

Terapia Ocupacional en promoción de salud mental en contextos educativos vulnerables

Occupational therapy in mental health promotion in vulnerable educational settings



T.O. Daniela Paz Arenas Molina

Licenciada en Terapia ocupacional, Universidad Central.

Diplomado del Buen trato y abordaje de la violencia en la escuela. Pontificia Universidad Católica de Chile.

T.O. Programa Habilidades para la Vida I JUNAEB.

T.O. Programa Apoyo en la atención en Salud Mental MIDESO.

Experiencia en salud mental infantojuvenil, adultos y adultos mayores en COSAM Estación Central.

Email: d.arenasmolina@gmail.com

Resumen

Las problemáticas de salud mental en la sociedad chilena y en el mundo, toman gran relevancia en nuestra actualidad. El programa Habilidades para la Vida nace hace 20 años con el fin de dar respuesta a esta problemática de salud mental en las comunidades educativas, reconociendo este contexto el ideal para realizar acciones de promoción y prevención. Los equipos que en sus inicios estaban conformados mayormente por psicólogos, hoy en día integran cada vez más al terapeuta ocupacional, el cual reúne todos componentes en su quehacer para promover la participación en ocupaciones significativas en los actores principales de los centros educacionales, como lo son niños(as), profesores (as) y padres y/o apoderados.

Se describe la experiencia de Terapia Ocupacional en el programa Habilidades para la vida de la comuna de Estación Central, Región metropolitana. Las acciones de Terapia Ocupacional tienen buenos resultados demostrándose en el desempeño ocupacional de sus participantes.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, educación, salud mental

Abstract

Mental health problems in Chilean society and the world are very relevant in our time. Studies on child mental health are very scarce, as are programmes that address this problem in this population. The Skills for Life program was born 20 years ago to respond to this problem in the educational communities, recognizing this context as the ideal one to carry out promotion and prevention actions. The teams that in the beginning were only made up of psychologists, today increasingly integrate Occupational Therapy, which brings together all components in their work to promote participation in meaningful occupations in the main actors of the educational centers, such as children, teachers and parents and / or guardians. The Occupational Therapist in this context, encounters challenging environments, trying to empower its participants in front of important issues for mental health, constantly relating to health determinants that limit the full enjoyment of activities and occupations. The experience describes the Program inserted in the commune of Estación Central, in the metropolitan area, where, in addition, we face the intercultural transformation of the society, by which it is necessary to give answers in front of the cultural barriers that appear.

The program has excellent results in terms of the occupational performance of its participants, and their insertion in each school throughout the country can be validated.

Keywords: Occupational Therapy, education, mental health

Introducción

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004).

Cuando los niños y adolescentes cuentan con una buena salud mental pueden lograr y mantener su bienestar y un funcionamiento psicosocial en óptimas condiciones; son capaces de aprender, enfrentar las tareas del desarrollo y utilizar los recursos disponibles para maximizar las posibilidades de crecimiento (OMS, 2005). Destinar esfuerzos en que niños, niñas y adolescentes gocen de una buena salud es asegurar que podrán desarrollar al máximo sus potencialidades.

En Chile, la prevalencia en niños, niñas y adolescentes de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% ,19,3% para niños y 25,8% para niñas (De la Barra,2011). Los trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos. La prevalencia es más alta entre niños de cuatro a once años de edad (27,8%) que entre aquellos de 12 a 18 años, y esta diferencia se debe principalmente a trastornos disruptivos. La prevalencia de trastornos de ansiedad es la segunda más alta, aunque menos asociada con discapacidades, mientras que muchos niños y adolescentes con trastornos afectivos están discapacitados y solo un quinto de las personas con necesidad de servicios buscan alguna forma de asistencia (Vicente et al., 2016). Los problemas de salud mental afectan las oportunidades de desarrollo y sus efectos trascienden hacia el resto del ciclo vital, persistiendo inclusive

hasta la adultez (De la Barra, 2011; Kessler et al., 2005; OMS, 2005). Sumado a esto, existe un alto costo social y económico, afectando recursos asociados a servicios sanitarios, desempleo y reducción de la productividad (Jané-Llopis, 2004; Kieling et al., 2011); asimismo, existe un alto impacto negativo a las familias y comunidades (Belfer, 2008).

En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, un estudio revela que los niños chilenos menores de seis años poseen la peor salud mental del mundo, esto a través de una investigación que se involucró a 24 países. La prevalencia de trastornos como ansiedad, depresión y conductas agresivas en muchos casos duplica a la que se observa a nivel global y puede llegar hasta al 20% o 25%. En la investigación -con datos de más de 19 mil niños preescolares, entre ellos 400 chilenos-, se observó que mientras la prevalencia de problemas externalizantes -como déficit atencional, hiperactividad o agresividad- a nivel general llega a cerca del 15%, en el país afecta hasta el 25% de los niños. En tanto, los llamados problemas internalizantes -como ansiedad y depresión- afectan a alrededor del 12 a 16% de los menores chilenos, mientras que a nivel global el porcentaje no supera el 5%. (Rescorla et al. 2011).

Si hablamos acerca de los determinantes de la salud, la pobreza infantil es un factor de riesgo para enfermedades mentales a lo largo de la vida y en Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4%, en comparación con el 12.7% de las personas entre los 18 y 59 años (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

“En la adultez, las exposiciones a factores de riesgo en etapas previas y a inequidades en salud, frecuentemente se expresan en forma de deterioro de la condición de salud física y/o mental. En promedio, las personas adultas pasan la mitad del tiempo que están despiertas en el trabajo, razón por la cual las condiciones laborales no son neutras, sino que tienen un importante impacto sobre la vida de las personas” (MINSAL, 2017). En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, los principales problemas de salud declarados por los trabajadores y trabajadoras se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21% (Ministerio de salud, 2011). Estas cifras presentan variaciones importantes según el género, tipo de ocupación y nivel ocupacional, siendo las más afectadas las mujeres que laboran en el servicio doméstico, en ocupaciones familiares no remuneradas, en empleos informales y trabajadoras del sector público. Por otra parte, trabajadores de ambos sexos que están en desempleo tienen un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos. Las licencias médicas por enfermedad mental ocupan, desde el año 2008, el primer lugar entre las causas de licencia médica. (Superintendencia de seguridad social, 2015).

Salud Mental Escolar

La escuela es el lugar por excelencia donde es posible desarrollar estrategias que promuevan la salud mental, dada su amplia cobertura (Levitt,Saka, Romanelli & Amp; Hoagwood, 2007) y el gran tiempo de permanencia en ella (Domitrovich et al., 2010; Macklem, 2014) estas características únicas permiten llegar a un número importante de

niños, niñas y adolescentes. Por su parte, la OMS recomienda realizar intervenciones de salud mental en la escuela, y la reconoce como uno de los escenarios más relevantes para realizar promoción y prevención (OMS, 2005). Intervenir en la escuela es también pertinente, puesto que dentro del sistema escolar existen elementos posibles de intervenir y que se asocian a una mejor o peor salud de los estudiantes (Berger et al., 2009)

Programa Habilidades para la vida

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), tiene como misión “favorecer la mantención y éxito en el sistema educacional de niñas, niños y jóvenes en condición de desventaja social, económica, psicológica y/o biológica, entregando para ello productos y servicios integrales de calidad, que contribuyan a hacer efectiva la igualdad de oportunidades, el desarrollo humano y la movilidad social” (JUNAEB, 2018). De acuerdo con esta misión, JUNAEB ejecuta programas promocionales, preventivos y asistenciales que entregan apoyos integrales; favorece de esta manera la igualdad de oportunidades ante la educación. En este contexto se ha definido como uno de sus ámbitos de acción la Salud Escolar, y -a partir del año 1990- JUNAEB establece como uno de sus dispositivos de acción el Programa de Salud del Estudiante, actual Departamento de Salud del Estudiante.

En el año 1998, el Departamento de Salud del Estudiante incorpora acciones que priorizan el área de salud mental, dando inicio al **Programa Habilidades Para la Vida**. Cuyo objetivo general es favorecer en niños y niñas una adaptación exitosa durante la primera etapa de la vida escolar, mediante un programa de intervención en salud mental escolar para el desarrollo competencias y habilidades sociales, cognitivas y afectivas inserto en las comunidades educativas.

Beneficiarios del Programa

Las Unidades del Programa realizan acciones que trabajan de forma directa con la comunidad educativa, específicamente entre el primer nivel de transición y el cuarto año básico. En estas acciones el Programa involucra la participación de los estudiantes, sus padres y madres, profesores, directivos y la comunidad escolar en general.

Modelo de intervención del programa

El Programa Habilidades para la Vida, se estructura sobre la base de seis Unidades, que se desarrollan en forma continua, progresiva y recurrente. Se incorporan en cada una de ellas estrategias y actividades específicas, que resultan complementarias y permiten el logro de los objetivos del Programa. Actualmente las Unidades del Programa son:

- **Unidad de Promoción:** Enfocada en la realización e instalación de acciones promotoras de la salud mental, bienestar y desarrollo psicosocial en la comunidad educativa.
- **Unidad de Detección:** Orientada a la implementación de un sistema estandarizado de detección de problemas psicosociales y de conductas de riesgo en niños y niñas de la comunidad educativa.
- **Unidad de Prevención:** Dirigida a la ejecución de acciones preventivas con aquellos niños y niñas que han sido identificados con riesgo psicosocial y de salud mental dentro de la comunidad educativa.
- **Unidad de Derivación:** Enfocada en ejecutar la referencia hacia la red de salud mental local de niños y niñas detectados con mayor riesgo; y en realizar el seguimiento de la atención especializada.
- **Unidad de Red:** Orientada al desarrollo permanente y seguimiento de una red de apoyo local para el Programa.
- **Unidad de Evaluación y Seguimiento:** Dirigida a la puesta en práctica de acciones transversales que evalúan y monitorean la ejecución y resultados del Programa.

La estructura general del Programa Habilidades para la Vida se puede esquematizar mostrando las acciones que se realizan por cada eje de intervención:



Figura 1

Esquema general Programa Habilidades Para la Vida - JUNAEB



Programa Habilidades para la vida en comuna de Estación Central

El programa Habilidades para la Vida I está inserto en diversas regiones a lo largo del país, en la región Metropolitana el programa se encuentra en más de 21 comunas del país, la comuna de Estación Central cuenta con 147.041 habitantes, en donde el 16% son de un grupo etario del 0 a 14 años. El programa en esta comuna funciona en el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), en donde el programa se ejecuta en 19 escuelas, entre las que se encuentran escuelas Municipales y particulares/subvencionadas.

Culturalmente, la comuna cuenta con altas tasas de inmigrantes, por lo que las escuelas que se atienden, cuentan con gran matrícula de estudiantes extranjeros, entre los cuales provienen de países como Haití, Venezuela, Colombia, Perú, entre otros. El programa Habilidades para la Vida I de estación Central lo compone un equipo multidisciplinario de 11 profesionales, de los cuales podemos encontrar Trabajadores Sociales (2), Psicólogos (5), Psicopedagogos (1) y Terapeutas Ocupacionales (3).

En cuanto a la administración del programa, cada profesional tiene a cargo ciertos centros educacionales, considerando el nivel de horas de contrato para así distribuir los colegios, ya que hay escuelas con mayor/menor matrícula. Se asigna un encargado(a) del programa, quien tiene comunicación directa con cada ejecutor del equipo, en donde el rol que presenta esta persona en la escuela debe relacionarse en la gestión de las acciones a ejecutar en cada establecimiento. El encargado(a) del programa suele ser un integrante del equipo de gestión (EGE), participantes del equipo de convivencia y formación, entre otros. Cabe destacar que, al ser un programa externo, nuestra labor está directamente enfocada al trabajo en terreno (escuelas), sin embargo, la oficina del programa está ubicado en el

COSAM de la comuna, en donde se realizan las reuniones de equipo, creación de material y trabajo administrativo.

Proceso de Evaluación de Programa Habilidades para la vida

El programa a través de su Unidad de Derivación utiliza dos pautas de evaluación.

La primera es el cuestionario TOCA-RR, el nombre original de este instrumento es “Teacher Observation of Classroom Adaptation” (George et al. 1995), el cual está dirigido a responder los profesores Jefes de los niveles 1ºEB y 3ºEB. (Anexo 1). El instrumento consta de tres secciones: Datos de la escuela, la entrevista estructurada sobre la conducta de los niños y niñas y la apreciación global por parte del profesor o profesora. En la versión aplicada en tercero básico además se incorpora una sección en que se realiza un seguimiento respecto de la participación del niño o niña en las actividades preventivas realizadas en segundo básico por parte del Programa Habilidades para la Vida I.

Los resultados del instrumento son interpretados en base a cuatro factores¹:

- **Agresividad e hiperactividad:** Da cuenta de la existencia de niveles de agresividad sobre lo esperado y dificultades para el manejo conductual.
- **Cognición y aprendizaje:** Señala la presencia de dificultades para la concentración y baja motivación hacia el aprendizaje.
- **Contacto social:** Involucra la existencia de dificultades para iniciar y sostener relaciones sociales.
- **Madurez emocional:** Implica la presencia de dependencia hacia los docentes o sus pares para el logro de sus tareas sociales.

A partir de los resultados obtenidos en cada uno de estos factores, se construyen los *perfiles de riesgo* utilizados por el programa para la toma de decisiones, respecto de la participación de los niños y niñas en las acciones de la Unidad de Prevención.

¹ Factores extraídos de las orientaciones Técnicas del Programa Habilidades para la Vida I JUNAEB.

Figura 2

Perfiles de Riesgo de niños(as) convocados para Taller Preventivo

Perfil Azul

- Conductas agresivas (peleas, gritos, daño a otros, etc.) e hiperactivas.
 - Bajo seguimiento de instrucciones y normas.
 - Baja tolerancia a la frustración.
 - Escaso interés por aprender.
 - Rendimiento académico inferior a sus capacidades.
 - Dificultad para focalizar y mantener la atención y concentración.
 - Baja autonomía en el trabajo escolar.
 - Puede requerir afecto y atención para motivarse al trabajo.
 - Interés en compartir e interactuar con los compañeros.
 - Disposición a participar en actividades escolares, especialmente las no lectivas.
-

Perfil Verde

- Conductas agresivas (peleas, gritos, daño a otros, etc.) e hiperactivas.
 - Bajo seguimiento de instrucciones y normas.
 - Baja tolerancia a la frustración.
 - Timidez, inhibición social.
 - Escasa interacción con sus pares y pocas amistades.
 - Escasas conductas de colaboración y cooperación con sus pares.
 - Puede requerir afecto y atención para motivarse al trabajo.
 - Se concentran, muestran entusiasmo por aprender y persisten en la tarea.
 - Pueden trabajar autónomamente en la tarea.
-

Perfil Calipso

- Conductas agresivas (peleas, gritos, daño a otros, etc.) e hiperactivas.
- Bajo seguimiento de instrucciones y normas.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Escaso interés por aprender.
- Rendimiento académico inferior a sus capacidades.
- Dificultad para focalizar y mantener la atención y concentración.
- Baja autonomía en el trabajo escolar.
- Timidez, inhibición social.
- Escasa interacción con sus pares y pocas amistades.
- Escasas conductas de colaboración y cooperación con sus pares.
- Puede requerir afecto y atención para motivarse al trabajo.

También, se aplica el cuestionario PSC-CL, el nombre original de este instrumento es “Pediatric Symptom Checklist” y ha sido desarrollado por el doctor Michael Jellinek y el doctor Michael Murphy, ambos del Massachusetts General Hospital, en Boston, Estados Unidos.

El instrumento PSC-CL, fue adaptado y validado en Chile con el fin de realizar investigaciones en salud mental infantil en contextos escolares (George et al. 2004). Durante los años 2013 y 2014, el equipo del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Chile, realiza una actualización de las propiedades psicométricas del instrumento. En este desarrollo se construyen los actuales indicadores utilizados por el Programa y da lugar a la versión PSC-CL del instrumento.

El PSC-CL es un cuestionario de auto aplicación, que se administra a **los padres y madres de primero básico y luego en tercero básico**. El cuestionario incorpora una serie de ítems sobre conductas que dan cuenta de dificultades emocionales y comportamentales del niño o niña. A partir de estos resultados el instrumento mide la disfunción psicosocial. El análisis conjunto de los resultados de ambos instrumentos, entrega una serie de índices de riesgo que sustentan la participación de niños y niñas en la Unidad de Prevención o en la Unidad de Derivación. (Anexo 2).

Además, cuando se le entrega acompañamiento en el aula a un profesor, antes de realizar cualquier intervención se aplica una pauta observación, la cual se aplica en un contexto normal de clases para así evaluar la dinámica del grupo curso. (Anexo 3).

Importancia del enfoque preventivo-promocional en salud mental infantojuvenil

Para poder describir la experiencia de la Terapia Ocupacional en el programa, es necesario destacar que el enfoque de intervención es de *promoción* de la salud mental. Lo anterior, se refiere a un enfoque de intervención que no asume una discapacidad presente o que cualquier aspecto podría interferir con el desempeño de una persona.

El enfoque promocional está diseñado para proporcionar actividades que brinden experiencias enriquecedoras que mejorarán el rendimiento de todas las personas en los contextos naturales de la vida (Dunn, Brown y McGuigan, 1998), como también, estrategias que permitan la *prevención* de alteraciones en el ámbito de la salud mental en las comunidades educativas, por ende, que estén en riesgo de problemas de desempeño ocupacional.

“La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.” (MINSAL, 2018).

Según lo anterior, trabajar en la Promoción de la Salud dentro de la escuela/liceo contribuye y aporta al proceso formativo de los estudiantes, pues “promueve un análisis crítico y reflexivo de valores, comportamientos, condiciones sociales y modos de vida, con la meta de fortalecer aquellos factores que favorecen la salud y el desarrollo humano” (Ippolito-Shepherd & Cimmino, 2002).

También, es importante mencionar que la prevención, se refiere al “conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud”. Se relaciona con todas las medidas que se establecen para evitar la aparición o propagación de una enfermedad. Desde una perspectiva de ciclo vital, es fundamental apoyar el desarrollo, la incorporación y mantención de conductas saludables en la infancia y adolescencia, debido a que gran parte de la ausencia de conductas protectoras para la salud en estas etapas de desarrollo, pueden ser causales de morbilidad y muerte en la adultez (Breinbauer & Maddaleno, 2008). Por tanto, es importante apoyar el desarrollo integral de los estudiantes, sus familias y la comunidad educativa en general, anticipándose a la aparición de un problema, fortaleciendo los factores de protección y disminuyendo los de riesgo, evitando, de esta forma, la aparición inicial de enfermedad, accidente y/o muerte, adoptando ciertas medidas anticipatorias o preventivas.

Este enfoque se utiliza para evitar la aparición o evolución de las barreras para el desempeño en el contexto en donde se desenvuelven las personas. Las intervenciones pueden ser dirigidas al cliente, al contexto, o variables de actividad (Dunn et al., 1998). Se

habla de “comunidades educativas”, ya que no solo se brinda atención a los niños y niñas, sino que también a figuras significativas para ellos, tales como el cuerpo docente y sus padres, madres y/o cuidadores, en donde las intervenciones a realizar son en modalidad grupal en su mayoría.

Debido a que el programa se relaciona a un enfoque de promoción/prevenición las acciones toman relevancia frente al *modelo ecológico*. El cual plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia que da al estudio de los ambientes en que se desenvuelven las personas, grupos y comunidades. Bronfenbrenner (1979), defiende “el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él”.

El modelo señala que debemos comprender a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive”. Precisamente por ello, es que es necesario una acomodación mutua el ambiente y la persona, considerando que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. Entonces, el concepto “ambiente” es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. (Bronfenbrenner, 1976).

Concretamente, Bronfenbrenner (1987), postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del niño:

- **Microsistema:** Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.
- **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).
- **Exosistema:** Se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).
- **acrosistema:** Se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes.

Resultados del Programa Habilidades para la Vida

A nivel transversal, el programa ha sido validado en diversos estudios a lo largo de los años, en donde destacan los siguientes resultados:

Los primeros estudios para la validación del Programa Habilidades para la Vida han mostrado que existe una disminución significativa de las conductas desadaptativas de los niños y niñas que participan de la intervención, al compararlos con aquellos que no lo hacen. Estas diferencias se observan principalmente en las conductas relacionadas a agresividad, hiperactividad, dificultades para la concentración y atención; a su vez, ellas influyen en los procesos de aprendizaje y en las capacidades para la socialización y adaptación escolar. Se observan, además, cambios en la percepción que los evaluadores naturales tienen de los niños, apareciendo en padres, madres y docentes una percepción más favorable y positiva de los niños y niñas al finalizar el ciclo de intervención. (Murphy et al. 2015).

En el periodo 2005-2006, se realizó una investigación que evaluó el impacto del riesgo psicosocial en el rendimiento escolar, observando los resultados del Programa Habilidades para la Vida y el sistema SIMCE de 4° básico. Este estudio demuestra -por un lado- que los niños del Programa evaluados en 1° básico sin riesgo, superan el promedio nacional SIMCE (48 puntos más que los niños que acumulan hasta cuatro factores de riesgo); y -por otro lado- que la evaluación positiva de los padres y madres en 1° básico, predice un mejor rendimiento en 4° básico, (21 puntos de diferencia en el SIMCE). También muestra que la percepción del profesor respecto de la conducta y el rendimiento del niño en 1° básico, resulta predictor de mejor rendimiento escolar. El efecto que tendría participar en los talleres preventivos del Programa Habilidades Para la Vida se refleja también en el puntaje SIMCE. Los niños que fueron detectados en riesgo en 1° básico, que luego asistieron a talleres preventivos en 2° básico y salen de la categoría de riesgo, tienen en promedio 15 puntos más en el SIMCE. A nivel comparativo con un grupo control de niños de condiciones similares, la participación en el programa Habilidades para la Vida mejora significativamente el rendimiento de escolares de alta vulnerabilidad psicosocial: en Lenguaje 7 puntos más y para Matemáticas, Comprensión del Medio, 8 puntos más (Delgado et al. 2006).

En el año 2009 se realizó una evaluación cualitativa de las acciones de la Unidad de Promoción del Programa. Sus resultados indican que -luego de la ejecución de las actividades del programa- se ve un fortalecimiento de la comunicación entre las familias y la escuela, un mejor manejo de conflictos en la comunidad escolar y la percepción de un mayor apoyo al autocuidado docente y al reconocimiento de las capacidades y habilidades de los estudiantes. La estrategia promocional del Programa es percibida como una potente herramienta y aprendizaje para la reparación relacional en escuelas insertas en contextos de mayor vulnerabilidad. Estimula interacciones y cambio positivo, proporcionando un apoyo organizado y sistemático para que el bienestar psicosocial permanezca (George et al. 2012).

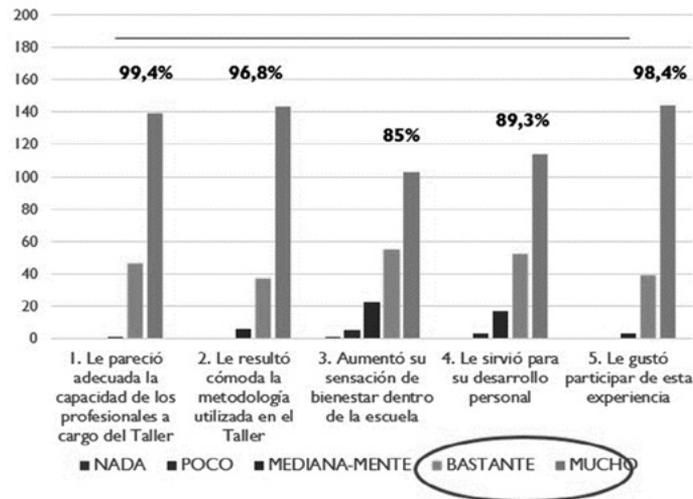
En el año 2011, se publica un estudio basado en el análisis de datos del Programa Habilidades Para la Vida. Sus resultados indican que los estudiantes en situación de riesgo

en salud mental -según instrumento utilizados por el Programa- tuvieron un desempeño significativamente peor en todas las pruebas SIMCE; siendo la salud mental la variable con segundo mayor peso después del Nivel Socioeconómico. Estos resultados apoyan la premisa que la salud mental infantil tiene importancia en la trayectoria de vida en los escolares. El mismo artículo concluye que a diferencia de los otros factores asociados a bajos resultados académicos, como son la pobreza, o la educación de los padres, la salud mental sí puede ser intervenida (Guzmán et al. 2011).

Resultado Programa Habilidades para la vida en Estación Central

Al finalizar el año escolar, en la unidad de “Evaluación y seguimiento”, se aplican encuestas de satisfacción a cada participante de las prestaciones del programa. Estos son los resultados hallados en la comuna de Estación Central durante el año 2019:²

Autocuidado Docente: Total encuestados 186 docentes.

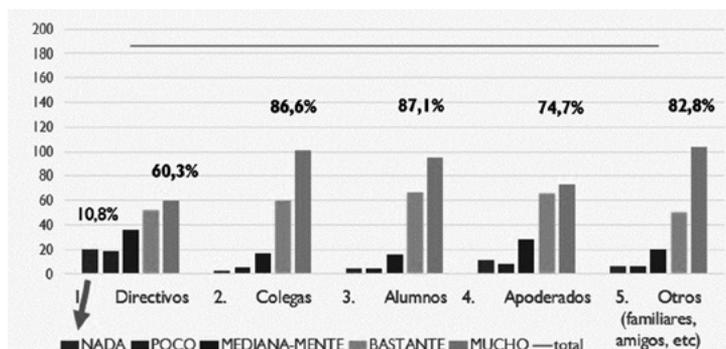


El 85% de los encuestados refiere que las acciones realizadas le sirvieron para aumentar su sensación de bienestar dentro de la escuela.

El 98,4% le gustó participar de esta experiencia.

² Fuente: Gráficos de elaboración propia (Resultados de encuestas de satisfacción año 2019)

Grado de mejoría relacional

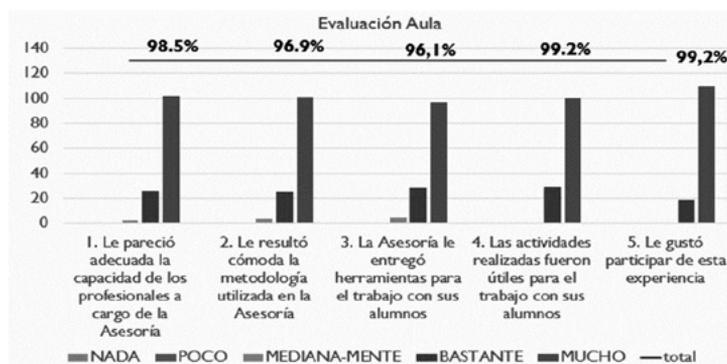


En cuanto a la mejoría en las relaciones interpersonales, el 10,8% refiere que mejoraron las relaciones con los directivos.

Mientras que un 86,6% menciona que mejoró la relación con sus colegas.

El 87,1% menciona que mejoró la relación con sus estudiantes.

Asesoría para docentes en el trabajo del aula: Total encuestados: 130 profesores.



El 96,1% de los profesores refiere que las acciones le entregaron herramientas para el trabajo con sus estudiantes.

Asesoría para la reunión de padres y/o apoderados: Total encuestados: 130 profesores.



El 84,6% de los profesores refiere que fueron útiles las herramientas entregadas para el trabajo con los apoderados.

Terapia Ocupacional en el Programa Habilidades para la Vida I

“El objetivo y el medio de la Terapia Ocupacional es la implicación del individuo en ocupaciones significativas que apoyen su participación en situaciones de la vida” (Frolek & Chandler, 2013).

La Terapia Ocupacional surge como una disciplina que resuelve los problemas generados por una disfunción en el estado de salud, entendiendo la salud como el concepto negativo de ésta, es decir la ausencia de enfermedad. El paso a una visión positiva de la salud, ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido hasta entonces.

En esta definición se asume que el individuo busca no solamente no estar enfermo, sino que, además se orienta a encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con la familia, la educación, la tranquilidad y en general todos aquellos aspectos que no necesariamente se refieren a bienestar físico (Aponte, et al., 1999). Adscribiéndose a la definición antes mencionada, se puede afirmar hoy que, Terapia Ocupacional, es “una disciplina del área de la salud, cuyo propósito es, facilitar el desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo de vida”. Se entiende por Desempeño Ocupacional, a las “distintas maneras en que los seres humanos abordan su quehacer diario en los ámbitos del: Autocuidado, de las Actividades de la Vida, de las Actividades Productivas y de Tiempo Libre” (COLTO, 2000).

Cabe destacar que, cuando se habla de ocupación, se refiere a “actividades que ocupan el tiempo y la atención de las personas, que contiene un significado, en donde se convierte en una actividad con propósito, que son elegidas o por necesidad de participar, y al mismo tiempo, son utilizadas para intercambiar experiencias individuales entre los participantes. (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014). Las ocupaciones se centran en la identidad de los usuarios (personas, grupos o población) y el sentido de competencia tiene un significado y valor particular para cada uno de ellos.

A continuación, se puede observar las principales problemáticas ligadas a la ocupación y las acciones que se realizan desde la Terapia Ocupacional en el Programa Habilidades para la Vida I:

Ciclo Vital	Rol	Problemáticas	Acciones de T.O
Infancia	Estudiantes	Niños con riesgo psicosocial (Hiperactividad, déficit atencional, trastornos del ánimo, trastornos conductuales, etc).	- Taller Preventivo en niños de segundo básico. (10 sesiones): Sesiones con modalidad semanal que promueven identidad y autonomía, reconocimiento y expresión de emociones, resolución de conflictos, habilidades sociales, habilidades cognitivas, etc.
		Dificultades en el aula (Problemas de desatención, inhibición social, convivencia escolar, necesidad de movimiento, entre otras)	- Actividades en aula de clases, entrega de herramientas en temáticas como: Regulación emocional, Atención-concentración, habilidades sociales, convivencia, prevención de acoso escolar, estrategias para estudiantes de cuarto básico para afrontar prueba SIMCE como técnicas de respiración, meditación mindfulness, entre otras. - Detección de necesidades educativas en el aula a través de observación en el aula y entrevista con docentes.

Ciclo Vital	Rol	Problemáticas	Acciones de T.O
Adultez/ Adultez mayor	Profesor/ profesora	Síndrome de Burnout o Desgaste profesional	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer cultura del autocuidado - Promoción de competencias socioemocionales (a través de sesiones de autocuidado con modalidad mensual) - Fortalecer grupos de trabajo
		Sensación de poseer escasas herramientas para problemáticas en el clima de aula.	<ul style="list-style-type: none"> - Generar espacios de reflexión para dar cuenta del rol del docente como promotor del Clima de aula positivo. - Facilitación de herramientas para la promoción de un Clima de aula para el aprendizaje y el bienestar (Actividades sistematizadas, manuales de actividades, etc). - Participación en instancias de sensibilización acerca de factores socioemocionales que influyen en los aprendizajes en el aula.
		Débil alianza entre familia-escuela.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar, motivar y promover el apoyo y la participación activa de los apoderados, estimulando su vinculación a la escuela. - Fortalecer las habilidades en los profesores jefe para el diseño y ejecución de reuniones de padres, madres y apoderados más participativas, motivadoras y que promuevan el vínculo y el sentido de comunidad educativa.

Ciclo Vital	Rol	Problemáticas	Acciones de T.O
Aduldez/ Adultez mayor	Padres y/o apoderados	Dificultades para Crianza positiva	<p>-Fortalecer el desarrollo de estilos de crianza saludables y protectores en padres y madres, acorde a los comportamientos esperados para la edad de los niños y niñas en esta etapa de desarrollo.</p> <p>-Orientar a los padres y/o apoderados en proceso de atención en salud (Mejorar el acceso a atención en salud mental oportuna).</p> <p>-Estrategias para promover el desempeño en contexto del hogar (autonomía, hábitos de estudios, juego, etc).</p> <p>-Talleres sobre apego, estilos de crianza, prevención del maltrato, prevención de abuso sexual infantil, herramientas para niveles de transición, promover hábitos y rutinas (importancia del del juego, autonomía en actividades de la vida diaria básica e instrumentales, uso óptimo del ocio y tiempo libre, entre otras).</p>

Incorporación del Terapeuta Ocupacional al Programa HVP

La necesidad de incorporar a un Terapeuta Ocupacional en el programa, recae en la mirada multidisciplinaria que requiere este tipo de intervenciones, desde la disciplina se ha podido aportar en la pesquisa de dificultades de aprendizaje en el aula, facilitar herramientas al docente para favorecer el desempeño de los estudiantes en el aula, logrando aliarnos con otros programas de las comunidades educativas, como por ejemplo el Programa de Integración Escolar. Dentro del equipo el Terapeuta Ocupacional es muy valorado en las instancias de Talleres Parentales, en donde se acompaña a los padres y/o apoderados en la resolución de algunas problemáticas que se evidencian en contexto del hogar, pudiendo revisar en conjunto los patrones de ejecución que puedan estar interfiriendo en el desempeño, generando una estructura en los hábitos y las rutinas, como también empoderando y favoreciendo la participación de los diversos roles de quienes son participantes del programa (estudiantes, padres, profesores).

Se ha logrado posicionar la Terapia Ocupacional en los espacios de “Autocuidado del Profesor y equipos de gestión”, en donde el T.O promueve estrategias para prevenir alteraciones de salud mental a causa del estrés y las condiciones de trabajo, en estas actividades el terapeuta puede brindar herramientas concretas para realizar antes, durante y posterior a la jornada laboral de los docentes, promoviendo su desempeño en el Trabajo, al ser profesionales integrales con diversos conocimientos en el ámbito psicosocial como también en salud física, resulta muy relevante el poder educar a los docentes en cómo el estrés puede afectar en la salud física, brindando acompañamiento también a aquellos profesores que tienen en sus aulas de clases estudiantes con necesidades educativas especiales.

En cuanto a los niños y niñas, se han brindado estrategias para aquellos estudiantes con problemáticas como hiperactividad, déficit atencional, agresividad y problemas del ánimo. El Terapeuta Ocupacional interviene de manera individual y grupal, promoviendo herramientas y recursos que puedan favorecer el desempeño de los estudiantes, se realizan talleres en donde se trabajan estas problemáticas como la madurez emocional, la convivencia, la atención/concentración y la necesidad de movimiento, muchas veces, realizando adecuaciones en el aula.

La Terapia Ocupacional brinda una mirada desde la promoción de la participación de ocupaciones significativas para todos los usuarios, en donde es capaz de aportar creatividad en actividades con propósito, asesorar a la comunidad y sus integrantes, generando espacios de educación y diálogo que permitan el ejercicio de sus roles de manera óptima. Todo lo anterior, evidencia lo necesario que es incorporar un Terapeuta Ocupacional en estos equipos de trabajo, pudiendo aportar con diversos conocimientos en distintas esferas de nuestro quehacer.

Reflexiones desde la Terapia Ocupacional

La práctica de la Terapia Ocupacional tiene un papel importante en el programa Habilidades para la Vida, ya que participamos en la creación de estrategias de salud mental en contextos educativos desde un enfoque de promoción y prevención, este cambio de paradigma hace reinventarse como profesional, incluyendo de manera directa en ocupaciones significativas de los actores principales del sistema educativo. Es importante destacar como que la interacción con adultos significativos tiene un rol preponderante en la definición del curso que sigue el desarrollo de niños y niñas; especialmente aquellas interacciones que se dan en contextos cotidianos.

Además, la escuela ha demostrado ser un contexto de desarrollo donde la calidad de las interacciones entre sus diferentes actores puede generar condiciones de protección o de riesgo psicosocial de la salud mental, este contexto es un lugar por excelencia para la implementación de programas preventivos y promocionales de salud mental como este. Cabe mencionar que, el desarrollo de intervenciones tempranas, constituyen una eficiente “vacuna” para la prevención de problemas psicosociales a largo plazo, y estas se vuelven más efectivas y eficientes si se insertan en los contextos cotidianos en los que se desenvuelven los niños y niñas: en el hogar y la comunidad educativa.

También, se da cuenta que las intervenciones preventivas focalizadas, requieren de la detección de riesgo psicosocial específico en la población a intervenir, para favorecer el logro de adecuados resultados y que la detección del riesgo psicosocial individual contribuye a la generación de una respuesta basada en la medición universal, la identificación de los estudiantes con mayor riesgo y la derivación a las instancias del programa o la red que brinde los mejores apoyos disponibles.

Como aprendizaje, se destaca que las intervenciones que se desarrollan en la escuela, deben abarcar el sistema en su totalidad, incidiendo de esta forma en su cultura, y promoviendo cambios que vayan en directa relación del bienestar del estudiante en concordancia con la intervención realizada. Lo anterior, no tendría sustento si no se incorpora a los padres y los profesores dentro de la intervención psicosocial, como dos de las figuras más significativas en el desarrollo durante los años escolares; permite que los logros alcanzados sean reforzados en los ambientes naturales.

Finalmente, mencionar que la brecha que hoy dificulta la labor como Terapeuta Ocupacional del programa es la barrera cultural que tenemos con las familias provenientes de Haití, en donde se trabaja arduamente para poder acompañarlas pese a las limitaciones básicas como el idioma, sin embargo, es un desafío que poco a poco nos ha ido acercando aún más a comprender su cultura, sus necesidades y aprehensiones.

Referencias bibliográficas

- Aponte C. D, et al. (1999). Condiciones Teórico - Metodológicas para la realización del Diagnóstico de Salud Mental en Santa fe de Bogotá. http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/_dxsaludmental/index2.htm
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Berger, C., Milicic, N., Alcalay, L., Torretti, A., Arab, M. P. Y Justiniano, B. (2009). Bienestar socio-emocional en contextos escolares: la percepción de estudiantes chilenos. *Estudios sobre educación*.
- Breinbauer, D. y Maddaleno, M. (2008). *Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents*. Washington, DC.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile. (2000). *Posición del colegio de terapeuta ocupacionales de Chile sobre la formación profesional*. Santiago de Chile, Nº 1.
- De la Barra, F. (2011). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Domitrovich, C., Bradshaw, C., Greenberg, M., Embry, D., Poduska, J., & Jalongo, N. (2009). Integrated models of school-based prevention: Logic and theory. *Psychology In The Schools*, 47(1), 71-88. <https://doi.org/10.1002/pits.20452>
- Dunn, W., Brown, C. & McGuigan, A. (1994). The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal Of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.7.595>
- Frolek, G. & Chandler, B. (2013). *Best practices for Occupational Therapy in Schools*. 1ra Ed.
- Gadotti, M. (2000). *Educación popular en América Latina, aspectos históricos y perspectivas*.
- George, M., Siraqyan, X., Morales, R., Barra De La, F., Rodríguez, J., López, C., & Toledo, V. (1994). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1° básico. *Revista De Psicología*, 5, 17-26. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.1994.18486>

- George, M., Squicciarini, A., Zapata, R., Guzmán, M., Hartley, M., & Silva, C. (2004). Detección Precoz de Factores de Riesgo de Salud Mental en Escolares. *Revista de Psicología, 13*(2), 9-20. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2004.17651>
- George Lara, M., Guzmán Piña, J., Flotts De Los Hoyos, M., Squicciarini Navarro, A., & Guzmán Llona, M. (2012). Salud mental en escuelas vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de Psicología, 21*(2), 55-81. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.25837>
- Guzman, M., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A., & Canenguez, K. et al. (2011). Mental health matters in elementary school: first-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(8), 401-411. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0191-3>
- Ippolito-Shepherd, J. y Cimmino, K. (2002). "La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Ensayos y Experiencias". Salud-Educación. Colección Psicología y Educación. Edición Novedades Educativas.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (89)*, 67-77.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry, 62*(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., & Omigbodun, O. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet, 378*(9801), 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60827-1)
- Levitt, J., Saka, N., Hunter Romanelli, L., & Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal Of School Psychology, 45*(2), 163-191. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.11.005>
- Macklem, G. (2014). Preventive mental health at school: Evidence-based services for students. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8609-1>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Situación de la Pobreza en Chile*. CASEN.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2015 – 2017*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). *Promoción de salud: Orientaciones para la planificación y programación en red 2018*.
- Ministerio de Salud. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Los Trabajadores Y Trabajadoras en Chile*.

- Ministerio de Salud. (2014) *Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014*. Departamento de Promoción de la Salud. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- Murphy, J., Guzmán, J., McCarthy, A., Squicciarini, A., George, M., & Canenguez, K. et al. (2014). Mental Health Predicts Better Academic Outcomes: A Longitudinal Study of Elementary School Students in Chile. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 245-256. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0464-4>
- Nuñez, C. (2002). Transformar para Educar, Educar para transformar, México, pp. 57-71.
- OMS. (2004b). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas. Ginebra
- OMS. (2005) Child and adolescent mental health policies and plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Ginebra.
- Patel, V. (2007). Mental health in low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 81-82(1), 81-96. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm010>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Harder, V., Otten, L., & Bilenberg, N. et al. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Riveros E., M. (2001). Participación social en salud: un campo fértil para la intervención de la terapia ocupacional. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, (1), 38. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2001.128>
- Rones, M. (2000). *Clinical Child And Family Psychology Review*, 3(4), 223-241. <https://doi.org/10.1023/a:1026425104386>
- Superintendencia de Seguridad Social. (2015) "Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común".
- Vicente, B., Saldivia, S., y Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51-61. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2016000100006>



ESCALA DE CALIFICACIÓN

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1 = Casi nunca | 4 = frecuentemente |
| 2 = rara vez | 5 = muy frecuentemente |
| 3 = a veces | 6 = casi siempre |

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

20. SE AFERRA AL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
21. PERSISTE EN LA TAREA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
22. NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
23. CORRE MUCHO Y TREPА	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
24. INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
25. TIENE MUCHOS AMIGOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
26. SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
27. NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
28. REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRITICA Y EL FRACASO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
29. NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
30. COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
31. ESTA DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EXTRAPROGRAMATICAS.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

PUNTAJE GLOBAL

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

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Probable fracaso
- 6. Fracaso

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

- 1. Excelente
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Mala
- 5. Muy mala
- 6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

	1	2	3
10. Teme a las situaciones nuevas	nunca	a veces	muy seguido
11. Se siente triste	nunca	a veces	muy seguido
12. Es irritable y enojón	nunca	a veces	muy seguido
13. Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal	nunca	a veces	muy seguido
14. Le cuesta concentrarse	nunca	a veces	muy seguido
15. Está desinteresado de los amigos	nunca	a veces	muy seguido
16. Pelea con otros niños	nunca	a veces	muy seguido
17. Tiene malas notas	nunca	a veces	muy seguido
18. Se siente poca cosa	nunca	a veces	muy seguido
19. Consulta médico y no le encuentra nada	nunca	a veces	muy seguido
20. Le cuesta quedarse dormido/Duerme mal	nunca	a veces	muy seguido
21. Le cuesta separarse de usted	nunca	a veces	muy seguido
22. El niño piensa que es malo	nunca	a veces	muy seguido
23. Es arriesgado	nunca	a veces	muy seguido
24. Sufre heridas frecuentemente	nunca	a veces	muy seguido
25. Se aburre	nunca	a veces	muy seguido
26. Actúa como si fuera más chico/llora con facilidad	nunca	a veces	muy seguido
27. Ignora las órdenes	nunca	a veces	muy seguido
28. Expresa sus sentimientos	nunca	a veces	muy seguido
29. Comprende los sentimientos de los demás	nunca	a veces	muy seguido
30. Molesta a los demás	nunca	a veces	muy seguido
31. Culpa a los demás de sus problemas	nunca	a veces	muy seguido
32. Toma cosas ajenas	nunca	a veces	muy seguido
33. Es egoísta	nunca	a veces	muy seguido
TOTAL			

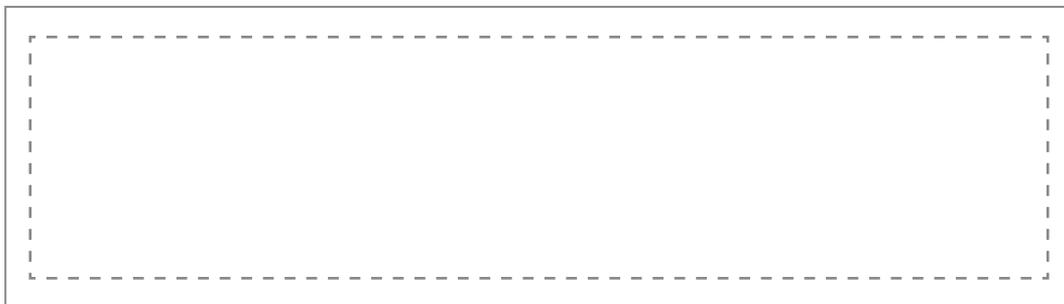
ANEXO 3

Pauta de Observación en Aula

1.- Identificación

- Colegio:
- Curso:
- Docente:
- Clase:
- Fecha:
- Número de estudiantes:

2.- Motivo de la Observación en aula:



3.- Organización física del aula.



4.- Registro de Observación en Aula.

Fortalezas dinámicas de curso	Debilidades dinámicas del curso

5.- OBSERVACIONES GENERALES Y SUGERENCIAS. (Estrategias de aprendizaje, estilo que ejerce el docente, estímulos visuales de la sala, comportamiento general del curso, entre otros)

Firma docente