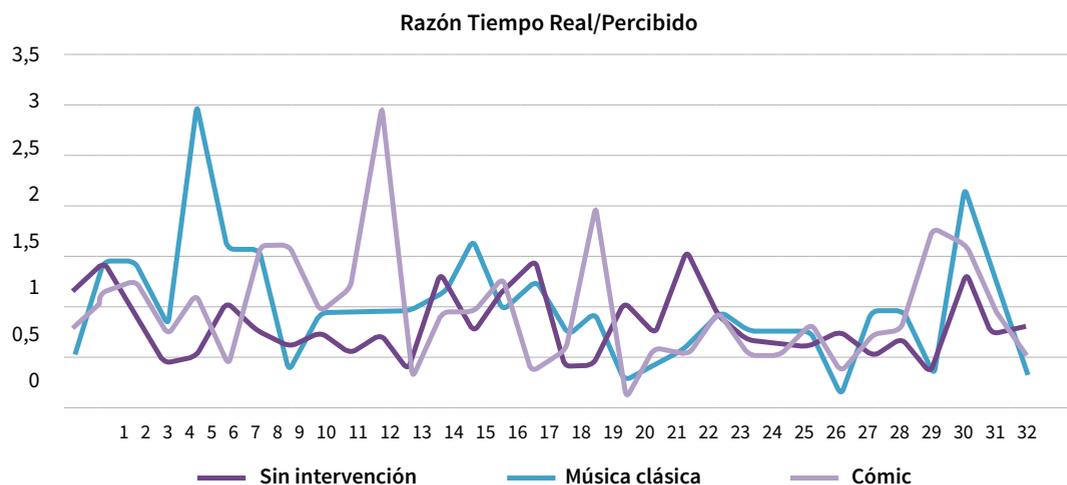
Tipo de intervención	Número de entrevistas	No sabe / No contesta	Total
Ninguna	44	9	53
Auditiva	41	5	46
Visual	32	1	33

Fuente: Elaboración propia.

Se seleccionaron 32 muestras para calcular la razón entre el tiempo real y el tiempo percibido. Los resultados se presentan en el gráfico de la *Figura 3*. Si la razón es mayor a 1, entonces el tiempo real será mayor que el percibido. De los datos se obtiene que las intervenciones mejoran la percepción en los tiempos de espera, siendo más efectiva la de carácter auditivo.

Para respaldar los resultados obtenidos se calculó el promedio de todas las encuestas realizadas para cada caso. Se confirma que la intervención de carácter auditivo fue la más exitosa, sin demeritar la efectividad del tipo visual (*Figura 4*).

Figura 3: Gráfico de razón de tiempos de espera para las distintas intervenciones.



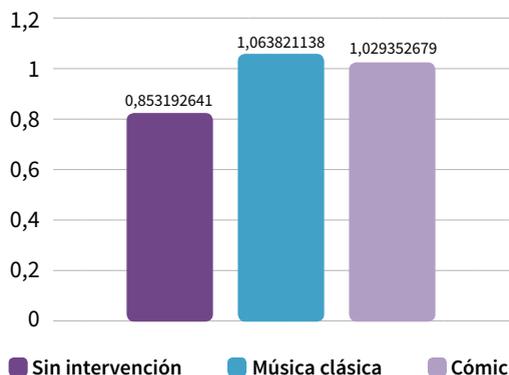
Fuente: Elaboración propia.

Sin ninguna intervención se obtuvo un promedio de tiempo de espera real de 5,63 minutos con un tiempo percibido promedio de 7,16 minutos. Con la intervención auditiva se obtuvo un promedio de 6,15 minutos de espera real y 6,02 minutos percibidos. Finalmente, con la intervención visual se obtuvieron en promedio 4,75 minutos y 4,59 minutos respectivamente.

su agrado y efectivamente influyó de manera positiva en la percepción de los tiempos de espera. La segunda también tuvo impacto positivo en los tiempos de espera.

Con respecto al experimento relacional de separar el paradero por zonas, las personas no interactuaron entre ellas. Sin importar la zona en que estuvieran, no discutían acerca del tema planteado. Debido a esto no fue posible comparar los tiempos percibidos con los reales. Por lo tanto, las intervenciones que involucran al usuario de manera activa no aportaron datos a la investigación.

Figura 4: Razones promedio de las distintas intervenciones.



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

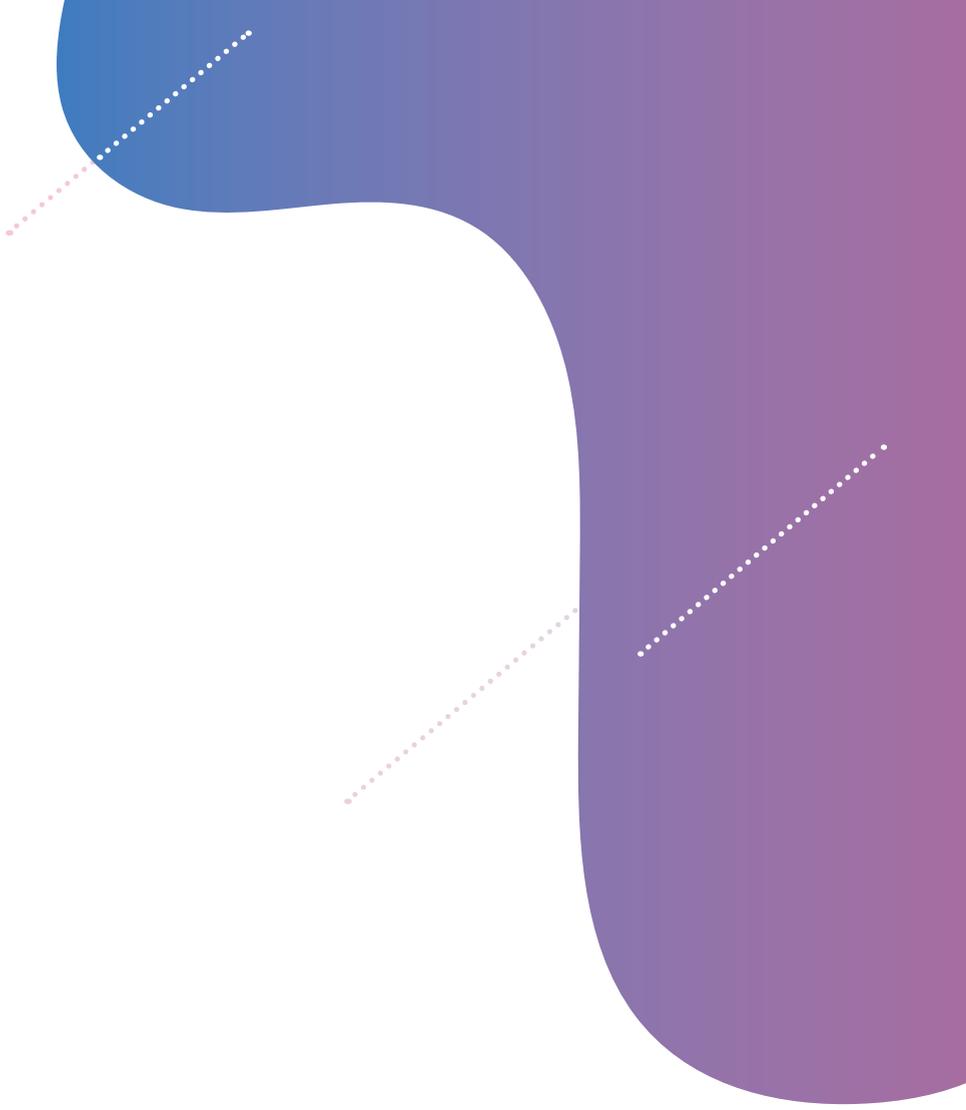
El crecimiento de la ciudad tanto en su extensión física como poblacional ha provocado un aumento en la demanda de los servicios públicos, entre ellos el transporte. Durante los once años que lleva funcionando el Transantiago, el sistema ha recibido numerosas críticas de parte de los usuarios, siendo los largos tiempos de espera en los paraderos una de las críticas más recurrentes. Sin embargo, al comparar los tiempos de espera en los paraderos de Santiago con otras ciudades del mundo, estos no son mucho mayores.

Dado que la espera en el paradero es parte fundamental de la experiencia de viaje y un factor influyente en la opinión de los usuarios sobre el servicio, disminuir la percepción de los tiempos de espera resulta esencial. Se identificaron distintas intervenciones que permiten disminuir la percepción de dichos tiempos.

La música en los paraderos resultó ser uno de los estímulos más efectivos al momento de reducir la percepción del tiempo de espera del bus. De igual forma, los estímulos visuales ayudan a disminuir la percepción del tiempo, pero en menor medida que la música. Por último, las intervenciones relacionales como aquellas que incitaron a que los pasajeros hablaran entre ellos o que utilizaran su smartphone para leer un código QR, no funcionaron para modificar la percepción de espera del transporte público.

Por lo tanto, si se busca reducir las percepciones de tiempo en los usuarios, se recomienda la utilización de intervenciones pasivas, tales como música o imágenes; en vez de intervenciones activas que requieran la participación o interacción entre los usuarios. A pesar de que tanto los métodos auditivos como los visuales son positivos para el objetivo planteado, se recomiendan los primeros, ya que tuvieron un mayor nivel de efectividad. Mientras menos tiempo de espera perciben los usuarios del transporte público, mayor será la calidad de su experiencia de viaje, influyendo sobre la calidad de vida y su desarrollo en una SmartCity.





CAPÍTULO 3:

Fenómeno migratorio en Chile: oportunidad de diagnóstico de un sistema de salud en crisis.

Profesor:

Gonzalo Valdivia, Facultad de Medicina

Estudiantes:

Gonzalo Baeza, Odontología

Martín Buguñá, Kinesiología

Valentina Cox, Medicina

Patricia Díaz, Derecho

Javiera Martínez, Geografía

Camila Molina, Enfermería

Bernardita Schober, College

INTRODUCCIÓN

Los diversos desafíos y beneficios que puede traer consigo la masificación del proceso migratorio en Chile, han motivado al presente grupo de investigación para estudiar el sistema de salud y desde esta perspectiva, su interacción con este fenómeno que está viviendo el país actualmente. Para ello se debe reconocer que la población migrante en Chile, en cuanto a sus características demográficas y condiciones de salud, comparte con una parte de la población chilena, similares dificultades derivadas del funcionamiento del sistema de salud. La pregunta que se espera responder en la investigación es, entonces: ¿de qué forma permite el fenómeno migratorio en Chile formular propuestas integrales de mejoría al sistema de salud en su conjunto?

Para lograr dar respuesta a aquella pregunta, se deberán analizar las características esenciales del sistema de salud chileno, así como también las de la población migrante, junto con evaluar la legislación actual existente que regula el tema. De esta forma, se intentará identificar eventuales mejoras en el sistema de salud nacional, para que éste pueda brindar el acceso a una atención oportuna y de calidad para toda la población, tanto migrante como local.

ANTECEDENTES: MIGRACIÓN Y SALUD

A. La migración como circunstancia histórico-natural de intercambio entre seres humanos y comunidades:

La migración es un fenómeno global que ha existido desde los inicios de la humanidad hasta la actualidad. Los primeros habitantes del planeta adoptaron el estilo de vida nómada, trasladándose constantemente por las tierras en búsqueda de alimento y agua para sobrevivir. Hoy en día su aumento se debe, en gran parte, a la globalización, puesto que, como proceso económico, tecnológico, social y cultural, facilita la comunicación y el intercambio de los mercados entre países, a la vez que favorece la movilidad humana (Cabieses et al., 2017; OIM, 2003) (1,2). Solimano y Allendes (2007) por su parte, sostienen que este proceso tiene también sus bases en condiciones como la desigualdad social, la pobreza, los conflictos armados, el cambio climático, la violencia social, el desempleo en algunos países y la alta demanda laboral en otros, generando de esta forma movimientos humanos a gran escala que son inevitables (3).

La migración influye positivamente en los distintos países, volviéndose un componente fundamental para el crecimiento sostenible, al otorgar un aumento en la fuerza laboral, estimular el mayor consumo y dinamización de los mercados, el intercambio de conocimientos, tecnologías y enriquecimiento cultural, entre muchos otros beneficios (CEPAL, 2004) (4). A pesar de lo anterior, este proceso ha generado en el último tiempo gran controversia, en primer lugar, respecto al rol de los países que reciben a estos migrantes, en relación con sus derechos y deberes y, en segundo lugar, respecto a la necesidad de crear normas regulatorias que sean capaces de enfrentar la situación, mucha veces, muy dinámica. Uno de los temas que ha recibido gran cobertura mediática en relación con lo anterior es la atención de salud, comprendiendo que este fenómeno es capaz de producir efectos no sólo en la salud de los migrantes, sino también en las comunidades que los reciben y posiblemente en los sistemas de salud a los que asisten. En el presente informe se desarrollará la migración en Chile como una oportunidad de diagnóstico de un sistema de salud en crisis, a fin de generar propuestas de mejora integral.

B. Definiciones y etapas del proceso migratorio:

La migración se define, según la Organización Panamericana de la Salud, como el “movimiento de una persona o de un grupo de personas, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado” (OPS, 2006) (5) siendo el migrante “alguien que ha residido en un país extranjero durante más de un año independientemente de las causas de su traslado, voluntario o involuntario, o de los medios utilizados, legales u otros” (6) según la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

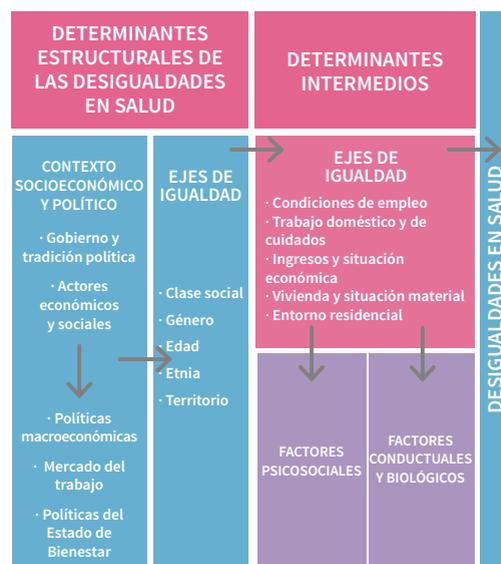
La doctora en ciencias de la salud Báltica Cabieses (2017) plantea que la migración es un proceso conformado por cuatro períodos, siendo cada uno de ellos un posible generador de estrés en el migrante. El primero es el período de pre partida, que considera factores sociales, relacionales e individuales, y que se da en el país de origen. Luego, le sigue el período de tránsito o migración propiamente tal, que incluye la experiencia migratoria y la interpretación de ésta, que podría concluir en la integración social o en la discriminación, según el comportamiento del país receptor. Dependiendo de las condiciones que gatillan la decisión de migrar, este es un período que concentra gran labilidad en la persona migrante, siendo de carácter agudo. A continuación, sigue la post migración al llegar a la comunidad de destino, período en que el migrante atravesaría una etapa de duelo, debiendo formular, o reformular, un plan de vida en el nuevo país, a la vez que está expuesto a perder contacto con personas del país de origen. Lo anterior, puede conducir a experimentar aislamiento social y a favorecer sensaciones de ansiedad o síntomas de depresión. Finalmente, la última fase de la migración que puede o no producirse, corresponde al período de retorno, que por lo general está caracterizado por un migrante que tiene mayores necesidades en salud, situación determinada por el proceso migratorio y a las condiciones a las que se ha encontrado expuesto (7).

C. La migración como determinante social de la salud:

Existe consenso internacional en reconocer la migración como un determinante social de la salud (DSS), es decir, un factor más dentro de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (OMS, 2010;

Solar & Irwin, 2010) (8,9). Además, los determinantes sociales pueden gatillar procesos que producen consecuencias en la salud de las personas. Si bien la migración por sí misma no implica necesariamente un riesgo para la salud, las condiciones generadas durante el proceso migratorio, tales como cambios en el estilo de vida, en el medio social-comunitario y en lo socioeconómico-político, pueden ser motivo de exposición a gran vulnerabilidad (Gushulak B, 2017) (10). La mirada desde la perspectiva de los DSS permite entonces, evaluar no sólo los aspectos biológicos y psicológicos de la persona, sino también aquellos aspectos sociales, económicos y culturales, pudiendo así identificar oportunidades y niveles susceptibles de intervención de forma integral para favorecer mejores desempeños en salud (Wilkinson, 2009; Cabieses B, 2017) (11,12)

Imagen 1: Modelo basado en Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: (OMS, 2010) (8).

D. Procesos migratorios en Chile:

La migración no es un fenómeno nuevo en Chile y al comparar este proceso social con el ocurrido en los países vecinos, se evidencia que el número de extranjeros en el país ha sido siempre reducido en proporción a la población nacional (SICREMI, 2018; Stefoni, 2017) (13,14). Es importante destacar que el movimiento de personas ha tenido un incremento pausado desde 1854 hasta 1907, observándose para entonces cifras similares a las de hoy en día: aproximadamente 4 extranjeros cada 100 chilenos (Cano & Soffia, 2009; Dept. Extranjería y Migración 2017) (15, 16). El reciente aumento de migrantes latinoamericanos (*Tabla 1*) es explicado, por una parte, por la consolidación de la economía y la disminución de los índices de pobreza y desempleo en Chile, pero también, tras el atentado del 11 de septiembre en Estados Unidos, por un aumento en el control de las fronteras en el hemisferio norte. A lo anterior, se suma la crisis económica y política de Argentina, el principal destino migratorio en América del sur (Marroni, 2017; Cortés, 2003) (17, 18).

Para los próximos años es posible prever que el ritmo de crecimiento en cuanto al número de migrantes internacionales en Chile se mantendrá en aumento. Es factible también, que, para ciertas nacionalidades de origen, el ingreso sea más dificultoso, considerando la rigurosidad y requisitos establecidos por la nueva ley de migraciones impulsada por la actual administración del Estado (Depto. Extranjería y Migración, 2018) (20).

Tabla 1: Población nacida fuera del país, por país o continente de nacimiento, según período de llegada a Chile.

Período de llegada a Chile	Total población inmigrante	Perú	Colombia	Venezuela	Bolivia	Argentina	Haiti
Antes 1990	46.682	3.019	722	1.300	4.592	15.508	37
1990-1999	60.535	18.772	1.171	1.954	3.589	15.723	12
2000-2009	130.173	61.734	9.977	2.354	9.797	14.620	656
2010-2017	497.164	100.345	90.601	76.180	54.919	20.672	57.991
Total 2017	784.685	192.002	108.001	85.461	77.503	73.867	64.567

Fuente: (INE, 2017) (19).

E. Importancia para Chile, desde la perspectiva de la salud:

La migración y la salud, vistas en conjunto desde la perspectiva poblacional, no habían sido un tema relevante a tratar hasta que los movimientos poblacionales comenzaron a masificarse, trayendo consigo diversos prejuicios y mitos. Muchas personas perciben la migración como una amenaza para la salud de la población local, y también como un desafío para el funcionamiento de los sistemas de salud, con relación a la demanda a la que son expuestos los centros asistenciales, la incompatibilidad cultural y las diferencias lingüísticas, entre otros aspectos.

Es importante entender que existe un alto nivel de desconocimiento respecto a este tema y por ello es necesario avanzar en cuanto al desarrollo de estrategias que apunten hacia la salud global. Si, por ejemplo, con la migración existe la probabilidad de expresión de una enfermedad transmisible de muy baja magnitud en el país huésped, se pueden evitar las potenciales complicaciones tomando medidas tales como el pronto acceso a los sistemas de salud, extremar la vigilancia activa de enfermedades en la población, y desarrollar una mayor comunicación entre países (de inicio, tránsito y destino de los migrantes), entre otras (Gushulak, 2017) (21). También, en relación a la migración como un DSS, es preciso adoptar una postura cautelosa al momento de juzgar este fenómeno como una eventual amenaza para el país receptor, puesto que a veces son las condiciones que ofrece el país receptor las que desfavorecen al migrante, ya sea por falta de oportunidades, inadecuadas condiciones de vida, favoreciendo el hacinamiento, un ambiente poco saludable o la posibilidad de expresión de patologías infecciosas, siempre acechantes del debilitamiento de las condiciones sociales de vida en la población (Hargreaves, 2011) (22).

Un punto menos desarrollado, en cambio, es el de los aspectos positivos y beneficios que conlleva la migración, como, por ejemplo, las variaciones que pueden sufrir la fecundidad y natalidad, considerando que la población migrante, en su mayoría, está en edad reproductiva. Esta fuerza reproductiva es capaz de frenar el proceso de envejecimiento progresivo del país, sentando, en el largo plazo, las bases de políticas estabilizadoras de los sistemas de pensiones. Mencionado lo anterior, es plausible pensar, entonces, que el proceso migratorio traería a Chile nuevos desafíos y proyecciones relacionadas con la salud de sus habitantes.

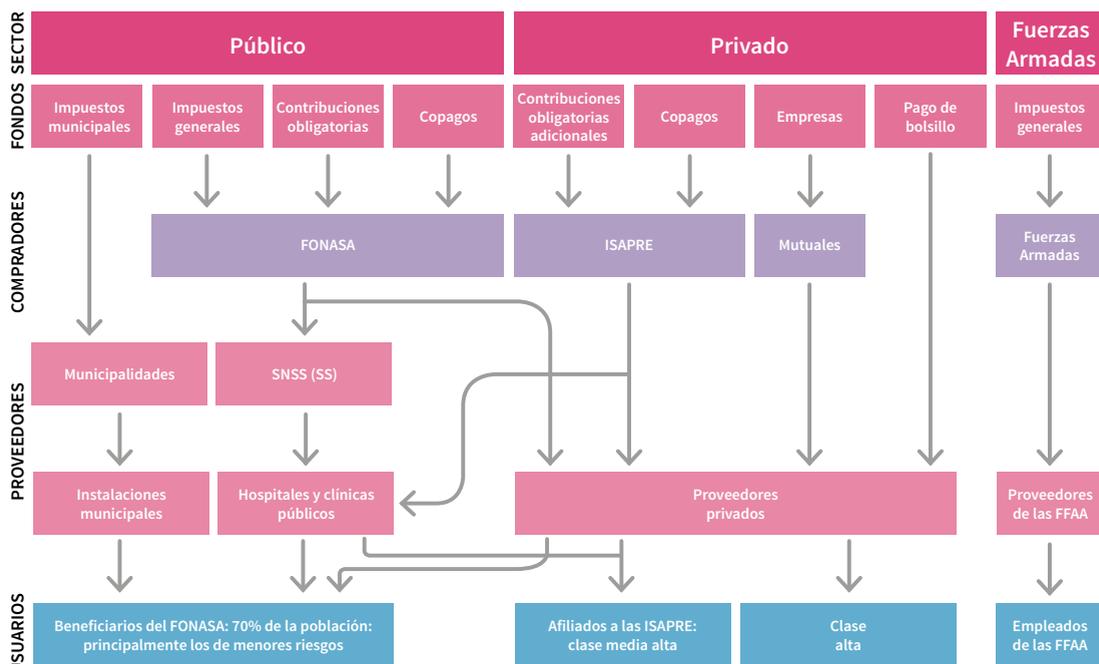
El primero cubre al 80% de la población, caracterizada por poseer menores ingresos y con alta presencia de adultos mayores y mujeres en edad fértil, estando bajo la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la institución aseguradora pública.

El sistema privado, por su parte, está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), las que cubren aproximadamente a 20% de la población chilena, caracterizada por ser de una estructura etaria más joven y con mayor disponibilidad de recursos económicos. También existen las mutuales, que ofrecen cobertura para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Becerril, 2011) (24).

DESCRIPCIONES DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO Y SU FUNCIONAMIENTO

El sistema de salud chileno actual se caracteriza por ser segmentado (Barillas, 1997) (23), con viviendo en él dos subsistemas, el público y el privado (Imagen 2).

Imagen 2: Organización del Sistema de Salud Chileno.



FONASA: Fondo Nacional de Salud
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional
 SS: Servicios Regionales

Fuente: (Becerril et al, 2011) (24).

El proceso de rectoría de este sistema está a cargo del Ministerio de Salud, quien elabora y dirige las políticas nacionales, siendo a su vez gestionadas y supervisadas mediante la acción de las Subsecretarías de Salud Pública (políticas de salud y su orientación) y de Redes Asistenciales (responsable de la provisión de servicios y la articulación del sistema), con la colaboración de la Superintendencia de salud, entre otras reparticiones. Los detalles se pueden observar en la *Tabla 2* (25).

Respecto al financiamiento y los recursos necesarios para el funcionamiento del sistema, Chile ostenta un gasto en salud de aproximadamente 7,2% del PIB (2014), del cual el gasto público representa un 47,4% (Goic, 2015) (26), que es gestionado por FONASA para funcionamiento del SNSS, municipios, programas de salud pública y financiamiento del sistema de libre elección. El sistema público recibe sus recursos de impuestos generales, copagos y las cotizaciones de la población asegurada: un aporte fijo mensual obligatorio del 7% del sueldo de los empleados. En el sector privado, que concentra el 52,6% del gasto total en salud, el financiamiento opera con la intermediación de los seguros de salud de ISAPRES, con cotizaciones que alcanzan en promedio un 10%. En ambos subsistemas participa además el gasto de bolsillo o pagos directos realizados por las personas para financiar complementariamente sus necesidades en salud. En Chile éste alcanza hasta 5,6% del gasto total de los hogares, porcentaje que aumenta en los quintiles más ricos, con el riesgo de caer en gasto catastrófico en salud (Cid, 2011) (27). Se ha reportado entre beneficiarios del sistema privado, un mayor porcentaje de gasto de bolsillo en los grupos de menores ingresos. Para el sistema público y específicamente, para los beneficiarios que utilizan la infraestructura pública, se observa mayor nivel de protección financiera para los grupos más carenciados, siempre con expectativa de mejorar la cobertura de protección financiera especialmente para la necesidad de medicamentos (Castillo, 2013) (28).

En cuanto a la provisión de servicios, es relevante destacar los esfuerzos realizados para mejorar el acceso, la oportunidad, la calidad de atención y la protección financiera, esto a través de la última reforma en salud (2004) mediante el programa AUGE / GES (29). Sin embargo,

aún se observan las debilidades de un sistema fragmentado, teniendo para el mismo nivel de atención proveedores distintos que conversan y se relacionan escasamente entre sí. El sistema público se organiza en tres niveles de atención: nivel primario o Atención Primaria de Salud (APS), dependiente de los municipios, que funciona como puerta de entrada al sistema, con un enfoque en la prevención y promoción de la salud. Luego, el nivel secundario y terciario, especialidades médicas y hospitales respectivamente, que tienen énfasis en la restauración de la salud y rehabilitación, dependientes del SNSS. El sistema privado, por su parte, no cuenta con una atención equivalente a la atención primaria en salud (APS) (Artaza, 2011) (30).

Además de la fragmentación, existe gran desigualdad en relación con la disponibilidad y distribución de recursos con los cuales realizan su gestión los sistemas públicos y privados. A modo de ilustración, si en Chile existen 21,5 médicos por cada 10.000 habitantes, de éstos, menos del 50% trabaja en el sector público (Goic, 2015) (31), y si se observa su distribución por zona geográfica, por ejemplo, existen 4,6 médicos especialistas en la Región de Maule versus 13,5 por 10.000 disponibles en la Región Metropolitana (32).

En resumen, se tiene un sistema de salud que, si bien ha mejorado el acceso y desarrollado iniciativas positivas en cuanto a resultados -con un enfoque cada vez más centrado en la atención primaria- se caracteriza por su escasa solidaridad en materia financiera y de funcionamiento, desigual cobertura de necesidades, la que es mediada por la capacidad de pago de las personas y heterogénea respecto de la situación sanitaria de salud de la población a lo largo del país.

Junto con lo anterior, cada componente del sistema se ve envuelto en sus propias dificultades y problemáticas: el sistema público posee problemas de atención debido a los esquemas de organización burocráticos que están financiados sobre la base de la oferta, siendo la lista de espera la consecuencia natural. Por su parte, el sistema privado, posee elevados gastos de administración y ventas, es criticado por la falta de transparencia de sus planes y beneficios y opera bajo esquemas de selección de riesgos con relación al funcionamiento de seguros individuales (CEPAL, 1997) (33).

Así, en un sistema de salud poco coordinado y cohesionado como el chileno “se vuelve difícil generar una estrategia sanitaria intersectorial sostenida, fundamental para entregar direccionalidad y posibilidad de éxito en eventuales reformas en salud” (ISP UAB, 2017) (25).

Tabla 2: Situación actual Sistema de Salud Chileno según función OMS.

<p>Rectoría (Gestión de la Supervisión)</p>	<p>Ministerio de Salud: elabora y dirige las políticas nacionales de salud, define objetivos nacionales de salud; define objetivos nacionales de salud; fortalece y desarrolla su acción en el espacio intersectorial, promueve y desarrolla políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; define normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalece el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; define el plan de salud y establece sus garantías.</p> <p>Subsecretaría de Redes: a cargo de las materias normativas relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud.</p> <p>Subsecretaría de Salud Pública: se encarga de la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, es decir la implementación de políticas sanitarias, alimenticias o de vacunación, entre otras.</p> <p>Superintendencia de Salud: regula y fiscaliza a los seguros y prestadores de salud pública y privado, resguarda los derechos de las personas, promueve la calidad y seguridad en las atenciones de salud.</p> <p>Instituto de Salud Pública: evalúa la calidad de los laboratorios, hace vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros. Secretarías Regionales Ministerios de Salud.</p> <p>Secretarías Regionales Ministeriales de Salud: vela por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad, adecuando los planes y programas a la realidad de la respectiva región, entre otros.</p>
<p>Creación de Recursos</p>	<p>Infraestructura Pública: Ministerio de Salud con recursos fiscales, en forma directa o a través de concesiones.</p> <p>RRHH públicos: personal de planta y contrata, asalariados. Las universidades públicas y privadas forman en pregrado los profesionales de salud, aunque los especialistas y particularmente médicos, son principalmente formados por las universidades estatales y privadas tradicionales.</p> <p>Infraestructura Privada: recursos de inversionistas privados.</p> <p>RRHH Privados: contratos asalariados y pago por prestación. Industria farmacéutica, de dispositivos y equipamiento médico e informática en salud, crean nuevas tecnologías.</p>
<p>Financiamiento</p>	<p>FONASA se financia a partir de recursos fiscales, cotizaciones obligatorias y copagos. Prestadores públicos se financian con transferencias de FONASA (PPV y PPI) y aporte fiscal de las Subsecretarías de Salud. APS Municipal se financia con pago del per cápita y pago por programas especiales. ISAPREs se financian a través de cotizaciones obligatorias, cotizaciones adicionales y copagos. Prestadores privados se financian principalmente con pago por atención y gasto de bolsillo. Cerca del 50% del gasto de bolsillo en salud es para la compra de medicamento.</p>
<p>Provisión de Servicios</p>	<p>Servicios de Salud: se concentran en la entrega de atención médica, son responsables de articular las redes de atención públicas y público-privadas.</p> <p>Hospitalarios del FONASA: principalmente hospitales públicos y algunas clínicas privadas con convenio para prestaciones empaquetadas.</p> <p>Ambulatorias del FONASA: APS para los de menores ingresos y MLE para aquellos de mayores ingresos.</p> <p>Hospitalarios de ISAPRE: principalmente prestadores privados y algunos prestadores públicos en convenio.</p> <p>Ambulatorio de ISAPREs: prestadores privados, principalmente con pago por prestación.</p>

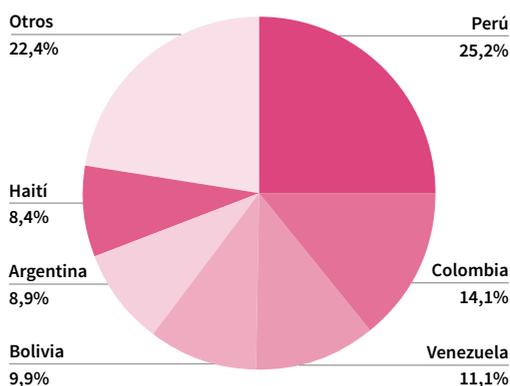
Fuente: (ISP UAB, 2017) (25).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN CHILE

La población que ha declarado haber nacido fuera del país ha tenido un crecimiento importante este último tiempo, incrementándose desde un 0,81% en 1992 a 4,35% de la población nacional en 2017, lo que corresponde a 784.685 personas, según datos del censo 2017. Destaca que, de éstos, un 66,7% declaró haber llegado a Chile entre 2010-2017 y más de la mitad en los últimos tres años (2015-2017). Asimismo, se observa una tendencia creciente respecto al número de personas con permanencias definitivas otorgadas, desde 48.398 el año 2015 a 53.188 el 2016, alcanzando para el 2017 una cifra de 87.758, es decir, un incremento de 81% en dos años (34,35).

Estableciendo una separación a nivel continental, el 87,7% de los migrantes declaró haber nacido en un país de América del sur o América central y el Caribe, un 6,45% manifestó haber nacido en un país de Europa, seguido por Asia con un 2,76%, América del Norte con un 2,01%, y un 0,5% provenientes de África y Oceanía. De la población migrante proveniente de países de Latinoamérica (gráfico de la Imagen nº3), predominan los migrantes de Perú (25,2%) y Colombia (14,1%), seguidos por migrantes procedentes de Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%) y Haití (8,4%).

Imagen 3: Gráfico de elaboración propia, a partir de datos Censo 2017.



Fuente: (INE, 2017) (19).

Llama la atención, que en los últimos años se ha presenciado un aumento de la migración haitiana en Chile, rompiendo con el clásico patrón migratorio latinoamericano, ya que Chile ha sido un país de preferencia habitado por migrantes de países vecinos debido a su cercanía geográfica. A diferencia de los países de migración tradicional hacia Chile, la comunidad haitiana en Chile presenta fuertes barreras idiomáticas y choques raciales y culturales.

En cuanto a la composición por sexo, históricamente se ha pensado y entendido el fenómeno migratorio como un fenómeno predominantemente masculino, ya que son los varones quienes saldrían de su país en búsqueda de nuevas oportunidades laborales para mejorar su calidad de vida y la de sus familias. Pero en las últimas décadas este patrón se ha modificado, observándose una paulatina feminización de la migración (35). De hecho, y de acuerdo con los datos provistos por el Censo 2017, la migración femenina supera levemente la masculina con un total de 395.097 mujeres (50,3%) versus 389.588 hombres (49,6%). Si se desglosa por país de origen, destaca la población migrante femenina por sobre la masculina en la comunidad peruana, colombiana, argentina, ecuatoriana y la boliviana. Lo contrario ocurre en la comunidad haitiana, donde un 65,8% son hombres.

Respecto a la edad, predomina la población en edad laboral activa, con un 85,74% de la población migrante entre los 15 a 64 años. Luego un 10,36% corresponde al rango etéreo entre los 0 a 14 años y finalmente un 3,89% del total corresponde a los mayores de 65 años.

Además, se destaca que, en relación a los chilenos, se trataría de población laboral activa mucho más preparada en términos de años de estudio, en promedio un año y medio más de escolaridad que los nacionales. Incluso quienes viven en campamentos poseen estudios completos, siendo un 57% de los inmigrantes residentes en el país quienes poseen un grado de instrucción mayor: no obstante esto, la mayoría de ellos trabajan actualmente en labores que no se condicen con su preparación profesional (Lafortune, 2016; Mora, 2009) (36,37).

Finalmente, respecto a la distribución de los migrantes dentro del territorio chileno, existe una mayor concentración en la Región Metro-

politana, con un 62% de la población migrante, seguida por la Región de Antofagasta (8,8%), Tarapacá (5,6%) y Valparaíso (5,1%). Estas particulares concentraciones, en su mayor parte, pueden explicarse por la cercanía geográfica de las regiones señaladas con los países vecinos. Es decir, en las regiones del norte las grandes comunidades migrantes son aquéllas que colindan territorialmente (peruanos y bolivianos), con excepción del caso de Antofagasta, donde también destaca la comunidad colombiana. En el caso de la comunidad argentina, esta se de una manera homogénea a lo largo de toda la franja limítrofe con Chile, encontrando grandes concentraciones en la Región Metropolitana, de Valparaíso, la Araucanía y los Lagos (INE, 2017) (19).

Sobre la condición socioeconómica de la población inmigrante, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2015 señala que, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por lugar de nacimiento y macrozona de residencia es mayor en comparación con los ciudadanos nacionales: hasta un 33% de los inmigrantes vive en situación de pobreza, concentrándose éstos en el norte del país. Existe un porcentaje importante de la población migrante en Chile que vive en campamentos o en condiciones de hacinamiento, los que han tenido un crecimiento sustantivo al interior de ciudades como Arica, Iquique y Antofagasta. Lo anterior tiene gran relevancia en cuanto al modelo de DSS, considerando que destacan diferencias estadísticamente significativas en relación a la población chilena en los indicadores de asistencia social, escolaridad, adscripción al sistema de salud, jubilaciones, habitabilidad, servicios básicos, entorno, apoyo y participación social y trato igualitario (CASEN, 2015) (34). Todos los elementos recién mencionados tienen implicancias en la salud de los migrantes.

NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN QUE MIGRA A CHILE

Al caracterizar las necesidades de salud de los migrantes, es relevante antes describir el concepto del migrante sano. Este fenómeno, descrito mundialmente (38), señala que los migrantes tendrían mejores resultados de salud que la población del país receptor. Al ser población joven y sana, en búsqueda de oportunidades laborales, se ha descrito que con el

transcurrir del tiempo y asentado social y cultural en el país anfitrión, la salud del migrante puede verse desmejorada, muchas veces, en relación a la incorporación de los hábitos de vida adquiridos, las condiciones de vida precarias, dificultad para acceder a los servicios de salud, entre otras razones (39). Si bien, aún en Chile la literatura al respecto ha abordado incipientemente este último aspecto, se puede observar que la población migrante reporta mejor autopercepción de salud, menor proporción de personas en tratamiento médico en los últimos 12 meses y menor reporte de enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (40, 41). Desde esta visión, entonces, se puede evaluar la salud del migrante en forma más objetiva, evitando la estigmatización de la cual pudieran ser objeto. Dentro de la información que se ha podido recopilar acerca de las principales necesidades de salud actuales de la población migrante en Chile, se puede encontrar:

A. Acceso

Según la encuesta CASEN 2013, un 8,9% de los inmigrantes del país afirmaban no tener disponibilidad de un sistema de previsión de salud, cifra 6,4 puntos porcentuales mayor al de los chilenos (42). Lo anterior podría darse, según un diagnóstico del Ministerio de Salud, por las siguientes barreras: situación de condición migratoria (regulada o no regulada), situación administrativa (cédula de identidad, previsión pública o privada), situación laboral, bajo nivel de información sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno, barreras lingüísticas y culturales, barreras psicosociales personales (valoración de la salud, temor, redes de apoyo, integración e inserción) y del funcionamiento del sistema (falta de información, prejuicios, discriminación). Desde el año 2014 el Seguro Público tiene un convenio con el Departamento de Extranjería y Migraciones, el que le permite a los extranjeros tener acceso a la Red Pública Preferente con todos los beneficios FONASA mientras se tramita su visa definitiva. Incluso quienes carezcan de documentos o permiso de residencia pueden incorporarse a FONASA como carentes de recursos o “indigentes” del Tramo A, lo que les permite acceder a la Red Pública Preferente de forma gratuita (Ministerio de Salud, 2017) (43).

Como fue mencionado anteriormente, uno de los limitantes al acceso es la falta de informa-

ción en el ámbito de la salud, ya que restringe la participación y goce de los beneficios que el Estado entrega a la población migrante. Además, ocurre que a veces el personal del sistema de salud no es consciente de su obligación de prestar servicios a migrantes sin importar su condición legal, económica, política, etc. (Bernal, 2017) (44).

En cuanto a los migrantes en situación regular con contratos de trabajo, la mayoría de estos pertenece al sistema público a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (CASEN, 2013) (42), y con el paso del tiempo, según experiencia, nivel educacional, condición económica y estabilidad, algunos se cambian al sistema privado (ISAPRES).

Respecto a los datos entregados por la encuesta CASEN 2013 de afiliación a un sistema de previsión de salud según rangos etáreos, el grupo entre los 0-14 años de edad es aquel que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud declarada, mientras que entre los 15 y 44 años se encuentran los migrantes con mayor porcentaje de afiliación a un sistema de previsión de salud (42).

Tabla 3: Rangos etáreos según distribución por previsión de salud.

		Distribución por previsión de salud (%)				
		FONASA	ISAPRE	Ninguno	Otro Sistema	No sabe
EDAD	0-14	72,6	12,3	12,3	1,6	1,3
	15-29	67,9	15,8	11,0	3,1	2,2
	30-44	68,9	20,4	6,6	1,4	3,0
	45-59	64,0	25,5	7,0	2,6	0,9
	60 o más	74,2	13,3	8,3	3,7	0,5

Fuente: (CASEN 2013) (42).

B. Salud Materno-Infantil

En el país existe un alto porcentaje de mujeres embarazadas y niños migrantes sin previsión de salud. Destaca, con la feminización de la migración, que los egresos hospitalarios predominan en el grupo de egresos por parto entre los egresos por embarazo, parto y puerperio (62,3% mujeres migrantes v/s 57,7% mujeres chilenas). Además, en relación con el mismo estudio se evidencia falta de información sobre los primeros años de crecimiento en Chile entre niños chilenos y migrantes, destacando en éstos últimos, los menores de 14 años con menor proporción de egresos hospitalarios. En estos egresos destacan especialmente enfermedades del sistema respiratorio (19,1%) como neumonías e influenza, además de traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causas extremas (23,3%). Los niños menores a un año muestran como principal causa de egresos afecciones originadas en el periodo perinatal relacionado con corta duración de la gestación, bajo peso al nacer, ictericia y dificultades respiratorias. Por último, destaca en la misma investigación que las mujeres migrantes embarazadas comienzan sus controles de salud de manera más tardía que las mujeres chilenas.

C. Enfermedades laborales

Las condiciones laborales de los migrantes pueden no cumplir con requisitos mínimos tanto de seguridad como existencia de contrato y consideración de las respectivas cotizaciones legales. Eso se puede observar en múltiples estudios que describen las condiciones laborales y socioeconómicas de la población migrante, en los cuales se repite sistemáticamente una situación de riesgo social, reflejada en niveles de pobreza elevados (46). Los factores anteriormente mencionados favorecen el empeoramiento de las condiciones de salud de las personas, observándose en estudios en los que se comparan la percepción de salud de trabajadoras migrantes con trabajadoras nativas y, mostrando los resultados que las mujeres migrantes reportan un peor nivel de salud, comparadas con su contraparte (47). Además, los trabajadores migrantes muestran mayor nivel de estrés laboral que los nativos, especialmente las mujeres, las que tienen peores relaciones con sus empleadores y más conflictos familiares. (46, 48). Ser trabajadora independiente no favorece la disminución del estrés, ya que las trabajadoras migrantes

con negocio propio trabajan más horas que migrantes contratadas por compañías privadas mostrando peores niveles de salud. (49).

La ley obliga a todo trabajador, tanto migrante como nacional, laborando con contrato, a cotizar mensualmente para su previsión social. Sin embargo, la legislación da la posibilidad de no cotizar en el sistema en ciertas situaciones, por ejemplo: si la estadía del migrante en el país es muy corta o éste prefiere cotizar en el sistema de su país natal (50). Por otra parte, nuestra legislación indica que aquel trabajador que no cotice no tiene la posibilidad de acceder a los beneficios del sistema previsional chileno, salvo en condiciones, tales como: accidentes laborales, enfermedades profesionales y seguro de cesantía, ya que esas cotizaciones deben ser pagadas por el empleador (51).

Las condiciones laborales de los trabajadores tanto nacionales como migrantes aún tienen falencias, las que, a pesar de los esfuerzos, persisten. Las condiciones de pobreza generan empeoramiento de la salud de los trabajadores, los cuales, si no cotizan en el sistema verán dificultado su acceso a servicios de salud. Es importante que los trabajadores cuenten con la seguridad laboral y sanitaria para conservar niveles de bienestar compatibles con una salud adecuada.

D. Enfermedades infecciosas

Con respecto a las enfermedades infecciosas, predomina la discusión sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y se dice que su tratamiento podría ser una potencial necesidad de salud para la población migrante. Sin embargo, el departamento de epidemiología, particularmente, la División de planificación sanitaria del Ministerio de Salud en el año 2017, señala que “existe un 5,5% de las personas extranjeras con infección por VIH en Chile”. Se entiende entonces que, el 94,5% del resto de la población migrante no padece esta enfermedad, lo que derriba el mito de que la población migrante posee grandes índices de VIH (Izquierdo, 2017) (52).

Por otra parte, el mismo hecho de conocer que estos migrantes viven con la infección de VIH, permite su identificación y vigilancia epidemiológica, conforme a prácticas similares a las que es sometido cualquier paciente portador local, restringiendo de esa forma la consideración de

amenaza particular por la sola condición de migrante (Izquierdo, 2017) (53).

Otra posible necesidad en cuanto a la salud actual de los migrantes es la tuberculosis. Si bien en el pasado la tuberculosis fue una de las mayores causas de muerte en Chile, hoy en día sus índices de aparición de casos y mortalidad van hacia una radical reducción gracias a los esfuerzos sistemáticos para su prevención y control. La tuberculosis en otros países de América Latina es aún epidemiológicamente importante, por lo que todos los migrantes de dichos países deben adherirse a las prácticas rutinarias consideradas en la atención regular de consultantes en los sistemas de atención. A su vez, el personal de salud debe ofrecer prácticas de atención integrales, y disponer de los sistemas de pesquisa y detección precoz de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Para el caso de la tuberculosis, Chile dispone de un programa especial (Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, PNT) para su diagnóstico y tratamiento gratuito. Se menciona como una necesidad de salud y esto se afirma en el artículo “Tuberculosis en Inmigrantes. Situación Chile-Perú” que “los enfermos extranjeros con tuberculosis determinan un riesgo elevado de contagio y enfermedad para su grupo social próximo, pero este es mínimo para el grueso de la población general” (Yáñez del V, 2010) (54). Además, si bien en el mismo artículo se señala que el aumento de casos en Chile por la irrupción migrante podría aumentar la morbilidad entre un 10 a 15%, este aumento no presenta una amenaza puesto que no supera las capacidades del PNT y depende de la prolijidad de poner en acción los eficientes mecanismos con los que opera el sistema de salud, especialmente en el nivel primario de atención. Por lo tanto, es una necesidad menor, y potencial, con relación a las otras que podrían existir en esta población.

E. Salud Mental

Dentro de los aspectos psicosociales más estudiados respecto al proceso migratorio se encuentra el denominado “duelo migratorio”. J Atxotegui (2001) señala que las pérdidas más importantes que tienen lugar durante el proceso migratorio son siete: 1) Pérdida del contacto con familiares y amigos, 2) Pérdida de la lengua materna, 3) Pérdida de la propia cultura, 4) Pérdida de los paisajes y de la tierra, 5) Pérdida del

status social, 6) Pérdida del contacto con el grupo étnico de origen 7) Pérdida de la seguridad física. Debido a lo anterior, si bien no es posible vincular directamente la experiencia de migrar con patologías específicas, existe cierto consenso respecto a que la migración es un factor de riesgo para observar deterioro de la salud mental y existe un gran porcentaje de personas migrantes que han desarrollado, por ejemplo, sintomatologías relacionadas con trastornos ansiosos y trastornos del ánimo (55).

Otro aspecto que no se puede dejar de mencionar en salud mental es la discriminación y estigmatización a la cual puede exponerse la población migrante. La discriminación, definida por la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD), es “Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia, basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objetivo o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública” (ICERD 2011, p.1) (56). En el último informe anual de la situación de derechos humanos en Chile, del Instituto Nacional de Derechos Humanos, se observa que hasta un 28,4% de los hogares de origen inmigrante declaró que algún miembro del hogar fue discriminado o tratado injustamente en los últimos 12 meses, en comparación al 14,7% de hogares de origen chileno que declara lo mismo. Este porcentaje varía al analizar por nacionalidad: aumenta en el caso de los peruanos (31,7%), mientras que disminuye para población colombiana (19,4%) y boliviana (9,3%), entre otros (INDH 2017) (57). Asimismo, en el documento se informa que, respecto a las percepciones sobre personas inmigrantes y manifestaciones del racismo en ámbitos de seguridad social, hasta un 53,1% de la población chilena se muestra total o parcialmente de acuerdo a la idea de que los migrantes generan sobrecarga a los sistemas de salud y educación. Esto se ve acentuado en la población mayor de 65 años, de la zona norte y la Región Metropolitana. Llama la atención lo anterior, sabiendo que, por ejemplo, los problemas de cobertura y listas de espera para la atención en el sector público son de larga data y no pueden atribuirse directamente a la presencia migrante (considerando que represen-

tan sólo un 4% de la población) (19).

En el mismo informe destaca que la discriminación en Chile no se restringe puramente a la xenofobia, sino que abarca también otros segmentos de la población, como los pueblos originarios. Se reportó que “el 19,3% de los hogares de origen indígena declaró que algún miembro del hogar fue discriminado o tratado injustamente en los últimos 12 meses, en comparación con el 14,6% de hogares no indígenas que declara lo mismo”. (INDH 2017, p.21) (58). Lo anterior no sólo influye en la salud mental de las personas implicadas, sino también en cómo perciben la atención en salud. En una publicación chilena se menciona al respecto: “las personas que son discriminadas en salud se caracterizan por una menor búsqueda de atención y mantención del nivel de salud recomendado, escasa voluntad para utilizar los servicios médicos y peor adherencia a los tratamientos” (Ortiz, 2016) (59). Esto sería compatible con lo reportado por otros investigadores, en relación con la experiencia del migrante en el sistema de salud chileno y el uso que éste hace en centros de APS y hospitalarios (Liberona, 2012) (60). Es por esto, que la discriminación es un tema fundamental a considerar en la atención de salud.

En resumen, y como queda en evidencia con la descripción de los párrafos anteriores, la población migrante en el país, no se caracteriza por tener necesidades particulares o especiales de salud de salud derivadas de su condición. Es más, la natural selección que determina la migración per se, hace más probable que el migrante sea una persona en buenas condiciones de salud, y en quienes son esenciales ofrecer acciones de promoción y prevención en salud, para mitigar el riesgo inherente a la migración propiamente tal y derivado de adversas condiciones del entorno social. Estos elementos permiten, con probada evidencia, desacreditar algunas de las afirmaciones con las cuales se imputa equivocadamente al migrante, tales como:

1. Los migrantes son una potencial amenaza biológica.
2. Generan un sobreuso de recursos.
3. Provocan una sobrecarga de los sistemas de atención de salud del país.
4. Son un riesgo de decrecimiento en los avances de los programas de salud.

Como se mencionó previamente, uno de los principales problemas que tendrá un migrante en el sistema de salud no se explicará por sus condiciones físicas ni psicológicas, sino más bien tendrá su base en las condiciones en que el país los recibe, incluyendo en ellas la estigmatización.

ACUERDOS MARCO Y LEGISLACIÓN DIRIGIDA AL MIGRANTE DISPONIBLE EN CHILE

Existe una gran cantidad de normas, tanto nacionales como internacionales, que establecen el marco regulatorio acerca de los derechos en materia de salud de la población migrante internacional en Chile. Dentro de los más relevantes se encuentran:

A. Convenios y Tratados Internacionales

Destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) (61), la que en su artículo 25 establece que: todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure la salud y el bienestar y en especial, entre otras, la asistencia médica; y que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Por otra parte, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales (1966) (62), en su artículo 12, establece que las personas tienen derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Por último, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares (1990) (63), promueve la protección de los trabajadores migrantes y sus familiares -independiente de su situación de regularidad- para que reciban un trato igualitario.

B. Legislación nacional

En primer lugar, se menciona la Ley de Extranjería (Decreto Ley N° 1.094 de 1975) que junto al Reglamento de Extranjería (Decreto N° 597, de 1984), regulan los temas bases en torno a la migración y constituyen el marco normativo nacional más importante en esta materia específica (64, 65).

Por su parte, la Constitución Política de la República (1980), en su artículo 19 n°9 asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud y señala que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud (66).

Además, los Oficios Circulares N° 1179 y 6232 (2003), instruyen a la autoridad migratoria a recibir las solicitudes de visa de residencia temporaria, particularmente aquellas que tengan como fundamento el control de embarazo. Junto con lo anterior, permiten el acceso a la red de atención de salud primaria a aquellas embarazadas que se encuentran en situación de irregularidad, para que puedan inscribirse en un consultorio y así contar con controles para un correcto seguimiento a sus embarazos (67, 68).

A estas normas le sigue el Decreto N°110 (2004) -modificado por el Decreto N°67 (2016) del Ministerio de Salud-, decreto cuya relevancia resulta trascendental, dado que fija las circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes (Tramo A de FONASA). Además, incorpora como cuarta circunstancia, la inclusión de inmigrantes carentes de documentos o permisos de residencia que suscriba un documento, permitiendo de esa forma el acceso al régimen de prestaciones de salud (69).

Finalmente, el oficio circular A 15 N°6 (2015) del Ministerio de Salud sobre “Atención de salud de personas inmigrantes”, establece que se facilitarán todas las prestaciones de salud pública independiente de la situación migratoria a las embarazadas durante el pre y post parto hasta los 12 meses del nacimiento y a los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años. Además, establece que, en casos de urgencia, sólo se cobrará cuando el paciente declare poder pagar por las prestaciones sanitarias recibidas, y reafirma el derecho a los bienes públicos de salud en los casos como la anti-concepción de emergencia, las vacunas, las enfermedades de transmisión sexual y, cuando sea necesaria, la educación sanitaria (70).

Con respecto a lo que aún se encuentra pendiente en materia migratoria, resulta esencial la elaboración de una política a nivel nacional. Esto es algo conocido por las distintas autoridades del país y por ello se han puesto en marcha distintas iniciativas, como han sido la creación del Consejo de Política Migratoria el año 2014, cuya misión consiste en elaborar la Política Nacional Migratoria y coordinar las acciones, planes y programas de los distintos actores institucionales en la materia. También se encuentra la creación del Consejo Técnico

de Política Migratoria el año 2015, cuya finalidad es servir de comisión asesora del Consejo de Política Migratoria, proponiendo una agenda temática y analizando los efectos de la migración en materia laboral e innovación, con el objetivo de generar propuestas y regulaciones que impulsen el desarrollo del país. A pesar de que la creación de estos consejos data de hace más de 3 años y de la urgencia por la elaboración de una política nacional migratoria, este proceso continúa en pausa (71).

PROPUESTAS EN TORNO AL DESAFÍO

Como se logró constatar en las páginas anteriores, el país estaría en deuda en materia de concretar reformas de salud o modificaciones sustantivas a su sistema, situación que es anterior al arribo masivo de la población migrante. Para avanzar en la dirección necesaria, principios como la solidaridad, la universalidad, la participación e igualdad, deberán estar presentes, comprendiendo que la salud no es sino una expresión constante de la justicia social (72,73). Es necesario abordar en forma profunda y clara la dualidad de los dos subsistemas de salud.

Han existido múltiples propuestas, como las analizadas por comisiones presidenciales de salud tanto en 2010 y 2014, bajo los gobiernos de Sebastián Piñera y Michelle Bachelet respectivamente, todas con tendencia a generar en un corto plazo un plan único garantizado y un fondo solidario de los sistemas de ISAPRE, con una creación de un sistema único de seguros mancomunados a largo plazo (74). Cabe la duda, luego de todos estos años, sobre qué es lo que hace falta para avanzar: el diagnóstico está hecho, las propuestas, también. ¿Falta la voluntad política y alcanzar un umbral mínimo de participación social? ¿No será la migración una oportunidad para colocar el tema nuevamente en la agenda nacional?

También se considera necesario originar nuevas estrategias nacionales de salud para la próxima década (75), teniendo presente los cambios demográficos y epidemiológicos que se están viviendo actualmente, no sólo en cuanto a los migrantes como población joven y fértil, sino también respecto a la población adulta mayor y su problemática, por ejemplo. Para ello, resulta fundamental incluir en el proceso a las organizaciones no gubernamentales, además de generar una activa comunicación con los otros ministerios (Hacienda, Desarrollo Social, Trabajo, Educación): un desafío que requiere una mirada amplia necesita de un abordaje intersectorial.

Por otra parte, es importante enfrentar la fragmentación imperante en el sistema, fortaleciendo el modelo de atención y consolidando los principios esenciales de las redes integrales de salud, con especial énfasis en la atención primaria. De esta forma, se podrían potenciar

iniciativas que ya existen para optimizar e integrar la oferta de servicios a la población con un enfoque en los DSS, que influyen tanto en chilenos como en migrantes. Al respecto, es oportuno mencionar las escuelas de gobierno en salud (dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales), la relación asistencial docente (RAD) entre las escuelas de medicina y los centros médicos del país, los consejos integrados de la red asistencial (CIRA), entre otras instancias otros (76, 77).

Es vital remarcar el rol que tiene la atención primaria en salud, basado en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, fomentando la pesquisa temprana de enfermedades y factores de riesgo a través de diversos programas según la etapa de ciclo vital; y con alta capacidad resolutoria según las demandas de los problemas de salud de la población (78). Continuar fortaleciendo la APS significa mejorar los resultados sanitarios con menores costos asociados tanto de las derivaciones como de los tratamientos y procedimientos médicos. Finalmente, tras esta investigación se puede constatar que la migración ofrece una oportunidad de mejoramiento en el sistema de salud chileno en cuanto:

a) Permite replantear temas rezagados de la política de salud chilena que menoscaba el acceso a la atención por razones raciales o étnicas, legales, económicas, por discriminación o estigmas o por inadecuada difusión de derechos y deberes. Atributos propios de la población migrante, pueden estar presente en población chilena que aún manifiesta dificultades de acceso efectivo a los sistemas de salud. Dichas desigualdades de acceso han sido persistentes y se han profundizado.

b) La participación del sistema privado en los cuidados de salud del migrante ha sido un componente de escaso desarrollo y presencia en Chile. Las condiciones del migrante en cuanto a demografía, nivel de instrucción, prácticas de salud y hábitos, no han motivado hasta ahora la reacción del sistema privado. La evolución natural del proceso migratorio hace presumir que dicha población tendrá progresivamente mejor bienestar económico social y, por tanto, acceso a dicho subsistema. ¿Avanzará Chile para ese entonces a una mejoría sustantiva de su sistema de salud?

c) Reactiva y revitaliza prácticas de salud vinculadas con la fecundidad, la conducta reproductiva y los cuidados de embarazo, formas de resolución del parto (Chile ostenta altas tasas de cesárea como forma de resolución del parto) y cuidados del periodo perinatal. Este aspecto es relevante, considerando que la situación epidemiológica actual requiere fortalecer las competencias profesionales por el progresivo incremento del bajo peso de nacimiento y patología neonatal al cual se expone la población femenina en edad fértil portadora de multimorbilidad crónica, propia de transición epidemiológica avanzada que caracteriza a la población chilena.

d) Manifiesta la necesidad de mejorar los sistemas de información, registros administrativos y de vigilancia epidemiológica en el sistema de salud actual, para evaluar correctamente las tendencias y necesidades de la población que habita en el país y, de esta forma, generar propuestas que sean coherentes con la realidad objetiva y optimizar el uso de los recursos. Dichos espacios de mejoría son las respuestas técnicas adecuadas, en contraposición a acciones inviables, como tamizajes específicos dirigidos a población migrante, intervención que vulnera principios éticos, transgrede derechos fundamentales y hace potencialmente permeable al sistema de salud a prácticas estigmatizadoras.

e) Otorga una oportunidad de efectuar un análisis crítico de las condiciones de desempleo laboral de los chilenos, muchas veces precarias. Estas condiciones son puestas de manifiesto al enfrentarse a ellas trabajadores que desconocen la idiosincrasia de dichas tareas y se exponen a un alto riesgo laboral, con perjuicio de su salud. La regulación, normativa y legislación que ha de ponerse en práctica, traerá bienestar al grupo objetivo y la población chilena expuesta a similares condiciones de precariedad.

f) Enriquece la atención en salud, al ofrecer la posibilidad de reforzar las capacidades técnicas y sociales de los trabajadores de salud del sistema público y privado. También, en cuanto al diseño de programas que consideren aspectos positivos de salud de los migrantes, como pautas de crianza o alimentación de los países

de origen, incrementando así la efectividad de políticas públicas. Los modelos de atención y las competencias que ellos exigen permiten un análisis en profundidad del relacionamiento natural entre el Estado, los prestadores de salud y las instituciones de educación superior y técnico profesional que forman los cuadros de recursos humanos del sistema.

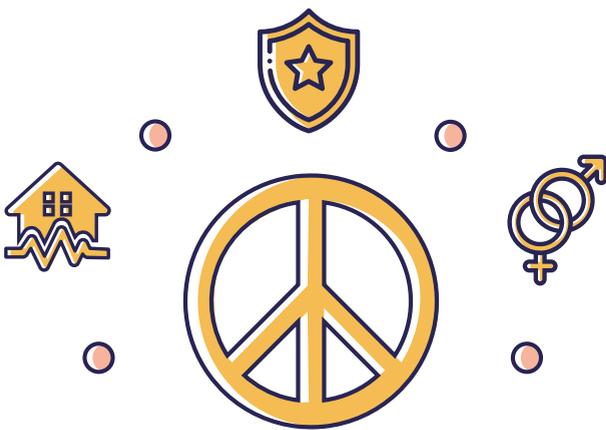
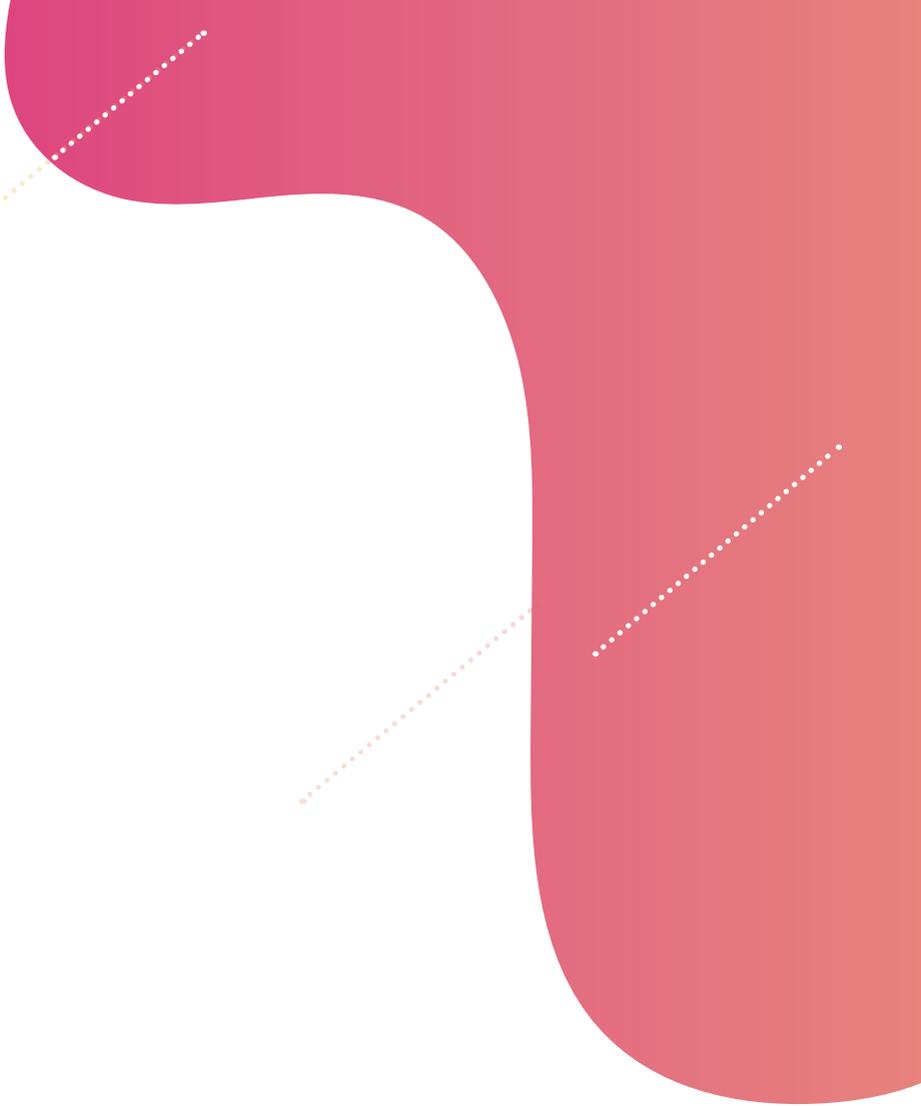
g) Enfatiza la necesidad de un fortalecimiento del nivel primario de atención de salud, pilar que sustenta, al menos en el sistema público, el desempeño global del sistema. La actual discusión mundial y nacional al respecto es reactiva a las necesidades de las poblaciones, en un mundo de amplia globalidad, en el cual la migración hace indispensable enriquecer dicha discusión.

h) Favorece la interculturalidad, atributo con baja presencia en prácticas y desempeños de la salud chilena. Dichas prácticas muestran un enriquecimiento de los modelos de atención y mejoría en el acceso efectivo de población con riesgo de marginación de los sistemas de salud.

i) Fortalecimiento de las capacidades nacionales para el manejo y prevención de problemas de salud mental de la población chilena, al constituir la carga de enfermedad por esta causa uno de los elementos gravitantes en la salud de los migrantes.

j) Fortalecimiento de la acción intersectorial, estimulando la complementariedad de políticas sociales que requieren de articulación y coordinación. A diferencia de la población nacional, crónicamente expuesta a la débil articulación de políticas sectoriales, la población migrante es visible, concentra capacidad de movilización social y requiere de inmediatez de acción por la fragilidad de su tejido social. Esto constituye una oportunidad relevante para establecer experiencias de acción coordinada entre organismos supranacionales, del Estado, instituciones colaboradoras, no gubernamentales y sociedad civil.





CAPÍTULO 4:

El impacto de la participación en operaciones de paz en las instituciones del sector de seguridad y defensa en Chile: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes.

Profesora:

Nicole Jenne, Ciencia Política

Ayudante:

María Emilia Manríquez

Estudiantes:

Alondra Arellano, Ciencia Política

Camila Bertranou, Ciencia Política

José Baboun, Ingeniería

Kamil Hazbún, Ciencia Política

Javiera Muñoz, Ciencia Política

José Peña, Ciencia Política

Alejandra Prieto, Derecho

RESUMEN

¿Ha ganado Chile con la participación de las Fuerzas Armadas en Haití? ¿Se justifica la cantidad de recursos invertidos en operaciones de paz? En esta investigación se sostiene que la participación en operaciones de paz ha tenido impactos positivos en tres áreas: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes naturales. A través de entrevistas a expertos y miembros de las fuerzas armadas que participaron en las misiones, se determinó que, a pesar de que las operaciones de paz no han generado cambios profundos en los marcos institucionales considerados, sí han promovido un desarrollo en las tres áreas. Se propone, por lo tanto, que estos impactos positivos sean visibilizados y considerados en la toma de decisiones acerca de futuros despliegues. Además, se proponen mecanismos para mejorar la canalización de los conocimientos adquiridos en las misiones aprovechándose estos para los marcos y procedimientos nacionales.

INTRODUCCIÓN

¿Cuáles fueron las ganancias para Chile tras el despliegue de tropas en Haití por 13 años? ¿Se justifica el gasto de 177 millones de dólares (Emol, 2017) en la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH)? A partir de la segunda mitad de los años 90, Chile ha ampliado su política en operaciones de paz, convirtiendo ésta de una política sectorial y reducida al envío de observadores militares a una política de estado consolidada. La MINUSTAH, que terminó en octubre del 2017, fue la primera misión donde Chile sostuvo la participación de unidades de tropas (hasta más de 500 en su punto máximo) durante un periodo extendido. El objetivo de la presente investigación es comprender si la participación en operaciones de paz ha llevado a cambios en los marcos normativos e institucionales nacionales. Por lo tanto, se definió la pregunta guía de la investigación en los siguientes términos: ¿En qué medida las instituciones nacionales del sector de seguridad y defensa han sido influenciadas por los requerimientos y la experiencia que implica la participación en las operaciones de paz, siendo estas misiones una práctica definida por Naciones Unidas (ONU) y otros organismos internacionales?

Para responder esta interrogante, el análisis se enfocó en tres áreas específicas de la política de seguridad y defensa: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes. La elección de estos temas se debe a que cada uno de ellos ha adquirido importancia en las últimas dos décadas y han sido sujetos a reformas importantes. Estos procesos de cambio han creado condiciones propicias para que experiencias como la participación en operaciones de paz influyeran sobre su desarrollo. En primer lugar, el análisis de la planificación de defensa ha buscado entender los niveles en los que las operaciones de paz han permitido dar un giro desde una planificación por amenazas a una planificación por capacidades. En el área de género, por otro lado, se investigó si las exigencias respecto a la integración de una perspectiva de género en las operaciones de paz han tenido un efecto en el marco nacional. Por último, se ha analizado si la experiencia en Haití ha influenciado los procedimientos de gestión de desastres en las etapas de respuesta y post-desastre a nivel interno.

Después de una revisión bibliográfica de los antecedentes de las tres temáticas, se llevaron a cabo entrevistas a actores claves para obtener respuestas a la pregunta de investigación. En cada una de las temáticas se encontraron hallazgos individuales con los cuales se logró determinar a nivel general que la participación en operaciones de paz ha tenido impactos positivos a nivel nacional. Es preciso reconocer que estos efectos se dieron en contextos específicos, en los cuales las operaciones de paz no fueron el impulsor determinante de los cambios observados. A pesar de que los impactos positivos no se han traducido en cambios normativos institucionales directos, sí se pudieron identificar aprendizajes con implicancias positivas para el sector de seguridad y defensa. Se propone visibilizar estos efectos en el debate público y tomarlos en cuenta en el proceso de toma de decisión sobre la futura participación de Chile en operaciones de paz. Además, se sugiere instaurar mecanismos para aprovechar de mejor manera los aprendizajes concretos que se dan en las operaciones de paz.

ANTECEDENTES

Bellamy y Williams (2010) definen una operación de paz como

“el uso expedicionario de personal uniformado (policial y/o militar) con o sin autorización de la ONU, con un mandato o programa para (1) ayudar a prevenir el conflicto armado apoyando a los procesos de paz; (2) servir como un instrumento para ayudar en la implementación de acuerdos de alto al fuego o de paz; o (3) imponer un alto al fuego, acuerdo de paz o las decisiones del Consejo de Seguridad de la ONU para construir una paz duradera y estable” (p.18).

Siguiendo esta definición, la participación de Chile en operaciones de paz proviene de la cooperación activa en la Comisión Militar Neutral para el Chaco Boreal (véase Peña y Griffiths). Bajo el marco de Naciones Unidas, entre 1949 y 1990, Chile participó en operaciones de paz con el envío de un número limitado de observadores militares. Solo con la vuelta a la democracia, en 1990, el país empezó a enviar tropas para demostrar su compromiso con Naciones Unidas y la paz internacional. Sin embargo, hasta el año 2004, la participación chilena en operaciones de paz fue limitada. Eso cambió en el año 2004 con el despliegue en una fuerza multinacional de intervención en Haití (MIFH), misión lidera-

da por Estados Unidos que posteriormente fue sustituida por la MINUSTAH. Enfrentado con una crisis política en su propia región, Chile apoyó a la MINUSTAH con un contingente de entre 300 y hasta más de 500 efectivos durante 13 años. El aumento gradual de la participación chilena en operaciones de paz a partir de los años 1990 hizo necesario el desarrollo de nuevas políticas para el despliegue de tropas en este tipo de operación como también una serie de mejoras en la preparación de la fuerza. En este contexto, se plantea la pregunta acerca de si estos cambios afectaron el desarrollo en las siguientes áreas: planificación de defensa, género y gestión de desastres.

Planificación de defensa

Hoy día existen dos principales tipos de planificación de defensa en el mundo. La primera es la planificación de defensa clásica, conocida como la planificación de defensa por amenazas. Este modelo de planificación se basa en una evaluación de las posibles amenazas externas que enfrenta un país. Requiere, por lo tanto, un escenario razonablemente probable o una contingencia militar específica para poder determinar las características de la fuerza necesaria para sobrevivir a ese escenario (Troxell, 2001, p. 157).

El término de la Guerra Fría llevó a un panorama internacional que hizo más difícil identificar una amenaza clara. En las instituciones de gobernanza internacional y nacional se institucionalizó un nuevo concepto de seguridad que amplió la perspectiva en la seguridad nacional, antes definida en términos netamente militares. Se llevó hacia una visión más comprehensiva que incluye además de la seguridad militar del Estado: la seguridad política, social, alimentaria, energética, entre otros. Este nuevo marco de seguridad internacional llevó al desarrollo de un segundo modelo de planificación de defensa llamado la planificación basada en capacidades. Este modelo busca facilitar la preparación de los medios de defensa para escenarios planteados bajo la incertidumbre donde la forma de la amenaza como también su probabilidad es difícil de especificar. Según Tagarev (2009, p. 28), capacidad se define como un conjunto de recursos y habilidades que buscan lograr resultados medibles en el desarrollo de una tarea bajo condiciones y estándares de desempeño específicos. A modo de ejemplo,

una capacidad que un Estado puede querer lograr es la entrega de una cierta cantidad de agua potable a un número específico de personas que se encuentran en un lugar de difícil acceso durante un periodo definido. La necesidad para atender la falta de acceso de agua potable puede ser consecuencia de un conflicto armado, pero también el resultado de un desastre natural como un tsunami. Dado que hoy en día (a contraste del periodo de la Guerra Fría) ambas causas son consideradas amenazas a la seguridad, la planificación por capacidades brinda la necesaria flexibilidad para poder responder a una amenaza u otra.

Durante las últimas dos décadas, la mayoría de los países más ricos del mundo modificaron su sistema de planificación de defensa a una planificación basada en capacidades. En Chile se planteó efectuar este cambio que se sumó a una reforma militar más general, que fue impulsada en la segunda mitad de los años 1990 con el objetivo de modernizar las fuerzas armadas para alcanzar los estándares de los países miembros de la Organización del Tratado de Atlántico Norte (OTAN). A partir de este cambio en la planificación de defensa se busca responder a la siguiente pregunta: ¿En qué condiciones las operaciones de paz han influenciado la reforma hacia la planificación por capacidades?

En la segunda mitad del año 2018, Chile aún no aplica el modelo de capacidades pese a que, como destaca el último Libro de Defensa de 2017 (Ministerio de Defensa, 2017, p. 113), ya existen normativas e instituciones relevantes cercanas al modelo. En este contexto, el Libro de Defensa destaca por ejemplo la Ley 20.424 (2010) del Estatuto Orgánico del Ministerio de Defensa Nacional, que creó el Estado Mayor Conjunto. Este organismo con responsabilidades en la preparación y el empleo conjunto de las fuerzas armadas (ejército, marina y fuerza aérea) es importante para el cambio de planificación, puesto que la actuación conjunta es necesaria para la optimización de los recursos en la planificación por capacidades.

¿Por qué Chile optó por encaminar el cambio de una planificación basada en amenazas a una por capacidad?

Aunque la literatura no entrega una respuesta definitiva a esa pregunta, permite identificar como factor importante la búsqueda de adaptarse a los nuevos escenarios internacionales de incertidumbre y donde hay diversos escenarios posibles de enfrentamiento (Ministerio de Defensa, 2017). Garay (2009) hace referencia a una nueva visión de la política exterior del país. Destaca que Chile ya no busca una relación de competencia o incluso enemistad con Argentina y Perú, sino que busca cooperar con ellos y dejar de lado la posibilidad de enfrentamientos bélicos. Por ende, Chile se encontraría más adepto a la planificación en base a capacidades que en base a amenazas. En esta misma línea, el ex Ministro de Defensa Gómez (2017) destaca que la actual realidad internacional es un desafío para Chile porque obliga al establecimiento de un nuevo enfoque en defensa. Es decir, se hace necesario realizar una nueva planificación, con la posibilidad de darle una perspectiva distinta.

Se ha sostenido que la participación de Chile en instancias internacionales militares, entre ellas en operaciones de paz, ha influido en el cambio de planificación de defensa chilena. Carlos Solar (2017) explica que la participación de Chile en Haití reveló ciertas falencias, como por ejemplo, la necesidad de establecer un cambio de la vieja planificación de defensa basada en las amenazas, a una que responde mejor a las necesidades humanas contemporáneas. Esta conclusión es respaldada por la afirmación del ex Ministro de Defensa, Jorge Burgos (2014), quien destaca la necesidad de adaptarse a nuevos objetivos en la participación chilena en las operaciones de paz, por lo que es necesario una nueva planificación basada en capacidades.

En resumen, lo anterior demuestra que hay una intención clara en el cambio de la planificación de defensa chilena a una por capacidades, pero lo que aún queda por definir es bajo qué factores se está dando dicho cambio y cuál es la influencia que tienen las operaciones de paz en él.

Género

En el año 2000, el Consejo de Seguridad de la ONU adoptó la Resolución 1325 llamada “Mujeres, Seguridad y Paz” en donde se aborda cómo influye el género en la construcción de la paz internacional. La resolución destaca que las mujeres pueden cumplir un rol importante

en la prevención y la resolución de los conflictos (Magallón, 2016). Así, aunque se reconoce a las mujeres como un grupo vulnerable, se les otorga “el derecho ... a ser reconocidas como sujetos con voz y agenda propias” (Magallón, 2008, p.66). Gracias a esto se ha reafirmado el derecho de las personas a la igualdad de género. Sin embargo, en la práctica las mujeres representan tan sólo un 3% del personal desplegado en operaciones de paz bajo la bandera de Naciones Unidas (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2016, p.7). La baja participación desmiente la conclusión unánime en la literatura relevante que mayores niveles de inclusión femenina en las fuerzas de paz llevan a mejores resultados (Magallón, 2016; Orosa, 2018; Gomez, 2017; Sauterel, 2015; Perez, 2011).

En Chile, el gobierno del Presidente Ricardo Lagos acogió la Resolución 1325 en octubre del año 2000, estableciendo así la necesidad de integrar una perspectiva de género en todos los niveles de las operaciones de paz. Posteriormente, en Chile se adoptaron dos planes nacionales de acción, en 2009 (Gobierno de Chile, 2009) y en 2015 (Gobierno de Chile, 2015), siendo el primer país en Latinoamérica de hacerlo y el único teniendo dos.

Desde que se adoptó la Resolución 1325 en Chile, 218 chilenas fueron desplegadas en operaciones de paz, lo que significó un importante aumento respecto de las cifras anteriores (Gobierno de Chile, 2015). De las 218 mujeres, 78 han sido oficiales, 125 del cuadro permanente y 15 civiles; cuatro estuvieron en Bosnia y 214 en Haití. En la MINUSTAH, el número de mujeres aumentó gradualmente de 6 en el primer año de la misión (2004) a 10 en 2006, 12 en 2007, 22 en 2010 hasta alcanzar el máximo de 43 en el año 2013 (CECOPAC en Villanueva Mejía 2017, 40-41). Sumando los números, Chile está por sobre el porcentaje promedio de participación de mujeres en las operaciones de paz, presentando un 4% cuando el promedio internacional fue de 3%. Dado los cambios a nivel nacional, surge la siguiente pregunta, que no se ha abordado en la literatura existente: ¿Cuál es la influencia que ha tenido la participación de Chile en operaciones de paz en los cambios que se han producido en el ámbito de género en las fuerzas armadas?

Para dimensionar los cambios mencionados,

hay que reconocer que a pesar de que el aumento de mujeres con boina azul es un paso importante en el marco de la Resolución 1325, está lejos de aproximar la igualdad de género al interior de las fuerzas armadas. La presencia de mujeres no necesariamente cambia los roles tradicionalmente relacionados con los hombres, por un lado, y las mujeres, por el otro. La falta de igualdad se refleja, por ejemplo, en una presencia femenina más fuerte en el área de especialización ‘servicios e intendencia’ en comparación con combate (Pérez 2011). La ex Presidenta Michelle Bachelet (2015) se refirió a esta realidad cuando mencionó que aún existe una situación de inequidad, reflejada en una fuerte variación entre las ramas y la especialización cuando uno se pregunta dónde están presentes las mujeres uniformadas. Actualmente, las mujeres representan un 18,2% del personal de la Fuerza Aérea, 14,9% en el Ejército y 11% en la Armada (Gómez, 2017).

Gestión de catástrofes

Las características geográficas de Chile hacen del país un territorio propenso a catástrofes naturales de diversos tipos. “Estas particularidades, configuran el riesgo de desastres en el país, el cual expone a su población, infraestructura y sistemas a sufrir importantes pérdidas” (UNESCO, 2012, p.9). Por estos motivos, disponer de marcos institucionales y procedimientos para una adecuada gestión de catástrofes es fundamental para Chile. Por lo tanto, se hace relevante entender si las experiencias que han otorgado las operaciones de paz en esta materia se han traducido en cambios institucionales o normativos a nivel nacional.

Las operaciones de paz, siendo una práctica internacional, se rigen por otro conjunto de reglamentos que la gestión de desastres nacionales, si bien existen lineamientos internacionales al respecto. Fue a mediados de los años 1990 cuando Naciones Unidas empezó a trabajar en distintos planes para enfrentar desastres naturales, proceso que culminó el 2005 con la creación del protocolo de Hyogo (Del Castillo, 2014, p.2), al cual Chile suscribió (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016, p.11). Este marco fue una estrategia internacional para el periodo comprendido entre 2005 y 2015, que tenía como fin reducir las muertes causadas por los desastres naturales y coordinar al gran número de actores involucrados en un sistema

común. Los países tenían que ir avanzando en los objetivos que el marco proponía y elaborar informes con sus avances que eran enviados a la ONU (UNISDR, 2016).

Años después, cuando el cambio climático aparece en el debate público, las Naciones Unidas empezaron a trabajar para atender esta temática (Del Castillo, 2014, p.3). Las agendas del cambio climático y desastres naturales luego confluyeron en el Acuerdo de Sendai, que trabaja a partir de los avances del Marco de Acción de Hyogo para el periodo comprendido entre 2015 y 2030. Además de la inclusión del cambio climático, el énfasis pasó de la gestión de desastres naturales a la gestión del riesgo de desastres naturales (UNISDR, s.f, p.5).

El año 2010, después del terremoto de magnitud 8.8 que ocurrió en Chile, la ONU envió una misión de expertos para hacer una auditoría y comprobar los avances que había hecho Chile en relación al marco de acción Hyogo. A partir del informe, se formularon una serie de propuestas. Posteriormente, en el año 2014, se creó la Política Nacional para Gestión de Riesgos de Desastres, que proporcionó orientación en relación a la reducción de riesgo y a la respuesta de desastres naturales (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016, p.7). Un año después, cuando se adoptó el acuerdo de Sendai, Chile presentó el Plan Estratégico Nacional Para la Gestión de Desastres que busca “proyectar una estrategia de largo aliento en concordancia con el Marco de Sendai 2015-2030” (Gobierno de Chile, 2015-2018, 2016, p.7).

Teniendo en cuenta el desarrollo normativo e institucional en la materia, es fundamental resaltar que en Chile “existe un generalizado consenso en emplear a las Fuerzas Armadas en ayuda de personas siniestradas a causas de catástrofes naturales” (Bahamondes, 2016, p.13). El rol central de las fuerzas armadas fue producto de una creciente participación de los militares en las tareas de ayuda humanitaria, socorro a la población y participación e, incluso, en las tareas de reconstrucción frente a catástrofes (Bolaños, 2014, p.131).

En Haití, las fuerzas armadas también tuvieron un rol central en la gestión de catástrofes. Por ejemplo, en respuesta al terremoto de magnitud 7.0 que afectó al país el año 2010, llevaron a cabo actividades como la entrega de apoyo

humanitario, la coordinación de equipos de rescate y la mantención de seguridad (Slater Escanilla, 2010, p.44). Es importante por eso analizar si los impactos de la participación en operaciones de paz y de la preparación para esta tarea han tenido un impacto en los marcos nacionales. No existe literatura acerca de las influencias que han tenido las operaciones de paz en la materia. Por ende, se buscó aportar en la creación de nuevo conocimiento acerca del impacto que ha tenido la MINUSTAH en la política nacional de gestión de catástrofes.

METODOLOGÍA

Para entender si las operaciones de paz influyeron en las instituciones de defensa en Chile, se utilizaron métodos cualitativos de investigación. Para la recolección de datos se realizaron un total de 13 entrevistas con personas involucradas en las áreas de planificación de defensa, género y gestión de catástrofes. Las entrevistas, llevadas a cabo por uno o dos participantes del equipo de investigación, fueron de carácter semi-estructurado. Eso permitió dirigir la conversación hacia los puntos claves a través de preguntas enfocadas, pero al mismo tiempo dejó el espacio para que los entrevistados y entrevistadas pudiesen expresar ideas que no se tenían pensadas y que muchas veces resultaron igualmente útiles para el desarrollo de la investigación. Dependiendo del contexto, de la confianza y la comodidad de cada entrevistado/entrevistada, se optó por grabar la entrevista o por tomar apuntes. En la posterior fase de análisis, la información obtenida en las entrevistas fue triangulada con los datos de otras entrevistas y con la información de fuentes primarias y secundarias escritas, aunque el número de éstos fue limitado.

HALLAZGOS

Planificación de defensa

En el proceso de cambio hacia una planificación basada en capacidades, las operaciones de paz, tanto como política como también en la práctica, han influenciado sobre la gradual consolidación de la reforma normativa. Sin embargo, el factor operaciones de paz no tuvo un impacto determinante en motivar el cambio. El giro hacia la planificación por capacidades fue resultado de un cambio de paradigmas a nivel internacional producto del fin de la Guerra Fría,

como lo destacan Gonzalo Álvarez, ex Coordinador del Departamento de Políticas, División de Planes y Política, Subsecretaría de Defensa (2018) y Felipe Illanes, Analista de la Subsecretaría de Defensa (2018). Los procesos de la democratización chilena crearon condiciones para que este cambio de paradigmas a nivel internacional llegara a materializarse a nivel nacional.

Como explica Álvarez (2018), a nivel internacional el término de la Guerra Fría creó para la seguridad internacional un escenario de incertidumbre donde ya no existía un enemigo claro como por ejemplo la Unión Soviética y ‘el comunismo’. Además, se empezó a entender la seguridad de forma más amplia, comprendiendo dimensiones más allá de la seguridad militar del Estado, como la seguridad económica, alimentaria y social de las personas y comunidades (Puig, 2015; Tagarev 2009). Chile dejó de mirar hacia Argentina y Perú como enemigos, por lo que las fuerzas armadas debían prepararse para enfrentar cualquier tipo de escenario, surgiendo así la aplicación del modelo por capacidades.

A nivel nacional, el cambio de paradigma se produjo en el contexto de la transición a la democracia en la década de los 1990, como destaca Marcos Robledo (2018), ex Subsecretario de Defensa. Robledo explica que hasta el año 2005 los temas de defensa quedaban prácticamente en manos de las fuerzas armadas, ya que no se consideraba la participación civil en el proceso, menos aún en las políticas públicas. Paulatinamente se implementaron diversas reformas en la política de defensa para modernizar y democratizar las fuerzas armadas y para acercarlas al mundo civil. Una de las reformas propuestas por las autoridades civiles del Ministerio de Defensa fue la planificación basada en capacidades, y otra fue la re-definición de los roles militares, donde las operaciones de paz se incluyeron como forma de cooperación internacional entre las tareas adscritas a las fuerzas armadas (véase Ministerio de Defensa 2017).

Los tres entrevistados identifican el papel que han cumplido las operaciones de paz en el proceso de modernización y cambio de la planificación de defensa como un rol demostrativo y de guía, más que decisivo en el cambio mismo. Las operaciones de paz plasmaron la necesidad

y los beneficios reales y potenciales que puede tener la planificación por capacidades, por lo que se representaron como un modelo a seguir y un marco de referencia respecto a la aplicación de la planificación por capacidades. Para entender eso mejor, vale volver a los procesos que acompañaron la transición a la democracia.

Autores como Pino y Montes (2009) afirman que “desde el inicio de la transición a la democracia en Chile ... los temas de la modernización de la defensa han estado presentes en la agenda política chilena” (p. 81). En el planteamiento del desarrollo militar en Chile, según explica Álvarez (2018), las grandes potencias como Estados Unidos e Inglaterra han sido los referentes más importantes. Es por ello que se adoptó el estándar OTAN en 2004, y este acercamiento hizo que las Fuerzas Armadas también entendieran la importancia de las capacidades como guía del desarrollo militar y empleo de la fuerza.

El acercamiento a la OTAN se dio, entre otros, a través de la política de las operaciones de paz como lo destaca Cheyre (2011), el ex Comandante en Jefe del Ejército. Por ejemplo, Chile empezó a participar en la misión de paz de Bosnia y Herzegovina de la OTAN/Unión Europea (Ejército de Chile, s/f.). Acorde a las tres fuentes entrevistadas y los autores mencionados, la implementación definitiva de una planificación de defensa por capacidades permitiría mejorar la participación chilena en las operaciones de paz. En este sentido, las operaciones de paz fueron uno de los factores motivando y sosteniendo el cambio de la planificación en defensa. Sumado a lo anterior, Felipe Illanes (2018) sostiene que Chile, y en especial las fuerzas armadas, se dieron cuenta que la planificación en base a capacidades era esencial en su desarrollo y estandarización internacional, en parte gracias al proceso de participación en operaciones de paz. Es decir, las operaciones de paz le han permitido a Chile acercarse al modelo de la planificación por capacidades al estar en contacto directo con países y organismos que hoy desarrollan dicha planificación.

En definitiva, el cambio de planificación de defensa no se debe a una causa única, sino que es el resultado de un proceso multicausal. En este, se destacan el cambio de paradigmas en

defensa a nivel internacional y la transición a la democracia en Chile. Participar en operaciones de paz fue uno de los nuevos objetivos que también motivó y llevó a la reforma de la planificación de defensa. La participación en operaciones de paz les permitió a las autoridades chilenas llegar a la conclusión de que este modelo puede ser útil, así contribuyendo a la motivación para implementarlo. En este sentido, vale recalcar la utilidad que tendría la planificación basada en capacidades para Chile en el marco de las operaciones de paz, como una herramienta para mejorar la participación en ellas.

Género

En el área de género, se distingue el impacto que ha tenido el participar en operaciones de paz en el marco legal, por un lado, y en la convivencia práctica en el día a día de las fuerzas armadas, por otro.

En primer lugar, concluimos que la participación de Chile en operaciones de paz, junto con la Resolución 1325, le ha dado relevancia a la incorporación de la mujer y la perspectiva de género en las fuerzas armadas. Eso contribuyó a la implementación de reformas hacia mayor inclusión en las instituciones del sector de seguridad y defensa, en cuyo contexto se destaca el rol que han tenido los dos planes de acción nacional. Entre los objetivos generales que establecen es la “promoción de la inclusión de la perspectiva de género en todas las actividades de construcción, mantenimiento y consolidación de la paz”, junto con “fomentar la participación de las mujeres en operaciones de paz en conformidad con la Resolución 1325” (Gobierno de Chile, 2015).

La relevancia de los planes de acción fue resaltada por el ex Subsecretario de Defensa, Marcos Robledo (2018), quien dijo que “los planes de acción fueron institucionalizando una política de igualdad de género en defensa.” Según Maricel Sauterel (2018), quien participó en la elaboración de ambos, “[l]a principal razón de elaborar un plan fue responder a los compromisos internacionales asumidos por Chile en materia de derechos humanos de las mujeres e igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, así como también avanzar en la agenda de género nacional.” Considerando que las operaciones de paz constituyen parte de estos

compromisos internacionales, queda constatao que la participación de Chile en ellas actúa como un detonante en el desarrollo de políticas de género. Efectivamente, el entonces Canciller Mariano Fernández presentó el primer Plan de Acción Nacional con las palabras: “Este Plan es parte del compromiso de nuestro país en la hermosa tarea de la construcción y el mantenimiento de la paz en el mundo, la que hemos realizado de manera sistemática a lo largo del tiempo y materializado mediante nuestra participación en distintas misiones de paz bajo el mandato de Naciones Unidas” (p. 7).

¿Por qué las autoridades chilenas se sienten comprometidas con los compromisos internacionales, cuando otros países latinoamericanos ni siquiera han elaborado un solo plan de acción nacional? Resulta interesante ver que el desarrollo de políticas de género respondió a factores de poder blando político. De hecho, Maricel Sauterel explica que el desarrollo de los planes de acción también se dio por “cómo Chile se posiciona, en el ámbito latinoamericano, como el país líder en promover la agenda de género en el ámbito de la defensa” (Sauterel, 2018). Con eso la experta en temas de género y fuerzas armadas se refiere a la presión internacional que perciben los países para posicionarse en la vanguardia del desarrollo de una perspectiva de género, lo cual les otorga mayor estatus internacional. De esta forma, queda en evidencia que la inclusión de la mujer responde, en parte, a posicionar al país como líder regional en el tema de políticas de género dentro de las fuerzas armadas. Siendo las operaciones de paz un ámbito importante de la cooperación internacional y especialmente regional, fueron un factor importante en fortalecer el compromiso de Chile con los objetivos de la Resolución 1325.

En el marco legal, gradualmente se ha ido estableciendo la igualdad normativa entre hombres y mujeres. En el año 2017, se eliminó el Escalafón de Servicio Femenino Militar, la última norma discriminatoria en las fuerzas armadas. El nuevo Escalafón de Servicio de Personal terminó con la institucionalización de los estereotipos de género como, por ejemplo, que se les asigna a las mujeres, por defecto, el área administrativa de la defensa (Gómez, 2017). El Mayor Mario Pizani, oficial del Ejército, califica esta reforma como “el hito que pone término a todas las separaciones que había”, ya que en base de la nueva normativa las mujeres pueden acceder a los mismos puestos que los hombres (2018).

Las fuerzas armadas, siendo un órgano particularmente obediente de la voluntad del Estado, han cumplido con las normas igualitarias (Robledo, 2018). Al mismo tiempo, siendo las instituciones militares tradicionalmente sexuadas (Anderson, 2003), existen reglas tácitas y una cultura organizacional que complican la incorporación, el desarrollo y la permanencia de las mujeres en las fuerzas armadas. El hecho que para cada 100 hombres solo hay 14 mujeres en las Fuerzas Armadas chilenas demuestra que siguen existiendo obstáculos que dificultan los procesos de incorporación femenina que se presentan en la Resolución 1325 y por los que las autoridades han abogado tanto (Vodanovic, 2016; Sauterel, 2015; Bachelet, 2015). Robledo (2018) asegura que aún se debe realizar una revisión profunda de los mecanismos que desincentivan la carrera militar de las mujeres, como lo establece el segundo Plan de Acción (p. 31). Por ejemplo, si bien existen los mismos requisitos de ingreso y ascensos, además de la poca presencia femenina en las fuerzas armadas, las mujeres tienen también una tasa más alta de abandono en su carrera militar. Aunque “no está establecido en ninguna parte que sea así, pero finalmente la práctica incide en las decisiones que se toman” (Sauterel, 2018).

Considerando que cambios en la práctica implican cambios en la cultura organizacional, se entiende que las operaciones de paz, como uno de los ámbitos donde participa personal femenino, pueden tener un rol importante naturalizando el hecho de que el personal uniformado tenga cara de mujer. Es más, las operaciones de paz podrían tener un rol destacado dado que

tienen mayor visibilidad en la imagen pública comparado con otras misiones que cumplen las fuerzas armadas y que suelen ser menos visibles públicamente. De esta forma, se esperaría que paulatinamente, mientras se sigan aplicando los planes de acción, las instituciones avancen hacia la integración de la política de género en el área de defensa, dejando atrás costumbres conservadoras (Pizani, 2018). Sin embargo, dado que hasta este momento la participación de mujeres en operaciones de paz ha sido reciente y limitada, no podemos saber aún si la práctica ha estado cambiando las viejas normas informales.

Lo anterior evidencia que en temas de incorporación femenina se ha avanzado en buena medida, aunque en la práctica aún queda mucho por hacer. Los procesos sociales que influyen en los cambios institucionales para incorporar la perspectiva de género son lentos y no se limitan al área de defensa. En cuanto a los avances en el marco legal y declarativo, se pudo ver que la participación de Chile en operaciones de paz ha sido importante en motivar los planes de acción y crear un sentimiento generalizado que compromete el país con los acuerdos internacionales que buscan igualdad de género.

Gestión de catástrofes

En el área de la gestión de catástrofes se pudo determinar que la participación en operaciones de paz, específicamente en la MINUSTAH, trajo aprendizajes sumamente relevantes para una mejor gestión de catástrofes por las fuerzas armadas a nivel nacional. Sin embargo, los aprendizajes se expresan, mayormente, en una mejor capacitación de las fuerzas por la exposición a situaciones complejas y no en un cambio en los marcos normativos nacionales. De hecho, se pudo identificar que el terremoto que ocurrió en Chile el 27 de febrero del 2010 fue el evento catalizador para el avance en la política nacional de gestión de desastres.

El único cambio normativo que fue atribuido a la participación en operaciones de paz fue la incorporación del ítem emergencia nacional y protección civil a las funciones generales de las áreas de misión de las Fuerzas Armadas (Cofre, 2018). Antes de la participación en Haití, las misiones del Ejército comprendieron solamente la defensa, la contribución al desarrollo nacional y a los intereses territoriales. Según los miem-

bros del Batallón Chile que fueron entrevistados, la experiencia en la MINUSTAH hizo que el Ejército incluyera de manera formal en su doctrina los ítems de cooperación internacional y de emergencia nacional. La emergencia nacional se define como una instancia en donde el Ejército colabora con el Estado para enfrentar una catástrofe natural o antrópica, tanto en la respuesta inmediata como en la mantención del orden público.

En las entrevistas se pudo determinar que el evento canalizador de los cambios en gestión de desastres en Chile fue el terremoto del 2010. Tanto el General Guillermo del Castillo como el General (r), Ricardo Toro, actual director de la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI) que estuvo desplegado en Haití como Jefe de Operaciones y luego Segundo Comandante de la Fuerza de la MINUSTAH, identificaron una serie de cambios en los marcos de gestión de desastres después de este evento. A pesar de que el país había adscrito al marco de acción internacional de Hyogo, Chile no había avanzado en el cumplimiento de los compromisos que se habían acordado (Del Castillo, 2016, p.3). Cuando Chile pidió apoyo internacional tras el terremoto (UN News, 2010), Naciones Unidas hizo una auditoría para comprobar los avances nacionales en relación a acuerdos internacionales, como el de Hyogo. Como resultado del informe de los expertos de la ONU, se hizo una serie de propuestas, siendo una de ellas la creación de un mecanismo de coordinación intersectorial e interinstitucional en el que participan los principales actores relacionados con la reducción del riesgo de desastres (Gobierno de Chile, s.f). Ambos entrevistados indicaron que el terremoto llevó a los avances más significativos en los marcos normativos de gestión de desastres, y que el terremoto en 2010 posicionó la materia como un área fundamental a desarrollar.

A pesar de que los cambios normativos en gestión de desastres hayan sido impulsados principalmente por factores ajenos a las operaciones de paz, la participación en estas sí ha tenido un impacto positivo significativo en las fuerzas armadas. La gran mayoría de estos aprendizajes pueden ser catalogados como experiencias que aumentaron la exposición a situaciones complejas reales y entrenamiento en terreno de las tropas desplegadas. A partir de la información

recopilada, se resaltan tres áreas en las cuales Haití representó una oportunidad de formación y mejoramiento importante: la experiencia adquirida tanto para las unidades desplegadas en terreno como para las del cuartel general; el despliegue y acción conjunta de las tres ramas de las fuerzas armadas; y el desafío que representa la relación con una amplia gama de actores civiles.

En primer lugar, las entrevistas llevaron al hallazgo que la MINUSTAH representó una oportunidad única para que las fuerzas armadas utilicen sus recursos técnicos y profesionales en terreno. Se mencionó tanto por parte de los integrantes del batallón como por los oficiales del cuartel general, que las operaciones de paz son una instancia de entrenamiento muy fructífero. Dada las condiciones de Chile, donde no existe prácticamente el riesgo de un conflicto armado interestatal y se goza en gran medida de una estabilidad social y política, las operaciones de paz son oportunidades para aprender a manejar situaciones de alta complejidad. Por ejemplo, miembros del batallón mencionaron que tuvieron que patrullar en protestas, partidos de fútbol y otras situaciones donde había una alta propensión a situaciones de violencia o desorden público, además de realizar controles de identidad y manejar checkpoints.

La participación en la MINUSTAH también llevó al reconocimiento de la posibilidad de una mayor flexibilidad y rapidez en respuesta a situaciones inesperadas. Se resaltó en diversas entrevistas que los procedimientos militares en Chile son largos, burocráticamente enredados y que los documentos, por ejemplo, acostumbra a tener varias páginas de extensión. El General (r) Eduardo Aldunate, que se desenvolvió como segundo comandante de la fuerza en MINUSTAH, explicó que uno pudo aprender a gestionar los procesos de manera mucho más expedita ya que el tiempo es escaso (2018). Mencionó que este tipo de desarrollos son positivos si se pueden plasmar en el marco nacional para un mejor manejo de catástrofes donde la capacidad de respuesta debe ser inmediata.

En segundo lugar, las operaciones de paz representan una de las pocas instancias, aparte de la gestión de catástrofes, donde hay una participación conjunta de las tres ramas de las fuerzas armadas. A pesar de que el Estado Ma-

yor Conjunto (EMCO) se haya creado en el 2010 con la intención de suplir la necesidad de una mayor integración entre las ramas, se reconoce ampliamente que falta una mayor integración operativa y administrativa de las fuerzas. Ante esta realidad, las operaciones de paz fueron descritas por diversos entrevistados como una gran oportunidad para relacionarse y aprender entre miembros del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea. Por ejemplo, el General Aldunate (2018) explicó que uno de los problemas que tenían los contingentes chilenos en la MINUSTAH fue que el comandante rotaba cada seis meses entre el Ejército y la Armada. Cada vez que cambiaba, llegaban con el criterio y doctrina de su propia institución. Al principio se hizo difícil el proceso de adaptación, pero con el cada vez mayor conocimiento del otro se fueron adaptando a los distintos métodos de funcionamiento. Este tipo de experiencia conjunta es de suma utilidad para situaciones de catástrofes donde las tres fuerzas también tienen que trabajar bajo un solo mando.

En tercer lugar, la participación en Haití fue una oportunidad para que las fuerzas armadas se relacionaran con diversos actores civiles como organizaciones no gubernamentales (ONGs) y medios de comunicación, lo que trajo diversos aprendizajes sumamente útiles para la gestión de una catástrofe. Este punto fue resaltado por los mandos más altos de la misión, ya que eran ellos los que organizaban las relaciones con la variedad de organizaciones civiles (Aldunate, 2018; Fernández, 2018). Se mencionó, por ejemplo, que en un inicio hubo problemas con la Cruz Roja y Médicos Sin Fronteras, ya que tenían una visión muy negativa de los militares en la MINUSTAH. Por lo tanto, se tuvieron que establecer puentes entre las instituciones militares y humanitarias, superando las reticencias y desconfianzas que estaban instauradas desde antes. En varias entrevistas se mencionó que la gran cantidad de ONGs dificultó la coordinación con los contingentes militares, pero que la experiencia representó un aprendizaje único para los generales que ocupaban cargos directivos en Haití (Aldunate, 2018; Fernández, 2018).

El manejo efectivo y estratégico de los medios de comunicación por parte de las fuerzas armadas también fue una capacidad que se tuvo que desarrollar a raíz de la MINUSTAH. En las entrevistas se recaló en diversas ocasiones la

importancia de tener una buena relación con la prensa, ya que era a través de esta que se podía hacer llegar de forma masiva información a la población. Se mencionó que, si se tenía un manejo adecuado de la población a través de los medios de comunicación, era menos probable encontrarse con situaciones como saqueos, protestas y otras situaciones violentas. Además, la prensa podía comunicar sobre lo que hacía Chile para ayudar a la población haitiana, reforzando una imagen positiva tanto de la misión en general como de las tropas del país. Cuando autoridades chilenas visitaron orfanatos y colegios apadrinados por el Ejército de Chile, se sacaban fotografías y se informaba de aquello en los periódicos, en la televisión y en la radio. Los entrevistados recalcaron que la difusión de este tipo de acciones tuvo un impacto positivo en la aprobación de las tropas y las actividades de la MINUSTAH por parte de la población local (Cofre, 2018).

Tanto la coordinación con ONGs como una relación adecuada con los medios de comunicación son aprendizajes sumamente importantes para situaciones de catástrofe y emergencias (Abiew, 2003; Holshek, 2005; Pugh, 2001). Del tipo de interacción con la población y de la transmisión de información depende si se generan más o menos situaciones de riesgo. En las entrevistas se enfatizó que en una catástrofe natural es fundamental tanto poder coordinar la ayuda humanitaria de diversas organizaciones como entregar información relevante y contrarrestar ‘cahuines’ a través de los medios. Por lo tanto, la participación en la MINUSTAH les proporcionó a los miembros de las Fuerzas Armadas chilenas instancias de aprendizaje que son relevantes para una adecuada gestión de catástrofes a nivel nacional.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Se puede concluir en base a la investigación que la participación en operaciones de paz ha tenido impactos positivos tanto en la planificación de defensa, género y gestión de desastres. A pesar de que el desenvolvimiento de las fuerzas armadas en las misiones no ha llevado a cambios normativos institucionales en las tres áreas, se identificaron desarrollos que no dejan de ser importantes. Por lo tanto, la propuesta general que se desprende de la investigación es que se deberían tomar en cuenta y visibilizar

los efectos de la participación en operaciones de paz. Estas traen beneficios no sólo en términos de la presencia de Chile en el marco de

Naciones Unidas, demostrando así su compromiso con el multilateralismo, sino también a las Fuerzas Armadas como institución.

Tabla 1: *Tabla de Propuestas por Ítem y Objetivo.*

Ítem	Objetivo	Propuestas para las instituciones del sector de seguridad y defensa
Consideración en la toma de decisiones	Que las autoridades relevantes tomen conocimiento sobre el impacto que pueda tener la participación en operaciones de paz.	Aumentar las capacidades para investigación y estudios acerca de la participación en operaciones de paz, por ejemplo, del CECOPAC.
		Fomentar los vínculos entre universidades y las Fuerzas Armadas a fin de promover el intercambio de información, ideas y promover la investigación.
Visibilizar los efectos que ha tenido la participación en operaciones de paz.	Aumentar el conocimiento general sobre las operaciones de paz como quehacer de las fuerzas armadas.	En los informativos sobre operaciones de paz, destacar los beneficios para las Fuerzas Armadas chilenas junto con su aporte a las operaciones.
Planificación militar	Consolidar la planificación basada en capacidades.	Aplicar el Manual de Metodología para una Planificación basada en Capacidades e implementar las medidas correspondientes.
		Definir un nicho en operaciones de paz donde Chile puede hacer valer sus recursos y capacidades, a considerar en el proceso de planificación.
Género	Promover el cambio cultural respecto al género.	Asegurar que los planes de acción sobre Mujer, Paz y Seguridad tengan un presupuesto adecuado para los objetivos que se plantean.
		Desarrollar procedimientos vinculantes para hacer un seguimiento centralizado al cumplimiento de las tareas de cada institución y ámbito.
		Enviar como representantes de las instituciones a las reuniones de género mujeres y hombres, no solo mujeres.
		Comunicar de forma más clara que una perspectiva de género implica de-construir los estereotipos de género, no solo la presencia de mujeres.
Gestión de catástrofes	Aprovechar los aprendizajes que se dan en las operaciones de paz.	Crear mecanismos de retroalimentación sobre gestión de desastre bajo la conducción del Estado Mayor Conjunto en cooperación con el Ministerio Interior, en el marco de la protección civil.

Fuente: *Elaboración propia.*

Si bien la participación en operaciones de paz no ha generado cambios profundos en los marcos institucionales en las tres áreas estudiadas, sí ha generado y facilitado avances prácticos y normativos. En la planificación de defensa, la participación en operaciones de paz se ha identificado como un eje impulsor en el cambio de paradigma de una planificación por amenazas a una por capacidades, lo que va en línea con el objetivo político de posicionarse internacionalmente como socio de la OTAN. En el área de género, la Resolución 1325 y las operaciones de paz fueron calificadas como factores determinantes para la creación de los dos planes de acción nacional de inclusión de la mujer en el sector de defensa. Por último, la experiencia de la MINUSTAH ha aumentado la capacidad de los contingentes en la gestión de catástrofes en tres áreas: la adquisición de experiencia en terreno, la exposición a un despliegue conjunto entre las tres ramas y el desafío de coordinación con una amplia gama de actores civiles.

Los costos asociados al despliegue en operaciones de paz han sido uno de los temas centrales en el Ministerio de Defensa desde que asumió el gobierno del Presidente Sebastián Piñera en marzo de 2018, en especial con relación a la participación de Chile en África. En abril, el Ministro de Defensa Alberto Espina anunció que todas las misiones se estaban reevaluando, en especial la de República Centrafricana, que ya tenía un costo de 50 millones de dólares para el país (El Mercurio, 2018)¹. En julio, el gobierno finalizó la participación chilena en esta misión, quedando menos de 50 cascos azules chilenos desplegados en operaciones internacionales de paz. El aporte de esta investigación es agregar una dimensión más a la discusión, demostrando que la participación en operaciones de paz trae beneficios tangibles para las fuerzas armadas, e instando a que éstos sean considerados en la toma de decisiones sobre la participación futura del país en estas misiones.

Consideramos fundamental que la temática se visibilice de mayor manera, ya que las políticas de seguridad y defensa muchas veces no logran instalarse en el debate público. El debate en torno a la participación de Chile en operacio-

nes de paz debe vincularse con la pregunta de qué es y debe ser el rol de las fuerzas armadas, y debe contar con mayor involucramiento de la sociedad civil. Para lograr estos objetivos proponemos aumentar las capacidades para investigación y estudios acerca de la participación en operaciones de paz. Por ejemplo, se puede considerar fortalecer la capacidad del CECOPAC en este sentido y también fomentar los vínculos entre universidades y las Fuerzas Armadas a fin de promover el intercambio de información, ideas e investigación. Es a través de un mayor desarrollo en la temática y la integración de diversos actores en ésta que se puede generar el material relevante para nutrir la discusión pública en el área de seguridad y defensa y su relación con las operaciones de paz.

Adicionalmente, se desprenden propuestas por área, donde se proponen mecanismos para avanzar en una mejor canalización de los conocimientos adquiridos en operaciones de paz para que sean mejor aprovechados en el marco nacional.

Planificación

En la planificación de defensa proponemos consolidar el cambio hacia la planificación basada en capacidades con el fin de poder responder de forma eficaz a las demandas del Department of Peacekeeping Operations (DPKO) de Naciones Unidas. Las operaciones de paz requieren tropas (cantidad) como también capacidades especializadas. Por los lineamientos generales de su política de defensa, Chile no va a ser un país que participa con grandes cantidades de tropas, pero sí puede hacer valer su nivel de profesionalización y equipamiento altamente desarrollado para contribuir a la labor de Naciones Unidas. La planificación en base a capacidades ayudará a definir un nicho para Chile donde se puede aportar con capacidades especializadas a las operaciones de paz.

En este sentido, la primera recomendación es aplicar el Manual de Metodología aprobado durante el gobierno de Michelle Bachelet (2014-2018), que indica un plazo de cuatro años de marcha blanca para luego implementar la

¹ El Estado chileno paga al personal desplegado en operaciones de paz un aumento salarial de hasta tres veces el sueldo normal. Naciones Unidas reembolsa a los países por el equipamiento que usan y paga un monto para cada persona desplegada en una operación de paz (actualmente alrededor de 1,300US\$).

instauración efectiva de la planificación de defensa por capacidades, específicamente lo que se encuentra previsto en la Ley 20.424 del 2010 y en el Libro de Defensa Nacional del 2017. Es decir, las bases y lineamientos del cambio de la planificación de defensa se encuentran codificados; sin embargo, se tienen que desarrollar las políticas concretas y vinculantes para los actores involucrados para que no sean meras recomendaciones y guías.

La planificación en base a capacidades es aquella que mejor se adecúa a las contingencias actuales, entre ellas las intervenciones por la comunidad internacional con operaciones de paz en situaciones de conflicto y pos-conflicto en todo el mundo. Siguiendo el planteamiento de la política exterior chilena durante casi tres décadas, según el cual el país busca ser un socio confiable de Naciones Unidas que aporta a la estabilidad internacional, proponemos que Chile defina un nicho en las operaciones de paz para contribuir con capacidades especializadas. El estar en línea con la planificación en base a capacidades le permitiría a Chile definir y planificar para cubrir este nicho y ponerlo a disposición de Naciones Unidas, para así tomar un rol más relevante en los espacios de cooperación internacional que son las operaciones de paz.

Género

Chile no puede dormirse en los laureles por ser un pionero en cuanto a la agenda Mujer, Paz y Seguridad en América latina. Para lograr una mayor inclusividad es necesario un cambio cultural que deje atrás los estereotipos que han vinculado a los diferentes sexos con características que son producto de roles asignados en nuestra sociedad.

Este cambio cultural es incipiente y requiere necesariamente que se le otorgue la debida prioridad política, es decir, recursos, a este tema. Proponemos otorgar un presupuesto definido y coherencia administrativa a los planes que se elaboren sobre género en las operaciones de paz. Tanto el primer como el segundo Plan de Acción Nacional han tenido debilidades en este respecto, ya que no se pudieron desarrollar óptimamente las medidas para alcanzar los objetivos planteados. Por otra parte, es necesario que las planificaciones mejoren en términos metodológicos para poder medir el cumplimiento de las tareas específicas para cada institución

y ámbito (Sauterel, 2018). Para esto es necesario desarrollar procedimientos vinculantes que permitan hacer un seguimiento centralizado.

Proponemos continuar incorporando la perspectiva de género en las fuerzas armadas y en las operaciones de paz donde se participe. Para esto, se recomienda enfatizar que el tema no es sólo de las mujeres, sino que incumbe a hombres, lo que significa que las actividades sobre género deben ser frecuentados por hombres en igual número o mayor que por mujeres, lo que aún no ocurre. Además, se debe comunicar de forma más clara que es necesario un cambio de paradigma. Una perspectiva de género no implica solamente aumentar la presencia física de mujeres en operaciones de paz y en las fuerzas armadas, sino que implica la desvinculación de características supuestamente ‘femeninas’ y ‘masculinas’ de los hombres y de las mujeres, para así aprovechar el potencial de cada individuo sin asignárselo por tener uno u otro género.

Catástrofes

Hay espacios de mejora que permitirían un mejor aprovechamiento de los aprendizajes que entrega la participación en operaciones de paz en gestión de catástrofes. En primer lugar, las entrevistas recalcaron la importancia de generar una mejor sistematización o registro de los conocimientos y habilidades adquiridas en las misiones que después pueden ser utilizadas en situaciones de catástrofe a nivel nacional. En los últimos años ha habido un gran avance por parte del Centro Conjunto para Operaciones de Paz (CECOPAC) y la Dirección de Doctrina del Ejército en la recopilación de las experiencias y formulación de lecciones aprendidas. A pesar de esto, es necesario enfocar una instancia que trate específicamente la temática de gestión de desastres. De esta manera, se facilitaría la identificación de determinados aspectos específicos de aprendizaje para poder aplicarlos en situaciones de catástrofe. Debido a que las operaciones de paz y la respuesta a desastres representan algunas de las pocas áreas donde las tres ramas de las fuerzas armadas operan de forma conjunta, estas instancias de discusión y recopilación de aprendizajes deben tener especial énfasis en las dificultades del trabajo conjunto. Avanzar en la identificación de problemas de coordinación en el despliegue conjunto que ha ocurrido en operaciones de paz sería un aporte significativo para situaciones de gestión de desastres donde las ramas también operan bajo un mismo mando.

ANEXOS

Anexo 1: Entrevistas Realizadas

-Eduardo Aldunate, General en Retiro del Ejército, Segundo Comandante de la fuerza de MINUSTAH (2005-2006), Santiago, 19 de junio de 2018.

-Gonzalo Álvarez, asesor de Políticas de la Subsecretaría de Defensa (2014-2018), Santiago, 18 de junio de 2018.

-Carlos Cofre, Miembro CIMIC en Haití, suboficial mayor del Ejército de Chile, Santiago, 10 de mayo de 2018.

-Mariano Fernández, Representante Especial del Secretario General de Naciones Unidas para Haití (2011 a 2013), Santiago, 18 de junio de 2018.

-Guillermo Del Castillo, General de Brigada del Ejército de Chile, Santiago, 4 de junio de 2018.

-Felipe Illanes, asesor de la Subsecretaría de Defensa de Chile, Santiago, 7 de junio de 2018.

-Mario Pizani, Centro de Lecciones Aprendidas, Dirección de Doctrina del Ejército de Chile, Santiago, 8 de junio de 2018.

-Marcos Robledo, Subsecretario de Defensa (2010-2014), Santiago, 21 de junio de 2018.

-Tamara Roldán, Miembro CIMIC en Haití, suboficial del Ejército de Chile, Santiago, 10 de mayo de 2018.

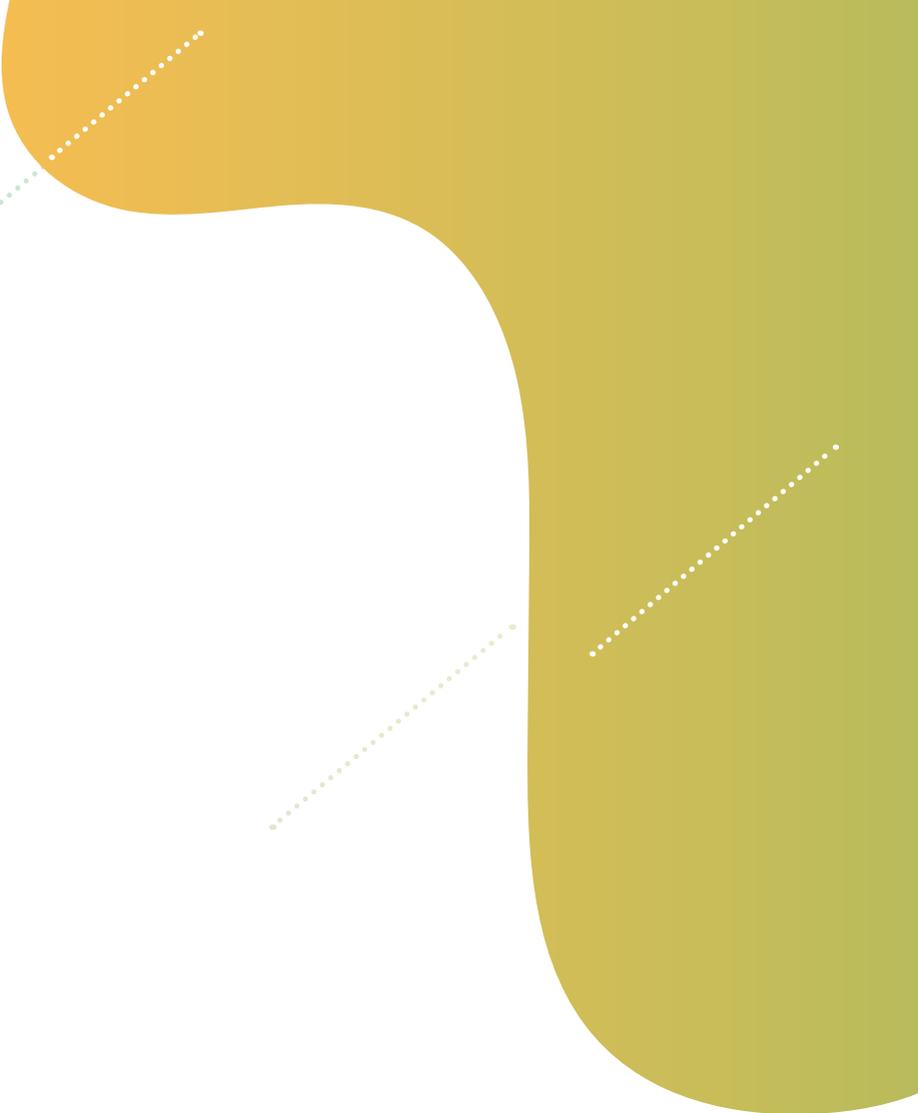
-Maricel Sauterel, participante en la elaboración de dos Planes de Acción Nacional sobre Mujeres, Paz y Seguridad, Santiago, 8 de junio de 2018.

-Ricardo Toro, General en retiro del Ejército de Chile y actual Director de ONEMI Chile, Santiago, 27 de junio de 2018.

-Paula Vergara, periodista en Haití durante la MINUSTAH, y actual asesora de la Jefatura de Extensión y Vinculación con el Medio de la Academia Nacional de Estudios Políticos y Estratégicos (ANEPE), Santiago, 13 de junio de 2018.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo contó con el apoyo de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) en el marco del Proyecto Fondecyt de Iniciación en Investigación N° 11170387



CAPÍTULO 5:

Buenas prácticas y trabajador mayor: desafíos y propuestas para el Mercado Laboral en Chile.

Profesoras:

Sara Caro, Trabajo Social

Paula Miranda, Trabajo Social

Ayudante:

Juan Concha

Estudiantes:

Antonia Bobadilla, Trabajo Social

Javiera García, Trabajo Social

Gema Páez, Psicología

Bárbara Vidal, Trabajo Social

RESUMEN

El envejecimiento conlleva el aumento sostenido de personas mayores y por tanto la transformación de la fuerza laboral, lo que desafía a los sistemas laborales a adaptarse a ello. El objetivo del estudio es examinar las buenas prácticas laborales que incluyen trabajadores de 55 años y más en empresas de la Región Metropolitana. A partir de un diseño cualitativo, se realizó un análisis documental y entrevistas semiestructuradas para recopilar dicha información. Como resultado de la investigación se confeccionó una matriz teórica de buenas prácticas laborales, la cual permitió detectar a nivel general que dentro las buenas prácticas llevadas al interior de las empresas, no hay una existencia exclusiva de estas, que respondan a las necesidades de los trabajadores mayores y deben, a modo de recomendación, crear políticas internas que fomenten la incorporación y permanencia de los trabajadores mayores, con la ayuda de la Matriz propuesta en esta investigación. Mientras que, a nivel nacional, crear un programa vinculado al Ministerio del Trabajo, en conjunto con SENAMA, que tenga como objetivo principal fomentar nuevos puestos de trabajo para las personas mayores.

INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo; un 13% de ella tiene 60 años o más (ONU, 2017). Una tendencia de ello es el continuo aumento de la esperanza de vida que alcanza los 71,4 años (ONU, 2017). Chile presenta esta misma tendencia, posicionándose como el segundo país a nivel Latinoamericano con mayor nivel de envejecimiento demográfico, luego de Cuba (SENAMA, 2015). En Chile, la población adulta mayor alcanza un 16,7%, lo cual sitúa al país en un proceso de envejecimiento avanzado (Facultad de Administración y Economía USACH, 2016).

De acuerdo con la encuesta de “Calidad de Vida del Adulto Mayor e impacto del Pilar Solidario” (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2018), en Chile un 7% de las personas mayores estaría dispuesta a trabajar y un 36,7% reporta actualmente tener un empleo, prevaleciendo en estas cifras las brechas de género, pues un 54% de los hombres mayores se encuentra ocupado en comparación con un 22% de las mujeres mayores. Los datos también evidencian que a mayor edad se incrementa el trabajo independiente (Ministerio del Trabajo y Previsión social, 2018).

Es producto de este fenómeno que hoy en día las empresas públicas y privadas deben adaptarse a la nueva conformación demográfica de Chile, incorporando e incluyendo a la nueva fuerza laboral, es decir, los trabajadores que se encuentran en un rango etario desde los 55 años en adelante.

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO

2.1 El mercado laboral contemporáneo en Chile

El índice de dependencia demográfica¹ del país ha aumentado progresivamente desde el año 1992 (INE, 2017). Así, mientras en el año 1992, por cada 100 personas en edad de trabajar había 10 personas mayores potencialmente dependientes, en el año 2017 esta cifra llegó a 17. De no aumentar la participación laboral de las personas mayores, estas cifras podrían representar para Chile un aumento en la carga pública, así como en seguridad y previsión social.

Sin embargo, el aumento de las personas mayores en el país no ha implicado un incremento de su participación en el mercado laboral. De hecho, la participación de personas entre 65 y 74 años disminuye de un 33% a un 19% en los hombres y de 20% a un 11% en las mujeres, respecto del periodo anterior a la jubilación. (OTIC del comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018).

El nivel educacional es un elemento que incide en la participación de las personas mayores en el mercado laboral. Según el estudio “Mercado Laboral Adulto Mayor” (Facultad de Administración y Economía USACH, 2016), las personas mayores actualmente poseen 10 años de escolaridad en promedio. Ahora bien, al analizar los espacios de trabajo en los que se desempeñan los adultos mayores, se postula que el sector comercial y sus derivados se constituyen como la principal fuente de trabajo para trabajadores mayores dependientes, con un 22% y un 33% (mujeres), y 15,9% (hombres) (Facultad de Administración y Economía Universidad de Santiago de Chile, 2016).

2.2 El trabajador mayor en Chile

Para fines de este estudio se consideró como trabajador, a aquellas personas que se “encuentran bajo subordinación y que cuenten con contrato” (Código del Trabajo, 2005). En

cuanto a la definición de trabajador mayor, se establecieron dos indicadores: (1) la edad, y (2) el contexto laboral en el que se desenvuelve el trabajador mayor. En primer lugar, se considera en Chile un trabajador mayor basándose en la edad de jubilación legal: 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres. Sin embargo, en diversos estudios, se incluye a las personas en edad de jubilación y a las personas próximas a jubilarse (55-59 años), ya que poseen similares características cognitivas y físicas. Para fines de esta investigación se consideró como trabajador mayor a las personas de 55 años y más.

Este grupo comparte una característica generacional que se refleja en un cambio en las trayectorias laborales, debido a que hoy las personas mayores se deben enfrentar a la movilidad laboral, que deja atrás el modelo de producción fordista, en el que la experiencia y el oficio adquirido, eran apreciados (Suso, 2006).

Finalmente, resulta necesario mencionar que en Chile no existe una política pública o un programa de fomento dirigido hacia la capacitación y empleabilidad de las personas mayores, así como tampoco se identifican políticas o estrategias internas de las empresas privadas que promuevan, orienten y/o regulen el proceso de contratación, inclusión y permanencia del trabajador mayor en el mercado laboral. Todo lo anterior fundamenta la relevancia de esta investigación.

Las personas mayores poseen dificultades en el mercado laboral chileno, a saber: (1) la baja participación, considerando que las personas mayores constituyen un grupo que, en su mayoría, puede ser potencialmente activo, (2) la limitada oferta laboral; existe una alta concentración de la fuerza de trabajo en un solo rubro (comercio), (3) la adaptación a nuevas modalidades de trabajo, a las cuales no están acostumbrados y, (4) la ausencia de una política pública que promueva e incida en su participación.

¹ Valor que indica la medida en que la población de mayores y menores de 15 años de ambos sexos, requiere potencialmente del soporte social de la población económicamente activa. (CEPAL, s/f)

2.3 Inclusión de personas mayores en el mercado laboral: propuestas internacionales

Desde la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE) han surgido en los últimos 15 años una serie de políticas orientadas a la promoción del empleo para las personas mayores, impulsando a los países a generar incentivos laborales y aumentar las oportunidades para esta población. Esto se ilustra en el informe multinacional *Live Longer, Work Longer* (OCDE, 2006), en el cual se proponen tres ejes de trabajo al respecto: empleabilidad, demanda y movilidad laborales (*Tabla 1*).

Las experiencias internacionales constituyen evidencia empírica necesaria de observar para la formulación de políticas públicas de empleo en Chile. A continuación, se exponen las medidas gubernamentales adoptadas por tres países pertenecientes a la OCDE: España, Italia y México (*Tabla 2*). Estos fueron seleccionados debido a las similitudes que poseen con Chile en cuanto a características demográficas (carácter regional y nivel poblacional) y niveles de participación de personas mayores en el mercado laboral.

Tabla 1: Ejes de trabajo estudio *Live Longer, Work Longer*.

Concepto	Definición
Empleabilidad	Habilidad de obtener y conservar un empleo que satisfaga las necesidades profesionales, económicas, de promoción y desarrollo a lo largo de la vida (Rentería y Jaramillo, 2013). Según Brunner (2001), la empleabilidad se vincula con las habilidades y competencias individuales que son valoradas a nivel de mercado.
Demanda Laboral	La inclusión laboral intergeneracional y de nuevos conocimientos para las personas mayores, es decir, “quien corresponde a un tipo de trabajador dispuesto al aprendizaje de nuevos conocimientos y que desea integrarse con personas de otras generaciones” (Cámara Chilena Norteamericana de Comercio, 2017).
Movilidad Laboral	Los cambios laborales, decisiones y logros ocupacionales (Pérez, 2012), que tenga el trabajador mayor. Así mismo, se enfoca en la movilidad voluntaria e involuntaria por parte del trabajador, según García y Malo: “con la elección deliberada del desajuste para lanzar una señal a los empleadores acerca de sus propias cualidades; desajustes transitorios en la búsqueda de un empleo adecuado al nivel de estudios; errores de la autoridad pública en la realización de las inversiones educativas que requiere el mercado laboral” (1996).

Fuente: *Elaboración propia, en base a Live Longer, Work longer (2006).*

Tabla 2: España, Italia, México y Chile, Participación del trabajador mayor.

Países	España	Italia	México	Chile
Características demográficas	El sexo predominante es el femenino (Abellán, Ayala y Pujol, 2017). La esperanza de vida corresponde a los 83,1 años (INE, 2017). Se jubilan con 65 años todos los trabajadores que hayan cotizado al menos 35 años y 9 meses. De no ser así, se jubilan a la edad de 65 años y 3 meses. Esto actualmente, se está aumentando progresivamente hasta el 2027 (BBVA, 2014).	Las mujeres son las que constituyen mayor concentración de población (Prochile, 2017). La esperanza de vida es de 79,6 años para los hombres y 84,4 años para las mujeres (Prochile, 2017). La edad de jubilación es flexible, se puede retirar entre los 62 y los 70 años (BBVA, 2014).	La población mayor de 60 años es principalmente femenina. Por cada 100 mujeres, hay 86 hombres (Ramos, 2016). La esperanza de vida corresponde a 78 años para las mujeres y 73 para los hombres (INEGI, 2015). La edad legal de jubilación es de 65 años en hombres y mujeres.	Vive un envejecimiento avanzado, la población mayor alcanza el 16,7%, (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018). La esperanza de vida es de 77 años en hombres y 82 años en mujeres (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018). La edad de jubilación real excede la edad legal, pues esta cifra es 69,4 y 70,4 para hombres y mujeres respectivamente (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018).

Países	España	Italia	México	Chile
Participación mercado laboral trabajador mayor	La participación de los trabajadores mayores de 55 años ha aumentado desde el año 2000. El retraso en la edad de jubilación y los cambios en las condiciones de acceso a la pensión contributiva han acelerado el aumento de la participación de este colectivo (BBVA, 2014).	La tasa de empleo de los italianos mayores de 50 años se encuentra por debajo de la media europea (Tollini, s.f).	Según la Encuesta sobre envejecimiento demográfico en el Estado de México (ESEDEM) entre los 60 y 69 años ocurre una disminución de la participación económica, de un 21.2% en hombres, y de 11.1% en mujeres (Prochile, 2017).	El rubro que más concentra trabajadores mayores es el sector del comercio (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018). A medida que aumenta la edad, las personas optan por la modalidad de trabajo independiente más que dependiente, cifra que se aproxima a un 57% para hombres de 65 y más años y a un 72% en mujeres de 60 y más años (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018).
Políticas públicas	Prolongación de la vida laboral activa, al aumentar edad de jubilación (Gobierno de España, 2016). Eliminación de los incentivos que favorecen el abandono prematuro del mercado laboral, vinculados a la jubilación anticipada (Gobierno de España, 2016).	Aumento de la tasa media de actividad de los trabajadores de mayor edad (Tollini, s.f). Estímulos fiscales para las empresas que incluyen reformas vinculadas a la contratación de adultos mayores (Tollini, s.f).	Existe el Programa para prevenir y eliminar la discriminación, que incluye a las personas mayores, además de programas orientados a la promoción del Empleo y “Servicios Educativos”, “Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre” orientado a la persona mayor (Paz, 2010).	Actualmente no existe una política pública que de manera específica regule y promueva la participación del trabajador mayor (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018). Solamente Senama, en conjunto con las Oficinas Municipales de Intermediación Laboral (OMIL) ofrece trabajos que permitan la inserción laboral. Sin embargo, estos programas ofrecen trabajos básicos.
Impedimentos a la participación	Jubilación anticipada (Gobierno de España, 2016). Bajo nivel educacional, pues un 20% de los trabajadores mayores, realizan labores en el ámbito rural, por lo que no cuentan con el nivel de perfeccionamiento requerido (Cordero, 2007).	Jubilación anticipada (Tollini, s.f). Discriminación por edad (Tollini, s.f). Ausencia de normas jurídicas orientadas a la gestión del horario de trabajo (Tollini, s.f). Alta tasa desempleo, un 11% el año 2017 (Prochile, 2017).	Poca instrucción de la población, lo que se traduce en condiciones laborales poco ventajosas (Ramos, 2016).	Existe precariedad laboral. Sólo el 74,6% de los hombres y un 76,3% de las mujeres mayores declaran tener un contrato de trabajo (OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE, 2018). Se aprecia poca participación femenina en el mercado laboral (INE, 2017) y una ausencia de políticas públicas que la incrementen.
Género	Existe una diferencia de género, vinculada a la participación laboral. Los varones de 65 o más participan, en promedio, el doble que las mujeres de la misma edad (Gobierno de España, 2016).	La brecha de género en la tasa de participación laboral (15 a 64 años), es de un 20%, mientras que la diferencia salarial entre hombres y mujeres (ganancias para empleados que trabajan en tiempo completo) es de un 5.6% (OECD, 2017)	Menor participación laboral de las mujeres, a mayor edad las diferencias por género son aún más marcadas (Ramos, 2016).	Solo 48,5% de las mujeres participa en el mercado laboral, en comparación con el 71,2% de los hombres. Y un 31,9% de las mujeres trabaja en el sector informal (INE, 2017). Las tasas de participación laboral son más bajas en los grupos etarios de mayor edad y en el grupo más joven, 13% y 31,3% respectivamente. En cambio, a la edad de 65 y más años la participación en hombres bordea el 36% (INE, 2015).

Fuente: *Elaboración propia en base a la comparación por países.*

BUENAS PRÁCTICAS EMPRESARIALES Y SU INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR MAYOR

Considerando la escasa oferta pública orientada al trabajador mayor, resulta pertinente analizar otras iniciativas en el ámbito laboral que actualmente se están gestando en el mercado laboral chileno y que corresponden a buenas prácticas empresariales, ya que aproximadamente el 71% de las personas mayores dedican su tiempo al trabajo en empresas, encontrándose entre ellas, las áreas de: agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca, explotación de minas y canteras, industrias manufactureras, suministro de electricidad, gas y agua, construcción, comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres, hoteles y restaurantes, transporte, almacenamiento y comunicaciones, intermediación financiera, actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler.

Este análisis permite un avance preliminar sobre la situación actual que se está llevando a cabo en dicho contexto, puesto que, si bien no se encuentra normada como una exigencia en el tópico tratado, permite tener un acercamiento de lo que se está ejecutando en la actualidad.

Asimismo, son entendidas como el conjunto de posibles intervenciones que están orientadas y tienen un efecto positivo y comprobado en la eliminación (o disminución) de las barreras, vinculadas con el envejecimiento (Rincón, Gómez y Rimbau, 2007). Las buenas prácticas empresariales relacionadas con el envejecimiento demográfico se constituyen como una experiencia que permite un aumento en la calidad de vida de los trabajadores mayores, añadiendo valor a la organización y a la comunidad (Barranco, 2011). Desde esta definición, se desprenden los criterios que delimitan una buena práctica laboral:

Tabla 3: Criterios que delimitan una Buena Práctica²

Concepto	Definición
Impacto	Demostrar que la práctica produce mejoras tangibles en las condiciones de vida de las personas.
Inclusión Social	Asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, reconociendo y valorando la diversidad funcional y etaria. Se aplica a todos los trabajadores de la empresa.
Liderazgo	Fomentar el refuerzo de las redes sociales y de la participación, al promover políticas sociales, participación e intercambio de experiencias.
Pertinencia	Demostrar que las acciones implementadas responderían a las necesidades de los trabajadores.
Experiencia transferible	Esta experiencia respondería a las características y el contexto de un sector o empresa en específico, constituyéndose como un ejemplo, que podría ser replicado por otras organizaciones.
Sostenibilidad	Demostrar que la acción sería posible mantenerla en el tiempo, garantizando cambios duraderos y asegurando su existencia a largo plazo.

Fuente: *Elaboración propia en base a los criterios de Buena Práctica según Barranco.*

² Extraído de Barranco, 2011.

METODOLOGÍA

Considerando lo ya expuesto, el objetivo general de esta investigación fue examinar buenas prácticas laborales que incluyeran trabajadores mayores de 55 años o más en empresas de la RM.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Construir una matriz teórica para conceptualizar buenas prácticas laborales de inclusión y permanencia de los trabajadores mayores de 55 años y más al interior de las empresas, a partir de la literatura y las recomendaciones internacionales.
2. Examinar la implementación de buenas prácticas laborales para el trabajador mayor de 55 años y más en empresas privadas de la RM.
3. Generar recomendaciones que orienten a las empresas en la inclusión de trabajadores mayores de 55 años y más en Chile.

Para lograr estos objetivos, se planteó un diseño cualitativo exploratorio. La información se recolectó a través de análisis documental de fuentes secundarias y de entrevistas semiestructuradas. Respecto de estas últimas, se realizaron ocho entrevistas: siete fueron efectuadas a los encargados de recursos humanos de empresas privadas y una en una fundación sin fines de lucro³.

Los encargados de recursos humanos entrevistados fueron seleccionados a través de una base de datos personal, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, en cuanto a la accesibilidad y proximidad de los participantes (Tabla 4) cuyo único criterio de inclusión fue el de empresas que empleen a trabajadores de 55 años y más.

El instrumento utilizado posee un total de 30 preguntas abiertas a través de ellas se logra conocer la percepción que posee el empleador respecto de la inclusión de trabajadores mayores y como su organización desarrolla los tópicos de empleabilidad, demanda y movilidad laborales, así como también la identificación y descripción de las buenas prácticas (ver anexo 1 y 2).

Tabla 4: Caracterización empresas entrevistadas

Codificación empresas	Ámbito de Actividad	Tamaño	Origen del Capital	Actividad	Rubro
Empresa 1	Multinacional	Grande	Privado	Servicios	Salud
Empresa 2	Nacional	Grande	Privado	Servicios	Limpieza y ornato
Empresa 3	Nacional	Pequeña	Privado	Servicios	Asesoría legal
Empresa 4	Multinacional	Grande	Privado	Fabril/Industrial	Construcción
Empresa 5	Multinacional	Grande	Privado	Comercial	Farmacéutico
Empresa 6	Multinacional	Grande	Privado	Comercial	Construcción, ferretería y mejoramiento del hogar
Empresa 7	Multinacional	Grande	Privado	Comercial	Moda

Fuente: Fuente: *Elaboración propia.*

³ Para esta fundación se utilizó una pauta de preguntas diferente a la utilizada en el resto de las entrevistas, debido a que constituye una organización sin fines de lucro. Esta entrevista no fue incluida en el análisis de resultados ya que no emplea a trabajadores mayores de 55 y más, sino que su misión es otorgar premios a las empresas privadas que realizan buenas prácticas con sus trabajadores. En octubre de 2018 se entregó por primera vez un premio orientado exclusivamente a buenas prácticas laborales que incluyera a personas mayores. Por esto su experiencia fue de utilidad para las construcciones de recomendaciones para las empresas que busquen asesoría en los tópicos desarrollados por este estudio.

⁴ Tamaño o Magnitud de la empresa refiere a la cantidad de trabajadores, lo cual se puede clasificar en: microempresa, pequeña empresa, mediana empresa y gran empresa.

ANÁLISIS

El análisis de datos se realizó en dos etapas. En primer lugar, se hizo un análisis documental acerca de la situación en Chile y tres países declarados por la OCDE con características similares; en este análisis se recopiló información acerca de políticas existentes para el adulto mayor, demografía de envejecimiento y conceptos propuestos por diversos autores acerca de lo que se considera una buena práctica laboral adecuada para el adulto mayor, lo que permitió generar una matriz conceptual que abordara todas las propuestas que responden a dicha práctica. En segundo lugar, se realizó un análisis de contenido de las entrevistas realizadas a siete empresas privadas; este análisis fue llevado a cabo en base a la matriz previamente realizada, con la finalidad de comprobar las prácticas que se llevan al interior de cada empresa.

De acuerdo con el primer objetivo, a través del análisis de antecedentes se construyó una matriz conceptual, la que se define como: un instrumento que sienta las bases para el desarrollo de buenas prácticas laborales que permitirá a instituciones introducirse en tal actuar. Aborda seis conceptos (sección vertical de la matriz) que definen una buena práctica al interior de la empresa: impacto, liderazgo, inclusión social, pertinencia, experiencia transferible y sostenibilidad. Estos seis conceptos se cruzan con 3 tópicos propuestos por la OCDE acerca de mercado laboral (sección horizontal de la matriz): empleabilidad, demanda y movimiento laborales. Este cruce de conceptos genera una nueva definición de lo que corresponde a una buena práctica al interior de las empresas. Por lo que se establecieron finalmente 18 cruces conceptuales.

RESULTADOS

A continuación, se expone la descripción y análisis de los resultados obtenidos a partir de la revisión bibliográfica y las entrevistas realizadas, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos propuestos.

Tabla 5: *Matriz teórica de buenas prácticas laborales*

	Empleabilidad	Demanda laboral	Movilidad laboral
Impacto	Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben generar un impacto positivo en la calidad de vida personal y laboral de la persona mayor, con el fin de que el trabajador logre satisfacer sus necesidades profesionales, económicas y se sienta valorado en el ámbito laboral.	Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben fomentar la participación, inclusión y fomento de cultura colaborativa intergeneracional con el adulto mayor en capacitaciones e instancias que propicien el desarrollo de nuevas competencias tales como: nivelación académica, capacitaciones laborales, participación en reuniones, talleres de autocuidado.	Las prácticas que se realizan al interior de la empresa responden de forma inclusiva a las características y necesidades que los mismos trabajadores mayores expresan.
Liderazgo	Las prácticas que se realizan al interior de la empresa son fomentadas por un líder o grupo de personas, cuyo objetivo es promover el desarrollo constante de competencias personales y colectivas de los trabajadores, a través de (1) los procesos individuales y (2) el trabajo colaborativo.	Toda práctica que se realice al interior de la empresa propicia la integración intergeneracional entre sus trabajadores, esto quiere decir, que personas o grupos de diferentes edades intercambian experiencias y conocimientos. Por otro lado, es la empresa la responsable de estimular las habilidades de liderazgo de sus trabajadores mayores.	Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben considerar en sus modificaciones a todos los integrantes, buscando el intercambio de experiencias y participación del trabajador en nuevas funciones que permitan mantener a los trabajadores mayores insertos en todos los procesos.

<p>Inclusión Social</p>	<p>Las prácticas de contratación de la empresa deben asegurar la no discriminación arbitraria ya sea etaria, funcional o de género al momento de incluir nuevos trabajadores. En consecuencia, los criterios relevantes para la contratación de nuevos empleados serán el saber hacer y el saber estar, los que refieren a las habilidades sociales y el conocimiento.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa fomentan una cultura de no discriminación entre todos sus integrantes, la cual fomenta una imagen positiva y realista del envejecimiento, lo que se ve reflejado en las relaciones que poseen los trabajadores.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa consideran que todos los puestos vacantes estarán habilitados para trabajadores mayores como posibilidad para ocupar dicho puesto. El acceso al trabajo debe incluir a todos los adultos mayores dispuestos a trabajar, sin discriminación arbitraria en cuanto al género, diversidad, etc., sino que a través de una selección transparente que mida las habilidades psicológicas y físicas (si es acorde al cargo), nivel de estudios y experiencia, estableciendo cuotas de trabajadores mayores por empresa.</p>
<p>Pertinencia</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa tendrán medidas que serán adoptadas por el empleador y/o institución contratante y que respondan a las necesidades del trabajador, reconociendo los estudios con los que cuente el individuo, experiencia laboral y habilidades vinculadas a la inteligencia emocional.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben considerar la creación de capacitaciones constantes para trabajadores mayores, en cuanto a realización de procesos y adquisición de nuevos conocimientos. También, la ubicación en puestos de trabajos que permitan el intercambio constante de todas las generaciones.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa tendrán adaptación de horarios y labores acordes a las necesidades del trabajador expresadas, es decir, el trabajador debe manifestar dichos cambios para ser ejecutados, con la finalidad de respetar la voluntad y capacidad, con la finalidad de evitar toda forma de discriminación.</p>
<p>Experiencia transferible</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben tener explícita la formulación de diversos perfiles de adultos mayores de acuerdo con sus particularidades profesionales, cognitivas, saber hacer y saber estar, que se desempeñan dentro de las empresas; generando experiencias respecto al trabajo de estos sujetos y que se pueda replicar en otras instancias.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben fomentar el aprendizaje a quienes lo requieran, considerando las características de la empresa y el contexto que esta tiene.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben estar por escrito, ya sea por medio de decreto y/o reglamento, etc., con la finalidad de que constituya un marco regulador de las necesidades que posee la empresa, sin discriminar al trabajador mayor, sino más bien estipular las necesidades para cargos, funciones y horarios.</p>
<p>Sostenibilidad</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben considerar las habilidades adquiridas por los trabajadores mayores considerando las particularidades de cada uno de ellos, es decir, que estas sean de utilidad para la empresa y que se mantengan en el tiempo.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben fomentar continuamente la capacitación de los trabajadores mayores con el fin de generar disposición al aprendizaje.</p>	<p>Las prácticas que se realizan al interior de la empresa deben tener por sustento a las políticas de empleo para adultos mayores, con el fin de que se fomente la contratación de personas de este rango etario. Asimismo, se debe contar con un organismo interino encargado de la creación de las políticas de empleo que regule y supervise dicho marco para lograr que se mantenga en el tiempo.</p>

Fuente: *Elaboración propia.*

De acuerdo con el segundo objetivo específico de investigación, para la comprensión del análisis de la información que fue recogida durante las entrevistas realizadas, se ha de considerar que estas fueron construidas a partir de la operacionalización de las preguntas que se le hicieron a las empresas (*Anexo 1*), respecto de: (1) Caracterizar a los trabajadores mayores al interior de la empresa, (2) Conocer la percepción del empleador, respecto de los tópicos de empleabilidad, demanda y movilidad laboral en trabajadores mayores y (3) Conocer las prácticas que hay al interior de las empresas respecto a los trabajadores mayores.

La caracterización de los trabajadores mayores que se encuentran al interior de las empresas, se presentan en la siguiente tabla de datos:

Tabla 6: Caracterización de trabajadores mayores en las empresas⁵

Codificación empresas	Cantidad aprox. de trabajadores	% de trabajadores mayores	Contratación de trabajadores mayores
Empresa 1	30.000	13%	No
Empresa 2	4.200	25%	Sí
Empresa 3	41	31%	No
Empresa 4	450	10%	Sí
Empresa 5	5.000	15%	No
Empresa 6	51.000	16%	Sí
Empresa 7	18.500	19%	Sí

Fuente: *Elaboración propia.*

En cuanto a la percepción que tienen los empleadores, respecto de los tópicos que entrega la OCDE para que se realicen buenas prácticas en los trabajadores mayores, se señala que:

a) Empleabilidad: Seis de siete empresas entrevistadas, se refieren a este tópico.

Cuatro de las siete empresas, mencionan que los actuales trabajadores mayores, son más bien empleados que fueron envejeciendo en sus puestos de trabajo y no corresponden a nuevos empleados, es decir, las empresas no consideran la contratación de trabajadores mayores. Sin embargo, los trabajadores mayores que se encuentran dentro de la empresa, son respetados y estimados por la organización. Al respecto, la empresa 2 menciona: “Los adultos mayores son parte de la cultura de la organización, porque como nace en 1980 la empresa, nosotros tenemos colaboradores que tienen 35 años en la organización”

b) Demanda laboral: Seis de las siete empresas poseen buenas prácticas vinculadas a este tópico. Los empleadores, por lo general, poseen la necesidad de capacitar a todos sus trabajadores, ya sea en capacitaciones respecto de las actividades que realiza la empresa como también en el autocuidado de sus trabajadores. En referencia a esto, la empresa 4 menciona: “La empresa realiza capacitaciones extensivas a todos sus trabajadores, (...) el cual considera distintas necesidades levantadas mediante mecanismos formales, necesidades, actualizaciones normativas, entre otras. Aquí no se hace diferencia por edad”. Seis de los siete empleadores entrevistados, levantan un diagnóstico respecto de las necesidades de capacitación de sus trabajadores. Asimismo, estas formas de capacitar conllevan a relaciones intergeneracionales en donde trabajadores de distintas edades interactúan. Sin embargo, una vez que se establecen estas relaciones, resulta difícil para los empleadores incentivarlas.

c) Movilidad laboral: Dos de los empleadores entrevistados, expresan que las formas de contratación que existen dentro de la empresa obstaculizan el empleo, lo cual se manifiesta en horarios rígidos e intensos. Esto, sumado a la escasa oferta de empleos en mercado laboral, disminuye el acceso de las personas mayores al trabajo. Sin embargo, seis de las siete empresas

⁵ La presente tabla se elaboró a partir de la *Tabla 4*, en donde se entrega un análisis respecto de la caracterización de los trabajadores mayores.

desarrollan buenas prácticas específicamente relacionadas con las necesidades que poseen y manifiestan sus trabajadores mayores; estas se traducen en cambios o modificaciones respecto del horario y la ubicación de sus puestos de trabajo para brindar mayor comodidad y seguridad. Un ejemplo de esto es el manifiesto por la Empresa 8: “Ellos pueden trabajar en diferentes jornadas, en part-time, por ejemplo. En la mañana cuidan a sus nietos, hay personas adultos mayores que vienen solo porque quieren una distracción. En realidad, es por un tema de flexibilidad de horario”. En cuanto a la caracterización de las buenas

prácticas que se realizan al interior de las siete empresas que fueron entrevistadas, se ilustra a través de un análisis a partir de las relaciones que existen en torno a la matriz teórica de buenas prácticas, que se plantea en la presente investigación. Los resultados fueron organizados en la siguiente tabla:

Tabla 7: Análisis de resultado de entrevista en base a Matriz conceptual

	Empleabilidad	Demanda laboral	Movilidad laboral
Impacto	Dos empleadores consideran que las prácticas mejoran la calidad de vida de los trabajadores que llevan más tiempo dentro de la empresa, lo cual provoca tranquilidad, satisfacción y motivación en el ambiente laboral.	Tres empresas señalan su preocupación por fomentar una cultura colaborativa intergeneracional, extensión de beneficios y capacitaciones a todos los trabajadores.	Dos empresas poseen prácticas formales exclusivas a las necesidades de trabajadores mayores. Estas prácticas son: un programa especial de retiro y la posibilidad de continuar en los mismos desempeños.
Liderazgo	Tres empresas mencionaron buenas prácticas, que son fomentadas por las áreas de recursos humanos. Además estas iniciativas tienen como finalidad promover el liderazgo y la negociación entre sus trabajadores.	Cuatro empresas profundizan en la integración intergeneracional. Al respecto, dos mencionan los beneficios de estas relaciones, pero las restantes expresan las dificultades debido a las diferentes modalidades de trabajo entre generaciones o bien por conflictos previos.	La no discriminación es un principio manifestado por tres de los siete empleadores, que permite que los trabajadores mayores sean valorados y que la diversidad sea reconocida como valor apreciado por la comunidad.
Inclusión Social	Seis empresas se refirieron a las prácticas de contratación. Cuatro mencionan que no existe discriminación en función de la edad. En contraste, dos empresas no contratan personas mayores, e incluso una expresa que estos trabajadores no responden a los criterios de la empresa.	Seis empresas reconocen la existencia de una cultura que fomenta la no discriminación por edad. Además, se destaca el trabajo en equipo, el respeto y las habilidades del trabajador mayor. En oposición, una empresa menciona la existencia de conflictos entre generaciones, y otra expresa que los trabajadores mayores no son contratados, por tener problemas de salud.	En tres empresas, la selección de personal se caracteriza por no incluir una distinción por edad, género u otro. Asimismo, los trabajadores mayores realizan labores según su habilidad u oficio. Sin embargo, en una empresa se menciona que los trabajadores mayores no son contratados por alto costo.
Pertinencia	Tres empresas consideran que poseen prácticas que reconocen la experiencia laboral, estudios y habilidades del trabajador mayor.	Tres empresas aseguran que poseen prácticas orientadas a la capacitación de los trabajadores, que incluyen a los trabajadores mayores. Se detecta una empresa que no posee prácticas que incentiven la capacitación en este grupo.	Cuatro empresas consideran que poseen prácticas que se adaptan a las necesidades de los trabajadores mayores, ya sea en las jornadas laborales o a partir de sus necesidades. Una empresa no realiza esto debido a las formas de contratación y otra no considera a los trabajadores mayores.

<p>Transferencia</p>	<p>Dos empresas presentan prácticas que se encuentran formalizadas. Pese a esto, se reconoce que es una experiencia reciente y poco replicada, además de que su efectividad no ha sido evaluada.</p>	<p>Solo una empresa posee prácticas que se articulan con capacitaciones que incluyen a sus trabajadores mayores y que fomentan las relaciones intergeneracionales.</p>	<p>En general las empresas no describen una manera de sostener las prácticas a largo plazo. Sólo una empresa presenta de forma incompleta, prácticas orientadas a capacitaciones dirigidas a trabajadores mayores y que posean utilidad para la empresa.</p>
<p>Sostenibilidad</p>	<p>Las empresas no describen una manera de sostener las prácticas a largo plazo. Pues, sólo una empresa presenta de forma incompleta, prácticas orientadas a capacitaciones dirigidas a trabajadores mayores y que posean utilidad para la empresa.</p>	<p>Todas las empresas reconocen que realizan capacitaciones a sus trabajadores. Pero en la mayoría, no existen programas establecidos y estipulados que tengan especial atención a trabajadores mayores.</p>	<p>Sólo una de las siete empresas tiene formalizadas las políticas de empleo para personas mayores. Se observa que el departamento encargado de dichas políticas es el de recursos humanos.</p>

Fuente: *Elaboración propia.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Vinculado al primer objetivo y basados en la Matriz Teórica de buenas prácticas, la percepción de los empleadores respecto a las dimensiones postuladas por la OCDE, especialmente en cuanto a la empleabilidad, es que algunas empresas no consideran completamente los diferentes potenciales que poseen los trabajadores mayores. Y las que reconocen estas habilidades, no las estimulan completamente por medio de capacitaciones. Si bien un principio a la base de estas empresas es el de no discriminación, se postula que la empleabilidad no sólo depende de las habilidades con las que cuente el trabajador mayor, sino que también de la disposición del empleador a reconocerlas y fomentar estas. En demanda laboral, se considera que, en la mayoría de las empresas entrevistadas, no existe una capacitación destinada exclusivamente al trabajador mayor. Esto se presenta como un desafío urgente, teniendo en cuenta el alto crecimiento de población mayor y su interés por continuar en el mercado laboral. En lo que respecta a movilidad laboral, se reconoce la necesidad de realizar mayores esfuerzos, con el fin de generar nuevos puestos de trabajo destinados a este sector, y facilitar su acceso, teniendo en cuenta sus necesidades y competencias para el empleo. Del mismo modo, esto se relaciona con la ausencia de un organismo público encargado de la creación, regulación y sustentabilidad de acciones que fomenten la participación.

Vinculado con el segundo objetivo y el examen de las buenas prácticas exclusivas para personas mayores, se considera que las empresas cumplen con algunas dimensiones de la matriz teórica. Esto se debe a que las principales dificultades para la examinación fueron: (1) la mayoría de las empresas entrevistadas está implementando estas prácticas de manera reciente, (2) existe un desconocimiento sobre la definición teórica de una buena práctica y sus componentes, (3) existe un bajo nivel de identificación de las mismas al interior de las empresas, (4) ausencia de lineamientos y políticas formales al interior de la empresa, y (5) ausencia de un organismo que se encargue de crear, supervisar y sustentar estas buenas prácticas a largo plazo.

Aun cuando se reconoce que el panorama general de los trabajadores mayores luce adverso y existe una necesidad de avanzar en las buenas prácticas laborales, se destaca que, pese a que el envejecimiento poblacional no es tema nuevo y que el país recientemente lo está asimilando e incluyendo en sus políticas públicas, el sector privado aparece como un ente que se hace cargo de ciertas necesidades que poseen sus trabajadores mayores. Es por esto que se distingue que existen buenas prácticas al interior de las empresas, orientadas principalmente a la etapa de retiro de sus trabajadores, que

por lo general es realizado por medio de un acompañamiento a sus trabajadores durante todo el periodo previo a su retiro laboral. Asimismo se destaca que los trabajadores mayores poseen la oportunidad de participar al interior de las empresas luego de su retiro, lo cual convierte a las empresas en un referente de apoyo para ellos. De igual modo, los trabajadores mayores tienen un valor que las empresas destacan, pues se les comprende como trabajadores que poseen habilidades y conocimientos que son necesarios dentro de la empresa, y dentro de la cultura organizacional que existe. Finalmente, en cuanto a las prácticas de capacitación, estas se orientan de acuerdo con el rubro en que se desempeñan los trabajadores, lo cual entrega tanto a los trabajadores mayores como a los trabajadores de diversas edades, un espacio protegido para relacionarse y gestionar una cultura organizacional orientada a la incorporación de las personas mayores.

A partir de todo ello, se presentan las siguientes recomendaciones, tanto al sector público como al sector privado, respecto del mercado laboral para trabajadores mayores:

- En cuanto a las empresas que empleen o deseen emplear a trabajadores mayores, se sugiere utilizar como referente la Matriz teórica de buenas prácticas propuesta en la presente investigación. Con el objetivo de impulsar las buenas prácticas para trabajadores mayores al interior de las empresas, este instrumento sirve de guía y apoyo para la creación de políticas internas en las empresas que fomenten la incorporación y permanencia de los trabajadores mayores. Esto se debe a lo reciente que es el fenómeno de trabajadores mayores dependientes. Asimismo se pretende aumentar el valor de las empresas, reconociendo que se desconoce el fenómeno. Del mismo modo, promover la visibilización de la necesidad de cambios y mejoras que requiere el mercado laboral en Chile, iniciando desde el agente económico privado, es decir, las empresas.
- Se propone que, a partir de la incorporación de la Matriz Teórica de buenas prácticas al interior de las empresas, esta pueda servir de base para el monitoreo y evaluación del impacto que originan (o no) en la productividad, empleabilidad, bienestar laboral u otra dimensión pertinente.

- Se propone a las empresas que empleen o deseen emplear a trabajadores mayores, el uso de la Matriz teórica de buenas prácticas elaborado en este estudio. Esto como una forma rápida y práctica de conocer cómo son las buenas prácticas que se realizan al interior de la empresa respecto de sus trabajadores mayores y puestos laborales que pueda generar a partir de esto.

- Crear un programa vinculado al Ministerio del Trabajo, en conjunto con SENAMA, que tenga como objetivo principal fomentar nuevos puestos de trabajo para las personas mayores, a través del acompañamiento y supervisión a aquellas empresas que buscan emplear trabajadores mayores.

- Crear políticas públicas orientadas a la no discriminación por edad de los trabajadores, con el objetivo de aumentar la cantidad de puestos de trabajo para las personas mayores. Asimismo, crear instrumentos que permitan potenciar las competencias y habilidades, de acuerdo con los puestos de trabajo de los trabajadores mayores.

- Se propone a todas aquellas empresas que posean buenas prácticas en torno a sus trabajadores mayores, a postular al premio que otorga la fundación Carlos Vial Espantoso. Este premio busca destacar a aquellas empresas que poseen buenas prácticas para sus trabajadores mayores, proponiendo “fortalecer las relaciones laborales y trabajar por la sustentabilidad de las compañías” (Fundación Carlos Vial, s.f.), así como también “contribuir en la creación de lazos de confianza y colaboración entre sus trabajadores [y] lograr buenas políticas de seguridad en el trabajo” (Fundación Carlos Vial, s.f.).

Todas estas recomendaciones se encuentran en sintonía con las políticas adoptadas por los países investigados en este estudio. Por lo anterior, estas se encuentran enfocadas para que se logre un trabajo en conjunto entre el Estado y mercado laboral. De este modo, se podrían establecer medidas concretas que busquen generar buenas prácticas para el trabajador mayor dentro de las empresas.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Operacionalización

Variable	Dimensión	Demanda laboral	Movilidad laboral
Buenas Prácticas	Identificación de buenas prácticas a partir de la definición de Barranco.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de buenas prácticas identificables por el empleador entrevistado. - Efectos de las buenas prácticas en la comunidad laboral. - Duración en meses/años desde que inició cada una de las buenas prácticas identificadas. - Identificación de los encargados de fomentar las buenas prácticas al interior de la empresa. - Existencia de Relaciones intergeneracionales entre trabajadores. - Características de las Relaciones intergeneracionales. - Fomento de la imagen positiva de los adultos mayores. 	<p>¿Qué sería una buena práctica laboral? ¿Cree que exista alguna práctica que se enmarque en este concepto dentro de la empresa? ¿Cuáles son estas?</p> <p>¿Desde hace cuánto tiempo que comenzaron a implementarse en la empresa? ¿Se han gestado sin interrupciones? Quienes comenzaron con estas prácticas, ¿son los mismos que se encargan de eso actualmente?</p> <p>¿Qué proyecciones le ve a estas buenas prácticas?</p> <p>¿Cree usted que la introducción de buenas prácticas que incluyan a trabajadores mayores fomenta una imagen positiva y realista del envejecimiento?</p>
Empleabilidad	Percepción de las competencias personales de los trabajadores mayores desde su empleador.	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educacional de los trabajadores mayores acorde con funciones. - Cantidad de formaciones y capacitaciones realizadas a los trabajadores mayores. - Principales aptitudes en el trabajo que caracterizan a los trabajadores mayores. 	<p>¿Cuál es el nivel educacional de los trabajadores mayores? ¿Responde este a las funciones que deben cumplir en la empresa? ¿En qué áreas de la empresa se desempeñan estos trabajadores mayores?</p> <p>¿En la empresa se realizan formaciones y capacitaciones para los trabajadores mayores? De ser así, ¿cuál es la frecuencia de estas? y ¿cuál es el motivo para capacitarlos?</p> <p>¿Cuál/les cree usted que son las principales habilidades/aptitudes que poseen los trabajadores mayores para el trabajo? ¿Usted nota alguna diferencia con los demás trabajadores?</p>
Demanda Laboral	Percepción de la inclusión laboral (relaciones y espacio) del trabajador mayor desde el empleador.	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones laborales organizativas y espaciales. - Relaciones interpersonales de los trabajadores mayores con sus compañeros. 	<p>¿Cree usted que las condiciones laborales actuales favorecen la accesibilidad de las personas mayores al trabajo? (en términos jornada laboral, descansos, permisos, tipo de contrato, sueldo, lugar de trabajo). ¿Qué cree usted podría mejorarla?</p> <p>¿Desde hace cuánto tiempo emplea a adultos mayores?</p> <p>¿Emplear trabajadores mayores ha generado efectos en la comunidad laboral? ¿Cuáles han sido estos?</p> <p>¿Existen relaciones intergeneracionales entre los trabajadores? De ser así, ¿en qué espacios esto se genera? ¿Qué caracteriza estas relaciones?</p>
Movilidad Laboral	Percepción de la permanencia de los trabajadores mayores en el mercado laboral por parte del empleador.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones para permanecer trabajando. - Motivaciones para continuar en la empresa. 	<p>¿Cuáles son las motivaciones de los trabajadores mayores para continuar en el mercado laboral? ¿Cuáles son las motivaciones que tienen ellos para trabajar con ustedes?</p>

Fuente: *Elaboración propia.*

Anexo 2: Pauta de entrevista

Preguntas Rapport

¿La empresa es chilena? [Si la respuesta es sí, pasar a (1), si la respuesta es no pasar a (2)] (1) ¿Hace cuánto se creó? (2) ¿Hace cuántos años se encuentra presente en Chile? ¿Cuáles son los servicios que ofrece la empresa? / ¿A quiénes va dirigido el producto?

Percepción del empleador respecto de los tópicos de Empleabilidad, Demanda Laboral y Movilidad Laboral de los trabajadores mayores:

1. ¿Desde hace cuánto tiempo emplea a adultos mayores?
2. Según su criterio, emplear trabajadores mayores ¿ha generado efectos en la comunidad laboral? ¿Cuáles han sido estos?
3. Desde su punto de vista, ¿Existen relaciones intergeneracionales entre los trabajadores? De ser así, ¿en qué espacios esto se genera? ¿Qué caracteriza estas relaciones? (Definición: Relación Intergeneracional: Personas o grupos de diferentes edades intercambian experiencias y conocimientos).
4. ¿Cree usted que las condiciones laborales actuales favorecen la accesibilidad de las personas mayores al trabajo? (en términos jornada laboral, descansos, permisos, tipo de contrato, sueldo, lugar de trabajo). ¿Qué cree usted podría mejorarla?
5. En general, ¿cuál es el nivel educacional de los trabajadores mayores? ¿Responde este a las funciones que deben cumplir en la empresa? ¿En qué áreas de la empresa se desempeñan estos trabajadores mayores?
6. ¿En la empresa se realizan formaciones y capacitaciones para los trabajadores mayores? De ser así, ¿cuál es la frecuencia de estas? y ¿cuál es el motivo para capacitarlos?
7. ¿Cuál/les cree usted que son las principales habilidades/aptitudes que poseen los trabajadores mayores para el trabajo? ¿Usted nota alguna diferencia con los demás trabajadores?

8. Según su percepción, ¿cuáles son las motivaciones de los trabajadores mayores para continuar en el mercado laboral? ¿Y respecto de las motivaciones que tienen ellos para trabajar con ustedes?

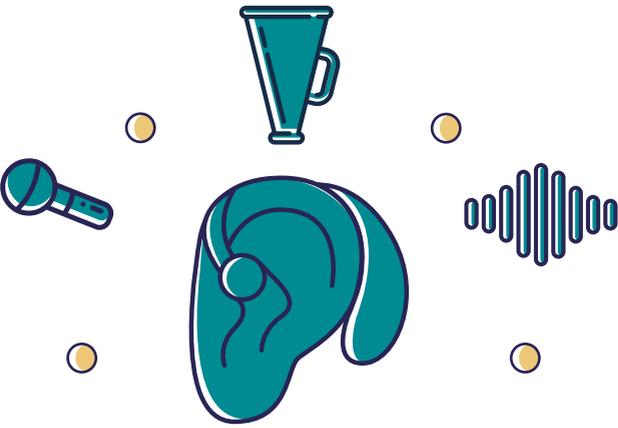
Identificación y descripción de las Buenas Prácticas

1. Según sus palabras, ¿qué sería una buena práctica laboral? ¿Cree que exista alguna práctica que se enmarque en este concepto dentro de la empresa? ¿Cuáles son estas?
2. ¿Desde hace cuánto tiempo que comenzaron a implementarse en la empresa? ¿Se han gestado sin interrupciones? Quienes comenzaron con estas prácticas, ¿son los mismos que se encargan de eso actualmente?
3. ¿Qué proyecciones le ve a estas buenas prácticas?

Cierre y agradecimientos

Por último y para ir cerrando, ¿cree usted que la introducción de buenas prácticas que incluyan a trabajadores mayores fomenta una imagen positiva y realista del envejecimiento?





CAPÍTULO 6:

Barreras y facilitadores de la adherencia al uso de audífono en personas mayores hipoacúsicas implementadas según ley GES en el sector público de salud.

Profesor:

Eduardo Fuentes-López,
Escuela de Fonoaudiología,
Facultad de Medicina.

Ayudante:

Daniel Tapia

Estudiantes:

Javiera Cáceres, Química y Farmacia
Jerusalén Manque, Kinesiología
Fabiola Munizaga, Fonoaudiología
Juan Muñoz, Química
Paulina Robledo, Ingeniería Civil
Valentina Rulli, Psicología
Francisca Umaña, Fonoaudiología

RESUMEN

Introducción

El envejecimiento poblacional y consiguiente cambio en patrones de morbilidad han llevado al aumento de enfermedades crónicas como hipoacusia en adultos mayores. Usar audífono es la principal estrategia de rehabilitación, pero la adherencia es históricamente baja. En Chile, el programa Garantías Explícitas en Salud (GES) entrega audífonos a adultos mayores hipoacúsicos, pero se desconocen las variables influyentes en la adherencia/abandono.

Objetivos

Determinar factores que actúan como barreras y facilitadores de la adherencia al uso del audífono en personas implementadas según ley GES, con el fin de proponer mejoras.

Metodología

Investigación mixta basada en resultados preliminares de un proyecto cuantitativo, y entrevistas cualitativas a profesionales y pacientes relacionados con el programa GES. El estudio cuantitativo incluyó pacientes implementados con audífono en un hospital público, recopilando información sobre autoeficacia, estigma/presión social, autopercepción de hipoacusia, y soporte social. En el análisis estadístico se utilizaron modelos de sobrevivencia paramétricos flexibles. El estudio cualitativo analizó el contenido de entrevistas, agrupando en categorías previamente establecidas.

Resultados

Se reclutaron 252 pacientes, de los cuales 27% abandonó el audífono o lo utilizaba esporádicamente. Percibir problemas auditivos, ser calibrado con métodos validados, ser autoeficaz, y contar con soporte social, facilitaron la adherencia. Las preconcepciones estigmatizantes, y percibir presión social constituyeron barreras. En la sección cualitativa, tanto clínicos como pacientes minimizan influencia del estigma y presión social. Además, los clínicos identifican como barreras no asistir a controles, falta de programas de rehabilitación, y desconocimiento de cómo opera la garantía.

Conclusión

La adherencia es un fenómeno multifactorial asociado a variables individuales como autoeficacia o percibir problemas auditivos, y de índole social como estigma o apoyo social, las que pueden actuar como barreras o facilitadores. Considerando los resultados se plantean mejoras a la política pública GES.

Palabras Clave

Adherencia, Programa GES, Uso de audífono.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es provocado por disminución de natalidad y aumento en esperanza de vida. Las poblaciones transitan desde un predominio de jóvenes, con fecundidad y mortalidad elevadas, a un estado de menor fecundidad y mortalidad, conformando poblaciones envejecidas (United Nations, 2013). La transición demográfica ha sido rápida en países en desarrollo, en que 9% de su población tiene 60 años o más, estimando que alcance 21% en 2050 (United Nations, 2013).

En forma paralela a los cambios demográficos, existen cambios en el patrón de las enfermedades denominado transición epidemiológica. Esta se caracteriza por aumento de prevalencia en enfermedades no transmisibles y discapacidad, a medida que la población envejece. Según la Organización Mundial de la Salud, las causas más comunes de discapacidad se atribuyen a enfermedades no transmisibles propias de la vejez como hipoacusia y problemas visuales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La presbiacusia corresponde a la pérdida auditiva producto de cambios fisiopatológicos asociados al envejecimiento (Gates y Mills, 2005), siendo una causa común de discapacidad. Dentro de los síntomas se encuentra dificultad para percibir sonidos, perdiendo información, y dificultades comunicativas (Patel y McKinnon, 2018). De no ser tratada, se asocia con aislamiento social, depresión y deterioro en calidad de vida (Olusanya, Ruben y Parving, 2006; Herbst y Humphrey, 1980; Dalton et al., 2003). A nivel nacional, un estudio representativo poblacional situó en 30,4% las personas de 60 años o más que reportaron dificultad auditiva, lo que equivale a aproximadamente 500.000 adultos mayores (Fuentes-López, Fuente, Cardemil, Valdivia y Albalá, 2017).

Usar audífono es una medida eficaz para tratar la presbiacusia (Preminger, 2003), mejorando calidad de vida, reduciendo consecuencias psicológicas, emocionales y sociales. Pese a los efectos positivos, históricamente su uso ha sido bajo (Weiss, 1973; Upfold y Wilson, 1980; McCormack y Fortnum, 2013), reportándose en países desarrollados que sólo 25% de quienes requieren audífono lo obtiene y hasta 30%-50% no los utiliza (Yueh et al., 2003; Svard et al., 2005). Con

los avances tecnológicos del audífono, sería esperable que las cifras de uso aumenten, sin embargo, esto no ha acontecido (McCormack y Fortnum, 2013).

La última gran reforma al sistema de salud chileno fue establecer por ley el programa AUGE/GES (Cotlear et al., 2014), determinando garantías explícitas para enfermedades seleccionadas, cobertura para todos los ciudadanos, y acceso a servicios de calidad y protección financiera (Ministerio de Salud de Chile, 2004). Dicho programa incorporó desde 2007 la hipoacusia en personas de 65 años y más que requieren audífono, dentro de las patologías cuyas prestaciones poseen derechos en acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (Bastías y Valdivia, 2007). Se establece en la guía clínica ministerial que cuando se sospecha de hipoacusia, el paciente debe ser derivado a evaluación por otorrinolaringólogo y audiométrica, garantizando obtener audífono en caso de requerirlo (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Un estudio reciente estableció en 8,9% la prevalencia de uso de audífono en quienes reportan problemas auditivos, y conocer la existencia del programa GES se asoció al uso (Fuentes-López et al., 2017).

En el sector público bajo el programa GES se han entregado más de 200.000 audífonos, pero poco se sabe sobre las variables que podrían disminuir (barreras) o favorecer (facilitadores) la adherencia. Estudios recientes corresponden a ensayos clínicos (Cardemil et al., 2014), orientados a probar intervenciones, no incluyendo variables influyentes. Es por esto por lo que la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de la adherencia al uso del audífono en personas mayores implementadas según ley GES en el sector público? De la pregunta se desprende el objetivo, el cual es determinar factores que actúan como barreras y facilitadores de la adherencia al uso del audífono en personas mayores implementadas según ley GES, con el fin de proponer mejoras.

METODOLOGÍA

El trabajo corresponde a un diseño de investigación mixto de tipo explicativo secuencial según la tipología de Creswell y Clark (2011), existiendo análisis de información cuantitativa y cualitativa, con énfasis en la primera. Se reco-

pila información cualitativa para comprender los resultados cuantitativos.

ESTUDIO CUANTITATIVO

Correspondió a los resultados preliminares del proyecto FONIS SA16I0290. Se incluyó adultos mayores adscritos al sistema público de salud durante 2017-2018. Los participantes tenían entre 65 y 85 años, y recibieron un audífono en el Hospital Clínico Metropolitano “La Florida”, como parte del programa GES. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de la Florida (todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a ser incluidos en el estudio).

El Hospital “La Florida” inició la entrega de audífonos en 2015 bajo el programa GES. Se seleccionó al azar a quienes habían recibido audífono al menos un año atrás, siendo contactados telefónicamente, invitándolos a participar. Las personas fueron visitadas en el hogar realizando una entrevista estructurada. El equipo que realizó las entrevistas estuvo conformado por fonoaudiólogos, siendo capacitados previamente.

En la primera parte se recopiló información sobre variables sociodemográficas. A continuación, se aplicó el test MINIMENTAL (Quiroga, Albala y Klaasen, 2004), excluyendo a quienes presentaron deterioro cognitivo (puntaje ≤ 12 puntos). También se excluyó a quienes presentaron dificultades comunicativas no propias del déficit auditivo, como las de origen neurológico.

Instrumentos

En la búsqueda bibliográfica se identificaron como posibles barreras o facilitadores: autoeficacia, funcionamiento del aparato, estigma hacia audífono e hipoacusia, presión social, autopercepción del problema auditivo, y soporte social. La adherencia fue operacionalizada con la pregunta utilizada por Bertoli et al. (2009), sobre uso semanal del audífono. La autoeficacia fue evaluada mediante el cuestionario MARS-HA (Smith y West, 2006). Mientras que el funcionamiento del aparato, con análisis objetivo. El estigma se estudió mediante el Attitudes towards Loss of Hearing Questionnaire (ALHQ) desarrollado por Saunders et al. (2005). La presión social fue evaluada con la pregunta que solicitó valorar (escala 0 a 10): ¿Cómo calificaría la

siguiente afirmación?: La razón más importante para usar audífono fue la presión de mi familia y cercanos (Solheim, 2011).

Se utilizó la pregunta de autopercepción de problemas auditivos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2010). Se consultó: Si usa audífono, conteste la siguiente pregunta pensando en cómo escucha sin audífono. ¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos? El apoyo social fue evaluado con el cuestionario Medical Outcomes Study (MOS), desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991), validado al español por De la Revilla et al. (2005). Se trata de un instrumento autoadministrado que evalúa dimensiones del apoyo social (emocional, instrumental y afectivo).

Análisis estadístico

Se construyó el tiempo de abandono en base a la fecha de entrega del audífono, y la que el paciente reportó dejar de usarlo. Si en la entrevista el paciente aún utilizaba audífono, el tiempo de seguimiento fue considerando mediante métodos de sobrevida. Se construyeron modelos de sobrevida de tipo paramétrico flexible, estimando Hazard Ratio (HR), ajustando por confusores (edad, autopercepción de estado de salud y problemas auditivos, satisfacción con audífono, e ingreso económico).

ESTUDIO CUALITATIVO

Se realizaron seis entrevistas estructuradas a dos fonoaudiólogos que participaban en el programa GES y cuatro beneficiarios de esta. Los beneficiarios pertenecían al estudio cuantitativo descrito, teniendo asistencia irregular a controles. El tiempo de aplicación del cuestionario fue 30 minutos para fonoaudiólogos y 20 en los pacientes. La entrevista fue personal, directa, y realizada por parte del equipo de investigación.

Instrumento

La entrevista se basó en un cuestionario estructurado en base a posibles barreras o facilitadores. Las preguntas de autoeficacia aludieron a la confianza del usuario sobre sus habilidades de manipulación del audífono. Lo referente a estigma se enfocó en percepciones negativas hacia el audífono e hipoacusia. Se consultó además por percepción de presión social para

utilizar audífono y autopercepción de hipoacusia. Se incluyeron otras preguntas referentes a cómo las variables afectan la vida cotidiana del paciente. A los profesionales se consultó sobre el funcionamiento de la garantía GES, junto con posibles mejoras y desafíos. En las entrevistas se buscó entender cómo actúan las variables, las que constituyeron categorías previamente definidas, siendo ejemplificadas mediante opiniones transcritas.

RESULTADOS

Estudio cuantitativo

Se entrevistó a 252 pacientes implementados con audífono cuya edad fluctuó entre 65 y 85 años. La proporción según sexo es similar (Tabla 1). El promedio de meses desde la entrega del aparato fue 18,8 meses, con un mínimo de 12 meses y máximo de 29.

Tabla 1: Características de pacientes implementados según ley GES en Hospital “La Florida” (n=252)

Edad (promedio años)	74,5 (73,7–75,2)
Mujeres (%)	51,6 (45,4–57,7)
Escolaridad (promedio años)	8,6 (8,1–9,2)
Tramo de FONASA (%)	
Tramo A	5,83 (3,5–9,6)
Tramo B	66,7 (60,4–72,4)
Tramo C	66,7 (8,5–16,9)
Tramo D	15,4 (11,4–20,6)

Valores expresados como frecuencias relativas con IC al 95%.

Fuente: Elaboración propia.

Adherencia al uso de audífonos

El 43,3% usaba el audífono todos los días y poco más de un cuarto, casi nunca o nunca (Tabla 2). Las personas reportaron como principal motivo para el abandono presentar ningún o escaso beneficio (22,1%) seguido de percibir molestia en situaciones en que hay mucho ruido (20,6%).

Tabla 2: Adherencia al uso, motivos de abandono y satisfacción con el audífono (n=252)

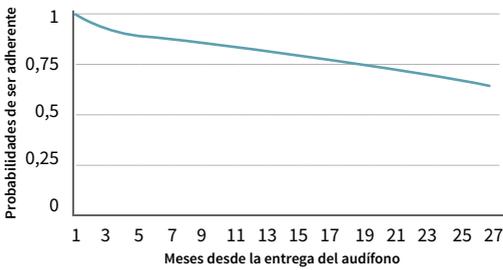
Variables	Proporción % (IC 95%)
Frecuencia de uso semanal	
Todos los días	43,3 (37,2–49,5)
Casi todos los días (al menos 5 días a la semana)	14,3 (10,1–19,2)
Algunos días (1- 4 días a la semana)	15,5 (11,5–20,5)
Casi nunca	6,4 (3,9–10,1)
Nunca	20,6 (16,1–26,1)
Motivos para el abandono	
Ningún o escaso beneficio	22,1 (13,6–33,8)
Percibir molestia en situaciones ruidosas	20,6 (12,4–32,2)
Ser incómodo	19,1 (11,3–30,5)
Difícil de manipular	17,7 (10,2–28,9)

Fuente: Elaboración propia.

Tiempo de abandono

El análisis del tiempo de abandono solo se realizó en quienes indicaron la respuesta “nunca” a la pregunta de uso semanal. La función de supervivencia toma valor 1 al inicio del seguimiento, decreciendo a medida que transcurre el tiempo desde la entrega del audífono, disminuyendo la probabilidad de ser adherente (Figura 1). El abandono es paulatino, observando que al primer mes la función de supervivencia correspondió a 0,93 (IC95% 0,89–0,96), alcanzando a 0,68 (IC95% 0,61–0,75) en 27 meses de seguimiento.

Figura 1: Probabilidades de ser adherente al uso del audífono desde la entrega hasta los siguientes 27 meses.

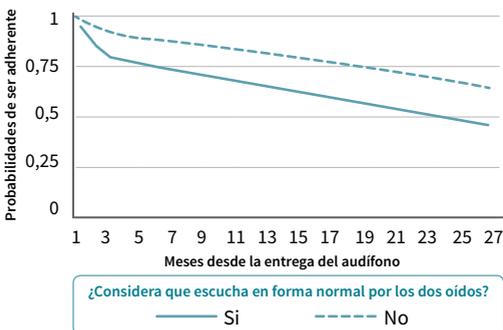


Fuente: *Elaboración propia.*

Autopercepción del problema

El 84,1% refirió que no escucha en forma normal sin utilizar audífono. Quienes indicaron escuchar en forma normal presentaron 2,1 veces mayor riesgo de abandono (HR=2,13; IC95% 1,22–3,70) en comparación a quienes reconocen el problema auditivo (Figura 2).

Figura 1: Probabilidades de ser adherente al uso del audífono según la autopercepción del problema.



¿Considera que escucha en forma normal por los dos oídos?
 — Si — No

Fuente: *Elaboración propia.*

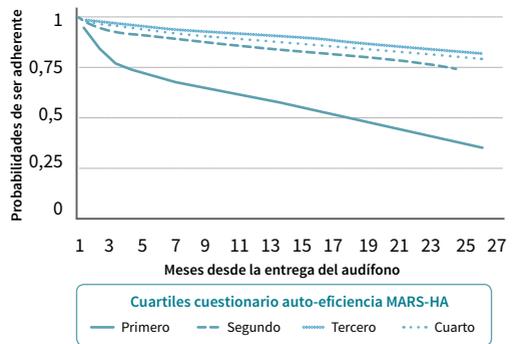
Funcionamiento del aparato

La ganancia promedio entregada por el audífono para intensidad elevada alcanzó 21,5 dB, en niveles de intensidad conversacional fue 27,8 dB, y a sonidos de baja intensidad amplificó 31,4 dB. El método prescriptivo de ganancia más utilizado para calibrar el audífono fue NAL-NL2 con 35,4%, seguido de NAL-NL1 con 25,3% y el método propio del fabricante con 20,8%. Existió 2,6 veces menor riesgo de abandono (HR=0,39; IC95% 0,17–0,90) en quienes fueron adaptados con un método validado (NAL-NL1, NAL-NL2 ó DSL i/o).

Autoeficacia en el manejo del audífono

El riesgo de abandono disminuyó a medida que aumentó la autoeficacia en el manejo del audífono, (HR=0,96; IC95% 0,95–0,97). Para facilitar interpretación la puntuación en el cuestionario MARS-HA fue dividida en cuartiles. El segundo cuartil tuvo menor riesgo con HR=0,30 (IC95% 0,16–0,57), mientras que el tercero un HR=0,18 (IC95% 0,08–0,39) y el cuarto un HR=0,23 (IC95% 0,11–0,46), todos en relación al cuartil de menor puntaje del cuestionario. En la Figura 3 se observa que el cuartil con menor autoeficacia tiene mayor riesgo de abandono, aumentando en el transcurso del seguimiento.

Figura 3: Probabilidades de ser adherente al uso del audífono según la autopercepción del problema.



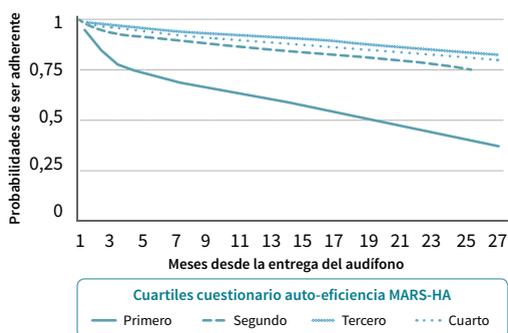
Fuente: *Elaboración propia.*

Estigma hacia la hipoacusia y audífono

En el cuestionario ALHQ mientras mayor puntaje, más probable que se tengan actitudes negativas hacia la hipoacusia y audífono. A mayor puntaje del cuestionario aumentó el riesgo de abandono (HR=1,49; IC95% 0,98–2,29). Para facilitar la interpretación se dividió en cuartiles, represen-

tando el tercero un aumento de 2,2 veces (IC95% 1,03–4,89) el riesgo de abandono, en relación al primero. En la Figura 4 se observa que el cuartil con menor percepción de estigma (actitudes negativas) tiene menor riesgo de abandono en relación a otros cuartiles.

Figura 4: Probabilidades de ser adherente al audífono según puntuaciones en un cuestionario de actitudes hacia la hipoacusia y audífono (ALHQ).



Fuente: *Elaboración propia.*

Presión social

Este aspecto fue evaluado mediante la valoración desde 0 (completamente de acuerdo) a 10 (completamente en desacuerdo) sobre la afirmación: “La razón más importante para usar audífono fue la presión de mi familia y mis cercanos”. Mientras menor presión social percibida, el riesgo de abandono disminuyó (HR=0,94; IC95% 0,88–0,99).

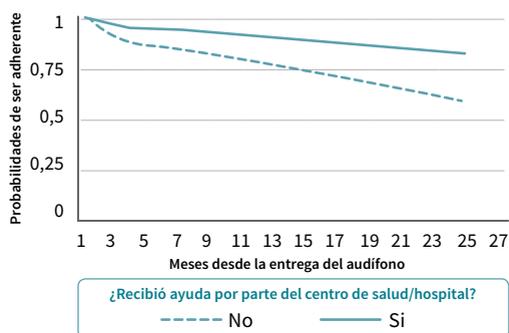
Soporte social informacional, financiero y emocional

El 4,0% manifestó tener mucho más apoyo después de recibir audífono, mientras que 69,6% refirió no percibir cambios. Una distribución similar mostró la respuesta a la pregunta: ¿Tiene más o menos apoyo de su familia después de recibir su audífono?. El 2,8% percibe tener mucho más apoyo después de recibir audífono; 37,9% percibe más apoyo, y 59,0% no percibe cambios. En ambos casos el riesgo de abandono no fue significativo, sin embargo, fue mayor a medida que se reportó menor apoyo. Tampoco existió relación entre el puntaje en el cuestionario MOS y el riesgo de abandono.

En cuanto a la pregunta: Durante los últimos 12 meses, ¿recibió usted ayuda de algún tipo

de institución u organización que apoya a los adultos mayores?, un porcentaje identificó al Centro de salud/Hospital. Existió menos riesgo de abandono en dicho grupo de personas (HR=0,59; IC95% 0,35–0,99).

Figura 5: Probabilidades de ser adherente al uso del audífono según la autopercepción del problema.



Fuente: *Elaboración propia.*

Estudio cualitativo

Se realizaron dos entrevistas a fonoaudiólogos y cuatro a beneficiarios del programa GES. Los terapeutas desempeñaban funciones en servicios de ORL en dos hospitales públicos diferentes. Los beneficiarios llevaban utilizando audífono al menos un año.

Autopercepción del problema

Los fonoaudiólogos creen que la mayoría de los pacientes asisten ya que perciben problemas auditivos. Conducen con la guía clínica que esto ocurre cuando la audición es ≥ 40 dB. Las personas que no pueden realizar actividades de la vida diaria, perciben mayores problemas auditivos. Uno comenta: “la gran mayoría nota la pérdida de audición, aunque dependiendo del grado de pérdida. Pacientes [con hipoacusia de grado] moderados a severa reconocen de inmediato. Pacientes con pérdida leve no siempre perciben la pérdida y es necesario evidenciar con algún examen”.

Los pacientes están conscientes de su hipoacusia en mayor o menor medida, pues les impide comunicarse de manera efectiva. Tendrían dificultades de comunicación con familiares: “yo le decía Lukitas [nieto] no te escucho (..) dígamelo

de nuevo”. Por otra parte, uno señala: “la gente habla muy despacio o muy rápido y no me entienden”, denotando que aún no reconoce el problema del todo.

Funcionamiento del aparato

Los profesionales plantean que los controles estipulados son suficientes para aprender a utilizar audífono. Sin embargo, dichos controles no logran constituirse como sesiones de rehabilitación. Según un fonoaudiólogo: “los controles, que están especificados, tres o cuatro en el año son suficientes para ver si el audífono funciona o no, desde el punto de vista del uso”. Además, pese a que se entrega información relevante, dudan si los usuarios le atribuyen importancia. Uno menciona: “aquí la información se da, pero queda la duda de si todos toman conciencia de la importancia”.

Los pacientes no habían asignado importancia a los controles hasta que asistieron a uno, constatando su utilidad. Uno indicó: “ahí me fueron diciendo, por ejemplo, cómo se usaba el botón de volumen, para donde aumentaba, para donde bajaba, y después tenemos uno de programa que no lo había usado hasta ahora, después del último control hice las consultas si lo podía usar, entonces ya lo manejo total”. Por otro lado, los usuarios en general consideran que el audífono funciona en forma adecuada.

Autoeficacia en el manejo del audífono

De acuerdo a los profesionales, habrían factores como educación y otras dificultades que se deben considerar. A propósito indican: “uno le suma que tuviera un problema de artritis, artrosis o dolor de hombro, del brazo, entonces cuesta más ponerse el audífono y manipularlo”. Existen quienes dependen de otros: “Si tú le dijeras a esta persona: póngase el audífono te dirá que no sabe porque lo hace la esposa/esposo/hija/hijo y tú ahí entras a decirle que él/ella tiene la dificultad y debe saber hacerlo, en el caso hipotético en que algún día esté solo... algunos se motivan, otros no”.

Las personas asumen haber presentado al comienzo dificultades menores al manipular el audífono: “Al principio mi hijo me ayudaba a ponérmelo, él me decía: mamá, ponte esto con cuidado, si se desliza solito”. Sin embargo, luego de un tiempo lograron manipularlo: “Me lo

pongo solita, me queda regio, ¿ve? me tiro la oreja, que quepa bien el asunto y bien.” Mencionan que la asistencia a los controles influyó en que aprendieran la manipulación correcta.

Estigma hacia la hipoacusia y audífono

Los clínicos creen que son pocos quienes se avergüenzan de usar audífono “Algunos, muy pocos. Siempre van a haber casos especiales, que es muy grande, que se me ve (...) siempre es el adulto mayor más joven, el de entre 65 y 68 años”. Respecto al estigma consideran que es un problema cultural, en que algunos creen que el audífono los hace verse más viejos. Uno comenta la expresión de un paciente: “ay que lata tener que usar audífonos porque la gente va a creer que estoy viejo”.

Los entrevistados coinciden con la opinión de los clínicos, no percibiendo vergüenza al usar audífono; “no, nada pue’, uso bastón además”. Comentan que mayor vergüenza les provocaría tener que pedir que les repitan palabras: “Más vergüenza me daba andar con la boca abierta tratando de escuchar”.

Presión social

Se considera que la mayoría asiste por su propia cuenta más que por presión social. Sin embargo, hay pacientes que asisten porque serían los cercanos quienes experimentan dificultades para comunicarse con él: “a veces lo hacen porque en la casa están aburridos que ponga la tele fuerte, que le repitan las cosas”.

Los pacientes consideran que no perciben presión para usar audífono, convirtiéndose en rutina: “Como está en el velador ya abridito (sic), ya después me visto, me lo pongo”, por ende, nadie los obliga. Sin embargo, mencionan que en ocasiones les recuerdan su uso: “a ver, ¿estás usando el asuntito?, sí hijo, lo tengo puesto le digo...”.

Soporte social

Según los clínicos, la guía GES es clara, sin embargo, el paciente no está informado de cómo opera la garantía. Sería labor del clínico explicar en qué consiste y las acciones garantizadas (soporte informacional): “cuando se les hace el examen de audición, explicarle más o menos en qué consiste, pero la información específica se da el día en que se vienen a tomar la impresión

del molde, ahí se dan ciertas indicaciones, se les entrega algo por escrito (...). En cuanto al apoyo emocional se menciona: “La gente que está sola cuesta un poco más, porque estar sordo lleva a depresión, a aislarse”.

Los usuarios manifestaron que la información recibida en controles permitió mejorar manejo del audífono: “Me produce más satisfacción al saber que soy más autónoma”. Respecto al ámbito financiero, se refieren a las baterías: “No son baratas (...) yo no he sacado la cuenta porque como yo no he comprado no sé el valor”, teniendo en cuenta la duración de estas (2-3 semanas aproximadamente). En cuanto al apoyo emocional, los usuarios perciben preocupación de sus cercanos: “Al principio mi hijo me ayudaba a ponérmelo (...). él fue mi segundo profesor aparte de la doctora”.

Discusión

La discusión se organizará en base a las variables identificadas como posibles barreras y facilitadores de la adherencia al uso del audífono. Se analizarán en conjunto resultados cuantitativos y cualitativos, generando recomendaciones de mejora.

Autopercepción del problema

Destacó que si bien 100% de los pacientes presentaba hipoacusia, 16% reportó escuchar en forma normal, sin audífono. Se deben enfatizar las percepciones subjetivas, ya que el riesgo de abandono aumentó en quienes no reconocen la hipoacusia. Para los clínicos, el reconocimiento se relaciona con el grado de pérdida, y cómo afecta la comunicación. A lo anterior se debería sumar la presión social para obtener audífono. Uno de los entrevistados aún no reconocía el problema, dando cuenta que es un proceso complejo, que no ocurre necesariamente cuando se tiene hipoacusia ≥ 40 dB.

La guía clínica recomienda utilizar además de audiometría un cuestionario de hándicap, pero en la práctica se valora principalmente el criterio audiológico. Tal como lo plantea Stephens et al. (1990), es recomendable que la selección de pacientes considere autorreporte y audiometría, con ponderación equivalente. En caso de discrepancia se debiera realizar consejería al paciente y familia, antes de implementar audífono.

Funcionamiento del aparato

Los clínicos mencionan que en controles se corrobora funcionamiento del audífono. Este depende en parte de la calibración del aparato, existiendo métodos que cuentan con validación, los que se asociaron a menor riesgo de abandono. En la visita a terreno se constató que el clínico da a elegir el método al paciente. Los no validados serían ajustados en quienes no se acostumbran al sonido amplificado, dado que entregan menor ganancia (Mueller y Picou, 2010). Utilizar métodos no validados estaría modulado por asistir a controles; a medida que el usuario se acostumbra, en controles posteriores se cambia a métodos con mayor amplificación (validados).

Una de las razones de no asistencia a controles referidas por clínicos y pacientes es que estos últimos no le otorgan importancia. Una opción es que el clínico refuerce la importancia de calibrar el aparato, aludiendo a potenciales mejoras en comunicación. Podría evaluarse una estrategia de entrega de implementos como baterías o set de limpieza, condicionada a asistir a controles.

Autoeficacia en el manejo del audífono

La autoeficacia mostró fuerte relación con el abandono, existiendo más de cuatro veces menor riesgo en el cuartil con mayor confianza en manipulación. Esto concuerda con el estudio suizo, que estimó que el manejo inadecuado aumentó 13 veces el riesgo de abandono o uso esporádico, en comparación a quienes autorreportaron manejo adecuado (Bertoli, Staehelin, Zemp, Schindler, Bodme, y Probst, 2009).

La autoeficacia no es el comportamiento, sino un constructo psicológico que se relaciona con la confianza al realizar una tarea. Esto es clave al evaluar contenidos tratados en controles, debiendo constatar no sólo ejecución, sino que además la confianza en esta. Probablemente la confianza tarde en desarrollarse y se modifique en conjunto con disminución motriz y visual. Considerando lo anterior, se recomienda no limitar el número de controles, debiendo explicitar al paciente que puede acudir al centro que entregó el audífono cuando estime conveniente.

En un contexto con recursos limitados, la autoeficacia permitiría seleccionar a aquellos con mayor riesgo de abandono, enfocando planes de rehabilitación. Tal como lo mencionan los clínicos, los controles en que se enseña manejo y entrega consejería, no constituyen sesiones de rehabilitación. Si bien la rehabilitación es recomendada por la guía clínica, no se realiza en forma sistemática en Chile. Una posible solución es que los servicios de Otorrinolaringología cuenten con fonoaudiólogo destinado a tratar pacientes implementados con audífono, permitiendo mayor control y estandarización de acciones realizadas, junto con proveer rehabilitación.

Estigma hacia la hipoacusia y audífono

Tanto clínicos como pacientes minimizan la influencia del estigma. Sin embargo, en la sección cuantitativa del estudio se constató su efecto, concordando con estudios previos. Se ha reportado que quienes se mantienen usando audífono tienen percepciones positivas hacia este (Van den Brink, Wit, Kempen, y Van Heuvelen, 1996), mientras que los no usuarios consideran que los audífonos visibilizan la pérdida y están asociados a vejez (Van den Brink, Wit, Kempen, y Van Heuvelen, 1996). En la población general el audífono se asocia a términos como envejecimiento, discapacidad y apariencia (Manchiah, et al., 2015), lo que se relacionaría con estigma, ya que haría visible que la persona tiene hipoacusia.

Los pacientes al no referir actitudes negativas, podrían estar exhibiendo deseabilidad social. Independientemente si son reconocidas, las actitudes negativas serían abordadas por un programa de rehabilitación. Posiblemente las sesiones de tipo grupal, en que se comparten experiencias, permitan enfrentar dichas actitudes.

Presión social

Tanto clínicos como pacientes minimizan la influencia de presión social. Sin embargo, el que un porcentaje que no percibiendo problemas recibió audífono, denota que existió presión para consultar y usar audífono. Estudios previos constatan que la presión social podría interactuar con preconcepciones estigmatizantes (Van den Brink et al., 1996), actuando desde la motivación para adquirir audífono (Solheim, 2011).

Soporte social

El soporte fue un factor protector frente al abandono, actuando presumiblemente en conjunto con los controles, a los cuales en su mayoría los pacientes asisten con cercanos. La guía clínica GES si bien recomienda incluir a acompañantes, las indicaciones a empresas licitantes se limitan a aspectos de calibración. Quienes acompañan a controles muestran interés en ser involucrados, aportando información sobre dificultades del paciente (Ekberg, Meyer, Scarinci, Grenness, y Hickson, 2015).

Por otro lado, la guía clínica solo especifica que en sesiones de control se realice adaptación del aparato, procedimiento que puede ser entendido restringidamente como calibrar acústicamente. El estudio constató que la empresa licitante entregó consejería y enseñó manejo del aparato, explicando el que sea identificada como fuente de apoyo, disminuyendo abandono. Sin embargo, dado que la selección de la empresa depende de cada hospital, el apoyo entregado podría ser heterogéneo.

Otra propuesta de mejora es realizar control mediante visitas domiciliarias. Algunas personas tenían dificultades para desplazarse, que impedían asistir a controles. Los fonoaudiólogos que analizaron el audífono en visita domiciliaria, resolvieron dudas y entregaron apoyo en el uso. La visita permitió involucrar a personas cercanas, esto en un contexto más natural. El Hospital de La Florida realiza visitas domiciliarias, pero no ha incorporado a fonoaudiólogos, pudiendo evaluar a futuro su inclusión.

CONCLUSIÓN

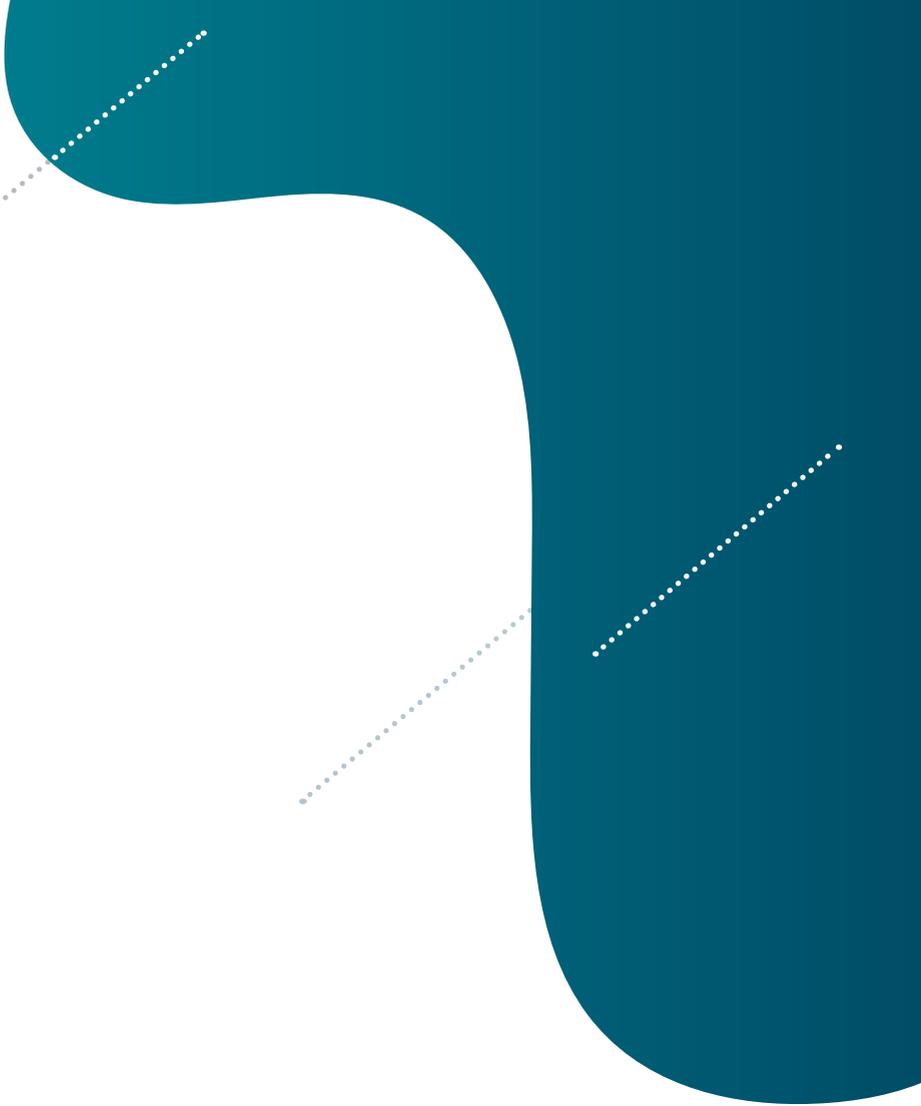
Se desarrolló una investigación mixta que tuvo como objetivo determinar barreras y facilitadores de la adherencia al uso de audífono en personas mayores hipoacúsicas implementados según ley GES. Percibir problemas auditivos, ser calibrado con métodos validados, contar con autoeficacia, y soporte social, facilitaron la adherencia. Las preconcepciones estigmatizantes hacia hipoacusia/audífono, y percibir presión social se constituyeron como barreras. Existe disonancia entre información cuantitativa y cualitativa, dado que clínicos y pacientes minimizan la influencia del estigma y presión social. Además, los clínicos identificaron como barreras la inasistencia a controles, falta de

programas de rehabilitación, y desconocimiento de cómo opera la garantía. Considerando los resultados del estudio, se plantean mejoras a la política pública GES, tales como implementar programas de rehabilitación, incluir un profesional fonoaudiólogo que los realice y estandarice acciones, y entrega de implementos condicionada a asistencia a controles. Estos últimos no deben ser limitados en número, permitiendo desarrollar autoeficacia, y favoreciendo participación de cercanos.

AGRADECIMIENTOS

El equipo de investigación agradece a los clínicos y pacientes que participaron en el estudio. Además, a los fonoaudiólogos Darío Reyes O. y Francisca Mansilla J. por los comentarios realizados al presente escrito.





CAPÍTULO 7:

Vivencias de la maternidad en mujeres privadas de libertad.

Profesora:

Claudia Reyes Quilodrán, Trabajo Social

Estudiantes:

Francisca Aranda, Trabajo Social

Pablo Arroyo, Antropología

Sofía Ceresuela, Antropología

Camila Kellemen, Psicología

Francisco Millar, College

Maida Muñoz, Trabajo Social

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar las vivencias de la maternidad en mujeres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino Santiago (CPF). Se aborda el concepto de vivencias a través de aspectos que influyen en la maternidad, se hace énfasis en su historia personal y familiar, se indaga tanto en aspectos sociales como socioeconómicos y elementos asociados a la subjetividad de la maternidad, y sus motivaciones para cometer el delito. De este modo, se busca responder el cómo ser madre y estar en un centro de reclusión influye en la maternidad de la mujer y consecuentemente en el desarrollo del hijo o hija. Para ello, se aborda la percepción de las madres y las profesionales, cuyos testimonios demuestran la existencia de un gran déficit a nivel institucional en el manejo de la maternidad dentro del CPF. Conforme a esto, es que se discuten los aportes y beneficios de los programas y políticas públicas respecto a esta área. Finalizando con propuestas de políticas públicas que buscan potenciar espacios de mejora efectiva para las vivencias de maternidad en mujeres privadas de libertad.

Palabras Clave:

Madres privadas de libertad; maternidad en centros penitenciarios; vivencia de la maternidad; motivaciones socioeconómicas; historia de vida.

ANTECEDENTES

Realidad en los centros penitenciarios femeninos en Latinoamérica

En Latinoamérica, en promedio el 5% de la población privada de libertad es mujer (Almeda & Di Nella, 2017). Los delitos que ellas comúnmente cometen son contra la propiedad, robos, hurtos, y tráfico de drogas (Yugueros 2013; Almeda & Di Nella, 2017). Entre 2006 y 2012 los casos de privación de libertad han tenido un aumento de 40.000 a 74.000, y la gran mayoría de ellos fueron “privados de libertad por delitos relacionados con la comercialización o el tráfico y el contrabando de drogas” (Almeda & Di Nella, 2017, p. 195).

La población femenina penal a nivel latinoamericano se caracteriza por presentar bajos niveles de escolarización, pertenecer a los niveles socioeconómicos más vulnerables de la población, y desempeñarse mayormente en tareas de empleo doméstico, comerciantes a pequeña escala, o trabajadoras temporales (Antony, 2003). Una de las grandes dificultades producto de la pérdida de libertad de las mujeres que son madres es que se genera en ellas inestabilidad emocional por vivir la separación de sus hijos (Olmos, 2007); además deben enfrentarse a presiones de terceros, entidades estatales, e incluso a los centros penitenciarios por continuar la custodia y tutelajes de los hijos, lo cual aumenta el nivel de estrés en las mujeres y sus familias al momento de ingresar a cumplir una condena en un centro de reclusión (Lagarde, 1990, p. 677, citado en Almeda & Di Nella, 2017).

Realidad de los centros penitenciarios femeninos nacionales

En Chile, la población penitenciaria femenina, alcanza un total de 15.724 a nivel nacional (Gendarmería de Chile, 2018), de las cuales 3.593 se encuentran en régimen cerrado. Según Cárdenas (2011) y Espinoza (2016), los principales motivos de ingreso son: tráfico de drogas, hurtos, lesiones y giro doloso de cheques. Sin embargo, a pesar de que el tráfico de drogas es un delito cometido con menos frecuencia que el hurto, suele condenarse más a las mujeres por el delito de microtráfico que por hurto.

En relación con las características de las mujeres privadas de libertad, 2.041 (58%) tiene entre 30-59 años de edad, 1.346 (38%) se encuentran entre los 18-29 años, y sólo 130 (3,7%) mujeres son mayores de 60 años (Gendarmería de Chile, 2016). En el año 2016, 166 (4,8%) mujeres privadas de libertad estaban embarazadas o con hijos menores de dos años en alguna de las 30 secciones materno-infantiles de los centros penitenciarios del país. De ellas, 108 eran madres de un infante menor de dos años y 58 se encontraban embarazadas (Gendarmería de Chile, 2016). Cabe destacar que en Chile las mujeres privadas de libertad tienen derecho a convivir con sus hijos hasta los 2 años de edad.

Chile actualmente cuenta con numerosos convenios ratificados acerca del cuidado de los hijos. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (CDN) (1989) ha hecho recomendaciones que apuntan a adoptar medidas alejadas de la institucionalización y a la promoción de la vida familiar (Cortázar et al., 2015). A su vez, las Reglas de Bangkok (ONU, 2011) tienen como finalidad orientar y alentar a los países miembros a que apliquen normativas que resguarden la integridad de las madres privadas de libertad y la de sus hijos. Ante esto, se busca que las madres embarazadas y los hijos (durante la infancia) cuenten con las condiciones básicas de vida, y reunificación familiar, además de apoyo y asistencia jurídica (ONU, 2011).

Si bien CDN (1989) no contempla una regulación específica para los niños y niñas cuyos padres se encuentren privados de libertad, en el artículo N°3 se expresa que todas las medidas que el Estado adopte deben velar por el interés superior del niño. Además, la UNICEF ha señalado que la privación de libertad de los padres, en especial de la

madre, es un factor que trae una serie de problemas para niños y niñas de corta edad (Cortázar et al., 2015) lo que obligaría al Estado a hacerse cargo de esta problemática.

A pesar de que en Chile se está tramitando un proyecto de ley llamado Ley Sayén (Oficio n° 25, 2017), el cual aborda condiciones de detención en madres y la resguarda de abusos por parte de la autoridad, es posible visualizar que la maternidad en los centros penitenciarios es una temática importante de profundizar y comprender, pues existen efectos no tan sólo en la madre, sino también en el desarrollo integral de los hijos (Cortázar et al., 2015), quienes suelen ser las víctimas olvidadas de los procesos legales, lo cual deja en segundo lugar el daño que ellos sufren, ya sea por estar alejados de sus madres por largos periodos de tiempo, o por el hecho de permitir que los hijos permanezcan con sus madres en los recintos penitenciarios (Cortázar et al., 2015).

MARCO TEÓRICO

Existen diferentes **teorías criminológicas** que permiten un acercamiento a la comprensión sobre la criminología femenina. Una de ellas es la **teoría del rol** propuesta por Yugueros (2013), la que plantea que la conducta delictual femenina sigue pautas similares a las de la criminología masculina, ya que la apertura de participación en el espacio público de la mujer motiva a que ellas comienzan a imitar las conductas delictivas que antes eran propias de hombres. Asimismo, la **teoría de la igualdad de oportunidades** explica el incremento de la tasa delictiva femenina, por la integración de la mujer a la esfera pública donde existen pocas oportunidades laborales (Sánchez, 2004). Zaffaroni (1993) plantea que la mujer al delinquir estaría superando el estereotipo tradicional instaurado sobre su género, desligándose de esta manera de las expectativas sociales que existen sobre ellas.

La **teoría del control social** señala que cualquier individuo puede tener una conducta delictiva, pues hay un potencial delictivo que se desarrolla cuando los mecanismos de orden social fracasan, y generan que el sujeto infrinja la ley (Hirshi y Gottferson citado en García-Pablos, 1999). En este caso, esta teoría se asocia al papel que deben cumplir las mujeres en la sociedad, supeditado por dos tipos de controles: el primero de carácter formal, fundado en las leyes y normas propios

de la convivencia; y el segundo de carácter informal, definido por la familia, amigos o entorno de personas cercanas (Stenglein, 2012; Fuller, 2008; Moffitt & Caspi, 2001). Constant (2016) profundiza en cómo hay una ejecución del control social en la construcción de imaginarios sociales y colectivos relativos al perfil delictual. El imaginario colectivo asocia a la delincuencia con una esfera masculina, viril y violenta, que se contrapone al ideal de bondad de una figura femenina. De esta manera, existe una dificultad en la posibilidad de dar cuenta de la violencia femenina (Fuller, 2008). Glaser (1978, citado en García-Pablos, 2009) agrega que la decisión de cometer un delito se determina por las expectativas que se tengan de la ejecución del acto delictivo. Según el autor, los vínculos se generan con las personas por medio del orden social, por ello, el individuo se inclinaría por la comisión o no del delito, según la consideración de si de su realización se derivan más ventajas que desventajas.

Ante lo descrito, se comprende que existe una **conducta desviada** entendida desde una **construcción social**, condicionada por el establecimiento de una norma o ley, y por la reacción del grupo ante la falta de un individuo con respecto a la norma (Becker, 1971). En otras palabras, la desviación en criminología es el resultado de un proceso de interacción entre individuos en un grupo. De esta manera, la conducta delictiva no se entiende, efectivamente, sin el control social ejercido por un grupo de individuos. Además, el carácter desviante de un acto depende también de las características del que comete los actos desviados, y luego delictivos, dado que las leyes se aplican de manera distinta, según la persona en cuestión. Ante esto, cabe recalcar que el sexo es una característica crucial, pues mujeres son tratadas diferentes a los hombres en el contexto de los actos desviados que corresponden a lo delictivo (Becker, 1971).

La conducta delictiva se encuentra también asociada a rasgos propios del sujeto. Uno de estos, se relaciona con las **conductas antisociales**, la cual es entendida como trasgresiones a las reglas sociales que están influidas por factores de lesiones craneales, y marcadas por un retraso en los procesos de socialización (Kazdin & Buela-Casal, 1996; Redondo & Pueyo, 2007). Sin embargo, Redondo & Pueyo (2007) agregan que la conducta antisocial surge de la ruptura de mecanismos de vinculación en uno o varios contextos sociales.

Lo anterior permite comprender que existen **motivaciones** en el individuo que desarrolla una conducta delictiva. Estas motivaciones se asocian a riesgos personales y la carencia de apoyo social. Por ello, la motivación delictiva se compone de dos elementos: uno personal y otro social (García, 2014; Illescas, 2008). Las motivaciones personales se configuran por factores individuales y sociales de riesgo delictivo, los cuales se relacionan con oportunidades que pueden ser persistentes, circunstanciales y/o puntuales (García, 2014). Por otro lado, la motivación social, es la necesidad económica por la falta de recursos para mantener a la familia, especialmente cuando las mujeres son jefas de hogar y responsables de los ingresos del hogar. Esta situación ocurre especialmente en mujeres que realizan tráfico de estupefacientes, en las cuales hay grandes motivaciones económicas (Ramírez, Rojas & Rojas, 2012). Conforme a lo anterior, se puede apreciar que las condiciones en la sociedad generan efectos en la vida de la mujer en relación con su conducta delictiva, tales como la pobreza, las pautas sociales de responsabilidad, y la maternidad (Sánchez, 2004).

Factores influyentes en la conducta delictiva de la mujer

Existen factores de riesgos a los que se encuentran expuestas las mujeres al momento de infringir la ley. Martínez, Carabaza y Hernández (2008) señalan algunos de estos factores tales como: **exposición a la violencia, la marginalidad, el consumo de sustancias, y la cultura**, mientras que Safranoff y Tiravassi (2018) sostienen que existen tres factores de riesgos que se encuentran asociados a las mujeres que infringen la ley. Primero, el **entorno de socialización**, que es configurado por el proceso de socialización, y es causante de discordias familiares (separación de los padres), historia familiar delictiva, paternidad negativa, violencia intrafamiliar, consumo de drogas y alcohol (Herrero & León, 2006). Estas se reconocen como influyentes en el involucramiento en la conducta delictiva, dado que se entienden como factores de riesgos, pues la familia asume un peso importante al influir de forma determinante en el desarrollo del adolescente. La familia es el nivel más cercano a la persona, la cual se ve confluída por las dinámicas que se generan en ella, así como también las que surjan de las relaciones con otras instituciones, o con su comunidad y amigos (Rivera y Cahuanan, 2016).

En segundo lugar, las **características sociodemográficas** (González & Gutiérrez, 2014, citado en Safranoff & Tiravassi, 2018) consideran que factores como la edad, nivel educativo, estatus de migración, cantidad de personas que dependen de la mujer y su historia personal, se consideran factores influyentes, dado que la socialización de la persona influye en que ella pueda adquirir y mantener sus actividades y actitudes ilícitas (Fuentes, 2017). Por último, el **contexto socioeconómico**, el cual plantea que las diferencias de género, la falta de empleo, la pobreza (Safranoff & Tiravassi, 2018) y la exposición a la violencia (Reyes, 2014) son uno de los mayores determinantes en las conductas criminales de la mujer. Estas se consideran influyentes, dado que son asociadas a una aparición y desarrollo de una conducta delictiva, las que especialmente se ven marcadas por el nivel socioeconómico, el bajo nivel ocupacional, la pobreza y las condiciones de habitabilidad. Siendo el acto cometido, en la mayoría de los casos, por la ausencia de atención de los servicios sociales (Rosenbaum, 1989; Wells y Rankin, 1991; Farrington, 1992; Haapasalo y Tremblay, 1994; Levitt y Lochner, 2001; Farrington, 1995, citados en Hernández y González, 2004).

Construcciones subjetivas en torno a la maternidad en los centros penitenciarios

Mala Calza (2015) y Guedes (2006) señalan que existen mecanismos de institucionalización en los centros penitenciarios que refuerzan los roles tradicionales de la mujer, especialmente en la moralidad de las pautas de la maternidad y sexualidad, idealizando los roles asociados al proceso de ser madre. Destacan que existe un alto porcentaje (87%) entre el comienzo de la conducta delictiva y la maternidad, pues las mujeres privadas de libertad alegaban una relación entre los delitos cometidos y los intentos por asegurar a sus hijos acceso a bienes de consumo y bienes de confort.

El **proceso de separación con los hijos** conlleva en las mujeres sensaciones de miedo y culpa por haberlos abandonado, surgiendo la preocupación de quién quedará al cuidado de ellos, pues quedan fuera de su control maternal (Guedes, 2006). Por ello, la maternidad en el contexto de centros penitenciarios, en especial con aquellos hijos que permanecen fuera del recinto penitenciario, se torna dificultosa y angustiante (Malcalza, 2015). **Las sensaciones y sentimientos que**

muestran las mujeres, las lleva a querer cumplir con estos “roles ideales de buena madre”, dado al temor de ser consideradas como malas madres, por estar privadas de libertad (Torres, 2008). En concordancia con esto, un estudio que se hizo en Brasil (Pinese, Furegato y Santos, 2010) sobre los perfiles clínicos y sociodemográficos de mujeres privadas de libertad en el país, pudo llegar a la identificación de signos e indicadores de depresión vinculados directamente con la temática de la maternidad. De las cien mujeres que participaron en el estudio, 60 tenían entre uno y tres hijos, y de ellas, 50 mostraron indicios de algún grado de depresión, de las cuales 13 (21,6%) mostraron signos de depresión severa. Asimismo, los estudios sobre los niveles de ansiedad en madres privadas de libertad en Portugal han concluido que el hecho de tener hijos fuera del centro penitenciario potencia la generación y desarrollo de ansiedad en ellas (Paino, Muro de Araújo e Gama y Díaz, 2007). En efecto, en el contexto latinoamericano hay un abuso excesivo en la receta de medicamentos y tranquilizantes para mujeres con **síntomas de depresión**, en su mayoría madres preocupadas por los problemas de sus hijos abandonados (Antony, 2003), lo cual da cuenta de soluciones superficiales y deficientes para las problemáticas de salud mental entre madres privadas de libertad. A diferencia de los resultados del estudio, se observó que en Israel las mujeres privadas de libertad forman una visión más positiva y esperanzadora que en la mayoría del contexto latinoamericano, debido a que las internas israelitas visualizan que la maternidad es motivo para sobrevivir y es el impulso de un proceso de cambio y redención (Shamai y Kochal, 2008). Esto concuerda con algunos relatos de mujeres brasileñas entrevistadas por Torres (2008), las cuales dan cuenta de una visión salvífica de la maternidad como una oportunidad para mantenerse alejadas de las actividades delictivas, y cambiar su estilo de vida.

Por su parte, en México, las mujeres que cumplen condena ingresan con cierta concepción de sí mismas, que durante la estadía son cambiadas (Cruz, Morales y Ramírez, 2010). Es decir, algunas mujeres privadas de libertad perciben su paso por el centro penitenciario como una experiencia positiva, un camino de valoración de todo aquello que tenían afuera del recinto penitenciario, por lo que desarrollan una postura reflexiva que les permite una planeación de los próximos pasos de su vida, con esperanza de un buen pro-

ceso de reinserción. De esta manera, valoran la maternidad como uno de los tantos procesos que dan sentido y significado a su vida cotidiana en el centro penitenciario. Taylor (2004) también da cuenta de valoraciones positivas en torno a la maternidad privada de libertad. Para las mujeres privadas de libertad, la presencia de un hijo o hija en el centro penitenciario guarda fuerte relación con motivaciones generadas a nivel individual y social, ya que la presencia del niño les permite tener constantemente un lazo emocional fuerte que les dé ánimo, una experiencia de aislamiento más baja, y la sensación de que tienen algo sobre lo cual pueden ejercer control.

A partir de las características de la población penal femenina, y para dar respuesta a las problemáticas visualizadas, la pregunta que guía la investigación es: ¿Cómo es la vivencia de la maternidad, por parte de las mujeres privadas de libertad condenadas por tráfico de estupefacientes en el Centro Penitenciario Femenino de San Joaquín?

METODOLOGÍA

Para dar respuesta a la pregunta de investigación este estudio se ha propuesto como objetivo analizar la vivencia de la maternidad, por parte de las mujeres privadas de libertad condenadas por tráfico de estupefacientes en el Centro Penitenciario Femenino Santiago, para la elaboración de propuestas de políticas públicas de mejoras relacionadas a esta temática.

El enfoque metodológico del estudio es de **carácter cualitativo**, porque permite comprender el fenómeno y descubrir en una sociedad compleja y subjetiva, desde el discurso personal de los sujetos (Cornejo y Salas, 2011; Cornejo, Besoain y Mendoza, 2011). La investigación presenta dos paradigmas de trabajo: el fenomenológico, que se basa en las experiencias personales e individuales de los sujetos (Salgado, 2007); y el paradigma constructivista que tiene como propósito entender y reconstruir construcciones a partir de las personas (Guba, 2002). El estudio es de **tipo descriptivo**, y de corte transversal, pues se especifican las características y perfiles de las personas que participan del análisis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Los instrumentos de recolección de datos usados fueron entrevistas semi-estructuradas aplicadas a las madres y los profesionales. Esta técnica da un carácter de flexibilidad que permite el dominio en situaciones de la vida cotidiana (Krause, 1995). La cantidad de entrevistas a realizar se definió al alcanzar la **saturación de la información** (Krause, 1995); se llegó a entrevistar a 16 mujeres madres. También se utilizó la **técnica de revisión de documentos** (Krause, 1995), con la finalidad de profundizar en libros, artículos de revistas, entre otros. Por su parte, la revisión de los programas y políticas públicas orientados a la maternidad de mujeres privadas de libertad se centran en la **Política de Reinserción 2017 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos**

(2017), Programa “Conozca a su hijo”, Programa “Abriendo Caminos”, y ONG Mujer Levántate, los cuales permitirían comprender de mejor manera el fenómeno que viven las personas privadas de libertad y cómo el Estado lo aborda.

La utilización de estas técnicas de recolección de información permitió la **triangulación de información** de las distintas fuentes de datos y así, vincular y contrastar lo que detallan los diferentes actores y recursos involucrados en el sujeto de estudio (Valles, 2000). El análisis de información se llevó a cabo a través del **análisis de contenido**, pues tiene el rigor de la objetividad y de la profundización en la subjetividad (Bardin, 1991). Esta permite analizar de manera representativa los discursos, tomando atención en la justificación del problema, la descripción de los hechos y la caracterización de los actores (Sayago, 2014). Se construyeron matrices para la elaboración de preguntas y el vaciado de información, por medio del recurso de Excel. Esto permitió contar con registro de la información entregada por los actores y realizar un análisis fidedigno de la información. En el estudio se realizaron entrevistas semi-estructuradas tanto a las internas como a expertas que están en constante trabajo con ellas. Conforme a lo anterior, es que se realizan dos matrices. La que está dirigida a las internas, se orienta bajo seis importantes dimensiones de estudio: la socioeconómica, que busca evidenciar aspectos económicos influyentes en la comisión del delito; la social, que explora la vida personal de la interna; y una tercera que está relacionada con la historia de vida de ella y sus relaciones; mientras que la dimensión de género intenta dilucidar cómo se desarrollan las dinámicas sociales en cuanto a ser mujer; la quinta, por su parte, busca indagar acerca de las motivaciones que influyeron en la comisión del delito; y la última, está orientada a averiguar cómo las madres privadas de libertad realizan su maternidad desde dentro de la prisión.

Por otro lado, la matriz de las entrevistas a profesionales se guía por tres ejes fundamentales, los cuales están enfocados en dar el punto de vista del profesional sobre la problemática. El primero, está orientado en averiguar cómo las profesionales perciben el desarrollo de la maternidad de las internas; el segundo, indaga si la infraestructura del centro penitenciario es suficiente para tratar este problema; y el último, busca apreciar la opinión de las profesionales acerca de cómo se están

desarrollando las políticas públicas al respecto. Para el desarrollo de la investigación se consideraron aspectos éticos. Uno de ellos, fue validar las pautas de entrevistas con dos expertas relacionadas a las temáticas de centros penitenciarios, con la finalidad de comprobar si el grado de información que se consulta es acorde al contexto con el que se quiere trabajar (Corrales, 2009). También se hizo uso del consentimiento informado antes de la aplicación de la entrevista, dado que permitió que las personas decidieran si participar o no del estudio informadas de las responsabilidades mutuas que esto genera (Noreña, Moreno, Rojas y Malpica, 2012). Además, luego de realizada la entrevista fue importante desarrollar el trabajo bajo el anonimato y confidencialidad, pues se resguarda la identidad de cada participante, asegurando al entrevistado la confidencialidad de la información que entregó durante el proceso (Anguita y Sotomayor, 2011).

Los participantes de la investigación son madres privadas de libertad del Centro Penitenciario Femenino Santiago (CPF). Esto se realizó por una **selección intencionada**, pues este muestreo resulta útil cuando se busca lograr producir la información en el menor tiempo posible (Quintean, 2006). Se realizó un total de 18 entrevistas a mujeres privadas de libertad. Pero se considerarán sólo 16 participantes, dado que una entrevista no se alcanzó a llevar a término por circunstancias institucionales, y otra que no se considerará debido a que la interna estaba cumpliendo una condena por parricidio. Esta última se dejó fuera porque tiene aspectos característicos distintos a las mujeres que han cometido microtráfico. Según Olvarría et al. (2011), “las mujeres imputadas por homicidio o parricidio, en general, están en condición de vulnerabilidad. Son personas [...] con grandes carencias económicas”. Sin embargo, según Cerezo (1998) y Olvarría et al. (2011), el factor determinante en la mayoría de los casos de mujeres parricidas está netamente vinculado con episodios de violencia intrafamiliar a lo largo de su vida. Por lo que a pesar de que compartan situaciones de vulnerabilidad económica y social, el factor por excelencia para la comisión de parricidio es violencia intrafamiliar, característica que no comparten en general las internas que han cometido microtráfico. Por otro lado, es importante destacar que una de las entrevistadas cometió robo con violencia, pero se considera que dicho delito se ajusta a la realidad del centro penitenciario de las mujeres que han cometido

microtráfico.

Las características principales de la muestra se pueden comprender por medio de la siguiente tabla:

Tabla 1: Caracterización de la muestra

Número de mujeres	Edad	Cantidad de hijos	Edad de los hijos (años)	Causa de ingreso al CPF	Nivel educacional alcanzado antes del CPF	¿Cuánto tiempo llevas en el CPF San Joaquín?
E1	23	1	4	Tráfico hierba y cultivo de marihuana	8° básico	1 semana
E2	32	3	17, 15, 12	Microtráfico	Media incompleta	3 meses
E	33	3	12, 9, 3	Tráfico	-	3 meses
E4	37	4	20, 17, 13, 6	Tráfico	-	3 meses
E5	38	3	21, 17, 8	Tráfico interno, pasar droga a otros centros penitenciarios	No terminó el colegio	-
E6	38	3	18, 6, 5	Tráfico de hierba y pasta base y antes por homicidio	5° básico	1 año, 9 meses
E7	38	4	18, 10, dos Recién Nacidos fallecidos	Tráfico de pasta base	Educación Superior terminada	1 mes
E8	41	3	18, 11, 10	Tráfico	-	2 años, 6 mes
E9	42	4	23, 22, 12, 6	Tráfico de marihuana	2° básico	2 años
E10	43	3	25, 18, 8	Robo con violencia y falta de firma	8° básico	1 mes
E11	50	2	28, 25	Tráfico de éxtasis	Media completa	6 meses
E12	52	6	33, 30, 20, 18, 13, -	Tráfico de cocaína	3° básico	1 año
E13	57	3	39, 36, 33	Tráfico pasta base	2° básico	2 años
E14	57	3	43, 27, 19	Tráfico hierba	4° básico	2 años y 3 meses
E15	62	9	26 y 38	Tráfico de marihuana	1° medio	10 meses
E16	65	3	50, 48, 47	Tráfico de marihuana	Hasta enseñanza media	11 meses

Fuente: *Elaboración propia.*

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados de las entrevistas realizadas tanto a las internas como profesionales, conforme a las dimensiones estudiadas. Se dará a conocer cómo se desenvuelven las políticas públicas dentro del país. Finalmente, se analizarán los datos recabados a la luz de la bibliografía especializada en el tema.

Resultados entrevistas con Madres Privadas de Libertad

1.1 Dimensión historia de vida:

La dimensión de **historia de vida** de las madres privadas de libertad busca comprender los elementos que tienen que ver con el compromiso delictual, con el consumo problemático de sustancias ilícitas y su relación con sus personas significativas.

Con respecto a su crianza, la mayoría de las entrevistadas señalan haber estado bajo el cuidado de su familia nuclear y no haber estado nunca institucionalizadas en algún hogar de menores. Sólo tres indican haber sido criadas por sus abuelos y abuelas, mientras que una de ellas destaca el rol adicional de la escuela dominical como parte importante de su crianza. No obstante, dos mujeres relatan haber vivido en situación de calle siendo menores de edad, una por conflictos con su madre, y otra por su deseo de “conocer la pobreza”.

El tipo de relación con quienes vivían las entrevistadas, en primera instancia, indican haber tenido una buena relación con los miembros de su familia, a pesar de que existían algunas relaciones distantes. Sin embargo, examinando en profundidad, un grupo destaca la presencia de violencia física por parte de su hermano, otra de su padre, y otras dos que denotan casos de violencia psicológica por parte de sus padres o madres, lo cual demuestra una tensión sobre la noción que tienen acerca de relaciones funcionales. Las personas de mayor vinculación afectiva con las internas son sus padres y madres biológicas, y algunos hermanos y hermanas. Estas mismas personas son las que buscan mantener el vínculo incluso al interior del CPF, cuidando también de sus hijos e hijas mientras ellas están privadas de libertad. Esto debido a que en general las mujeres no mantenían una buena relación con sus parejas o con el padre de sus hijos.

Respecto a sus **parejas**, cinco de ellas aseguran que sus hijos e hijas son de distintos padres, sin embargo, para la mayoría, sus hijos e hijas son todos del mismo progenitor. En cuanto a sus parejas al momento de delinquir, la mayoría sostiene que su pareja no delinquía con ellas, sino que se dedicaban a trabajar; y uno de ellos estudiaba. De hecho, una entrevistada afirma que sus parejas no tenían conocimiento de la conducta delictual de ella (E10).

De las seis mujeres que manifiestan consumir drogas de una manera problemática, todas tienen familiares con problemas de consumo, y familiares que han pasado por centros penitenciarios. Para ellas el consumo inició entre los 13 y 23 años de edad. *“Empecé a consumir a los dieciséis, para pasarlo bien”* (E13). Por otro lado, siete señalaron que a pesar de traficar nunca han consumido, o que lo han hecho de manera esporádica. También mayoritariamente las mujeres comienzan a delinquir durante la adolescencia, alrededor de los 15 años, etapa de vida que coincide con el comienzo de consumo problemático de drogas y/o alcohol. Por otro lado, existen cuatro casos en los que ingresan al mundo delictivo pasado los 30 años de edad.

En cuanto al delito con el que comenzaron, la mayoría de ellas partió realizando microtráfico, mientras que una partió su vida delictual realizando hurtos. No obstante, una de ellas, a pesar de partir traficando, fue procesada por primera vez por cometer homicidio simple. Por otro lado, es importante destacar que tres de ellas consideran que nunca han cometido delitos, ya que su situación actual es meramente coyuntural, ya sea por haber sido inculpada injustamente por el delito, por haber sido víctima de un engaño, o por declararse culpable para salvar a sus nietos.

Tres de ellas no tienen familiares privados de libertad. Todas las demás, tenían o tienen privado de libertad a hijos, hermanos, parejas, exparejas, e incluso una de ellas indica tener simultáneamente a su padre, madre, y hermanos privados de libertad.

A grandes rasgos, las mujeres no cuentan con grandes fracturas familiares en su infancia, pero se aprecia una fuerte relación entre el consumo excesivo de drogas, ya sea a nivel personal como familiar, con la condena formal de delitos.

1.2. Dimensión socioeconómica:

La dimensión socioeconómica tiene como finalidad observar aspectos que condicionan el inicio de la conducta delictiva, la actividad laboral que ellas realizan, el rol de la mujer en su familia y el nivel educacional. Dentro de las mujeres entrevistadas, un grupo importante de ellas contaba con un trabajo independiente (almacenes, talleres y microempresas). Mientras que la otra mitad, trabajaba como temporera o asesora del hogar. Tan sólo dos se desarrollaban como vendedoras ambulantes. Y otras dos consideraban como trabajo el hurto y el microtráfico.

En relación con sus ingresos, la gran parte de ellas reconoce no haber tenido el dinero suficiente para cubrir sus gastos mensuales, por lo que el microtráfico fue una oportunidad para suplir sus necesidades económicas. No obstante, sólo cuatro de ellas consideran que tenían los recursos necesarios para llegar a fin de mes, una de ellas enfatiza que comenzó a delinquir para adquirir ciertas comodidades y lujos: *“yo ganaba un palo y medio al mes, mis hijos ya tenían todo, el microtráfico fue para darme lujos, yo quería un auto, una moto...”* (E3).

Previo al ingreso, la mayoría de las entrevistadas señalan residir en una vivienda de su propiedad (en ocasiones con su pareja). Otras señalan que se encontraban arrendando. Una que indica haber vivido como allegada durante un período de su vida. De la misma forma, la mayoría señala haber estado conviviendo con su pareja, hijos e hijas. Sin embargo, hay cinco que viven con sus padres, madres, hermanos y hermanas. Cabe destacar que hay una entrevistada que vivía sola, debido a que su familia reside en un país extranjero. En cuanto a las condiciones de su vivienda, gran parte de las mujeres indican que estas son buenas, contando con habitaciones propias para cada integrante de la familia. Sin embargo, una entrevistada dice haber vivido en una pieza arrendada donde sólo cabe su cama. Existe una tendencia marcada en que gran parte de las mujeres cuenta con condiciones económicas insuficientes para cubrir sus necesidades y las de las personas que estaban a su cargo. Sin embargo, la mayoría contaba con vivienda propia y con trabajo.

La mayoría dice haberse preocupado o preocuparse de la manutención de sus hijos e hijas, los cuales en su mayoría corresponden a tres hijos

o más. Dos cuidan o han cuidado de sus hijos y nietos. Una cuida a sus hijos y a una sobrina. Una dice compartir gastos con sus padres en la manutención de sus hijos y el hogar. Esto es una muestra de que ellas son jefas de hogar, y se encuentran a cargo de la manutención y cuidados de sus hijos antes de ingresar a prisión.

En el ámbito educacional, seis de ellas cuenta con enseñanza básica incompleta, y otras cinco con media incompleta. Sólo una de ellas tiene educación superior. Dos de las entrevistadas señalan estar terminando su educación básica/media realizando cursos dentro de la prisión. Se puede observar una tendencia en ellas de no haber concluido los 12 años de educación formal, y que cumplen un rol importante como sostenedora de hogar. Esta situación conlleva a que deban optar por trabajos de carácter terciario con remuneraciones precarias.

Dentro de esta dimensión se estableció una **subdimensión social**, la cual profundiza en aspectos relacionados con la religión, la migración y la etnia. Sólo una de las entrevistadas es migrante de otro país de Latinoamérica, y otra se considera de etnia mapuche. En cuanto a su participación en agrupaciones religiosas, trece indican haberse relacionado (o estar relacionadas) con comunidades católicas y/o evangélicas. Sin embargo, seis de ellas, a pesar de declararse católicas o cristianas, no participan o recién empezaron a participar de ellas dentro del centro penitenciario.

1.3 Dimensión de motivaciones:

La **dimensión de motivaciones** identifica los elementos condicionantes que llevan a la mujer a realizar delitos, desde su autonomía hasta su obligación (España, 2014; Illescas, 2008). Los delitos cometidos por las entrevistadas son por tráfico de drogas. Sólo una está por no cumplir con las firmas mensuales de su anterior condena (hurto), pero presenta condenas previas por microtráfico. Sin embargo, entre ellas hay tres que indican no ser culpables: una dijo que se incriminó para asumir la condena de su nieta, otra dijo que no era propietaria de la droga encontrada, y otra manifiesta haber sido víctima del engaño de una amiga.

Cuando se les preguntó qué las llevó a cometer el delito, la mayoría manifiesta que es por necesi-

dad económica, mientras que dos entrevistadas indican que era por querer darse lujos o tener más comodidades. La mayoría de las mujeres indican que el delito fue por decisión personal; y sólo cuatro indican haber estado influenciadas por sus amigas o exparejas. *“Yo comencé a traficar porque a los quince quedé embarazada y me recibieron en la casa de mi pololo. Ahí me dijeron que si vivía ahí tenía que aportar, y como no tenía, me puse a traficar”* (E14).

En cuanto al daño que ocasionan en su entorno, la mayoría señala que el delito que han realizado ha afectado enormemente a su familia, muchas veces rompiendo los lazos con ellos, o siendo una mala imagen para sus hijos. Una entrevistada señala que gracias a sus malos ejemplos sus hijos actualmente consumen drogas, pero considera que al traficar no daña el resto, porque *“sólo lo hacía con gente adulta”* (E4). Asimismo, otra entrevistada entiende que su conducta daña al resto, ya que lo hacía a escondidas, y que cuando la descubrió su hijo dejó de hacerlo por un tiempo, y que incluso él ya no quería su dinero porque sabía de dónde venía.

La mayoría de las mujeres entrevistadas explican que delinquen para mejorar su situación económica, lo cual coincide con que el delito sea tráfico de drogas, debido a la relación tiempo y ganancias. En consecuencia, declaran insertarse por interés, necesidad y voluntad propia, ya que ellas son económicamente responsables de sus familias, hijos, hijas, y en algunos casos de sus nietos y nietas.

1.4 Dimensión de género:

La dimensión de género evidencia las relaciones y roles sociales que, por un lado, condicionan el inicio delictivo de la mujer, y por otro lado, revelan las responsabilidades que las mujeres tienen en su entorno y que se mantienen en el centro penitenciario.

Absolutamente todas las mujeres manifiestan que son una fuente de ingreso importante para el sustento de sus familias. También argumentan ayudar a sus hijos e hijas, tanto económicamente, como con la crianza de sus nietos y nietas, y que viven, en algunos casos, con ellos en la misma casa. Una entrevistada manifiesta preocupación por el estado actual de su casa estando dentro del centro penitenciario, e indica que quiere ir

a ordenar su casa porque su pareja debe *“tener todo cochino”* (E2).

Las mujeres expresan tener (o haber tenido) una buena relación con sus parejas y familiares cercanos, pero en otras preguntas dan cuenta de violencias, tanto físicas como psicológicas, por parte de alguna figura masculina, siendo ésta la de su padre, un hermano o la de sus ex o actuales parejas. Esto denota ciertas tensiones en su concepción de violencia. Una mujer planteaba: *“Le tenía miedo a mi ex... Me controlaba, no me dejaba salir, me revisaba el teléfono, era violento”* (E13). Otra relata: *“yo soy viuda y nos llevábamos bien con mi marido”,* pero cuando se le pregunta cómo sería su vida si no estuviera en centro penitenciario indica: *“Quiero salir para ser yo, poner música, si él siempre estaba enojado para los cumpleaños, la Navidad y el Año Nuevo. Quiero salir, y ser yo, antes no podía”* (E1). No obstante, una de las entrevistadas señala que eran los hombres los que le tenían miedo a ella.

Respecto a si han sentido algún tipo de discriminación en su vida, ya sea por su entorno o por instituciones, niegan haber sufrido discriminación por ser mujer. Una de las entrevistadas indica que sentía eso cuando manejaba vehículos, y otra manifiesta que se ha sentido discriminada por ser extranjera. No obstante, en su conjunto, ellas visualizan la discriminación en posibles vivencias futuras, una vez egresadas de CPF, pues consideran que sus antecedentes quedarán “manchados”, generando falta de oportunidades. Por último, si bien indican no haber sufrido violencia por ser mujer, durante las entrevistas algunas relatan episodios evidentes de maltrato, existiendo una tendencia a naturalizar la violencia a la cual se han visto expuestas, y no la reconocen como tal.

1.5 Dimensión de maternidad:

La **dimensión de maternidad** busca abarcar la vivencia de la maternidad entre las mujeres privadas de libertad, pasando por los aspectos objetivos de las condiciones en las cuales se relacionan con sus hijos (principalmente visitas), hasta los aspectos subjetivos de su percepción de lo que es ser buena madre, mala madre, y de las implicancias de serlo desde un centro penitenciario. Si bien todas las mujeres entrevistadas son madres, se diferencian entre ellas por el ciclo vital en que se encuentran sus hijos. Pues hay mujeres con

hijos adultos independientes, y con nietos, pero también hay madres con hijos adolescentes y nietos. Dicha diferencia de edad genera que la preocupación de la madre hacia los hijos o hijas cambie según el ciclo vital en que se encuentran ellos, llegando muchas veces a estar más preocupadas por el bienestar de los nietos que por los mismos hijos, ya que muchos de ellos ya son autosuficientes. Conforme a esto es que existen diferentes modos de vincularse con sus hijos dependiendo de la edad que tengan, presentando mayor distancia emocional con los hijos que ya son independientes económicamente, y se centran este caso mucho más en la solvencia económica para responder al cuidado de los nietos que están a su cargo. Como consecuencia, una de las entrevistadas señala que muchos de los nietos buscaban aprovecharse de esto sosteniendo una relación con ella sólo por medio del dinero que ella les daba.

El cuidado de los hijos e hijas se encuentra a cargo de diferentes personas. En la mayoría de los casos, son los familiares biológicos de la madre (padres biológicos de la entrevistada o alguna hermana); el padre de los hijos o algún familiar de él, como la suegra o la cuñada. Suelen ser figuras femeninas las que se hacen cargo de los cuidados de los niños, mientras ellas permanecen en prisión.

Algunos hijos, al ser adultos, son autónomos y autovalentes; algunas madres tienen hijos privados de libertad (o todos, como es el caso de una de las entrevistadas). Los hijos de una entrevistada se encuentran en una residencia de niños, niñas y adolescentes (NNA), por cuidados negligentes. Cabe destacar que, en algunos de los casos, los hijos ya se encontraban bajo el cuidado de otra persona, incluso antes del ingreso de la madre al centro penitenciario. Con respecto a la satisfacción de ese cuidado a manos de otro, si bien no es muy abarcado a lo largo de las entrevistas, algunas de las madres reportan que se dan cuenta de que sus hijos están siendo criados de una manera distinta a como lo harían ellas. Una de las entrevistadas señala que tiene diferencias con su mamá, ella cree que no le hace caso a las órdenes que da para la crianza de sus hijos (E11).

En cuanto a las visitas, diez de ellas mencionan tener deseos de reunirse con sus hijos y/o familiares, sin embargo, tres prefieren mantener a sus hijos alejados de las visitas por el impacto que podría generarles ver a su madre en el centro pe-

nitenciario. De las once que desean visitas, sólo ocho de ellas efectivamente las reciben, en su mayoría semanales, de parte de sus hijos o nietos. Además, mencionan que les gustaría que las visitas fueran menos engorrosas y burocráticas, y que conllevaran menos revisión, pues implica muchas trabas, y a veces, puede ser denigrante para los que vayan a visitarlos, pues deben desvestirse y ser registradas por personal de Gendarmería.

En relación a lo que desearían cambiar del régimen penal, siete de las entrevistadas mencionan que **les gustaría contar con más visitas, y con visitas más largas y flexibles**; incluso una considera que le gustaría contar con un día entero de visita (E1). Por otra parte, seis consideran que las visitas se deben dar en un espacio en el cual se pueda compartir con la familia en un clima de confianza que fomente los vínculos.

En lo relativo a la vivencia subjetiva de la maternidad, seis de las entrevistadas entienden el ser madre como lo mejor que les ha pasado, y dicen que sus hijos lo son todo para ellas. Sin embargo, algunas entrevistadas también mencionan cómo el ser madre implica una responsabilidad, o una carga, como lo son los casos en los que alguno de los hijos tiene alguna discapacidad. Para una de las entrevistadas, ser madre implica una pérdida de libertad (E11).

Ser buena madre significa estar preocupada y acompañar a los hijos, valorarlos, y darles todo lo que necesiten, todo lo que uno puede dar, es ser *“una mujer que le pueda entregar educación y un sustento económico y apoyo a sus hijos”* (E10). De hecho, al momento de ser detenidas, la mayoría de las entrevistadas mantenían económicamente a sus hijos y/o nietos. Algunas de las madres reconocen entre sus motivaciones del acto delictivo, el deseo de mantener a sus hijos y darles lo que necesitaban: *“Gracias a mi crimen, mis hijos han podido salir adelante”* (E10). Hay incluso una entrevistada que se encuentra privada de libertad por haberse incriminado para proteger a sus hijos y nietos. A pesar de que la mayoría considera que el delito que hicieron fue un mal ejemplo para sus hijos, o bien, implicó la ruptura de la familia, se reconocen como buenas madres, pues todo lo que hicieron siempre fue un medio para darles una mejor vida a sus hijos. De hecho, una de las entrevistadas señala que para ella una mala madre es una que *“ingresa al tráfico, sin pensar en los hijos”* (E12). Otra característica

interesante de ser mala madre mencionada por un par de entrevistadas, es el dejar a los hijos por un hombre, o preocuparse más por la pareja que por los hijos, lo que señala que para las internas el apoyo económico y/o social es fundamental para ser buena madre.

Ser buena madre no sólo basta con mostrar preocupación y cariño, sino también recibir ese afecto por parte de sus hijos: *“Ser buena madre es tener hijos que sean apegados a uno y que sean preocupados por ella”* (E4). Asimismo, ser buena madre en un centro de reclusión se relaciona, en la gran mayoría de las entrevistadas, con mantener buena conducta y con hablar con sus hijos por teléfono con frecuencia (la mayoría, con frecuencia diaria). Una de ellas dice gastar alrededor de diez mil pesos diarios en el teléfono público para hablar con sus hijos. Otra señala tener un teléfono celular dentro del recinto penal, donde habla por video llamada con sus hijos e hijas. Son varias las entrevistadas que dan cuenta de contar con un teléfono celular, a pesar de que la normativa del centro penitenciario no lo permite. De esta manera, el rol del teléfono o el celular es fundamental para vincularse con sus hijos y hacerse parte de la vida de ellos.

Es importante resaltar que, para una de las internas, la maternidad en el centro penitenciario opera como *“todo el motor de su vida”* (E11), una fuente de fortaleza y una motivación para tener buena conducta y salir antes. Mientras que otras indican trabajar dentro del centro penitenciario para enviar dinero a sus hijas (E14). Lo cual demuestra la ferviente fuerza que trae para algunas madres darles una buena calidad de vida a sus hijos. Sin embargo, una de ella asevera que *“algunas se acuerdan de que son madres sólo cuando están acá adentro”* (E13).

En cuanto a lo negativo de la maternidad privada de libertad, las mujeres entrevistadas reconocen la impotencia de estar lejos, de no poder hacer nada por ellos, de no verlos crecer, de perderse eventos significativos y de hacerle falta a sus hijos. Una de las entrevistadas que tiene a sus hijos e hijas viviendo en el extranjero les envía confecciones de lana, siendo esta su manera de sostener un vínculo con ellos.

Por último, ninguna de las entrevistadas expresó tener una opinión con respecto a políticas públicas relacionadas con maternidad en

prisión. Sin embargo, mencionaron aspectos acerca de normas o situaciones que les gustaría que cambiaran como las ya mencionadas con respecto a las visitas. Otro aspecto que relevan se refiere a que los programas ofrecidos cuentan con pocos cupos y muchos requisitos, y que el horario de encierro es demasiado temprano. Agregaron, además, que el ingreso o no a programas o talleres depende de la consejería de un tutor y no de ellas mismas.

Resultados entrevistas con profesionales

Se entrevistaron a dos profesionales que trabajan de forma directa con las mujeres que se encuentran privadas de libertad en el CPF. Una de ellas es trabajadora social y la otra es psicóloga, ambas con una larga trayectoria de trabajo con este tipo de población. La finalidad de las entrevistas era conocer y profundizar las áreas que ellas trabajan, cómo se desarrolla la percepción de ellas respecto a la historia de vida de las mujeres privadas de libertad, y cómo perciben que se desenvuelve la maternidad en los centros privados de libertad. Además, se indaga sobre cómo la maternidad es manejada por las políticas públicas y la respectiva opinión de las profesionales acerca de estas políticas.

2.1. *Apreciación de las profesionales sobre la maternidad:*

Ambas profesionales aseguran que no existe un consenso respecto de cómo las internas llevan su maternidad, consideran que la falta de apego que vivieron durante la primera infancia y la violencia sufrida puede volver a replicarse en sus hijos, como también puede ser un incentivo para dejar de manifestar estas conductas. No obstante, ellas enfatizan que las conductas aparentemente positivas, muchas veces son “caretas” (P2) que ocupan como instrumento para obtener beneficios dentro del recinto penitenciario. A esto, se incorpora también que muchas de las madres privadas de libertad no cuentan con límites corporales *“Las internas suelen manifestar conductas sexuales como agarrarse a besos o manosearse frente a los niños”* (P2). Además, enseñan a sus hijos a una corta edad a involucrarse en el círculo delictivo. *“Incluso en una oportunidad las internas quebraron un vaso e intentaron apuñalarse con sus hijos presentes”* (P1). A pesar de este comportamiento, las profesionales argumentan que se

pueden lograr los cambios de comportamiento a través de talleres, aumento de asignación de recursos, y aumento de profesionales que permitan hacer un acompañamiento individual, condiciones necesarias para impulsar la transformación del comportamiento y la vinculación de la madre privada de libertad con sus hijos. Asimismo, las profesionales consideran que el hecho de que ellas mismas tengan hijos, genera una especie de cercanía a la vivencia de las mujeres-madres del CPF, comprendiendo de este modo que las profesionales también buscan generar transformaciones desde un paradigma de la reeducación.

2.2. *Apreciación que los profesionales tienen sobre espacio físico:*

Las profesionales tienen una apreciación negativa respecto al espacio físico en que viven las mujeres su maternidad, en la sección de maternidad del CPF. Las profesionales consideran que las instalaciones no cumplen con los espacios adecuados para realizar una intervención cercana con las mujeres, dado que las madres comparten piezas y hay un mal acondicionamiento de la temperatura para los niños más pequeños.

2.3. *Apreciación de los profesionales sobre políticas públicas:*

Se indaga sobre si las profesionales consideran que la implementación de éstas al interior del CPF dan una respuesta acorde a las necesidades de las mujeres privadas de libertad.

En el contexto nacional actual, las políticas se complementan fuertemente con talleres e incentivos religiosos, que buscan formación moral de las mujeres. A pesar de ello, las profesionales logran rescatar dos programas: Creciendo Juntos y Conozca a su Hijo, los cuales, a pesar de no realizar grandes cambios en la mentalidad de las madres, se centran fundamentalmente en fortalecer el vínculo madre-hijo. Ante esto, surgen bastantes críticas respecto a la implementación de las políticas públicas en este ámbito, pues a pesar de que las políticas se ajustaban a las convenciones internacionales, éstas no son más que respuestas “parches” a los vínculos madre-hijo. Puede ser un problema que proviene tanto desde la imprecisión de las normativas internacionales, como de una mala aplicación de las propuestas a nivel práctico.

Resultados Revisión de Documentos: Políticas Públicas

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2017) en su **política de reinserción** contempla dentro de su ámbito de acción, la protección a la maternidad y de niños, niñas y adolescentes (NNA). Dentro de ella, se menciona al **Programa Creciendo Juntos** (DIPRES, 2017) que entrega habilidades parentales, y la creación de un vínculo entre madre e hija/o que pretende disminuir el riesgo de reincidencia delictual desde el ámbito familiar. La cobertura de este programa corresponde al 1,1% de la población objetivo, atendiendo a 160 personas en total. Sin embargo, a pesar de la baja cobertura, es importante mencionar que el 100% de los beneficiarios de este programa mejoraron sus habilidades parentales.

Por otro lado, el **Programa “Conozca a su hijo”** entrega estrategias educativas a madres con niños, para el ejercicio de una parentalidad positiva y el derecho a la educación de los niños. Este programa depende de la Junta Nacional de Jardines Infantiles. A pesar de no estar destinado a las internas, ellas sí podrían acceder a este programa (Ministerio de Desarrollo Social, 2017; UNICEF, 2012). Otro programa es **“Abriendo Caminos”**, que se enfoca en el acompañamiento y orientación familiar para personas privadas de libertad, así como también en mejorar las condiciones de vida de los menores de 18 años (Chile Seguridades y Oportunidades, 2018, UNICEF, 2012).

Además de los programas mencionados, también existen Organizaciones no-gubernamentales (ONG) que se enfocan en mejorar la calidad de vida de las madres privadas de libertad. Entre ellas, destaca la ONG **En Marcha**, que cuenta con un programa llamado “Encarcelados en Libertad”, el cual busca visibilizar el impacto que tiene en la vida de los niños, niñas y jóvenes, la privación de libertad de un familiar significativo. Para esto, facilita la relación madre/padre e hija/o realizando talleres que favorezcan la creación de un sano vínculo (ENMARCHA, 2018). A partir de estos resultados se observa la presencia de acciones concretas que buscan mejorar la relación madre-hijo, pero dadas las necesidades actuales de la población fémina recluida, estas prácticas resultan todavía ser insuficientes en la mirada de las profesionales participantes de este estudio.

Análisis de Resultados

En relación con la **dimensión historia de vida**, respecto al **ámbito familiar**, es importante detallar que las mujeres privadas de libertad vivenciaron una infancia y adolescencia en una familia nuclear o extensa, las que se encuentran vinculadas especialmente por lazos de consanguinidad, relaciones que las mujeres detallan buenas, pero que se encuentran implícitamente marcadas por episodios de maltrato o violencia física, psicológica y/o emocional. Esto también se evidencia en el relato de los profesionales que observan diariamente a las mujeres privadas de libertad, quienes indican que ellas manifiestan actitudes deficientes en apego y relaciones basadas en el maltrato. También se destaca la influencia de familiares consumidores de drogas y alcohol, pues las entrevistadas detallan la existencia de consumo problemático con diversas sustancias; consumo que se vuelve una forma de interacción familiar, generada por límites difusos, permisivos y desapegados (Forselledo y Sbárbaro, 1994).

Las influencias de estos elementos en la historia de vida de la mujer y su conducta delictiva, es atribuible a la presencia de violencia y paternidad negativa, cuyas relaciones, a pesar de ser descritas como “buenas”, se encuentran marcadas por la desconfianza (Martínez, Carabaza y Hernández, 2008; Safranoff y Tiravassi, 2018; Abaunza, Paredes, Mendoza y Bustos, 2016). Esto se relaciona con el estudio realizado por Safranoff y Tiravassi (2018), pues ellos detallan que en un hogar con presencia de violencia familiar son más proclives a realizar delitos y reincidir.

En la dimensión sobre **aspectos sociales y dimensión de género**, es posible observar que de las mujeres que tenían problemas graves con las drogas, su consumo comienza principalmente entre los 13 y 15 años de edad, cifra que comparte la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2013). Conforme a lo anterior, para Maturana (2011), la deserción escolar guardaría una estrecha relación con el consumo/no consumo de drogas, lo que coincide además con la edad de inicio de conducta delictiva.

Los malos tratos y las violencias que las mujeres madres sufrían por parte de sus exparejas, o figuras masculinas de su entorno familiar, es similar a lo expresado por Vargas (2017) en donde la violencia no sólo afecta al bienestar de las mujeres sino también al de su familia y perso-

nas cercanas, repercutiendo a nivel emocional, físico y social en la calidad de vida y salud de la mujer. Además, puede ser causante de la aparición de problemas en la salud mental, y consumo de drogas y alcohol.

La presencia de la violencia en la vida cotidiana de las mujeres es claramente visualizada en sus relatos. Sin embargo, ellas presentan dificultad para identificarla, tendiendo a naturalizar la presencia de ésta. Esto último resulta importante de ser trabajado con las internas de modo de reducir la incidencia del comportamiento violento en ellas y en su grupo familiar. Actualmente, Chile cuenta con oferta programática (como Creciendo Juntos) para fortalecer el vínculo entre la madre y el hijo o hija, y también para desarrollar habilidades respecto al vínculo. Sin embargo, a pesar de lo descrito, estos programas cuentan con una baja cobertura, y sólo están orientados en potenciar la relación madre e hijo o hija, sin considerar los aspectos de tratamiento y reconocimiento de vulneración de la historia de vida de la madre. Esta crítica también es apoyada por los profesionales, pues detallan que es importante generar más espacios de tratamiento directo hacia las vivencias de la mujer, las que se ven marcadas por vulneraciones.

Con respecto a la **dimensión social, económica y de motivaciones**, las mujeres madres privadas de libertad, manifiestan que han ingresado al mundo delictivo voluntariamente, y que traficar es por la facilidad de obtener dinero rápido. La decisión de delinquir busca satisfacer gastos propios, fundamentalmente de sus hijos y nietos o familiares a cargo. Según García (2014), algunas de las causantes de involucramiento en el tráfico de drogas son la pobreza y la exclusión social. Conforme a esto, la participación de las mujeres en este tipo de delito es conciente ya que lo visualiza como tal, así como la ganancia económica que recibirá por el acto (Giacamello, 2013). Este aspecto queda aún más en evidencia al observar los niveles educacionales bajos y el acceso de remuneraciones precarias, asociados a la ausencia de figura masculina en donde ellas son las jefas de hogar. En concordancia con el estudio de Giacamello (2013), aquí es posible observar que existe una feminización de la pobreza que se manifiesta en los más pobres, donde además ellas son las responsables de sus hijos o

hijas. Esto genera que a nivel latinoamericano las mujeres madres y jefas de hogar ingresen al negocio de drogas sólo para poder cubrir sus necesidades y la de las personas a su cuidado.

Finalmente, respecto a la **dimensión de maternidad**, existe una diferencia entre las madres que tienen hijos infantes, con aquellas que tienen hijos o hijas adolescentes, o adultos independientes. Esta misma situación evidencia el estudio de Córdaz et al. (2015), quien detalla que la separación de la madre con el hijo cambia según la edad del niño. Este estudio señala que mientras más pequeño en edad, mayor es el efecto de alejamiento, pues el vínculo de apego no se forma hasta los primeros años de vida del niño, donde ellos son capaces de conversar y generar representaciones de sus cuidadores. A pesar de esto, según el autor, el apego no se consolida hasta que el hijo o hija tiene entre 18 y 24 años de edad.

Respecto a la **vivencia de la maternidad**, existe una asociación a una experiencia positiva en sus vidas, pero que implica responsabilidades. La concepción que entregan acerca de la maternidad respecto del “ser buena madre”, es a través de cubrir sus necesidades, de acompañar y preocuparse de las situaciones de la vida de sus hijos, y también la muestra de afecto que tienen sus hijos o hijas hacia ellas. Esto hace que las mujeres no visualicen el microtráfico como algo “malo” o negativo que influenciará en la vida de sus hijos. Ante este punto, se aprecia en el estudio que las mujeres al hablar de maternidad o de su rol en la familia comprenden un espacio de emotividades, que incluso desde la cárcel se ve marcado por continuar con la preocupación del cuidado de sus hijos (León, 2008).

Las madres privadas de libertad consideran importante contar con espacios de recreación con sus hijos o hijas, señalando que es importante que éstas tengan una mayor duración temporal. Lo descrito queda en concordancia a través del estudio de Sepúlveda, Tobar y Pedraza (2009), el cual comprende que el rol materno en mujeres privadas de libertad se obstaculiza por el distanciamiento físico que provoca la separación, sin embargo, ellas buscan instancias de poder ejercer cierto control en el proceso de desarrollo de sus hijos o hijas. Esto es aseverado por los profesionales entrevistados, quienes detallan que las instalaciones del centro penitenciario no permiten establecer relaciones o intervenciones acor-

de a las necesidades de las madres. Sin embargo, la oferta programática entregada por el Estado chileno no cubre estos aspectos, y tampoco se consideran futuros trabajos respecto a fortalecer espacios más idóneos para el compartir entre la madre y el hijo o hija.

En este mismo sentido, al analizar la documentación atinente a la política pública, especialmente a la oferta programática disponible, se percibe la falta de evaluaciones a dichos programas. Estas evaluaciones son importantes para mejorar las prestaciones. A pesar de esta limitación, durante el periodo de entrevistas se pudo constatar que varias mujeres participaban gustosamente en talleres de agrupaciones religiosas, mientras que una especificó que participa en un programa cristiano que trabaja el vínculo madre/hijo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La maternidad carcelaria, tal como se ha demostrado a lo largo del presente estudio, es relevante en la realidad de nuestro país. Para abordarlo, se ha optado por describir las vivencias de la maternidad desde diferentes dimensiones, tanto por parte de profesionales como de las mismas madres. Las dimensiones analizadas implican, a su vez, cierta apertura a futuras proyecciones de estudio e investigación, y propuestas relevantes para abordar este problema social.

Destaca el hecho de la naturalización de la violencia entre las mujeres privadas de libertad, pues a pesar de la presencia reconocida de violencia intrafamiliar en su historia, ellas insisten en la existencia de buenas relaciones con sus padres y madres. En ese sentido, resultaría interesante profundizar en dicho fenómeno de normalización de la violencia, y los mecanismos mediante los cuales opera, entendiéndose además el efecto que tiene sobre la construcción de la propia maternidad.

El presente estudio se caracterizó por una serie de limitaciones, relacionadas principalmente con el acceso a la muestra. Debido a temas administrativos y burocráticos, la producción de la información, es decir, la realización de las entrevistas, se debió desarrollar en un período poco extendido de tiempo. Otras de las limitaciones de este estudio es el tamaño muestral, el cual no permite generalizar los resultados. No obstante, este estudio colabora en dar luces a futuras investigaciones al poder visualizar las necesidades

y vivencias de las madres privadas de libertad. A continuación se plantea una serie de propuestas que se fundamentan en base a problemas que se han evidenciado durante esta investigación, con el fin de que aquellas puedan ser estudiadas y trabajadas para mejorar la calidad de vida de las mujeres privadas de libertad y de sus familias.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA MATERNIDAD AL INTERIOR DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS CHILENOS

1. Acceso a un teléfono celular regulado sin costo para las madres

El año 2018 se aprobó en Chile un proyecto de ley que busca bloquear la señal de los teléfonos celulares desde los centros penitenciarios, con el fin de evitar estafas telefónicas que son realizadas desde los recintos. Aunque si bien este proyecto de ley se encuentra aprobado, aún no se ha podido implementar (Salas, 2018). El CPF Santiago cuenta con un teléfono público, sin embargo, este es de un alto costo y no cuenta con video-llamadas. El alto costo de las llamadas limita que las madres puedan en forma cotidiana comunicarse con sus hijos o cuidadoras. Ante esto, nuestra propuesta consiste en que se permita un uso regulado del teléfono celular dentro de los centros penitenciarios femeninos, con el fin de que las madres puedan mantener un contacto telefónico personal con sus hijos y familiares, al mismo tiempo que se previene el tráfico de celulares al interior del recinto y con ello las sanciones de las madres que restringen las visitas con sus hijos. Para regular el uso de los teléfonos celulares se podría dar acceso a las madres para que mantengan llamadas y/o video-llamadas sólo con ciertos números de teléfono, y horarios restringidos con el fin de evitar las estafas telefónicas sobre las cuales se está legislando actualmente. Las video-llamadas son una forma de vincularse con sus hijos especialmente cuando ellos son infantes, donde el medio de comunicación se limita por el desarrollo del lenguaje de los niños. Las video-llamadas les permiten participar de eventos relevantes de sus hijos como graduaciones o premiaciones o actividades familiares propias de la cotidianidad.

2. Generar instancias de visitas más amenas y en espacio amables

Gendarmería, dentro de su protocolo de visitas, no cuenta con un procedimiento diferenciado para niños de entre 12 y 17 años, sometiéndolos a registros corporales igual que a los adultos (Centro de Políticas Públicas UC, 2017). En este sentido, uno de los lineamientos que estableció el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2017) en su plan de políticas públicas para la reinserción, es que se trabajará para que los menores de edad tengan una mejor instancia de visitas. Dentro de este lineamiento, proponemos que exista un espacio especialmente diseñado para que las madres puedan relacionarse con sus hijos o hijas, que sea un espacio diferente al de las visitas tradicionales. También creemos relevante que reciban un apoyo psicosocial, con el fin de que puedan mejorar sus habilidades dinámicas, relacionales y de apego con sus hijos. Esta instancia debería tener un horario flexible y no establecido rígidamente, pues suele suceder que quienes están a cargo de los hijos en el exterior tienen un trabajo que no les permite ir con los hijos en horario de visitas. Uno de los efectos observados en los hijos de internos e internas, es que a muy temprana edad se comienzan a familiarizar con el entorno de la prisión, naturalizando ciertas prácticas y el contexto propios de centros privativos de libertad. Este aspecto puede ser negativo en ellos, por lo que se observa necesario generar entornos que no tengan la connotación de un régimen carcelario. La revisión corporal suele ser una forma denigrante para las visitas, en circunstancias que estas personas e incluso niños no son los que han sido condenados por un delito. Es por ello que en países desarrollados se ha implementado infraestructura con tecnología avanzada que reduce y resguarda a las visitas de estas prácticas, al mismo tiempo que se controla significativamente el ingreso de sustancias o artefactos prohibidos.

3. Que las madres puedan salir a eventos significativos

El único contexto en el que pueden interactuar las madres con sus hijos o hijas es en los centros penitenciarios, por lo cual ellas no pueden estar presentes en eventos que son realizados en el exterior, tales como bautizos, cumpleaños, juntas familiares, etc. Cuando las madres están privadas de libertad, sus hijos no pueden contar con su presencia en eventos que puedan

ser significativos para ellos. Ante esto, nuestra propuesta es que se implemente un sistema en el que las madres puedan ser trasladadas a recintos específicos en los que se realicen eventos que sean significativos para ellas y para sus hijos, siendo monitoreadas conforme a la seguridad requerida para cada caso.

Creemos que se debería evaluar la posibilidad de implementar el uso de estas tecnologías para permitir que las madres puedan acudir a eventos familiares con sus hijos, de manera que a la vez exista un sistema de monitoreo seguro y no invasivo.

4. Oferta programática enfocada en la reparación de daños y salud mental en la madre, y del vínculo con sus hijos

En las políticas públicas de reinserción del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2017), se señala que se está implementando a largo plazo un comité asesor interinstitucional que se encargue de brindar apoyo a las personas privadas de libertad. De momento, este es un proyecto a largo plazo, que se irá implementando progresivamente. Nuestra propuesta es que este comité considere, dentro de los servicios que se ofrezcan a las madres que se reinsertan a la sociedad, la reparación de daños producto del encierro y de la lejanía con sus hijos.

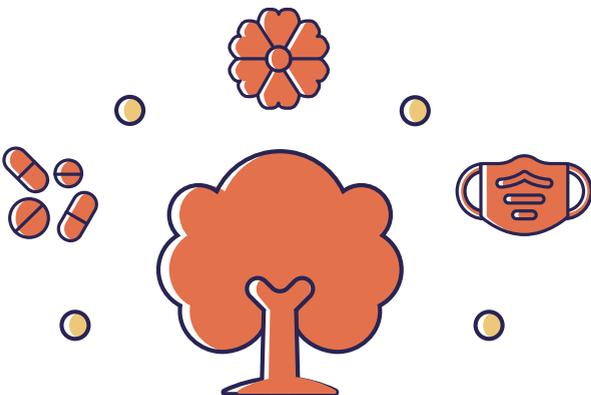
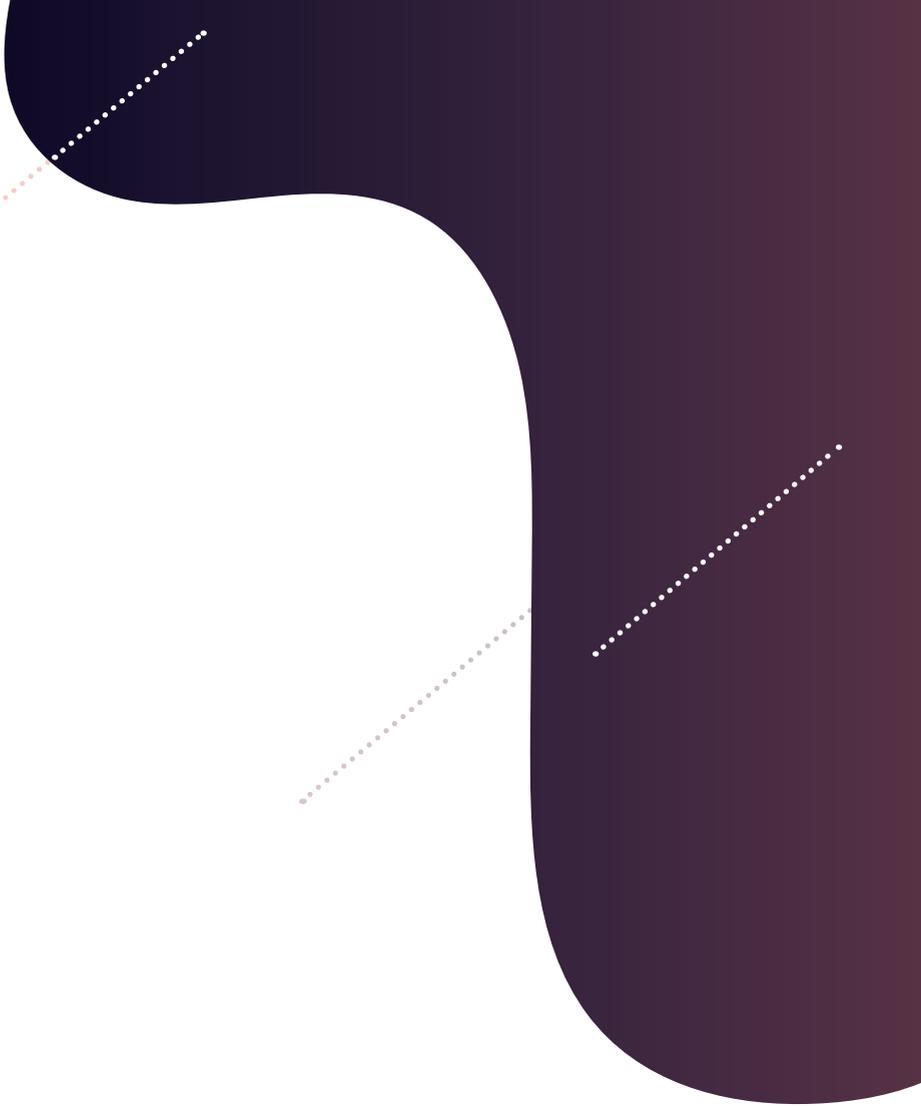
5. Continuidad de este estudio

Creemos relevante que se sigan estudiando las vivencias de la maternidad en los centros penitenciarios chilenos, pues este estudio solo se limitó a un grupo específico de madres en el CPF Santiago. Seguir estudiando estas vivencias es relevante para analizar qué tipo de necesidades tienen las mujeres en cada centro penitenciario femenino del país, para que así la implementación de las políticas públicas pueda responder de manera atinente a sus necesidades y realidades en relación a sus hijos e hijas.

AGRADECIMIENTOS

El equipo agradece a Claudia Reyes, profesora guía de la investigación; a Gendarmería de Chile y profesionales del CPF; y especialmente a todas las madres que nos dejaron escuchar y, a través de su relato, aproximarnos a sus concepciones y vivencias de la maternidad en la cárcel.





CAPÍTULO 8:

Presencia de arbolado alérgico en áreas verdes de la Región Metropolitana: ¿un mal evitable?

Profesores:

Gloria Montenegro, Agronomía e Ing. Forestal
Miguel Gómez, Agronomía e Ing. Forestal

Ayudante:

Lisette Grimau

Estudiantes:

Patricia Alfaro, Agronomía e Ing. Forestal
Paula Bravo, Agronomía e Ing. Forestal
Javiera Carrillo, Enfermería
María Jesús Leighton, Agronomía e Ing. Forestal
Juan Sutil, Instituto de Física
María José Tapia, Agronomía e Ing. Forestal

RESUMEN

Las áreas verdes cumplen una función ambiental y ornamental, principalmente contribuyendo a la calidad de vida de los habitantes de las ciudades. Chile no posee una identidad paisajística definida con respecto a la selección de las especies que se utilizan para la plantación de árboles en espacios públicos. Por esta razón, existe una tendencia marcada a utilizar variedades ornamentales exóticas que en ocasiones generan más problemas de los que se buscan solucionar, entorpeciendo la vida cotidiana y el bienestar de una parte importante de la población humana. Esta investigación identifica y describe las especies arbóreas presentes en la Región Metropolitana que causan alergia debido al polen producido en el proceso de reproducción vegetal. Además, expone las actuales políticas, legislación y planes de regulación que poseen las diferentes municipalidades de la Región Metropolitana, con respecto a la gestión del arbolado urbano en las respectivas comunas. Para ello, se realizó un catastro del arbolado presente en algunos parques y avenidas del Gran Santiago, seleccionados sobre la base de la densidad de tránsito peatonal y extensión, entre otros parámetros. Mediante la aplicación de una encuesta se pudo revelar la opinión que sobre este tema posee parte de la población afectada por alergia al polen. Finalmente, se entrega una propuesta de política pública que apunta a gestionar la problemática de calidad de vida asociada al arbolado urbano de manera beneficiosa para la comunidad, por medio del reemplazo paulatino de las especies alergénicas por especies nativas de menor impacto en la salud de la población.

INTRODUCCIÓN

“Solo el ambiente natural suscita el asombro y la fascinación que cada ser humano reclama en su vida; la conexión resultante, que puede adoptar la forma de un compromiso visceral, moviliza un significado y una experiencia que ninguna otra mercancía o fenómeno puede proporcionar” (Beatley, 2011). Con esta frase, Beatley expone la importancia de las áreas verdes en la calidad de vida de una población. Diversos estudios indican que la exposición a la naturaleza conlleva a mejoras importantes en varios ámbitos de carácter social: la conciencia ambiental o ecológica, el enraizamiento de la comunidad, la construcción de identidad sociocultural y el sentimiento de seguridad, además de beneficios para la salud mental y física de los ciudadanos (González, 2018). Sin embargo, son evidentes los problemas relacionados a las alergias que desatan ciertas especies en los espacios urbanos, siendo en la mayoría de los casos, variedades introducidas, como por ejemplo el plátano oriental, especie responsable de aproximadamente un 62% del polen suspendido en el aire de Santiago (Toro et al., 2015). Para quienes padecen de alergias respiratorias, esta situación se transforma en un problema no sólo social y/o laboral, sino que también económico (Munuera et al., 2017). Por lo tanto, en estos casos el arbolado urbano alergénico se vuelve un obstáculo para la convivencia entre la persona y su entorno.

Según la Organización Mundial de Alergias (World Allergy Organization [WAO]), entre un 30 y un 40% de la población mundial se ve afectada por una o más enfermedades alérgicas. En Chile, aproximadamente un 20% de los habitantes sufren de rinoconjuntivitis alérgica, y entre las causas más frecuentes de esta enfermedad predomina el polen por sobre otras. Dentro de esta proporción existe un 35% de individuos que presentan alergia al polen del plátano oriental (Bahamonde, 2014; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2011). La principal medida de mitigación es evitar las actividades al aire libre en donde se expongan al contacto con alérgenos, lo cual debería ocurrir al menos durante 65 días al año, en los cuales, existe una alta concentración de polen en el aire en la Región Metropolitana. (Toro et al., 2015).

Por lo tanto, el poder registrar y ratificar la presencia de especies alergénicas en parques y avenidas principales de Santiago, facilitará identificar las áreas de mayor densidad de este tipo de especies, con el fin último de elaborar una propuesta de política pública que permita el reemplazo paulatino de las especies alergénicas por especies nativas de menor impacto en la población.

Efectos de las especies alergénicas en la salud de la población

De acuerdo a la WAO, la alergia corresponde a una reacción caracterizada por una alta sensibilidad desencadenada por mecanismos inmunológicos y mediada por anticuerpos. Esta reacción comienza con la sensibilización, en la cual, ante la presencia del alérgeno, se activa un grupo especial de linfocitos que producen anticuerpos específicos (Zubeldia, 2011). Si la persona tiene contacto nuevamente con la sustancia, entonces se produce una reacción inflamatoria de las conjuntivas de los ojos, la mucosa nasal y la vía respiratoria en general (Terán et al., 2009). De esta manera, se generan los síntomas de la rinitis: estornudos, prurito y congestión nasal; de la conjuntivitis: lagrimeo, prurito ocular y ardor, y otros síntomas respiratorios de vías bajas: asma y tos (Zubeldia, 2011).

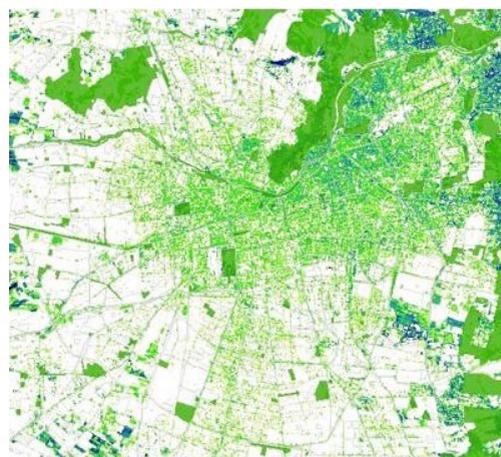
La rinitis puede ser permanente o estacional. Esta última es generada por la polinosis: trastorno que se produce por los granos de polen de tamaño pequeño, suspendidos y transportados por el aire. Se presenta comúnmente durante la primavera, debido a que la floración de las plantas se concentra en esta estación del año (Benedetti et al., 2013). Si bien no se considera una reacción de gran riesgo, afecta el desarrollo de la vida diaria de una persona, produciendo problemas al dormir y dificultad en tareas que requieren concentración, generando una disminución en el rendimiento estudiantil y/o laboral (Rodríguez, 2000).

El uso de fármacos para aliviar el malestar de la inflamación afecta el presupuesto familiar. En Chile se utilizan 1,4 medicamentos *per capita* y entre los fármacos más consumidos, los antihistamínicos para uso sistémico ocupan la décimo segunda posición (CENAFAR, 2012).

Políticas públicas existentes en Chile

La existencia de una responsabilidad en cuanto a la gestión, creación y manejo del arbolado urbano en Chile es reciente, siendo en estos últimos 10 años un tema importante en distintos programas de gobierno y también en proyectos legislativos. Actualmente, cualquier extensión de terreno con presencia de vegetación debe ser administrada por el municipio correspondiente, según el Artículo 25 de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, en donde se atribuye explícitamente la responsabilidad de velar por “la construcción, conservación y administración de las áreas verdes de la comuna a la unidad encargada de medio ambiente, aseo y ornato” (LOCM, 2006), lo que no sólo contempla las decisiones de cada plan de arborización, sino que también la administración del recurso económico disponible para llevarlo a cabo, siendo esto último, una de las causas que produce desigualdad en la proporción de áreas verdes por habitante, entre comunas de la Región Metropolitana y del resto del país (Figura 1).

Figura 1: Mapa de distribución arbórea en la ciudad de Santiago. Tonos oscuros de verde indican mayor cobertura.



Fuente: Hernández, 2018.

En este contexto, se han creado programas de gobierno con el objetivo de mitigar la contaminación y crear una mayor calidad de vida, por ejemplo, “Un chileno, un árbol” (2010), que tuvo como objetivo principal la plantación de 17 millones de árboles durante ocho años. Las especies seleccionadas fueron mayoritariamente nativas, como peumo y quillay (Green, 2011).

En 2014 este programa devino en “+ árboles para Chile”, en donde la CONAF junto al Ministerio de Agricultura y al Ministerio de Desarrollo Social, tienen como objetivo la habilitación de espacios de vegetación permanentes en el tiempo, para lo cual han entregado alrededor de 1.530.000 árboles y arbustos a la ciudadanía y a los municipios, 51% de los cuales corresponden a especies nativas, como toromiro, araucaria, palma chilena y belloto, dando especial énfasis a aquellas con problemas de conservación; el resto, corresponden a especies exóticas como pino Oregón y eucalipto, evitando utilizar plátano oriental, debido a los problemas de alergología que podrían producir. Los criterios utilizados en la selección de las especies fueron la distribución geográfica, la adaptación al medio, por ejemplo, algarrobo resistente a sequía, y el tamaño, por ejemplo, especies altas en zonas abiertas como belloto, quillay, peumo, o especies bajas en calles estrechas como mayu, chequén, alcaparra (Rodrigo Vargas, CONAF, comunicación personal, 16 de octubre de 2018).

La legislación chilena no regula las especies vegetales a utilizar en espacios públicos, ni tampoco los planes de arbolado urbano de cada comuna y municipio. Son estos últimos quienes tienen la total libertad para decidir. Sin embargo, durante estos últimos años, se ha tomado conciencia, por parte de los gobiernos, de la importancia de evitar la plantación de especies exóticas que causan problemas de salud, sustituyéndolas por especies inocuas e incluso por árboles nativos, permitiendo el regreso del bosque nativo a la ciudad (González, 2018).

Recientemente, se ha hablado de la “Ley Arbolito”, propuesta del Ministerio de Agricultura que plantea la importancia del cuidado del arbolado, principalmente urbano, proponiendo otorgar atribuciones a la CONAF como asesora de los municipios: “tenemos que conciliar el paisaje y la estética urbana con los árboles que mejor se adapten a la salud de las personas”

(Antonio Walker, entrevista EMOL, 24 de octubre de 2018).

Soluciones elegidas por algunas ciudades del mundo

Son escasos los antecedentes disponibles relacionados con manejo de arbolado urbano con respecto a la producción de polen y su efecto sobre la salud humana. Algunos municipios han tomado medidas para reducir la carga polínica en el aire y el efecto de la contaminación ambiental sobre el polen, apuntando a evitar el incremento de personas afectadas por alergias. En el Simposio Internacional de Aerobiología, Contaminación y Cambio Climático (SEAIC) realizado en Murcia, España en 2017 se han sugerido políticas prácticas para la descontaminación como: sustitución de sistemas de combustión en vehículos, modernización del transporte público, gestión correcta de desechos, promoción de medios de transporte alternativos, como el uso de bicicletas, en sectores de alta densidad de arbolado alérgico, para disminuir la alta afluencia de vehículos y así mejorar la calidad del aire. Además, estudios recientes en materia de aerobiología sugieren a las instituciones de salud y a todo individuo afectado por “alergias a la primavera”, conocer el calendario polínico de su ciudad, para así contar con una mejor preparación de los servicios de urgencia en periodos de riesgo (Terán et al., 2009).

En la ciudad de Aarhus, Dinamarca, se ha decidido evitar la plantación de abedules en espacios públicos, además de generar parques hipoalérgicos en los alrededores de la ciudad, reduciendo la carga polínica entre un 10 y un 30 % (British Broadcasting Corporation [BBC], 2015). El ayuntamiento de Alcobendas, España, en enero de 2016, ha aprobado la moción de sustituir progresivamente las especies alérgicas como el olivo, el fresno, el ciprés y el plátano oriental, por otras hipoalérgicas como el magnolio, el ciruelo, el espino y el naranjo, actualizando todos los años el catastro de especies plantadas y realizando podas específicas a las especies alérgicas para controlar su floración.

Estas ciudades entregan lineamientos básicos posibles de adoptar como medidas para enfrentar la problemática, tales como: la creación de parques y jardines hipoalérgicos, la implementación de protocolos de reemplazo para especies enfermas y/o en mal estado por

otras no alergénicas, la utilización de especies entomófilas que dispersan una menor cantidad de polen en el aire, o ejemplares femeninos, las podas programadas para controlar la floración y finalmente la creación y utilización de catastros que caracterizan el arbolado público de cada municipio, permitiendo así localizar los focos de más alta densidad de ejemplares.

El arbolado alergénico de Santiago

La polinización es el proceso mediante el cual el polen contenido en los estambres de una flor, es transportado al pistilo de otra flor de la misma especie, para su fecundación (Estay, 2012).

Existen diversas maneras de transporte de polen, siendo una de éstas la polinización anemófila, en donde el viento es el vector responsable de la transferencia polínica. Este tipo de polinización es la causa principal de reacciones alérgicas para una parte de la población, debido a que el polen viaja libremente hasta su objetivo. Las especies anemófilas producen grandes cantidades de polen, aumentando la probabilidad de llegar con éxito a su destino y, lamentablemente, también a nuestras vías respiratorias (Terán et al., 2009).

De acuerdo a la “Fundación de Aerobiología, Medioambiente y Salud” (FUNDAMAS), a través de su sitio web <http://www.polenes.cl> y a CONAF (Alvarado et al., 2013), las especies arbóreas alergénicas presentes en la Región Metropolitana son las siguientes (*Cuadro 1. calendario polínico*):

Álamo (*Populus spp.*):

Árboles de hoja caduca con ejemplares masculinos y femeninos, con ambos tipos de flores en amentos. La floración ocurre antes de la foliación a principios de la primavera (Alvarado et al., 2013). Presenta porcentajes de positividad a un extracto de varios alérgenos, aunque sin saber qué componentes de la mezcla son responsables del resultado positivo. Se sitúa en el sexto lugar en cuanto a su capacidad de sensibilización de acuerdo a un estudio hecho en España (Puiggros, 2012), aunque no se encuentra en la lista oficial de alérgenos de la Organización Mundial de la Salud (Benedetti et al., 2014).

Arce (*Acer spp.*):

Árboles caducos con flores pequeñas, amari-

llo-verdosas, primaverales dispuestas en racimos colgantes en árboles masculinos y femeninos (Hoffmann, 2010). A pesar de ser descrito como uno de los principales árboles alergénicos presentes en Chile, no se encontró información validatoria (Pla, 1958).

Abedul (*Betula pendula*):

Árbol caduco con flores masculinas y femeninas en el mismo individuo, ambas dispuestas en amentos cilíndricos formados durante el otoño. (Alvarado et al., 2013). El abedul es descrito como el polen alergénico más relevante, debido al elevado número de personas sensibilizadas, en primer lugar por el polen de abedul y en segundo lugar, a la existencia de reactividad cruzada entre las betuláceas (Pelta y Beitia, 2006).

Avellano europeo (*Corylus avellana*):

Árbol o arbusto caduco con flores masculinas en amentos y femeninas solitarias, dispuestas en un mismo individuo. La polinización ocurre en invierno y dura aproximadamente una semana (Ellena, 2010). La alergia producida por esta especie ha ido aumentando en el área mediterránea española, aunque más discretamente que las betuláceas (Alfaya et al., 2002).

Ciprés (*Cupressus spp.*):

Árboles siempreverdes, resinosos con hojas escamosas, conitos masculinos y femeninos apicales, estos últimos desarrollándose en conos globulares leñosos. Causan reacción alérgica en la población de forma muy dispar en las distintas regiones del mundo. Su polen además, presenta reacción cruzada, lo cual tiene consecuencias en la reacción alérgica de la población sensible (Mardones et al., 2011; Alfaya et al., 2002). La liberación de polen ocurre entre la segunda semana de agosto y la primera semana de septiembre. Es considerada potencialmente alergénica por la Organización Mundial de la Salud (Benedetti et al., 2014).

Olmo (*Ulmus spp.*):

Árboles caducos con flores hermafroditas agrupadas en racimos, que se desarrollan antes de la foliación (Hoffmann, 2010). Junto con el álamo, muestra porcentajes de positividad a un extracto de varios alérgenos, aunque sin determinar qué componentes de la mezcla son responsables del resultado positivo (Puiggros, 2012).

Plátano Oriental (*Platanus x hispanica*):

Árbol caduco con flores unisexuales en el mismo individuo (Alvarado et al., 2013). Se considera un híbrido entre dos especies: *Platanus orientalis* de origen eurasiático y una especie americana, *Platanus occidentalis*, aunque algunos lo consideran una variedad o especie cultivada de *Platanus orientalis*” (Alfaya et al., 2002). Existe gran disparidad en cuanto a la polinosis producida por esta especie. Diversos estudios publicados sobre la prevalencia de sensibilización a este polen la sitúan entre el 5% y el 59% (Alfaya et al., 2002).

Pino (*Pinus radiata*):

Árbol siempreverde con conos masculinos y femeninos en el mismo individuo, produce gran cantidad de polen en primavera con flujos prolongados en el tiempo (Alfaya et al., 2002). Algunos estudios revelan un porcentaje de sensibilización de sólo un 2%, lo cual es muy bajo en comparación a otras especies. Aunque en los últimos años se ha producido un aumento en su actividad alérgica, no es considerado un polen alérgico debido su gran peso y bajo contenido de proteínas (Gastaminza, 2003).

Roble negro (*Quercus nigra*):

Árbol siempreverde con flores masculinas y femeninas en el mismo individuo. El polen del roble es de baja alergenidad y generalmente los síntomas son producto de una reacción cruzada con el polen del abedul u otra fagácea (CECHSP, s.f.)

Acacio (*Robinia pseudoacacia*):

Árbol caduco, con flores hermafroditas en racimos axilares colgantes (Hoffmann, 2010) y floración a mediados de la primavera (Alvarado et al., 2013). La reacción alérgica que causa el polen de esta especie en la población susceptible, está demostrada con tests cutáneos (Loureiro et al., 2005; Martín et al., 2005). El polen de gran tamaño y la polinización entomófila se contradice con las características de un polen alérgico. Su incidencia alérgica es muy baja, pero potencial (Benedetti et al., 2014).

CATASTRO DE LA FLORA ARBÓREA ALERGÉNICA EN SANTIAGO

Con el fin de conocer la distribución y densidad de las especies arbóreas alérgicas en la Región Metropolitana, se realizaron catastros en parques y avenidas, escogidos principalmente por su extensión y afluencia de visitantes o peatones y por la disponibilidad de bibliografía relacionada con el tema.

Parque Araucano:

Ubicado en la comuna de Las Condes, con una extensión de 22 hectáreas y cerca de 700 mil visitantes por mes (Codoceo, 2012). Las especies alérgicas con mayor densidad son plátano oriental (120 individuos) y álamo (22 individuos) y su mayor concentración se focaliza en zonas con afluencia de menores y personas que realizan actividad física (Figura 2).

Cuadro 1: Calendario polínico de las principales especies arbóreas alérgicas de la zona central de Chile. La mayor concentración de carga polínica ocurre entre los meses de agosto y octubre.

		MESES							
Nombre común	Nombre Científico	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Álamo	<i>Populus spp.</i>								
Arce	<i>Acer spp.</i>								
Abedul	<i>Betula pendula</i>								
Ciprés	<i>Cupressus spp.</i>								
Olmo	<i>Ulmus spp.</i>								
Plátano oriental	<i>Platanus x hispanica</i>								
Pino	<i>Pinus radiata</i>								
Roble negro	<i>Quercus nigra</i>								
Acacio	<i>Robinia pseudoacacia</i>								

Fuente: adaptado de www.polenes.cl.

Figura 2: Distribución de las principales especies alergénicas en el Parque Araucano. Color verde indica la presencia de álamo y el amarillo, plátano oriental.



Parque Forestal:

Ubicado en la comuna de Santiago, posee cerca de 19 hectáreas, que se extienden desde el puente Pío Nono hasta el centro cultural Mapocho. Es uno de los parques más concurridos de la Región Metropolitana, debido a su ubicación, atractivos turísticos y cercanía al Museo de Bellas Artes y barrios típicos del centro de la ciudad (turismo STGO, s.f.). El plátano oriental (442 individuos) es la especie alergénica más frecuente y se distribuye en hileras por los bordes del parque (Figura 3).

Figura 3: Distribución del plátano oriental en el Parque Forestal (color amarillo).



Parque Quinta Normal:

Ubicado en la comuna de Santiago, es considerado uno de los parques más importantes a nivel nacional, por ser el primero de carácter público. Posee 36 hectáreas y se ubica entre las calles Santo Domingo por el norte y avenida Portales por el sur. Las tres especies más abundantes son consideradas alergénicas: plátano oriental, con 193 individuos, roble negro con 147 individuos y acacio con 125 individuos (Tomíic, 2012) (Figura 4).

Figura 4: Distribución de las principales especies alergénicas en el Parque Quinta Normal. Color amarillo indica la presencia de plátano oriental; rojo, acacio; azul, roble negro.



Parque Bicentenario:

Ubicado en la comuna de Vitacura, tiene una extensión de 27 hectáreas ubicadas entre el nudo Pérez Zújovic y la calle Isabel Montt. Recibe alrededor de 28.000 visitas al mes y su especie alergénica más frecuente corresponde al plátano oriental con 252 individuos dispuestos en hileras en la Avenida Monseñor Escrivá de Balaguer (Tomíic, 2012) (Figura 5).

Figura 5: Distribución del plátano oriental en el Parque Bicentenario (color amarillo).



Avenida Pedro de Valdivia:

Es una importante arteria vial, con una gran afluencia de vehículos y transeúntes, que recorre el sector oriente de la ciudad de Santiago. Se extiende por aproximadamente 8 kilómetros y atraviesa las comunas de Macul, Ñuñoa y Providencia. Domina en su arbolado el plátano oriental, adquiriendo, incluso, valor patrimonial en Providencia (Patricio Pastene, comunicación personal, 6 de septiembre de 2018).

En el tramo entre Av. Irrazával y Plaza de Pedro de Valdivia se contabilizaron 279 individuos, a lo largo de 1,7 km (Figura 6).

Figura 6: Distribución del plátano oriental en Av. Pedro de Valdivia (color amarillo).



Avenida Ricardo Lyon:

Tiene una extensión de 3,7 kilómetros desde Irrazával hasta avenida Providencia, abarcando las comunas de Ñuñoa y Providencia, posee gran afluencia de peatones y ciclistas. En su arbolado hay especies consideradas alergénicas, siendo el plátano oriental el más frecuente (487 individuos) (Figura 7).

Figura 7: Distribución del plátano oriental en Av. Ricardo Lyon (color amarillo).



LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Con el objetivo de complementar, corroborar, y ratificar la información recopilada, se realizó un levantamiento de datos mediante comunicación directa con organismos públicos y otros relacionados con la problemática planteada, y además, se autogestionó una encuesta con preguntas de selección única, múltiple y texto corto.

Organismos públicos:

Fue difícil obtener información de los municipios de la Región Metropolitana; la mayoría de ellos no contestaron los correos electrónicos enviados o carecieron de información relevante. De acuerdo a declaraciones realizadas por el Ministro de Agricultura “las municipalidades no tienen un inventario de sus árboles” en la Región Metropolitana y: “queremos que cada comuna tenga un inventario de sus árboles.” (Antonio Walker, Televisión Nacional de Chile: “Ministro de agricultura explica ley arbolito”, 24 de octubre de 2018).

A las municipalidades que se interesaron en la investigación (Providencia, Ñuñoa y San Miguel), se les consultó sobre la existencia de catastros de arbolado urbano, el reparo sobre especies arbóreas alergénicas en la ejecución de proyectos de forestación urbana y los criterios utilizados para la selección de árboles para parques, calles y avenidas.

La Municipalidad de Providencia posee censos georreferenciados del arbolado de calles, avenidas y pasajes de la comuna, con el número de individuos por especie, estado fitosanitario, madurez y tipo de afectación biótica por unidad vecinal y por comuna, además de la proporción de especies nativas (3%) y exóticas (97%) en la comuna, con el fin de identificar individuos a reemplazar, manejar plagas, enfermedades y podas y, al mismo tiempo, optimizar el uso del recurso hídrico. Se maneja también información sobre especies alergénicas y si bien se tiene conciencia del hecho de que un porcentaje menor de la población sufre de polinosis, particularmente relacionada con el plátano oriental, los beneficios que entregan estos árboles considerados un bien patrimonial en la comuna, sobrepasa con creces la externalidad negativa (P, Pastene. Comunicación Personal, 6 de Septiembre de 2018).

En los planes de arborización de la comuna, se respeta la especie predominante en el sector a reforestar, con algunas excepciones como *Acer negundo* y *Prunus cerasifera*. También se están privilegiando para la reforestación especies con muy buena respuesta a las condiciones ciudadanas, entre ellas: *Celtis australis*, *Jacaranda mimosifolia* y *Quillaja saponaria*. (P, Pastene. Comunicación Personal, 6 de Septiembre de 2018).

En la Municipalidad de Ñuñoa no existen protocolos de reforestación ni catastros de arbolado urbano, así como tampoco información respecto de especies alergénicas. Si bien existe la intención de reforestar con especies nativas, también se valida la opción de mantener la especie con mayor presencia en el área.

En la Municipalidad de San Miguel, el Departamento de Áreas Verdes y Arbolado Urbano, cuenta con la existencia de protocolos especiales para la reforestación de áreas verdes urbanas con criterios definidos y avalados por investigaciones. Algunos de los criterios son: efecto de la especie sobre la calidad de vida de las personas, requerimiento hídrico, origen de la especie, nativa o introducida (M, Rosales. Comunicación personal, 6 de noviembre de 2018).

ENCUESTA

Además del trabajo efectuado por comunicación directa con los municipios, se diseñó una encuesta con los siguientes objetivos principales:

- Validar la problemática planteada.
- Obtener información de parte de los afectados por polinosis.
- Complementar la información obtenida sobre el tema.
- Visualizar el problema desde la perspectiva ciudadana.

La encuesta, sostenida por medio de la plataforma “Google Forms”, consistió en 8 preguntas de fácil respuesta, por medio de selección única, múltiple y texto corto, mediante la cual se indagó la proporción de personas que padecen alergia al polen, los síntomas que sufren cuando se desencadena la reacción, los lugares en donde creen que es más propensa una reacción de este tipo, el valor escalar que indica qué tanto afecta en la rutina cotidiana el efecto de un

problema así, además de otras preguntas que piden: identificar qué especie(s) se consideran como causantes de alergia, la ocupación o comuna que frecuenta el encuestado(a), y finalmente, la aprobación de una medida que evite y/o reemplace, de ser posible, a las especies alergénicas por flora nativa no alergénica.

Los resultados son concluyentes en cuanto a la validación de la problemática, ya que un 76,4% de los encuestados, para una muestra de 472 individuos, presentan reacciones alérgicas al polen; desencadenándose principalmente en plazas, parques y áreas verdes (65%) y también en avenidas y calles (47,2%, pregunta de selección múltiple).

Un 38,5% declara necesitar atención médica y/o utilización de medicamentos para poder sobrellevar los períodos de alergia; un 22% de los encuestados declara no ver afectado su bienestar; mientras que un 39,3% cree que el problema no es tan grave como para requerir atención médica y/o medicamentos.

El 50,8% de los encuestados considera al plátano oriental como el principal causante de su alergia, seguido por el álamo (13,8%), además de los pastos (gramíneas) con un 31,8% de las menciones.

Finalmente, un 89,6% declara estar de acuerdo con el reemplazo paulatino de especies alergénicas por especies inocuas para la salud humana, en los planes de arbolado urbano.

PROPUESTA

Teniendo en cuenta la realidad revelada a través de esta investigación en cuanto a la falta de catastros arbóreos y políticas de arborización por parte de los municipios, falta de legislación por parte del Estado, alta frecuencia de especies alergénicas en principales parques y avenidas de la Región Metropolitana, y a la percepción de la población y el efecto que las especies alergénicas producirían en los habitantes de la ciudad, presentamos una propuesta que apunta principalmente al **reemplazo paulatino de especies alergénicas**, comenzando por aquellas en mal estado, como las que se encuentran enfermas o dañadas, **por otras principalmente nativas**, devolviendo así el bosque esclerófilo a la ciudad, ya que es la comunidad vegetal

adaptada a las condiciones climáticas de nuestra zona central mediterránea con períodos prolongados de sequía en verano e inviernos lluviosos. Árboles como el peumo, el boldo o el quillay, son capaces de retener las partículas de polvo en suspensión, ayudando a la descontaminación de la ciudad en los meses de invierno (Dobbs et al., 2018) y como son entomófilos, su producción polínica es baja, con respecto a especies como el álamo o el plátano oriental, que por corresponder a especies anemófilas, producen grandes cantidades de polen; además de ser caducas, limitando su capacidad de retener material particulado sólo a los meses en los cuales permanecen con hojas (O’Ryan y Larraguibel, 2000).

Las siguientes, **son especies nativas** con potencial uso como árboles urbanos, teniendo en cuenta una carga polínica con mínimo efecto en la población y con bajos requerimientos generales para su establecimiento y crecimiento en la ciudad (*Cuadro 2*).

Belloto del norte (*Beilschmiedia miersii*):

De la familia Lauraceae, crece desde la región de Coquimbo a la de Valparaíso. Especie en categoría de Vulnerable (Benoit, 1989). Árbol siempreverde confollaje aromático y copa globosa que otorga profusa sombra. Crecimiento relativamente rápido con necesidad de terrenos fértiles, sueltos, profundos y húmedos (Hoffmann, 2010). Susceptible a fumagina. En la ciudad no ha tenido problemas con la contaminación, se recomienda para parques y jardines, avenidas y calles anchas dada su envergadura (Alvarado et al., 2013).

Quillay (*Quillaja saponaria*):

De la familia Quillajaceae, se distribuye desde la región de Coquimbo hasta la región del Biobío. Árbol siempreverde, con copa de hasta 12 metros de ancho (Alvarado et al., 2013). Se adapta a ambientes secos, soporta suelos pobres, empinados y asoleados, de igual forma soporta suelos húmedos, nieve y heladas (Hoffman, 2010). De gran valor ornamental por su follaje y floración. Soporta podas drásticas, pero necesita de un período de establecimiento (Rojas, 2015). En la ciudad no requiere mayor cuidado debido a su rusticidad, además que tolera la contaminación urbana (Alvarado et al., 2013).

Cuadro 2: Principales atributos presentes en especies nativas con potencial uso en el arbolado urbano de Santiago.

CRITERIOS					
Especie	Tipo de polinización	Requerimiento hídrico	Tasa de crecimiento	Resistencia a enfermedades o plagas	Calidad de sombra
Belloto del norte (<i>Beilschmiedia miersii</i>)	Entomófila	Alto	Rápida	Alto	Alta
Quillay (<i>Quillaja saponaria</i>)	Entomófila	Bajo	Medio	Alta	Alta
Algarrobo chileno (<i>Prosopis chilensis</i>)	Entomófila	Bajo	Rápida	Media	Media
Maitén (<i>Maytenus boaria</i>)	Entomófila	Medio	Lento	Media	Alta
Peumo (<i>Cryptocarya alba</i>)	Entomófila	Alto	Rápido	Media	Alta
Patagua (<i>Crinodendron patagua</i>)	Entomófila	Alto	Medio	Media	Media
Boldo (<i>Peumus boldus</i>)	Entomófila	Alto	Lento	Media	Baja
Roble de Santiago (<i>Nothofagus macrocarpa</i>)	Anemófila	Alto	Lento	No hay datos de su comportamiento en ciudad	Alta
Pimiento (<i>Schinus molle</i>)	Entomófila	Bajo	Rápida	Alta	Alta
Mayo (<i>Sophora macrocarpa</i>)	Entomófila	Bajo	Media	Alta	Bajo

Algarrobo chileno (*Prosopis chilensis*):

De la familia Fabaceae, distribuido naturalmente de la región de Coquimbo a la de O'Higgins. Especie vulnerable (Ministerio del Medio Ambiente [MMA], 2013). Árbol caduco con follaje muy tenue que produce una semisombra. Se establece en suelos pobres, planos y salinos incluso aluviales y pedregosos (Altamirano, 2006).

Maitén (*Maytenus boaria*):

De la familia Celastraceae, habita desde la región de Atacama a la de Los Lagos. Árbol siempreverde, con follaje péndulo. Soporta lugares secos o cercanos a fuentes de agua, de pleno sol o semisombra. En ciudades requiere al menos una vez por semana riego en periodos secos y soporta el smog, aunque en niveles muy altos puede debilitar su metabolismo corriendo el riesgo que sea atacado por plagas (Alvarado et al., 2013).

Peumo (*Cryptocarya alba*):

De la familia Lauraceae, crece desde la región de Coquimbo a la de Los Lagos (Hoffmann, 2010). Árbol siempreverde, con hojas aromáticas, brillantes por la cara superior y blanquecinas por la inferior (Rojas, 2015). De crecimiento rápido en terrenos sueltos húmedos. Resiste heladas y podas. Se recomienda su plantación fuera de sectores industriales o cercanos a carreteras (Alvarado et al., 2013).

Patagua (*Crinodendron patagua*):

De la familia Elaeocarpaceae, crece desde la región de Valparaíso a la del Biobío. Árbol siempreverde, con copa globosa y brillante. De crecimiento rápido y muy longeva, prefiere terrenos sueltos, profundos y húmedos. Soporta sombra y heladas (Hoffmann, 2010). Soporta la contaminación de las ciudades, siendo una especie adecuada para parques y jardines, pero no si se

planta cerca de centros industriales (Alvarado et al., 2013).

Boldo (*Peumus boldus*):

De la familia Monimiaceae, habita desde la región de Coquimbo a la de Los Lagos. Árbol siempreverde, con follaje denso, áspero y aromático. De gran valor ornamental por su follaje, floración y aroma. Crece lento en lugares sombríos o soleados, sin mayor requerimiento en los suelos y humedad (MINSAL, s.f). Si se realiza poda drástica se regenera vigorosa y fácilmente (Hoffmann, 2010).

Roble de Santiago (*Nothofagus macrocarpa*):

De la familia Nothofagaceae, crece restringido a las regiones de Valparaíso y Metropolitana. Árbol deciduo de invierno, con follaje rojizo durante el otoño. Requiere de suelos húmedos y con materia orgánica. Su atractivo principalmente es su follaje otoñal (Hoffmann, 1998).

Pimiento (*Schinus molle*):

De la familia Anacardiaceae, crece en la zona norte y centro principalmente, originario de Perú naturalizado en Chile. Árbol siempreverde, con copa ancha y péndula. De crecimiento rápido, resistente a la sequía y sin exigencias de suelo. Su valor ornamental se le atribuye principalmente a su follaje péndulo; además soporta podas brotando con rapidez (Hoffmann, 2010). Requiere de espacios amplios y sin cableado por encima, para desarrollarse adecuadamente (Alvarado et al., 2013).

Maqui (*Aristotelia chilensis*):

De la familia Elaeocarpaceae, se encuentra desde la región de Coquimbo a la de Los Lagos. Árbol o arbusto siempreverde, con follaje brillante. Se establece preferentemente en lugares sombríos y húmedos (Hoffmann., 1998).

Mayo (*Sophora macrocarpa*):

De la familia Fabaceae, se distribuye naturalmente desde la región de Valparaíso a la del Biobío. Arbusto con follaje ceniciento y flores grandes y amarillas. Se establece fácilmente en suelos degradados. De valor ornamental por su follaje pubescente y flores amarillas (Hoffmann, 1998).

Algunas **especies exóticas** que debieran tenerse en cuenta en planes de arbolado urbano, por sus características semejantes a las que presentan las especies nativas seleccionadas, son las siguientes:

Tilo (*Tilia spp.*):

Árbol caduco, de copa ancha y globosa. Requiere suelos fértiles y húmedos, resiste heladas, crece vigorosamente en las regiones de Los Ríos y Los Lagos. Susceptible al ataque de áfidos y posiblemente fumagina (Hoffmann, 2010).

Catalpa (*Catalpa bignonioides*):

Árbol caduco originario de Norteamérica. Su follaje poco tupido otorga una sombra tenue, presenta hermosa floración. (Alvarado et al., 2013). Necesita lugares amplios por su rápido crecimiento (Hoffmann, 2010). No soporta poda, solo de ramas de poco diámetro (Gutiérrez, 2006).

Paulonia (*Paulownia tomentosa*):

Árbol caduco, originario de China central y Japón, de crecimiento rápido y copa globosa. Es sensible a heladas y falta de agua. Se usa principalmente por su vistosa floración (Hoffmann, 2010). Se ve afectado por contaminación intensa (Alvarado et al., 2013).

Brachichito, peral del Japón (*Brachychiton populneum*):

Árbol siempreverde originario de Australia. Rápido crecimiento. Necesita suelos profundos y no compactados. En ciudad puede ser plantado en cualquier situación, el gran cuidado es con el cableado eléctrico, ya que su crecimiento es recto (Alvarado et al., 2013).

Árbol de Judea (*Cercis siliquastrum*):

Arbusto caduco, originario del sur de Europa (Sánchez, 2012), de rápido crecimiento, especial para ser usado o aislado en calles pequeñas. Prefiere suelos húmedos y compactos, expuestos al sol. Resiste heladas, sequías y ambiente contaminados (Hoffmann, 2010).

Alcanforero (*Cinnamomum camphora*):

Árbol siempreverde, aromático, originario de China, de copa ancha y densa. Necesita de suelo fértil, bien drenado y profundo (Hoffmann, 2010).

Crespón (*Lagerstroemia indica*):

Arbusto o árbol caduco, originario de China, Corea y Japón, de 3 a 7 metros de altura, florece de marzo a mayo (Alvarado et al., 2013). Sin grandes requerimientos de suelo y humedad, no soporta las heladas. De gran valor ornamental por su floración llamativa, su follaje en otoño y su corteza (Hoffmann, 2010). Se recomienda su plantación en parques, plazas, jardines y vía pública, tanto en calles como en pasajes (Alvarado et al., 2013).

Tulípero (*Liriodendron tulipifera*):

Árbol caduco, originario de Norteamérica, con copa redonda o piramidal. Crece muy rápido necesitando bastante humedad y lugares soleados. Su uso ornamental destaca por su follaje, flores y tronco de color café anaranjado (Hoffmann, 2010). Tolera la contaminación urbana, resiste plagas y enfermedades (Alvarado et al., 2013).

Magnolio (*Magnolia grandiflora*):

Árbol siempreverde, originario de Estados Unidos, con grandes hojas lustrosas y aromáticas flores blanquecinas. Prefiere suelos ácidos, compactos y húmedos, resiste heladas (Hoffmann, 2010). De crecimiento lento, prefiere lugares sombríos. Se destaca como especie ornamental por su porte y sus flores vistosas (Alvarado et al., 2013).

Ceibo (*Erythrina umbrosa*):

Árbol caduco, originario de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay (Alvarado et al., 2013), de gran copa y grueso tronco. Requiere de suelos fértiles y profundos con alta humedad. Especie muy ornamental dada su floración y follaje denso. En Chile no alcanza a fructificar debido a que no existe su polinizador especializado (Hoffmann, 2010). Debe ser plantado en lugares amplios, dado que posee ramas quebradizas y raíces muy superficiales (Alvarado et al., 2013).

Junto con proponer el reemplazo paulatino de especies alergénicas por aquellas que no lo son, se debe enfatizar la importancia de que cada municipio cuente con planes de arbolado, correctamente formulados. Estos deben contemplar un informe detallado: con la duración de los proyectos, la justificación de las especies seleccionadas, el número de individuos a plantar, la distribución de éstos en terreno y su localización georreferenciada. Se debe contar con catastros del arbolado

urbano con el seguimiento de los estados de crecimiento de los individuos, el manejo fitosanitario y las podas realizadas y a realizar. Los municipios deben contar con equipos de personas capacitadas para la mantención del arbolado urbano de la comuna, que además sea interdisciplinario y con las debidas competencias para la correcta realización de sus funciones.

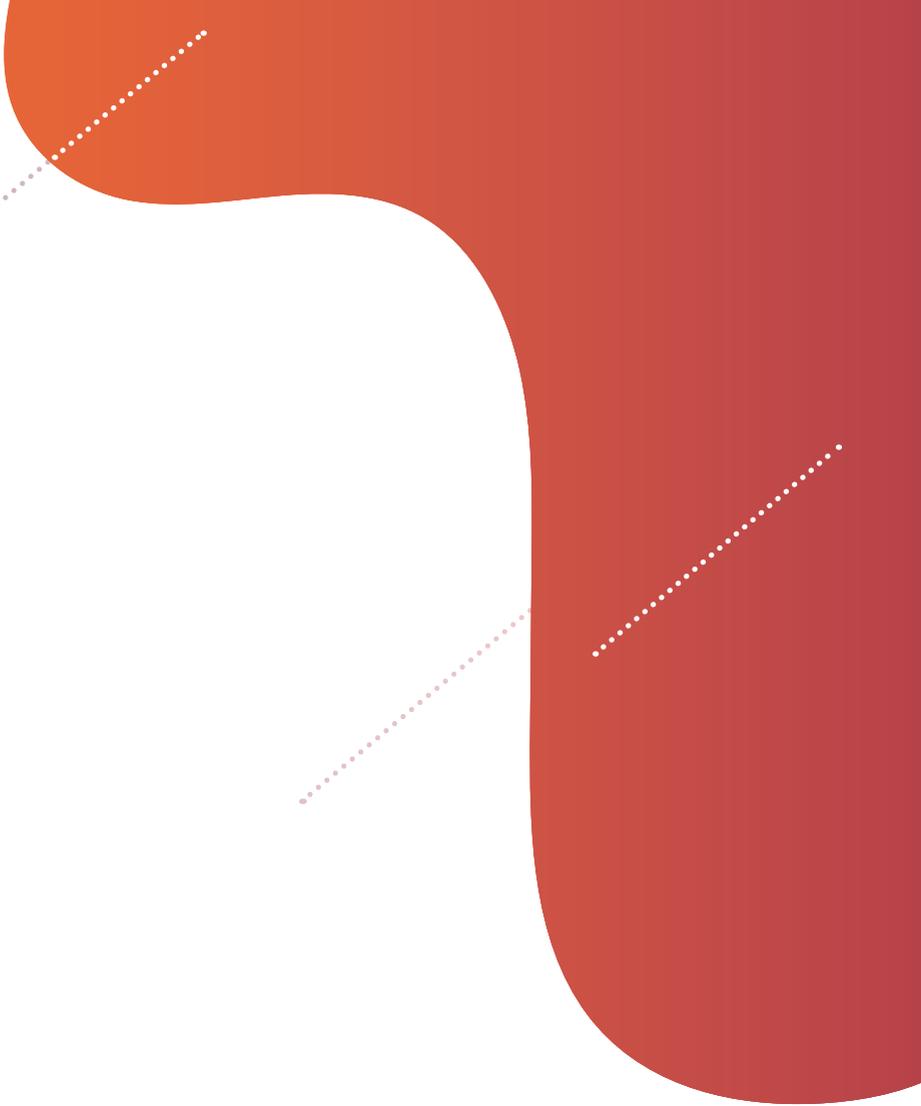
La evitación de utilizar especies que generan problemas en la población debiera ser prioridad en los planes de forestación de los municipios y, en este sentido, el reemplazo de las especies alergénicas ya existentes en parques y avenidas, por otras inocuas, de similar desarrollo y belleza, así como también de bajo requerimiento hídrico y resistencia a la polución, debiera estar en los planes de desarrollo municipal.

La idea de lograr ciudades bien planificadas, tomando en cuenta el bienestar de la comunidad, incluye la selección de árboles que presten los servicios adecuados al habitante ciudadano.

AGRADECIMIENTOS

A Daniel Barrera (ODEPA) y Patricio Pastene (I. Municipalidad de Providencia) por su tiempo, dedicación y acertados comentarios que permitieron enriquecer el trabajo realizado durante el desarrollo del curso “Investigación en Pregrado UC Propone (Agronomía e Ing. Forestal)”.





CAPÍTULO 9:

Cuidadores varones de personas mayores con demencia: un estudio cualitativo.

Profesora:

Claudia Miranda, Instituto de Sociología

Ayudante:

Milda Galkute

Estudiantes:

Fernanda Arenas, Fonoaudiología

Florencia Bruna, Agronomía

María Cousiño, Derecho

Catalina Herrera, Trabajo Social

Antonia López, Trabajo Social

Paula Schiappacasse, Sociología

Nicolás Sumonte, College

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que se ha desarrollado con mayor fuerza durante los últimos años en Latinoamérica (UNFPA [2012] como se citó en Padilla, 2017). Chile no está ajeno a esta realidad, y hace ya varias décadas ha iniciado un proceso de envejecimiento, que se incrementa con el transcurrir de los años (Servicio Nacional de Adulto Mayor [SENAMA], 2017). Esto se ve reflejado en la esperanza de vida al nacer en Chile, la que ha aumentado 4,2 años por década, acercándose a países como Estados Unidos donde se llega a 79 años de esperanza de vida. (OCDE [2011] como se citó en Arnold, Herrera, Massad y Thumala, 2018).

Este fenómeno genera nuevos desafíos para el área de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (2017) una de las principales causas de dependencia de las personas mayores en el mundo se vincula con la demencia, la cual implica un deterioro en la capacidad cognitiva de las personas y que afecta, por lo general, a personas de avanzada edad, quienes tienen una prevalencia de entre un 7% a un 14% de tener la enfermedad (Jiménez, 2012), generando discapacidad. Ante esto, resulta imperante recurrir a los servicios de un cuidador, los cuales, muchas veces, se encuentran dentro de la misma familia. Es aquí donde, según Espín (2007), el 80% del cuidado es realizado por la familia, conteniendo y solucionando la demanda de cuidados que requiere la persona con demencia, pero sufriendo una gran carga emocional y de trabajo (Espín, 2007).

Diversos estudios (Teixidó et al. [2006], Williamson y Shulz [1995], Carod et al. [1999], Samele y Manning [2000] como se citó en Espín, 2009) coinciden en que las características generales de los cuidadores son: mujeres casadas y con hijos, de 40 a 59 años, hija del enfermo y que convive generalmente con éste. Sin embargo, existe una realidad que se ha invisibilizado debido a los estereotipos sociales: los cuidadores hombres. Un estudio en España (IMSERSO [2005] como se citó en Crespo y López, 2008) reveló una encuesta que indica que un 59% de los encuestados cree que tanto hombres como mujeres pueden ser cuidadores de adultos mayores, pero sigue existiendo un porcentaje no menor que prefiere que las mujeres sean cuidadoras (Crespo y López, 2008).

Dentro de la labor del cuidado, el ser hombre es una variable que marca diferencias en relación a su contraparte femenina. Los hombres cuidadores tienden a expresar en menor medida la carga y el agobio que conlleva el cuidado, respondiendo a ideales de masculinidad presentes en la sociedad (Pöytsi et al., 2012; Baker, Robertson y Connelly, 2010). De esta forma, los cuidadores buscan maneras de “negociar” su masculinidad en un rol predominantemente femenino, comúnmente asociando su labor a un sentido de control, fuerza y capacidad (Robinson, Bottorff, Pesut, Oliffe y Tomlinson, 2014). Otra diferencia importante es la resistencia de los cuidadores hombres a acceder a servicios de apoyo (Baker et al., 2010) y la normalización de la dinámica del cuidado (Hellström et al., 2017). Frente a estas particularidades de la experiencia masculina del cuidado, la proyección de la expansión del rol del hombre en esta labor para los próximos 20 años (Sanders y Power, 2009) y la escasa información que se tiene sobre la experiencia de estas personas en nuestro país, resulta sumamente relevante la conducción de un estudio que explora esta realidad en el país.

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer la experiencia de cuidadores varones de personas mayores con demencia, detectando facilitadores y obstaculizadores que se den dentro del contexto de cuidado. Se espera que los resultados de este estudio aporten a la implementación del Plan Nacional de Demencia.

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento

El envejecimiento de la población es un fenómeno a nivel mundial que se ha desarrollado con mayor fuerza durante los últimos años en Latinoamérica, teniendo un crecimiento relevante durante este período (UNFPA [2012] como se citó en Padilla, 2017).

El envejecimiento de la población hace referencia al proceso de transformación demográfica de las diferentes sociedades que se caracteriza por el crecimiento de la proporción de individuos en edades avanzadas respecto a los que son más jóvenes. El envejecimiento poblacional, o demográfico, es un proceso que en Chile ya inició hace varias décadas y que ha comenzado a acelerarse a lo largo de los años (SENAMA, 2017). La esperanza promedio de vida al nacer ha aumentado

4,2 años por década, acercándose a países como Estados Unidos, llegando a los 79 años (OCDE [2011] como se citó en Arnold et al., 2018). El envejecimiento poblacional se puede ver reflejado con los actuales resultados del CENSO 2017, en donde Chile continúa con un proceso de envejecimiento de la población, existiendo una diferencia de 4,8 puntos porcentuales entre los años 1992 a 2017, desde un 6,6% a un 11,4% (Instituto Nacional de Estadísticas, 2018).

Demencia

La demencia corresponde a un síndrome, el cual implica un deterioro en la capacidad cognitiva y funcional de las personas, generalmente adultos mayores. También se observan síntomas tanto psicológicos como conductuales, que en general son diversos. Dentro de los síntomas psicológicos se presenta ansiedad, depresión y psicosis, y dentro de los cambios conductuales se aprecia agresividad, desinhibición e hiperactividad motora (Olazarán et al., 2012). Según la OMS (2017), este síndrome es causado tanto por enfermedades, como por lesiones de diversa índole, que afectan al cerebro.

Existen diversos tipos de demencia, entre los que se encuentra principalmente la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular (menor incidencia en hombres), la demencia con cuerpos de Lewy y la degeneración lobular frontotemporal. El Alzheimer es el tipo de demencia que presenta una mayor prevalencia en adultos mayores (Departamento de Salud Cataluña, 2010).

La demencia podría caracterizarse por 3 etapas en las que se pueden distinguir los signos y síntomas. En la etapa temprana existe una tendencia al olvido, además de pérdida de la noción del tiempo y desorientación espacial. Luego viene la etapa intermedia, donde hay un olvido de acontecimientos recientes y nombres, existe desubicación en el hogar y dificultad para hablar, además se requiere de ayuda para el cuidado personal, y hay cambios en la personalidad. Finalmente, en la etapa tardía, existe una mayor desorientación, se vuelve más difícil reconocer a las personas, requieren más ayuda para su propio cuidado, existe una dificultad para caminar y cambios en el comportamiento (agresividad) (OMS, 2017).

Cabe destacar que la demencia genera tanto discapacidad, como dependencia en las personas afectadas, y a nivel mundial afecta a alrede-

dor de 50 millones de personas, no existiendo aún un tratamiento efectivo (OMS, 2017). Se trata de una enfermedad neurodegenerativa que afecta principalmente a personas mayores de 65 años, con una prevalencia de entre un 7 y un 14% (Antón Jiménez, 2012).

Cuidados de la persona con demencia

Actualmente, el papel del cuidador del adulto mayor con demencia, o cualquier otro tipo de problemas de salud se atribuye, por regla general, a las mujeres. Principalmente son ellas las que se ocupan del cuidado y en la mayoría de los casos son familiares del adulto mayor, ya sean hijas, hermanas, cónyuge, entre otras, las que toman ese rol. Los estereotipos que ha formado la sociedad muchas veces han nublado la vista en torno a este tema, donde en realidad hay una cantidad considerable de hombres que se encargan de adultos mayores en situaciones de dependencia, que generalmente corresponden a familiares, (Jiménez y Moya, 2018) y no son sólo las mujeres las que han de combatir la difícil tarea de ser cuidador de un adulto mayor dependiente.

La demencia conlleva, entre otras cosas, a pérdida de la autonomía y necesidad de estar al cuidado de alguien. Según Ana Margarita Espín, master en psicología de la salud de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), generalmente la familia es la que se encarga de entregar los cuidados necesarios a los adultos mayores dependientes. Estudios demuestran que el 71,9% de los cuidadores de adultos mayores que poseen Alzheimer, corresponden a familiares. Además, varios estudios coinciden en que los cuidadores corresponden principalmente a mujeres de entre 40 y 59 años, que viven con la persona con demencia porque son sus hijas, y generalmente están casadas y tienen hijos. Sin embargo, se ha descrito que estas personas también sufren, presentando afecciones tanto físicas, como psicológicas y sociales, sintiéndose sobrecargadas (Espín, 2009).

Podemos observar cómo la gran mayoría de los cuidadores son, efectivamente, mujeres familiares de la persona que está enferma. Sin embargo, existe esta realidad oculta y poco conocida de los cuidadores hombres, quienes muchas veces son puestos bajo prejuicios que nuestra sociedad ha creado (Jiménez y Moya, 2018).

El cuidador tiene en sus hombros una gran responsabilidad en cuanto el adulto mayor es dependiente de su cuidado. “El cuidado es un gran devorador de tiempo, que no se puede destinar a otras cosas y limita las oportunidades.” (Carrasco, Borderías y Torns [2011] cómo se citó en Cendra, 2016).

Cuidadores varones de personas con demencia

A pesar de hoy en día ser minoría, se predice que el rol del hombre como cuidador continuará expandiéndose en los próximos años (Sanders y Power, 2009), y si bien existe una mayor cantidad de estudios centrados en la experiencia de cuidadoras mujeres, se pueden encontrar algunos estudios que analizan la experiencia masculina del cuidado.

Ser hombre o mujer puede llegar a ser un factor diferenciador importante cuando se trata de la labor del cuidado; sin ir más allá, según Pöytsi et al. (2012) el hombre al cuidar de su esposa “experimenta significativamente menos agobio” (p. 4), independiente del nivel de deterioro cognitivo de ella, en comparación a mujeres que asumen el rol de cuidadora dentro de la pareja. La concepción tradicional de masculinidad puede ser uno de los factores de causa de esta situación, pues aquellos cuidadores que se identifican con ésta suelen afirmar no sentirse agobiados ante la tarea del cuidado (Baker et al., 2010). Incluso, para maridos que cuidan de sus mujeres enfermas con demencia, el mismo hecho de ser cuidador puede hasta afirmar la identidad masculina de protector y proveedor (Hayes, Zimmerman y Boylstein, 2010). En este sentido, Robinson et al. (2014) exponen que los cuidadores buscan maneras de “negociar” su masculinidad en un rol predominantemente femenino. Asociar, por ejemplo, la labor del cuidado a un sentido de control, fuerza y capacidad, logra enmendar el sentimiento perdido de masculinidad dentro de estas tareas. Los hombres, además, se resisten más a acceder a servicios de apoyo, lo que se podría deber a una dificultad de concebirse a sí mismo como cuidador al entender esta labor como algo femenino (Baker et al., 2010). Por otra parte, existen otros factores que afectan la percepción respecto a estos servicios, como interacciones previas que fallaron con cumplir expectativas (Neufel y Kushner, 2009).

Otros estudios indican que los cuidadores

masculinos tienen menos probabilidades de facilitar la autonomía del adulto con demencia que la contraparte femenina (Boyle, 2013) y que además son más lentos en reconocer la sintomatología del adulto con demencia en comparación a mujeres, quienes reconocen con mayor rapidez los cambios sutiles en el individuo cuidado (Hayes et al., 2010). Si bien no está claro si estas situaciones están relacionadas a un reflejo de la relación conyugal, esto puede deberse al conflicto de roles de género ya que como se señaló con anterioridad, algunos hombres connotan el cuidado como una actividad feminizada y, por lo tanto, poseen dificultades para interpretarse a sí mismos en su rol de cuidado (Baker et al., 2010). Sin embargo, los hombres que actúan como cuidadores de esposas o parejas con demencia gradualmente asumen y normalizan las tareas de cuidado en las actividades y prácticas cotidianas. Además, a lo largo de la trayectoria de cuidado, desarrollan e internalizan un lenguaje basado en sus actividades de cuidado (Hellström et al., 2017).

En cuanto a lo emocional, y si bien como ya se mencionó, los cuidadores masculinos tienden a manifestar en menor medida una sensación de agobio (Pöytsi et al., 2012), al verse completamente modificada la dinámica de roles dentro de la pareja, algo con lo que los cuidadores han manifestado dificultad de lidiar es con la comparación entre el pasado y el presente, es decir, cómo eran las cosas y como lo son ahora (Sanders y Power, 2009). Sin ir más allá, para muchos hombres que cuidan a sus esposas con demencia, entienden esta labor muy ligada al amor de pareja (Baker y Robertson, 2008). Existe además otra realidad, la de los hijos varones cuidadores, quienes a diferencia de los maridos en cuanto a lo emocional tienen diferentes experiencias y necesidades de apoyo. Estudios indican que los hijos cuidadores experimentan más sentimiento de culpa y carga y tienden a su vez a tener más síntomas de depresión y ansiedad que los maridos (Conde-Sala et al., 2010). En otro estudio los hijos cuidadores informaron más carga del cuidado en comparación con los maridos cuidadores a pesar de pasar menos tiempo brindando atención (Reed et al., 2014). Estas investigaciones anteriormente mencionadas a su vez indican que, aunque los hijos tienen dificultades para cuidar a un padre con demencia, rara vez acceden a apoyos de cuidadores específicos de demencia.

Plan Nacional de Demencia

Durante el año 2015 se lanza el Plan Nacional de Demencia (MINSAL, 2017), el cual establece cuatro ejes principales de acción: (a) atención socio-sanitaria para personas con demencia y su entorno en el nivel primario de salud, (b) atención socio-sanitaria en el nivel de especialidad, a través de las Unidades de Memoria en los hospitales de mediana y alta complejidad, en complemento con el Programa Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia, (c) sensibilización en la construcción social de las demencias y (d) intervenciones psicosociales con familiares y cuidadores.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio, se utilizó una metodología cualitativa, donde la recolección de información se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas.

El reclutamiento de la muestra fue realizado en el Centro Kintun de la comuna de Peñalolén. Se trata de un centro diurno enfocado para personas mayores con deterioro cognitivo y su entorno, orientado a la promoción de la funcionalidad y prevención de la dependencia (Centro Kintun Peñalolén, s.f.).

Se entrevistó a cuatro cuidadores de personas mayores quienes son o fueron parte del Centro. Los criterios de inclusión utilizados para la muestra fueron:

- Ser cuidador varón de una persona mayor
- Ser familiar de la persona mayor que se cuida
- No recibir incentivo económico por el cuidado

Dada la flexibilidad de esta técnica, se llevó a cabo un análisis temático de las entrevistas transcritas, que consistió en la generación de códigos a partir de datos textuales, en este caso, las transcripciones de las entrevistas llevadas a cabo (Cassell y Symon, 2004).

RESULTADOS

A partir de las entrevistas realizadas, se encontraron nueve categorías. Estas corresponden al conocimiento de la enfermedad, calidad de la relación anterior y actual con la persona con demencia, las razones de cuidado, las estrate-

gias de afrontamiento, los facilitadores y obstáculos a los cuales se ven enfrentados los cuidadores, además de sus experiencias de cuidado, sus expectativas futuras, y una categoría final asociada al género.

A continuación, se presenta una tabla para especificar las principales características que poseen los entrevistados de esta investigación.

Tabla 1: Características de los entrevistados

N°	Edad	Vínculo con persona mayor
Entrevistado #1	51	Hijo
Entrevistado #2	45	Hijo
Entrevistado #3	45	Hijo
Entrevistado #4	72	Cónyuge

Fuente: *Elaboración propia.*

Cabe mencionar que las personas mayores a quienes cuidan son usuarios del Centro Kintun, existiendo sólo una persona que ya no se atiende en la institución puesto que terminó su intervención.

Conocimiento de la enfermedad

Cuando se trataba del conocimiento de la enfermedad, se encontró que todos los cuidadores eran capaces de reconocer los síntomas de la demencia, siendo el más recurrente de estos la pérdida de la memoria. Además de esto, los entrevistados estaban en **conocimiento de la progresión degenerativa de la enfermedad**: *“sabemos que esto va a ir aumentando”* (entrevistado #1), el entrevistado #2 afirmaba que *“sabemos como que se van deteriorando”*, mientras que el entrevistado #3 mencionaba que *“Nosotros estamos claros que no hay vuelta”*. Uno de ellos en particular, el entrevistado #4 manifestaba su conocimiento del deterioro en base al poco avance de su esposa: *“el avance, nadie cree que lleva tanto tiempo, ha sido lento”*. Sin embargo, a pesar de este conociemien-

to generalizado, se encontró que en uno de los entrevistados (#2) existió un desconocimiento inicial al presentarse los primeros síntomas, *“al comienzo era más difícil porque era algo que uno no entendía, no sabía”*.

Relación cuidador-persona con demencia

La **calidad de relación entre cuidador y persona enferma previa a la aparición de la demencia** variaba dependiendo de cada persona. Para el entrevistado #4, quién cuida a su esposa, la relación era *“muy buena”*. El entrevistado #2 aseguraba siempre haber vivido con su mamá, incluso desde antes que ésta se enfermara. Por otro lado, el entrevistado #1 calificaba la relación como buena, pero se aclaraba que *“no éramos amigos, era mi papá”*. Y, por otro lado, el entrevistado #3 afirmaba que *“Nunca fuimos tan... o sea, no alejados, pero tan... no éramos uña y mugre”*, denotando que no existía una relación de cercanía previa.

En cuanto a la **calidad de relación actual entre cuidador y enfermo**, se ven cambios respecto a aquella anterior a la enfermedad. El entrevistado #4 no calificaba ya su relación en base a adjetivos positivos o negativos, sino que sólo decía que *“para llevarla bien no hay que contradecir lo que ella dice”*, revelando estrategias concretas para sostener la relación. El entrevistado #3, aseguraba explícitamente que la relación había crecido en cercanía: *“yo creo que ahora, un poquito, estamos más cercanos que antes”*. Para el entrevistado #2, por otro lado, la relación había decaído: *“tenemos una relación un poco como de pena”* aseguraba, y luego agregaba que *“la persona que uno tenía al lado es una persona totalmente diferente”*. Finalmente, el entrevistado #1 calificaba la relación como *“complicada, complicada porque ahora pasé a ser no el hijo”* en referencia a su nuevo rol como cuidador.

Razones de cuidado

En este sentido, la **razón por la cual se llegaba a ser cuidador** tenía líneas comunes entre los entrevistados. En tres de los cuidadores (entrevistado #1, #3 y #4), **por razones circunstanciales**, eran las únicas personas disponibles para ser cuidadores, y en particular uno de estos (entrevistado #4) manifestaba además desconfianza hacia terceros que pudiesen ejercer este cuidado. El cuidador restante (entrevistado #2) revelaba un sentimiento de reciprocidad en su

cuidado, a lo cual sumaba una característica de responsabilidad y obligación. No era el único, el entrevistado #3 a pesar de que entre sus razones de cuidado se encontrara ser el único cuidador disponible, evidenciaba también otras razones, como la responsabilidad entrecruzada con obligación: *“no es llegar y mandarla a un centro”, pero afirmaba que el cuidado “tiene que partir mínimo de un cariño por la persona que está enferma”*. En su caso, la proximidad física también fue un factor determinante.

Estrategias de afrontamiento

Dentro de las **estrategias de afrontamiento** encontramos una gran diversidad, como **no contradecir a la persona con demencia**, entrevistado #3 decía *“uno no tiene que rebatir nada de lo que dice, nada”*; sumado al entrevistado #4 ya mencionado, quien aseguraba que hay que *“llevarle la corriente más que nada a ella ya”*. **Vivir el día a día** también es una estrategia que se repite más de una vez, tres de los entrevistados aseguraron proceder en su vida diariamente, afrontando de esta manera los desafíos que conlleva el cuidado, *“vivir un poco el día a día”* decía un cuidador (entrevistado #1). La **búsqueda activa** se daba como estrategia en todos los entrevistados, en tres de ellos se trataba de **información**, particularmente en internet: *“internet es lo primero”* decía el entrevistado #3. Otros buscaban información o ayuda en profesionales o instituciones. Por otro lado, dos cuidadores (entrevistado #2 y #4) consideraban la **búsqueda de ayuda profesional**, *“cómo me ayudo y a la vez la ayudo a ella”* decía una persona (entrevistado #2), asociando el autocuidado con el cuidado de su madre enferma. El entrevistado #4, aseguraba estar interesado en asistir al psicólogo, pero que el cuidado no le dejaba tiempo; él mismo también utiliza la cocina y el baile en cuanto a distracciones como elementos de autocuidado. Otra forma de afrontar la situación es **comparar la propia situación con la de otros pares** que se encuentran peor, identificada en dos cuidadores (entrevistado #2 y #4), vista tanto en lo económico como en el avance de la enfermedad misma. Individualmente, se manifestaron otras estrategias como, el entrevistado #4 al ser consultado explícitamente por sus estrategias de afrontamiento dice *“Con fe no más po, con fe y harto corazón”* haciendo referencia a su **religiosidad**. Finalmente, la **aceptación**: *“uno después se va acostumbrando”*, afirmaba el entrevistado #3.

Facilitadores de los cuidados

Dentro de los **facilitadores**, existe más bien una **red facilitadora informal**, donde se destaca el **apoyo de cónyuge mujer e hijos** en dos entrevistados (#2 y #3): *“mi señora, ella la cuida, le hace el aseo”*, y el de pares en otros dos (#1 y #2), en los cuales uno menciona *“Es que, a ver, cuando se ha necesitado ocasionalmente sí, si hay, siempre, siempre”*, refiriéndose a que en la instancia en que se ha solicitado apoyo de parte de la red de apoyo informal ésta siempre se ha brindado. Dentro de estos facilitadores se caracterizó además una **red facilitadora formal**, que incluye al Kintun (centro de día especializado en demencias), ayuda profesional, CESFAM y la farmacia popular. Todos los entrevistados mencionaron al Kintun como red facilitadora formal, por ejemplo, el entrevistado #2 que menciona *“Kintun a mí me ha ayudado bastante en un poco poder eh.. ordenar mi casa para hacerle la vida más fácil a ella, me ha ayudado en cómo tomar mejores decisiones con respecto a ella y [...] psicológicamente, dándome apoyo.. eso”* destacando la íntegra forma de apoyo brindado por el centro Kintun.

Obstaculizadores de los cuidados

Dentro de los **obstaculizadores** también se encuentran los **formales**, como la **falta de apoyo institucional** en Chile, e **informales**, donde se encuentra la **falta de apoyo fraternal**, como en lo manifestado por el entrevistado #3 *“de mis hermanos lo mismo, o sea apoyo, yo no me siento con apoyo de ellos, porque ellos ni siquiera me preguntan a mí, nada, cómo está la mamá, nada, vienen cuando sobra el tiempo”*. Al igual que el entrevistado #2 al decir *“tengo dos hermanos, no tengo la ayuda de ellos para nada, ni siquiera económica”*, además de la falta de apoyo de otros cercanos. También como obstaculizadores se mencionaron la **falta de una ley de eutanasia** y principalmente la **situación económica que viven los cuidadores y sus familias**. Con respecto a esto, se repite en lo dicho por todos los entrevistados, donde por ejemplo encontramos lo dicho por el entrevistado #3 *“en cuanto a temas económicos, no hay ningún [apoyo] de ninguna parte”*, similar a lo dicho por el entrevistado #1 *“bueno económicamente me afecta, porque yo trabajo en forma particular y... tengo mis obligaciones también, entonces sí, me ha afectado”*, quien se vio afectado en lo labo-

ral. O lo dicho por el entrevistado #2: *“podría darle una mejor vida a mi mamá si yo tuviera una mejor situación económica, si yo pudiera pagarle a una persona para que me la cuide por el día y yo poder salir a trabajar como antes”*, donde se aprecia claramente que la situación económica limita las cosas que se podrían hacer con la persona cuidada.

Experiencias de cuidado

Con respecto a las **experiencias de cuidado**, existen dimensiones tanto a nivel social, como psicológico. El cuidado se describe como una **experiencia dura o difícil**: (entrevistado #3) *“es difícil para nosotros, imagínate lo que es para ella, que a veces despierta, así como que con eh... un lapso que se da cuenta de las cosas, y uno le pregunta y dice “aquí estoy, como todos los días, no tengo a nadie”*. Sin embargo, en otros entrevistados también se muestra una **molestia con respecto a la situación del cuidado, los síntomas y la enfermedad**: *“como que se asume no más po, si alguien tiene que hacerse cargo de este tema, entre paréntesis, porque no debería ser yo”* (entrevistado #1). Además de una **responsabilidad con la persona con demencia**, como lo expresado por el entrevistado #2, donde dice que *“ella empezó a enfermarse y no la podíamos, con menos razón, la podíamos abandonar po’ entonces era cuidarla o cuidarla no más”*. Lo mismo que expresó el entrevistado #3 al decir *“como que se asume no más po, si alguien tiene que hacerse cargo de este tema”*. Otra experiencia de cuidado hace alusión a la **sensación de muerte de la persona con demencia**, expresada por el entrevistado #2: *“la cuida porque es el cuerpo de mi mamá porque es... pero me da la sensación a veces que mi mamá murió y está ahí poh”*, e incluso una **incredulidad** frente a los cambios de la persona con demencia. Se describe también la existencia de **cambios personales del cuidador**, en la rutina, como aspectos laborales, sociales, emocionales y familiares. En cuanto a los cambios del cuidador en su rutina, el entrevistado #1 menciona *“Yo era de todos los domingos tenía mi vida familiar con ellos, independiente de que yo ya no estaba en la casa, de que yo hacía mi vida por una parte, ella hacía su vida por otra (...) el día domingo era importante para mí porque estábamos juntos y ahora ya lo perdí, ya no, no estoy con ellos (...) cuando estoy trato de chuta si veo bien que está la cosa en la casa (...), porque los riesgos de caída que tiene mi papá son*

la *complicación*". Mientras que en el ámbito laboral, se ve que en general los cuidadores mantienen un trabajo independiente para que sea compatible con el cuidado de la persona con demencia, donde el entrevistado #3 aclara: *"Yo trabajo en forma independiente en tema de construcción, por decirlo así...yo he dejado de trabajar y he vuelto a la casa y acompañarla"*, al igual que el entrevistado #1: *"yo soy instalador de gas, y trabajo en forma particular, lo que me permite de alguna forma poder mantener a mis papas"*. Por otra parte, en cuanto a los cambios en cuanto a lo social, emocional y familiar, uno de los entrevistados, el entrevistado #2, menciona que *"tienes que olvidar de tus amigos... muchos no te entienden, se quiebra la relación de familia porque no están contigo, no te apoyan...mi vida social, de verdad, se ha reducido"*.

También se incluyen las **labores de cuidado**, tales como higiene, cuidado relacionado con la toma de medicamentos, y acompañamiento a visitas al médico de la persona con demencia. A partir de lo anterior, en las entrevistas se refleja que algunos cuidadores varones prefieren realizar las dos últimas actividades mencionadas, por sobre las labores de higiene. Mientras que las labores de higiene fueron mencionadas por los entrevistados #1 y #2. Sin embargo, a pesar de mencionar dichas preferencias dentro de las prácticas cotidianas por parte de los cuidadores, existe incondicionalidad en cuanto a las labores que se tengan que realizar pese al disgusto que puedan ocasionar, tal y como menciona el entrevistado #1: *"es que, si a mí me dice que le sirve yo lo hago, no me importa que no me guste"*, reflejando claramente el sentimiento de **incondicionalidad relacionada con las prácticas cotidianas** para y con el individuo cuidado.

Además en las experiencias de cuidado se encuentran sentimientos como **pena o tristeza**, de hecho, el entrevistado #3 aborda este sentimiento manifestando: *"da lata, pena, entonces ahí cuando llega el tema de tristeza por esta enfermedad, y ya no hay vuelta"*. También se destaca el **sentimiento de soledad**, donde el entrevistado #2 explicita: *"entonces en el fondo por eso te digo que uno en esto está solo.."* demostrando la falta de apoyo de redes formales e informales en la labor del cuidado. Por otra parte, en cuanto al **sentimiento de desconfianza**, el cuidador #4 menciona *"a ella no la dejo sola un minuto, y nadie me da confianza, con*

todo lo que he leído y he visto de que me la vayan a cuidar", manifestando inseguridad ante un tercero encargado de las labores del cuidado, ya sea como apoyo formal o informal.

La **resignación** se ve reflejada en la costumbre y aceptación con la enfermedad de la persona cuidada, siendo los cuidadores #2 y #4 quienes manifestaron este sentimiento, específicamente en la experiencia del entrevistado #2 se menciona: *"ya ha sido todos los días de verla que uno se va acostumbrando cuando hay una cosa así"*, dejando en claro la resignación asociada a la labor del cuidado cotidiano. También, dentro de los **sentimientos asociados con la labor del cuidado**, el cuidador #4 menciona *"eso, eso es lo positivo. Y de que la estoy viendo todos los días"*, vislumbrando un sentimiento de positividad relacionado con la actividad del cuidado. Finalmente, para terminar esta categoría, también se ha observado que los cuidadores hombres **se sienten como entes protectores al momento de realizar las labores del cuidado**, de hecho los entrevistados #1 y #3 manifiestan este sentimiento asociado al rol de cuidador, siendo el cuidador #3 quien expresa que *"es que está enferma, ella no tiene cómo defenderse, no tiene nada, no tiene a nadie. A nosotros nos ve como protectores, como ayuda"*.

Expectativas futuras

Con respecto a las **expectativas futuras** encontradas al entrevistar a los cuidadores varones, fueron de **progresión irreversible de la enfermedad**. El entrevistado #3 se expresa de la siguiente forma: *"bueno nosotros estamos todos claros que no hay vuelta, o sea mi mamá va a ir empeorando y va a llegar la hora"*. Junto a lo ya mencionado, se suman las manifestaciones que poseen los involucrados respecto al **apoyo que desean tanto de redes formales de apoyo como de redes informales**, tal como comunica el entrevistado #4: *"eso, yo creo que tal vez si hay más apoyo no se como, en algún momento aparecerá"*.

Género

Finalmente, en la categoría asociada al **género**, se encontró una ausencia de estereotipos internos, pero una presencia de estereotipos externos. Como comentó el entrevistado #1 *"[según familia y hermanos] yo no estoy para hacer eso, para mudarla, para limpiarla para lavarla"* (...)

yo creo que es un tema más de machismo". Esta ausencia de estereotipos, además se demuestra en los entrevistados #2, #3 y #4. En cuanto a la presencia de estereotipos externos, los entrevistados #2 y #3 mencionan que la sociedad los ha juzgado por ser cuidadores hombres, y les sugiere que una mujer debería estar relacionada con la labor del cuidado. Es más, el entrevistado #3 menciona *"A veces todos esperan que haya una mujer para que cuide"* dejando en claro el prejuicio relacionado con la actividad de ser cuidador hombre.

En esta categoría cabe destacar el rol de la mujer, el cual es transversal a los entrevistados que cuidaban a su madre. El entrevistado #1 se refirió al cuidado de su madre, diciendo *"tengo la suerte que mi señora se lleva muy bien con ella"*. Mientras que al preguntarle al entrevistado #3 sobre el apoyo de su esposa en el cuidado de su madre, comentó *"nos compartimos algunas cosas"*.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

La presente investigación tuvo como objetivo principal conocer la experiencia de cuidadores varones de personas mayores con demencia, detectando facilitadores y obstaculizadores que se den dentro del contexto de cuidado. Así, inicialmente se realizaron entrevistas a varones que cuidaban a su madre o a su esposa, para así conocer la realidad de los cuidadores y posteriormente proponer cambios que se deben realizar en las políticas públicas.

Dentro de la discusión conceptual se menciona que los cuidadores varones que cuidan a sus esposas o cónyuges normalizan las labores de cuidado propias de las personas con demencia, llevando a cabo todo tipo de labores. A partir de la información recolectada durante esta investigación, a través de las entrevistas, se puede ver que estas labores cotidianas del cuidado se dan por parte no sólo de los esposos, sino que igualmente por parte de los hijos, quienes asumen las diferentes tareas de cuidado.

Se identifica también un efecto coartador del cuidado en la vida del cuidador, imponiendo limitaciones importantes en las actividades extra-cuidado, trátase de ocupación laboral o distracciones en general, siendo que todos los

entrevistados dejaron de hacer algo o de participar en alguna actividad por dedicarse al cuidado. Esto se encuentra alineado con lo propuesto por Carrasco et al. (2011) (citado en Cendra, 2016), al reconocer el cuidado como consumidor de tiempo y limitante de oportunidades. Por otra parte, los autores Hayes et al. (2010) mencionan que los cónyuges tienden a tomar un rol de protector y proveedor, de esta forma "negociando" los roles masculinos dentro del contexto de cuidado. Esta situación pudo ser vista en las entrevistas realizadas, donde algunos entrevistados mencionan que sólo ellos pueden cuidar a sus padres o madres.

Los cuidadores masculinos tenderían a manifestar en menor medida una sensación de agobio (Pöytsi et al., 2012), sin embargo, estudios muestran que los cuidadores han manifestado dificultad de lidiar con la comparación entre el pasado y el presente, es decir, cómo eran las cosas y como lo son ahora (Sanders y Power, 2009). A partir de la presente investigación, las sensaciones con las que los cuidadores explican la experiencia de cuidado de la persona con demencia se relacionan en gran medida con "momentos difíciles", donde se incluyen momentos de tristeza, en los cuales sí se presentan sensaciones de agobio.

Se encontró transversalmente, dentro de aquellos cuidadores dedicados al cuidado de su madre y que viven junto a su esposa, que ésta cumple un rol de apoyo fundamental, tanto psicológico, como de ayuda concreta en las labores de cuidado. Sin embargo, también se observaron obstaculizadores como la falta de apoyo económico, lo que dificulta el cuidado de las personas con demencia, y la falta de apoyo por parte de los hermanos de los cuidadores, desvinculándose del cuidado de su madre.

Todos los entrevistados tenían un conocimiento de la progresión degenerativa de la enfermedad, lo cual estaba relacionado con la información entregada por el centro Kintún principalmente, y por la búsqueda activa de información por parte de los cuidadores. Por otra parte, existía una incondicionalidad relacionada con las prácticas cotidianas, tanto labores relacionadas con la higiene, como con los medicamentos y la asistencia a controles médicos. Con respecto al tema central de esta investigación, en el caso de cuidadores varones, se obser-

vó la presencia de estereotipos externos, donde los cuidadores se ven afectados por comentarios de la sociedad en general. Sin embargo, no se observaron estereotipos internalizados, vale decir, que los mismos entrevistados no declaraban un prejuicio de género en la labor de cuidar. Al respecto, cabe destacar la presencia del rol de la mujer como algo fundamental en el cuidado, sobre todo en aquellos cuidadores que eran hijos de la persona con demencia.

Se encontró, además, una visión por parte de los entrevistados de un rol protector al cuidar a la persona con demencia. Esto genera un debate sobre cómo se ven los hombres al transformarse en cuidadores, lo cual es reafirmado por Hayes et al. (2010).

Cabe destacar la evaluación positiva del Centro Kintún este centro por parte de la totalidad de los entrevistados, reconociéndolo como un facilitador importante en la experiencia del cuidado. Sin embargo, estos centros de cuidado de la persona con demencia y su familia aún no son suficientes a nivel nacional.

A partir de la investigación realizada, se puede ver que es necesario profundizar mayormente en las políticas públicas relacionadas a personas con demencia en la línea de “intervenciones psicosociales con familiares y cuidadores”. En el Plan de Demencia se mencionan las consecuencias que tiene el cuidado de personas con demencia, especialmente cuando quienes realizan esta labor son sus familiares. El MINSAL (2016) menciona, por ejemplo, algunas de estas consecuencias, como la “interrupción del desarrollo de los miembros de la familia, la suspensión de estudios y trabajo y la sobrecarga en las tareas domésticas” (p. 18). Además, dentro del Plan, se establecen diferentes tipos de intervenciones en relación a la persona con demencia, basándose en diferentes áreas de abordaje y actividades concretas. No obstante, si bien el Plan establece la necesidad de las “intervenciones psicosociales con familiares y cuidadores” sólo se menciona la posibilidad de intervenciones psicoeducativas y respiro a través de la creación de Centros Diurnos para personas con demencia, las cuales no se encuentran especificadas ni desarrolladas en la actualidad. Como se mencionó anteriormente estos centros especializados no logran abarcar la amplitud de la problemática en el país. Luego de analizar las políticas públicas actuales y los resultados de este estudio, es necesario im-

plementar de manera adecuada aquellas políticas con el fin de mejorar tanto la calidad de vida de la persona enferma, como del cuidador. Igualmente, Thumala et al. (2017) mencionan que es necesario que se conformen políticas sociales de una manera holística, donde se busque una conexión entre las intervenciones.

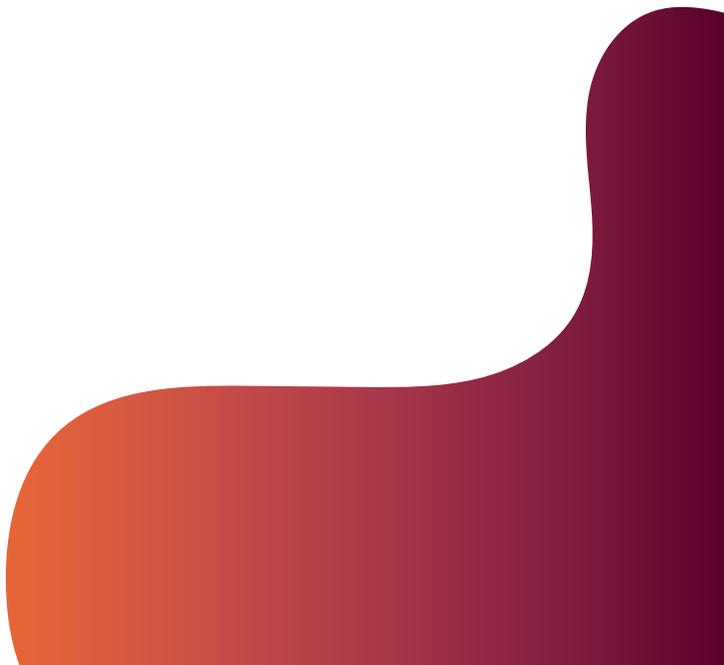
En este sentido, a continuación, se presentan algunas recomendaciones para la implementación del Plan Nacional de Demencia:

Dado el progresivo aumento la prevalencia de las demencias, se sugiere **augmentar su cobertura a nivel nacional**. Por ejemplo, en el extremo norte de nuestro país, no existe la atención, en el sistema público de salud, específicamente destinada a las personas con demencia y sus cuidadores. Por otra parte, se ha visto en las entrevistas realizadas, que los centros de atención primaria como los CESFAM, hospitales y otras instituciones, tienen un rol bimodal dependiendo de la presencia o ausencia de éstos. Cumplen una función facilitadora cuando se encuentran presentes y los usuarios recurren a su ayuda, ya sea para buscar información acerca de la enfermedad y sus síntomas, y/o apoyo para el cuidador. Sin embargo, de no contar con este servicio, se transforman en un obstaculizador.

Aumento del estipendio económico para las familias que enfrentan los cuidados de la persona mayor con demencia. Puesto que, generalmente, las labores de cuidado repercuten en el desarrollo laboral de los cuidadores, además de enfrentarse a diversos gastos económicos asociados al cuidado.

Los cuidadores varones suelen presentar diferentes sensaciones en cuanto al cuidado de las personas con demencia y esto se cruza el cuestionamiento de la sociedad cuando el rol de cuidador es asumido por un varón. Es por esto, que se hace necesario enfatizar la **sensibilización acerca la demencia en todos ámbitos de la sociedad, mostrando no sólo el estigma generado hacia la persona con demencia, sino también hacia el cuidador varón**.

Finalmente, se recomienda crear **protocolos de intervención para los cuidadores informales** con el objetivo de que se realicen intervenciones similares a nivel nacional, adaptadas al contexto local, y que el impacto de estas pueda ser medido y cuantificado.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CAPÍTULO 1:**Nutracéuticos y Psiquiatría Moderna: evidencia y nivel de conocimiento en profesionales de APS en Santiago de Chile, respecto a la relación entre nutrición y salud mental.**

Almeida, O. P., Ford, A. H., Hirani, V., Singh, V., McCaul, K., & Flicker, L. (2014). B vitamins to enhance treatment response to antidepressants in middle-aged and older adults: results from the B-VITAGE randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 450-457.

Andreeva, V. A., Whegang-Youdom, S., Touvier, M., Assmann, K. E., Fezeu, L., Hercberg, S., ... & Kesse-Guyot, E. (2014). Midlife dietary vitamin D intake and subsequent performance in different cognitive domains. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 65(1), 81-89.

Ankar, A., Bhimji, S. S. Vitamin, B12 (Cobalamin), Deficiency. (2017). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441923/>

Barker, I., Steventon, A., Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*, 356:j84. doi: 10.1136/bmj.j84. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28148478>

Brown, M. J., Beier, K. Vitamin, B6 (Pyridoxine), Deficiency. (2017). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470579/?report=classic>

Carmel, R. (2005). Folic Acid. En: *Modern Nutrition in Health and Disease*. M. Shils, M. Shike, A. Ross, B. Caballero and R. Cousins. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins: 470-481.

Castillo-Lancellotti, C., Margozzini, P., Valdivia, G., Padilla, O., Uauy, R., Rozowski, J., Tur, J. A. (2015). Serum folate, vitamin B12 and cognitive impairment in Chilean older adults. *Public Health Nutr*, 18(14):2600-8. doi:10.1017/S1368980014003206. Epub 2015 Jan 20. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600049>

Chen, H., Liu, S., Ji, L., Wu, T., Ji, Y., Zhou, Y., ... & Huang, G. (2016). Folic acid supplementation mitigates Alzheimer's disease by reducing inflammation: a randomized controlled trial. *Mediators of Inflammation*, 2016.

Clarke R, Smith AD, Jobst KA, Refsum H, Sutton L, Ueland PM. (1998) Folate, Vitamin B12, and Serum Total Homocysteine Levels in Confirmed Alzheimer Disease. *Arch Neurol*, 55(11), 1449-1455. doi:10.1001/archneur.55.11.1449. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/774437>

Chauhan, K., Bhimji, S. S. Vitamin, D. (2017). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441912/>

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. (2007). Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Recuperado de: <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>

Dussailant, C., Echeverría, G., Urquiaga, I., Velasco, N., & Rigotti, A. (2016). Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. *Revista médica de Chile*, 144(8), 1044-1052. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000800012>

Frandsen, T. B., Pareek, M., Hansen, J. P., & Nielsen, C. T. (2014). Vitamin D supplementation for treatment of seasonal affective symptoms in healthcare professionals: a double-blind randomised placebo-controlled trial. *BMC research notes*, 7(1), 528.

Fuentes, P., & Albala, C. (2014). An update on aging and dementia in Chile. *Dementia & Neuropsychologia*, 8(4), 317-322. <http://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000003>

Ghaderi, A., Banafshe, H. R., Motmaen, M., Rasouli-Azad, M., Bahmani, F., & Asemi, Z. (2017). Clinical trial of the effects of vitamin D supplementation on psychological symptoms and metabolic profiles in maintenance methadone treatment patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 79, 84-89.

Ghaleiha, A., Davari, H., Jahangard, L., Haghighi,

- M., Ahmadpanah, M., Seifrabie, M. A., ... & Brand, S. (2016). Adjuvant thiamine improved standard treatment in patients with major depressive disorder: results from a randomized, double-blind, and placebo-controlled clinical trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(8), 695-702.
- Gibson, G. E., Blass, J. P. (1999) Nutrition and Functional Neurochemistry. En: Siegel GJ, Agronoff BW, Albers RW, et al. (Ed.), *Basic Neurochemistry: Molecular, Cellular and Medical Aspects* (6ta ed). Philadelphia: Lippincott-Raven. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK28242/>
- Gowda, U., Mutowo, M. P., Smith, B. J., Wluka, A. E., & Renzaho, A. M. (2015). Vitamin D supplementation to reduce depression in adults: meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition*, 31(3), 421-429.
- Guzmán, B. 2009. Los nutracéuticos, lo que es conveniente. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/41127773/1._Nutraceuticos_-Birue-te_2009-.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1534059461&Signature=pudsdnrRuCRQmNC29Kwj5JsOQ94%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLos_nutraceuticos._Lo_que_es_conveniente.pdf
- Hankey, G. J., Ford, A. H., Yi, Q., Eikelboom, J. W., Lees, K. R., Chen, C., ... & Ricci, S. (2013). Effect of B vitamins and lowering homocysteine on cognitive impairment in patients with previous stroke or transient ischemic attack: a prespecified secondary analysis of a randomized, placebo-controlled trial and meta-analysis. *Stroke*, 44(8), 2232-2239.
- Hughes, C. F., Ward, M., Tracey, F., Hoey, L., Molloy, A. M., Pentieva, K., & McNulty, H. (2017). B-Vitamin intake and biomarker status in relation to cognitive decline in healthy older adults in a 4-year follow-up study. *Nutrients*, 9(1), 53.
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2008). Informe Programa de Fortificación de Harinas MINSAL-ISP-SEREMIS. Recuperado de http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento_tecnico/2010/08/INFORME%20FORTIFICACI%20C3%93N%20HARINAS%202008.pdf
- Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. (1998). *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline*. doi: 10.17226/6015. National Academies Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23193625?ga=2.101840193.1135259670.1535123068-1229834623.1532237471>
- Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. (2010). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: National Academy Press. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56061/>
- Johannessen, B., Skagestad, I., & Bergkaasa, A. M. (2011). Food as medicine in psychiatric care: which profession should be responsible for imparting knowledge and use of omega-3 fatty acids in psychiatry. *Complementary therapies in clinical practice*, 17(2), 107-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388110000563>
- Jungert, A., Spinneker, A., Nagel, A., & Neuhäuser-Berthold, M. (2014). Dietary intake and main food sources of vitamin D as a function of age, sex, vitamin D status, body composition, and income in an elderly German cohort. *Food & Nutrition Research*, 58, 10.3402/fnr.v58.23632. <http://doi.org/10.3402/fnr.v58.23632>
- Kaplan, B. J., Rucklidge, J. J., Romijn, A. R., & Dolph, M. (2015). A randomised trial of nutrient supplements to minimise psychological stress after a natural disaster. *Psychiatry research*, 228(3), 373-379.
- Kim, H., Kim, G., Jang, W., Kim, S. Y., & Chang, N. (2014). Association between intake of B vitamins and cognitive function in elderly Koreans with cognitive impairment. *Nutrition journal*, 13(1), 118.
- Lee, H. K., Kim, S. Y., & Sok, S. R. (2016). Effects of multivitamin supplements on cognitive function, serum homocysteine level, and depression of Korean older adults with mild cognitive impairment in care facilities. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), 223-231.
- Li, G., Mbuagbaw, L., Samaan, Z., Falavigna, M.,

Zhang, S., Adachi, J. D., ... & Thabane, L. (2014). Efficacy of vitamin D supplementation in depression in adults: a systematic review. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(3), 757-767.

Ma, F., Wu, T., Zhao, J., Han, F., Marseglia, A., Liu, H., & Huang, G. (2015). Effects of 6-month folic acid supplementation on cognitive function and blood biomarkers in mild cognitive impairment: A randomized controlled trial in China. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 71(10), 1376-1383.

Margozzini, P., Passi, A. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS Médica*, 49(1), 30-34. doi: 10.11565/arsmed.v43i1.1354. Recuperado de <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/viewFile/1354/1184>

Marsh, W. K., Penny, J. L., & Rothschild, A. J. (2017). Vitamin D supplementation in bipolar depression: A double blind placebo controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 95, 48-53.

Martel, J. L., Franklin, D. S. Vitamin, B1 (Thiamine). (2017). En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482360/>

MINSAL (2011.a). Manual de Programas Alimentarios. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf>

MINSAL (2011.b). Encuesta Nacional de Salud 2010. Recuperado de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/presentacio%C3%8C_nENS2010final-20-de-enero.pdf

MINSAL (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

MINSAL. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e-04001011f014e64.pdf>

MINSAL (2017.a). Encuesta Nacional De Sa-

lud 2016-2017. Primeros resultados. Recuperado de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/1%C2%BA-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.pdf

MINSAL (2017.b). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Acciones. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd-2b628460e04001011f01239d.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018.a). Documento segunda entrega de resultados Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017. Recuperado de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Minuta-Segunda-Entrega-de-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.31012018.pdf

MINSAL (2018.b). Resultados Vitamina D. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017. Recuperado de <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Resultados-Vitamina-D.pdf>

Penckofer, S., Byrn, M., Adams, W., Emanuele, M. A., Mumby, P., Kouba, J., & Wallis, D. E. (2017). Vitamin D Supplementation Improves Mood in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of diabetes research*, 2017.

Ramsey, D., & Uskin, P. R. (2013). Vitamin deficiencies and mental health: How are linked? Identifying and correcting deficiencias can improve brain metabolism and psychopathology. *Current Psychiatry*, 12 (1), 37. https://www.mdedge.com/sites/default/files/Document/September-2017/1201CP_Ramsey.pdf

Remington, R., Bechtel, C., Larsen, D., Samar, A., Doshanjh, L., Fishman, P., ... & Shea, T. B. (2015). A phase II randomized clinical trial of a nutritional formulation for cognition and mood in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 45(2), 395-405.

Resolución Núm. 87 exenta (2017). Aprueba arsenal farmacológico básico para los servicios de Atención Primaria de Salud. Santiago de Chile. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1099851>

Riumalló, J., Pizarro, T., Rodríguez-Osiac, L., Benavides, X. (2004). Programas de Suplementación Alimentaria y de Fortificación de Alimen-

tos con micronutrientes en Chile. *Cuad Méd Soc*, 43: 53-60. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/94a33f151f11a574e04001011f-0131dd.pdf>

Rommer, P. S., Fuchs, D., Leblhuber, F., Schroth, R., Greilberger, M., Tafeit, E., & Greilberger, J. (2016). Lowered levels of carbonyl proteins after vitamin B supplementation in patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neurodegenerative Diseases*, 16(3-4), 284-289.

Shaffer, J. A., Edmondson, D., Wasson, L. T., Falzon, L., Homma, K., Ezeokoli, N., ... & Davidson, K. W. (2014). Vitamin D supplementation for depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*, 76(3), 190.

Shankle, W. R., Hara, J., Barrentine, L. W., & Curole, M. V. (2016). CerefolinNAC therapy of hyperhomocysteinemia delays cortical and white matter atrophy in Alzheimer's disease and cerebrovascular disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54(3), 1073-1084.

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)*, 30(12):2437-48. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923. Epub 2011 Nov 9. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072063>

Sepehrmanesh, Z., Kolahdooz, F., Abedi, F., Mazroii, N., Assarian, A., Asemi, Z., & Esmaillzadeh, A. (2015). Vitamin D Supplementation Affects the Beck Depression Inventory, Insulin Resistance, and Biomarkers of Oxidative Stress in Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized, Controlled Clinical Trial, 2. *The Journal of nutrition*, 146(2), 243-248.

Stewart, R. C., Ashorn, P., Umar, E., Dewey, K. G., Ashorn, U., Creed, F., ... & Maleta, K. (2017). The impact of maternal diet fortification with lipidbased nutrient supplements on postpartum depression in rural Malawi: a randomised controlled trial. *Maternal & child nutrition*, 13(2), e12299.

Superintendencia de Seguridad Social (2017). Estadísticas de licencias médicas de origen co-

mún por enfermedades mentales - Año 2016. Recuperado de http://www.suseso.cl/607/articulos-85460_archivo_01.pdf

Téllez, A. (2017). Reforma y modelo de atención en APS. Simposio Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/ALVARO-TELLEZ.pdf>

Trincado, J., & Caneo, C. (2018). ¿Es efectiva la potenciación con folato para el trastorno depresivo mayor?. *Medwave*, 18(1):e7155 doi: 10.5867/medwave.2018.01.7155. Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/ResEpis/7156>

US Burden of Disease Collaborators. (2013). The State of US Health, 1990-2010. Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA*, 310(6), 591-606. doi:10.1001/jama.2013.13805. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1710486>

U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. 2011. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 24. Nutrient Data Laboratory Home Page.

Valenzuela B, A., Valenzuela, R., Sanhueza, J., & Morales I, G. (2014). Alimentos funcionales, nutraceuticos y foshu: ¿vamos hacia un nuevo concepto de alimentación? *Revista Chilena de Nutrición*. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182014000200011>

Venkatasubramanian, R., Kumar, C. N., & Pandey, R. S. (2013). A randomized double-blind comparison of fluoxetine augmentation by high and low dosage folic acid in patients with depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 150(2), 644-648.

Vetrani, C., Costabile, G., Di Marino, L., Rivellese, A. A. (2013). Nutrition and oxidative stress: a systematic review of human studies. *Int J Food Sci Nutr*, 64(3):312-26. doi: 10.3109/09637486.2012.738651. Epub 2012 Nov 2. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121370>

Wang, Y., Liu, X. J., Robitaille, L., Eintracht, S., MacNamara, E., Hoffer, L. J. (2013). Effects of vitamin C and vitamin D administration on mood and dis-

trass in acutely hospitalized patients. *Am J Clin Nutr*, 98(3):705-11. doi: 10.3945/ajcn.112.056366. Epub 2013 Jul 24. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23885048>

Wang, Y., Liu, Y., Lian, Y., Li, N., Liu, H., & Li, G. (2016). Efficacy of high-dose supplementation with oral vitamin D3 on depressive symptoms in dialysis patients with vitamin D3 insufficiency: a prospective, randomized, double-blind study. *Journal of clinical psychopharmacology*, 36(3), 229-235.

World Health Organization [WHO] & Alliance for Health Policy and Systems Research. (2017). Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Recuperado de <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>

WHO, OECD & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/272465>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Yan, J., Liu, Y., Cao, L., Zheng, Y., Li, W., & Huang, G. (2017). Association between duration of folic acid supplementation during pregnancy and risk of postpartum depression. *Nutrients*, 9(11), 1206.

Zhang, J., Zhang, P., Ni, X., Bao, B., Huang, C., Wu, Y., ... & Chen, J. (2014). Vitamin D status in chronic dialysis patients with depression: a prospective study. *BMC psychiatry*, 14(1), 125.

Zhang, D. M., Ye, J. X., Mu, J. S., & Cui, X. P. (2017). Efficacy of vitamin B supplementation on cognition in elderly patients with cognitive-related diseases: a systematic review and meta-analysis. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 30(1), 50-59.

CAPÍTULO 2:

Mejora en la percepción de tiempos de espera en paraderos del Transantiago.

Arcadis.(2017). Sustainable Cities Mobility Index 2017 Bold Moves. Recuperado de <https://www.arcadis.com/media/2/A/1/%7B2A10CFA0-3C38-4353-BA98-060B57319F7E%7DSustainable%20Cities%20Mobility%20Index%20Low%20res%2027-10.pdf>

Chile. Directorio de Transporte Público Metropolitano.(2018). Información del Sistema. Recuperado de <https://www.transantiago.cl/acerca-de-transantiago/informacion-del-sistema>

Chile. Directorio de Transporte Público Metropolitano.(2018). Transantiago 2014 – 2017: Un recorrido al mejoramiento del sistema. Recuperado de http://www.dtpm.cl/descargas/memoria/Memoria%202014-2017_web2.pdf

Chile. Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. (2015). Presentamos Resultado de Encuesta Origen Destino. Recuperado de <http://www.mtt.gob.cl/archivos/10194>

Chile. Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones.(2017).Resolución Ministerial n° 825: Plan maestro de infraestructura de transporte público 2016-2020, para la provincia de Santiago y las comunas de Puente alto y San Bernardo. Recuperado de <https://www.dtpm.cl/archivos/Res.%20Exenta%20N%C2%B0825-2017-PMITP%202016-2020.pdf>

Chile. Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. (2018). ¿Qué es el Sistema de Transporte Público de Santiago?. Recuperado de http://transantiago.cl/corporativo/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=32

Chile. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. (2018). Gobierno Regional Metropolitano de Santiago. Recuperado de <http://www.subdere.cl/divisi%C3%B3n-administrativa-de-chile/gobierno-regional-metropolitano-de-santiago>

Emol. (2017, 10 de febrero). A diez años del Transantiago: Las cinco falencias de las micros amarillas que el actual sistema logró corregir. Emol. Recuperado de <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2017/02/10/844243/A-diez-anos-del-Transantiago-Las-cinco-falencias-de-las-micros-amarillas-que-el-actual-sistema-logro-corregir.html>

Iseki, H., Smart, M., Taylor, B.D., Yoh, A. (2012). Thinking outside the bus. *Access* 40, 9–15. Recuperado de https://www.accessmagazine.org/wp-content/uploads/sites/7/2016/01/access40_outsidethebus.pdf

- Hess, Daniel. (2004). Waiting for the Bus. *Journal of Public Transportation*. Recuperado de <https://www.nctr.usf.edu/jpt/pdf/JPT%207-4%20Hess.pdf>
- Li, Y. (2003). Evaluating the Urban Commute Experience: A Time Perception Approach. *Journal of Public Transportation*, 6 (4): 41-67. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.829.2606&rep=rep1&type=pdf>
- Lavado, Joaquín (1970). Recuperado de <https://portal.andina.pe/EDPfotografia/Thumbnail/2014/03/15/000237339W.jpg>
- Moovit.(2016).Reporte Global sobre el Uso de Transporte Público en las Ciudades 2016. Recuperado de https://docs.wixstatic.com/ugd/658d28_dcbbaa3eefc40e694a79865896ef82d.pdf
- Moovit. (2016). Reporte Global sobre el Uso del Transporte Público en las Ciudades 2016: América Latina. Recuperado de https://docs.wixstatic.com/ugd/658d28_3e2a3912e66a4a7091f01c3e3ad81ca5.pdf
- Moovit.(2016). Reporte Global sobre el Uso de Transporte Público en las Ciudades 2016: USA. Recuperado de https://docs.wixstatic.com/ugd/658d28_064d97ffd307485e9388bba393d47d89.pdf
- Naciones Unidas. (2014). World Urbanization Prospects. Recuperado de <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>
- Ramos,Y.(2017).Medición de factores que inciden en el tiempo de percepción del tiempo de espera en paraderos del transantiago para apoyar la toma de decisiones por parte del Estado.(Tesis).Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recueperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/148341/Medicion-de-factores-que-inciden-en-la-percepcion-del-tiempo-de-espera-en-paraderos%20de%20Transantiago-para-apoyo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suárez, M.(2014). De las smart cities a los smart citizens. La ciudadanía frente a la tecnología en la construcción de resiliencia urbana. *Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*, 6(2), 121-128. Recuperado de http://www2.ual.es/urbs/index.php/urbs/article/view/suarez_casado/304
- Yoh, A., Iseki, H., Smart, M., & Taylor, B. (2011). Hate to wait: effects of wait time on public transit travelers' perceptions. *Transportation Research Record*.*Journal of the Transportation Research Board*, (2216), 116-124.DOI: 10.3141 / 2216-13
http://www.uab.cat/PDF/PDF_1340173438747_en.pdf
- El impacto de la participación en operaciones de paz en las instituciones del sector de seguridad y defensa en Chile: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes
- Abiew, F. K. (2003). NGO-military relations in peace operations. *International Peacekeeping*, 10(1), 24-39.
- Arias, J. (2011). Policía y Ejército brasileños ocupan ocho favelas de Río sin disparar un tiro. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2011/02/06/actualidad/1296946813_850215.html
- Arteaga, F. y Fojón, E. (2007). El planteamiento de la política de defensa y seguridad de España. Madrid: España. Recuperado de: https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/LIBRO__planeamiento.pdf
- Bachelet, M. (2015). Pdta Bachelet sobre mujeres en las FF.AA.: “Ellas son quienes amplían las fronteras de lo posible en las misiones de paz”. (GOB. cl, Entrevistador)
- Bahamondes, O. (2016). Empleo de las FF.AA en Operaciones Militares Distintas de la Guerra. Centro de Estudios Estratégicos ANEPE; Cuaderno de Trabajo N°01/2016. Recuperado de, <https://www.anepe.cl/wp-content/uploads/cuaderno-2016-N°01.pdf>
- Bellamy, J. & Williams, P. & Griffin, S. (2010). Understanding Peacekeeping.
- Berggren, A. W. (2002). Undercover Operations in No-women's Land. The Swedish Armed Forces through a Gender Lens. Anders W Berggren, Solhagavägen 36, S-163 52. Spånga, Sweden.
- Bolaños, J. (2014). Desastres naturales, seguridad y defensa en América Latina: evolución reciente del papel de los ejércitos. Recuperado de, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4989157.pdf>

Burgos, J. (2012). ¿Qué hacer con la Estrategia Nacional de Seguridad y Defensa?. En Ciper Chile. Recuperado de: <http://ciperchile.cl/2012/07/31/%C2%BFque-hacer-con-la-estrategia-nacional-de-seguridad-y-defensa/>

Cheyre, J.E. (2011). UNPKO and the Latin – American armed forces. En Heine, J & Thompson. (2011) Fixing Haiti: Minustah and Beyond, Part II: The United Nations at Work, p. 157 a 173.

Colom, G. (2017). Una revisión del planeamiento de la defensa por capacidades en España (2005-16). En Papeles de Europa, 30(1), 37-53. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PADE/article/viewFile/56335/50978>

Del Castillo, G. (2016) El Estado y Su Responsabilidad En El enfrentamiento De Emergencias y Catástrofes : Rol De La Defensa. Centro De Estudios Estratégicos. Cuaderno de trabajo N° 02/2016.

García Pino, G. & Montes, J. (2009). Modernización de la Defensa en Chile, 2006 - 2010. En UNISCI Discussion Papers, N°21, 80-105.

Gobierno de Chile. (2016). Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018. Unidad de Gestión del Sistema Nacional de Protección Civil - División de Protección Civil ONEMI. Recuperado de: https://siac.onemi.gov.cl/documentos/PLAN ESTRATEGICO_BAJA.pdf

Gobierno de Chile. (s.f). Plataforma de Reducción de Riesgos Naturales. Recuperado de: <http://www.onemi.cl/plataforma-de-reduccion-de-riesgos-de-desastres>

Gómez, J. A. (2017). Ministerio de Defensa Nacional. Recuperado de: <http://www.defensa.cl/temas-principales/no-hay-barreras-para-la-mujer-en-la-defensa-nacional/>

Holshek, C. J. (2005). Civil-Military Measures of Effectiveness: What's It All About? The Cornwallis Group X: Analysis For New And Emerging Societal Conflicts. Obtenido de http://www.ismor.com/cornwallis/cornwallis_2005/CX_2005_16-Holshek%20-%20CXv2-July11.pdf

Ejército de Chile (s.f). Presencia Internacional. Recuperado de: <https://www.ejercito.cl/?menu&cid=32>

El Mercurio (2018). Chile reduce presencia en la misión de paz de la ONU en la República Centroafricana. Recuperado de: <http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=03-04-2018%200:00:00&NewsID=560861&dtB=05-04-2018%200:00:00&BodyID=3&Paginald=5>

Emol. (2017). ¿Qué ganó Chile tras permanecer durante 13 años con tropas en Haití? Recuperado de: <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2017/03/09/848458/Que-gano-Chile-luego-de-enviar-tropas-durante-13-anos-a-Haiti.html>

Gobierno de Chile. (2009) Plan de Acción Nacional para la implementación de la Resolución del Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas 1325/2000. Santiago, Chile.

Gobierno de Chile. (2015) Plan de Acción Nacional para la implementación de la Resolución del Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas 1325/2000. Santiago, Chile.

Ministerio de Defensa de Chile. (2017). Libro de la Defensa Nacional. Recuperado de: <http://www.defensa.cl/media/LibroDefensa.pdf>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016) Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. Recuperado de: http://repositoriodigitalonemi.cl/web/bitstream/handle/2012/1710/POLITICA_NAC_2016_ESP.pdf?sequence=6

ONEMI. (2010). ONU Entrega al Subsecretario de ONEMI Informe Sobre Reducción de Riesgos en Chile. Recuperado de, <http://www.onemi.cl/noticia/onu-entrega-al-subsecretario-del-interior-y-al-director-nacional-de-onemi-informe-sobre-redu/>

Orosa, P. L. (30 de Abril de 2018). Es global. Obtenido de <https://www.esglobal.org/las-mujeres-se-convierten-en-imprescindibles-en-las-misiones-de-paz/>

Peña, G. & Griffiths, J. (2017). La participación de Chile en operaciones de paz: construyendo estabilidad. En: Academia Diplomática Andrés Bello Chile actor del sistema multilateral. Una tradición nacional, 109-140.

Puig, M. (2015). Planificación y diseño de la fuerza militar por capacidades: la importancia de una correcta comprensión y aplicación. En Centro de

Estudios Estratégicos ANEPE, 17, 1-21.

Pugh, M. (2001). The Challenge of Civil military Relations in International Peace Operations . *Disasters*, 25(4), 345-357.

Sauterel, M. (2015). Mujer, paz y seguridad: Implementación de la Resolución 1325. Santiago: ANEPE.

Slater Escanilla, E. (2010). Haití posdesastre. Memorial del Ejército de Chile N° 485. Recuperado de, http://www.cesim.cl/archivos%20memorial/2010-2017/2010/2010_2.pdf

Solar, C. (2017). Civil-military relations and human security in a postdictatorship, *Journal of Strategic Studies*. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01402390.2017.1358168>

Tagarev, T. (2009). Capabilities-based planning for security sector transformation. En *An International Journal*, 24, 27-35. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/228469741_Capabilities-Based_Planning_for_Security_Sector_Transformation

Troxell, J. (2001). Force planning and U.S. defense policy. En *U.S. army war college guide to strategy* (pp. 157-178). Recuperado de: <http://www.au.af.mil/au/awc/awcgate/army-usawc/strategy/12troxell.pdf>

UNISDR, (2016). Implementing the Hyogo Framework for Action in Europe: Advances and challenges 2005-2015. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/48254_hfareport2016.pdf

UNISDR, (sin fecha). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

UN News. (2010). Un assisting Chile in aftermath of massive quake. Recuperado de, <https://news.un.org/en/story/2010/03/330912-un-assisting-chile-aftermath-massive-quake>

Villanueva Mejía, N. (2017). Participación de la mujer militar de las fuerzas armadas de la República de Chile en las misiones para el mantenimiento y fomento de la paz y seguridad, Resolución

1325. Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile.

Vodanovic, P. (2016). Subsecretaría para las Fuerzas Armadas: “El compromiso del Ministerio es dejar una política de género actualizada”. (MIN-DEF, Entrevistador) Santiago, Santiago, Chile.

Willmot, Haidi. (2017). Improving U.N Situational Awareness: Enhancing the U.N's Ability to Prevent and Respond to Mass Human Suffering and to Ensure the Safety and Security of Its Personnel. Recuperado de: https://www.stimson.org/sites/default/files/file-attachments/UNSituationalAwareness_FINAL_Web.pdf

CAPÍTULO 3:

Fenómeno migratorio en Chile

(1) Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM (2017): La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. p. 31, Revisado el 3 de abril 2018. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

(2) Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Octogésima sexta reunión: La migración en un mundo globalizado. (2003). MC/INF/268, adaptado de la OIM. Informe sobre las Migraciones en el Mundo, OIM, Ginebra 2003. Revisado el 28 de junio 2018. Disponible en: http://governingbodies.iom.int/system/files/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/es/council/86/MCINF_268.pdf

(3) Solimano A, Allendes S. Migraciones internacionales, remesas y el desarrollo económico: la experiencia Latinoamericana. (2007) División de desarrollo económico. CEPAL. Revisado el 27 julio 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5426/S0700878_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(4) CEPAL. (2004). Migración Internacional, Derechos humanos y Desarrollo (pp. 320-4). Revisado el 27 julio 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4206/S2006047_es.pdf?sequence=1

(5) Organización Panamericana de la salud (OPS) (2006). Servicios de salud y acceso: La Sa-

lud de los migrantes. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13708:health-of-migrants&Itemid=2080&lang=es

(6) Organización de las Naciones Unidas (ONU). Refugiados y Migrantes: Definiciones. Disponible en: <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>

(7) Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM (2017): La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. p. 34, Revisado el 3 de abril 2018. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

(8) Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2) (pp. 23-12). Geneva: World Health Organization WHO. Revisado el 9 de Abril 2018. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

(9) OMS. Determinantes sociales de la salud. (2018). Revisado el 26 de abril 2018. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

(10) Gushulak B. Health, Health systems and Global Health. thematic discussion paper. Global consultation on Migrant Health: resetting the agenda. IOM, Sri Lanka 2017. p.16-2. Revisado el 6 abril Disponible en: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf

(11) Wilkinson, R. (2009). Chapter 16: Ourselves and others: for better or worse: social vulnerability and inequality. In M. Marmot & R. Wilkinson, Social Determinants of Health (1st ed.). Revisado el 24 de junio 2018. Disponible en: <http://www.oxfordscholarship.com.ezproxy.puc.cl/view/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001/acprof-9780198565895>

(12) Cabieses B. Bernaldes M. McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propues-

tas para políticas públicas. (2017). Revisado el 3 de abril 2018. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

(13) SICREMI. Chile - Síntesis histórica de la migración internacional en Chile. (2018). Revisado el 6 de abril 2018. Disponible en: <http://www.migracionoea.org/index.php/es/sicremi-es/17-sicremi/publicacion-2011/paises-es/85-chile-1-sintesis-historica-de-la-migracion-internacional-en-chile.html>

(14) Stefoni, C. (2017). Panorama de la migración internacional en América del Sur. (pp. 1-14). Santiago De Chile: CEPAL. Revisado el 26 de abril 2018. Disponible en: https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/eclac_america_del_sur_resumen_ejecutivo.pdf

(15) Cano, Verónica, & Soffia, Magdalena. (2009). Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. Papeles de población, 15 (61), 129-167. Revisado el 13 de agosto de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000300007&lng=es&tlng=es.

(16) Reportes Migratorios: Población migrante en Chile. (2017) Departamento de Extranjería y Migración, Ministerio del Interior de Chile. Revisado el 28 de junio 2018. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/09/RM_PoblacionMigranteChile.pdf

(17) Marroni, María da Gloria. (2016). Escenarios migratorios y globalización en América Latina: una mirada al inicio del siglo XXI. Papeles de trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural, (32), 126-142. Revisado el 8 de agosto de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082016000200007&lng=es&tlng=es.

(18) Cortés R. (2003). LA CRISIS ARGENTINA DE 2001-2002. Cuadernos de economía,40(121), 762-767. Revisado el 13 de julio 2018. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-68212003012100049>.

(19) Instituto Nacional de Estadísticas, INE. (2017). Resultados CENSO 2017, por país, región

y comuna. Revisado el 6 de abril 2018. Disponible en: <https://resultados.censo2017.cl/Home/Download#>

(20) Visas. Departamento de Extranjería y Migraciones, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Revisado el 24 de junio 2018. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/visas/>

(21) Gushulak B. Health, Health systems and Global Health. thematic discussion paper. Global consultation on Migrant Health: resetting the agenda. IOM, Sri Lanka 2017. p.10-14. Revisado el 6 abril Disponible en: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf

(22) James R. Hargreaves, Delia Boccia, Carlton A. Evans, Michelle Adato, Mark Petticrew, John D.H. Porter. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *Am J Public Health*. 2011; 101:654-662.

(23) Barillas E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud (1997) *Rev Panam Salud Pública* 1 (3): 246-4. Revisado el 4 de mayo 2018. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9104/0441.pdf?sequence=1>

(24) Becerril Montekio Víctor et al. Sistema de Salud de Chile. *Salud pública Mex.* [revista en internet]. 2011 ene [citado 2018 ab 06]; 53 (Suppl 2): s132-s142. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es

(25) Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición: ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello. Revisado el 25 de junio 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-IS-PAB-11.pdf>

(26) Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* 2015; 143: 774-13. Revisado el 24 de junio 2018. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>

(27) Cid Pedraza C. Problemas y desafíos del

seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a la ISAPRE y la solución funcional (2011). Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica de Chile. Revisado el 5 de abril 2018. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/problemas-y-desafios-del-seguro-de-salud-y-su-financiamiento-en-chile.pdf>

(28) Castillo Laborde et al. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Revista médica de Chile*, 144(11), 1456-1463. Revisado el 6 de abril 2018. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

(29) Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES). Superintendencia de Salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Revisado el 10 de junio 2018. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#a-cordeonAuge>

(30) Artaza Barrios et al. Redes Integradas de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS. 2011. Disponible en: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

(31) Guillou M et al. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev Med Chile* 2011; 139:559-11. Revisado el 5 de abril 2018. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500001

(32) Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud (2017). Revisado el 10 de junio 2018. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BABlico_Abril2017.pdf

(33) Larrañaga, O. (1997). Eficiencia y equidad en el Sistema de Salud Chileno. (pp. 9-31). Santiago de Chile: CEPAL. Revisado el 16 de abril 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5252-eficiencia-equidad-sistema-salud-chileno>

(34) INMIGRANTES. Síntesis de Resultados, Encuesta de Caracterización socioeconómica

nacional CASEN. (2015) Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Revisado el 4 de junio 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/casen_nmigrantes_2015.pdf

(35) Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo. OBIMID. La Migración en Chile: Breve Reporte y caracterización. (2016) Revisado el 6 de abril 2018. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf

(36) Lafortune J. Tessada J. Migrantes Latinoamericanos en Chile: Un panorama de su integración social, económica y financiera. (2016) Banco Interamericano de Desarrollo OBID. Disponible en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8024/Migrantes-latinoamericanos-en-Chile-Un-panorama-de-su-inclusion-social-economica-y-financiera.pdf?sequence=1>

(37) Mora C. Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en Latinoamérica. (2009) Universidad de Talca. Revista UNIVERSUM . N° 24 . Vol. 1. p 128-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/universum/v24n1/ART_08.pdf

(38) McDonald J, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine* 59 (2004) 1613–14.

(39) De Maio. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International Journal for Equity in Health* 2010, 9:27. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/27>

(40) Zepeda A. Malena L. La inmigración en Chile: una mirada desde los determinantes sociales de la salud. p.2-15. Investigación en curso. Revisada el 20 de Julio 2018. Disponible en: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT9/GT9_ZepedaAMalenaL.pdf

(41) Cabieses, B. (2018). Salud de personas migrantes internacionales en Chile. Presentación, Pontificia Universidad Católica de Chile, junio 2018, Santiago de Chile.

(42) Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013: Inmigrantes: Síntesis de Resultados. (2013). Revisado el 3 de mayo 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_01_marzo.pdf

(43) Ministerio de Salud. (2017) Anexo 3: Diagnóstico de población migrante. Revisado el 3 de Mayo 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-3-DIAGNOSTICO-DE-POBLACION-MIGRANTE.pdf>

(44) Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2): 167-75. Revisado el 3 de abril de 2018. doi: 10.17843/rp-mesp.2017.342.2510

(45) Cabieses B. et al. (2017) Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista Chilena de pediatría*. N° 6. Vol. 88. Disponible en : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000600707

(46) Leao LHDC. (2017, Jul 27), International migration, health, and work: an analysis of Haitians in Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saude Publica*. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000706001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

(47) Conway SH. (2016, Dec). Association between long work hours and poor self-reported general health among Latin American immigrant and native workers in the United States and Spain. *Am J Ind Med*. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajim.22633>

(48) Te Poel M1. (2017, Apr 26). The Impact of Work Demand and Gender on Occupational and Psychosocial Stress in Hispanic Farmworkers. *J Agric Saf Health*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6094363/>

(49) Bae SH. (2017, Oct). Work Hours of Immigrant Versus U.S.-Born Female Workers. *Workplace Health Saf*. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2165079916686358?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3A-crossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&

- (50) Ley 20.956. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 4 de noviembre de 1980
- (51) Ley 16.744. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 11 de julio de 1982
- (52) Izquierdo, Giannina, Reyes, Alejandra, Delpiano, Luis, Aravena, Marta, Cofré, Fernanda, Hernández, Mariluz, Labraña, Yenis, & Sandoval, Alejandra. (2017). Inmigración e impacto en la infectología de recién nacidos. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 374-376. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400374>
- (53) Izquierdo, Giannina, Reyes, Alejandra, Delpiano, Luis, Aravena, Marta, Cofré, Fernanda, Hernández, Mariluz, Labraña, Yenis, & Sandoval, Alejandra. (2017). Inmigración e impacto en la infectología de recién nacidos. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 375. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400374>
- (54) Yáñez del V, Álvaro. (2010). Tuberculosis en inmigrantes: Situación Chile-Perú. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 26(3), 161-164. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482010000300008>
- (55) Atxotegui J Migrar: duelo y dolor. Qué ganan y qué pierden los emigrantes al alejarse de su país. Informa ACIM N° 24. Associació Catalana per la Infancia Maltractada, 2001.
- (56) Shirane D. La Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación Racial (ICERD) y su comité (CERD): Una guía para actores de la sociedad civil. (2011) Naciones Unidas. p.1-7. Revisado el 6 de junio 2018. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CERD/ICERDManual_sp.pdf
- (57) Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). Informe Anual Situación de Derechos Humanos En Chile 2017 (pp. 8-27). Santiago de Chile. Revisado el 30 de Junio 2018. Disponible en: https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01_Informe-Anual-2017.pdf
- (58) Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). Informe Anual Situación de Derechos Humanos En Chile 2017 (pp. 21). Santiago de Chile. Revisado el 30 de Junio 2018. Disponible en: https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01_Informe-Anual-2017.pdf
- (59) Ortiz M, Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, et al. Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Rev Med Chile* 2016; 144: 1270-6. Revisado el 30 de junio 2018. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n10/art06.pdf>
- (60) Liberona. Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. (2015) *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Fronterizos*. Volumen XV (2) pp. 15-40. Revisado el 30 de junio 2018. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ssa/v15n2/art02.pdf>
- (61) Asamblea General de la ONU: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Resolución 217 A (III). París, 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- (62) Asamblea General de la ONU: Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, Resolución 2200 A (XXI). Nueva York, 19 de diciembre de 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ceschr.aspx>
- (63) Asamblea General de la ONU: Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, Resolución 5/158. Nueva York, 18 de diciembre de 1990. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cmw.aspx>
- (64) Ministerio del interior, Chile: Decreto Ley 1094, Establece normas sobre extranjeros en Chile. Santiago, 14 de julio de 1975. Disponible en: <http://bcn.cl/1uvty>
- (65) Ministerio del Interior, Chile: Decreto 597, Reglamento de Extranjería. Santiago, 14 de junio de 1984. Disponible en: <http://bcn.cl/1v0ae>
- (66) Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Chile: Constitución Política de la República. Santiago, 24 de octubre de 1980. Disponible en: <http://bcn.cl/1uva9>
- (67) Departamento de Extranjería y Migra-

ción, Chile: Oficio circular N° 1179. Santiago, 28 de enero de 2003. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2018/03/CIRC.1179.pdf>

(68) Departamento de Extranjería y Migración, Chile: Oficio circular N° 6232. Santiago, 26 de mayo de 2003. Disponible en: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2018/03/Circular_6232_mayo_2003_DEM.pdf

(69) Ministerio de Salud, Chile: Decreto N° 67 que modifica el Decreto N° 110 de 2004 y fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. Santiago, 29 de mayo de 2015. Disponible en: <http://bcn.cl/1uxp4>

(70) Ministerio de Salud, Chile: Oficio Circular A 15 N° 6 sobre atención de salud de personas migrantes. Santiago, 09 de junio de 2015. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2018/03/circular-A15-06-ministerio-de-salud-para-descarga.pdf>

(71) Departamento de Extranjería y Migración, Chile: Legislación Migratoria. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/legislacion-migratoria/>

(72) Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Manuel. Redes Integradas de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011. Revisado el 28 junio 2018. Disponible en: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

(73) Cabieses B. Bernales M. McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. (2017). Revisado el 6 de abril 2018. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

(74) Construcción política del sistema de salud chileno: La importancia de la estrategia y la transición: ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello. Revisado el 25 de Julio 2018. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Libro-IS-PAB-11.pdf>

(75) Metas 2011 - 2020 Elige Vivir Sano. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2011). Revisado el 24 de junio 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034ed-dbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

(76) Co-construcción de bienestar, calidad de vida y derechos en salud. Redes integradas de servicios de salud (RISS). Avances y desafíos de su implementación en Chile. (2017) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

(77) Lavados Montes, Claudio, & Gajardo Ugás, Alejandra. (2008). EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. *Acta bioethica*,14(2), 206-211. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200011>. Revisado el 24 de Julio 2018. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011

(78) Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Organización Panamericana de la Salud OPS. (2012). Revisado el 15 de junio 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>

CAPÍTULO 4:

El impacto de la participación en operaciones de paz en las instituciones del sector de seguridad y defensa en Chile: planificación de defensa, género y gestión de catástrofes.

Abiew, F. K. (2003). NGO-military relations in peace operations. *International Peacekeeping*, 10(1), 24-39.

Arias, J. (2011). Policía y Ejército brasileños ocupan ocho favelas de Río sin disparar un tiro. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2011/02/06/actualidad/1296946813_850215.html

Arteaga, F. y Fojón, E. (2007). El planteamiento de la política de defensa y seguridad de España. Madrid: España. Recuperado de: https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/LIBRO__planea-

miento.pdf

Bachelet, M. (2015). Pdta Bachelet sobre mujeres en las FF.AA.: "Ellas son quienes amplían las fronteras de lo posible en las misiones de paz". (GOB. cl, Entrevistador)

Bahamondes, O. (2016). Empleo de las FF.AA en Operaciones Militares Distintas de la Guerra. Centro de Estudios Estratégicos ANEPE; Cuaderno de Trabajo N°01/2016. Recuperado de, <https://www.anepe.cl/wp-content/uploads/cuaderno-2016-N°01.pdf>

Bellamy, J. & Williams, P. & Griffin, S. (2010). Understanding Peacekeeping.

Berggren, A. W. (2002). Undercover Operations in No-women's Land. The Swedish Armed Forces through a Gender Lens. Anders W Berggren, Solhagavägen 36, S-163 52. Spånga, Sweden.

Bolaños, J. (2014). Desastres naturales, seguridad y defensa en América Latina: evolución reciente del papel de los ejércitos. Recuperado de, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4989157.pdf>

Burgos, J. (2012). ¿Qué hacer con la Estrategia Nacional de Seguridad y Defensa?. En Ciper Chile. Recuperado de: <http://ciperchile.cl/2012/07/31/%C2%BFque-hacer-con-la-estrategia-nacional-de-seguridad-y-defensa/>

Cheyre, J.E. (2011). UNPKO and the Latin – American armed forces. En Heine, J & Thompson. (2011) Fixing Haiti: Minustah and Beyond, Part II: The United Nations at Work, p. 157 a 173.

Colom, G. (2017). Una revisión del planeamiento de la defensa por capacidades en España (2005-16). En Papeles de Europa, 30(1), 37-53. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PADE/article/viewFile/56335/50978>

Del Castillo, G. (2016) El Estado y Su Responsabilidad En El enfrentamiento De Emergencias y Catástrofes : Rol De La Defensa. Centro De Estudios Estratégicos. Cuaderno de trabajo N° 02/2016.

García Pino, G. & Montes, J. (2009). Modernización de la Defensa en Chile, 2006 - 2010. EN UNISCI Discussion Papers, N°21, 80-105.

Gobierno de Chile. (2016). Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018. Unidad de Gestión del Sistema Nacional de Protección Civil - División de Protección Civil ONEMI. Recuperado de: https://siac.onemi.gov.cl/documentos/PLAN_ESTRATEGICO_BAJA.pdf

Gobierno de Chile. (s.f). Plataforma de Reducción de Riesgos Naturales. Recuperado de: <http://www.onemi.cl/plataforma-de-reduccion-de-riesgos-de-desastres>

Gómez, J. A. (2017). Ministerio de Defensa Nacional. Recuperado de: <http://www.defensa.cl/temas-principales/no-hay-barreras-para-la-mujer-en-la-defensa-nacional/>

Holshek, C. J. (2005). Civil-Military Measures of Effectiveness: What's It All About? The Cornwallis Group X: Analysis For New And Emerging Societal Conflicts. Obtenido de http://www.ismor.com/cornwallis/cornwallis_2005/CX_2005_16-Holshek%20-%20CXv2-July11.pdf

Ejército de Chile (s.f). Presencia Internacional. Recuperado de: <https://www.ejercito.cl/?menu&cid=32>

El Mercurio (2018). Chile reduce presencia en la misión de paz de la ONU en la República Centroafricana. Recuperado de: <http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=03-04-2018%200:00:00&NewsID=560861&dtB=05-04-2018%200:00:00&BodyID=3&Paginald=5>

Emol. (2017). ¿Qué ganó Chile tras permanecer durante 13 años con tropas en Haití? Recuperado de: <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2017/03/09/848458/Que-gano-Chile-luego-de-enviar-tropas-durante-13-anos-a-Haiti.html>

Gobierno de Chile. (2009) Plan de Acción Nacional para la implementación de la Resolución del Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas 1325/2000. Santiago, Chile.

Gobierno de Chile. (2015) Plan de Acción Nacional para la implementación de la Resolución del Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas 1325/2000. Santiago, Chile.

Ministerio de Defensa de Chile. (2017). Libro de la Defensa Nacional. Recuperado de: <http://www.>

defensa.cl/media/LibroDefensa.pdf

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2016) Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. Recuperado de: http://repositoriodigitalonemi.cl/web/bitstream/handle/2012/1710/POLITICA_NAC_2016_ESP.pdf?sequence=6

ONEMI. (2010). ONU Entrega al Subsecretario de ONEMI Informe Sobre Reducción de Riesgos en Chile. Recuperado de, <http://www.onemi.cl/noticia/onu-entrega-al-subsecretario-del-interior-y-al-director-nacional-de-onemi-informe-sobre-redu/>

Orosa, P. L. (30 de Abril de 2018). Es global. Obtenido de <https://www.esglobal.org/las-mujeres-se-convierten-en-imprescindibles-en-las-misiones-de-paz/>

Peña, G. & Griffiths, J. (2017). La participación de Chile en operaciones de paz: construyendo estabilidad. En: Academia Diplomática Andrés Bello Chile actor del sistema multilateral. Una tradición nacional, 109-140.

Puig, M. (2015). Planificación y diseño de la fuerza militar por capacidades: la importancia de una correcta comprensión y aplicación. En Centro de Estudios Estratégicos ANEPE, 17, 1-21.

Pugh, M. (2001). The Challenge of Civil military Relations in International Peace Operations . Disasters, 25(4), 345-357.

Sauterel, M. (2015). Mujer, paz y seguridad: Implementación de la Resolución 1325. Santiago: ANEPE.

Slater Escanilla, E. (2010). Haití posdesastre. Memorial del Ejército de Chile N° 485. Recuperado de, http://www.cesim.cl/archivos%20memorial/2010-2017/2010/2010_2.pdf

Solar, C. (2017). Civil-military relations and human security in a postdictatorship, Journal of Strategic Studies. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01402390.2017.1358168>

Tagarev, T. (2009). Capabilities-based planning for security sector transformation. En An International Journal, 24, 27-35. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/228469741_

Capabilities-Based_Planning_for_Security_Sector_Transformation

Troxell, J. (2001). Force planning and U.S. defense policy. En U.S. army war college guide to strategy (pp. 157-178). Recuperado de: <http://www.au.af.mil/au/awc/awcgate/army-usawc/strategy/12troxell.pdf>

UNISDR, (2016). Implementing the Hyogo Framework for Action in Europe: Advances and challenges 2005-2015. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/48254_hfareport2016.pdf

UNISDR, (sin fecha). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

UN News. (2010). Un assisting Chile in aftermath of massive quake. Recuperado de, <https://news.un.org/en/story/2010/03/330912-un-assisting-chile-aftermath-massive-quake>

Villanueva Mejía, N. (2017). Participación de la mujer militar de las fuerzas armadas de la República de Chile en las misiones para el mantenimiento y fomento de la paz y seguridad, Resolución 1325. Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile.

Vodanovic, P. (2016). Subsecretaría para las Fuerzas Armadas: “El compromiso del Ministerio es dejar una política de género actualizada”. (MIN-DEF, Entrevistador) Santiago, Santiago, Chile.

Willmot, Haidi. (2017). Improving U.N Situational Awareness: Enhancing the U.N’s Ability to Prevent and Respond to Mass Human Suffering and to Ensure the Safety and Security of Its Personnel. Recuperado de: https://www.stimson.org/sites/default/files/file-attachments/UNSituationalAwareness_FINAL_Web.pdf

CAPÍTULO 5:

Buenas prácticas y trabajador mayor: desafíos y propuestas para el Mercado Laboral en Chile.

Abellán, A., Ayala, A. y Pujol, R. (2017). “Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 15, 48 p.

Barranco, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y Trabajo Social, (18), 57-74.

BBVA (2014). Guía de pensiones: Claves para hacer realidad tus sueños. Recuperado de: <https://www.jubilaciondefuturo.es/recursos/doc/pensiones/20131003/posts/guia-de-jubilacion-y-pensiones-bbva-pdf.pdf>. Visitado el 07/05/2018.

BBVA (2015). Situación España, Primer semestre 2015. Recuperado de: https://www.bbva-research.com/wp-content/uploads/2015/02/Situacion-Espana_1T15-R2.pdf. Visitado el 07/05/2018. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2003). Código del Trabajo. Chile. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=207436>. Visitado el 07/05/2018.

Brunner, J. (2001). Competencias de empleabilidad. Recuperado de www.geocities.com/brunner_cl/empleab.html. Visitado el 07/05/2018.

Cámara Chilena Norteamericana de Comercio. (2017). El adulto mayor en el mercado laboral: un desafío clave para el desarrollo del país. Recuperado de <https://www.amchamchile.cl/2017/10/el-adulto-mayor-en-el-mercado-laboral-una-tendencia-clave-para-el-desarrollo-del-pais/>. Visitado el 07/05/2018.

CELADE (2013). División de Población de la CEPAL: Estimaciones y proyecciones de población. Pp 1-4. Recuperado de: https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_Indicadores_Envejecimiento.pdf. Visitado el 11/05/2018.

CEPAL (s/f). Relación de dependencia. Recuperado de: https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Webhhelp/relacion_de_dependencia.htm

Chile. Instituto Nacional de Estadística. (2017). Infografía Brechas de género mercado laboral nacional. Recuperado de: http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/infografias/0_infografia_brecha_genero_mercado_laboral.pdf

Chile. Instituto Nacional de Estadística. (2015). "Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales". Recuperado de: [http://www.ine.cl/docs/default-source/laborales/ene/publicaciones/](http://www.ine.cl/docs/default-source/laborales/ene/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participacion%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salariales.pdf?sfvrsn=4)

[mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participacion%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salariales.pdf?sfvrsn=4](http://www.ine.cl/docs/default-source/laborales/ene/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participacion%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salariales.pdf?sfvrsn=4)

Cordero del Castillo, P. (2007). Situación social de las personas mayores en España. Recuperado de https://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/1493/HUM5_Art8.pdf?sequence=. Visitado el 16/05/2018.

Facultad de Administración y Economía Universidad de Santiago de Chile. (2016). Mercado Laboral, Adulto Mayor y Personas próximas a jubilar en Chile: Línea Base y Recomendaciones de Diseño Programático para los Sectores Comercio, Servicios y Turismo, con foco en Mujeres. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Mercado-laboral-adulto-mayor-y-personas-proximas-a-jubilar-en-Chile-2016.pdf>. Visitado el 22/05/2018.

Gobierno de España. (2016). Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid, España. Recuperado de: http://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/Informe_2016_personas_mayores.pdf. Visitado el 16/05/2018.

Herrera, Rojas, Kornfeld y Sánchez (2018). Trabajo y Personas Mayores: lineamientos para una política de inclusión laboral.. Visitado el 16/05/2018. INEGI (2015). Censo y conteos de población y vivienda. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>. Visitado el 23/05/2018.

Instituto Nacional de Estadística (2007). Enfoque estadístico: adulto mayor en Chile. Disponible en: <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>. Visitado el 23/05/2018.

Instituto Nacional de Estadísticas España (2017). Demografía y población. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=125473557298. Visitado el 16/05/2018.

Instituto Nacional de Estadística. (2017). Infografía Brechas de género mercado laboral nacional. Recuperado de: http://historico.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/infografias/0_infografia_brecha_genero_mercado_laboral.pdf. Visitado el 16/05/2018.

Instituto Nacional de Estadística. (2015). "Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales". Recuperado de: <http://www.ine.cl/docs/default-source/laborales/ene/publicaciones/mujeres-en-chile-y-mercado-del-trabajo---participaci%C3%B3n-laboral-femenina-y-brechas-salariales.pdf?sfvrsn=4>. Visitado el 16/05/2018.

Instituto Nacional de Estadísticas Chile (2017). Plan nacional de recopilación de estadísticas. Recuperado de: <http://www.ine.cl/docs/default-source/calidad-estad%C3%ADstica/minuta-informes/plan-de-recopilacion/plan-nacional-2017.pdf?sfvrsn=5>. Visitado el 18/07/2018.

Ministerio del Trabajo y Previsión social (2018). Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario. Recuperado de https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidadam_resultados_junio2018.pdf

Ministerio de Desarrollos Exteriores, ProChile. (2017). Guía País México. Recuperado de: <https://www.prochile.gob.cl/documento-biblioteca/guia-pais-mexico-2014/>. Visitado el 16/05/2018.
Oficina Comercial Italia, ProChile. (2017). Guía País Italia. Recuperado de: https://www.prochile.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/guia_pais_italia_2017.pdf

ONU. (2017). World populations prospect. Key findings and advances tables. Recuperado de: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf. Visitado el 05/05/2018.

Organización para la Cooperación y desarrollo económico, OECD. Live Longer, work Longer: A synthesis report. (2006). Recuperado de: <http://www.oecd.org/employment/livelongerworklonger.htm>. Visitado el 00/05/2018.

Organización para la Cooperación y desarrollo económico, OECD (2015). Los avances en materia de igualdad de género son demasiado lentos, dice OCDE. Recuperado de: <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/los-avances-en-materia-de-igualdad-de-genero-son-demasiado-lentos-dice-ocde.htm>. Visitado el 16/05/2018.

OTIC del Comercio, CEVE Centro UC y SENCE (2018) Trabajo y Personas Mayores en Chile. Lineamientos para una política de inclusión laboral. Disponible en <http://estudiosdevejez.uc.cl/images/documentos/Trabajo%20y%20Personas%20Mayores%202018.pdf>. Visitado el 16/05/2018.

Paz, J. (2010). Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf. Visitado el 16/05/2018.

Pérez, C. (2012). Movilidad ocupacional y sectorial en Chile. Universidad de Chile. Pp 1-60.

Ramos, E. (2016). Análisis de la participación laboral de los adultos mayores con base en un modelo logit. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232090/04_Ramos.pdf. Visitado el 16/05/2018.

Rentería, E y Jaramillo, V. (2013). Representaciones y acciones de los alumnos universitarios frente a la empleabilidad. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2462/5322>. Visitado el 17/05/2018.

Rincón, M., Gómez, S. & Rimbau, C. (2007). Políticas de ocupación, mercado laboral y envejecimiento: iniciativas y buenas prácticas, 23, 5-27. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.200723305. Visitado el 16/05/2018.

SENAMA (2015). Políticas públicas para las personas mayores en Chile. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/yeniro/propuesta-politica-publica-chile>. Visitado el 15/05/2018.

Suso, A. (2006). La relación con el empleo de los trabajadores mayores. Cuadernos de Relaciones Laborales, 24 (2), 66-98. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0606220029A>. Visitado el 11/05/2018.

Tulloni, P. (s.f). Trabajadores en edad avanzada y mercado laboral en Italia. Recuperado de: <http://grupo.us.es/sej322/congresofinal/ponencias/tulloni-italia.pdf>. Visitado el 16/05/2018.

CAPÍTULO 6:**Barreras y facilitadores de la adherencia al uso de audífono en personas mayores hipoacúsicas implementadas según ley GES en el sector público de salud.**

1. Bastías, G., y Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES), su origen y evolución. *Boletín escuela de medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(2), 51-58.
2. Bertoli, S., Staehelin, K., Zemp, E., Schindler, C., Bodmer, D. y Probst, R. (2009). Survey on hearing aid use and satisfaction in Switzerland and their determinants. *Int J Audiol*, 48(4): 183-95.
3. Cardemil, F., Barría, T., Aguayo, L., Esquivel, P., Rahal, M., Fuente, A., Carvajal, R., Fromin, R.M., y Villalobos, I. (2014). Assessment of the "Active Communication Education" program for audiological rehabilitation in patients with hearing loss users of hearing aids. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 74, 93-100.
4. Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenz, P., Guerrero, R., Lozano, R., Marten, R., y Sáenz, R. (2014). Universal health coverage in Latin America 2. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1248-59.
5. Creswell, J.W., y Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2ª edición. Los Angeles: SAGE.
6. Dalton, D.S., Cruickshanks, K.J., Klein, B.E., Klein, R., Wiley, T.L., y Nondahl, D.M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontologist*, 43(5), 661-8.
7. De la Revilla, A.L., Luna del Castillo, J., Bailón, M.E., y Medina, M.I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6(1):10-18.
8. Ekberg, K., Meyer, C., Scarinci, N., Grenness, C., y Hickson, L. (2015). Family member involvement in audiology appointments with older people with hearing impairment. *Int J Audiol*, 54(2), 70-6.
9. Fuentes-López, E., Fuente, A., Cardemil, F., Valdivia, G., y Albala, C. (2017). Prevalence and associated factors of hearing aid use among older adults in Chile. *Int J Audiol*, 56(11), 810-818.
10. Gates, G.A., Mills, J.H. (2005). Presbycusis. *The Lancet*; 366(24), 1111-20.
11. Herbst, K.G., y Humphrey, C. (1980). Hearing impairment and mental state in the elderly living at home. *Br Med J*, 281(6245), 903-5.
12. Ministerio de Salud de Chile (2004). *Ley 19.966 Régimen de Garantías en Salud*. Santiago de Chile, Chile, 2004. Último acceso 17 Agosto 2018. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0>
13. Ministerio de Salud de Chile (2010). *Encuesta Nacional de Salud (E.N.S)*. Último acceso 23 Agosto 2018. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
14. Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Guía Clínica AUGE: Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
15. McCormack, A., y Fortnum, H. (2013). Why do people fitted with hearing aids not wear them?. *Int J Audiol*, 52, 360-8.
16. Mueller, H., y Picou, E. (2010). Survey examines popularity of real-ear probe-microphone measures. *Hearing Journal*, 63(5), 27-32.
17. Olusanya, B.O., Ruben, R.J., y Parving, A. (2006). Reducing the burden of communication disorders in the developing world: an opportunity for the millennium development project. *JAMA*, 296(4), 441-4.
18. Preminger, J. (2003). Should significant others be encouraged to join adult group audiology rehabilitation classes?. *J Am Acad Audiol*; 14(10): 545-555.
19. Quiroga, P., Albala, C., y Klaasen, G. (2004). Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Revista Medica de Chile*.132, 467-478.
20. Saunders, G.H., Cienkowski, K.M., Forsline, A. y Fausti, S. (2005). Normative data for the

Attitudes towards Loss of Hearing Questionnaire. *J Am Acad Audiol*, 16(9), 637-52.

21. Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6): 705-14.

22. Smith, S.L., y West, R.L. (2006). The application of self-efficacy principles to audiologic rehabilitation: A tutorial. *Am J Audiol*, 15, 46-56.

23. Solheim, J. (2011). Preconceptions and expectations of older adults about getting hearing aids. *J Multidiscip Healthc*, 6(4):1-8.

24. Stephens, S., Callaghan, D., Hogan, S., Meredith, R., Meredith, R., y Davis, A. (1990). Hearing disability in people aged 50-65: Effectiveness and acceptability of rehabilitative intervention. *British Medical Journal*. 300(6723), 508-511.

25. Svard, I., Spens, K.E., Back, L., Ahlner, B.H., y Barrenas, M.L. (2005). The benefit method: fitting hearing aids in noise. *Noise Health*, 7: 12-23.

26. Patel, R. y McKinnon, B.J. (2018) Hearing Loss in the Elderly. *Clin Geriatr Med*, 34(2), 163-174.

27. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.228.

28. Upfold, L., Wilson, D. (1980), Hearing-aid distribution and use in Australia. The Australian Bureau of Statistics 1978 Survey. *Aust. J. Audiol*, 2, 31-36.

29. Weiss, C.E. (1973). Why more of the aged with auditory deficits do not wear hearing aids. *J. Am. Geriatr. Soc*, 21, 139-141.

30. World Health Organization. (2014). Deafness and hearing loss. Fact sheet N°300 Updated February 2014. Último acceso 17 Agosto 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>

31. Yueh, B., Shapiro, N., MacLean, C.H., y Shekelle, P.G. (2003). Screening and manage-

ment of adult hearing loss in primary care: scientific review. *JAMA*, 289(15), 1976-85.

CAPÍTULO 7:

Vivencias de la maternidad en mujeres privadas de libertad.

Abauza Forero, C. I., Paredes Álvarez, G., Mendoza Molina, M., & Bustos Beníte, P. (2016). Familia y privación de la libertad en Colombia. Editorial Universidad del Rosario.

Almeda, E., & Di Nella, D. (2017). Mujeres y cárceles en América Latina. Perspectivas críticas y feministas. *Papers*, 102(2), 183-214. Recuperado de: [doi:10.5565/rev/papers.2335](https://doi.org/10.5565/rev/papers.2335)

Antony, C. (2007). Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina. Nueva sociedad, 208, 73-85.

Azaola, Elena, (2013) Mujeres presas por delitos del fuero federal en México, en: Juan A. Cruz Parceroy y Rodolfo Vázquez, Coordinadores, Las Mujeres a través del Derecho Penal, Suprema Corte de Justicia de la Nación – Editorial Fontamara, México D.F., p.p 153-166.

Bardin, L. (1991). Análisis de contenido (Vol. 89). 3ª edición. Ediciones Akal, S.A. Madrid, España.

Becker, H. S. (1971). Los extraños: sociología de la desviación. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.

Cárdenas, A. (2011). Mujeres y Cárcel: Diagnóstico de las necesidades de grupos vulnerables en prisión. Universidad Diego Portales.

Cerezo, A. (1998). El homicidio en la pareja. *Boletín criminológico*, 37, 1-4.

Centro de políticas públicas UC (2017). Sistema carcelario en Chile: propuestas para avanzar hacia una mayor efectividad y reinserción. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2017/05/Art%C3%ADculo-Sistema-carcelario-en-Chile.pdf>

Constant, C. (2016). Pensar la violencia de las mujeres. La construcción de la figura delincuente. *Política y Cultura*, 46, 145-162. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018877422016000200145&script=sci_abstract

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989). UNICEF. Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.unicef.org/paraguay/spanish/py_convencion_espanol.pdf
- Cornejo, M., Besoain, C., & Mendoza, F. (2011). Desafíos en la generación de conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea. In *Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 12, No. 1, p. 30). Art. 9.
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.
- Cortázar, A., Fernández, P., Léniz, I., Quesille, A., Villalobos, C. & Vielma, C., (2015). ¿Qué pasa con los hijos de madres encarceladas? Cómo amortiguar los efectos nocivos para los niños cuyos padres están privados de libertad. Recuperado de: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=117002&prmlTIPO=DOCUMENTOCOMISION>.
- Cruz, N., Morales, E., Ramírez, L. (2010) Mujeres en prisión: una experiencia de sentido y de significado. *Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 69, 67-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348726004>
- DIPRES. (2017). Reporte Monitoreo de Programas e Iniciativas Programáticas. Recuperado de http://www.dipres.gob.cl/597/articles-169885_doc_pdf.pdf
- ENMARCHA (2018) Quiénes somos. Recuperado de: <https://www.enmarcha.cl/quienes-somos/quienes-somos-2/>
- Espinoza, O. (2016). Mujeres Privadas De Libertad: ¿Es posible su reinserción social?. *Caderno CRH*.
- Forselledo, A. G. y, Sbarbaro, V. E. (1994). Consumo de Drogas y Familia. Situación y Factores de Riesgo. *Asoc. Uruguayana Prev. Alcoholismo. Inst. InterAm. Niño/OEA*.
- Fuentes, Y. T. R. (2017). Influencia de los Factores Psicosociales de Contexto en la Conducta Delictiva de los Menores Infractores del Centro de Formación Juvenil de los Patios. *Summa Iuris*, 4(2), 264-285.
- Fuller, N. (2008). La perspectiva de género y la criminología: una relación prolífica. *Tabula Rasa*. García, E. (2014). Delincuencia de inmigrantes y motivaciones delictivas. In *Dret: Revista para el Análisis del Derecho*, Vol. 4, pág. 1-21.
- García, M. (2012). Estudio multidisciplinario de las causas de la conducta delictiva de la mujer en Jalisco (México) desde la perspectiva socio-jurídica y criminológica. *Clío & Crimen: Revista del Centro de Historia del Crimen de Durango*, (9), 571-598.
- García-Pablos, A. (2009). *Tratado de Criminología*. Valencia, Tirant lo Blanch.
- Gendarmería de Chile (2016). Compendio Estadístico Penitenciario. Recuperado de https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/compendio_2016/COMPENDIO_ESTA_PENITENCIARIO_2016.pdf
- Gendarmería de Chile (2016). Informe: Cuenta Pública Participativa. Recuperado de https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/Informe_CPP.pdf
- Gendarmería de Chile (2016). Reporte Monitoreo de Programas e Iniciativas Programáticas. Ministerio de Justicia: Dirección de Presupuesto. Recuperado de: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-169885_doc_pdf.pdf
- Gendarmería de Chile (2018). Estadística de Población Penal Atendida. Recuperado de: http://www.gendarmeria.gob.cl/estadisticas_pobpenal.jsp
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Recuperado de: http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf
- Guedes, M. A. (2006). Intervenciones psicosociales en el sistema carcelario femenino. *Psicología: Ciencia y Profesión*, 26(4), 558-569.
- Giacomello, C. (2013). Mujeres, delitos de drogas y sistemas penitenciarios en América Latina. *International Drug Policy Consortium*
- Hernández R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. Recuperado de: <https://investigar1.files.wor>

dpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. 5ª ed., México, McGraw Hill, 613 p.

Proceso de socialización y síntomas del estado de ánimo en delincuentes juveniles privados de libertad. Anuario de psicología clínica y de la salud.

Hernández, G. T., & González, Á. R. (2004). Características sociales y familiares vinculadas al desarrollo de la conducta delictiva en pre-adolescentes y adolescentes. Cuadernos de trabajo social, 17, 99-115.

Herrero, S. y J. L. León Fuentes. (2006). Proceso de socialización y síntomas del estado de ánimo en delincuentes juveniles privados de libertad. Anuario of Clinical and Health Psychology, 2, 65-76.

Illescas, S. R. (2008). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). Revista española de investigación criminológica, 6, 1-53.

Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1996). Conducta antisocial evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Ediciones Pirámide.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación, 7(7), 19-40.

Martínez Lanz, P., Carabaza, R., & Hernández, A. (2008). Factores de riesgo predisponentes a la delincuencia en una población penal femenina. Enseñanza e investigación en psicología, 13(2).

Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes, 22(1), 98-109.

Malacalza, L. (2015). Gobernabilidad y violencia: acerca del ejercicio de la maternidad en las cárceles bonaerenses. Derecho y Ciencias Sociales, 12, 154-16.

Ministerio de Desarrollo Social (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales: Conozca a su hijo. Recuperado de: [\[do.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primerasubcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20\\(26-9\\)/Conozca%20a%20Su%20Hijo\\(Seguimiento\\).pdf\]\(http://do.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primerasubcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Des.%20Social/Subsecretar%C3%ADa%20Servicios%20Sociales%20\(26-9\)/Conozca%20a%20Su%20Hijo\(Seguimiento\).pdf\) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos \(2017\). Política pública de reinserción social 2017. Recuperado de: \[http://www.minjusticia.gob.cl/media/2017/12/Politica-Publica-Reinsercion-Social-2017_vd.pdf\]\(http://www.minjusticia.gob.cl/media/2017/12/Politica-Publica-Reinsercion-Social-2017_vd.pdf\)](http://www.sena-</p></div><div data-bbox=)

Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Development & Psychopathology, 13, 355-375.

Oficio N°25 (2017). Informe Proyecto Ley. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=11587&prmBoletin=11073-07

Olmos, C. Y. (2007). Mujeres en prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demandas. Revista española de investigación criminológica, 5, 1-23.

Olvarría, J., Casas, L., Valdés, T., Valdés, X., Molina, R., Bengoa, A., Camplá, X., Gutiérrez, C., Mellado P., (2011) Estudios y capacitación: Los parricidios y homicidios imputados a mujeres. Defensoría penal pública.

Paíno, S., Muro de Araújo e Gama, A., & Díaz, F. (2007). Vivencia de la maternidad en la privación de libertad y niveles de ansiedad. Un estudio en el Centro Penitenciario de Odemira (Portugal). Anuario de psicología jurídica, 17.

Pinese, C. S. V., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2010). Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. Annals of General Psychiatry, 9(34), 1-7. doi:10.1186/1744-859X-9-34

Ramírez, J., Rojas, M., & Rojas, A. G. (2012). Mujeres delincuentes en Colombia: una aproximación a su caracterización y visibilización. CERAC-Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos. Recuperado de http://www.cerac.org.co/assets/pdf/Other%20publications/CERAC_WP_17.pdf

Redondo S., & Pueyo. A. (2007). La psicología de la delincuencia. Papeles del psicólogo, 28(3). Reyes Quilodrán, C. (2014). ¿Por Qué las Adoles-

- centes Chilenas Delinquen?. *Política Criminal*, 9 (17), 01-26. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992014000100001>
- Rivera, R. & Cahuanan, M. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa, Perú. *Actualidades en Psicología*, 30 (120) pp. 85-97. Instituto de Investigaciones Psicológicas Jan sosé: Costa Rica.
- Naciones Unidas (2011). Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/justice-andprison-reform/crimprevention/65_229_Spanish.pdf
- Safranoff, A., Tiravassi, A. (2018). Mujeres en contextos de encierro en América Latina: Características y factores de riesgo asociados a determinados comportamientos delictivos. Inter-American Development Bank.
- Salgado, A (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=en
- Sepúlveda R., (2016). El exitoso programa de rehabilitación en cárceles chilenas: sólo tiene 10% de reincidencia. Lugar de publicación: Bío Bío Chile. Recuperado de: <https://www.biobiochile.cl/especial/noticias/reportajes/reportajes-judicial/2016/09/28/el-exitoso-programa-de-rehabilitacion-en-carceles-chilenas-solo-tiene-10-de-reincidencia.shtml>
- Sepúlveda, L., Tobar, P, y Pedraza, N (2009). Madres privadas de libertad: percepción frente a un eventual ingreso al ciclo delictivo de hijos/as adolescentes. *Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios*, (14), 11.
- Sánchez, M. N. (2004). La mujer en la teoría criminológica. *Revista de Estudios de Género*, 20, 240-266.
- Safranoff, A., & Tiravassi, A. (2018). Mujeres en contextos de encierro en América Latina: Características y factores de riesgo asociados a determinados comportamientos delictivos. Inter-American Development Bank.
- Salas, Y. (2018) Ley para bloquear señal celular en cárceles regirá 9 meses después de creado su reglamento. Chile: La Nación. Recuperado de: <https://www.nacion.com/el-pais/politica/ley-para-bloquear-senal-celular-en-carceles-regira/MWTY4ZHABZF5XCA2RFNCALA43U/story/>
- Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta de moebio*, (49), 1-10.
- Shamai, M. & Kochal, R.B. (2008). Motherhood starts in prison: The experience of motherhood among women in prison. *Family Process*, 47(3).
- Stenglein, G. (2012). Condición femenina y delincuencia: estudio comparado hispano-alemán y una propuesta sistémica europea. Doctoral dissertation, Universidad Camilo José Cela.
- Taylor, R. (2004). *Women in Prison and Children of Imprisoned Mothers*. Quaker United Nations Office.
- Torres, E. (2008). The social construction of maternity as seen by women who were pregnant or women who gave birth while incarcerated and by staff of the Escuela Industrial para Mujeres de Vega Alta (Disertación). University of Puerto Rico, Puerto Rico.
- Vargas Murga, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Medica Herediana*, 28(1), 48-58.
- Valles, M. (2000.) *Técnicas cualitativas en investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociología.
- Yugueros, A. (2013). La delincuencia femenina: una revisión teórica. FORO. *Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales*, Nueva Época, pp. 311-316.
- Zaffaroni, R. (1993). La mujer y el poder punitivo. En E. Zaffaroni, *Vigiladas y Castigadas* (pág.17 y ss.). Lima: CLADEM.

CAPÍTULO 8:**Presencia de arbolado alergénico en áreas verdes de la Región Metropolitana: ¿un mal evitable?**

Alfaya, T., Drago, M., Belmonte, J., Benjumbeda, A., Cardona, V., Chaparro, A., Conde, J., Toral, A., Miranda, E., Fernandez, L., Garcia, P., Guilarte, M., Jerez, M., Lopez, G., Luengo, O., Marquez, Ll., Marti, E., Picado, C., Prieto, R., Ranea, S., Rodriguez, R., Roure, J., San Miguel, M., Subiza, J., Valero, A. y Viña, M., (2002) Polinosis. Polen y alergia, Madrid, España, mra ediciones, S.L.

Altamirano H. (2006) *Prosopis chilensis* (Molina) Stuntz. En: Donoso C (ed) Las especies arbóreas de los bosques templados de Chile y Argentina. Autoecología: 528.

Alvarado A., Baldini A. & Guajardo F. (2013). Árboles urbanos de Chile: Guía de reconocimiento (2° ed.). Santiago de Chile: Maval Ltda.

Arruda Chaves, E. (2004) Pruebas diagnósticas en alergia y su utilidad clínica. Revista Medica Hered Vol. 15 No. 2

Bahamonde, C., Stuardo, V., Hott-Harvey, B., Manríquez, J. y Mardones, P. (2014). Enfermedad meningocócica en la Región Metropolitana de Chile y su correlación con factores ambientales. Revista chilena de infectología, 31(6), 645-650. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600001

Beatley, T. (2011). *Biophilic cities: Integrating nature into urban design and planning*. Washington, D.C.: Island Press.

Benedetti, G., Duval, V., Campo, A. y Barrionuevo, L. (2013) El aeropolen en la ciudad de Bahía Blanca (Argentina): aportes para gestión del arbolado público desde la selección de especies. Revista de la Asociación Argentina de Ecología de paisajes, 4(2), 199-210.

Benedetti, G., Sastre, B. y Campo, A. (2014). Calendario polínico de especies potencialmente alergénicas y su relación con parámetros meteorológicos en villa ventana, provincia de buenos aires, Neuquén. Universidad Nacional del Comahue. Disponible en internet: http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12395/CONICET_Digital_Nro.15532.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Benoit, I. (1989). Libro rojo de la flora terrestre de

Chile. CONAF., Santiago, Chile.

British Broadcasting Corporation (BBC). (2015). Denmark: Birch planting halted to aid allergy sufferers. Recuperado de <https://www.bbc.com/news/blogs-news-from-elsewhere-34842763>

Centro Nacional de Farmacoeconomía (CENAFAR). (Diciembre 2012). Medicamentos en Chile: Revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos. Recuperado de: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/EstudioMedicamentos-22012014A.pdf>

Codoceo, F. (2012). Guía Urbana de Santiago: Parque Quinta Normal. Recuperado de: <http://www.plataformaurbana.cl/archive/2012/12/11/guia-urbana-de-santiago-parque-quinta-normal/>

Codoceo, F. (2012). Guía Urbana de Santiago: Parque Araucano. Recuperado de: <http://www.plataformaurbana.cl/archive/2012/09/25/guia-urbana-de-santiago-parque-araucano/>

Comunidad de Madrid. (s.f.). Polen y salud: vigilancia e información. Recuperado de: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/polen>

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2011). Más que un estornudo. Recuperado de: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Material%20Formativo%20Alergia.pdf>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Alergia e Inmunología del Sur (IAIS).

Cooperative European Community of Health Science Providers (CECHSP). (s.f.) Profiles: Oak (Quercus). Recuperado de: <https://www.polleninfo.org/ES/en/allergy/profiles/oak.html>

Dobbs C., Escobedo F. y Miranda M. (2018). Árboles nativos, del bosque esclerófilo, hacen aporte a la descontaminación del aire. Proyecto GEF Montaña. Seminario contribución del bosque esclerófilo a la descontaminación del aire, Santiago, Chile.

Ellena, M. (2010). Polinización y manejo del ave llano europeo. INIA. Recuperado de: https://www.opia.cl/static/website/601/articles-75008_archi

vo_01.pdf

Díaz-Vaz, J. (1993). Ficha forestal. *Aliso. Lignum*, 11, 24. Estay, P. (2012). Polinización e importancia del manejo de la abeja, en especies frutales con necesidades entomófilas. En (Estay, P. Ed.) *Abejas: polinización según especie objetivo*, Instituto de Investigaciones Agropecuarias, Boletín INIA N° 235. Santiago, Chile. 164 pp.

Gastaminza, G. (2003). Alergia a polen de pino: ¿sólo en Euskadi?. *Sancho el sabio: Revista de cultura e investigación vasca*, ISSN 1131-5350, N° 18, 2003, pags. 105-120.

Gastaminza, G., Bernedo, N., Uriel, O., Audicana, M. T., Echenagusia, M. A., Fernández, E. y Muñoz, D. (2005). Alergia al polen de las oleáceas en un lugar donde no hay olivos. *Alergología e inmunología clínica*, 20 (4), 137-138. Recuperado de <http://revista.seaic.org/agosto2005/131.pdf>

Gelber, L., Seltzer, L., Bouzoukis, J., Pollart, S., Chapman, M. y Platts-Mills, T. (1993). Sensitization and exposure to indoor allergens as risk factors for asthma among patients presenting to hospital. *Revisión americana de la enfermedad respiratoria*, 147(3), 573-578.

Green, D. (20110). Metodologías de selección de árboles urbanos. *Revista mundo forestal* 21, 18-20.

Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino de España. (2011). *Naturaleza y sociedad. El valor de los Espacios Verdes Urbanos*. Recuperado el 13 octubre, 2018, de https://www.mapama.gob.es/es/ministerio/servicios/publicaciones/NATUR%20Y%20SOCIEDAD_primeras%20p%C3%A1ginas_tcm30-101469.pdf

González C. (2018, 20 marzo). El 86% de los árboles de Santiago corresponde a especies exóticas. Recuperado el 27 octubre, 2018, de <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/86-los-arboles-santiago-corresponde-especies-exoticas/105361/#>

Hernández, J. (2008). La situación del arbolado urbano en Santiago. *Revista Urbanismo*, (18). Recuperado el 30 de Agosto de 2018, de https://web.uchile.cl/vignette/revistaurbanismo/CDA/urb_simple/0,1310,SCID%253D21181%2526SID%253D734%2526ID%253D2%2526ACT%253D0%2526PRT%253D21177,00.html

253D0%2526PRT%253D21177,00.html

Guidos, G. A. y Almeida, V. M. (2005, mayo) Polinosis y aeroalergenos. Recuperado el 08 septiembre, 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/alerxia/al-2005/al052a.pdf>

Gutierrez, P. (2006). 84 árboles para las ciudades de Chile. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Mayor.

Hieronymus, J. (1882). *Plantas diafórica*. (1a ed.). Buenos Aires, Argentina: Atlántida.

Hoffmann, A. (1998). *Flora Silvestre de Chile, Zona Central* (4° ed.). Santiago, Chile: Ediciones Fundación Claudio Gay.

Hoffmann, A. (2010). *El árbol urbano de Chile* (3a ed.). Santiago, Chile: Ediciones Claudio Gay. Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades (LOCM) ID Norma Chilena 251693. (2006). Ministerio del Interior. Santiago, Chile.

Loewe, V. y González, M. (2001). Antecedentes generales. En V. Loewe y M. Gonzalez, *Nogal común (Junglans regia)* (1a ed., pp. 11-30). Santiago, Chile: Editorial Pacifico.

Loureiro, G., Rabaca, M., Blanco, B., Andrade, S., Chieira, C. y Pereira, C. (2005). Aeroalergens sensitization in an allergic paediatric population of Cova da Beira, Portugal. *Allergología et immunopathología*, 33 (4) , 192-198.

Mardones, P., Donoso, D., Rocha, C., Córdova, J. y Grau, T. (2011). Caracterización y registro del polen atmosférico en la ciudad de Temuco. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 27(1), 7-15.

Martín, P., Ancillo, A., Noche, C., Vivas, A., Soler, J. y Nolla, J. (2005). Sensibilización a polen de castaño y polinosis en el norte de Extremadura. *Allergología et immunopathología*, 33(3), 145-150.

Ministerio de Mmedio Aambiente. (2013, 25 de Enero). Recuperado el 20 de Ooctubre de 2018, de http://www.mma.gob.cl/clasificacionespecies/fichas9proceso/FICHAS_INICIO_9o_PROCESO_PDF/Prosopis_chilensis_2711.pdf

Ministerio de salud [MINSAL]. (s.f). *Medicamentos herbarios tradicionales: Boldo*. Recuperado el

22 de octubre, 2018, de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7d983cf52cb98bd6e04001011e-011da0.pdf>

Espinoza, M. (2018, 17 de Agosto). Ministro Walker recibe propuesta de ONG para fortalecer “Ley Arbolito”. Recuperado el 2 de Noviembre de 2018, de <https://www.minagri.gob.cl/noticia/ministro-walker-recibe-propuesta-de-ong-para-fortalecer-ley-arbolito/>

Espinoza, M. (2018, 17 de Agosto). Ministro Walker recibe propuesta de ONG para fortalecer “Ley Arbolito”. Recuperado el 2 de Noviembre de 2018, de <https://www.minagri.gob.cl/noticia/ministro-walker-recibe-propuesta-de-ong-para-fortalecer-ley-arbolito/>

Munuera, A., Munuera, M. y Martínez, M. (2017). Potencial alergénico de los espacios verdes del barrio de Santa María de Gracia. *Anales de la Biología*, 39, 177-190. Recuperado el 20 de Octubre de 2018 , de https://www.um.es/analesdebiologia/numeros/39/PDF/39_2017_18.pdf

O’Ryan R. y Larraguibel L. (2000). Contaminación del aire en Santiago: ¿qué es, qué se ha hecho, qué falta?. *Revista Perspectivas*, 4(1), 153-191. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de <http://www.dii.uchile.cl/~Revista/ArticulosVol4-N1/ORyan-R%20y%20Larraguibel-L.pdf>

Pastene, P. (2018). Comunicación personal.

Pelta, R y Beitia, J. (2006). Síndrome de alergia oral y entidades afines. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 101-109. Recuperado el 30 de Octubre de 2018, de https://www.aepap.org/sites/default/files/alergia_alimentaria.pdf

Puiggros, A. (2012). Prevalencia de sensibilización a los pólenes de los árboles plantados en la ciudad de Barcelona (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 17 de Octubre de 2018, de http://lap.uab.cat/aerobiologia/general/pdf/thesis/2012_Thesis_A_Puiggros_Casas.pdf

Hernandez, J. (2008). La situación del arbolado urbano en Santiago. *Revista Urbanismo*, (18). Recuperado el 30 de Agosto de 2018, de Pla, J. (1958). Papilionáceas y aceráceas. En *Aeropalinología gerundense*. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AnnalsGironins/article/view->

File/53658/64080

Rodríguez, M. (2000). Rinitis alérgica. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24 (1),1-8. Recuperado el, agosto de 2018, de: <https://docplayer.es/6365440-Rinitis-alergica-rodruiguez-mosquera-m.html>

Rojas, G. (2015, 1 de julio). Árboles urbanos, Museo Nacional de Historia Natural. Recuperado el 26 de octubre 2018, de : <http://www.mnhn.cl/sitio/Contenido/Noticias/52067:Arboles-urbanos-III-quillay>

Rosales, M. (noviembre 6, 2018). Comunicación personal.

Sánchez M. (2012). *Cercis siliquastrum* - árbol del amor. *La cultura del árbol*, 1 (65), 30 - 31.

Secretaría general del pleno, ayuntamiento de Alcobendas. (2015). Ayuntamiento de Alcobendas. Madrid, España.

Simposio linternacional Aerobiología, Ccontaminación y cCambio Cclimático [SEaic]. (2017). La contaminación es un factor clave en el incremento actual de las enfermedades. Murcia, España.

Subiza, J. (1999). *Ficus benjamina*, una nueva fuente de alérgenos del interior de las viviendas. *Alergología e inmunología clínica*, 14 (4), 203-208. Recuperado el, 2018 de <http://revista.seaic.org/julio99/203-208.pdf>

Televisión Nacional de Chile (2018, 24 de octubre): “Ministro de agricultura explica ley arbolito: queremos que cada comuna tenga un inventario de sus árboles.” [TVN] . Disponible en : <https://www.24horas.cl/nacional/ministro-de-agricultura-explica-ley-arbolito-queremos-que-cada-comuna-tenga-un-inventario-de-sus-arboles-2845160>

Terán, L., Haselbarth, M. y Quiroz, D. (2009) Alergia, pólenes y medio ambiente. *Gac Méd Méx*, 145, (3), 215-222. Recuperado el. 11 de octubre, 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm093f.pdf>

Tomicic, N. (2012). Retrospectiva histórica de tres parque emblemáticos de Santiago, Tomando en cuenta su composición arbórea: Quinta Normal, Parque forestal y Parque Bicentenario. Proyecto

de Título no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Toro, A., Córdova, J., Canales, M., Morales, S., Mardones, P. y Leiva, G. (2015). Trends and threshold exceedances analysis of airborne pollen concentrations in Metropolitan Santiago Chile. *PLoS One*, 10 (5).

Turismo Santiago. (s.f). Parque forestal. Recuperado en septiembre, 2018, de: <http://www.santiagocapital.cl/fichas/home/parque-forestal/parques-y-plazas/>

World Allergy Organization. (2010). Libro Blanco sobre Alergias de la WAO. Recuperado de https://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WWBOA_Executive-Summary_Spanish.pdf

Torre Morín, F., Sánchez Machin, I., Herráez Herrera, L., García Robaina, J.C., Bonnet, C., de Blas, C. y Sánchez, M. (2001). Estudio de reactividad cruzada entre *Artemisia vulgaris* y *Matricaria chamomilla*. *Alergología e Inmunología Clínica*, 16 (2), 203. Recuperado el 16 de agosto, 2018, de <http://revista.seaic.org/extraalergianoviembre2001/203-270.pdf>

Uslar, M. (2006). Evaluación de los polinizantes Azul y Blanco en el cultivar Barcelona de avellano europeo (*Corylus avellana* L., Betulaceae). (Tesis de pregrado). Universidad austral de Chile, Valdivia, Chile.

Valencia, M. (2015). Identifican 16 zonas de congestión peatonal en Santiago, y municipios ensanchan veredas. *El Mercurio*. Recuperado de: <https://corporativo.mapcity.cl/prensa/identifican-16-zonas-de-congestion-peatonal-en-santiago-municipios-ensanchan-veredas/>

Armentia, A., Baltasar, M., Basagaña M., Belmonte J., Cadahía A., Cárdbaba, B., Cardona, V., Conde, M., Conde, J., Davila, I., Dordal T., Eseverr, J., et. al.(2005). Polinosis II, polen y alergia. España: mra ediciones, S.L. Recuperado de https://lap.uab.cat/aerobiologia/general/pdf/books/2005_Polinosis_2.Polen_y_alergia.pdf

Cortiza, E.(1946). Polen y clima en Santiago de Compostela. En *Anales del Jardín Botánico de Madrid*. 6(1), 159-171.

Pawankar, R., Walter, G., Stephen, S. y Richard H. (2010). Libro Blanco Sobre Alergias de la WAO.

Zubeldia, J. (2011). El sistema inmunitario y la alergia Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación: BBVA<http://alergiafbva.es/como-se-producen-las-enfermedades-alergicas/4-el-sistema-inmunitario-y-la-alergia/>

CAPÍTULO 9:

Cuidadores varones de personas mayores con demencia: un estudio cualitativo.

Accius, J. (2017). Breaking Stereotypes: Spotlight on Male Family Caregivers. AARP Public Policy Institute. Recuperado de <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2017-01/Breaking-Stereotypes-Spotlight-on-Male-Family-Caregivers.pdf>

Antón Jiménez, M. (2017) Epidemiología. Definiciones y concepto de terminalidad en demencia. ¿Es útil en la práctica? Grupo de demencias de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. España. Recuperado de: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/01/Demencia-severa-avanzada-y-cuidados-paliativos-1.pdf>

Arnold, M., Herrera, F., Massad, C. y Thumala, D. (2018) Quinta Encuesta Nacional De Inclusión Y Exclusión Social De Las Personas Mayores En Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional. SENAMA: Colección Estudios.

Baker, K. L., Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health*, 12, 413-422.

Baker, K. L., Robertson, N., Connelly, D. (2010). Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain. *Aging and Mental Health*, 14, 319-327.

Boyle G. (2013). 'Can't cook, won't cook': men's involvement in cooking when their wives develop dementia. *Journal of Gender Studies*, 23 (4), 336-350.

Centro Kintún Peñalolén. (s.f). Información Página de Facebook. Recuperado el 19 de noviembre de 2018 de <https://www.facebook.com/pg/centrokintun/about/>

Cerquera, A., y Pabón, D. (2014). Intervención en

cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8 (2), 73-81

Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turro Garriga, O., Vilalta-Franch, J., y Lopez-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1262-1273.

Corporación Municipal (2017, 30 de octubre) Centro Kintún es señalado como ejemplo para elaboración de Plan Nacional de Demencias del Ministerio de Salud. Corporación Municipal de Peñalolén para el Desarrollo Social CORMUP [CL]. Recuperado de <http://www.cormup.cl>

Crespo, M. y López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento*; Página 8. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte e Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.

Cendra, D. C. D. A. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes/Men as caregivers: Gender barriers and emergent models. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10.

Departamento de Salud Cataluña (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Ministerio de ciencia e innovación y ministerio de sanidad, política social e igualdad. Cataluña. Pág. 71-73.

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de Salud Pública*, 34(3).

Espín-Andrade, A. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2), 1-14.

Gajardo, J., Aravena, J., Callejas, T., Rodríguez, J. y Tello, D. (2016) *Terapia Ocupacional en Centro Kintun: De la Estimulación a la Participación*. Contexto, 3, 69-105.

Gajardo, J., y Abusleme, M. T. (2016). Plan nacio-

nal de demencias: antecedentes globales y síntesis de la estrategia chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 286-296.

Hayes, J., Zimmerman, M. K., Boylstein, C. (2010). Responding to symptoms of Alzheimer's disease: Husbands, wives, and the gendered dynamics of recognition and disclosure. *Qualitative Health Research*, 20, 1101-1115.

Hellström, I., Håkanson, C., Eriksson, H., y Sandberg, J. (2017). Development of older men's caregiving roles for wives with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 957-964. Instituto Nacional de Estadística - Chile (2018) Síntesis de Resultados: CENSO 2017. Recuperado de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

Jiménez, I. y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Revista electrónica trimestral de enfermería*; 420-431.

Krause, M (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación* , 7, 19-39.

Olazarán, J., Agüera, L. y Muñoz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55, 598-608.

Organización Mundial de la Salud (2017). Demencia. Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Ministerio de Desarrollo Social – Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2017) *Mujeres y Hombres Mayores: Elementos desde el envejecimiento y la vejez*. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/HOMBRES_Y_MUJERES_MAYORES_ELEMENTOS_DESDE_EL_ENVEJECIMIENTO.pdf

Ministerio de Salud (2017) *Plan Nacional de Demencias*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/> Neufeld, A., Kushner, K. E. (2009). Men family caregivers' experience of nonsupportive interactions: Context and expectations. *Journal of Family Nursing*, 15, 171-197.

Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R. S., Eloniemi-Sulkava, U., Pi-

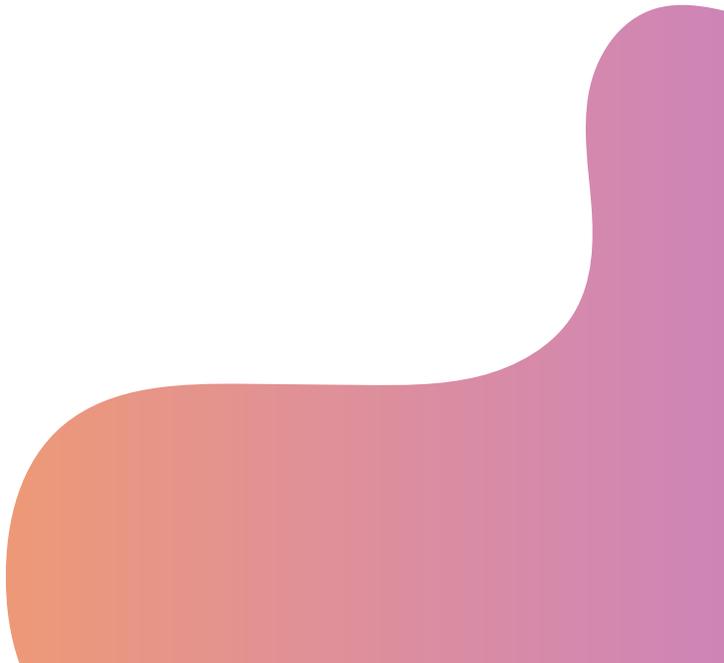
tkala, K. H. (2012). Gender differences in dementia spousal caregiving. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 162960.

Robinson, C. A., Bottorff, J. L., Pesut, B., Oliffe, J. L., y Tomlinson, J. (2014). The male face of caregiving: A scoping review of men caring for a person with dementia. *American Journal of Men's Health*, 8(5), 409-426.

Reed, C., Belger, M., Dell'agnello, G., Wimo, A., Argimon, J. M., Bruno, G., Vellas, B. (2014). Caregiver burden in Alzheimer's disease: Differential associations in adult- child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 4, 51-64.

Sanders, S., Power, J. (2009). Roles, responsibilities, and relationships among older husbands caring for wives with progressive dementia and other chronic conditions. *Health y Social Work*, 34, 41-51.

Thumala, D., Kennedy, B. K., Calvo, E., Gonzalez-Billault, C., Zitko, P., Lillo, P., y Slachevsky, A. (2017). Aging and health policies in Chile: new agendas for research. *Health Systems & Reform*, 3(4), 253-260.





Equipo organizador

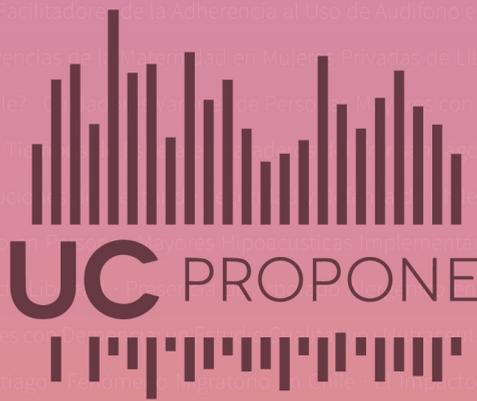
Cristobal Heiss
Pía Llanos
Valeria Palacios
Gabriela Pérez
Carmen Mardónez
Elisa Monckeberg



El formato utilizado es de 17 centímetros de ancho por 24 centímetros de largo, con una extensión de 206 páginas. En su interior se utilizaron páginas bond blancas de 90 gramos impresas por ambos lados a cuatro colores. En la portada se utilizó cartón dúplex de 305 gramos con encuadernación hotmelt.

La fuente utilizada para este libro corresponde a Source Sans Pro creada por el diseñador Paul D. Hunt para Adobe Systems (Código abierto).

Este trabajo se realizó en InDesign CC y fue impreso por Imprenta Larrea Marca Digital, en mayo de 2019, Santiago de Chile.



UC Propone es una iniciativa que busca, a través de la reflexión e investigación en pregrado, aportar con soluciones concretas a inquietudes y problemas de relevancia pública y social. Los temas son propuestos por los propios alumnos de pregrado de la Pontificia Universidad Católica de Chile, quienes luego investigan guiados por académicos de distintas facultades.