

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL
PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS
NIÑAS Y ADOLESCENTES**

DAYANN CAROLINA MARTINEZ SANTANA

**SÃO PAULO - SP
2018**

DAYANN CAROLINA MARTINEZ SANTANA

**LÍMITES Y POTENCIALIDADES DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL
PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS
NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Tesis presentada al Programa de Doctorado Interinstitucional de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo y la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para obtener el título de Doctor en Ciencias.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry

SÃO PAULO - SP

2018

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ Data ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Martínez-Santana, Dayann Carolina.

Límites y potencialidades de la formación profesional
para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y
adolescentes/ Dayann Carolina Martínez-Santana. – São
Paulo, 2018.

213 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Emiko Yoshikawa Egry

1. Enfermería en Salud Colectiva. 2. Violencia 3.
Maltrato a los Niños. 4. Educación Basada en
Competencias. 5. Formación profesional. I. Título.

Nombre: Dayann Carolina Martínez Santana

Título: Límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

Tesis presentada al Programa de Doctorado Interinstitucional de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo y la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para obtener el título de Doctor en Ciencias.

Aprobada en: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a los 1.313 niños, niñas y adolescentes muertos bajo la “protección” del Servicio Nacional de Menores de Chile, víctimas de nuestra historia y cultura perpetuadora de violencia entre seres humanos.

También, a las miles de personas que en el mundo entero dedican sus esfuerzos por proteger a la infancia y juventud, en pro de la satisfacción de sus necesidades bio-psico-emocionales y sociales con miras a un cambio estructural que probablemente pueda generarse en varias generaciones más, entre éstas, a la trabajadora de caridad que en 1866 acudió a la Sociedad Protectora de Animales en intentos de protección de abusos y negligencia de una niña de 9 años, quien argumentó que la niña merecía al menos tanta protección como un perro común. Esto sentó las bases reflexivas para generar cambios en el ámbito legal en esta materia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la Virgen María, por su eterna presencia, compañía y fortaleza.

A mi orientadora, **Prof^a Dr^a Emiko Yoshikawa Egry**, por ayudarme a quitar la venda de mis ojos y darme la oportunidad de ver de lo importante que es el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Por su gran paciencia y comprensión durante estos cinco años de doctorado. Por estar presente en cada momento clave, por creer en mí, por otorgarme una autonomía en el proceso de trabajo que fortaleciera mi autoeficacia y por incorporarme en procesos claves que favorecerían la transformación de mi visión de mundo. Gracias por sus valiosas contribuciones a la comunidad científica, las que me permitieron una mayor comprensión del trabajo realizado.

Gracias por el apoyo a las profesoras **Dr^a. Rosa María Godoy Serpa da Fonseca, Marcela Urrutia Egaña y Fabiola Cortes-Monroy** en la participación del Foro internacional interdisciplinario: “Límites y Potencialidades de la formación profesional en violencia contra niños, niñas y adolescentes” cuya participación fue clave para la recolección de datos cualitativos y la intervención sobre la realidad objetiva en el escenario de mi estudio. El que pudo realizarse gracias al financiamiento de la Vicerrectoría de investigación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Dirección de extensión de la Escuela de Enfermería UC liderada por **Camila Lucchini Raies**.

A las profesoras **Dr^a. Rosa María Godoy Serpa da Fonseca, Dr^a. Maira Apostólico y Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos**, por sus valiosas contribuciones en el examen de calificación.

A las Escuelas de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo y de la Pontificia Universidad Católica de Chile que por medio del programa Dinter me dieron la posibilidad de realizar este doctorado, junto a todas las personas vinculadas a la docencia del programa y compañeras que de alguna manera influyeron en mi vida académica y profesional.

A mis amigas **Angélica Farías, Viviana Aliaga, Marcela Urrutia y Marcela González**, que me apoyaron afectiva e instrumentalmente en el desarrollo y término del proceso de elaboración de la tesis.

A **Solange Campos** y **Francisca Márquez** por su invaluable apoyo desde la jefatura del Departamento de Salud del Niño y Adolescente, para que lograra llevar a cabo este proceso.

A mi familia de origen: a mi madre **Melania Isabel Santana Vergara**, mi padre **Martín Aroldo Martínez Villarroel**, quienes me han amado incondicionalmente entregándome todo su amor y rompiendo patrones familiares y culturales de crianza negaron, fortaleciendo mi alma y siendo la base para mi desarrollo como persona. A mis hermanos **Martín Andrés Martínez Santana** y **Felipe Daniel Martínez Santana** por ser mis núcleos eternos de apoyo y de amor. A mis abuelos **Manuel Santana Peña[†]** y **Marta Villarroel[†]**, promotores de la crianza con amor en mi familia en un momento histórico complejo.

A mi marido **Danilo Andrés Jara Aguilera**, por apoyarme y amarme incondicionalmente. Por ser agente transformador de mis procesos de pensamiento crítico y promotor de la crianza con amor al interior de nuestra familia.

De manera especial quiero agradecer también a mi hijo **Benjamín Ignacio Jara Martínez**, quien ha sido el motor principal para el aumento de la comprensión de la infancia y la finalización de éste trabajo, junto a mis sobrinas **Isabel Aurora Martínez De Las Casas** y **Victoria Thais Martínez de las Casas**, el que espero pueda contribuir en alguna medida a mejorar la valorización de la infancia en mi país por medio de la formación de profesionales en el fenómeno y que éste pueda de alguna manera beneficiarse de los frutos de esta investigación.

Finalmente quiero agradecer a **Dios** y a la **Virgen María** por su eterno soporte emocional y espiritual, para mi vida y la de mi familia.

PIECECITOS

Piececitos de niño,
azulosos de frío,
¡cómo os ven y no os cubren,
Dios mío!

¡Piececitos heridos
por los gujarros todos,
ultrajados de nieves
y lodos!

El hombre ciego ignora
que por donde pasáis,
una flor de luz viva
dejáis;

que allí donde ponéis
la plantita sangrante,
el nardo nace más
fragante.

Sed, puesto que marcháis
por los caminos rectos,
heroicos como sois
perfectos.

Piececitos de niño,
dos joyitas sufrientes,
¡cómo pasan sin veros
las gentes!

Gabriela Mistral, 1924.

Martínez-Santana, Dayann Carolina. Límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia infantil [tesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMEN

Introducción: En Chile, el 71% de los niños y niñas es víctima de algún tipo de violencia por parte de sus padres. Los profesionales de la salud, están en una posición privilegiada para poder reconocer precozmente la dinámica de la producción de la violencia doméstica, sin embargo, es baja su pesquisa. **Objetivos:** Comprender los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. **Métodos:** Investigación exploratoria, descriptiva, longitudinal de abordaje cuali-cuantitativo, realizada en una universidad católica Chilena. El referencial teórico-metodológico escogido fue la hermenéutica-dialéctica. Se realizó la captación e interpretación de la realidad objetiva en las dimensiones estructural, particular y singular por medio de la recolección de documentos nacionales e internacionales. Se realizaron cinco grupos focales interdisciplinarios cuyos participantes fueron: profesores, estudiantes y agentes claves vinculados en su proceso de trabajo a infancia, familia o sociedad. Se realizó un análisis textual por medio del software IRAMUTEQ, análisis de contenido auxiliado por el software WebQDA y un análisis hermenéutico-dialéctico. **Resultados:** Se reconocen los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia infantil en las dimensiones estructural, particular y singular. Destaca como limitación los elementos ideológicos e idealistas consecuencia del sistema económico y político actual, que se sobreponen al interés superior de la infancia en Chile. A nivel particular, se observa una tendencia de las universidades a una lógica productivista que genera potenciales de desgaste en docentes y estudiantes, la ideología católica podría constituirse en una potencialidad al centrar su misión en la protección de la persona. A nivel singular, la formación para el enfrentamiento de la violencia infantil es precaria, destacándose la normalización e invisibilización de la violencia por parte de los profesionales. Destacan potencialidades como: el desarrollo de Trabajo Social, la formación ética, la promoción del buen trato y prevención del maltrato. Los docentes proponen estrategias para la superación de las limitaciones identificadas proponiendo cambios en la formación. **Conclusión:** La sinergia de las tres dimensiones se reconoce desde las necesidades de mercado, en conjunto con las metas sanitarias del país, que determinarán los procesos productivos, la organización de la formación profesional, de manera que profesionales den respuesta a estos requerimientos. Las competencias y contenidos explícitos en el currículo dependerán de la situación histórica y cultural del país, por lo que es una construcción transitoria e inacabada. Constituyen potenciales elementos de superación la pedagogía crítica emancipadora, que guíe la formación por competencias, desarrollo de competencias interdisciplinarias para el enfrentamiento, incorporando las categorías sociológicas: género, generación además de las clases sociales y raza/etnia.

PALABRAS CLAVES: Enfermería en Salud Colectiva, Violencia infantil, Maltrato a los Niños, Educación Basada en Competencias. Formación profesional

Martínez-Santana, Dayann Carolina. Limites e potencialidades da formação profissional para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: No Chile, 71% das crianças são vítimas de algum tipo de violência por seus pais. Os profissionais de saúde estão em uma posição privilegiada para poder reconhecer a dinâmica da produção da violência doméstica precocemente, no entanto, sua pesquisa ainda é baixa. **Objetivos:** Compreender os limites e potencialidades da formação profissional para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. **Métodos:** investigação exploratória, descritiva, longitudinal da abordagem qualitativa e quantitativa, realizada em uma universidade católica Chilena. O referencial teórico-metodológico escolhido foi o hermenêutico-dialético. A captação e interpretação da realidade objetiva foi realizada nas dimensões estrutural, particular e singular através da coleta de documentos nacionais e internacionais. Foram realizados cinco grupos focais interdisciplinares cujos participantes foram: professores, alunos e agentes-chave ligados em seu processo de trabalho à infância, família ou sociedade. Uma análise textual foi realizada através do software IRAMUTEQ, análise do conteúdo auxiliado pelo software WebQDA e uma análise hermenêutica-dialética. **Resultados:** são reconhecidos os limites e potencialidades da formação profissional para o enfrentamento da violência infantil nas dimensões estrutural, particular e singular. Os elementos ideológicos e idealistas do atual sistema econômico e político, se sobrepõem aos melhores interesses das crianças no Chile, destacam-se como uma limitação. A nível particular, uma tendência das universidades para uma lógica produtivista que gera potenciais de desgaste em professores e estudantes é observado, a ideologia católica poderia tornar-se numa potencialidades pela missão para se concentrar em proteger o indivíduo. Em um nível singular, o treinamento para o confronto da violência infantil é precário, destacando a normalização e a invisibilização da violência pelos profissionais. Destaca-se potencialidades, tais como: o desenvolvimento do Trabalho Social, o treinamento ético, a promoção de um bom tratamento e a prevenção de abusos. Os professores propõem estratégias para superar as limitações identificadas, propondo mudanças no treinamento. **Conclusão:** A sinergia das três dimensões é reconhecido a partir de necessidades do mercado, juntamente com as metas de saúde do país que determinam os processos de produção, a organização da formação profissional para que os profissionais possam fornecer respostas a estas exigências. As competências e os conteúdos explicitados no currículo dependerão da situação histórica e cultural do país, por isso é uma construção transitória e inacabada. São potenciais elementos emancipatórios de superação: a pedagogia crítica, a formação baseada em competências, desenvolvimento de competências interdisciplinares para o enfrentamento, incorporando categorias sociológicas como gênero, geração além de classes sociais e raça / etnia.

PALAVRAS – CHAVE: Enfermagem em saúde coletiva, Educação Baseada em Competências, Violência Infantil, Capacitação Profissional.

Martínez-Santana, Dayann Carolina. Limits and potential of professional training for confronting violence against children and adolescents [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: In Chile, 71% of children are victims of some type of violence by their parents. Health professionals are in a privileged position to be able to recognize early the dynamics of the production of domestic violence, however, they usually are not really efficient recognizing violence abuse in children during routine health control. Additionally, research about this problem is scarce. **Objectives:** Understanding the limits and potential of health professional training in confrontation of violence against children and adolescents. **Methods:** Exploratory, descriptive, longitudinal research of qualitative and quantitative approach, carried out in a Chilean Catholic University. The theoretical-methodological referential chosen was the hermeneutic-dialectic method. The capturing and interpretation of objective reality was carried out in the structural, particular and singular dimensions through the collection of national and international documents. Five interdisciplinary focus groups were carried out whose participants were: teachers, students and key agents linked in their work process to childhood, family or society. A textual analysis using IRAMUTEQ software was performed followed by an analysis of the content using as complement the WebQDA software and finally a hermeneutic-dialectical analysis. **Results:** The limits and potentialities of professional training in the confrontation of child abuse in the structural, particular and singular dimensions are recognized. The ideological and idealist elements of the current economic and political system, which overlap the best interests of children in Chile, stand out as a limitation. At a particular level, we observe a tendency of universities to a productivist logic that generates potential for attrition in teachers and students. In this regard the Catholic ideology could help overcoming this bias, focusing in its mission on the protection of the people. At a singular level, training for the confrontation of child violence is precarious, highlighting the normalization and invisibilization of violence by professionals. Highlights potential such as: the development of Social Work, ethical training, the promotion of good treatment and prevention of abuse. Teachers propose strategies for overcoming the identified limitations by proposing changes in training. **Conclusion:** The synergy of the three dimensions is recognized from the needs of the market, in conjunction with the sanitary goals of the country, which will determine the productive processes, the organization of professional training, so that professionals will respond to these requirements. The competences and contents explicit in the curriculum will depend on the historical and cultural situation of the country, so it is a transitory and unfinished construction. Potential elements of overcoming the critical emancipatory pedagogy, which guide the training by competences; development of interdisciplinary competences for the coping, incorporating the sociological categories: gender, generation, social classes and race / ethnicity.

KEYWORDS: Public Health, Competency-Based Education, Child Abuse, Violence, Professional Training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 – Jerarquización de los resultados de aprendizajes de los estudiantes...52	
Figura 6.1 – Resultados del análisis factorial por correspondencias de las formas entre los textos del corpus de la dimensión estructural..... 76	76
Figura 6.2 – Correlación entre los textos del corpus de la dimensión estructural.77	77
Figura 6.3 – Dendograma a partir de la Clasificación, jerárquica descendente con sus respectivas formas específicas, dimensión estructural 77	77
Figura 6.4 – Gráfico χ^2 de asociación de las modalidades por clases.....78	78
Figura 6.5 – Dendograma a partir de la Clasificación, jerárquica descendente con sus respectivas formas específicas. en la dimensión particular..... 85	85
Figura 6.6 – Asociación entre las clases y los textos en la dimensión particular85	85
Figura 6.7 – Análisis de similitud clase 4..... 88	88
Figura 6.8 – Dendograma de clases corpus singular según método de Reinert.98	98
Figura 6.9 – Árbol de categorías, categorización temática de la dimensión singular 101	101

LISTA DE TABLAS

Tabla 6.1–	72
Resultado Análisis estadístico corpus dimensión estructural, sin lematización.	
Tabla 6.2 – Formas activas de mayor frecuencia del corpus	73
Tabla 6.3 – Hápax obtenidos del corpus relacionados con el fenómeno de estudio.	74
Tabla 6.4 – Relación entre unidad léxica violencia y términos afines con las variables del corpus de la dimensión estructural.....	75
Tabla 6.5–Resultado Análisis estadístico corpus dimensión particular, con lematización.	84
Tabla 6.7 – Número de cursos que consideran temáticas relacionadas a infancia, sociedad, derechos humanos por carrera.....	92
Tabla 6.8 – Participación de docentes por carrera en los grupos focales.	93
Tabla 6.9 – Caracterización de los participantes de los grupos focales según nivel de formación en violencia y utilización de protocolos.....	94
Tabla 6.10–Resultado Análisis estadístico corpus dimensión singular, sin lematización.	94
Tabla 6.11–Frecuencia de las diferentes unidades léxicas utilizadas para denominar la infancia y adolescencia.....	95
Tabla 6.12–Relación entre unidades léxicas vinculadas a género con las variables “participantes” del corpus de grupos focales de la dimensión singular	96
Tabla 6.13 –Hápax de formas vinculadas con la temática de violencia infantil	97

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.1 – Distribución porcentual según curso, de los derechos acordados en la versión “Yo opino, es mi derecho” 2016	26
Cuadro 6.1 – Documentos analizados para la captación de la realidad objetiva de la violencia contra niños, niñas y adolescentes a nivel estructural en Chile....	71
Cuadro 6.2 – Documentos analizados para la captación de la realidad particular	83
Cuadro 6.1 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel estructural.....	130
Cuadro 6.2 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel particular	131
Cuadro 6.3 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel singular: Proceso de trabajo para el enfrentamiento de la VNNA	132
Cuadro 6.4 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel singular: Proceso de formación para el enfrentamiento de la VNNA.....	134
Cuadro 7.1– Competencias Específicas para la carrera de Enfermería relacionadas con los hallazgos de este estudio.	147
Cuadro 7.2 – Competencias Específicas para la carrera de Medicina relacionadas con los hallazgos de este estudio.....	148

LISTA DE SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
CDN	Convención de los Derechos del Niño
CRUCH	Honorable Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
NNA	Niños Niñas y Adolescentes
VNNA	Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes
TENS	Técnicos de Enfermería de Nivel Superior
UC	Pontificia Universidad Católica de Chile
VIF	Violencia Intra Familiar

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	19
1.1.	VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	19
1.1.1.	Violencia contra los niños y niñas en la historia de Chile	20
1.1.2.	Violencia contra los niños y niñas en Chile en la actualidad	23
1.1.3.	Consecuencias de la violencia infantil	27
1.1.4.	Percepción y creencias del maltrato Infantil en los padres.....	29
1.2.	ROL PROFESIONAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INFANTIL	30
2.	FUNDAMENTACIÓN.....	37
2.1.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	39
2.2.	SUPUESTOS	40
2.3.	OBJETO DEL ESTUDIO	40
3.	OBJETIVOS	43
3.1.	GENERAL	43
3.2.	ESPECÍFICOS	43
4.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	47
4.1.	VISION DE MUNDO.....	47
4.2.	VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES.....	49
4.2.1.	Violencia desde la perspectiva de género y generación.	49
4.3.	FORMACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	51
5.	MÉTODO.....	57
5.1.	TIPO DE ESTUDIO	57
5.2.	ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	58
5.3.	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	59
5.4.	ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	62
5.5.	PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	63
5.6.	IMPLICANCIAS ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	65
6.	RESULTADOS	71
6.1.	CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURAL.....	71
6.1.1.	Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva por medio del análisis textual en la dimensión estructural.....	71
6.1.2.	Interpretación de la realidad objetiva en la Dimensión Estructural	78
6.2.	CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA EN LA DIMENSIÓN PARTICULAR.....	83

6.2.1.	Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva por medio del análisis textual en la dimensión particular.....	83
6.2.2.	Interpretación de la realidad objetiva en la dimensión particular.....	89
6.3.	CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA EN LA DIMENSIÓN SINGULAR.....	92
6.3.1.	Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva en la dimensión singular.....	92
6.3.2.	Descripción del perfil de los participantes de los grupos focales.....	93
6.3.3.	Resultados del análisis textual de datos de los datos correspondientes a la dimensión singular.....	94
6.3.4.	Percepción del cuerpo docente y alumnado sobre la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes	100
6.4.	Síntesis de potencialidades y limitaciones de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra NNA.....	129
6.4.1.	Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión estructural.....	129
6.4.2.	Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión particular.....	131
6.4.3.	Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión singular.....	132
7.	DISCUSIÓN.....	139
7.1.	Las potencialidades y limitaciones de las políticas de enfrentamiento de la violencia contra NNA en Chile: Camino a la Superación.....	139
7.2.	Cómo fortalecer las competencias profesionales: rumbo al enfrentamiento de la violencia contra NNA.....	143
7.2.1.	Competencias crítico emancipatorias.....	150
7.2.2.	Competencias interdisciplinarias.....	154
7.2.3.	Sinergismo entre las dimensiones estructural, particular y singular para el enfrentamiento de la violencia contra NNA en Chile.....	156
8.	Conclusiones.....	161
8.1.	Proyecciones:.....	163
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	169
10.	APÉNDICE.....	185
	APÉNDICE A.....	185
	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	185
	APÉNDICE B.....	191
	CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DEL PARTICIPANTE.....	191
	ANEXO 1– APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN COMITÉS DE ÉTICA.....	197
	ANEXO 2 – Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist.....	203
	ANEXO 3– Listado de cursos de pregrado relacionados a niño, niña, adolescente, familia, comunidad, sociedad y derechos humanos.....	207
	ANEXO 4 – Perfil de competencias para el enfrentamiento de la violencia desarrollado por la Asociación Médica Real de Holanda.....	209
	ANEXO 5 – Competencias deseables para el médico egresado UC en relación a VIF-AS.....	212

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Se define como violencia cualquier situación de abuso de poder que vulnera los derechos y necesidades de personas o grupos, pudiendo adoptar diversas formas, de acuerdo al contexto relacional en el que opera y los mecanismos mediante los cuales se intenta someter al otro” ⁽¹⁾. La Convención de los Derechos del Niño define la violencia contra niños, niñas y adolescentes el perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso que puede ocurrir en distintos entornos tales como la familia, la escuela, las instituciones de detención y protección, los lugares donde los niños, niñas y adolescentes trabajan y su comunidad ⁽²⁾.

Las sociedades tienen subyugados a niños y niñas y adolescentes a distintos tipos de violencia, siendo la de naturaleza doméstica una de las más comunes. Ésta consiste en una violencia intra-clases sociales y está presente en todas éstas. La violencia doméstica contra niños y niñas es una violencia interpersonal e intersubjetiva; es un abuso de poder disciplinar y coercitivo de los padres o responsables que se puede prolongar por meses y hasta años, es una forma de violación de los derechos esenciales de los niños, niñas y adolescentes, en cuanto a personas y por tanto, una negación de los valores humanos fundamentales como la vida, a libertad y la seguridad ⁽³⁾.

La violencia contra niños y niñas se encuentra anclada en un contexto histórico, social y cultural. Es un fenómeno multifacético en el cual la influencia de modelos validados de reproducción y legitimación de la violencia son elementos relevantes ⁽⁴⁾. Así, el análisis debe basarse en la visión de la infancia, considerando su componente estructural y cultural específico, en una fase preparatoria, inserto en contexto de desarrollo social, un patrón cultural y en los cambios históricos de las relaciones generacionales ⁽⁵⁾.

1.1.1. Violencia contra los niños y niñas en la historia de Chile

El maltrato contra niños y niñas ha estado presente desde la antigüedad. Ya en el siglo IV, era habitual el infanticidio y en la edad media era frecuente el abandono infantil por los tiempos de guerra. Entre los siglos XVII y XVIII la infancia se empieza a considerar como un periodo específico de la vida distinto al de los adultos y por lo tanto con necesidades especiales, apareciendo definitivamente el interés por la protección infantil en el siglo XIX, como consecuencia de la revolución industrial que trae consigo la explotación del niño a través del trabajo. Es en este periodo destacan las pésimas condiciones de los niños pertenecientes a las clases más desfavorecidas. En el siglo X aparecen registros médicos relacionados con el maltrato infantil, mencionando que las fracturas de los “niños llorones” pueden ser de causa intencional y en el siglo XVIII son descritos hallazgos post mortem de niños golpeados o quemados ⁽⁶⁾.

En el año 1874 se gana por primera vez un juicio, el que representaría el reconocimiento oficial de maltrato infantil. En este caso una trabajadora de Caridad acudió a la Sociedad Protectora de Animales en intentos de protección de abusos y negligencia de Mary Ellen una niña de 9 años de edad nacida en Nueva York el año 1866, argumentando que la niña merecía al menos tanta protección como un perro común ⁽⁶⁾.

En 1972, John Caffey describe el síndrome del bebé sacudido, caracterizado por hemorragias retinianas, subdurales y/o subaracnoideas, sin signos externos de maltrato⁽⁶⁾.

En un principio, el maltrato infantil se restringió a solo aspectos físicos del infante, sin embargo, luego de la definición de salud de la OMS, comenzó a considerarse el bienestar biopsicosocial del niño. En consecuencia se empezó a considerar como maltrato no tan solo daños a la salud o integridad física del niño, sino que también a aquellos aspectos emocionales y en distintos contextos ⁽⁶⁾.

Luego de la Primera Guerra Mundial y las grandes consecuencias que generó ésta en la infancia, surge la primera Declaración de los derechos del Niño o Declaración de Ginebra de 1924, la que luego de modificaciones alcanzó su carácter legal en 1989 en donde se aprueba la Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la

Asamblea General de las Naciones Unidas, con el fin de mejorar las condiciones de los niños y niñas en el ámbito internacional ⁽⁶⁾.

En Chile, a comienzos del siglo XIX los niños eran invisibles y poco considerados. De a poco se fueron diferenciando en sus funciones sociales y costumbres. En la época colonial fueron relegados a una pieza junto a la servidumbre. Una pintura que refleja la vida de Santa Rosa de Lima muestra como su madre la reprende con “guantadas y golpes”. En la segunda mitad del siglo XIX surgieron escuelas para los distintos grupos sociales. El maestro gozaba de un enorme poder, daba palmetazos a los estudiantes que no respondieran correctamente. Dos métodos eran los centrales “el grito y el látigo”—“la letra con sangre entra”. Los castigos más frecuentes eran mantener al niño arrodillado, golpes con el guante y la palmeta frente a los otros alumnos, lo que cambió al final del periodo en donde solo se prohibió que los castigos fueran realizados en un lugar público. En este periodo destaca el enorme poder del padre dentro de la familia, éste tenía derecho a castigar a su hijo “mesuradamente”, sin embargo tenían la obligación de darles lo necesario y si los abandonaban, los padres perdían el derecho sobre sus hijos. A mediados y finales del siglo XIX, aumentó la cantidad de niños entregados a instituciones por no tener padres o que su madre no pudiera sustentarlo. El derecho de castigar al hijo moderadamente y el derecho a recluir al hijo en un colegio correccional fue establecido en el código civil. En este mismo periodo empezó a existir debate entre las distintas percepciones entre el castigo físico y psicológico, lentamente fueron suprimidos algunos castigos físicos en el colegio y los niños de la clase más acomodada empezaron a recibir mejores tratos ⁽⁷⁾.

A inicios del siglo XX destaca el trabajo infantil, pero a su vez, aumentaron las acciones a favor de los niños y empezaron a surgir ideales románticos, los que declaraban que los niños debían ser felices independientes de la clase social. Los escritos muestran la presencia de golpes durante la crianza, pero también señalan el trato cariñoso de los padres. Existían correccionales en las cuales los niños que no cumplieran el reglamento los privaban de comida, recreo, visita o los encerraban en el calabozo con esposas y grilletes. Surge la Sociedad protectora de la infancia quien recomendaba “ser pacientes, afectuosos y suaves con los niños”. Ésta sugería que los castigos no debían ser físicos, el mejor castigo era privarlos de cariños habituales,

dulces o regalos. A mediados del siglo XX empezó una mayor preocupación por la infancia, el castigo físico estaba deslegitimado al interior de las escuelas, pero en la práctica se aplicaba de “modo moderado” tales como coscachos, reglazos y tirar las patillas. Al interior de la familia también seguía presente el castigo físico como los golpes con correas de plancha y bofetadas. Con la declaración de Ginebra en 1924 empezó a intervenir el estado en materia de derechos del niño. Surge la Ley de menores, la que establece que el padre seguía teniendo la facultad de corregir y castigar moderadamente a sus hijos. En 1927 se celebra la semana del niño con una campaña de valorización de la infancia con el fin de combatir la ilegitimidad, el trabajo infantil, la mortalidad o el trato de los padres. Se comenzó a difundir públicamente los derechos del niño. En este periodo la recomendación respecto al castigo debía consistir en negarle ciertos privilegios y nunca debía aplicarse con cólera ⁽⁷⁾.

A mediados del Siglo XX comenzó a existir una variabilidad en relación a la crianza, en la cual destaca una mayor permisividad y mayor preocupación por los niños. Sin embargo la literatura muestra que muchos niños aún deben enfrentar la violencia de la calle, los abusos de un exportador, la sexualidad precoz, la violencia y la crudeza de la calle. Por tanto, en 1998, la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó la Promulgación Universal de los Derechos de los Niños ⁽⁷⁾ .

A finales del siglo XX destaca la formación del Servicio Nacional de Menores y con la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño, a nivel político se debe garantizar de forma explícita y específica la protección de derechos ciudadanos, sociales, económicos y políticos para todos los menores de 18 años. Con esto se esperaba que el niño ya no fuera un objeto de protección, sino un portador de derechos. Sin embargo, en la época del régimen militar hubo una gran cantidad de niños ejecutados, desaparecidos, nacimientos en centros de tortura, concepciones en violaciones y niños abandonados por persecución política. En este mismo periodo el padre descargaba su agresividad en su mujer e hijos ⁽⁷⁾.

Respecto al trabajo Infantil recién en 1996 el gobierno Chileno se comprometió a erradicar el trabajo infantil. A comienzos del siglo XXI han emergido grandes avances en materia de la protección de la infancia surgiendo el año 2001 la “Política y Plan Nacional de Acción integrado a Favor de la Infancia y Adolescencia” y el 2006 la Nueva Política de Protección integral a la Infancia, la que busca igualar la oportunidad de

desarrollo de los niños Chilenos los primeros años de vida. Independiente de su origen social, género y conformación del hogar ⁽⁷⁾.

1.1.2. Violencia contra los niños y niñas en Chile en la actualidad

En Chile el 71% de los niños y niñas es víctima de algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. De este porcentaje, el 19,5% es víctima de violencia psicológica y el 51,5% de violencia física. De estos últimos el 25,9% han sufrido violencia física grave ⁽⁸⁾. Además el 20,9% de los niños han sido alguna vez golpeados al punto de sangrar, quedar con hematomas o fracturas, el 7,1% ha tenido que ir al hospital o consultorio producto de los castigos recibidos por un familiar y el 6% han ido a carabineros o al juzgado por causa de los castigos recibidos. De los dos primeros un porcentaje muy bajo ha denunciado el evento. En relación al abuso sexual, el 8,7% ha sufrido este tipo de violencia y de estos el 75% es de sexo femenino ⁽⁸⁾. Estas cifras son similares a la reportada por la Organización Mundial de la Salud en el 2014 en la cual: una cuarta parte de toda la población adulta ha sufrido maltrato físico en la infancia, una de cada cinco mujeres ha sufrido abusos sexuales en la infancia ⁽⁹⁾.

Según los datos estadísticos recolectados por el Observatorio Niñez y Adolescencia de Chile, las denuncias por violencia intrafamiliar realizadas durante el año 2015, en las que las víctimas fueron NNA (Niños, Niñas y Adolescentes), corresponden a una tasa país de 181,7 por cada 100.000 niños y niñas. La mayor tasa de denuncias afecta a las niñas, principalmente en el tramo etario de 14 a 17 años, con una tasa de 633,3 cada 100 mil NNA. En dicho tramo etario prácticamente 3 de cada 4 denuncias corresponde a niñas. Las mayores tasas de denuncias corresponden a mujeres en todos los tramos de edad ⁽¹⁰⁾.

La tasa de denuncias por violencia sexual el año 2015 alcanzó 84,5 denuncias por cada 100.000 niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, este promedio oculta que las denuncias por violencia sexual en contra de las niñas, la que alcanza una tasa de 145 denuncias por cada 100 mil NNA. La mayor proporción de denuncias se encuentra entre las niñas de 14 a 17 años con una tasa de 235,2 por cada cien mil habitantes, frente a una tasa de 15,7 denuncias asociadas a violencia sexual contra niños en ese mismo tramo etario ⁽¹⁰⁾.

En relación a la violencia entre pares el 9,7% de los niños y niñas que ha sido víctima de violencia psicológica ha recibido agresiones en el colegio de parte de sus compañeros y el 11,4% de los niños y niñas que ha sido víctima de violencia física grave ha recibido agresiones en el colegio de parte de sus compañeros ⁽⁸⁾.

Respecto a la violencia extrafamiliar, la tasa a nivel país corresponde a 265,3 por cada 100.000 NNA. ⁽¹⁰⁾

Los colegios subvencionados y públicos ubicados en el territorio Chileno son percibidos por los NNA como espacios con altos niveles de discriminación y violencia. De acuerdo a los datos de SIMCE 2015, el porcentaje de jóvenes de segundo medio que se sintió discriminado fluctúan entorno al 64%, y los que fueron violentados por sus pares giran en torno al 40% ⁽¹⁰⁾.

El 18,8% de los niños y niñas entre 0 y 5 años se encuentra en situación de pobreza según ingresos, mientras que el 18,2% de los niños y niñas entre 6 y 13 años, y el 17,3% de los niños y niñas entre 14 y 17 años están en la misma condición ⁽¹⁰⁾

Dentro de las medidas para proteger la infancia en Chile, en el año 2015 se creó el Consejo Nacional de la infancia, dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Este corresponde a:

[...] una instancia asesora presidencial que integra los esfuerzos de diversos organismos públicos, coordinando y dirigiendo sus acciones hacia el diseño y establecimiento de un sistema integral de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia, donde el Estado cumpla el rol de garante. Esta asesoría consiste en la identificación, formulación y ejecución de políticas, planes, programas, medidas y actividades relativas a respetar, promover y proteger el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, regional y local. ⁽¹¹⁾

Dentro de sus iniciativas creó, 2015 la instancia “Yo Opino es mi Derecho” con el objetivo que NNA hagan oír su voz y puedan deliberar e incidir en las políticas públicas de su interés. Este proceso participativo se ha realizado en los años, 2015, 2016 y 2017 y han participado respectivamente 831.434, 424.446 y 658.605 niños y niñas ⁽¹²⁾.

En su primera versión, respecto al núcleo temático buen trato, presenta una mayor frecuencia la opinión de promover la diversidad y evitar la discriminación (25,6%), Valorar y considerar las opiniones de los NNA (19,9%), mejorar trato a los NNA en el

transporte público (10,5%) y desarrollar campañas y talleres de información para promover el buen trato entre adultos y NNA (10,5%) ⁽¹³⁾.

Los discursos de los NNA que destacan ⁽¹³⁾ REF:

“Respeto a la diversidad al ser como personas” (Tercero medio, particular sovencionado, Región Coquimbo)

“Para tener un buen trato, los adultos deben aprender a escuchar nuestras opiniones, al igual que la de ellos son válidas (Cuarto medio, particular subencionado, región de Atacama)

“Los estudiantes somos discriminados por algunos adultos, pero también se faltan el respeto entre ellos”. Metropolitana, Particular subvencionado, Segundo medio.

“En nuestro país hay discriminación por razas costumbre, posiciones económicas”. Los Lagos, Municipal, Cuarto medio.

“Para poder tener un buen trato debemos ser capaces de que nuestros padres nos puedan escuchar y también en el colegio, recibir buen trato de los adultos nos llevara a tener una buena comunicación”. Los Ríos, municipal, Cuarto medio.

“El respeto y buen trato en muchas ocasiones no se cumple eje.: transporte público, trato con autoridades, en el comercio, etc. sería bueno denunciar y que las sanciones fueran rápidas y efectivas”. Araucanía, Particular subvencionado, Tercero medio.

“Necesitamos que los adultos nos escuchen en la toma de decisiones”. Antofagasta, Municipal, Tercero medio.

“Reducir las jornadas de trabajo de los adultos, para tener mayor tiempo para la familia y mejorar los sueldos para que no afecten el presupuesto”. Metropolitana, Administración delegada, Segundo medio.

“En mi casa no tengo voz ni opinión, para mis padres. Yo por ser adolescente no tengo experiencia de vida y es por ello que tengo derecho a opinar”. Valparaíso, Municipal, Tercero medio.

En la versión del 2016, se discutieron los contenidos referidos a valores, derechos, instituciones y responsabilidades. Entre los derechos acordados se muestran en el Cuadro 1.1 (14) Entre los que destacan: vivir en familia, a jugar y a la no discriminación.

Todos los derechos debiesen ser respetados y considerados siempre. El derecho a tener una familia. No es justo que muchos niños tengan que vivir en hogares por culpa de sus padres que no fueron responsables (Escuela mixta, Particular subvencionada, Tarapacá).

Derecho a vivir en familia, recibir el apoyo de ella cuando estudiamos, darnos consejos y apoyarnos cuando tenemos relaciones amorosas (Escuela Mixta, Municipal, RM).

Que los padres respeten la privacidad de cada uno. Que no se anden metiendo en mis cosas, aunque entendamos que ellos tienen derecho, pero igual deben respetar la privacidad de cada uno (Escuela Mixta, Particular subvencionada, VIII).

Cuadro 1.1 – Distribución porcentual según curso, de los derechos acordados en la versión “Yo opino, es mi derecho” 2016

Educación parvularia	N	%	1°-4° básico	N	%	5°-6° básico	N	%	7°-4° medio	N	%
A vivir en familia	2.791	79,2	A vivir en familia	4.352	70,80%	A vivir en familia	1.740	51,10%	No discriminación	2.639	50,70%
Jugar	2.637	74,9	A jugar	3.093	50,30%	No discriminación	1.582	46,40%	A la educación	1.996	38,40%
Educación	1.310	37,2	A la educación	2.243	36,50%	A jugar	1.147	33,70%	A ser escuchados	1.843	35,40%
A ser protegidos	1.216	34,5	A ser protegidos	1.718	27,90%	A la educación	1.081	31,70%	A vivir en familia	1.686	32,40%
A tener un nombre y una nacionalidad	1.022	29	A ser escuchados	1.323	21,50%	A ser escuchados	741	21,70%	A la vida privada	1.153	22,20%
A ser escuchados	900	25,5	A tener un nombre y una nacionalidad	1.310	21,30%	A la vida	626	18,40%	A la vida	1.130	21,70%
A la salud	376	10,7	No discriminación	1.297	21,10%	A la vida privada	595	17,50%	A jugar	1.129	21,70%
			A la salud	1.008	16,40%	A la salud	582	17,10%	A la salud	1.050	20,20%
			A la vida	728	11,8%	A tener un nombre y una nacionalidad	541	15,90%	A ser protegidos	558	11,30%
					A ser protegidos	487	14,30%	A tener un nombre y una nacionalidad	534	10,30%	

* Los porcentajes de cada columna no suman 100% dado que en esta consulta se acuerdan respuestas múltiples

Fuente: Universidad de Chile, 2016

En su versión 2017⁽¹²⁾, destacan propuestas orientadas a enfrentar la pobreza

“Organizarse como curso y crear canastas familiares para ser entregadas a las familias más pobres”.

“ayudar a las personas a conseguir trabajos mejores y dignos”.

“mejorar los sueldos a la gente más pobre”

“Las autoridades suban el sueldo mínimo para que las personas tengan dinero suficiente para satisfacer sus necesidades”.

“Que el gobierno se encargue de crear más trabajos, para así poder alimentarse, comprarse una casa y tener una nueva vida”.

En relación a la reducción de las desigualdades, los NN proponen acciones de integración de inmigrantes, convivencia pacífica, derechos de las personas en cuanto a trato digno e igualitario, igualdad de género, buen trato y a la no discriminación.

“Reconocer institucionalmente el valor de las distintas culturas en nuestro país aprovechando y valorando así las capacidades de cada persona”

“Establecer por ley un mínimo de derechos para todos en salud, educación, vivienda y trabajo”

“Fomentar el respeto y la inclusión entre estudiante inmigrantes a través de campañas y actividades donde todas/os participemos”

“No discriminar entre compañeros/as”

“Nosotros tratarnos como iguales en el sentido amplia de la palabra”

Condiciones productoras de violencia infantil

El maltrato contra el niño y la niña puede deberse a diversos y múltiples determinantes. La literatura ha abordado algunos elementos perpetuadores de violencia contra niños y niñas, destacando la complejidad del fenómeno y clasificándolos en: históricos, individuales, familiares, ambientales, culturales, económicos y sociales ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Entre algunos desencadenantes más específicos que generan este tipo de violencia se encuentran: la maternidad obligada, el estrés al cual están sometidos los padres, la influencia de modelos de crianza a partir de los cuales el maltrato está justificado, dificultad para identificar claramente las demandas y necesidades de los infantes y la presencia de alcoholismo en uno de los padres. Adicionalmente, padres que han sido maltratados en su infancia, tienen una mayor probabilidad de convertirse en padres maltratadores⁽¹⁸⁾. Existiendo una alta relación entre haber sido golpeado en la niñez y golpear a los hijos ⁽¹⁹⁾.

Respecto a la relación entre el castigo físico y el nivel socioeconómico, es posible encontrar que en los niveles socioeconómicos más bajos justifican en mayor medida el uso del castigo físico contra niños y niñas ⁽¹⁹⁾. Resultado coherente con lo obtenido en el último estudio de la UNICEF, realizado en Chile el año 2012 ⁽⁸⁾. También la presencia de maltrato durante el embarazo se asocia a la violencia infantil ⁽²⁰⁾.

El maltrato infantil está relacionado a patrones de crianza que emplean el castigo físico como una forma válida de corregir la conducta de los niños y niñas, además diversas crisis asociadas a la etapa del ciclo vital y a diversas situaciones específicas generarían una tendencia familiar a sostener cadenas de interacción generadores de violencia⁽¹⁸⁾. Cuando el uso del castigo físico por parte de los padres no genera los resultados esperados por estos en los niños, se genera una tendencia al aumento de la intensidad y frecuencia de este patrón ⁽¹⁷⁾.

1.1.3. Consecuencias de la violencia infantil

La violencia produce efectos severos y profundos en la vida de los niños, niñas y adolescentes, que afecta seriamente su desarrollo y crecimiento: deteriora relación con los padres, afecta el desarrollo cognitivo en detrimento del rendimiento escolar,

genera problemas de salud mental, produce problemas con sus compañeros de colegio, entre otros ^(8,16,17,21).

Sus secuelas conductuales y emocionales tienen mayor impacto que el que ejerce a nivel socioeconómico, puesto que cerca de la mitad de los niños expuestos a la violencia pueden presentar síntomas compatibles con trastornos del estrés postraumático y transmitir generacionalmente la violencia, junto con presentar con mayor frecuencia trastornos del sueño, dificultades del aprendizaje, problemas de memoria y concentración, conducta agresiva e ideación suicida asociados a ella ⁽⁸⁾.

En concordancia, resulta muy llamativo también el alto grado de dificultades emocionales e interpersonales presentes en los hijos de personas expuestas a violencia y los trastornos del estrés postraumático, aun cuando los niños no hayan estado en contacto con los actos mismos ^(22,23).

La violencia doméstica también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades respiratorias y con las hospitalizaciones de niños y niñas ⁽²⁰⁾. A su vez otra consecuencia importante derivada del maltrato infantil es la alta prevalencia de traumatismo encéfalo craneano de origen no accidental en niños, cuyas investigaciones señalan que constituyen un problema grave que afecta a nuestra sociedad y que puede dejar secuelas neurológicas permanentes especialmente en menores de dos años ^(24,25). El síndrome del niño sacudido es otra alteración del maltrato infantil ampliamente estudiadas con importantes repercusiones en la salud de los infantes ⁽²⁶⁾. Por otro lado, la presencia de déficit atencional del niño y niña se ha correlacionado positivamente con la presencia de factores psicosociales como la violencia intrafamiliar ⁽²⁷⁾.

Barcelata ⁽¹⁸⁾ señala que “las características de un niño agredido, son aplanamiento emocional, limitaciones para experimentar placer, desorganización conductual, hipervigilancia, dificultades en el establecimientos de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, antisociabilidad; bajo o mal funcionamiento cognoscitivo y académico, éste último reflejado como bajo aprovechamiento escolar, además de un aumento en la probabilidad de presentar trastornos más severos como el trastorno de ansiedad por estrés postraumático”.

Finalmente otra de las consecuencias del maltrato físico es un efecto negativo en la calidad de las representaciones del apego que desarrollan los niños hacia su madre, cuyas repercusiones pueden generar un gran daño en la salud tanto a corto como a largo plazo (28).

1.1.4. Percepción y creencias del maltrato Infantil en los padres.

Tanto las creencias derivadas de diversos patrones culturales y la percepción de qué conductas pueden atribuirse a maltrato debido a la aceptación social de las prácticas abusivas podrían explicar con mayor claridad la existencia del maltrato infantil.

Los niveles de intensidad, frecuencia y formas culturalmente aceptadas varían entre los distintos grupos sociales y las familias ⁽¹⁷⁾. El conocimiento de la percepción de los padres sobre lo que se considera como maltrato infantil es clave para la elaboración de estrategias de enfrentamiento. Donoso y Ricas ⁽¹⁷⁾ encontraron que existe una diversidad de puntos de vista sobre la educación y las formas de educar, siendo uno de los puntos en común el ejercicio del castigo corporal por casi todos los padres, inclusive ejercido por aquellos que condenan esta práctica.

Delfino, Biasoli, Sagim y Venturini ⁽²⁹⁾ mostraron las distintas percepciones de los padres, según status socio-económico, revelando que tanto los padres del nivel social medio como los del bajo tienen conocimiento de la violencia domestica contra los niños, pero al mismo tiempo, existe una diferencia en la forma entre estos de percibir la violencia. Según nivel socioeconómico, es posible encontrar que en el nivel socioeconómico medio se encuentran tasas más altas de violencia psicológica, en contraste al nivel más bajo donde prevalecería la violencia física ⁽²⁹⁾.

Las creencias que legitiman la violencia en las relaciones interpersonales en los niños, cuyas creencias se encuentran vinculadas a contextos relacionales violentos, pueden clasificarse como “justa defensa”, estrategia de crianza, como forma de resolución de conflictos y por dificultad de control de las emociones ^(1,17). Adicionalmente es posible reconocer que los padres le pegan a sus hijos porque estos los hacen enojar, para mostrarles quien manda, para que no le pierdan el respeto y porque a estos también les pegaban cuando niños ⁽¹⁾.

1.2. ROL PROFESIONAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA INFANTIL

Creencias, calificación de los profesionales y pesquisa del maltrato infantil

Los profesionales de la salud al realizar la supervisión del niño y la niña, están en una posición privilegiada para poder reconocer precozmente la dinámica de la producción de la violencia doméstica y de sus condiciones objetivas de mantención de deterioro de las relaciones humanas. Sin embargo, debido a causas socioculturales, la creencia de una baja prevalencia de maltrato en atención primaria emerge con fuerza ⁽³⁰⁾.

De esta manera, en relación a las creencias y actitudes del equipo de atención primaria compuesto por médicos, asistentes médicos y enfermeras, un estudio reveló que el 50% de los médicos y el 70% de las enfermeras o auxiliares cree que la prevalencia de la violencia doméstica en su práctica es cercana al 1%. El 10% de los médicos y casi el 50% de las enfermeras nunca habían identificado una persona abusada. El 28% de estos profesionales cree que no tienen estrategias para ayudar a las personas maltratadas, destacando que el 77% no han asistido a algún programa de educación sobre violencia doméstica en el último año ⁽³⁰⁾.

Otro estudio realizado en el año 2007 en Suecia, tuvo como objetivo examinar las actitudes y experiencias de la notificación del abuso y negligencia en la atención primaria y en los hospitales médicos por medio de la aplicación de un cuestionario a médicos y estudiantes de medicina. Encontrándose que la mayoría de los médicos notificaron el abuso infantil y negligencia a los servicios sociales. Destacando además que dos tercios de los médicos que sospecharon abuso y negligencia contra los niños, no lo informaron debido a la falta de confianza en la organización de servicios sociales. Junto con lo anterior, se encontró que el 21% nunca había notificado a un niño por abuso o negligencia durante la vida laboral ⁽³¹⁾.

Bajo el mismo marco de referencia, los profesionales de enfermería pediátrica se encuentran en una posición única para desempeñar un papel importante en la prevención de la violencia. A su vez, la prevención de la violencia debe ser totalmente inclusiva como un componente rutinario de orientación preventiva para los niños en edad preescolar y sus familias. Abordándose diferentes metodologías para integrar la prevención de la violencia en un enfoque de atención primaria ⁽³²⁾.

Bourroul, Rea y Botazzo ⁽³³⁾ buscaron identificar las percepciones de los residentes de pediatría ante la violencia doméstica, dentro de los resultados destacan que casi todos expresaron miedo y señalaron que su formación en el tema era insuficiente, atribuyéndole a la pediatría el rol de diagnosticar la violencia en los niños ^(21,33,34).

Respecto a la notificación, los padres reconocen acudir con mayor frecuencia a otros familiares que a la red primaria de salud. Dentro de las razones de esta conducta, señalan la visualización de una excesiva carga de trabajo en el personal, lo que dificulta tener instancias para consultar respecto a medidas alternativas para disciplinar a sus hijos y la percepción de una preparación deficiente de los profesionales que deriva en no poseer los suficientes conocimientos para poder aconsejar adecuadamente a los padres ⁽²¹⁾.

En relación a la notificación de los eventos, muchos casos de violencia han sido sub-reportados debido a las limitaciones en la detección ⁽³⁵⁾. El silencio debido al pacto de familia es una de las causas de la demora en la atención y el sub-registro de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes ⁽³⁶⁾. Además resulta relevante poder reconocer y diferenciar las lesiones de origen accidentales en los niños y aquellas de origen intencional con el fin de poder realizar un diagnóstico certero y oportuno de maltrato infantil ^(36,37). Tal como el síndrome de Munchausen que consiste en la invención por parte de padre o madre, de enfermedades complicadas que afectan a su hijo, reportando síntomas falsos, fabricación de síntomas y perpetración de daño físico, por lo que por terapias riesgosas, podría causarse la muerte de los niños ^(38,39)

Andrade, et al.⁽⁴⁰⁾ realizaron un estudio en Brasil, cuyo objetivo fue comprender la experiencia de los profesionales de salud sobre la violencia doméstica contra niños y adolescentes en el nivel básico de Salud a través de una investigación cualitativa. Teniendo como resultado que debido a las características violentas de la población, existía temor por las represalias que podrían existir. Además los profesionales señalan que una buena estrategia sería contar con un centro de referencia como una forma de ayudar a su limitado rol profesional. Además refieren la dificultad en la identificación del problema de la violencia teñido por las mismas creencias, ya que el castigo físico leve está socialmente tolerado ⁽⁴⁰⁾.

Otros estudios han estudiado las creencias sobre el maltrato infantil en otros profesionales como las educadoras de jardines infantiles, encontrando que estos profesionales logran reconocer la violencia física como psicológica en la interacción de la familia y niños y entre los propios niños reconociendo además la negligencia como una forma de violencia, sin embargo, existe una naturalización de la violencia por parte de éstas. Señalando además a la enfermera como el profesional que puede convertirse en un instrumento metodológico capaz de ayudar en las conductas adoptadas (41).

En relación a la identificación del maltrato infantil y estrategias de prevención e intervención, varios estudios se han enfocado en cómo identificar los casos en los cuales existe maltrato infantil y juvenil mediante la aplicación de diversos instrumentos a niños y adolescentes en distintos contextos, tales como: establecimientos de salud, escuelas y ministerio de justicia, obteniendo como una de las conclusiones la necesidad de construir instrumentos más refinados (42). Otros cuestionarios se han aplicado a los padres para medir la prevalencia del castigo severo ejercido por los padres, como el PSQ (Parent Screening Questionnaire) (43).

Siegel et al,(44) exploran la pesquisa de violencia doméstica, que incluye el maltrato infantil, por medio de aplicación de instrumentos dirigidos a la madre, sin embargo, estos van orientados solo al maltrato por parte de la pareja y no indaga maltrato psicológico o maltrato desde la propia madre.

La literatura también ha abordado una gran cantidad de estrategias de intervención, de éstas destacan la importancia en la entrega de información respecto a alternativas al castigo físico de los niños, sin embargo, entre las limitantes de esta intervención se encuentra la falta de tiempo y recursos, junto con la falta de formación ⁽²¹⁾. Respecto a este tipo de intervenciones los padres valoran las intervenciones relacionadas a la enseñanza de estrategias de disciplina a desarrollar con los niños (45).

Por lo que la aplicación de modelos de intervenciones que acrecientan las competencias en la prevención y manejo de maltrato en el profesional médico junto con la pesquisa de otros factores de riesgo psicosocial, ha permitido obtener resultados favorables en la pesquisa de maltrato infantil (46–49).

Junto con lo planteado con anterioridad, es importante señalar que un enfoque integral de la violencia familiar debería, en primer lugar, orientarse hacia la prevención de la violencia en este ámbito creando competencias de comunicación, relación afectiva y disciplina que superen las habituales asociaciones entre violencia-machismo-autoridad(50).

Dentro de las estrategias de intervención, un estudio brasileño señaló que la intervención con estas familias por medio de visitas domiciliarias pueden tener resultados satisfactorios, ya que la violencia puede ser entendida en sus diferentes aspectos, es decir, un síntoma presente en la familia modelada por las dificultades de distinta naturaleza: las relaciones culturales, sociales y económicos interpersonal (51).

Marín(52) establece que la detección oportuna y la prevención del maltrato infantil a partir de la observación y estudio de factores de riesgo, reviste una gran importancia ya que posibilita la ayuda al niño que sufre este problema y a la familia para evitar la gravedad de las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. Señala también que este problema se puede resolver con mayor facilidad si se aúnan los esfuerzos y experiencias de los profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Destacando que en la atención primaria en salud se tienen todas las facilidades para enfrentar esta problemática una vez que se aborde abiertamente, se logre aceptarlo, diagnosticarlo e informarlo por medio de los registros, para así identificar la magnitud exacta del problema (52).

2. FUNDAMENTACIÓN

En el contexto de la Atención Primaria en Salud, el control de salud es una actividad orientada a la promoción de la salud del niño, niña y del adolescente de forma integral y a la detección precoz de las anomalías o enfermedades que puedan ser presentadas(53). Las notificaciones de los profesionales de la salud de la Atención Primaria tienen bajas tasas de detección de violencia contra niño, niñas y adolescentes (0,47%). En 2012, el índice de violencia intrafamiliar contra niños y niñas denunciadas a carabineros correspondió a 988,4 por cada 100.000 habitantes, siendo mayor que el índice de registro de la atención primaria (54).

En Chile, las intervenciones para enfrentar la violencia son abordadas desde diferentes sectores y perspectivas, variando según la profesión involucrada en cada contexto específico. Así, existe una serie de guías que orientan el trabajo dependiendo del territorio en el que ésta ocurre. En relación a los modelos de intervención, tanto las investigaciones Chilenas como las extranjeras muestran una gran cantidad de estrategias de intervención, destacando la entrega de información y la aplicación de modelos de intervenciones orientadas a aumentar las competencias profesionales en la prevención y manejo del maltrato junto con la investigación de otros riesgos psicosociales(43,45,46,49,55,56), estando, por lo tanto, el enfrentamiento de la violencia determinado principalmente por el nivel de desarrollo de competencias profesionales alcanzadas.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) presenta como esencial el fortalecimiento de las competencias laborales en la formación profesional para responder a las demandas complejas y tener la capacidad para realizar las diversas tareas adecuadamente(57). El perfil de egreso de las diferentes carreras profesionales describen las competencias mínimas que una persona debe tener para terminar sus estudios y poder trabajar en la práctica(58). Describe "Lo que es el profesional", "Lo que debe saber", "lo que debe hacer", "Las actitudes que deben reflejarse en su comportamiento" y "cuáles son sus obligaciones éticas y sociales". Con éstas un profesional debe ser capaz de tomar decisiones con base en un cuerpo de conocimientos para intervenir en situaciones complejas y variadas en un área de influencia(58). Así, posee competencias profesionales quienes tienen el conocimiento, las habilidades y herramientas necesarias para ejercer una profesión, puede volver a

ver los problemas profesionales de forma independiente y flexible y es capaz de ayudar en su ambiente de trabajo profesional(59,60).

Las competencias laborales permiten disminuir inequidades, acceso limitado a los servicios y favorecen una atención segura y de calidad. La formación de enfermeras/os y otros profesionales son fundamentales en la composición y dinámica de la fuerza de trabajo, en la calidad y en la pertinencia de los cuidados y en el desarrollo de las capacidades de las distintas instituciones(61).

Los estudios señalan las limitaciones de los profesionales en la detección de la violencia(35). Entre estos, destacan el problema de poder reconocer y diferenciar las lesiones de origen accidental de aquellas de origen intencional con el objetivo de poder realizar un diagnóstico oportuno(36,37). Además, los trabajadores hacen referencia a su limitado papel profesional y a la dificultad en la identificación del problema del maltrato a la luz de las propias creencias, puesto que el castigo físico es tolerado y aceptado socialmente(62). En consecuencia, las creencias y actitudes del equipo de salud generan una subestimación de los niveles de violencia contra los niños⁽³⁰⁾.

Un estudio internacional, realizado en Suecia en 2007, se encontró que el 21% de los profesionales médicos nunca han realizado una notificación de maltrato infantil durante su vida laboral⁽³¹⁾. Pudiendo esto deberse a la insuficiente formación en la temática(30,56).

Respecto a la calificación del profesional que realiza la pesquisa de maltrato, una revisión de la literatura mostró que es necesario la actualización de las enfermeras de las unidades de emergencia de los hospitales generales sobre el problema de la violencia doméstica infantil, a fin de reducir la negligencia en relación con la notificación obligatoria y reducir al mínimo la repetición de actos de agresión(63). Algeri y Souza ⁽³⁶⁾ señalan la importancia de la atención de enfermería ante este fenómeno, siendo importante la formación académica en este tema. Adicionalmente, la prevención del maltrato debe ser totalmente inclusiva con un componente rutinario de orientación preventiva para las niños y niñas y sus familias⁽³²⁾.

Las universidades tienen la responsabilidad de formar ciudadanos plenos, interesados en las necesidades del ambiente físico y social y de tomar decisiones colectivas. Dentro de su responsabilidad tienen un papel prioritario en la responsabilidad social

para la promoción de la gestión del conocimiento social, que tenga por finalidad la construcción de una ciudadanía informada, responsable y participativa, respondiendo a la injusticia y a la insustentabilidad, la violencia y la corrupción⁽⁶⁴⁾. Éstas tienen el imperativo de relacionarse con el medio ambiente, su cultura e identidad local, favoreciendo el desarrollo integral de la sociedad en que la institución se encuentra inserta⁽⁶⁵⁾.

La detección oportuna y la prevención del maltrato infantil permite ayudar al niño que es víctima y a su familia para evitar la gravedad de sus consecuencias, tratar las secuelas y prevenir recurrencias^(9,52). Muchas de las primeras causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebro vasculares, cáncer y VIH están estrechamente vinculadas a experiencias de violencia a través del tabaquismo, el consumo indebido de alcohol y drogas y la adopción de comportamientos sexuales de alto riesgo⁽⁹⁾.

La resolución o enfrentamiento de este problema puede requiere de la unión de los esfuerzos y experiencias de los profesionales de las ciencias de la salud en conjunto con los de las ciencias sociales y humanidades⁽⁵²⁾. Por lo tanto como una medida inicial a la intervención de la realidad, resulta primordial conseguir una aproximación de las limitaciones y potencialidades existentes en el currículo de formación de profesionales para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, dado que esta se constituye en un determinante importante en la práctica de los trabajadores y por tanto tendrá repercusiones en la salud de quienes son usuarios de éstos.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Con base en el análisis de la problemática, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo las diferentes unidades de formación profesional relacionadas a la infancia contribuyen a la formación de competencias para lidiar con la violencia contra niños, niñas y adolescentes?

2.2. SUPUESTOS

- Las competencias y contenidos para la formación en violencia contra niños, niñas y adolescentes presentes en el currículo en las distintas áreas son esencialmente históricas y por ende transitorias y cambiantes en el tiempo.
- La construcción del currículo para la formación universitaria tiene implícitos elementos ideológicos e idealistas que dificultan un abordaje más cercano al fenómeno.
- Existen contradicciones dialécticas en relación al abordaje del fenómeno en la formación en las dimensiones estructurales, particulares y singulares que dificultan una formación integral para el enfrentamiento del fenómeno.

2.3. OBJETO DEL ESTUDIO

El tema del presente proyecto de investigación corresponde a violencia contra niños, niñas y adolescentes en sus distintas manifestaciones y su objeto de estudio es la formación de competencias profesionales para el enfrentamiento de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Comprender los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

3.2. ESPECÍFICOS

1. Analizar la relación existente entre los lineamientos del currículo con las políticas internacionales y nacionales relacionadas con la infancia.
2. Identificar la percepción del cuerpo docente y discente acerca de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia en su área.
3. Describir las competencias profesionales para el enfrentamiento del maltrato infantil de las profesiones vinculadas a la infancia desde la perspectiva del cuerpo docente y discente.
4. Analizar las contradicciones estructurales, particulares y singulares entre el perfil epidemiológico, metas sanitarias y características de la formación de los profesionales.

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

4.1. VISION DE MUNDO

En este capítulo se presentará la visión de mundo que se pretende guíe la reflexión de este trabajo, siendo esta la materialista histórica y dialéctica. La elección de esta visión de mundo radica en la potencialidad de considerar los procesos históricos como determinantes de los procesos de salud-enfermedad y la dialéctica, para poder reconocer aquellas contradicciones que van generando una síntesis generando un ciclo de superación que nunca termina. Para comprender los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia infantil, por tanto, es necesario evaluar la realidad en su dinamicidad e historicidad. Permitiendo la fundamentación sobre “la praxis, la totalidad, las divergencias y convergencias derivados de las determinaciones sociales presentes en la realidad objetiva, permitiendo explorar su dimensión singular, particular y estructural”⁽⁶⁶⁾.

Para profundizar en ésta es preciso señalar las principales diferencias que tiene con la concepción del mundo positivista en los procesos de salud-enfermedad. El cual tiende a incorporar lo social como una variable “ambiental” de producción de enfermedades⁽⁶⁷⁾. Además la realidad social es descompuesta en variables socioeconómicas y para la ciencia positivista cobra relevancia y sentido las prácticas empíricamente demostrables. Esta concepción de mundo valoriza la objetividad, por lo que no tienen cabida los intereses particulares y subjetivos del investigador y de la sociedad, así como la asistencia sanitaria⁽⁶⁸⁾ si no pueden ser medidos objetivamente por medio de instrumentos y validados estadísticamente. También presupone un determinismo de las leyes causales, y la salud-enfermedad es producto de factores que necesariamente deben implicar una relación causal⁽⁶⁸⁾. Las medidas correctivas que se realizan en este enfoque no contemplan cambios estructurales, estando separadas por las múltiples causas que determinan el proceso de salud enfermedad y reduce los agentes etiológicos a su biología, negándole su condición histórica⁽⁶⁸⁾. Sin embargo la utilización de técnicas de análisis cuantitativas como apoyo, pueden facilitar la interpretación de la realidad con una mayor profundidad.

En contraposición, la epidemiología social, surge como una crítica al modelo ecológico, basada en una visión realista, en busca de reformular lo que se entendía

por salud-enfermedad, para que de esta manera surgieran intervenciones de acuerdo a necesidades de clases sociales subordinadas. Procura relacionar la forma cómo la sociedad está organizada ante la aparición de riesgos o potencialidades que determinan los procesos de enfermarse y morir⁽⁶⁸⁾. Del mismo modo, persigue científicamente las determinaciones que operan sobre la vida social, por lo que recurre al estudio sistemático de: los procesos estructurales de la sociedad (dimensión estructural); perfiles de reproducción social (producción y consumo) de las diferentes clases sociales (dimensión particular) y el fenómeno biopsíquico que configura el padrón de salud-enfermedad de los grupos y personas (dimensión singular)⁽⁶⁸⁾.

Desde la teoría de la determinación social, el proceso de salud-enfermedad de la colectividad es el modo específico por el cual ocurren en los grupos, el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferente, con consecuencia para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, es decir, el surgimiento de la enfermedad” ⁽⁶⁶⁾

Este proceso de salud-enfermedad, es histórico, depende de la sucesión de los modos de producción, resulta de contradicciones sociales y está en permanente transformación⁽⁶⁸⁾. No existe una verdad absoluta sobre la realidad, es por esto que *“no existen patrones ideales de salud-enfermedad que deben ser perseguidos, sino niveles que pueden ser alcanzados dentro de una determinada realidad. Por lo que esta realidad admite superación, mutación y crítica”*⁽⁶⁸⁾.

La noción de determinación, al contrario de la noción de causa, presupone una relación dialéctica entre dos fenómenos no reproducibles igualmente en mismas condiciones. Englobando la causa, trabaja con la dialéctica de la externalidad e internalidad de los fenómenos⁽⁶⁶⁾.

La violencia es un problema social, por lo que el sector salud no puede tomarlo como un objeto propio, sin embargo está ampliamente relacionado ya que es una amenaza para la vida, las condiciones de trabajo y las relaciones interpersonales, además los casos llegan a este sector ⁽⁶⁷⁾.

De esta forma, es papel del sector salud liderar acciones específicas, intersectoriales y de militancia ciudadana, buscando promover calidad de vida, ambiente saludable, incorporación de derechos y superación de procesos de dominación, de exclusión y de violencia física, moral y emocional. Dentro de acciones específicas, invertir en la prevención de agravios y riesgos y en la atención y recuperación de las víctimas de violencias y accidentes⁽⁶⁷⁾.

4.2. VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y JOVENES

La violencia es un fenómeno socio-histórico que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad ⁽⁶⁹⁾. Para Minayo, la conceptualización de la violencia es compleja, ya que esta se constituye a veces como una forma de relación personal, política, social y cultural. Otras veces emerge como resultado de las interacciones sociales y que culturalmente se encuentra naturalizada ⁽⁶⁷⁾. Este fenómeno complejo, que por poseer raíces macro-estructurales, su abordaje requiere de un análisis exhaustivo y específico que considere los diferentes contextos donde el fenómeno emerge ⁽⁶⁷⁾.

La violencia con sus determinantes históricos y sociales, conduce a un fuerte impacto en los procesos de salud-enfermedad, por lo que la visión de sector salud sobre el tema de la violencia tiene dos vertientes: una explicativa y otra operacional⁽⁶⁹⁾. La vertiente explicativa se inicia a partir de una reflexión filosófica y teórica. Por otro lado, la operacional se fundamenta en los problemas de salud biológicos, físicos y emocionales que interfieren con el bienestar y la calidad de vida de las personas⁽⁶⁹⁾.

Para el presente estudio se entenderá que la violencia contra niños y niñas está representada en:

toda acción u omisión capaz de provocar lesiones, daños y trastornos a su desarrollo integral. Tales acontecimientos generalmente involucra una relación asimétrica y desigual de poder manifestada por la fuerza física, por el poder económico o político, por la dominación y opresión familiar o generacional. Este fenómeno se configura también de forma estructural en la aplicación de políticas educativas, sanitarias o económicas que mantienen las condiciones que impiden o no promueven su crecimiento y desarrollo ⁽¹⁶⁾.

Es complejo intentar definir todas las formas de violencia contra niños y niñas, este listado siempre quedará incompleto, puesto que a medida que más se va investigando y se modifica la construcción de conciencia social acerca de los derechos, van surgiendo otros tipos de violencia⁽¹⁶⁾.

4.2.1. Violencia desde la perspectiva de género y generación.

El concepto de género surge a fines del siglo pasado con el fin de “comprender las relaciones establecidas entre mujeres y hombres, refiriéndose al sexo social e históricamente construido”⁽⁷⁰⁾. El que en la actualidad además comprende las relaciones sociales de poder históricamente construidas entre hombres, mujeres y

mujeres y hombres⁽⁷⁰⁾. El considerar esta categoría en el análisis facilitará la comprensión del fenómeno social de la violencia contra NNA que afecta tanto a hombres y mujeres, reconociendo así las necesidades de la infancia desde esta mirada, ya que permite reflejar, de forma conjunta, sobre la diferencia y la igualdad tanto entre hombres y mujeres, como entre mujeres y entre hombre ⁽⁷¹⁾.

Además resulta necesario también con las necesidades generadas por las distintas clases sociales, la raza-etnia y generación, las que junto con la categoría género comparten “atributos naturales con significados políticos, culturales y económicos, organizados por jerarquías privilegios y desigualdades [...] ^(70,72), pudiendo así percibir y conceptualizar de otra manera las relaciones de poder.

La categoría generacional corresponde a

la que define el lugar ocupado por la infancia en la sociedad, por lo tanto, el elemento que fundamenta el campo de la sociología de la infancia. Por lo tanto, admite las otras categorías clásicas de análisis en el campo de las ciencias sociales (clase social, género, etnia) como categorías complementarias a la generación ⁽⁷³⁾

Fue definida por Qvortrup ^(71,73) y para su comprensión es necesario entender los significados de las Nueve tesis sobre la infancia como fenómeno social, siendo necesario incluir la infancia analíticamente en la sociedad a través de un abordaje interdisciplinario. Las nueve tesis corresponden a las siguientes:

“Tesis 1: La infancia es una forma particular y distinta en cualquier estructura social de sociedad [...]
 Tesis 2: La infancia no es una fase de transición, sino una categoría social permanente desde el punto de vista sociológico[...]
 Tesis 3: La idea de niño en sí mismo es problemática, mientras que la infancia es una categoría histórica e intercultural [...]
 Tesis 4: Infancia es una parte integrante de la sociedad y de su división de trabajo [...]
 Tesis 5: Los niños son co-constructores de la infancia y de la sociedad [...]
 Tesis 6: La infancia es, en principio, expuesta (económica e institucionalmente) a las mismas fuerzas que los adultos, aunque de modo particular [...]
 Tesis 7: La dependencia convenida de los niños tiene consecuencias para su visibilidad en descripciones históricas y sociales, así como para su autorización a las provisiones de bienestar [...]
 Tesis 8: No los padres, pero la ideología de la familia constituye una barrera contra los intereses y el bienestar de los niños [...]
 Tesis 9: La infancia es una categoría minoritaria clásica, objeto de tendencias tanto marginales como paternalizadoras[...]” ⁽⁷¹⁾

Una diferencia entre estas categorías, es que la de generación tiene un 100% de movilidad en dirección a la edad adulta, en vez que las de clase social y género tienen permanencia ⁽⁷¹⁾. Finalmente Egry ⁽⁷¹⁾ menciona que

“Trabajar con las perspectivas de género y generación para explicar y comprender la violencia contra la mujer y el niño es trabajar con el reconocimiento de que en la jerarquía de poderes presente en la sociedad la mujer y el niño siempre ocuparon posiciones sociales inferiores, sufriendo injusticia social en virtud de las desigualdades construidas y naturalizadas históricamente” ⁽⁷¹⁾.

4.3. FORMACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

La sociedad requiere contar con profesionales preparados cultural e intelectualmente que den respuesta a los desafíos generados por los continuos movimientos sociales, económicos y políticos. Configurándose las Universidades como las organizaciones mejor preparadas en el diseño e implementación de estrategias para responder y adelantarse a los requerimientos sociales, gracias a su misión en permanente transformación⁽⁷⁴⁾.

Respecto a la definición de competencia:

existen variadas definiciones, las que llevan nociones de concepción del modo de producción y transmisión del conocimiento, la forma en que se relaciona la educación con la sociedad, de la misión y valores del sistema educativo, de las prácticas de enseñanza y de evaluación de los docentes y las actividades y desempeño de los estudiantes. Denominándose de forma amplia como las capacidades que todo ser humano necesita para resolver, de manera eficaz y autónoma, las situaciones de la vida. Se fundamentan en un saber profundo, no sólo saber qué y saber cómo, sino saber ser persona en un mundo complejo cambiante y competitivo ⁽⁷⁵⁾.

El concepto de competencia en educación busca una formación integral de los ciudadanos de la sociedad, buscando un aprendizaje significativo en las áreas cognitivas (saber), psicomotora (saber hacer, aptitudes), afectivas (saber ser, actitudes y valores, por lo que no puede reducirse al simple desempeño en el lugar de trabajo⁽⁷⁵⁾. Éstas buscan que la persona sea competente para realizar acciones sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales y productivas ⁽⁷⁵⁾.

Las competencias de egreso corresponden al sustento de las competencias laborales⁽⁷⁶⁾. Son un conjunto de saberes combinados, cuyo centro es el estudiante

que construye la competencia a partir de la secuencia de las actividades de aprendizaje que movilizan múltiples conocimientos especializados. La persona competente es la que sabe construir saberes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas ⁽⁷⁷⁾.

Según el Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA) ⁽⁷⁸⁾, corporación internacional reconocido como organismo internacional no gubernamental por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, y por el Estado de Chile, establece que: “un currículo basado en competencias busca establecer un aprendizaje más activo centrado en el estudiante y fundamentalmente orientado a la práctica profesional”. Este tipo de currículo permite que la transición entre la finalización de los estudios con el inicio del ejercicio laboral sea más expedita ⁽⁷⁸⁾. La formación basada en competencias implica grandes desafíos para la Educación Superior, puesto que debe trabajar estrechamente con el sector productivo en donde se insertará el profesional ⁽⁷⁸⁾.

Existen múltiples definiciones de resultados de aprendizajes en los estudiantes: objetivos, habilidades, destrezas y competencias ⁽⁷⁹⁾. La forma en que se diferencian se explica por medio de la figura 4.1

Figura 4.1 – Jerarquización de los resultados de aprendizajes de los estudiantes.



Fuente: CINDA. Diseño curricular basado en competencias y aseguramiento de la calidad en la educación superior [Internet]. 2008. 509 p. Available from: <http://www.upch.edu.pe/rector/dugec/images/files/biblioteca/39.PDF>

Los rasgos y características son la base para lograr el aprendizaje, sobre estos se pueden construir otras experiencias y desarrollarse destrezas habilidades y conocimiento. Éstas se desarrollan por medio de experiencias de aprendizajes. Cuando se integran estas experiencias resultan las competencias. Ésta última se entiende como una combinación entre las destrezas, habilidades y conocimiento necesarios, que se unen en un solo conglomerado, para desempeñar una tarea específica. Las demostraciones son el resultado de aplicar las competencias y permiten evaluar el rendimiento ⁽⁷⁹⁾.

Miller ⁽⁸⁰⁾ propone una pirámida de cuatro niveles de evaluación en relación directa del tipo de saber. En la base se encuentra el *saber conocer*, en el cual se adquieren conocimientos a través de estudio y análisis de casos y problemas. En el segundo nivel *saber hacer/saber cómo*, el estudiante se involucra en los casos y demuestra capacidad. La manera que poder evaluar estos niveles es por medio de pruebas escritas y orales y mapas conceptuales. El tercer nivel corresponde a *demostrar como*, referido como el desempeño bajo supervisión y asesoramiento, el cual puede ser evaluado por medio de simulaciones, pruebas de habilidades, escalas, rúbricas, entrevista, cuestionarios, carpetas de aprendizaje, proyectos, análisis de simulaciones, role Playing, entre otros. y en el último nivel el *hacer* en la práctica profesional el que se realiza en la práctica profesional en situaciones reales. Adicionalmente, Tejada ⁽⁸¹⁾ propone un quinto nivel el *hacer y enseñar*, que busca que el profesional se desempeñe con maestría. Estos dos últimos niveles pueden ser evaluados por medio de productos, resolución de problemas reales, prácticas profesionales, autoevaluación, diarios, evaluación de pares, evaluación 360°, entre otros. Finalmente la evaluación de la competencia utiliza la evaluación en todos los niveles ⁽⁸²⁾.

5. MÉTODO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Investigación exploratoria descriptiva, longitudinal de abordaje cuantitativa y cualitativa.

Se eligió el análisis cualitativo puesto que permite superar el nivel de sentido común y los significados más aparentes, de manera de este modo alcanzar una versión crítica frente al objeto analizado⁽⁸³⁾. El referencial teórico-metodológico escogido para el análisis cualitativo fue la hermenéutica- dialéctica. Ésta busca la comprensión del sentido que se da en la comunicación entre seres humanos, teniendo el lenguaje como núcleo central. Considera al ser humano como ser histórico y finito, por eso es importante considerar su contexto y cultura y sus praxis. La hermenéutica se fundamenta en dos principios: la experiencia cultural y en la vida social ⁽⁸³⁾. El abordaje hermenéutico busca aclarar el contexto de los diferentes autores y de las propuestas que producen y acredita que existe. La dialéctica busca en: los hechos, en el lenguaje, en los símbolos y en la cultura, los núcleos oscuros y contradictorios para realizar una crítica informada sobre estos. El lenguaje es un instrumento de dominación, necesitando por eso ser objeto de reflexión. La hermenéutica-dialéctica constituye un importante camino del pensamiento para fundamentar investigaciones cualitativas ⁽⁸³⁾. En este sentido, debido a la naturaleza del fenómeno de la violencia, multifacético, con raíces históricas y culturales, la hermenéutica dialéctica permitiría comprender el fenómeno desde su historicidad y la dialéctica facilitaría la comprensión de las limitaciones y potencialidades de la formación profesional de la violencia infantil, reconociendo sus contradicciones y caminos de superación.

Con el objetivo de poder reconocer la diversidad de las dimensiones del objeto de estudio y conseguir una mayor aproximación a la realidad, se establecieron en base a la literatura revisada y marco teórico-metodológico las siguientes categorías de análisis: percepción de proceso de trabajo de los docentes universitarios, competencias profesionales para el enfrentamiento, generación y género.

El abordaje cuantitativo fue elegido como un medio para aproximarse a la comprensión de una gran cantidad de datos, en los cuales se precisa reconocer el contenido léxico de éste.

5.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO

Este proyecto de investigación se realizó en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Región Metropolitana, Santiago Chile. Esta Universidad fue fundada en 1888 por iniciativa del Arzobispo de Santiago, Monseñor Mariano Casanova, con el objetivo de ser una institución que integrara la excelencia académica y una formación inspirada en la doctrina cristiana. Desde su fundación se encontró estrechamente ligada a la Santa Sede y sus primeras facultades fueron la de Derecho y la de Ciencias físicas y matemáticas. Entre los años 1920 y 1953, se crearon seis nuevas facultades, entre éstas: Ciencias de la Educación, Medicina, y Teología, y cuatro escuelas, entre las que se encuentran Servicio Social y Enfermería⁽⁸⁴⁾. Es una institución privada y pertenece al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas, organismo de coordinación de la labor universitaria de la nación ⁽⁸⁵⁾.

Su rector, el Dr. Ignacio Sánchez, médico de profesión, asumió la rectoría en el año 2010. Entre sus autoridades, ocupa el cargo de Gran Canciller, el Monseñor Ricardo Ezzati Andrello, Arzobispo de Santiago de Chile.

En sus estatutos se releva la autonomía académica, en la cual la Universidad decide, por sí misma, el modo de cumplir sus funciones de docencia, investigación y extensión y establece sus planes y programas de estudio (86). Asimismo, sus miembros gozan de libertad académica en conformidad a la “Declaración de Principios” de la Universidad.

Es una de las principales Universidades elegidas entre los estudiantes que obtienen los más altos puntajes de la Prueba de Selección Universitaria (PSU), mecanismo de entrada a la Educación Superior, de hecho, el 57% de los 100 primeros puntajes obtenidos en esta prueba eligieron como primera opción esta Universidad. Cuenta con la certificación máxima en todas sus áreas: Docencia de pregrado y posgrado, gestión institucional, investigación y vinculación con el medio. Ésta fue otorgada por la

Comisión Nacional de Acreditación CNA-Chile, en el marco del Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior en Chile(87).

Al año 2017, la Universidad cuenta con 24.446 alumnos regulares de pregrado, 3.419 alumnos de Magíster y 1.121 alumnos regulares de doctorado. Dicta 56 carreras y posee 103 programas de pregrado, 91 de magíster y 34 de doctorado. Diez de sus programas poseen acreditación internacional y cuenta con 1.816 profesores con jornada completa, lo que en Chile equivale a 44 horas de trabajo semanal.

En este estudio participaron las carreras de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología y Derecho.

5.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La base empírica de esta investigación se construyó por medio de la recolección de datos textuales provenientes de documentos y estadísticos provenientes de diferentes instituciones nacionales e internacionales relacionados a enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, cuyas fuentes documentales fueron formales e informales, primarias y secundarias. Se recolectó la información proveniente de los planes de desarrollo de la universidad, perfiles de egreso, estructura curricular, programas y bibliografías de los cursos de las diferentes carreras profesionales relacionadas con la infancia y su familia de la Universidad.

En esta investigación, como consecuencia del referencial teórico-metodológico seleccionado para abordar el fenómeno, fue necesario completar la comprensión e interpretación del análisis textual de los datos con aquellos obtenidos por el discurso de los actores claves del proceso educativo (docentes, estudiantes y actores claves).

De esta manera, se realizó un foro interdisciplinario (posterior a la firma del consentimiento informado de los participantes) con el fin de profundizar el fenómeno capturado a partir de los textos y reinterpretar la realidad objetiva. Éste fue realizado en la Escuela de Enfermería UC. Considerando los hallazgos de la literatura respecto a la invisibilización del fenómeno, con el fin de lograr mayor profundidad en el discurso de los participantes, la primera parte de este foro consistió en la presentación de:

- La situación epidemiológica de la infancia, presentada por Soledad Larraín Coordinadora Intersectorial del Consejo Nacional de la Infancia en Chile. Magíster en Psicología Clínica, Universidad Alberto Hurtado.
- La historia de la violencia infantil en Chile, presentada por la autora de esta investigación.
- Teoría de la intervención práctica de la Enfermería en Salud Colectiva & el enfrentamiento de la violencia infantil:, destacando la categoría generacional, presentada por Emiko Yoshikawa Egry, Enfermeira. Master en Enfermería. Doctor en Salud Publica. Libre-docente en Enfermería en Salud Colectva. Professora Titular de la Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pesquisadora CNPq 1ª . Coordinadora del área de Enfermería del Consjo Nacional de Pesquisa – Brasil 2015-2018
- La violencia doméstica infantil, en salud colectiva: destacando la categoría género, presentado por Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Profesora Titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo – Brasil
- Contenidos en el currículo para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en una carrera de las ciencias de la Salud, presentado por Marcela Urrutia Egaña, Mg. En enfermería. Diplomada en Salud Mental Profesora Asistente Adjunta Escuela de Enfermería UC
- Contenidos en el currículo para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en una carrera de las Ciencias Sociales, presentado por Fabiola Cortez-Monroy. DEA en Sociologie, Académica de la Escuela de Trabajo Social UC

La segunda parte se ejecutaron cuatro grupos focales heterogéneos interdisciplinarios, cuya conformación se intencionó para que estuvieran conformado por profesionales de al menos dos disciplinas diferentes, y un grupo focal homogéneo compuesto solo por profesionales de enfermería. Fueron guiados por una guía de entrevista como herramienta de investigación, la que fue elaborada en conjunto con profesoras de la Escuela de Enfermería de la USP y probada con docentes de la EEUC. Esta guía, luego de intencionar el establecimiento de un clima de confianza, permitió capturar el

discurso de los principales actores con el fin de comprender con mayor profundidad los límites y potencialidades del currículo para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Guiaron los grupos focales interdisciplinarios las profesoras Emiko Yoshikawa Egry, Rosa María Godoy Serpa da Fonseca, Marcela Urrutia Egaña y Fabiola Cortez-Monroy, todas con experiencia previa en recolección de datos cualitativos y entrevista. Los grupos focales heterogéneos tuvieron una duración de 1,5 hrs. El grupo focal homogéneo de enfermería, fue guiado por la autora de esta investigación, Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería UC, con experiencia previa en realización de grupos focales y entrevistas, quien además fue tutorada por la guía de tesis y tuvo una duración de 2.5 hrs^{5.3}. La técnica de grupo focal se prefirió por sobre las entrevistas, puesto que al ser un fenómeno poco abordado en el currículo universitario, esta técnica permitía la posibilidad de discusión, favoreciendo el desarrollo de un pensamiento crítico, esclarecer visiones de mundo y complementar ideas para lograr una mayor profundidad en la recolección de los datos⁽⁸⁸⁾. Para la realización de este foro, además se contó con financiamiento proveniente de la Vicerrectoría de Investigación (VRI). Uno de estos grupos focales estuvo compuesto solo por profesionales de enfermería.

Todo el foro, además de la realización de grupos focales, fueron grabados y transcritos durante el mes siguiente de la realización de éste. Los sucesos ocurridos dentro del foro, tales como actitudes y emociones fueron consignados en un diario de campo, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los participantes. Al finalizar el foro se expusieron las síntesis de los grupos focales a la audiencia y se validaron las transcripciones con participantes de estos.

Por su parte, la captación e interpretación de la realidad objetiva será lograda por medio del significado de la frase por la estructura gramatical y vocabulario utilizado en los textos y de acuerdo a la intención del discurso definido, considerando siempre el contexto socio histórico de estos, sin considerar la concepción de saturación de los datos⁽⁸⁹⁾

5.4. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En una primera instancia, se realizó un análisis textual de los datos con el software IRAMUTEQ. Éste es un software gratuito, sustentado en el software estadístico R, para la realización de los análisis. Permite la realización de diferentes tipos de análisis textuales, desde el cálculo de frecuencia de las palabras, hasta análisis factorial multivariados, tales como la clasificación jerárquica descendente y el análisis de similitud. Para cumplir los objetivos de este estudio, la utilización de éste se basó en la posibilidad de poder analizar grandes cantidades de textos y por medio del análisis factorial y χ^2 poder identificar las principales clases o categorías que determinaban el contenido de los textos correspondientes a las tres dimensiones (estructural, particular y singular), la proximidad de las unidades léxicas y la relación existente entre los distintos documentos.

Luego, con el objetivo de analizar la percepción del cuerpo docente y discente con mayor profundidad, las transcripciones de los grupos focales se analizaron con la técnica de análisis de contenido de Bardin. Este corresponde a:

Un conjunto de técnicas de análisis de comunicaciones tendente a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (variables inferidas) de estos mensajes ⁽⁹⁰⁾.

La organización del análisis de contenido, se realizó en base a lo propuesto por el autor: un pre-análisis, la explotación del material y el tratamiento de los resultados, la inferencia y al interpretación ⁽⁹⁰⁾.

El *pre-análisis* tiene por objetivo la operacionalización y la sistematización de las ideas de partida para poder llegar a un sistema preciso de desarrollo de las operaciones sucesivas, a un plan de análisis ⁽⁹⁰⁾. En esta fase se seleccionaron los documentos, se formularon las hipótesis y los objetivos. Se realizó una lectura superficial del material y se constituyó finalmente el corpus.

Los indicadores se elaboraron según los temas emergentes. De esta manera, en el proceso de codificación, la unidad de registro correspondió al tema en el cual se localizaron los núcleos de sentido que componían la comunicación. Se optó por esta unidad de registro ya que es la más utilizada para estudiar las opiniones, creencias y

tendencias. Y se consideró además la unidad de contexto, segmento del mensaje que ayudará a captar la significación del tema (90). Estas unidades temáticas dieron origen a las categorías y subcategorías determinadas en las que se apoyó la interpretación terminal.

Para facilitar el proceso de categorización de los datos se utilizó el Software WEBQDA el que permite el análisis de texto, imágenes, videos y audios. Se sustenta en una plataforma en línea que permite un ambiente colaborativo con otros investigadores⁽⁹¹⁾.

Finalmente se realizó un análisis hermenéutico dialéctico de los textos y del discurso obtenido del foro considerando las dimensiones estructurales, particulares y singulares. Este análisis busca aprehender la práctica social empírica de los individuos en sociedad en su movimiento contradictorio. Teniendo en consideración que los individuos que viven una determinada realidad pertenecen a grupos, clases y segmentos diferentes y son condicionados por un determinado momento histórico. Por esto, pueden tener simultáneamente intereses colectivos que los unen e intereses específicos que los distinguen y los contraponen⁽⁸³⁾. Con esto, la hermenéutica buscará esencialmente la comprensión, centrándose en la estructura del significado presente en el lenguaje y la dialéctica establecerá una actitud crítica y buscará superar los preconceptos, considerando la comprensión del lenguaje como uno de los factores en la totalidad del mundo real. Serán seguidos los pasos propuestos por Minayo ⁽⁸³⁾: 1° Organización de los datos; 2° Clasificación de los datos; 3° Análisis final. Luego el análisis final fue entregado a participantes del estudio, quienes refirieron concordar con los hallazgos.

En este estudio, los datos cuantitativos provenientes de la caracterización de los participantes y las estadísticas locales y nacionales fueron codificados, tabulados y recibieron tratamiento estadístico, analizados por medio de frecuencias y porcentajes siendo utilizado para esto el software Excel.

5.5. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Fueron invitados a participar intencionalmente, por medio de invitaciones vía correo electrónico y vía telefónica 78 personas que cumplieron con los criterios de inclusión. Los que se detallan a continuación.

Criterios de inclusión: ser profesional docente de la Pontificia Universidad Católica, con al menos un año de experiencia y al menos 22 horas semanales de contrato. Perteneciente a alguna de las siguientes carreras profesionales: Enfermería, medicina, nutrición, kinesiología y odontología. Cursos de las carreras profesionales del área del Cs. Sociales y humanidades: Psicología, Trabajo Social, Educación, Derecho, Ciencias Políticas y Sociología. Además que participaran en cursos relacionados con infancia, adolescencia, familia, comunidad o sociedad, derechos humanos, independiente que la temática del estudio se encuentre o no declarada en los programas de cursos, dictados en las distintas unidades académicas antes mencionadas.

Asimismo, ser un profesional que se encuentre ligado a la universidad por medio de los lugares de práctica de los estudiantes (Centros de salud, Oficina de Protección de Derechos de la Infancia o similar), perteneciente a las carreras mencionadas en el párrafo anterior.

También pueden participar profesionales de instituciones claves ligadas con la infancia: Ministerio de Salud, Centro del Buen Trato UC, UNICEF Chile, en las directrices nacionales de cuidados en la Infancia y profesionales intra-universidad que participen directamente en la elaboración de planes y programas: vicerrector académico o cargo similar, directores de pregrado, centro de desarrollo docente.

Por último, ser estudiante de la Pontificia Universidad Católica de alguna de las carreras antes mencionadas que estén interesados en participar y hayan firmado el consentimiento informado previamente. Se espera aproximadamente contar con la participación de 10 estudiantes.

De este modo, según lo expuesto anteriormente, la muestra quedó conformada por 42 participantes que cumplían los criterios de inclusión y que participaron del foro contemplado por este proyecto para la recolección de datos como actor clave, un miembro de la comunidad quiso participar voluntariamente, con el fin de dar su visión respecto al enfrentamiento de la violencia infantil.

Los criterios de exclusión consideraron a: docentes de la universidad que no participen en los cursos de las carreras mencionadas previamente o en cursos en los cuales la infancia o su familia no es el foco principal. También estudiantes que estuviesen en

los tres primeros años de formación y aquellos profesionales no asociados a los lugares de práctica en convenio con la Universidad o instituciones de salud claves.

5.6. IMPLICANCIAS ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación, fue aprobado por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (N° de proyecto: 16-127) y por El Comité de Ética de la Universidad de Sao Paulo (CAAE 55713616.7.0000.5392). El análisis de las implicancias éticas se muestra a continuación:

Valor, como aumento del conocimiento humano: el presente proyecto constituye un aporte para el mejoramiento de la calidad de la formación profesional para su posterior acción en situaciones de maltrato infantil en el contexto del trabajo. Esto por medio de una mayor comprensión de los significados presentes obtenidos de las personas que trabajan directamente en la formación profesional. Debido a la escasez de estudios referentes al tema, este proyecto contribuirá para el conocimiento científico en esta área.

Mérito científico: la metodología propuesta permitió el cumplimiento de los objetivos. El procedimiento de análisis se realizó bajo la supervisión de la profesora guía de doctorado quien posee vasta experiencia en el tema. Se cauteló la realización del proyecto manteniendo los criterios de rigor propios de las investigaciones cualitativas. En el Anexo 2 se presenta el reporte de los criterios consolidados para informar la investigación cualitativa (COREQ). Durante la realización de las preguntas del foro se veló por no condicionar las respuestas de los participantes. Para la credibilidad, los resultados se mostraron a los participantes con el fin que sean reconocidos como verdaderos. En relación a la transferencia, se realizó una descripción exhaustiva de las características del contexto y de los participantes. De esta manera pudo realizarse comparaciones con otros estudios. Para cumplir con el criterio de consistencia se registró todo el proceso de la investigación: recogida, análisis e interpretación de los datos. Además, se utilizaron softwares (IRAMUTEQ y WebQDA) que guiaron el análisis de los datos. Para cumplir con la confirmabilidad, se realizaron transcripciones textuales de las entrevistas y se contrastarán los resultados con la literatura. Además, se describieron las limitaciones y alcances que surgieron durante la ejecución del estudio.

Finalmente se evaluó concordancia con la teoría escogida, descrita en el marco-teórico de esta investigación.

Justa selección de los participantes: la elección de los participantes se basó principalmente en número y tipo de cursos relacionados con la infancia y la familia. La participación de los profesionales e informantes claves fue voluntaria y estos mismos firmaron el consentimiento informado para participar previamente, en el cual se explicaron los objetivos y metodologías del estudio. Se mantuvo el anonimato de los participantes. Todos los funcionarios que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados a participar por medio de correos electrónicos y llamadas telefónicas y los estudiantes fueron invitados por medio de una invitación general a través de afiches.

Razón beneficio/riesgo favorable: los participantes no se beneficiaron directamente de la participación del estudio, sin embargo, los resultados contribuirán a generar propuestas de intervención que mejoren los procesos de formación en enfrentamiento del maltrato infantil. Este estudio, no contempló aspectos dañinos para los participantes. No surgieron experiencias personales referentes a la presencia de maltrato que afectara el bienestar psicológico del participante, situación que se intentó evitar durante todo el proceso de grupo focal. En el caso que hubiese aparecido, se tenía contemplado la derivación del participante a un profesional competente en el área de salud mental. Los costos hubiesen sido asumidos por la investigación. En el caso que el participante hubiese deseado que su discurso no fuera utilizado para los fines de la investigación, se contemplaba que fuese removido de los registros y no serían considerados en el análisis. Los participantes tenían la opción de retirarse del foro cuando lo deseen, sin por esto verse perjudicados de alguna manera.

Evaluación independiente del investigador: este estudio se llevará a cabo posterior a la aprobación de los comités de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el de la Universidad de Sao Paulo. Los cuáles serán informados de los avances durante el proceso que esta dure.

Consentimiento: se realizará el proceso de consentimiento informado y se solicitará la firma de este a los profesionales y alumnos que accedan a participar en el estudio

Respeto de la dignidad del participante: Para cautelar la confidencialidad, se le asignará a cada grupo focal un código para identificarlos y no se escribirán nombres o cualquier dato sensible que podría permitir identificar a los participantes como por ejemplo el curso al cuál pertenecen, por lo que los resultados serán analizados a nivel de área de estudio (Cs. Salud, Cs. Sociales y humanidades). Las transcripciones de los grupos focales impresas serán guardadas en un armario con llave en una oficina de la Escuela de Enfermería UC, que también se mantendrá con llave. Los archivos computacionales se manejarán en un solo computador y solo se podrá acceder a estos por medio de una clave de acceso que solo tendrá el investigador principal. Las grabaciones de las entrevistas serán borradas posteriores a la transcripción. Las autoridades comunales y de los centros de salud y participantes, sólo tendrán acceso a los resultados globales de la investigación. Todos aquellos investigadores o ayudantes que participen en el desarrollo del proyecto, firmarán un contrato de confidencialidad. Finalmente, las publicaciones generadas de este proyecto mostrarán los resultados globales en los cuales no irá el nombre de la Universidad.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURAL.

6.1.1. Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva por medio del análisis textual en la dimensión estructural

Para la captación de la realidad objetiva de la violencia contra niños, niñas y adolescentes a nivel estructural, se construyó un corpus de análisis compuesto de 16 documentos (textos) estadísticos, legales, guías clínicas nacionales e internacionales, cuya especificación se muestra en el Cuadro 6.1, a los cuales se les sometió a análisis textual por medio del software IRAMUTEQ, cuyos resultados se muestran a continuación.

Cuadro 6.1 – Documentos analizados para la captación de la realidad objetiva de la violencia contra niños, niñas y adolescentes a nivel estructural en Chile.

N°Texto	Año	Documento	Autoría
Texto 1	1989	Convención de los derechos del niño	UNICEF
Texto 2	2005	Ley 20.066 Ley de violencia intrafamiliar	Gobierno de Chile
Texto 3	2007	Ley Trabajo Infantil	Gobierno de Chile
Texto 4	2011	Objetivos Sanitarios 2011 a 2020	Gobierno de Chile
Texto 5	2011	Guía Clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Texto 6	2012	Cuarto estudio maltrato infantil	UNICEF, Chile
Texto 7	2013	Guía Clínica Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Texto 8	2013	Programa Nacional de salud de la infancia	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Texto 9	2013	Norma Supervisión de Salud de la infancia de 0 a 9 años en APS	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Texto 10	2015	Definiciones conceptuales para un sistema integral de protección a la infancia	UNICEF
Texto 11	2015	Política nacional de niñez y adolescencia sistema integral de garantías de derechos de la niñez y adolescencia 2015 - 2025	Consejo Nacional de la Infancia, Gobierno de Chile
Texto 12	2015	Política Nacional Convivencia Escolar 2015/2018	Ministerio de Educación
Texto 13	2016	Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes	Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
Texto 14	2016	Cuarto Informe: Infancia Cuenta en Chile	Observatorio niñez y adolescencia

(continua)

Texto 15	2017	Ley 21.013 Tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial	Gobierno de Chile
Texto 16	2017	Informe comisión especial investigadora de la forma en que las autoridades han atendido las propuestas de la cámara de diputados, por la aprobación del informe de la comisión investigadora del SENAME en el año 2014, y la situación de menores de edad carentes de cuidado parental	Comisión Cámara de Diputados, Gobierno de Chile

Se realiza un análisis lexicográfico básico de los 16 textos presentados, sin lematización (identificación del vocabulario y reducción de las palabras a sus raíces) con el fin de poder identificar uso de formas relativas al género, diminutivos, formas peyorativas, entre otros. En la tabla 6.1 se muestra el resumen del resultado de éste análisis.

Tabla 6.1 - Resultado Análisis estadístico corpus dimensión estructural, sin lematización.

Número de textos	16
Número de ocurrencias	693595
Número de formas	26223
Número de hápax	10694 (1,54% de ocurrencias–40,63% de formas)
Media de ocurrencias por texto	43349,69

Hápax: formas que se repiten una sola vez en el corpus

En la tabla 6.2 se presentan las 30 formas (palabras) más frecuentes dentro del corpus, pudiéndose generar una mayor aproximación al contenido lingüístico de éste.

De esta manera destaca la palabra niños es la que tiene una mayor frecuencia, siguiéndole salud, debido a la naturaleza de los documentos escogidos. Se identifica la diferencia en frecuencias de las formas: niños, niñas, niño, niña, lo que puede mostrar la emergencia en la consideración de la variable género a nivel estructural. Destacan también las formas: familia, desarrollo, maltrato, violencia, abuso, programas, riesgo, social, lo que muestra la tendencia de los temas emergentes en el corpus.

Tabla 6.2 – Formas activas de mayor frecuencia del corpus

Forma	Frecuencia	Tipo	Forma	Frecuencia	Tipo	Forma	Frecuencia	Tipo
niños	4523	nom	edad	824	nom	población	546	nom
salud	3285	nom	parte	815	nom	señor	542	nom
niño	2662	nom	programa	804	nom	artículo	535	nom
niñas	2620	nom	información	802	nom	país	531	nom
derechos	1993	nom	caso	801	nom	escolar	518	adj
años	1859	nom	situación	797	nom	casos	515	nom
Sename*	1679	nr	riesgo	777	nom	proceso	512	nom
más	1611	adv	social	762	adj	abuso	503	nom
protección	1584	nom	evaluación	753	nom	problemas	501	nom
adolescentes	1488	nom	NNA**	687	nr	ya	497	adv
sistema	1438	nom	nivel	682	nom	derecho	497	nom
nacional	1370	adj	trabajo	670	nom	familiar	486	adj
atención	1293	nom	tanto	670	adv	servicios	484	nom
desarrollo	1271	nom	centros	665	nom	cuenta	482	nom
niña	1225	nom	mayor	660	adj	dos	467	nom
familia	1199	nom	vida	642	nom	cuidado	459	adj
ley	1093	nom	padres	633	nom	ver	445	ver
estado	1019	nom	maltrato	630	nom	calidad	437	nom
menores	1003	adj	educación	623	nom	así	434	adv
infancia	967	nom	forma	617	nom	manera	431	nom
año	956	nom	justicia	613	nom	madre	430	nom
Chile	896	nom	medidas	587	nom	uno	425	nom
respecto	894	nom	relación	581	nom	mental	422	adj
servicio	889	nom	integral	563	adj	plan	419	nom
infantil	888	adj	sexual	560	adj	hace	419	ver
ministerio	886	nom	personas	558	nom	través	417	nom
programas	839	nom	adolescente	557	nom	importante	414	adj
meses	837	nom	violencia	556	nom	familias	414	nom
control	834	nom	recursos	556	nom	niñez	406	nom
comisión	832	nom	general	551	adj	intervención	401	nom

Tipo: nom: sustantivo; ver: verbo; adv: adverbio; adj: adjetivo; nr: no reconocido por el programa

*SENAME: Servicio Nacional de Menores

**NNA: Niño/s, Niña/s y Adolescente/s

El número de hápax (formas que aparecen una sola vez en el corpus) obtenidos abarca el 40,63% del total de las formas. Se seleccionaron para analizar su concordancia aquellas que se relacionaban más al fenómeno de esta investigación. Éstas se muestran en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3 – Hápax obtenidos del corpus relacionados con el fenómeno de estudio.

Formas	Tipo	Formas	Tipo	Formas	Tipo
adultocéntrica	nr	desarticulación	nom	niñitas	nom
ambuladorización	nr	dialéctica	nom	postraumática	nr
anticipatoria	nr	étnica	adj	praxis	nr
anticuada	nr	grooming	nr	transdisciplinaria	nr
aterrorizar	ver	guachas	nr	transexuales	nr
brutalidad	nom	guacho	nr	transfobia	nr
bullying	nr	ideológica	adj	universalización	nr
chantajes	nom	infantilización	nr	victimario	nr
colecho	nr	intrasectorial	nr	victimarios	nr
democráticamente	adv	machismo	nom	victimizar	nr

Al realizar el análisis de especificidades es posible ver la relación entre la forma o unidad léxica específica y la variable texto escogido. A mayor valor, la forma es más específica o característica de la variable, es decir es mencionada con mayor frecuencia en ese documento.

De esta manera, considerando a priori aquellas formas relacionadas con el objeto de estudio de esta investigación, es posible determinar lo siguiente:

Respecto al uso de la unidad léxica “violencia” y términos afines. Las formas más utilizadas en orden decreciente en el contexto nacional son: “maltrato”, “violencia” y “abuso”, tal como se puede observar en la tabla 6.4.

La forma “maltrato” es referenciada principalmente en el Texto 7 (288,3), el cual corresponde con la “Guía clínica de detección y primera respuesta de NNA víctimas de maltrato”. De esta manera en Chile, se utiliza con mayor frecuencia el término maltrato. En este mismo texto se puede ver que la unidad léxica “violencia” tiene una relación con el texto, pero es inferior a la relación obtenida con la forma “maltrato”.

La forma “violencia” es más utilizada en el Texto 6: “Cuarto estudio maltrato infantil” (112.8) y “abuso” se encuentra principalmente en el Texto 5: “Guía Clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual” (185.8). Cabe destacar que en el análisis de los textos, la forma “abuso” se encuentra ligada con mayor fuerza a la unidad léxica “sexual”, es decir, aparecen juntas.

Tabla 6.4 – Relación entre unidad léxica violencia y términos afines con las variables del corpus de la dimensión estructural

FORMA	TEXTO															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
abuso	-0,6	-0,9	-0,3	-0,4	185,8	20,5	0,9	-3,7	-0,4	-6,9	-3,9	-0,3	-0,8	-8,8	-0,9	-30,0
agresión	-0,2	-0,1	0,0	0,5	4,1	6,2	0,9	-0,5	-0,2	-0,5	-0,4	-0,2	-0,2	-1,0	-0,1	-1,1
castigo	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,4	1,0	15,2	-1,8	-0,5	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	1,5	-0,1	-5,6
castigos	-0,2	-0,1	0,0	-0,2	-0,3	4,4	6,6	-1,1	-0,4	-0,5	-0,4	-0,2	-0,2	1,7	-0,1	-2,3
daño	-0,4	0,6	0,0	-0,2	2,5	0,8	6,0	-0,6	3,0	-0,7	-1,2	-0,5	-0,5	-1,7	-0,1	-3,3
maltratados	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,5	0,0	6,4	-0,5	-1,1	0,4	-0,2	-0,1	-0,1	-0,5	0,0	-0,7
maltrato	-2,4	0,5	-0,4	-1,4	1,8	1,2	288,3	-9,3	-2,3	-7,8	-6,2	-1,5	-2,6	-12,4	4,7	-47,4
maltratos	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	-0,4	-0,7	-1,7	-0,3	-0,3	-0,1	-0,1	-0,7	0,0	6,9
matonaje	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	-0,3	-0,5	3,3	-0,2	-0,2	-0,1	4,4	0,2	0,0	-3,4
trauma	-0,1	0,0	0,0	0,8	2,5	0,0	-0,2	0,6	1,3	-0,2	-0,2	-0,1	0,8	-0,4	0,0	-3,2
violación	-0,1	0,0	0,0	-0,1	1,0	0,0	1,3	-0,3	-1,0	-0,3	-0,3	-0,1	-0,1	0,3	0,0	0,6
violaciones	-0,2	-0,1	0,0	-0,2	0,2	0,0	-0,7	-1,3	-3,1	-0,6	-0,6	-0,3	-0,3	0,5	-0,1	6,6
violencia	-3,0	34,4	-0,3	23,4	1,7	112,8	56,2	-7,4	-32,9	-5,8	3,9	1,0	0,9	8,5	2,0	-77,6

En relación a la utilización de la unidad léxica “infancia” y “juventud” y términos afines, destaca desde la perspectiva de la categoría generacional, la utilización del término “menor”, el que se encuentra más relacionado con 7 textos de los 16 analizados: A Continuación se exponen algunos ejemplos:

[...] hace presente que en la actualidad hay una circular respecto del maltrato pero es demasiado subjetiva, un menor en alguna instancia puede acusar a un funcionario por el solo hecho de tenerle mala y bajo esa condición se aplica al funcionario dicha circular y pasa inmediatamente a sumario administrativo (Texto_16)

[...] sostiene que cuando hay una colisión de derechos como en este caso a vivir en familia y a la identidad quien evalúa la situación debe mirar el bien superior del menor y en algunas ocasiones (Texto_4)

Desde la perspectiva de la variable género, el **Texto 9**: “Norma Supervisión de Salud de la infancia de 0 a 9 años en APS” y el **Texto 8**: “Programa Nacional de Salud de la Infancia”, utilizan con mayor frecuencia los términos niña y niñas. En comparación con los 14 textos restantes, en el que existe poca o ninguna relación.

Al realizar el Análisis Factorial de Correspondencias (AFC) se puede ver la relación existente entre las variables obtenidos en el corpus. Tal como se muestra en la Figura 6.1 tienen mayor relación la CDN (Texto 1) con las Definiciones conceptuales para un sistema integral de protección a la infancia (Texto 10) y un grado menor La Ley de violencia intrafamiliar (Texto 2). También muestran una mayor relación la Guía Clínica: atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual (Texto 5), la Guía Clínica Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores (Texto 7) y Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes (Texto 13) están más relacionados. Destaca cómo la Norma Supervisión de Salud de la infancia de 0 a 9 años en APS (Texto 9), el Cuarto informe: Infancia Cuenta en Chile (Texto 14) y Política Nacional Convivencia Escolar 2015/2018 tienen menos relación que los otros textos. Cabe destacar que en los objetivos sanitarios no se encuentra como meta este fenómeno social y el último documento se centra más a la condición particular del Servicio Nacional de Menores.

En cuanto a la correlación existente entre los textos, en la figura 6.2 se muestra que los textos 9 y 16 poseen una menor correlación.

Figura 6.1 – Resultados del análisis factorial por correspondencias de las formas entre los textos del corpus de la dimensión estructural.

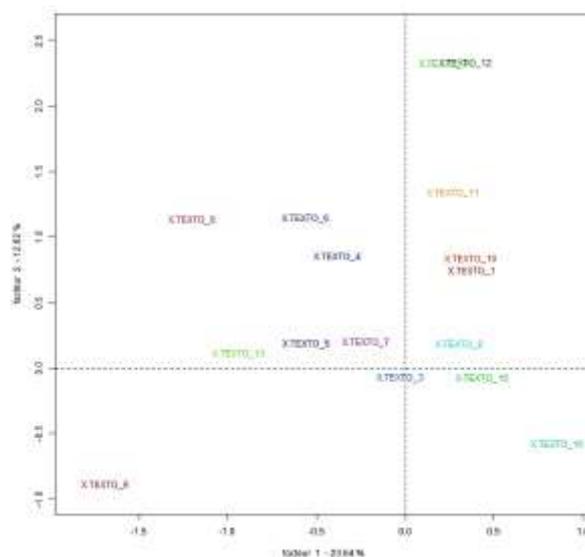
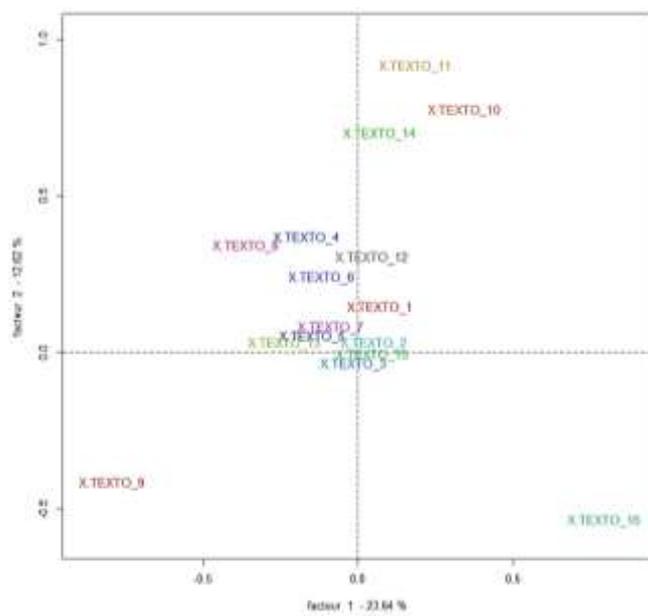
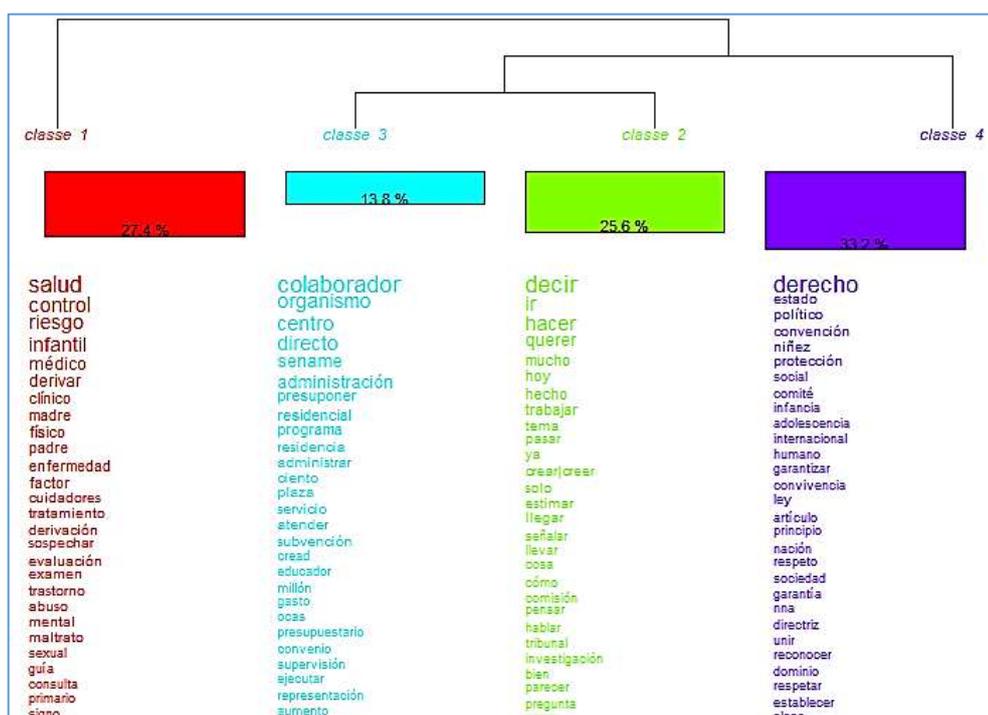


Figura 6.2 – Correlación entre los textos del corpus de la dimensión estructural.



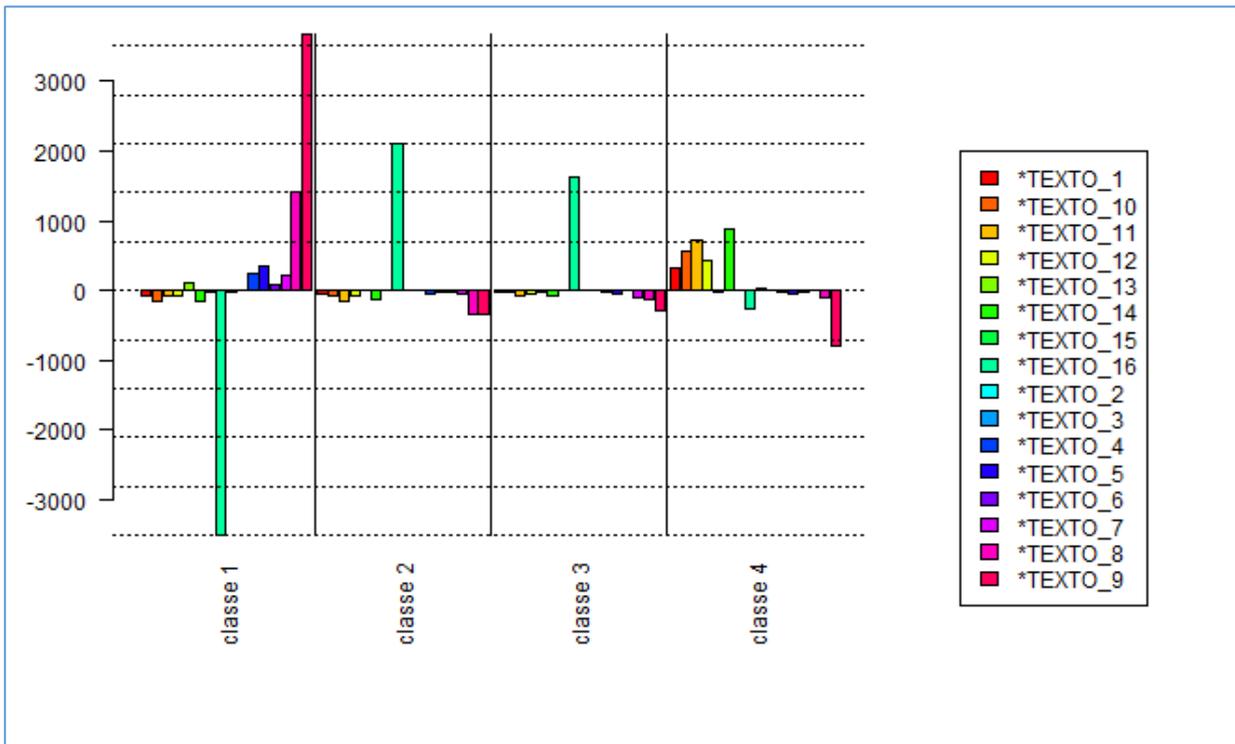
Por medio de la clasificación obtenida por medio del Método de Reinert se obtuvo 4 clases, tal como se puede ver en la figura 6.3. Se observa en cada perfil, el léxico incluido en cada clase. De esta manera se puede ver que de la Clase 1 se divide en las clases 2 y 3 (las que comparten mayor semejanza) y finalmente la clase 4.

Figura 6.3 – Dendrograma a partir de la Clasificación, jerárquica descendente con sus respectivas formas específicas, dimensión estructural



La asociación entre las clases y los textos se muestra en la figura 6.4. En la clase 1, tienen una asociación significativa ($p < 0,0001$) los textos: 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 13. En la clase 2 la asociación es significativa solo con el texto 16 ($p < 0,0001$). La Clase 3 tiene asociación significativa con los textos 15 y 16. Finalmente la clase 4 tiene asociación con los textos: 1, 2, 10, 11, 12 y 14.

Figura 6.4 – Gráfico χ^2 de asociación de las modalidades por clases



6.1.2. Interpretación de la realidad objetiva en la Dimensión Estructural

Al analizar la conceptualización de la violencia en los documentos nacionales obtenidos de la capacidad de la realidad objetiva, las definiciones suelen no incluir los determinantes históricos, culturales, de género y generación. La definición que establece la guía clínica de maltrato se refiere a toda “forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado” ⁽⁸¹⁾

Del análisis de la concordancia de los hápax seleccionados del corpus correspondiente al dominio estructural, se obtiene el siguiente sistema de contradicciones.

El contexto del Texto 16 corresponde a los resultados a los que llegó la comisión investigadora por las reiteradas vulneraciones evidenciadas en las dependencias del Servicio Nacional de Menores (SENAME) evidenciadas desde el año 2012. Este informe a pesar de contener evidencias empíricas que demostraba el nivel de violencia del que han sido víctimas los niños y niñas bajo la protección del Estado, fue rechazado por la Cámara de Diputados, para que de esta manera las personas mencionadas como responsables de dichas vulneraciones, no recibieran alguna acción punitiva. En este caso se observa una contradicción a nivel estructural que está relacionada al valor relativo que se le asigna a la infancia y a la adultez, cuya síntesis correspondería que *para el Estado la infancia comprendida desde el enfoque de generación, va a ser prioridad en los casos que no menoscabe al poder político del país y considere los cambios históricos que determinan la estructura orgánica del país.*

[...] en base a lo anterior y dada la **brutalidad** de estas vulneraciones a los derechos fundamentales es que creemos que resulta inoficioso realizar un listado del estado de avance o deuda en el cumplimiento de las recomendaciones de la comisión sename del 2014 (Texto_16)

[...] recogiendo las palabras de la directora nacional del Servicio Nacional de Menores a esta comisión hemos podido constatar la existencia de problemas estructurales graves de diseño y funcionamiento de la institucionalidad derivados de una estructura orgánica **anticuada** y deficiente (Texto_16)

[...] refiere que Ximena Calcagni dijo hace algunos momentos algo que le parece relevante que la decisión no puede ser **adultocéntrica** por muy penosa que sea la situación de los adultos involucrados porque también tenemos a un niño en el mismo escenario (Texto_16).

[...] ante quién rinden cuenta personas que no dependen de la estructura política que **democráticamente** los ciudadanos han elegido por tanto piensa que lo que corresponde es que se denuncie (Texto_16)

[...] afirma que en el caso de la familia Leighton el programa prm feyentún la destruyó se pregunta para qué sirven estos programas para **victimizar** a los niños a los que interrogan una y otra vez (Texto_16)

[...] asimismo los mecanismos sancionatorios en contra de los **victimarios** carecen de efectividad negando el acceso a la justicia y contrariando toda idea de protección a la niñez k instituto interamericano del niño en su escrito de 7 de agosto de 2001 expresó (Texto_7)

Por otra parte, es posible identificar la presencia de la categoría analítica de género y generación interpretada por la sociedad. En donde se identifica a la luz del análisis de contingencia nacional cómo las creencias y cultura machista perpetúan la violencia. En el lenguaje aún se utiliza la denominación “guacha” y “guacho”, para denominar al hijo e hija no reconocidas por su padre. A pesar de que en el año 1999 entró en

vigencia la Ley de filiación N°19.585 como respuesta a la discriminación de la que fueron víctimas niños y niñas desde 1885 que distinguía entre hijos legítimos, ilegítimos y naturales. *En determinados casos, la cultura y las creencias machistas de la sociedad prevalecen históricamente por sobre los esfuerzos del poder legislativo en la generación de medidas de protección e igualdad de la infancia.*

Se evidencia en esta dimensión que aún se perpetúa históricamente la mirada adultocéntrica de manera estructural, que desde el enfoque generacional coloca la infancia en un eslabón inferior en la sociedad. Aún se le denomina “menor”, al niño o niña, palabra que además de denotar inferioridad, no evidencia, ni diferencia las necesidades particulares de niños y niñas para el desarrollo de su masculinidad y feminidad.

[...] violencia intrafamiliar tanto física como psicológica consumo de drogas y o alcohol conflictos con la justicia por microtráfico o delincuencia validación de la violencia ejercicio de poder y **machismo** como estilo de relación y crianza para niños y niñas que se perpetúa como un círculo vicioso (Texto_16)

[...] explica que caso de una menor la más chica de las niñas del hogar ella grabó situaciones en las cuales la educadora de trato directo las maltrataba les gritaba e incluso las trataba de **guachas** (Texto_16)

[...] añade que su madre pidió que la contrataran por seis meses sin goce de sueldo para poder estar cerca de él pero a él me decían que era **guacho** que no tenía madre (Texto_16)

[...] al respecto Franco Fuica vicepresidente de la agrupación OTD Chile organizando trans diversidades opinó que ha costado mucho incluir a niños niñas y adolescentes en la propuesta final debido a que la **transfobia** se ha empeñado en disfrazarse de protección de la infancia con el propósito de denegar derechos fundamentales (Texto_14)

Las políticas más actuales, podrían visualizarse como un intento de superación gracias a la aparición de la palabras “niño (s) y niña (s)” en la “Norma Supervisión de Salud de la infancia de 0 a 9 años en APS” y en el “Programa Nacional de Salud de la Infancia”. Sin embargo, en la mayoría de las descripciones y estrategias, sino todas, son señaladas indistintamente sin mostrar sus propias particularidades y necesidades bajo la categoría analítica género.

En relación a la categoría competencia profesional, producto de las investigaciones que se realizaron en las dependencias del Servicio Nacional de Menores. Se identifica el déficit en la cantidad de profesionales que cumplen con las competencias laborales

requeridas para el cuidado de los niños y niñas en contexto de institucionalización, junto con la falta de coordinación y formación.

[...] sin embargo en la **praxis** (entendido en el contexto ejecución de acciones en la práctica) un número reducido de profesionales tienen un manejo acabo de estas materias existe un desconocimiento de los conceptos utilizados por la duplas psicosociales de los programas que intervienen con los niños niñas o adolescentes (Texto_16)

[...] ya que muchos de esos servicios presentan altos niveles de rotación lo que implica un flujo constante de profesionales inexpertos finalmente respecto a la participación y coordinación entre estado y sociedad civil se evidencia una **desarticulación** mayor (Texto_10)

[...] prestadores de la salud el campo de la salud ambiental infantil es **transdisciplinaria** lo cual involucra que los prestadores en salud infantil posean competencias y habilidades básicas en epidemiología (Texto_9)

También en esta dimensión se identifican elementos ideológicos e idealistas que dificultan el desarrollo de políticas que generen un cambio cuali y cuantitativo en la infancia.

[...] en lo medular se promueve una transformación de la atención de salud desde un sistema que es esencialmente reactivo el cual actúa principalmente cuando una persona tiene un episodio agudo de enfermedad a una atención proactiva y **anticipatoria** (Texto_4)

[...] este mecanismo ha permitido la modelización de un proceso de mejoramiento de derechos sociales que pondera la viabilidad financiera para garantizar las prestaciones con un criterio de progresividad y con la **universalización** en el horizonte (Texto_10)

[...] lógicamente los sistemas de protección de infancia no se desarrollan en un contexto neutro los gobiernos ofrecen soluciones a problemas sociales en virtud de la doctrina **ideológica** que los sustenta (Texto_10)

Además la carencia de investigaciones que sustenten intervenciones basadas en la evidencia, genera limitaciones en el proceso de reparación de la violencia.

[...] no se encontró información para terapias a niño niña o adolescente que han sufrido delitos violentos aunque algunos estudios los involucraban en intervenciones dirigidas a sintomatología **postraumática**, psicoterapia familiar se encontraron dos revisiones sistemáticas con un total de nueve estudios de buena calidad metodológica (Texto_5)

Dentro de los procesos saludables identificados en esta dimensión, se obtiene la incorporación de estrategias estrechamente dirigidas a promover el buen trato en la infancia por medio de recomendaciones en la Norma de Supervisión del salud de la infancia de 0 a 9 años en APS (Texto 9)

[...] la evidencia en torno a la muerte súbita y el **colecho** dormir juntos es controversial habiendo estudios que lo asocian a protección y otros a riesgo

recomendaciones para padres sobre prevención de muerte súbita según nivel de evidencia (Texto_9)

A la identificación de actos violentos que atenten contra los niños y niñas.

[...] se contemplan los actos de **aterrorizar** ignorar aislar corromper y ser testigos de violencia al interior de las familias como también el encierro el menosprecio continuo la culpabilización las amenazas gritos las descalificaciones la discriminación y el trato hostil (Texto_7)

Elementos que pueden influir negativamente en el desarrollo y crecimiento del niño y niña (Texto 9)

[...] evitar presionar a través de la amenaza de quitar cosas castigo los **chantajes** o comparar con otros compañeros con mejores notas ya que estas estrategias intensifican la asociación negativa hacia las actividades de aprendizaje escolar (Texto_9)

Por último acciones relativas a la promoción de la convivencia escolar (Texto 12)

[...] una comunidad educativa que responde y da cuenta de la diversidad que la conforma entregando educación de calidad integral para todos as 18 lgbti [...] significa lesbianas gays bisexuales **transexuales** transgénero travestis e intersexuales (Texto_12)

6.2. CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA EN LA DIMENSIÓN PARTICULAR.

6.2.1. Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva por medio del análisis textual en la dimensión particular

Para la captación de la realidad objetiva en la dimensión particular se construyó un corpus de análisis compuesto de 10 documentos vinculados a la UC y al Honorable Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH), cuyo listado se muestra en el Cuadro 6.2. Se seleccionaron los documentos del Consejo de Rectores, ya que estos muestran también la realidad particular a nivel de instituciones universitaria tradicionales del país. A estos se les sometió a análisis textual por medio del software IRAMUTEQ cuyos resultados se muestran a continuación.

Cuadro 6.2- Documentos analizados para la captación de la realidad particular

N°Documento	Año	Documento	Autoría
Doc_1CRUCH	2009	El Consejo de rectores ante los desafíos de las Universidades Chilenas en el bicentenario	Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas
Doc_2CRUCH	2014	60 años Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas 1954-2014	Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas
Doc_3CRUCH	2015	Propuestas del consejo de rectores de las Universidades Chilenas para la reforma del sistema de Educación Superior	Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas
Doc_4CRUCH	2015	Innovación Curricular en las Universidades del consejo de Rectores.	Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas
Doc_1UC	2016	Declaración de Principios de la Pontificia Universidad Católica de Chile	Pontificia Universidad Católica de Chile
Doc_2UC	2015	Plan de Desarrollo 2015-2020	Pontificia Universidad Católica de Chile
Doc_3UC	2017	La UC dialoga: Acreditación Institucional. Informe Final.	Pontificia Universidad Católica de Chile
Doc_4UC	2015	Aprendizaje Servicio. 10 años en la UC	Pontificia Universidad Católica de Chile
Doc_5UC	2017	Habilidades desarrolladas en cursos A+S	Pontificia Universidad Católica de Chile
Doc_6UC	2017	Principios orientadores para una docencia de calidad	Pontificia Universidad Católica de Chile

Se realiza un análisis lexicográfico básico de los 10 textos presentados, con lematización. En la tabla 6.5 se muestra el resumen del resultado de éste análisis.

Tabla 6.5 – Resultado Análisis estadístico corpus dimensión particular, con lematización.

Número de textos	10
Número de ocurrencias	178785
Número de formas	8645
Número de hápax	3929 (2,2% de ocurrencias–45,45% de formas)
Media de ocurrencias por texto	17878.50

Hápax: formas que se repiten una sola vez en el corpus

El número de hápax (formas que aparecen una sola vez en el corpus) obtenidos abarca el 45,45% del total de las formas. Se seleccionaron para analizar su concordancia aquellas que permitieran una mayor aproximación fenómeno de esta investigación. Entre los que destacan:

Análisis realizado desde la Dirección Superior:

[...]Se reconoce cierta **arrogancia** y eso distancia a la universidad de la sociedad.

[...]Debemos ser más inclusivos. El primer paso para la excelencia es la humildad (Doc_3UC).

[...]Se comenta que los alumnos UC tienen muchas **opciones extracurriculares** en comparación con sus pares de otras universidades, en las que pueden participar de manera voluntaria, y que impacta positivamente en su formación y compromiso.

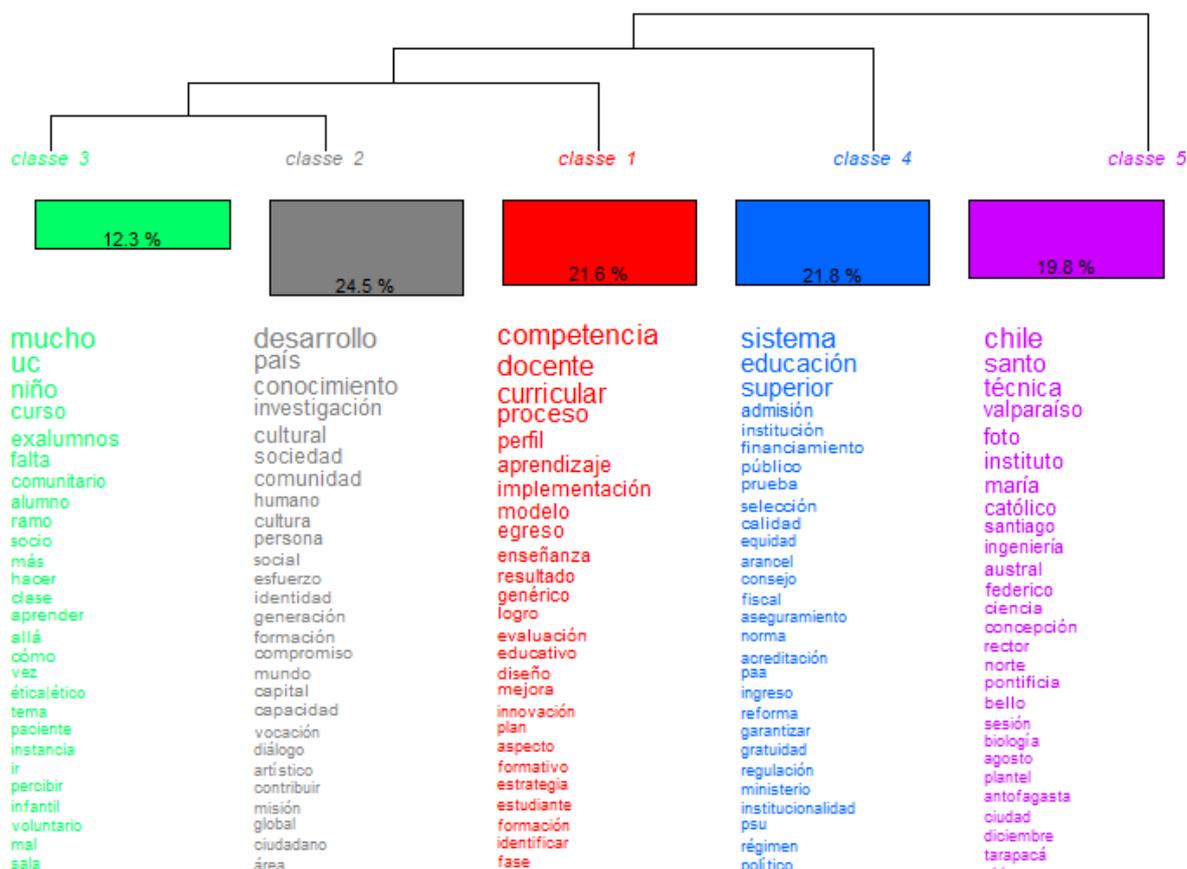
[...] Gran parte de la docencia no se orienta al **servicio público**, sino al **mundo privado**. En ese sentido, para el académico debe ser clave la forma como **conecta** sudocencia con esos dos mundos. Así también, **las prácticas profesionales en el sector público son fundamentales**.

[...] Es importante que la UC tenga la impronta de ser una universidad **diversa**, donde se represente la realidad del país. La meta debiera ser buscar alumnos en todos los sectores sociales, un desafío de **tener los mejores alumnos de Chile y no segregar**

[...] Es necesario integrar los conocimientos, porque la **mirada interdisciplinaria** es más eficiente y enriquecedora.

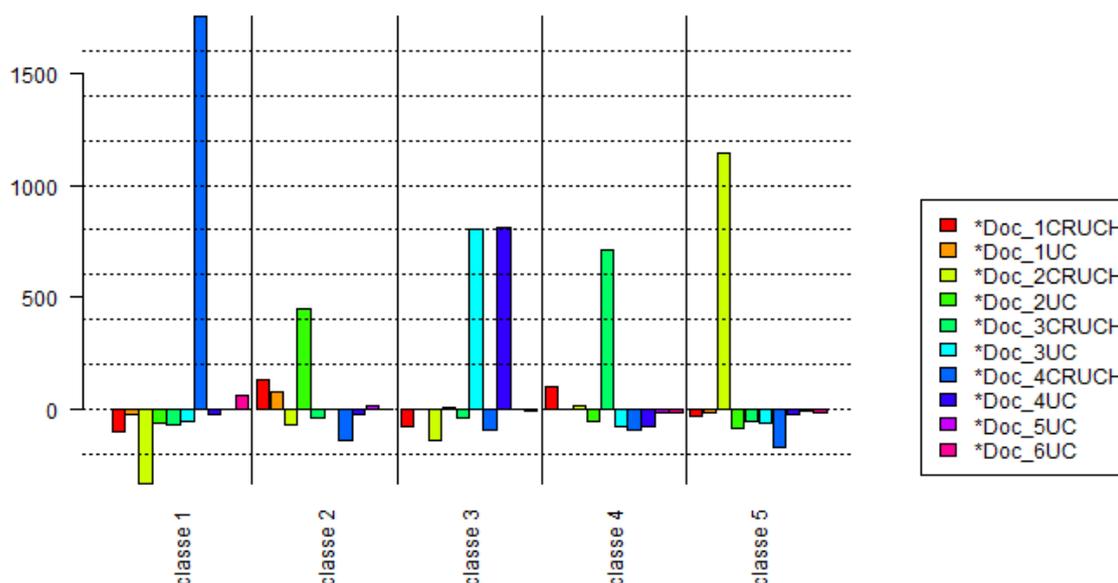
Por medio de la clasificación obtenida por medio del Método de Reinert se obtuvo 5 clases, tal como se puede ver en la figura 6.5 Se observa en cada perfil, el léxico incluido en cada clase. El que a su vez orienta la temática que lo rodea.

Figura 6.5 – Dendograma a partir de la Clasificación, jerárquica descendente con sus respectivas formas específicas. en la dimensión particular



La asociación entre las clases y los textos se muestra en la figura 6.6

Figura 6.6 – Asociación entre las clases y los textos en la dimensión particular



En la clase 1, tienen una asociación significativa ($p < 0,0001$) los textos: Doc_4CRUCH (Innovación Curricular en las Universidades del consejo de Rectores), DOC_6UC (Principios orientadores para una docencia de calidad).

Mediante el análisis de similitud por medio de χ^2 , la temática de la clase 1 se organiza en 6 comunidades, las que se refiere principalmente a **la formación, competencias, perfil de egreso, proceso de aprendizaje, la enseñanza e innovación curricular.**

Destaca los siguientes segmentos de textos relacionados de alguna manera con el fenómeno de estudio y a las comunidades conformadas.

Respecto a la innovación curricular, foco del documento elaborado por el CRUCH, en esta clase se justifica el desarrollo de competencias debido a las necesidades de la sociedad.

[...] los problemas trascendentes de la sociedad actual y futura los desafíos que plantean y la necesidad de formar personas para contribuir a ella requieren competencias en nuestros profesionales que en la actualidad no estamos contribuyendo a formar plenamente (Doc_4CRUCH)

Además las instituciones en la actualidad están comenzando a definir el perfil de egreso para el desarrollo de competencias.

[...] todas las instituciones dan cuenta de una intención de perfil de egreso desarrollo de competencias y dominio de desempeños en conocimientos habilidades profesionales y valores (Doc_4CRUCH)

[...] a través de competencias pedagógicas del claustro académico nuevos reglamentos de estudio formación por competencias dado que en la mayoría de las universidades del cruch la opción por la formación basada en competencias y logros de aprendizaje ha sido explícita (Doc_4CRUCH)

Este documento menciona la necesidad del desarrollo de competencias actitudinales, ético valóricas con vistas a la formación de profesionales íntegros.

[...] la dimensión ético valórica entendida como los valores de ciudadanía y convivencia humana que espera inculcar la dimensión de desempeño profesional incluyendo desempeños netamente laborales como competencias de autoaprendizaje liderazgo y trabajo en equipo (Doc_4CRUCH)

[...] formar personas íntegras éticas y socialmente responsables dotadas de competencias profesionales y ciudadanas que contribuyan al bien común y capaces de sumarse activamente a las tareas que demanda el desarrollo económico cultural y social del país en el contexto de la sociedad del conocimiento (Doc_1CRUCH)

Respecto a competencias en el Doc_6UC, ligado significativamente a esta clase, no se hace mención explícita a la forma “competencia”, sin embargo hace referencia a que la docencia de calidad aplica metodologías de enseñanza y aprendizaje centrado en el estudiante. Establece esta relación como proceso dinámico, que genere aprendizajes profundos en sus estudiantes. Respecto a esta forma léxica pueden identificarse elementos idealistas centrados en el proceso de trabajo del docente, que puede configurarse en potenciales de desgaste en este grupo, tales como se muestra en los siguientes segmentos de texto.

[...] todo académico que busque realizar una docencia de calidad debe planificar su enseñanza de modo coherente implementando metodologías activas y diversas que promuevan el aprendizaje profundo y significativo de *todos* sus estudiantes Doc_6UC

[...] organización de la enseñanza para desarrollar una docencia de excelencia no basta con el manejo experto de los contenidos sino que requiere de una planificación adecuada que genere aprendizajes profundos en los estudiantes Doc_6UC

También se reconocen elementos idealistas asociados a la religión que rige los valores institucionales.

[...] el docente de excelencia es en consecuencia modelo testigo y maestro encarna los valores UC en su enseñanza y en su relación con los estudiantes y pares al mismo tiempo que promueve el proyecto educativo de la universidad en concordancia con la impronta UC Doc_6UC

El docente es entendido por el CRUCH como una persona que debe buscar la eficiencia y reducción de costos para la actividad docente, valiéndose de la teoría organizacional y de gestión. Además es su deber lograr un aprendizaje significativo, debe velar con la formación integral de los estudiantes, no solo en su disciplina.

[...] el académico docente es en su accionar un gestor y cuando accede a posiciones de dirección de escuela o departamento busca eficiencia y reducción de costos para la actividad docente dada su experiencia en la docencia Doc_4CRUCH

[...] este solo aspecto implica que el docente se debe comprometer con la formación integral de sus estudiantes y no sólo con pasar la materia o focalizarse en la disciplina Doc_4CRUCH

[...] se puede afirmar que la trascendencia del rol docente en este contexto es definida en función de la relación de dicho rol con cuatro actores centrales que son la comunidad académica los estudiantes el currículo de formación y la institucionalidad universitaria Doc_4CRUCH

[...] y de docentes que consideren las características y necesidades de sus alumnos buscando el aprendizaje profundo y efectivo de todos que aporte y se vincule con la realidad social y las necesidades de la comunidad local Doc_6UC

6.2.2. Interpretación de la realidad objetiva en la dimensión particular

Los grandes desafíos de las universidades corresponden a una lógica productivista a gran escala: búsqueda inagotable por la excelencia académica, altos niveles de productividad, generación de investigaciones con factor de impacto, lo que puede configurarse en potenciales de desgaste.

Síntesis: Por la conformación del sistema económico y la visión de mundo imperante en el país, la Educación Superior será un derecho para los potenciales estudiantes, mientras existan recursos económicos que permitan financiarla.

Aspectos orientados a las problemáticas sociales de forma explícita y específica, que involucran a las colectividades, son mencionadas escasamente en los documentos analizados.

La realidad en la dimensión, se comprende desde las perspectivas específicas del ideario - cultural histórico de la religión Católica. Cuya misión está orientada a la búsqueda de la verdad siempre al servicio del otro, del país, y de bien común.

Existen contradicciones en la Declaración de Principios de la Universidad y en el análisis realizado por UC Dialoga, que podrían deberse a la diversidad de opiniones entre los miembros de la comunidad académica. Sin embargo, independiente de esta diversidad, existe una convergencia, la cual implica considerar a la persona como eje central, además de la actitud de servicio entre sus miembros y egresados.

Existen una serie de contradicciones en este nivel puesto que el ser una Universidad con principios cristianos, debería estar más vinculada a la sociedad, sin embargo existe la percepción de que la docencia se orienta más al servicio privado, que al público. Además se percibe una actitud arrogante, probablemente, al ser la Universidad que lidera en el ranking de excelencia académica a nivel nacional, la que también es contradictoria a la humildad que se promueve en la institución. También se maneja la sensación de segregación al ser una universidad privada, de aranceles altos, que no todas las familias pueden costear, sin embargo, posee un sistema de becas, que permite que estudiantes de clases sociales desfavorecidas puedan

acceder a la educación. Sin embargo, en este sistema de becas quedan fuera los estudiantes de clases sociales medias.

Dentro de los procesos saludables posee la potencialidad del desarrollo espiritual y holístico de los estudiantes, permitiendo que éstos puedan acceder a una amplia oferta de cursos optativos, principio de su plan de formación general.

El consejo de rectores de las universidades Chilenas reconoce que se deben fortalecer las competencias de los profesionales egresados con el fin de intervenir sobre los problemas trascendentes de la sociedad actual. En este sentido, no se menciona explícitamente la violencia infantil como un problema trascendente, sin embargo, puede verse incluida en esta categoría.

Se habla de competencias y están en proceso de elaboración del perfil de competencias, sin embargo los programas de estudio están diseñados por objetivos, sin embargo una fortaleza de la Universidad son sus competencias ético-valóricas de sus egresados, reconocidos por los empleadores.

Dentro de las temáticas identificadas en los documentos de la universidad, se asocian fuertemente al compromiso social, vinculación con el medio y existir.

El documento que representa con mayor fuerza la vinculación con el medio y compromiso social es Aprendizaje-servicio, 10 años en la UC, metodología que vincula los saberes y aprendizajes de los estudiantes con distintos grupos sociales, principalmente clases dominadas, por medio de intervenciones de calidad, que generan una transformación en las comunidades intervenidas.

Resulta relevante el desarrollo de competencias crítico-emancipatorias en el cuerpo docente, ya que en éste recae la responsabilidad de lograr aprendizajes significativos en los estudiantes

[...] y de docentes que consideren las características y necesidades de sus alumnos buscando el aprendizaje profundo y efectivo de todos que aporte y se vincule con la realidad social y las necesidades de la comunidad local
Doc_6UC

Análisis de contradicciones y síntesis

El sistema capitalista influencia fuertemente las fuerzas productivas del país y las formas de producción y reproducción social

Las universidades por medio del perfil de egreso intentan responder a las necesidades de las empresas y sociedad

La forma de producción y reproducción de las clases sociales están determinadas por el capitalismo.

La ideología religiosa mantiene la visión de ayuda al “más desfavorecido” como una forma de encuentro con Dios.

Los valores y principios UC se orientan en la vinculación con el medio y la responsabilidad social.

Síntesis: La vinculación con el medio y la responsabilidad social estará alienada y no logrará la desalienación de las clases sociales si no se supera el modo de intervenir y educar con objetivo de “ayudar al prójimo” “caridad” y tener “compasión” perteneciente a la ideología religiosa que rigen su actuar.

6.3. CAPTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD OBJETIVA EN LA DIMENSIÓN SINGULAR.

6.3.1. Resultados descriptivos de la captación de la realidad objetiva en la dimensión singular

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la captación de la realidad objetiva en la dimensión singular por medio del análisis textual que congregó los resultados obtenidos de los grupos focales y de la recolección de los perfiles de egreso y programas vinculados de alguna manera al fenómeno en estudio.

6.3.1.1. Descripción cuantitativa de cursos de pregrado relacionados a niño, niña, adolescente, familia, comunidad, sociedad.

Fueron revisados todos los programas de cursos vigentes de las carreras de: Medicina, Enfermería, Odontología, Nutrición, Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Trabajo Social, Derecho, Ciencias Políticas y Educación. Se obtuvo un total de 57 cursos, cuyo título y descripción se relacionaba a infancia, familia, comunidad, sociedad y derechos humanos. Independiente que la temática de violencia contra niños, niñas y adolescentes se encuentre o no declarada en el programa del curso la distribución se encuentra en la tabla 6.7 El número de estudiantes que semestralmente toman esos cursos, depende de la característica de obligatorio u optativo de estos, cuyas vacantes oscilan entre 15-30 a 70 estudiantes. El listado de los cursos seleccionados se encuentra en Anexo 3.

Tabla 6.7 – Número de cursos que consideran temáticas relacionadas a infancia, sociedad, derechos humanos por carrera.

Carrera	Nº Cursos Obligatorios	Nº de cursos optativos o mínimo según salida profesional	Total
Medicina	4	3	7
Enfermería	4	1	5
Odontología	4	1	5
Nutrición	3	0	3
Kinesiología	2	0	2
Fonoaudiología	5	0	5
Psicología	7	4	11
Trabajo social	4	2	6
Derecho	4	2	6
Ciencias políticas	0	3	3
Educación	6	0	6
Total	42	17	59

6.3.2. Descripción del perfil de los participantes de los grupos focales.

En la tabla 6.8 se muestra la distribución de participantes según carrera. Las carreras con mayor tasa de participación fue Enfermería y Trabajo Social. Se observa en la tabla que existe un mayor número de cursos de Psicología relacionados al objeto de estudio, siendo importante destacar que parte de la malla es compartida con Trabajo Social. En relación al sexo y edad de los participantes, el 95% era de sexo femenino y el 21% tenía entre 20 a 29 años, el 52% entre 30 a 39 años, el 12% entre 40 y 49 años y el 14% pertenecía al grupo etareo mayor o igual a 50 años.

Tabla 6.8 – Participación de docentes por carrera en los grupos focales.

Carrera	N° de cursos	N° Docentes invitados*	Docentes asistentes	
			N	% Asistencia por carrera
MEDICINA	7	11	3	27%
Enfermería	5	12	16	133%
Odontología	6	3	0	0%
Nutrición	2	2	0	0%
Kinesiología	2	5	0	0%
Fonoaudiología	5	6	0	0%
Psicología	11	22	1	5%
Trabajo Social	6	7	8	114%
Derecho	6	15	1	7%
Cs. Políticas	3	1	0	0%
Educación	6	8	1	13%
TOTAL	59	92	30	

*El número de docentes invitados no necesariamente coincide con el número de cursos ya sea porque el curso estaba compuesto por un equipo de profesores mayor a uno o porque el curso lo dicta el mismo profesor en distintas carreras.

Respecto a la formación profesional, el 21% había adquirido su título en una institución pública, el 19% eran estudiantes de pregrado principalmente de Enfermería y el 60% de los participantes tenían formación de posgrado. Adicionalmente el 40% refiere haber tenido algún tipo de formación en violencia contra NNA en el pregrado, 45% en el posgrado y el 29% refiere haber utilizado algún protocolo en casos de violencia contra NNA ta como se muestra en la tabla 6.9.

Tabla 6.9 – Caracterización de los participantes de los grupos focales según nivel de formación en violencia y utilización de protocolos.

PROFESIÓN	FORMACIÓN VIOLENCIA CONTRA NNA PREGRADO				FORMACIÓN VIOLENCIA CONTRA NNA POSGRADO				USO DE PROTOCOLO EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA NNA					
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	N/C	%
Enfermera	7	17%	17	40%	10	24%	14	33%	6	14%	13	31%	5	12%
Enfermera- Matrona	3	7%	1	2%	1	2%	3	7%	1	2%	1	2%	2	5%
Medico	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	5%	0	0%	0	0%
Médico-Teólogo	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
Trabajador Social	5	12%	3	7%	4	10%	4	10%	2	5%	3	7%	3	7%
Psicólogo	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
Abogado	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
Miembro Comunidad	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
Total	17	40%	25	60%	19	45%	23	55%	12	29%	19	45%	11	26%

6.3.3. Resultados del análisis textual de datos de los datos correspondientes a la dimensión singular.

Con el fin de facilitar la comprensión del contenido léxico para la posterior construcción de categorías empíricas, se realizó en primera instancia un análisis textual por medio del software IRAMUTEQ de los datos correspondientes a los perfiles de egreso y programas de estudios de los programas de las distintas carreras de las Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades que cumplían con los criterios de inclusión detallados en la metodología, junto con el discurso obtenido por los participantes de los cinco grupos focales realizados.

Para el análisis estadístico, dentro de los parámetros escogidos, fue no lematizar. Para que el programa no quitara el género, número y conjugación a las formas del corpus. De esta manera los resultados del análisis estadístico se muestran a continuación:

Tabla 6.10 – Resultado Análisis estadístico corpus dimensión singular, sin lematización.

Nº de textos	898
Nº de segmentos de texto	2911
Nº de Ocurrencias	86.880
Número de formas	7.603
Nº de hápax	3.630 (47,74% de las formas – 4,18% de las ocurrencias)
Media de ocurrencias por texto	96,75

El corpus (conjunto de textos que hemos introducido en IRAMUTEQ siguiendo una serie de criterios) estuvo compuesto por 7.603 formas (palabras) de las cuales 3.630 solo aparecieron por una vez en todo el corpus.

Las formas activas las que tuvieron mayor frecuencia fueron: salud, social, trabajo, violencia, desarrollo, formación, curso, tema, hacer, niños, intervención, enfermería, niño, familia, maltrato, profesional, evaluación, entre otros. En relación a la forma de denominar a niños y niñas en el corpus textual, en la tabla 6.11, se obtienen las frecuencia de aquellas unidades léxicas utilizadas para referenciarse a éstas.

Tabla 6.11 – Frecuencia de las diferentes unidades léxicas utilizadas para denominar la infancia y adolescencia.

Forma (masculino)	Frecuencia	Forma (femenino)	Frecuencia	Forma (genérica)	Frecuencia
Niño	154	niña	18	niñez	9
Niños	186	niñas	15	infancia	53
Niñito	3	niñita	1	infantes	1
		niñitas	1	infantil	8
				infanto	10
				menor	2 (11)*
				menores	6*
				juvenil	13
				juveniles	1
				juventud	4
				adolescente	36
				adolescentes	46
				adolescencia	35

*La concordancia de las formas menor y menores aparecen principalmente en uno de los programas de la carrera de derecho, ciencias políticas y en trabajo social, sin embargo ésta última hace referencia a la Ley de menores.

Como una manera de aproximarse a la categoría analítica de generación, destaca la aparición de la forma “menor” para denominar a niños y niñas, la que aparece principalmente en los programas de Derecho, Ciencias Políticas y Trabajo Social al referenciar la “Ley de menores”, “empleo de menores”, “reglas especiales reativas a la curaduría del menor”, entre otras.

Del mismo modo, con el fin de aproximarse a la categoría analítica de género, destaca que las formas niña y niñas tienen una frecuencia de dentro del corpus de 18 y 15 veces respectivamente en comparación con las formas niño y niños que tienen una frecuencia de 154 y 186 respectivamente, siendo “niño” estadísticamente significativo dentro del corpus textual ($p < 0,0001$). Las formas “niña” y “niñas” aparecen

principalmente en los discursos obtenidos de los grupos focales y en el perfil de egreso y programas de cursos de Educación.

Por medio del análisis de especificidades fue posible ver la relación entre algunas de las formas o unidades léxicas específicas relativas al género con la variable “participantes”. Tal como se observa en la tabla 6.12, a mayor valor, la forma es más específica o característica de la variable, es decir es mencionada con mayor frecuencia en ese documento, se observa en esta tabla la mayor relación entre estas unidades y profesionales de enfermería, del grupo focal sólo conformado por estos profesionales.

Tabla 6.12 – Relación entre unidades léxicas vinculadas a género con las variables “participantes” del corpus de grupos focales de la dimensión singular

	AM_1	AM_2	EE_11	EE_4	EE_5	EE_6	EE_9	NMC	NTS_1	VTSMOD
hijos	-0,2	0,5	0,9	1,0	0,0	0,3	-0,2	3,5	-0,2	-0,1
madre	-0,2	-0,2	-0,1	3,8	0,0	0,8	0,4	-0,1	-0,3	-0,1
mujer	2,6	0,4	-0,1	-0,1	0,0	-0,4	0,3	-0,1	2,1	0,5
mujeres	1,8	0,4	-0,1	-0,1	2,6	0,2	-0,3	-0,1	-0,3	0,6
papás	-0,2	-0,2	3,3	0,0	0,0	0,3	1,8	-0,1	-0,3	-0,1
mamá	-0,5	0,7	0,5	-0,1	-0,1	1,7	0,5	1,3	-0,6	-0,3
niña	-0,3	1,0	-0,1	2,0	0,0	-0,5	6,4	0,7	-0,4	-0,2
hombres	-0,2	3,7	-0,1	0,0	0,0	-0,3	-0,2	-0,1	0,4	-0,1
niño	-1,7	-0,4	2,0	-0,4	-0,2	1,9	2,4	-0,2	-1,5	-0,2
papá	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-0,3	3,9	-0,1	-0,3	-0,1
niños	-1,9	-0,8	-0,2	0,6	0,9	2,4	2,6	2,4	-1,1	2,1

En el listado de total de hápax (formas que aparecen una sola vez en todo el corpus) no son significativas para un análisis cuantitativo, sin embargo, para un posterior análisis cualitativo destacan aquellas relacionadas con el fenómeno abordado en este trabajo mostradas en la tabla 6.14 Su escasa utilización podría ser interpretada como una incipiente reflexión o reconocimiento de la temática. Destacan los siguientes hápax relativos a la categoría analítica género: “borracha”, “prostitución”, “castración” y a generación: “cabro (s)”, “malcriado”, “mañoso”.

Tabla 6.13 – Hápax de formas vinculadas con la temática de violencia infantil

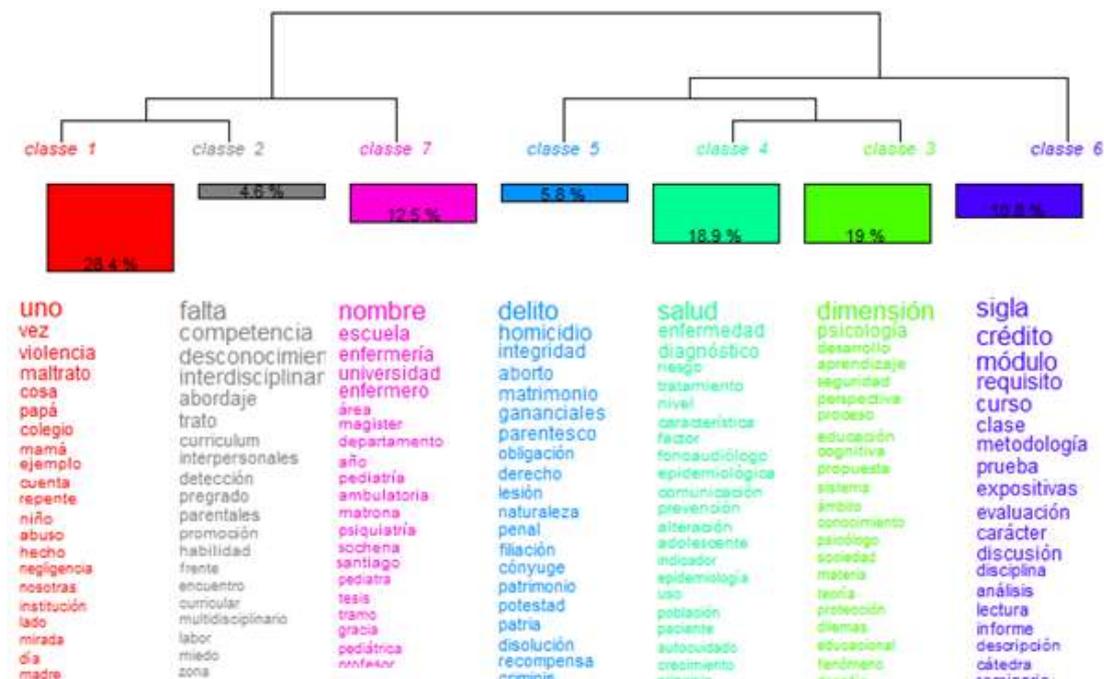
Hápax	Frec.	Tipos	Hápax	Frec.	Tipos	Hápax	Frec.	Tipos
abandonar	1	ver	desprotegidos	1	nr	multidisciplinariamente	1	nr
abusaron	1	nr	desquitan	1	nr	multidisciplinarias	1	nr
abusen	1	nr	desquitándose	1	nr	multidisciplinariedad	1	nr
acallan	1	nr	desvalidas	1	nr	multiprofesional	1	nr
acusación	1	nom	disciplina	1	nr	municipalidades	1	nr
acusar	1	ver	disciplinarietà	1	nr	normaliza	1	nr
adicciones	1	nr	discontinuidad	1	nr	normalizamos	1	nr
afrontábamos	1	nr	disfuncional	1	nr	normalizando	1	nr
agrediendo	1	nr	disparidad	1	nom	obediencia	1	nom
agresivo	1	adj	drogadicto	1	adj	objeción	1	nom
alcohol	1	nom	encopresis	1	nr	omnipresencia	1	nr
alharacos	1	nr	enfrentábamos	1	nr	peligro	1	nom
angustiante	1	adj	enfrentáramos	1	nr	pelotear	1	ver
angustioso	1	adj	enjuiciar	1	ver	perpetuando	1	nr
asperger	1	nr	erotización	1	nr	perpetuar	1	ver
atemoriza	1	nr	etéreos	1	nr	picaduras	1	nr
atentado	1	nom	fallecer	1	ver	problematiza	1	nr
aterrorizo	1	nr	fallecimiento	1	nom	prostitución	1	nom
atraumáticas	1	nr	golpear	1	ver	proteccion	1	nr
autista	1	nr	gravedad	1	nom	protector	1	adj
autoagresión	1	nr	grito	1	nom	protectoras	1	nr
autolesiones	1	nr	gritona	1	nr	protegemos	1	nr
borrachas	1	nr	groomyng	1	nr	protegi	1	nr
cabezazos	1	nr	homicida	1	adj	punitivos	1	nr
cabro	1	nom	humillar	1	nr	rapietas	1	nr
cabros	1	nr	infante	1	nom	racial	1	adj
castigarlo	1	nr	infanticidio	1	nr	sexo	1	nom
castración	1	nr	malcriado	1	nr	sexualidad	1	nom
cigarro	1	nom	maltratada	1	nr	sobrecargadas	1	nr
COSAM	1	nr	maltratadas	1	nr	sobrepeso	1	nom
culpabilizar	1	nr	maltratadores	1	nr	temeroso	1	adj
defendiera	1	nr	maltratando	1	nr	transcultural	1	nr
degradación	1	nom	maltraten	1	nr	transdisciplinario	1	nr
degradantes	1	nr	maltrató	1	nr	transferencia	1	nom
delictivo	1	adj	mañoso	1	nr	transparadigmáticas	1	nr
desnormalizar	1	nr	multicultural	1	nr	traumáticos	1	nr
desnudo	1	adj	multiculturalidad	1	nr	vulnerabilidades	1	nr
desperdicio	1	nom	multidisciplinar	1	nr	vulneraciones	1	nr
despersonaliza	1	nr	multidisciplinaria	1	nr	zamarreo	1	nr

Las formas activas más frecuentes son: salud (f=478), hacer (f=438), social (f=427), niño (f=378), trabajo (f=329), violencia (f=276), profesional (f=219), formación (f=217), intervención (f=211) familia (f=214), que dan referencia a los ejes centrales del contenido y entre las formas suplementarias destacan: tener (f=734), poder (f=400), nosotros (f=280), deber (f=100), que dan la connotación de acción y responsabilidades.

Se realizó la clasificación jerarquizada de manera descendente según el método descrito por Reinert (1983, 1986, 1991) definido por clases lexicales, donde cada una de ellas representa una temática y pueden ser descritas según el vocabulario que las

define” (Moreno, Ratinaud, 2015). Con el fin de identificar las clases de vocabulario existente en el texto. El parámetro utilizado en la clasificación fue de doble en RST (reagrupación de los segmentos de texto más próximos y realiza dos veces este análisis), cuyo resultado se presenta en la figura 6.8.

Figura 6.8 – Dendograma de clases corpus singular según método de Reinert.



Al analizar la significancia de cada una de estas clases, se obtuvo las siguientes relaciones estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). Para la clase 1 el discurso obtenido en el grupo focal de profesionales de enfermería. Para clase 2, los discursos de los grupos focales principalmente emitidos por trabajadores sociales, enfermeras, médicos y psicóloga. La clase 3 hace referencia a los programas de cursos. La clase 4 a los perfiles de egreso y programas, exceptuando el de Derecho. La clase 5, hace referencia principalmente a los programas de derecho, la clase 6 a los cursos y metodologías y la clase 7 a aspectos relativos a la presentación de los participantes de los grupos focales.

El análisis de especificidades y AFC, permitió realizar un análisis factorial cruzando formas activas que tuvieran una frecuencia de > 50 con las diferentes variables. En los resultados se obtuvo que según la distribución por cuadrantes existe estrecha relación entre los programas de cursos con sus respectivos perfiles de egreso. La

relación es mucho más estrecha en las Carreras de la Salud, junto a Psicología y Educación. Se muestra también que el perfil de egreso de Derecho se aleja en contenido en relación a los programas seleccionados.

Existe mayor nivel de proximidad de los vocabularios entre los discursos de los grupos focales. Escapan a esta tendencia, los discursos un trabajador social participante del grupo focal naranja y un abogado del grupo focal verde, que tienden a hablar de aspectos más variados respecto al resto de los participantes.

Al realizar el análisis de similitud, en las distintas comunidades puede comprenderse de mejor manera el contenido del corpus singular, en lo que destaca lo siguiente: trabajo aparece casi siempre acompañado de la forma social (nombre de una de las carreras incluidas en este estudio) también se acompaña de intersectorial, interdisciplinario el que está ligado a la unidad lexical equipo. La formación en pregrado con violencia y fortalezas y debilidades. Desarrollo con habilidades parentales, conocimientos. Conocimiento disciplinar con valores y reflexión ética. Salud se liga con enfermería, cuidados, signos, necesidad, protectores y problematizar. Finalmente la forma maltrato con infantil y salud con intervención, profesional y competencia. Además de estar ligado intervención con interdisciplina, temáticas a infancia, género, adolescencia y niño.

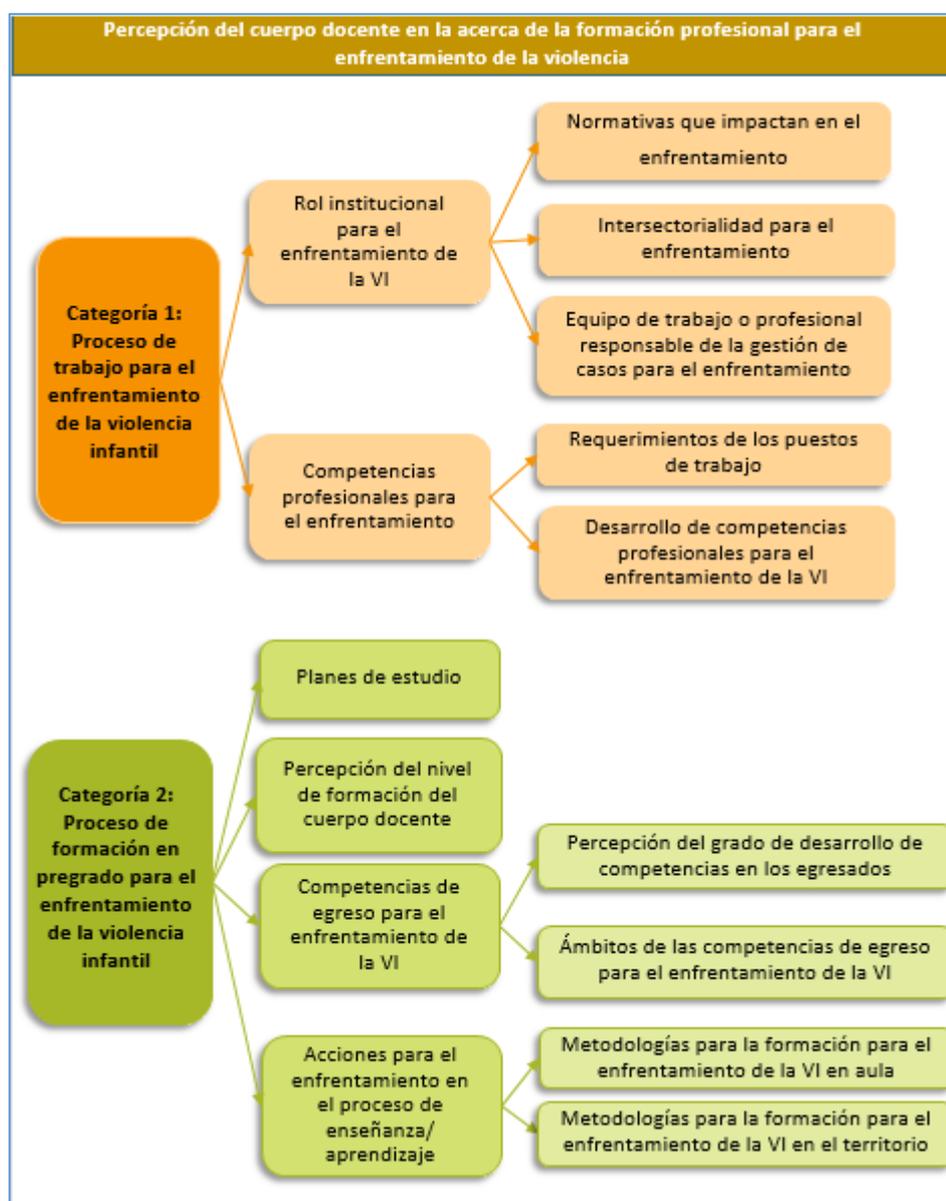
6.3.4. Percepción del cuerpo docente y alumnado sobre la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes

Por medio de la categorización temática realizada por la autora de esta investigación y revisada por dos investigadores más se identificaron dos grandes categorías que incorporaron las unidades de registro. De esta manera la percepción del cuerpo docente sobre la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra NNA se comprende desde: a) El proceso de trabajo para el enfrentamiento de la violencia infantil y b) el proceso de formación en pregrado, para el enfrentamiento de la violencia contra NNA.

En la figura 6.9 se muestra el árbol de categorías resultante del análisis.

La codificación de los participantes contiene tres partes, la primera letra corresponde al color que identifica al grupo focal en el cual participó: V (Verde), A (Azul), R (Rojo), N (Naranja) o a la letra E, por el grupo focal específicamente de enfermería. El segundo conjunto de letras corresponde a la variable profesión del participante: M (Médico), E (Enfermera), P (Psicóloga), TS(Trabajador Social), D (Derecho), MC (Miembro Comunidad), AE (Alumna de Enfermería) y el número final corresponde al número de participante de la misma profesión (1, 2 ... etc.).

Figura 6.9 – Árbol de categorías, categorización temática de la dimensión singular



Fuente: Elaboración propia

6.3.4.1. Categoría 1: Proceso de trabajo para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

a. Rol institucional para el enfrentamiento de la VNNA

En esta categoría se identifica la percepción de los participantes respecto a cómo las instituciones desempeñan un rol fundamental dentro de su gestión que sienta las bases respecto a la forma de enfrentamiento en el proceso de trabajo. Desde ésta mirada se mencionan tres subcategorías. En primer lugar aquellas relacionadas con las normativas institucionales, en segundo lugar el trabajo en red para el enfrentamiento de la violencia contra NNA y en tercer lugar la configuración del equipo de trabajo o profesional responsable de la gestión para el enfrentamiento de la violencia contra NNA.

i. Normativas institucionales que impactan en el enfrentamiento de la VNNA

Construyeron esta subcategoría 19 referencias pertenecientes a tres grupos focales. En ésta los participantes mencionan el impacto de ciertas normativas, tanto implícitas como explícitas, formales e informales, que impactan sobre el enfrentamiento de la violencia contra el NNA.

En primer lugar, existe una manifestación respecto al nivel de idoneidad del sistema para poder enfrentar la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Lo anterior da cuenta que va más allá del nivel de formación de los estudiantes, en lo que respecta en directrices de acompañamiento, apoyo al profesional y la obligatoriedad de la denuncia, quedando, específicamente en el sistema privado a la ética profesional (RP_1)(NE_2).

[...] Pero yo creo que el sistema no está muy adecuado para poder abordar estas situaciones, más allá de la formación de los estudiantes...(RP_1)

[...] El sistema asistencial es un sistema que no está preparado para que un profesional pueda poner en práctica todo su conocimiento y su expertís, porque se ven muy solos, por ejemplo acá en Chile si un profesional denuncia, y no tiene el apoyo institucional, porque generalmente en algunas partes se tiene el apoyo institucional, entonces es el hospital el que denuncia, o es el consultorio el que denuncia, pero hay otros sistemas en los cuales ese profesional no tiene un apoyo a la institución (RP_1).

[...] Lo que pasa acá en Chile... Legalmente, una persona que trabaja para el sistema público, está obligado a denunciar...En el sistema privado no están obligados a denunciar. Ahí solamente pesa la ética del profesional....(RP1)

[...] Hay un tema de miedo ahí, de involucrarse, muchas también por parte de dirección no quieren que vayamos a juzgados, que seamos testigos, entonces hay todo un tema de cómo enfrentar esa situación (NE_1).

También se menciona como limitante la ausencia de flujogramas o protocolos en las instituciones que manifieste los procedimientos a seguir, para el enfrentamiento que oriente el actuar de los profesionales (RE_2; EE_6)

[...] Pero cuando lo detectan... "mejor no detectar, porque qué hago, dónde lo derivo, cómo es esta seguidilla de cosas que tengo que hacer..." (RE_2)

Por otro lado, los participantes también mencionan el rol de las instituciones en el enfrentamiento de la violencia contra los NNA, en lo que respecta a la violencia institucional. Especificando la existencia de profesionales y técnicos que maltratan a los niños (EE9; EE_6), casos en los cuales la institución utiliza como justificativo para maltratar a los niños el el síndrome de *burn out* presente en los trabajadores (EE_6), junto además con el sistema de trabajo de planta, en el cual se requieren consecuencias visibles para que la institución haga algo respecto a la contratación del trabajador (EE_6). También se menciona cómo las normativas propias de las instituciones vulneran los derechos de la infancia sin tener evidencia al respecto (EE_7; EE_9) y se cuestiona el hecho de que hay instituciones que están haciendo cambios en pro del bienestar del niño, pero que sus prácticas no se replican (EE_9), sin embargo, en la mayoría de las instituciones existe una resistencia a generar cambios (EE_10), existiendo además la sensación de una gran dificultad de poder cambiar las creencias y cultura de los profesionales más antiguos (AM_2)

[...] Puede ser la misma institución puede ser maltratadora o las personas que trabajan en esta institución (EE_9).

[...] lo que he visto es que no se hacen cargo (las instituciones), justifican a los profesionales que generan maltrato o técnicos que generan maltrato, y le ponen que "ah no, lo que pasa es que tiene en burn out, entonces, como está en burn out tiene derecho a maltratar a los niños. (EE_9)

[...] es grave y lamentablemente, las instituciones lo opacan. Lo opacan porque "no tengo con quien reemplazarlo, qué más da si da lo mismo, este niño va a estar dos días hospitalizado, qué más da que sea ese TENS brusco si no lo va a ver en tres días más". Sí, pero ese TENS (Técnico de Enfermería de Nivel Superior) brusco, es brusco con los niños que tuvo durante el mes, durante el año... lamentablemente como nuestro sistema actual de planta no permite que tu eches a una persona a menos de que efectivamente haya un maltrato físico que este constatado. Pero si tú ves una TENS que muda al niño y le levanta los pies, la tira para al lado, que uno lo ha visto que no hay

una delicadeza, tú dices, pero "muéstrame... muéstrame! daño no hay". Entonces tú dices no, daño físico no tengo, como demostrártelo, pero tampoco está la... yo creo en esa enfermera que lo vio, en vez de decir yo te creo a ti, demuéstreme con elementos notorios, lo que yo siento que no hay (EE_9)

[...] para mí es un maltrato que no puede ser una visita seguirá las 24 horas del día y eso es una norma, porque alguien lo estableció, ...el hecho de que cuando tú les vas a hacer procedimientos tengan que salir los acompañantes porque es una "norma" eso un daño terrible. porque a lo mejor la punción dura un minuto y tu echas al papá o mamá 10-15 minutos, veinte minutos o le dices que vaya a darse una vuelta y vuelva, porque tiene que estar el niño solo, eso es un maltrato (EE_7)

[...] O sea solamente sumarme a la lactancia materna, hay hospitales hoy en día que no promueven la lactancia materna... sí, pero a las 12:00 hrs. se va (haciendo referencia de lo que se le dice a los papás)... ...o sáquese la leche. ...Donde de repente los papás bien lejitos (por indicación de los profesionales), y "no me lo toque (al niño) que se puede extubar". Haber perfectamente los papás puede tener todo el rato la mano del niño y a veces es mucho más colaborador, en niños efectivamente. O sea efectivamente, hay miles de estudios, cualitativos y cuantitativos, donde la presencia de los padres es efectiva. Entonces ahí yo creo que la norma de la visita, la norma de la lactancia a la larga es promover la buena calidad de vida de los niños. Es que no tengan juguetes, es que no pueden traer el tuto, es que no pueden traer esto, es que los pacientes que entran a pabellón. Uno de repente escucha cosas que se hacen en otros países y uno dice, no es que aquí en Chile, imposible, imposible que entren a pre operatorio... ...las infecciones intrahospitalarias yo creo que son el gran enemigo de los niños a nivel hospital, porque yo creo que nos hemos puesto tan normáticos y tan exigentes con las infecciones asociadas a la hospitalización, pero de repente hemos perdido el criterio.... Porque hablamos de la evidencia, pero no la aplicamos, no la ocupamos (EE_9)

[...] Hablamos siempre de maltrato, de violencia y de todo y yo creo que debemos empezar a hablar del sistema abusivo. Si uno habla del sistema abusivo, entra todo. En el sistema abusivo está el maltrato laboral, el maltrato verbal el bullying, el grooming y está todo. Entonces yo creo que incorporar desde las bases, que constituye un sistema abusivo en donde hay dominio de poder, o sea uno como enfermera como bien decías tú, que es la cabeza de la cosa y decir que mi unidad tiene que estar impecable, que nadie se me esté paseando por los pasillos. Entonces ahí uno no se percata que va provocando un abuso de poder porque va diciendo "está en Mi unidad", de partida que cuando uno dice mi enfermería, mi unidad ya estamos empoderándose de algo que no es de uno. Y además empoderándose del niño que está ahí, porque no es mi hijo, estoy haciéndome, yo es mío mientras él esté aquí, entonces no dejo entrar a la madre ni al padre, entonces yo creo que incorporar desde el punto de vista del sistema abusivo hace más amplia la mirada que hablar solamente de la violencia, porque en el sistema abusivo donde esta susceptible, el abusador y los terceros, que seríamos todos nosotros es mucho más englobado (EE_6).

[...] Son los equipos de enfermería encabezados por enfermeras, técnicos paramédicos, auxiliares quienes más han sido resistentes con el concepto de hospital amigo, quienes más han sido resistentes con que la mamá o el papá estén todo el rato con ellos, si no son los papás. Esta norma, no es una norma que exista... es cambiar la mirada de los estudiantes desde ahí. De que estén con los papás es bueno, de que visualicemos de que el maltrato no es solamente un maltrato infantil, el maltrato está a todo nivel, hay maltrato en familia, como hablaban hay maltrato en lactancia materna, que ahora nosotros lo hemos visto. (EE_10)

[...] El pregrado... a ver es como nuestra esperanza para un cambio futuro, porque la verdad es que es súper pretencioso pretender que uno va a cambiar a los colegas que ya llevan veinte o treinta años trabajando, uno se sensibilizará, pero yo creo que en el pregrado yo vi documentos del jefe de ginecología diciendo que estaban aburridos de recibir a estas tipas... a estas.... El termino mujeres, digámosle mujeres (AM_1) Borrachas, que llegan diciendo que las abusaron cuando no se acuerdan donde estuvieron, ni donde están paradas. No importa que haya estado curada pero como... es abuso... o sea una relación sexual cuando uno no está consiente es una violación aquí y en la quebrada del ají. Si se curó voluntariamente, si toma droga, eso no (AM_2)

Dentro de las fortalezas que pueden guiar el accionar desde el punto de vista institucional, se menciona la existencia de normativas a nivel estructural que sientan las bases implícitas de cómo actuar ante determinadas situaciones de violencia, como lo es la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes que puede orientar las acciones en pro del respeto por los derechos del niño.

[...] Cuando uno piensa en salud está todo el tema de los derechos y los deberes de los pacientes, ahí uno puede responder o puede integrar como es que uno aborda cuando uno hace una detección de abuso sexual, de maltrato infantil, bueno como es que se conjuga el tema de los derechos y los deberes de los pacientes (NTS_1)

ii. Intersectorialidad para el enfrentamiento de la VNNA

Esta subcategoría fue construida por ocho referencias extraídas desde dos grupos focales. En esta subcategoría los participantes expresan la importancia del trabajo intersectorial, para hacer frente a la violencia contra NNA. Además de referirse a las limitaciones del sistema respecto a la oportunidad de la atención (VD_1)

[...] El programa de ambulatorios, que dependen del Ministerio de Salud, que está en algunos hospitales públicos, pero con una posibilidad de atención de la demanda bien mala, o sea, niños que son derivados por los tribunales a programas de atención ambulatoria e incluso residencias del estado, incluso o sea, fueron sacados de sus casas, de su hogar los mandaron a un hogar y además los mandaron a programas de rehabilitación o de reparación y tienen que esperar tres meses, cuatro meses para ser atendidos por primera vez, entonces la capacidad que tiene el estado a través de esos programas es casi ineficaz digamos (VD_1)

Desde el área de salud, se releva cómo han cambiado las responsabilidades de algunos sectores, en este sentido se evidencian algunos casos en que se están generando vínculos, pero se cuestiona que aún hay vínculos necesarios que no se han creado y se plantea en relación a lo anterior, que los problemas de violencia deben ser acompañados por el intersector. (EE_10). Es necesario que el profesional genere estos vínculos y que se revelen las potenciales redes existentes en los centros. Debe

existir un nexo que conecte el equipo profesional de salud con otras instituciones, como por ejemplo el colegio, viéndose favorecidos los colegios que tienen profesionales de enfermería (EE_6)

[...] Recuerden que antiguamente salud escolar estaba anclada a la meta de educación y de hace un par de años a la fecha, la idea es incorporar la salud principalmente...el tema está en la vinculación operativa, de qué modo vamos un poco a acercarnos y de qué modo nos empezamos a fusionar con otras áreas...

[...] la mayoría del contexto de salud escolar están vinculados con atención primaria, no hay una oferta de salud mental que sea cómo muy... muy apropiada...o sea tratar de generar estos vínculos y esta estructura, y si ustedes lo miraran de verdad estructuralmente no existe. No está en el flujograma, o sea que pasa si tenemos un niño y percibimos que el niño sufre algún grado de violencia o tiene algún tipo trastorno del ánimo o cualquier otro tema, es bien complejo manejarlo. Lo pesquisaría un profesor dentro de una percepción, con que instrumento lo vamos a aplicar para poder evaluar si esa percepción es realmente correcta y ese instrumento quien lo va aplicar al profesor, o la enfermera del centro de salud o si el kinesiólogo, me entiendes, se empiezan a mirar de adonde nos agarramos... cual es el flujograma ...no existe, porque no ha habido esa vinculación (EE_10).

[...] pero no existe un nexo que conecte el equipo profesional del colegio con el equipo de profesionales del consultorio. Porque es muy puntual como bien tú dices la cosa. Entonces quienes se ven favorecidos, los colegios que tienen enfermera, y que bueno... algunos colegios, por ejemplo, en la comuna de providencia tienen enfermera en todos sus colegios municipalizados... (EE_6)

[...] Que no se si les ha pasado, casi siempre uno lo ve con los alumnos es ya de qué modo trabajamos la violencia y al final tienes como tres actividades y no se visualiza esta vinculación con la violencia que tiene que ser por un rato que tiene que ser acompañada del intersector, que tiene que ser acompañada del centro de salud con la familia (EE_10)

[...] por quien uno de verdad no sabe cuáles son las potenciales redes que vamos a tener en los centros, así que es que claro, uno de los temas fundamentales es tratar de conocer, de qué manera nosotros somos uno de los participantes dentro de este modelo (EE_10)

iii. Equipo de trabajo o profesional responsable de la gestión de casos para el enfrentamiento de VNNA.

Enmarcado dentro del rol institucional, surge esta subcategoría referente al equipo de trabajo o equipo profesional responsable de la gestión para el enfrentamiento de la violencia contra NNA. Ésta es referenciada 10 veces en 3 grupos focales.

En primer lugar, la responsabilidad del enfrentamiento de la violencia dentro del equipo de trabajo recae en el trabajador social (NTS_3; NTS_1; EE_6) y en los trabajadores del área de salud mental (VD_1). Las razones que se manifiestan para esta asignación específicamente en lo referente a los procesos de de denuncias de

situaciones de violencia y el tiempo destinados a estos procesos, manifiestan que es mejor que sea este profesional, antes del profesional médico, por la pérdida de horas de atención de pacientes (NTS_1).

[...] Siempre como que le tiran como dices tú el tema al trabajador social, como que el trabajador social aparte de que tiene la varita mágica (risas), no es así, ahora nos estamos dando cuenta que no es así, entonces ¿uno que es lo que hace? uno lo hace de corazón, eso porque éticamente es lo correcto también, pero tampoco uno puede dejar ese vacío (NTS_3).

[...] Dentro de los obstáculos está el que a veces percibe que la atención o el enfrentar una situación de violencia contra niños, el abordaje de la problemática no le pertenece al derecho, sino que le parece a profesionales de otras áreas, quizás trabajo social, quizás psicología, un psicólogo, un psiquiatra, y que no es algo de lo que nosotros nos veamos más cercanos es verdad, nosotros no vamos a reparar, no vamos a premeditar (VD_1).

[...] Porque los protocolos en los servicios de salud o en atención primaria, en los distintos niveles en salud son súper específicos. Es todo un tema como de medicina legal que tanto para los profesionales de salud como para la educación, son claros con respecto a quien debe dar a conocer o quien debe denunciar...O sea, cuando un médico de hecho, pasa muchas cosas en los servicios de salud. Cuando un médico conoce y los directores ven que ese médico que hizo la denuncia va a ser llamado como testigo en una causa penal o lo que sea el director dice la cantidad de horas asistenciales que perderé de este médico por tenerlo en tribunales sabes que pásaselo a la asistente social.(NTS_1)

Surge en el relato, además, la presencia de modelos internacionales, en que existe un equipo que se encarga de estos casos, como estrategia a replicar (RP_1). De esta manera, considerando la propuestas de estos modelos, existiría un acompañamiento del profesional que identifica el caso.

[...] Porque por lo menos lo que yo he visto en otras partes, en otras realidades, otros países, tienen un equipo que se encarga de temas de violencia en consultorios... Entonces el profesional no está sólo asumiendo la responsabilidad tanto de detectar como de derivar, etc., que eso hay, hay donde derivar, los canales son bastante conocidos, o sea, se puede hacer, no es difícil...(RP_1)

[...] el hospital que yo trabajaba en Estados Unidos, tenían un...equipo que le llamaban *Child Protection Team*... Entonces este equipo estaba formado por el director de pediatría, por enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos... etc. Entonces cada vez que se detectaba un caso de violencia en el box, la enfermera, doctora, quien sea que estaba ahí, llamaba al *Child Protection Team*. y entonces alguien de ese grupo, que estaba disponible en el hospital, llegaba a la consulta....Entonces el profesional a sí mismo no es el que se asume toda la carga asociada a definir qué hacer, sino que es un equipo que lo respalda que dice "hagamos esto" (RP_1)

Asimismo, de esta manera se releva también la importancia del apoyo entre los trabajadores y de la misma institución, para así lograr un mejor abordaje tanto para quien es víctima de violencia, como para el profesional que asume, puesto que termina

siendo un trabajo solitario, que requiere de apoyo emocional (RP_1, AM_2). Además se menciona que en términos de responsabilidades, es el equipo el que debe hacerse responsable, porque debería haber siempre un equipo presente, asegurando de esta manera que el profesional no este solo. También se deben reconocer las propias limitaciones y pedir el apoyo de personal más calificado (RP_1; EE_6).

[...] las personas que trabajamos en violencia necesitamos mucho apoyo adicional para procesar personalmente lo que sucede al estar en contacto con la violencia de manera permanente (RP_1).

[...] igual se me haría difícil aceptar a un padre que maltrata al hijo pero bueno, hay que ver que hay detrás de esto (NAE_3).

[...] O sea que alguien “¿cómo puedes meterte en esto?” “pero que terrible” “¿cómo vas a vivir con esto” o sea fue así como que, pero todo el mundo “ah que rico ya no, ya no me van a llamar a mí”. Porque esto era como llamar para cualquier situación. Y eso demuestra, y estoy hablando de médicos ya formados con años de experiencia o con especialidades, médicos de la urgencia pediátrica que lo ven todos... (Corrige) o sea a todo el mundo este tema le implica un tema emocional, hay temas también, porque nosotros por ejemplo también teníamos que mostrar un certificado de antecedentes, no había que tener ningún problema legal ni de problemas familiares ni juicios familiares, ni peleando con la señora, nada de eso, para poder ser perito para acreditar que uno es éticamente correcto para declarar en un juicio y todo ese tipo de cosas entonces yo ahí me di cuenta claro, la mayoría lo evita (AM_2)

[...] Ese (refiriéndose a la pesquisa) es un problema de todos, es problema del traumatólogo, es problema del ginecólogo y del médico general. O sea no es problema del médico familiar o del que hace la pesquisa (AM_1).

[...] Nosotros como médicos familiares no nos hemos querido hacer cargo, de manera... No hemos querido adueñarnos del tema, y no lo hemos querido hacer de manera bien intencional, porque sentimos que este no es un problema nuestro, es un problema de todos. Y mientras lo conviertes en un problema propio, deja de ser del resto (AM_1)

[...] Y lo otro que es tremendamente valioso y que uno debería salir con esa formación, es que yo no soy la que tengo la última palabra, que yo mi... limitación legal, que mi estructura debe llegar hasta aquí y que debo utilizar los recursos de otros que están preparados mejor que yo para hacer eso.... También tiene que haber cómo, yo diría, la humildad de saber pedir ayuda, porque, por ejemplo, puntualmente para nosotros llegar a un colegio, es llegar a algo que no es mi territorio. Entonces mi metro cuadrado es la enfermería, pero cuando yo llego ahí no puedo estar aislada puro viendo al que llega, tengo que ver bien más allá (EE_6)

b. Competencias profesionales/laborales para el enfrentamiento de la VNNA

i. Requerimientos de los puestos de trabajo.

Esta subcategoría se construye en base a lo referido por los participantes respecto a las necesidades presentes en la población que justifican el mercado laboral de dichas profesiones.

En primer lugar en el área de enfermería, se pone de manifiesto la posibilidad de ver la vulneración de los derechos del niño, durante el ejercicio de la profesión, específicamente en casos de violencia (EE_11; EE_7; EE_6). Entre las actividades donde se puede ver, se menciona el trabajo de supervisión de salud del niño y adolescente. En este contexto se trabaja por medio de la aplicación del modelo de salud familiar y comunitario en distintos sectores (NE_1; NE_3; NE_11). Se menciona además en el área de la atención hospitalaria, el abandono de los hijos por parte de los padres, ante diagnósticos complejos en los niños o niñas (EE_9).

[...] En eso me dedico (refiriéndose a atención primaria en salud). Y en esa área específica uno tiene la oportunidad de ver la vulneración de los derechos de los niños y de las mujeres y trabajar a partir del modelo de salud familiar y comunitaria. Eso en relación como profesional (NE_1)...

[...] Nosotras como enfermeras estamos a cargo de todo el control a lo largo del ciclo vital y yo me di cuenta ahí que no sabía notar signos de violencia ya sea física o psicológica. Y para mí fue súper angustiante porque me di cuenta cuando estaba en una población súper vulnerable (NE_1)

En el contexto escolar, específicamente, se hace referencia a la importancia de hacer frente a la violencia física, identificando precozmente las lesiones, realizando el registro correcto para que pueda ser utilizado en el peritaje judicial. Además, se debe enfrentar situaciones de discriminación, abuso sexual, violencia de pareja durante el pololeo y autoagresión, como consecuencia del abuso. Los puestos de trabajo exigen el manejo de la Ley de convivencia escolar, ya que los profesionales tienen la obligatoriedad de hacer la denuncia (EE6).

[...] en mi experiencia en el trabajo escolar uno ve una violencia en distintos ámbitos y la violencia física yo diría es el grado extremo, pero hay una violencia verbal, hay una violencia de manifestación frente al otro y hay una violencia que está indicada por la discriminación (EE_6).

[...]... cómo realizar los registros de esas lesiones para que tengan un sentido válido frente a un peritaje judicial, entonces son varias aristas que cuando uno

se ve enfrentada a la situación muchas veces no sabe cómo hacerlo y en general las enfermeras de colegio somos el apoyo técnico que tiene el director (EE_6).

En el contexto hospitalario, el enfrentamiento por su parte, va dirigido a casos de abandono de los niños (EE_9). Además en el contexto hospitalario, los puestos de trabajo requieren de una revisión de las normas, argumentando por medio de la evidencia cambios que favorezcan el buentrato en los niños (EE_7; EE_9)

En algunos casos en particular de niños en especial que más que maltrato lo que nosotros vimos en el caso particular en onco (oncología), vimos más bien... como se llama negligencia en el sentido de abandono (EE_9)

Se manifiesta además, que en los programas de intervención de la violencia, se requieren niveles de especialización mayor al que se obtiene en el pregrado (NTS_1). Y los puestos de trabajo requieren que los profesionales manejen los protocolos existentes (NTS_1) y que estén vinculados con las personas (NTS_2)

[...] la oferta de programas de intervención en donde uno se introduce a hacer trabajo directo con niños que ya están en situación de vulneración requieren de un nivel de especialización (NTS_1)

[...] O sea, están los protocolos. Entonces cuando uno dice bueno yo los conozco o yo estoy obligada a conocerlos porque en el consultorio me vio de repente alguien dijo por ahí oye pero si hay toma aquí está el libro, y tal vez parte de las incorporaciones importantes en la formación es conocer estos cuerpos (NTS_1)

[...] Y nosotros también nos morimos del susto pero como al final tenemos más contacto con la gente, y al final somos los que estamos metidos con los problemas ya lo manejamos. Pero en el fondo sabemos que a todos nos da mucho susto el tema porque es un tema muy delicado porque implica sufrimiento, porque implica aproximarse a gente que está pasando pésimo y también implica pasarlo mal uno (ríe). (NTS_2)

[...] Porque también los trabajadores sociales están insertos en ese tipo de situaciones constantes, aunque los otros profesionales creen que no. Pero... es que es loco eso, porque yo creo que hay otros campos de profesión que le dan más énfasis a la técnica, eh, pero dejan de lado algo que a lo que se van a enfrentar sí o sí, que es la violencia y las dificultades de los seres humanos (RP_1)

ii. Desarrollo de competencias profesionales para el enfrentamiento de la VNNA.

En esta subcategoría, se devela cómo ha sido el desarrollo de competencias laborales para el enfrentamiento de la VNNA en el trabajo.

La motivación para la formación en el tema se presenta como uno de los componentes más importantes en el desarrollo de competencias profesionales (NE_1). Los participantes refieren en gran parte que el proceso de desarrollo de competencias ha

sido gatillado por medio de la auto instrucción (NE_1). Y que la formación se adquiere con cursos de especialización, no en la formación de pregrado (NTS_1, RE_4, VTS_1)

[...] la verdad es que ha sido solo con instruirme desde la experiencia pero así formalmente no, pero es un área que si es importante estudiar y saber porque enfrentarla desde el corazón y la guata no sirve, eso no es una intervención. Así que cuando vi el foro me intereso y por eso estoy acá. (NE_1)

O sea, y que en la formación uno lo adquiere con cursos de especialización, en diplomados de abuso sexual infantil, en diplomados de intervención ya sea con hombres que ejercen violencia, o en el caso de violencia de género, uno entra a conocer esa práctica e implementarla no desde el pregrado (NTS_1)

[...] pero también ser como conscientes de la necesidad de mantenerse en el fondo actualizándose, estudiando, profundizando, porque obviamente sólo con el pregrado no nos podemos quedar, y obviamente no es suficiente (RE_4)

[...]También tiene que tener ciertas horas de diplomados/postítulos (refiriéndose a los profesionales que trabajan en el centro de atención a víctimas). (VTS_1)

Se logran identificar el desarrollo de competencias vinculadas al trabajo interdisciplinario, donde se recalca que todos los miembros del equipo deben ser partícipes (NE_1) (NTS_1) Estas competencias interdisciplinarias, se van logrando con la práctica (NTS_1)

[...] Ese proceso en el que además estamos como súper vinculados los asistentes sociales, la dupla psicosocial, generalmente como que se le asigna a la trabajadora social esa tarea, como el articulador con el sistema judicial. Es algo que te lo da la práctica y estar en los contexto de trabajo de ese nivel de complejidad. (NTS_1)

[...]en esto somos todos responsables, o sea no podemos desligar de la tarea "no, es de la trabajadora social y yo me quedo de brazos cruzados (NE_1)

[...] Hay, que bueno, entonces es parte como del abordaje pero también otros profesionales. Los kinesiólogos, a veces están así como que no saben qué hacer y que obviamente los temas de familia para los kinesiólogos (NTS_1).

[...] Nosotros particularmente, o sea también hay gente que está especializada en trabajar en duplas psicosociales, por ejemplo, para que las familias sean capaces de reconocer, o sea lo primero para poder cambiar una situación transgeneracional es que tú puedas dar cuenta que existe, entonces, cuando tú por ejemplo trabajas el genograma y miras... chuta!! Mi abuelo era alcohólico, mi padre era alcohólico, yo soy alcohólico, mi hijo es drogadicto. Como que aquí tengo una foto y las personas en lo primero en que uno ayuda es a darse cuenta de que están viviendo una situación así y por cierto esto no se puede trabajar solo, por su puesto esto no se puede trabajar solo, no trabajamos solos lo transgeneracional, hay que tener psicólogo que se yo, lo primero para cuando tú quieres cortar un patrón relacional que viene de generación en generación es que seamos capaces de darnos cuenta (VTS_1).

En el discurso de los profesionales, se visualiza la baja preparación o percepción de baja preparación en el tema y la necesidad de apoyo de alguien capacitado. Sobresale, además, una percepción de poco desarrollo de competencias laborales (RP_1; VM_1; VD_1).

[...] Haber lo que pasa es que, yo estoy en una situación esp... yo me forme como perito sexológico forense para la atención de las unidades clínicas hospitalarias que van a estar puestas en los hospitales para evitar la victimización secundaria de que los niños tengan que ir médico legal. Yo lo hice fuera de Santiago por cosas de la vida me vine para acá y eso acá todavía está como más en pañales porque existe el médico legal, pero en el fondo cuando todo el mundo supo que yo estaba acreditada con esto y todo fue "ah que bueno" (con expresión de alivio) (AM_2)

[...] No estoy hablando de una intervención terapéutica que no hay formación para los trabajadores sociales, desde lo terapéutico (ATS_2).

[...] Bueno, y que la regulación de leyes sea adecuada, que haya un sustento en términos de estructura. Pero yo creo que el trabajo de la persona profesional tal vez está en déficit (RP_1).

[...] entonces no he visto hasta ahora nadie que trabaje, la post traumática, aparte por lo psiquiatras infantiles, ya los profesores de básica no sabe cómo se trata este tema, los pediatras no saben cómo se trata, los únicos expertos (VM_1).

[...] Y junto con que nos enseñan a trabajar en equipo con otros profesionales salvo que sea un contador en temas tributarios, o ingeniero comercial en temas corporativos, en estos temas en que está muy presente el ser humano ahí desnudo, no tenemos ninguna preparación profesional para ello (VD_1) .

[...] Son dos categorías que son un poco más capaces de abrir la mente los médicos familiares y los paleativistas son los únicos médicos (VM_1). ¿Y los pediatras? VTS_MOD). Que yo sepa no (VM_1)...Pero ellos deberían, los pediatras debieran saber porque ellos detectan si hubo abuso no hubo abuso, al llevarlo al colegio, al consultorio, debieran estar (interrumpe 3) (VTS_MOD)

Contrario a lo anterior, sobresalen algunas especialidades que tienen mayor formación en el tema, tal como los médicos familiares (VE_2) y algunos psiquiatras infantiles (VM_1).

[...] Si, si tienen medicina familiar. No acá está medicina familiar, si está medicina familiar, y hay médicos familiares del niño y del adulto que trabajan en el CESFAM y trabajan aquí en San Joaquín también. Y yo creo que probablemente en la especialidad tienen más formación y en general los médicos familiares, yo trabaje mucho con médicos familiares (VE_2).

[...] Yo creo que ellos deben tener más herramientas cuando es como, hay abuso venga a ver, o sea, yo creo que ellos deben tener las herramientas para decir, si – no (VE_2).

[...] En San Joaquín (Centro de salud privado UC) era sospecha y se llamaba de inmediato y se hacía la denuncia, por lo menos donde yo trabajaba, entonces en ese sentido si, entonces yo como enfermera si veía cualquier situación era ir a los profesionales de medicina en el fondo y ahí si este trabajo

más interdisciplinario funciona, pero en un contexto privado y súper protegido, no sé si eso se ve se aplica (VE_2).

También se visualiza que las competencias profesionales deben ir también en búsqueda de modificar el entorno en pro del enfrentamiento de la violencia

[...] entonces nosotras también tenemos que entregar información en el ambiente donde nosotros también podemos transformar esas normas, cierto? y dependiendo de la argumentación que tengamos, hacer unas normas más acordes a lo que sea el bienestar de los pacientes, está archí comprobado, que el acompañamiento de un ser importante para las personas, niños y adultos también, disminuye los días de hospitalización, ayuda a una mejoría, ¿cierto? Y las personas, los niños tienen derecho a estar con alguien significativo, ¿ya? (EE_7)

6.3.4.2. Categoría 2: Proceso de formación en pregrado para el enfrentamiento de la violencia contra NNA

Planes de estudio - Oportunidades y falta de oportunidades curriculares

En el proceso de formación para el enfrentamiento de la violencia, existen oportunidades y faltas de oportunidades curriculares. Dentro de las oportunidades curriculares los participantes mencionan: La presencia de optativos de profundización relacionados al tema de la violencia (NAE_1; NTS_2; VTS_1)

[...] En términos de formación no tengo formación tan especializada en maltrato en el pregrado creo que uno de los mejores cursos que tomé fue el de violencia intrafamiliar que era un optativo de profundización que no se si está ahora. Creo que ya no está (NTS_2).

[...] Está presente en muchos momentos en la malla, sin embargo, solamente si los estudiantes toman optativos de profundización que los mostraba ella (Presentación de profesora de la carrera de Trabajo Social previo al foro) tienen acceso a información más específica con respecto a maltrato infantil. En términos de cómo intervenir y cuales serían como las conceptualizaciones, las alarmas, consecuencias y como todo el fenómeno (NTS_2)

Presencia de cursos mínimos que están estrechamente vinculados a la salud infantil, familiar y comunitaria, áreas en la cual, por medio de la aplicación de modelos, se tiene la potencialidad de ejecutar acciones de enfrentamiento de la violencia contra NNA (NE_1; NAE_1; NAE_4; RE_2).

[...] La verdad todavía no me decido bien a qué área irme, porque uno puede escoger muchas áreas del desempeño profesional y una de las cosas que me interesa igual es el área de salud mental entonces me llamaba la atención de usted que igual se pueden conectar muchas cosas con la salud mental, yo cuando voy a prácticas veo que en todo el ciclo vital entonces es súper importante para promoción y prevención (NAE_4)

[...] Si. Y también encuentro que nuestra malla está súper, cada vez se ha ido enfocando más en la parte familiar entonces eso también nos da herramientas para intervenir no solo como en la persona que está sufriendo el maltrato sino también a nivel de comunidad que es una herramienta súper positiva que tenemos desde enfermería (NAE_1)

[...] Otra fortaleza que yo veo en el currículo nuestro, son los cursos de comunidad, Comunidad 1 y Comunidad 2. El curso de Comunidad 1 tiene el fuerte en la unidad de familia, y en esa unidad de familia se trabaja con... distintos tipos de familias, y esas familias, muchas de ellas con niños, y ahí tienen una unidad que tiene tanto contenido como también práctico de habilidades parentales. (RE_2)

Junto con esto, la formación ética, en que los participantes mencionan que es una fortaleza para abordar el tema (NAE_1)

[...] Yo creo que por lo menos en enfermería una fortaleza en abordar este tema es nuestra formación ética... entonces nosotros por lo menos a mí me paso que uno a veces tiene tan en la cabeza inserto el tema de proteger a la persona, que uno se da cuenta que estas prácticas no están bien. Entonces aunque no tenga las capacidades, el conocimiento técnico pero si desde una formación ética uno dice no, esto no lo permito, o que esto lo haga otra persona. Porque yo creo que es la base para trabajar en este tema (NAE_1).

[...] Bueno tratándolo de ver en positivo también el aporte que más hacemos es que inculcamos en los alumnos que el niño es un sujeto de derecho y que hay que tratarlo como tal en el contexto que sea, entonces eso si los alumnos lo tiene súper arraigado, yo creo que falta específicamente algo formal, (VE_2)

Dentro de las oportunidades curriculares hablan también de los cursos mínimos obligatorios, de ayuda interpersonal presente en la malla de enfermería (NAE_3; RE_3)

[...] Si, proceso de ayuda interpersonal, nos enseñan ciertas movildades para relacionarnos con otros y no se pos, esto de la aceptación incondicional, ya todo esto aunque a mí igual se me haría difícil aceptar a un padre que maltrata al hijo pero bueno, hay que ver que hay detrás de esto. Hay que ir al fondo del asunto. Creo que si es un curso que nos da ciertas herramientas.(NAE_3)

[...] Yo creo que más centrado en lo que es maltrato, por lo menos la escuela tiene un curso que se llama "proceso de ayuda interpersonal", donde se trabaja el desarrollo de habilidades blandas, de cómo acompañar en los proceso que significan situaciones psicológicamente, no sé si graves, pero que tengan un componente doloroso. Entonces en ese sentido los estudiantes manejan esas habilidades, pero no son apuntadas a lo que es maltrato, sino que a situaciones que tengan alguna dificultad desde lo afectivo. Y eso en realidad es súper amplio (RE_3)

[...] Yo creo que en enfermería hay harto desarrollo de habilidades interpersonales, o sea hay cursos bien enfocados a eso en particular, si bien no están enfocados al maltrato en sí, están enfocados a cómo abordar a una persona en situación casi en crisis, a como eso te afecta a ti, en el fondo en el currículo si eso está integrado y si creo que eso es fundamental a la hora de. Entonces, no solamente es el maltrato cierto, sino que estamos frente a la persona, la muerte, entonces dentro de esa situación esto es un poco en forma transversal esto, sobre todo en lo que es salud mental y psiquiatría y el PAI que es el proceso de ayuda interpersonal, que ahí también los alumnos

se miran así mismos en el fondo, como se plantean frente al otro y yo creo que eso es una de las fortalezas que tenemos acá.(VE_2)

Dentro de las oportunidades curriculares en el ámbito de enfermería se menciona el contenido relacionado con buen trato presente en el curso de Cuidados de enfermería en la infancia y adolescencia (NAE_2;NAE_1; NAE_3 (contrad)

[...] Estoy actualmente en el tramo del niño, también como comentaba acá NAE_1 sólo tenemos el plan del niño y es lo único, se habla de violencia (NAE_2)

[...] Experiencia no he tenido muchas pero si hice el curso de niños que está dentro de la malla el ramo que vemos y las clases que vemos de maltrato infantil y bueno tome un OPR de elección de parejas en el cual se habló de la violencia entre la pareja lo que igual puede influir en un futuro en la violencia infantil.(NAE_1)

[...] Yo creo que por ejemplo en el tema de las practicas que hemos tenido y vemos situaciones así creo que ahí se da la oportunidad por ejemplo de trabajarla con la misma profesora guía y ahí interiorizarse más pero porque está ahí, entonces en ese caso cuando se da la oportunidad es una fortaleza porque la instancia de obliga a éticamente a averiguar, a saber qué hacer, a leer los protocolos, pero es una fortaleza solo para los que tienen la oportunidad. No a todos les va a tocar los mismos casos, no todos vamos a tener las mismas prácticas.(NAE_2)

[...] Yo creo que tienen hartoo contenido... Yo discrepo un poco de la presentación de Relatora, porque hay más contenido. Eh, no en el pregrado, pero en el post grado hay contenido también de violencia en el post título, también hay contenido de violencia, pensando en toda la gama de formación (RE_2).

[...] Nosotros no promovemos de forma explícita el buen trato pero si promovemos muchas prácticas que fomentan el vínculo, que fomentan el respeto hacia el niño, tal vez no esta tan explícito pero, por ejemplo, yo lo veo desde el punto de vista de la lactancia, desde el apego, nosotros si le damos mucho énfasis a eso a los alumnos (VE_2)

Por el contrario también se menciona que no están presente los contenidos en el currículo (AE_1) y que los contenidos de buen trato son deficientes (RE_2)

[...] La clase que tenemos (en enfermería) está enfocada solo en buen trato, pero no está enfocada en que hacer frente a esa situación, entonces uno ve la diferencia y un poco envidia la malla que tienen desde trabajo social como se ha enfocado en esa área y que en enfermería ni siquiera tenemos la opción de tomar algún curso que nos lleve a profundizar más en este tema. Y lo otro que estoy de acuerdo con la NAE1 que decía que nosotros al final si estamos expuestos a instancias de vulnerabilidad de los niños pero no se ha fomentado desde la parte práctica y de conocimiento como aprovechar esa instancia. Porque por ejemplo si vemos, fuimos al SENAME, tuvimos la instancia de estar ahí pero lo vemos como parte del ciclo vital y no lo vimos como una instancia que nos pudiera enriquecer en cuanto a esto “.(NAE_3)

[...] “No está en el currículo no se lo enseñamos, así que, quien lo pudiese aprender lo aprendió por interés propio, porque ha escuchado o le toco algo en el campo clínico que lo motivo y lo llevo a estudiar algo más allá... (AE_1)

[...] Hace falta, hace falta en la práctica tener herramientas concretas de qué hacer, y la herramienta que yo siento que más falta es de promoción del buen trato. Quizás hay dónde detectar, quizás hay algunos mecanismos donde trasladar o transferir a esas familias, pero cómo promocionamos el buen trato, no hay... Hay más de una perspectiva de tratar el problema, más que de promover el buen trato...Y de promoción, porque la prevención ya también siento que es muy tarde, una visión de promoción, eso es lo que yo veo desde donde yo estoy. (RE_2)

En la Escuela de Medicina mencionan que ocurre algo similar a enfermería respecto a las pocas horas de formación presentes en el currículo sobre el tema:

[...] Tenemos durante los siete años que son siete años de formación, en el currículo antiguo y el currículo actual que son 6 años, llevamos 1 año en esto. En estos 6 o 7 años tenemos 3 clases teóricas donde se tocan aspectos sobre violencia al interior de la familia, maltrato infantil y abuso sexual. Una... Entre las tres clases suman 2 horas 45...Cuando hacen el curso de psiquiatría. El otro es en el curso de quinto año de pediatría, que se hace desde el drama del maltrato y que esto se podría ver en la urgencia. Pero que lo ven otros, no ellos. Y el siguiente es de cuarenta y cinco minutos en el curso de medicina legal, ya, que se trabaja más desde la línea de bueno, esto hay que hacer peritaje, lo que van a ver en las lesiones es... pero no lo van a hacer ustedes. Y en el internado, en los dos años de internado aparece como contenido, como declaración de contenido en los programas de tres internados, pero ninguno se toca, en ninguno se trabaja en actividades específicas, no aparecen en las evaluaciones. Así que queda a criterio del estudiante. (AM_1)

Por otra parte, en la Escuela de Trabajo Social destacan como una fortaleza que el contenido está presente en muchos momentos de la malla, lo que permite sensibilizar a los estudiantes (NTS_2) y también tienen cursos optativos que lo abordan (RS_1)

[...] Los cursos que yo hago son electivos, así que no están dentro de la carga obligatoria, pero la mayoría lo toma. Eh, y bueno, en los otros ramos igualmente lo distribuyen, como parte de su contenido, también no solamente enfocado en eso, pero sí como parte del contenido.(RS_1).

[...] Tiene formación tanto en términos teóricos de violencia, eh, bueno, y derechos humanos de base. Tiene formación sobre la práctica también, porque todos los chiquillos van a prácticas donde claramente van a enfrentarse a violencia, y por tanto ahí tienen acompañamiento, y también hay una formación desde la política, y desde la implementación de las políticas también. Así que no, desde término curriculares, es un currículo bastante... bueno, y dirigido, porque también los trabajadores sociales están insertos en ese tipo de situaciones constantes, aunque los otros profesionales creen que no. (RS_1)

A su vez, se menciona como una oportunidad los lugares en los que se pueden desarrollar las prácticas, en los que puede verse la vulneración de derechos y se cuestiona sin embargo, que no todos tienen la oportunidad de hacerlo (NAE_3; NAE_2; NTS_2; NTS_1; VTS_1; EE3). En Trabajo Social específicamente se trabaja

con varios centros de práctica relacionados con el tema y los estudiantes pueden pedir estos centros para hacer su práctica si hay interés (NTS_2; RS_1)

[...] Como contaron mis compañeras poca formación de pregrado y ahora lo podemos evidenciar en comparación a lo que hace trabajo social. Experiencia poca también, pero uno si puede ver mucho en las practicas el tema de violencia infantil. De hecho yo tuve la oportunidad de ir al SENAME que fue una experiencia también enriquecedora en ese sentido y que motiva a seguir construyendo una política que beneficia a los niños más vulnerables (NAE_3).

[...] A no ser que te toque o que tu escojas en tu práctica profesional irte por esa área...Entonces ellos aprenden en su práctica profesional cosas que no aprendieron en la formación teórica, podríamos decir, conceptual (NTS_2).

[...] Nosotros si bien tenemos algunas de estas cosas se las cobramos siempre a las practicas, nosotros tenemos cuatro prácticas, dos en tercer año y las dos últimas en los dos últimos semestres, y en realidad esas prácticas son súper potentes, súper exigentes, se les exige mucho! y nos dimos cuenta de que están sobrecargadas, porque todo lo que es trabajo en equipo interdisciplinariedad, autocuidado, esta capacidad de mirarse a sí mismo deberíamos nosotros de tener en otro tipo de curso, yo creo que esa es como una (debilidad que nosotros ahora la hemos detectado con bastante claridad VTS_1)

[...] Muchas veces pasa en estas prácticas clínicas que vamos a los campos clínicos y en el fondo vemos situaciones de maltrato pero que quedan finalmente, como decía EE6, como un caso clínico y si te toca lo abordaste y si no, no (EE_3).

En el caso específicamente de Derecho, se menciona que los cursos que contienen contenidos transversales a la carrera y que se relacionan con el tema son: Fundamentos Filosóficos del Derecho, Derecho Penal, Derecho Constitucional. En relación al ámbito práctico y específicamente a la formación de violencia, esto dependerá también de la práctica que elija el estudiante (VD_1).

[...] Tampoco son altas las probabilidades que se tope un alumno con un caso de violencia, porque hay muchas practicas distintas hay diferentes especializaciones también, en el tema de la clínica jurídica, entonces algunos, los que toman familia, los que toman derecho penal, van a probablemente recibir una causa como esta, y ahí se les va a preparar para el caso concreto (VD_1).

Otorgamiento de espacios para la formación en VNNA

Los participantes mencionan la potencialidad de poder hacer intervenciones en sus experiencias clínicas, pero requieren de ciertas facilidades para poder elaborar una intervención.

[...] enfrentarlo en la práctica porque por ejemplo vamos como dijo mi compañera al SENAME, hacemos prácticas en el Sótero con niños, y vemos un letrado que dice "caso social". Y a veces ni siquiera podemos acceder a las fichas, nada entonces es como que un niño que no se puede tomar o podemos hacer la valoración física pero no sabemos la historia que hay detrás, como que eso igual limita nuestra intervención (NAE_1).

También se devela que debe otorgarse las facilidades en la estructura de la malla curricular, con el fin de poder acceder a los cursos de formación en la temática. Y respecto a la introducción del contenido en las mallas, se ve como una amenaza la necesidad de liberar espacios para el plan de formación general, por lo que se requiere seleccionar los contenidos que efectivamente se mostrarán.

[...] Uniéndome a lo que estaban comentando recién, en enfermería si se quiere plantear un curso interdisciplinario considerar también las limitaciones de tiempo que tenemos como estudiantes de enfermería, que ha sido un tema por muchos años de que estamos con muchas prácticas y tenemos pocas instancias de tomar cursos que son de interés como colectivo en enfermería pero que por temas de tiempo no podemos hacerlos. Igual es como un tema de llevar, esta idea es súper buena de un curso interdisciplinario pero hay que hilar más fino hasta que se llegue a la posibilidad de que sea tomado por alumnos no solo de enfermería, kinesiología que decían que son disciplinas que tocan en algún momento de su vida profesional o en las prácticas este tema (NAE_3)

[...] Formación como para poder relevar los temas, también, están compitiendo temas constantemente de... para meternos curricularmente. La universidad también tiene demandas que hay que liberar módulos para el plan de formación general, entonces hay que tomar una serie de decisiones estratégicas y cada decisión tiene que ir muy bien fundamentada. Entonces creo que son pasa eso que están constantemente compitiendo los contenidos y hay que sacar y meter cosas... en los cursos. Tampoco está declarado explícitamente en las competencias, entonces las competencias terminales (corrige) esta como más bien en cubierto el tema (AE_1)

[...] Entonces tampoco hay un suficiente peso como para argumentarlo de que pudiese estar más presente en la formación (AE_1)

Percepción del nivel de formación del cuerpo docente

La percepción del nivel de formación del cuerpo docente es heterogénea. Mientras los profesionales de trabajo social mencionan que la formación la tuvieron en la experiencia y en cursos posterior a la formación de pregrado. La profesional de psicología, refiere que durante su experiencia en pregrado intencionó la toma de ramos orientado a la temática. Los profesionales de medicina tienen formación principalmente desde la mirada de salud familiar, exceptuando una quien tuvo formación como perito sexológico forense. Sin embargo, la formación del resto de los profesionales en su misma área es precaria.

[...] La intervención en los casos más graves yo lo adquirí justamente en práctica en donde se vio el análisis por ejemplo de las modificaciones de la ley de violencia intrafamiliar (NTS_1)

[...] Y al egresar... independientemente ...trataba de asistir a algún curso, algún taller. Incluso en el año una vez que egresé en el año 2005, hice unos talleres acerca de abuso y violencia... siempre estar leyendo constantemente, e informándome, pero trabajar, así como directamente con personas, no (ATS_1).

[...] Sí... Yo tuve cursos de violencia... Y yo además, como era un interés mío en la formación, tomé muchos cursos mientras yo estaba estudiando, tanto dentro de la universidad como fuera de la universidad. Iba a congresos, grupos de estudio, etc. (RP_1)

[...] yo me forme como perito sexológico forense para la atención de las unidades clínico hospitalario que van a estar puesta en los hospitales para evitar la victimización secundaria de que los niños tengan que ir médico legal. Yo lo hice fuera de Santiago... y eso acá todavía esta más en pañales porque existe el médico legal, (AM_2)

Nosotros tenemos formación en el postgrado en salud familiar (AM_1)

Y en el caso específico de nuestra escuela, yo creo que la formación que tienen los académicos es muy precaria, muy básica. Entonces también como profesionales se sienten muy incomodos con el tema (AM_1)

La percepción del nivel de formación en los profesionales de enfermería acontece algo similar a lo señalado anteriormente. Señalan escasa formación en el tema, y cuando existe esto está más ligado a otras patologías o traumas o a un caso clínico en específico. Si refieren que hubo reflexión respecto a la violencia en su formación.

Al igual que los profesionales de medicina, aquellas que hicieron el Postítulo en Salud Familiar pudieron profundizar en mayor medida en el tema.

[...] tengo el recuerdo de haber visto el tema, pero, así como en una clase, no eee... como en una mirada mas transversal sí, no solamente en una clase que quizás vimos y que muchas veces estaba relacionada más bien con otras patologías o problemas de salud, como quemados y como traumas. Era como "bueno si se quema o tiene una caída por favor fíjense bien que no haya sido secundario a un maltrato, una cosa así (EE_9)

[...] en mi experiencia en el fondo es un tema poco abordado, más bien no abordado. Y quizás después cuando hice el postítulo en salud familiar y en el fondo cuando me empecé como a meter en temas de salud familiar, ahí empezó a aparecer dese como la violencia intrafamiliar, el problema en el fondo del maltrato infantil, y ahí pude como profundizar un poquitito no mucho, pero por lo menos en el fondo abordar un poco más el tema, y después en lo que uno (EE_11)

[...] Postítulo no, pero muchos cursos de violencia intrafamiliar y ahí como que tuve mayores herramientas y mucho equipo multidisciplinario que tuve el apoyo gracias a dios, de poder desarrollar y seguir en seguimiento a estas familias para poder lograr, lamentablemente los resultados no fueron muy... a lo mejor uno espera que la familia siga papá, mamá y los niños, no cierto en una casa, se tuvieron que separar y obviamente sacar al niño de ese lugar (EE_1)

[...] creo que si hubo formación hacia la reflexión. o sea en el fondo reflexionar que hay situaciones que pueden ser de maltrato y yo creo que eso es lo que se intencionó en el pregrado. pero una cosa es, no cierto, reflexionar que hay situaciones que son de maltrato y otra cosa es que hacemos con eso, y ese que hacemos con eso, no creo haber tenido formación justamente en eso, sino más bien detectar, en sospechar que hay situaciones que te pueden orientar a situaciones de maltrato, pero hasta ahí. (EE_3)

[...] Lo que uno veía pero no era por formación, si no que era lo que uno veía como consecuencia como estudiante en el control de salud que se hacía, era los golpes por la situación de crianza, y que eso se tomaba no como parte del currículo, no como parte del contenido si no que sí aparecía, se trataba en ese caso puntual como caso clínico como eso, pero no había una formación, una cosa formal. Sin embargo, después en el postítulo que hice yo aquí en la católica en pediatría, en enfermería pediátrica, ahí si vimos parte de la violencia, pero no en todos los ámbitos en lo que nosotros lo vemos (EE_6)

[...] en general formación en el tema de violencia propiamente tal, formalmente no tengo, si me entiendo, no mucho, con los temas éticos que conllevan a la violencia. haber todo lo que es la autonomía de los niños, la subrogación de las decisiones, de los padres. como enfermera clínica también en la urgencia tuve oportunidades de muchos casos de violencia (EE_7)

Competencias de egreso para el enfrentamiento de la VNNA

i. Percepción del Grado de desarrollo de competencias en los egresados.

Cuando se analizan cuáles son los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. En los cinco grupos focales realizados, los participantes del estudio refieren como una limitante importante la invisibilización y/o normalización del fenómeno (NTS_3, NAE_1, ATS_2, AM_1, AM_2, ATS_1, AM_2).

Señalan además, que algunas personas debido a la magnitud del fenómeno y lo complejo de su abordaje y la escasés de herramientas favorecen la invisibilización (ATS_2, AM_2). Sin embargo, se menciona que a pesar de que sí existen protocolos, igualmente no se identifica, por lo tanto es como que no existiese (AM_1). También es percibido como un fenómeno íntimo, como el abuso sexual, por lo que las personas no quieren escucharlo (ATS_2).

El contar con más herramientas permitiría poder identificar la violencia presente (ATS_2). Además la posibilidad que se hable del tema, en especial, gracias a las tecnologías como internet y en programas formativos universitarios.

En el contexto formativo es posible ver cómo los alumnos validan y legitiman ciertas acciones, ya que es parte de su cotidiano, como por ejemplo, dejar llorar a un niño para que se duerma solo (RE_2). Y en los lugares de experiencia clínica donde van los estudiantes, es posible ver cómo ocurren situaciones de violencia grave, que tampoco se visibiliza.

[...] Es verdad que uno se puede dar cuenta de que la violencia... falta formación. Porque yo me doy cuenta, en los cursos de segundo año, que es esta de comunidad que les decía, que por ejemplo en habilidades parentales, uno nombra cosas que pueden pasar, y los alumnos encuentran que está bien, porque es parte de su cotidiano, por ejemplo dejar llorar a una guagua es... Es muy bien visto, o sea, dejar llorando a un bebé, que se duerma solo llorando, eso está bien (RE_2).

[...] después una mirada más reflexiva de uno como profesional, es eso efectivamente era maltrato (que los profesionales se refirieran a una niña como la niña malformada y no tomarla en cuenta), en ese minuto para nosotros era solo abandono (EE_10).

A pesar de ésta invisibilización mencionada, los académicos y docentes, mencionan que en la actualidad esto ha ido cambiando, ya que ha ido aumentando el interés por la infancia, lo que se visualiza por la inscripción de cursos relacionados y el aumento de tesis en temáticas de infancia (NTS_2; NTS_3), pero que este cambio es difícil de llevar a la práctica (NAE_1)

[...] En el fondo yo soy profesora de práctica profesional y he tenido que, no sé cuál es el fenómeno exacto por que pasa pero muchos estudiantes están queriendo meterse en el área de infantil, en el área de PRL, programas de reparación de maltrato, programas que están vinculados al sistema judicial y vinculados a los programas del sename. (NTS_2)

si bien es un tema que se conoce, lo hemos nombrado, sabemos que existe, cuesta como aterrizarlo (NAE_1).

Se menciona como la formación en salud familiar y comunitaria permite en cierto grado el enfrentamiento de la violencia infantil (NE_1), pero que en enfermería no salen preparados para enfrentar el fenómeno (NAE_1; NAE_3; RE_4; RE_3; VE_1) salvo que por iniciativa personal hayan tomado cursos relacionados (NAE_3) o les haya tocado un caso durante sus experiencia clínicas(AE_1). El desarrollo de competencias que podrían llegar a desarrollar tienen que ver con un enfoque preventivo y los conceptos principales, pero no como se maneja una situación de maltrato (AE_1). Desde la mirada del enfoque preventivo los egresados de enfermería tienen las competencias para el fomento de habilidades parentales y promoción del buentrato (AE_1; VE_2; VE_1). Respecto a la detección, la percepción es heterogénea, en donde se establece en una de los grupos focales la capacidad de detección (RE_2) y

en otro descarta esta competencia en los egresados (VE_1). Sin embargo se menciona también que los egresados logran detectar cuando la violencia es evidente (VE_2)

[...] Yo creo que los estudiantes sí salen con una formación básica para poder detectar, para saber manejarse, Eh, y concuerdo también con el tema de que la intersectorialidad ya uno la maneja estando en el campo clínico, en el ejercicio profesional. En el pregrado hay poca... Poco abordaje, o pocas instancias, gracias, pocas instancias de conocer el trabajo intersectorial (RE_3)

[...] Trabajo en varios curso de formación de 3°- 5° año, y yo diría tajantemente que no, ni siquiera los que egresan con todo el currículo yo creo que como mostro Marcela en la presentación, cuando nos ponemos bien críticos y miramos el currículo, el tema se menciona, pero en ningún caso el estudiante sale preparado para abordar esas problemáticas, yo creo que lo que se menciona principalmente en el currículo es fomentar la reflexión sobre la violencia, y es iniciar, en el fondo si este tema te toca, yo creo al que le toca podría seguir formándose, pero en el pregrado por ningún motivo sale preparado y yo creo que salimos con hartos desconocimiento (VE_1)

[...] Yo creo que no salimos preparados en algo que es muy fundamental en la enfermería que es la detección precoz y eso tiene que ver con que nos falta conocimiento y desarrollo de estrategias para detectar precozmente en algo que las enfermera hacemos que es el control de salud infantil, en la atención primaria, sobre todo en el sistema público, entonces, muchas veces queda a la suerte del estudiante o del profesor que ve que hay violencia y que queda a la suerte de él denunciarla o no denunciarla, o hacer ver que eso podría ser violencia pero no tenemos estrategias específicas no mostramos un modelo como el que mostraban por ejemplo las expositoras, solamente se pone el tema en el tapete como un tema relevante de salud pública o de, o en el fondo un tema social, pro que invita a la reflexión, yo creo que en ese nivel nos quedamos y es la reflexión a través de una clase (VE_1)

En trabajo social logran una aproximación hacia familia, pero en términos de intervención familiar, ésta es básica. Tienen mayor formación y por ende salen más preparados de manera básica, logran detectar y hacer una evaluación de riesgo, pero sin un grado de profundización en competencias específicas (NTS_2)(RP_1) (VTS_1). Si logran identificar patrones familiares relacionados con el maltrato o buen trato (VTS_1). Para la intervención no basta con las competencias de egreso, sino que se requiere un nivel de especialización mayor, como por ejemplo la judicialización (NTS_1). Además requiere de la realización de una buena entrevista, sin embargo, ningún curso les enseña cómo realizarla (ATS_2; ATS_1).

[...] entonces ahí como que se nota el vacío que hay en ese tema parte desde pregrado y que también eso lleva al final a que los profesionales después que salgamos no tengamos las competencias necesarias para abordar este tema. Yo veo mucho que en enfermería no tenemos tampoco muchas competencias, conocimientos a nivel legal de lo que tenemos que hacer en caso de (NAE_3)

[...] Compartir como alumna y como profesora. Yo creo que en nuestra escuela si bien tenemos una aproximación hacia la familia, intervención familiar es bien básica. Estamos trabajando para que sea menos básica y en términos de maltrato infantil es súper básica en términos de conocimiento del fenómeno ...En términos de cómo intervenir y cuales serían como las conceptualización, las alarmas, consecuencias y como todo el fenómeno...en términos de la formación como solamente si es que uno opta por (NTS_2)

[...] Yo creo que es un tema que de verdad para la intervención es súper específica porque requiere de un nivel de especialización ...Entonces desde esa óptica el poder estar preparados en el pregrado es precario Entonces ahí se produce una distancia entre el nivel de formación que uno tiene en el pregrado y los niveles de complejidad de las ofertas programáticas. Distinto sería si es que la oferta programática en la que nosotros nos insertamos, que a lo mejor se da, en el área de salud fuera desde la prevención, donde los elementos a trabajar o abordar si te los da el pregrado. Tiene que ver con prevención (NTS_1).

[...] Una buena entrevista va a significar poder obtener información que va a servir justamente para saber qué hacer, y yo creo que formación en eso es muy difícil. Yo creo que, para nosotros, ningún curso enseña a nuestros estudiantes sobre como entrevistar, y es una de las cosas básicas para poder intervenir, es decir, para poder saber qué hacer. Yo creo que ahí también hay una limitación (ATS_2)

En relación al desarrollo de competencias de egreso en los estudiantes de medicina, ellos no son capaces de visualizarlo, independiente de que existan muchos casos en la atención primaria o que se intencione en la formación.

[...] En el caso nuestro (medicina) yo trabajo en atención primaria, en un centro de salud familiar, entonces vemos esto a cada rato. Y ni porque lo vemos a cada rato ni porque están en el internado de medicina familiar, ni porque yo les digo, pero mira la ficha y sospecha violencia, ni así lo ven. No lo ven, son incapaces de verlo, no, no. (AM_1)

[...] ser... tratar de pesquisar y de ser digamos... otorgar una buena derivación para que se pueda resolver de buena manera este tipo de casos. Que muchas veces, como usted decía, no son visibles, Si no que tiene que haber toda una preparación previa, para poder detectar y de buena manera poder realizar la derivación, ya. Y hay que entender que la violencia se da a nivel de todo estrato, entonces no es un hecho que este así aislado. Entonces eso yo creo que podría decir, como digamos... yo creo que falta como una... una limitación, falta hacer más hincapié en las habilidades profesionales (ATS_1)

En el área del derecho es muy escaso el desarrollo de competencias en los cursos de pregrado, la preparación es más bien teórica, existe un manejo muy bueno de las herramientas judiciales. El fenómeno lo estudian aquellas personas que tienen la experiencia de ver casos de violencia contra niños.

[...] Y en rigor la formación que tengo en temas de violencia yo diría que más que nada había andado por los cursos de posgrado, diplomado y master fundamentalmente porque en pregrado es muy poquito, casi muy tangencialmente el tema de la evidencia desde el punto de vista penal,

sancionatorio y además del posgrado en el trabajo practico que me ha tocado desempeñar, yo soy profesora de derecho en familia, durante varios años fui profesora de clínica jurídica donde recibíamos en el fondo casos que había a través del punto de vista judicial en violencia contra en niños y en rigor la formación fue más que nada una auto instrucción dada la necesidad. Bueno y por cierto el propio estudio que uno tiene que desarrollar para los cursos que realiza, tengo un optativo de profundización que se llama "familia y sociedad" en el que hay desarrollo de estos temas también con los alumnos (VD_1)

[...] Yo creo que diría que también me gustaría distinguir de la preparación podríamos decir como teórica general que reciben los alumnos en derecho de la preparación practica de herramientas o de destrezas practicas del profesional egresado. Porque en relación con la preparación teórica tiene que ver mucho con el perfil del egresado de nuestra facultad, va siendo tomado, pero teóricamente insisto desde el punto de vista de la protección del derecho de la protección humana, garantías de derecho... Sin embargo, si se enfrenta al relato de una situación puntual, etc. Creo que eso no se desarrolla los alumnos. Y creo que ahí denota aún más la falta de preparación para el enfrentamiento de una problemática como esta. O sea si le corresponde, le toca trabajar o recibir un caso como este. Creo que hasta muy avanzada de la carrera no hay un desarrollo respecto a esto y por pura necesidad que es este caso de cuando los alumnos llegan a clínica jurídica que es en cuarto año, y que podrían tomarse con casos como estos y tener que ser entrenados un poco para enfrentar un caso como esto (VD_1)

Tambien existe una percepción de poco desarrollo de competencias interdisciplinarias al momento de egresar.

[...] Entonces el manejo interdisciplinario que tenemos cuando egresamos es pobre (EE_6).

ii. Ámbitos de las competencias de egreso para el enfrentamiento de la VNNA

En el discurso de los participantes se pueden identificar los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de las competencias que los estudiantes deberían tener al egreso para el enfrentamiento de la VNNA.

i. Contenidos conceptuales en el currículo

- Protocolos de actuación (VD_1; VTS_1)
- Enfoque de género (NTS_1)
- Conceptualización del fenómeno de la violencia (NTS_2)
- Signos de alarma (NTS_2)
- Consecuencias de la violencia (NTS_2)
- Enfoque de derechos (VE_2)
- Marco legal (NTS_2)
- Dinámica o como actúa el fenómeno (ATS_2)

ii. Contenidos procedimentales en el currículo

- Pesquisar situaciones de violencia (AM_1)
- Realizar algunas intervenciones durante el proceso de pesquisa (AM_1)
- Establecer el diagnóstico diferencial (AM_1)
- Colaborar con equipo en la detección de violencia (RP_1)
- Derivar casos de violencia a profesionales calificados (EE_7)
- Ejecutar acciones de promoción (VE_2)
- Ejecutar acciones de desnormalización de la violencia (VE_2)

iii. Contenidos actitudinales en el currículo

- Desarrollar habilidades de autocuidado (RP_1; VTS_1) y desarrollo personal (AE_1)
- Reflexionar sobre la práctica (RP_1)
- Colaborar con equipo en el desarrollo de prácticas de autocuidado (RP_1)
- Apoyar al equipo en el desarrollo de prácticas de autocuidado (RP_1)
- Valorar a la "persona" (EE_7)
- Respetar a la "persona" (EE_7)

b. Acciones para el enfrentamiento de la VNNA en el proceso de enseñanza/ aprendizaje

i. Metodologías para la formación para el enfrentamiento de la VNNA en el aula.

Entre las estrategias para la formación para el enfrentamiento de la VNNA en el aula están el ofrecer y abrir cursos específicos de disciplinas que han desarrollado el currículo más en esa área, para que sean seleccionados por estudiantes que en su malla curricular tengan menos formación (NAE_1). Se propone la elaboración de un curso interdisciplinario, para el enfrentamiento de la VNNA, que sea dictado por docentes de diferentes disciplinas (NAE_2; NAE_3; NTS_2; NTS_3; ATS_2; AM_1; VTS_1). Idealmente que sea enfocado tanto en aspectos teóricos, como prácticos, o un curso destinado a cada uno de los ámbitos de las competencias necesarias para abordar este tema (NTS_2). También la incorporación y articulación en el pregrado de manera longitudinal (AM_1) y no solo desde la mirada del buentrato, sino también del maltrato (EE_3)

[...] pero si tu no pones el maltrato en los currículo no se va a visualizar y si no se visualiza no podemos llegar a una definición de lo que planteaba la EE5, que va a ser el maltrato como lo vamos a visualizar. entonces yo creo que lo primero es plantearlo en el currículo como... como un tema importante, visualizarlo en los distintos niveles. yo creo que la intervención al menos para pregrado, que es donde yo trabajo, no cabe como tal, la intervención, ya pensando en personas que ya son maltratadas, pero si cabe la promoción, por una parte, de este buen trato que me refería anteriormente y el abordaje para la detección precoz, el abordaje inicial de las situaciones de maltrato y yo creo que eso no lo tenemos los currículo (EE_3)

Se menciona la importancia del acercamiento del cuerpo académico a las problemáticas de la sociedad (NTS_3). La profundización de los contenidos existentes (RE_4), comenzando por la incorporación gradual de contenidos y con énfasis en habilidades parentales (RE_3). Incorporando instancias de reflexión y debate (EE_7)

[...] Que el mundo académico se adapte más a la realidad yo creo, que haya una retroalimentación tanto entre no se a nivel de pasantías, de prácticas y también con ex alumnos que también, por ejemplo yo a veces voy a mi universidad y hablo con profesores “profe sabe que esta temática esta importante, incorpórela porque yo sé que le va a picar el bichito a alguien” como cosas de pasar de lo más informal a que sea formal (NTS_3)

Se hace referencia también a la importancia de la secretaría académica, como guía del estudiante, mostrando la oferta programática, tanto dentro de la escuela como fuera de la escuela (NTS_1)

[...] creo que es clave poder mantener contacto con otras escuelas que sí puedan tener un poco más de formación en relación al buen trato o al maltrato o violencia y poder vincularnos, y seguir vinculados, creo que sería súper bueno para tener un curso con trabajo social que efectivamente tienen un poco más de formación en el pregrado y no solo plantarlo desde esta

vinculación... si no también poder entregarle herramientas a nuestros estudiantes para que no se queden solo con a lo mejor hacer la detección, si no fomentar el trabajo interdisciplinario desde pregrado. que los alumnos de pregrado se vinculen (EE_2).

[...] también trabajar con los profesores, porque efectivamente estamos en un modelo de determinantes sociales, entonces necesitamos una visión en conjunto de todas las profesiones que trabajamos con infancia, y eso hay que entregárselos a los estudiantes desde el principio y un poco también lo que decía la EE3, ir abordando gradualmente esto. Primero a lo mejor, quizás en primero enfocarlo a lo que es el trabajo en equipo, a lo mejor en segundo o tercer año vincularlo con herramientas y ya finalmente en un internado mejor trabajar concretamente de manera interdisciplinaria" aquí intervengo yo, pero a lo mejor aquí tengo que trabajar en conjunto con el trabajador, acá tengo que trabajar en conjunto con el profesor" y poder integrar esto desde el inicio de la formación de pregrado, no esperar hasta el internado para que el estudiante de enfermería entienda que hay otras profesiones que también se pueden acercar (EE_2)

Finalmente entre medidas de enfrentamiento, estrategias orientadas al autoconocimiento y al autocuidado de los estudiantes(VTS_1)

[...] hay una cosa que ha aparecido y yo creo que es súper importante para trabajar con el maltrato en general como con los problemas que nos pasan a las personas, que nosotros no tenemos cursos que hagan que nuestros estudiantes se miren a sí mismo, eso es como lo primero y que eso a la vez tiene que ver con temas de autocuidado. Nosotros si bien tenemos algunas de estas cosas se las cobramos siempre a las practicas, nosotros tenemos cuatro prácticas, dos en tercer año y las dos últimas en los dos últimos semestres, y en realidad esas prácticas son súper potentes, súper exigentes, se les exige mucho! y nos dimos cuenta de que están sobrecargadas, porque todo lo que es trabajo en equipo interdiscipliniedad, autocuidado, esta capacidad de mirarse a sí mismo deberíamos nosotros de tener en otro tipo de curso, yo creo que esa es como una debilidad que nosotros ahora la hemos detectado con bastante claridad y por otro lado el tema de las fortalezas, yo creo que hay mucha capacidad e empatizar, y por eso mismo hay mucha capacidad de diagnostica (VTS_1)

ii. Metodologías para la formación para el enfrentamiento de la VNNA en el territorio.

Se señala la importancia de intencionar la identificación de la violencia durante las experiencias clínicas (NAE_1; AM_1; EE_3). Y estas experiencias prácticas tenerlas desde el primer año, en distintos niveles de complejidad y fomentando la reflexión (RE_1)

En las prácticas, incorporar a profesionales de enfermería en áreas en donde se requieren, pero que no ha existido historia de su participación, por ejemplo en los programas de reparación (NTS_1). También se manifiesta dar la oportunidad de realizar una práctica voluntaria como optativo de profundización (NTS_2). Se releva la realización de prácticas interdisciplinarias (NAE_1; RE_4), como de la ejecución de intervenciones transdisciplinarias, es decir, cuando en una práctica de una

determinada disciplina se realiza en entornos donde hay violencia, invitar a participar a otras disciplinas, tanto como en supervisión, o aporte a la intervención (NTS_1)

[...] Otra cosa que se me ocurre son las intervenciones transdisciplinarias, en donde a lo mejor en tu práctica, que te toco el sename, en uno dos tres momentos podrían invitar a otras disciplinas a aportar o a supervisar la práctica, en la revisión a lo mejor del plan de intervención decir sabes que se puede incorporar esto. O sea, incorporar ciertos enfoques o ciertas miradas que enriquezcan y viceversa. Que interesante sería que a lo mejor profes de enfermería supervisarán a alumnas en práctica de trabajo social (NTS_1)

Finalmente se devela como aspecto importante el modelaje por parte de docentes (VE_1)

[...] yo creo como docente que hablando como de todo lo interdisciplinar estamos como acostumbrados a esta verticalidad y a estas relaciones de poder... y yo creo que con el modelaje uno entrega mucho también, de como yo me relacione con mis paciente frente a mi alumnos, como yo me relación frente al resto del equipo con mis alumnos porque si yo me planteo como un persona que siempre tiene la razón, que tiene la verdad de las cosas y que eso es muy frecuente en medicina "que yo sé, y sé que es lo mejor para ti " y sin importarme tu contexto de vida sin nada, yo estoy entregando el mismo mensaje que finalmente llega a la violencia que yo tengo la razón frente a ti y yo se mejor esto frente a ti (VE_1)

- Contradicción de la adquisición de las competencias:

[...] Ese proceso en el que además estamos como súper vinculados los asistentes sociales, la dupla psicosocial, generalmente como que se le asigna a la trabajadora social esa tarea, como el articulador con el sistema judicial. Es algo que te lo da la práctica y estar en los contextos de trabajo de ese nivel de complejidad. O sea, y que en la formación uno lo adquiere con cursos de especialización, en diplomados de abuso sexual infantil, en diplomados de intervención ya sea con hombres que ejercen violencia, o en el caso de violencia de género, uno entra a conocer esa práctica e implementarla no desde el pregrado (NTS_1)

[...] A no ser que te toque o que tu escojas en tu práctica profesional irte por esa área. En el fondo yo soy profesora de práctica profesional y he tenido que, no sé cuál es el fenómeno exacto por que pasa pero muchos estudiantes están queriendo meterse en el área de infantil, en el área de PRL, programas de reparación de maltrato, programas que están vinculados al sistema judicial y vinculados a los programas del SENAME. Entonces ellos aprenden en su práctica profesional cosas que no aprendieron en la formación teórica, podríamos decir, conceptual, no sé, o de lo que se hace con intervención de familia porque es algo súper específico como dice la NTS1 y en el fondo en el centro de prácticas también tienen detectados esos problema y ellos como profesionales que reciben a los alumnos en prácticas son súper cuidadosos con exponerlos a casos de maltrato, a casos de intervención directa porque saben que uno aprende en la práctica entonces ellos ya se han formado, han tenido cursos de especialización otras instancias de formación después del pregrado donde han aprendido, adquirido herramientas, competencia específicas y por lo tanto protegen a los estudiantes para no exponer también a la familia que están siendo atendidas y les proveen una formación desde la práctica y en el fondo respaldan mucho al estudiante en ese sentido pero es algo que se aprende directamente en la mayoría de las veces en la práctica. (NTS_2)

6.4. Síntesis de potencialidades y limitaciones de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra NNA

6.4.1. Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión estructural.

En el cuadro 6.1, se presentan las principales potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión estructural. Entre las potencialidades en esta estructura destaca el esfuerzo del Estado por el intento de protección de los derechos de la infancia, reflejado en la promulgación de leyes y políticas públicas. El proceso de trabajo está guiado por una serie de normas que buscan perseguir este propósito.

A su vez, las principales limitaciones a superar están relacionadas a la visión de mundo idealista, el modelo económico capitalista imperante, que guía a que la salud de la población responda a la lógica de la economía de mercado. En la que los poderes políticos y económicos suprimen las necesidades de las personas.

Desde las categorías analíticas de género y generación, no existe una real comprensión de éstas y por lo tanto no se reflejan las necesidades particulares de la infancia desde estas perspectivas en los documentos imperando el modelo positivista y de la epidemiología clásica. Culturalmente, en sus procesos reproductivos prima la mirada adultocéntrica.

Cuadro 6.1 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel estructural

POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES A SUPERAR A NIVEL ESTRUCTURAL	
POTENCIALIDADES	LIMITACIONES A SUPERAR
<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de voluntad política para la protección de derechos en la infancia, reflejado por promulgación de leyes que fomentan la inclusión y no discriminación, sistemas de protección, la creación del Consejo Nacional de la Infancia. - Existencia de una política nacional de salud de la infancia y de convivencia escolar. - Existencia de guías clínicas que orientan a la prevención y detección de la violencia contra NNA - Surgimiento de instituciones orientadas al monitoreo de la situación de la Infancia en Chile. - Incorporación de intervenciones basadas en el desarrollo de habilidades parentales y promoción del buen trato en las recomendaciones a ejecutar en la atención primaria en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de maltrato infantil: Ausencia de elementos discursivos que incorporen los cambios históricos, el énfasis en la existencia de abuso de poder, el enfoque generacional, género y etnia. - Existencia de ideología conservadora, machista y transfóbica que limita la garantía de protección de derechos de NNA - Visión gubernamental idealista que sustenta la búsqueda de solución a los problemas sociales desde el paradigma positivista y epidemiológico clásico. - Escasez de elementos discursivos que reflexionen o evidencien la mirada generacional y de género en los documentos. Prevalciendo aún denominaciones a la infancia que la colocan en un puesto inferior, tales como la utilización de “menor” y concepciones adultocéntricas. - La ausencia de objetivos sanitarios y metas explícitas orientadas al enfrentamiento de la violencia contra NNA. - Estadísticas subestiman la magnitud real del problema, al denunciarse los casos más graves - Escasez de elementos que diferencien las necesidades particulares según el género y las relaciones entre hombres-mujeres; hombres – hombres y mujeres – mujeres. Prevalencia de elementos machistas vinculados a las formas de referirse a la infancia y crianza de ésta. - Estrategias de protección a la infancia orientadas a población de menor nivel socioeconómico, no considerando el carácter transversal de la violencia. - Déficit en la cantidad de profesionales que cumplen con las competencias laborales para el enfrentamiento de la violencia contra NNA. - Desarticulación de los distintos sectores gubernamentales e instituciones, para el enfrentamiento de la violencia. - Leyes de violencia contra niños, niñas y adolescentes de aplicación ambigua y subjetiva

6.4.2. Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión particular.

En esta dimensión, destacan como potencialidad la motivación para el desarrollo de la interdisciplina, como la existencia de una clara visión ético-valórica y estrategias inclusivas que se contraponen a procesos laborales destructivos a consecuencia de la lógica de la búsqueda de excelencia de la Educación Superior y a la visión de mundo capitalista que aliena el derecho a la educación. En el cuadro 6.2 se muestra la síntesis de las potencialidades y limitaciones en la dimensión particular.

Cuadro 6.2 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel particular

LIMITACIONES A SUPERAR A NIVEL PARTICULAR	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la necesidad de desarrollar competencias para responder a los problemas trascendentales de la sociedad. - Orientación al desarrollo de competencias de la dimensión ético-valórica. - Existencia de mecanismos de aseguramiento de la calidad de la educación. - Inicio de la incorporación de perfiles de egreso por competencias en los programas académicos. - Fomento del desarrollo de la interdisciplina en investigación y docencia. - Amplias opciones extracurriculares que permiten que estudiantes aprehendan miradas y temas históricamente desarrollados por ciertas disciplinas. - Creación de la vía de admisión talento – inclusión en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Además existe una beca para estudiantes con excelencia académica 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incipiente desarrollo de la interdisciplina en la formación para el abordaje de problemas sociales en la UC. - Percepción de docencia orientada al sistema privado más que al público. - Programas de cursos definidos por objetivos y no por competencias. - Elementos idealistas en la definición de docente y docencia de calidad, determinante de un potencial de desgaste de trabajadores y estudiantes. - Al no existir la garantía de derecho a la Educación Superior, independiente del nivel socioeconómico del estudiante, el poder económico prevalece en la oportunidad de estudios de muchos alumnos. - Existen otras instituciones de Educación Superior no acreditadas, no asegurando la calidad de ésta.

6.4.3. Potencialidades y limitaciones a superar en la dimensión singular.

Las potencialidades y limitaciones en este nivel se presentan a continuación según las categorías obtenidos por el análisis de contenido de la percepción de los docentes respecto al grado de desarrollo de la competencia

Cuadro 6.3 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel singular: Proceso de trabajo para el enfrentamiento de la VNNA

Proceso de trabajo para el enfrentamiento de la VNNA	
Rol institucional para el enfrentamiento de la VNNA	
• Normativas que impactan en el enfrentamiento	
POTENCIALIDADES - Promulgación de la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes y su aplicación normada en el proceso de trabajo.	LIMITACIONES A SUPERAR - Obligatoriedad de la denuncia en el sistema público, no así en el privado. - Escaso apoyo institucional para la denuncia. - Percepción de escasos de protocolos institucionales en el sector salud que mencionen los flujos a seguir. - Existencia de patrones de violencia desde las instituciones hacia las personas, avalados desde las normativas, configurando un sistema abusivo.
• Intersectorialidad para el enfrentamiento	
POTENCIALIDADES - Inicio en la creación de vínculos entre organizaciones del sector salud y otros sectores, como el de educación. - Desconocimiento de redes de apoyo para el enfrentamiento - Algunos colegios privados y municipales cuentan con profesional de enfermería dedicados a la salud escolar, vinculando el colegio con el centro de salud.	LIMITACIONES A SUPERAR - Deficiente articulación intersectorial para la derivación de NNA víctimas de violencia y desde el colegio al sistema de salud.
• Equipo de trabajo o profesional responsable de la gestión de casos para el enfrentamiento	
POTENCIALIDADES - La formación en violencia infantil Trabajo Social. - Profesionales de trabajo social son los que presentan mayor experiencia y conocimiento para la gestión de casos. - Comprensión de los profesionales de la importancia del trabajo en equipo para el enfrentamiento	LIMITACIONES A SUPERAR - Percepción de responsabilidad recae únicamente en trabajador social - Escasos de horas de otros profesionales genera que la institución delegue la responsabilidad en el trabajador social, con el fin de no destinar horas de atención en los procesos judiciales. - Percepción de trabajo solitario y falta de apoyo institucional para los profesionales más ligados al fenómeno.

Competencias Profesionales para el enfrentamiento	
• Requerimiento de los puestos de trabajo	
POTENCIALIDADES <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de instancias que requieren de profesionales que supervisen la salud de niños, niñas y jóvenes. - Aplicación del modelo de salud familiar y comunitario en los centros de salud. - Aplicación de la Ley de convivencia escolar. - Oportunidad de identificar precozmente situaciones de vulneración de los derechos. 	LIMITACIONES A SUPERAR <ul style="list-style-type: none"> - Profesionales que deben enfrentar el abandono de niños y niñas por parte de sus padres en algunos hospitales. - Consideración de negligencia o abandono no como una forma de maltrato o violencia infantil en ambientes hospitalarios. - Los programas de intervención en violencia requieren un nivel de especialización superior al que se obtiene en el pregrado. - Profesionales deben manejar solos el temor que les genera tener que enfrentarse a situaciones que implican sufrimiento. - Creencias machistas y actitudes violentas de algunos profesionales, que perpetúan la violencia. - Invisibilización y normalización de patrones violentos en los puestos de trabajo determinados por: la complejidad del abordaje, escases de herramientas de enfrentamiento, Incomodidad de hablar de temas sensibles como el abuso sexual - Patrones de crianza violentos, culturalmente aceptados
• Desarrollo de competencias profesionales para el enfrentamiento	
POTENCIALIDADES <ul style="list-style-type: none"> - Motivación de los profesionales en la búsqueda de capacitaciones o instancias de autoinstrucción para el enfrentamiento. - Valoración de la importancia por parte de los profesionales de la formación para el enfrentamiento. - Oportunidad de desarrollar competencias interdisciplinarias en el ejercicio de la profesión que se requieren para el enfrentamiento. - Reconocimiento de la posibilidad de influir en normativas que promueven el sistema abusivo de lugares de desempeño laboral, por medio de la argumentación. 	LIMITACIONES A SUPERAR <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de desarrollo de competencias insuficientes, para el enfrentamiento en el pregrado. - Percepción de algunos profesionales del equipo de salud, de falta de preparación para enfrentar situaciones de violencia. - Adquisición de competencias solo por medio de la experiencia profesional y no por medio de instancias formales.

Cuadro 6.4 – Cuadro sintético de las potencialidades y limitaciones a superar a nivel singular: Proceso de formación para el enfrentamiento de la VNNA

Proceso de formación en pregrado para el enfrentamiento de la violencia infantil	
Planes de estudio	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de optativos de profundización relacionados al tema de la violencia. - Existencia de cursos mínimos obligatorios estrechamente vinculados a la salud infantil, familiar y comunitaria. - Sólida formación ética en los profesionales, lo que facilita el enfrentamiento desde los principios éticos. - Oferta de cursos que desarrollan habilidades de ayuda interpersonal. Obligatorios dentro de la malla de formación de pregrado en enfermería. - Énfasis en la formación en la promoción del buen trato durante la carrera, por medio del desarrollo de habilidades parentales. - Existencia de campos de experiencia clínica en los que se pueden identificar situaciones de violencia en las distintas carreras. - La presencia de la temática en varias instancias de la malla curricular de Trabajo Social. 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pocas instancias de formación que favorezca el desarrollo de competencias en el enfrentamiento de la violencia en carreras de la salud. - No se aprovechan instancias durante las prácticas clínicas para la formación en violencia, aun cuando ésta está presente, para privilegiar el cumplimiento de otros objetivos. - Mínima flexibilidad en algunas mallas curriculares, que dificulta la toma de cursos que estén relacionados a la temática. - Gran cantidad de contenidos que revisten la misma importancia dentro de la formación profesional, por lo que se percibe que esta temática compiten por posicionarse en programa de formación. - Incipiente aprehensión de la categoría género y generacional en la mayoría de las carreras de las Ciencias de la Salud y Humanidades. - La prevalencia del concepto “menor” para denominar a la infancia en algunos programas de cursos de Derecho y Trabajo Social, al hacer referencia al contenido de determinadas leyes.
Percepción del nivel de formación del cuerpo docente	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Trabajo Social, Psicología y en las salidas profesionales vinculadas a salud familiar existe la percepción mayor formación del cuerpo docente. - Percepción de formación en la reflexión en la identificación de casos de violencia - El nivel de reflexión del cuerpo docente y estudiantil para determinar potencialidades y limitaciones en la formación profesional. 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepción de poca formación específica en la mayoría de las carreras, en especial en los profesionales de enfermería. - Percepción de pocas herramientas para el enfrentamiento de la violencia infantil en profesionales de enfermería y medicina.

Competencias de egreso para el enfrentamiento de la violencia infantil	
• Percepción del grado de desarrollo de las competencias en los egresados	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formación en salud familiar y comunitaria favorece el enfrentamiento la VNNA. - El desarrollo de competencias que predomina en el área de enfermería relevando el énfasis en la prevención, promoción del buen trato y en el fomento de habilidades parentales. - Habilidad para la detección de violencia cuando ésta es evidente. - En trabajo social logran desarrollar competencias referentes para detectar y hacer una evaluación de riesgo. - Existe en el área de derecho una preparación más bien teórica para el enfrentamiento desde la disciplina en determinados cursos. - En la carrera de Medicina, presentan trabajo adelantado con la formulación de competencias de egreso para los estudiantes de Medicina UC para integrar el tema de Violencia Intra Familiar y Abuso Sexual. 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el área de enfermería, existe una percepción de no tener las competencias para hacer frente al fenómeno. - A pesar de existir divergencias, el desarrollo de la competencia relacionada con la detección, aún es precaria en el área de la salud. - Trabajo social tiene una fuerte aproximación a familia, pero sin el desarrollo de competencias específicas. - En trabajo social, los contenidos relacionados a la forma de realizar una buena entrevista de forma intencionada y explícita, no son abordados a pesar que los estudiantes deben realizarla. - Percepción del cuerpo docente de la incapacidad de los estudiantes de identificar la existencia de violencia, debido a la invisibilidad del fenómeno - Incipiente desarrollo de competencias interdisciplinarias.
• Ámbitos de las competencias de egreso para el enfrentamiento de la violencia infantil	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el discurso de los participantes se pueden identificar algunos de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales de las competencias que los estudiantes deberían tener al egreso para el enfrentamiento de la VNNA. 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al no existir programas por competencias, no se encuentra intencionada formalmente la adquisición de los distintos saberes.

Acciones para el enfrentamiento en el proceso de enseñanza/aprendizaje	
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías para la formación para el enfrentamiento de la violencia infantil en el aula 	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de abrir cursos de algunas disciplinas con mayor desarrollo en la temática, de manera que lo tomen estudiantes de otras disciplinas. - Los profesionales reflexionan y proponen medidas para fortalecer el currículo, por medio de: <ul style="list-style-type: none"> - cursos interdisciplinarios, - articulación longitudinal en el pregrado tanto desde la mirada del buen trato al maltrato, - disponer de la ayuda de la secretaria académica en la toma de cursos específicos para el desarrollo de competencias para el enfrentamiento. - Incorporación de estrategias orientadas al autoconocimiento y autocuidado de los estudiantes. 	<p>LIMITACIONES A SUPERAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se requiere un cambio en la formación de los académicos, para adaptarse a las problemáticas sociales.
<ul style="list-style-type: none"> • Metodologías para la formación para el enfrentamiento de la violencia infantil en el territorio 	
<p>POTENCIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los académicos proponen metodologías tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Intencionar la identificación de la violencia durante las experiencias clínicas desde primer año en distintos niveles de profundidad y fomentando la reflexión guiada. - Incorporar a profesionales de enfermería en áreas vinculadas a la reparación del maltrato, poco explorada por estos profesionales - Realizar prácticas interdisciplinarias, tanto en supervisión o aporte a intervención. <p>Modelaje de los docentes.</p>	

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

7.1. Las potencialidades y limitaciones de las políticas de enfrentamiento de la violencia contra NNA en Chile: Camino a la Superación.

Es deber del Estado, garantizar una vida digna y libre de violencia contra niños, niñas y adolescentes por medio de diferentes acciones de enfrentamiento⁽⁹³⁾. En Chile, la constitución establece en sus bases de la institucionalidad que el Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece⁽⁹⁴⁾.

Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional⁽⁹⁴⁾.

El bien común, objetivo del Estado, es el

conjunto de condiciones apropiadas para que todos, grupos intermedios y personas individuales, alcancen su bien particular. El estado para la teoría social, es una formación histórico-social, corresponde a la unidad de asociación de personas dotada originariamente de poder de dominación y formada por personas asentadas en un determinado territorio. Éste tiene tres elementos: el grupo humano, el territorio y el poder ⁽⁹⁵⁾.

De esta manera, debe velar dentro de sus funciones legislativas y jurídicas a la generación de medidas de enfrentamiento en pro de la defensoría de derechos. En el área salud, rigen las acciones a seguir, los objetivos sanitarios de la década, los cuales requieren superación, puesto que apartan a los niños y niñas en lo que refiere el respeto por sus derechos fundamentales, al no colocarlos explícitamente dentro de las metas de disminución de la violencia infantil y considerando su “superación” solo a través de la consecuencia de medidas de enfrenfrentamiento de la violencia de la mujer. Al no ser una meta explicita a lograr en los objetivos sanitarios, la identificación y notificación se hace más compleja, sucediendo lo mismo que en otros países, como Francia, en donde el maltrato sigue siendo subestimado ⁽⁹⁶⁾. Al no haber un proceso de notificación de la violencia, es complejo saber su magnitud, en las distintas etapas del ciclo vital de niños,

niñas y adolescentes, perpetuando así su invisibilidad ^(97,98), quedando, de este modo, solo los datos estadísticos que corresponden a casos más graves de violencia.

La política pública en Chile ha avanzado históricamente en lo relativo a protección de derechos de la infancia. Sin embargo, el modelo multicausal y ecológico que la sustenta, junto a normativas y guías clínicas centrados en los factores de riesgo, es insuficiente la reconocer las necesidades en salud de la población, y en especial un problema tan complejo como la violencia infantil ^(97,99).

Las políticas públicas que existen en Chile referidas a la infancia, se enfocan a segmentos de la sociedad de clases sociales más pobres, seleccionando, estigmatizando, segmentando y rotulando a las familias pobres, actuando en sentido contrario al reconocimiento de derechos sociales, respeto y dignidad, la vida, al cuerpo y al desarrollo social ⁽⁹⁷⁾.

Esta dirección refuerza los ideales neoliberales de asistencialismo a los pobres y la consolidación del capitalismo como modo de producción y modelo de vida impuesto a la población, eximiendo el Estado de políticas consistentes de valorización de derechos y autonomía de los individuos ⁽⁹⁷⁾.

Políticas públicas orientadas al proceso de trabajo, modificaría las formas de producción y reproducción social determinando la disminución de algunas formas de violencia infantil como la negligencia y omisión ^(97,100). Al ser y ser tratados como un problema social y político, deja de quedar como responsable del enfrentamiento sectores de la dimensión singular ⁽⁹⁷⁾.

Adicionalmente, el sistema económico imperante en el país corresponde al sistema capitalista, de modo que el mercado de trabajo, en su sistema de producción, busca la acumulación de riqueza, de salud en este contexto, la que se configura como una mercancía que pueden obtener las clases sociales más acomodadas.

A diferencia de los hallazgos de este estudio respecto a la no obligatoriedad de notificación de maltrato en el sistema privado, En Estados de Estados Unidos, tienen leyes que obligan a los profesionales a remitir las sospechas de maltrato a los servicios de protección⁽¹⁰¹⁾. El 63,4% de los casos de maltrato infantil, fueron realizados por

diversos profesionales en el contexto de su trabajo, en la cual la notificación por los servicios sociales y de salud correspondió al 10,9% ⁽¹⁰¹⁾. En Estados Unidos solo el 8% de los casos de niños y niñas víctimas de violencia son notificados por personal médico ⁽⁹⁶⁾. Aquellos aspectos determinantes para la notificación por parte de los médicos de atención primaria corresponde a factores clínicos o de práctica, tales como experiencias previas en el ejercicio de su profesión como no haber denunciado en el pasado casos de maltrato; factores del paciente en los casos en que los signos de violencia son más evidentes o si la lesión no era coherente con la historia clínica o tener un alto nivel de certeza de la presencia de violencia cuando los signos fueran coherentes con el diagnóstico diferencial ⁽¹⁰²⁾.

En el estudio de García ⁽¹⁰³⁾, los profesionales del área de la salud, refirieron ninguna formación específica para realizar el enfrentamiento de la violencia, en la cual la práctica y formación académica son soportes para su actuación.

Klopper⁽¹⁰⁴⁾ señala en un estudio realizado en Alemania que el contacto con las instituciones dependerá de la naturaleza y características de la violencia. Es así como niños abusados sexualmente por un familiar, contactan primero al sistema de salud y en el abuso sexual cometido por no familiares, se contacta en una primera instancia con la policía. En ambos casos el sistema judicial se utilizó como apoyo⁽¹⁰⁴⁾.

En la dimensión particular, históricamente las Universidades han concebido su tarea limitada a la elaboración y transmisión de conocimientos en las diferentes disciplinas bajo una lógica de educación tradicional ⁽⁷⁵⁾. En relación al proceso de trabajo, los grandes desafíos de las universidades corresponden a una lógica productivista a gran escala: búsqueda inagotable por la excelencia, altos niveles de productividad, entre otros, determinando un potencial de desgaste en el proceso de producción social. Los documentos analizados a nivel particular, se encuentran desgenerificados y no se perciben diferencias orientados a los procesos de producción y reproducción en las relaciones de hombres-hombres, mujeres-hombres y mujeres-mujeres.

Una limitación a superar en este nivel, se relaciona a la historicidad de la formulación de los programas por objetivos en vez de por competencias, Benoite et al.⁽⁷⁵⁾ refiere que la transformación del currículo a uno basado en competencias, es un tanto complejo, ya que genera resistencia al cambio, por el conflicto de intereses particulares y por los múltiples enfoque de las diferentes disciplinas.

Constituye una potencialidad importante en esta dimensión, el fomento por el desarrollo de competencias ética, valóricas. La declaración de principios de la UC, que rigen el proceso de trabajo, se basa en la ideología de la religión católica, determinante desde la superestructura. A pesar de la visión Marxista respecto a la religiosidad y la alienación del hombre, que la institución de Educación Superior tenga entre sus bases fundamentales el cristianismo se constituye en contraposición, en una potencialidad debido a la misión de resguardar la dignidad e integridad de las personas, lo que se configura en un sustento importante para su incorporación en el currículo ⁽¹⁰⁵⁾.

Los perfiles de egreso de las carreras deben basarse en una necesidad identificada y reconocida por la sociedad ⁽⁷⁵⁾. Si el fenómeno de la violencia no es reconocida por la sociedad académica, organizaciones, profesionales, existirá una gran limitante para que se incluya en el perfil de egreso.

7.2. Cómo fortalecer las competencias profesionales: rumbo al enfrentamiento de la violencia contra NNA

Dentro de las potencialidades identificadas en la dimensión singular, punto de partida para los procesos de superación, está la presencia de contenidos orientados a potenciar las habilidades parentales como una estrategia de prevención de la violencia. Varios estudios mencionan que la violencia puede ser prevenida ⁽⁹⁾. La evidencia señala que una buena estrategia se encuentra en el desarrollar relaciones seguras, estables y protectoras entre niños y sus padres y sus cuidadores por medio de distintos programas de desarrollo parental. Además de reducir el maltrato contra NNA, reduce las conductas agresivas, disruptivas y comportamiento desafiando de los niños en el corto plazo y los arrestos, las convicciones y la violencia en la adolescencia y en la adultez temprana (106). Existen diversos programas de fortalecimiento de las habilidades parentales, los que tienen un fuerte impacto en el desarrollo infantil ⁽¹⁰⁷⁾, tales como el ELTERN-AG ⁽¹⁰⁸⁾, el que tiene como objetivo de formación de competencias parentales en la educación temprana y fortalecimiento del potencial de ayuda de los padres por medio de su empoderamiento. También se encuentra la promoción de la competencia parental con triple P⁽¹⁰⁷⁾, centrado en el conductivismo. Y la prevención del maltrato, promoción de habilidades parentales y desarrollo de la resiliencia, por medio de la teoría de Bowlby ⁽¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾. Éste última es la teoría que rige los contenidos actualmente presentes en el currículo de Enfermería UC.

En esta investigación, se logran identificar competencias en los tres ámbitos, sin embargo, es necesario que se conjuguen los conocimientos, habilidades y actitudes que constituyen el aprender a: conocer, hacer, vivir juntos y ser. Este último integra los tres anteriores ^(93,112). Estos pilares de las competencias determinarán el proceso de trabajo que los futuros profesionales desempeñarán.

Los profesionales de la salud tienen un rol importante en la detección de la violencia⁽¹¹³⁾, sin embargo, estos aún no han podido desarrollar las competencias para realizar el enfrentamiento⁽¹¹⁴⁾. La limitada aparición de los contenidos relacionados con la violencia infantil en el currículo se vincula principalmente a la invisibilidad y naturalización de ésta.

Además, la presencia de contenidos básicos, orientados a la prevención de la violencia más grave y la ausencia en el relato de incorporación de temas específicos de violencia en el currículo, podría demostrar aún más la invisibilización y desconocimiento del fenómeno. Es preciso continuar con la construcción de contenidos para el enfrentamiento, orientado a profesionales de la salud con el fin de desalienar a las personas que cuidan o atienden. Considerando los contextos y necesidades de las personas. Tal como menciona Regio(93), la invisibilidad de la violencia, ésta es determinada por el silencio, ya sea por su naturalización o ausencia de mecanismos seguros para la denuncia, provocando que pocos profesionales de salud la notifiquen ⁽⁹³⁾.

Emerge también la dificultad en la identificación de negligencia en el contexto de familia. Por lo que se hace relevante la formación profesional en lo que respecta al conocimiento de la dinámica familiar, considerando la cultura, la inserción económica y las relaciones de género. Estos son elementos que permiten identificar los casos y la transformación de sus determinantes. A la mención de los profesionales de no haber considerado todas las expresiones de violencia infantil, Régio ⁽¹¹⁵⁾ refiere que es imprescindible declarar las distintas formas de violencia como la negligencia u omisión, la que puede perpetuada por las propias personas, o por condiciones políticas, económicas y sociales.

Resultados de un estudio realizado en Londres mostró que solo un bajo porcentaje de profesionales pregunta rutinariamente aspectos vinculados a la la identificación de la violencia doméstica. Dentro de las razones se encuentran la percepción de bajo nivel de conocimiento de los servicios de apoyo, no contar en el trabajo con recursos de referencia adecuados para hacer frente a este tipo de violencia ⁽¹¹⁶⁾.

Como modo de superación a esto, un ejemplo altamente desarrollado es el caso de Holanda, el que tiene definido un código estándar profesional para el proceso a seguir ante casos de violencia infantil ⁽¹¹⁷⁾. Además de haber establecido un perfil de competencias desarrollado por la Asociación Médica Real de Holanda en conjunto con asociaciones científicas y profesionales que guían la formación y el actuar de los profesionales. Este perfil tiene establecido siete grupos de competencias que deben tener

los médicos para enfrentar los casos de abuso infantil y violencia doméstica, pudiendo no aplicar todas debido a la naturaleza del trabajo realizado por estos (Anexo 4) ⁽¹¹⁴⁾.

Es posible realizar la comparación entre éstas con los hallazgos de este estudio, pudiendo encontrar concordancias en aquellas competencias vinculadas con:

- a. El tratamiento médico: entre las que se encuentran el reconocimiento de señales y determinantes de la violencia, sus efectos, la detección de la violencia por medio del diagnóstico diferencial, ejecución de medidas preventivas, brindar una atención ética⁽¹¹⁴⁾.
- b. La cooperación: tales como trabajar interdisciplinariamente de forma efectiva, tanto en la detección como en la solicitud de ayuda. referir adecuadamente, contribuir a la cooperación interdisciplinaria efectiva y a la continuidad de la atención⁽¹¹⁴⁾.
- c. La acción social: siendo capaz de promover la salud de los pacientes y la comunidad en general y actuar de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes⁽¹¹⁴⁾.
- d. El profesionalismo: en el cual el profesional debe ser capaz de considerar los derechos de los pacientes, reflexionar sistemáticamente sobre la conducta profesional, el comportamiento y los propios métodos de trabajo y de otros profesionales, conocer los límites de su propia competencia y actuar en consecuencia ⁽¹¹⁴⁾.

Por otra parte, el proyecto Tuning – América Latina ⁽⁷⁵⁾ definió las competencias genéricas y específicas consideradas relevantes, tomando como punto de partidas la lista de competencias genéricas identificadas en Europa. En este listado de competencias genéricas⁽⁷⁵⁾, las que se esperan que aparezcan en todas las disciplinas, se relacionan de forma amplia con los hallazgos de este estudio:

- a. La capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- b. Conocimientos en el área de estudio y la profesión.
- c. Responsabilidad social y compromiso ciudadano.
- d. Capacidad crítica y autocrítica.

- e. Capacidad para identificar, plantear y resolver problemas, para la toma de decisiones.
- f. Trabajo en equipo.
- g. Habilidades interpersonales.
- h. Compromiso ético
- i. Compromiso con la calidad.

Específicamente en el área de Enfermería, una potencialidad de la carrera, para enfrentar la violencia contra NNA, es que ha sido reflejo, a través de la historia, de la diversidad cultural, sabiendo enfrentarse, reorientarse y adecuarse a los cambios sociopolíticos y económicos⁽⁷⁵⁾. Su propósito es promover el bienestar del ser humano a través de la gestión del cuidado. En este ámbito, la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería y Facultades de Enfermería (ALADEFE) refiere que:

Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje propio y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Esto requiere de una conceptualización de la categoría proceso vital humano y la integración que desde la gestión se da el proceso de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Implica además, un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados ⁽¹¹⁸⁾.

Esta definición, otorga un deber de los profesionales de enfermería, de asumir responsabilidades en este fenómeno.

El proyecto Tunning-América Latina ⁽⁷⁵⁾, estableció las competencias específicas para el desempeño profesional de Enfermería, entre este listado en el cuadro 7.1. se señalan aquellas relacionadas con los hallazgos de este estudio a través del discurso de los profesores y alumnos. Adicionalmente Anderson et al. ⁽¹¹⁹⁾ estableció 38 competencias esenciales para la realización del examen físico, 18 suplementarias y 71 no esenciales, sin embargo explícitamente no hacen referencia a signos relacionados a violencia contra NNA.

Cuadro 7.1 – Competencias Específicas para la carrera de Enfermería relacionadas con los hallazgos de este estudio.

Competencias específicas para Enfermería
1. Capacidad para aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad, considerando las diversas fases del ciclo de la vida en los procesos de salud-enfermedad.
2. Habilidad para aplicar la metodología del proceso de enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda
3. Capacidad para documentar y comunicar de forma amplia y completa la información a la persona, familia y comunidad, para prever continuidad y seguridad en el cuidado
4. Respeto por la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de enfermería en el campo de la salud
5. Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud prioritarias, emergentes y especiales
6. Capacidad para planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperando la enfermedad, con criterios de calidad
7. Capacidad de trabajar dentro del contexto de códigos éticos, normativos y legales de la profesión.
8. Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos
9. Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas, grupos, y comunidad en la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en relación con su medio ambiente
10. Capacidad para defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud
11. Capacidad para establecer y mantener la relación de ayuda con las personas, familia, comunidad, frente a diferentes cuidados requeridos con mayor éndasis en situaciones críticas

Fuente: Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty M, Siufi G, Wagenaar R. Tuning América Latina. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Publicaciones de la Universidad de Deusto Apartado; 2007. 415 p.

Adicionalmente, en el área de Medicina, En el año 2016, constituyéndose en una potencialidad, un estudio realizado en las carreras de medicina de universidades Chilenas realizado por Rojas y Pinedo ⁽¹²⁰⁾ señala que la mayoría de los estudiantes de medicina no integran la violencia como un diagnóstico diferencial, haciendo que no la sospechen en sus pacientes y en consecuencia, tampoco sean capaces de diagnosticarla. Reflexionan respecto a que “Los temas VIF-AS (Violencia Intra Familiar – Abuso Sexual) parecen ser “de nadie” en la formación médica Chilena actual, pero de una u otra manera comprometen a todas las carreras.⁽¹²⁰⁾. En este estudio se estableció un listado de competencias para el egresado de Medicina UC el que se presenta en extenso en el Anexo 5.

Por otra parte, las competencias específicas determinadas por el proyecto Tuning-América Latina⁽⁷⁵⁾, para el área de Medicina, se muestra en el cuadro 7.2. Existiendo semejanzas entre éstas.

Cuadro 7.2 – Competencias Específicas para la carrera de Medicina relacionadas con los hallazgos de este estudio.

Competencias Específicas para la carrera de Medicina relacionadas con los hallazgos de este estudio.
1. Capacidad para realizar el examen físico completo, incluyendo la evaluación del estado mental
2. Capacidad para realizar el diagnóstico sindromático y formular hipótesis diagnósticas teniendo en cuenta, los datos anamnésticos, los hallazgos del examen físico y las enfermedades prevalentes
3. Capacidad para plantear diagnósticos diferenciales
4. Capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos correspondientes
5. Capacidad para derivar a otro nivel de atención
6. Capacidad para comunicarse de manera eficaz, oralmente, por escrito y en forma no verbal, teniendo en cuenta la diversidad y las limitaciones que pueden dificultar la comunicación con: los pacientes, la familia, y el equipo de salud y comunidad.
7. Capacidad para identificar los determinantes sociales (violencia, accidentes, maltrato, abuso, marginación y discriminación)
8. Capacidad para aplicar principios y análisis éticos en el ejercicio clínico
9. Capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo de salud y la comunidad
10. Capacidad para participar efectiva y activamente dentro del equipo de salud y en la comunidad
11. Capacidad para reconocer y aplicar las políticas y programas de salud del país
12. Capacidad para reconocer y aplicar los principios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Cabe destacar que en estos listado es necesario incorporar las vulnerabilidades y necesidades comunes a los distintos grupos sociales, proceso que es facilitado por el abordaje de género y la identificación de forma en cómo se insertan en los procesos de producción y reproducción ^(97,121). Por lo que una formación que considera la categoría de género, es imprescindible para una superación de la negligencia ^(97,121). En el discurso de los participantes logran identificarse elementos ideológicos en relación al lugar que ocupan las mujeres en la sociedad y cómo éstas son perjudicada entes determinadas conductas. Además sobre este perfil de competencia en la UC se debe superar aquellos aspectos de la ideología de la religión que fomenta la aceptación de las situaciones desfavorecidas, reforzando el conformismo ante una recompensa futura ⁽¹²¹⁾.

Otro elemento a considerar en el perfil de competencias, es el de autoeficacia, al respecto, Warrener⁽¹²²⁾ menciona que la comprensión de la forma cómo preparar a los profesionales para el enfrentamiento a nivel de intervenciones es inadecuada, refiriendo la importancia de identificar aquellos determinantes de la eficacia profesional entendido como una medida de confianza para el desarrollo del trabajo profesional, mediada por

sentimientos o pensamientos de una persona sobre su propia capacidad para llevar a cabo cualquier tarea determinada relacionada con el trabajo desarrollado dentro de su entorno, considerando de esta manera no solo la dimensión individual de la persona, sino que además su contexto ^(122,123). Elementos como la edad, la experiencia profesional en violencia contra mujeres y niños, el dominio de la educación en trabajo social y la capacitación influyen fuertemente en la eficacia profesional, favoreciendo el reconocimiento de la victimización en sus pacientes ⁽¹²²⁾. Para el enfrentamiento de la violencia desde el punto de vista de la reparación Klopfer et al. ⁽¹⁰⁴⁾ menciona la relevancia de la calidez emocional como competencia de los profesionales en el enfrentamiento del abuso sexual infantil.

Por otra parte, Kennedy ⁽¹²⁴⁾ establece que los profesionales médicos que se enfrentan a situaciones de violencia, requieren de programas de estudio de pregrado que aborden estas problemáticas de manera adecuada, debido al riesgo inminente de generar un trauma vicario. Los profesionales de medicina requieren comprender y conocer las necesidades de atención médica y puedan realizar la derivación correspondiente ⁽¹²⁴⁾. En este sentido, los profesores, deben tener preparación académica en el tema. Además aquellos que investigan y enseñan repetidamente temas sensibles de medicina forense y legal, corren el riesgo de sufrir trauma vicario, por lo que deben ser conscientes de sus emociones respecto a los contenidos enseñados. Adicionalmente, el apoyo de colegas que también trabajan en problemáticas sensibles también ayuda en la elaboración de estrategias de enseñanza y aprendizaje ⁽¹²⁴⁾. Puesto que no abordar temas de violencia en el currículo representa un perjuicio para los estudiantes, para los pacientes y en última instancia para la sociedad ⁽¹²⁴⁾. Aclarar conceptos, mitos influye fuertemente en la percepción de los estudiantes ⁽¹²⁵⁾.

La literatura establece una serie de recomendaciones para introducir temas sensibles en el plan de estudios con el fin de disminuir la posibilidad de trauma vicario en los estudiantes al verse expuestos a casos de trauma por medio de desarrollo de lecturas y discusión en el aula ^(124,126). Incorporar contenidos referidos a saber cómo resguardar el bienestar psicológico de las víctimas de acuerdo a sus necesidades. Se debe también aclarar los mitos y estereotipos preexistentes. Es importante que antes de empezar el

proceso de formación en estos temas sensibles se debe preparar a los estudiantes previamente de manera de no aumentar la vulnerabilidad de los estudiantes ⁽¹²⁷⁾. El docente debe prestar atención a sus propios sentimientos y crear un aprendizaje seguro ^(124,127). Las metodologías que suelen ayudar, antes de la atención de pacientes es el role playing, casos estandarizados y simulaciones. Debe prepararse las presentaciones y presentarlas de manera que no se constituya un determinante de trauma vicario ⁽¹²⁶⁾.

La pedagogía crítica se configura como una herramienta con un fuerte poder transformador del aprendizaje, con ventajas en la enseñanza de temas sensibles, de manera que incorpora gradualmente temas emocionalmente más desafiantes, adaptados a las necesidades individuales de los estudiantes. Los alumnos logran aprender sus propias reacciones y desarrollar un mayor autoconocimiento ⁽¹²⁸⁾.

7.2.1. Competencias crítico emancipatorias

En la reflexión en torno a las competencias pre-definidas para estas carreras en Chile, es importante considerar que las instituciones de Educación Superior tienen un rol importante en la formación de personas según las necesidades que vayan surgiendo en la sociedad, manteniendo un diálogo constante con ésta ⁽⁷⁵⁾.

La pedagogía crítica reconoce al estudiante como agente de transformación, participante e intérprete de la realidad social y los problemas sociales son analizados desde la teoría y la práctica ⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾, entendiendo los problemas sociales no como aislados, sino como consecuencia de dominación de unos grupos sobre otros ⁽¹³²⁾. Sin embargo, el centro del proceso educativo se encuentra no solo el alumno solamente, ni en el profesor, sino en la relación que se establece entre estos ⁽¹³¹⁾.

Los académicos, bajo la perspectiva de la pedagogía crítica, requieren interpretar las prácticas educativas en los marcos político y social. Deben concebir la pedagogía no como una construcción basada en las políticas del gobierno vigente, sino que deben tomarla como fuente de liberación, llevando a la persona a reconocer la realidad con sus problemas sociales ⁽¹²⁹⁾. La normalización que tiene subyugado el fenómeno de la violencia requiere una superación, en la cual la pedagogía crítica puede dar respuesta. Debido a

la escases de contenidos de enfrentamiento de la violencia en el currículo actual de la UC, es muy posible que los profesores no cuenten con una preparación adecuada. No teniendo conocimientos o adquiriéndolos de manera poco sistemática ⁽¹³³⁾

Un currículo basado en competencias debe considerar los supuestos teóricos de la pedagogía crítica, donde en el currículo crítico, se deben concretar las representaciones de la sociedad. De esta manera, el docente debe fomentar las relaciones entre los sujetos y su realidad, al mismo tiempo que comprenderlas e interpretarlas⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾. El currículo debe superar la simple meta de introducir temáticas y metodologías de enseñanza particulares a cada una de sus disciplinas. Debe generar, además, los escenarios para el autoempoderamiento y autoconstrucción de los estudiantes, como imperativo político y moral ⁽¹³²⁾. Para esto debe incorporar elementos de las ciencias empírico-analíticas, las histórico-hermenéuticas y las crítico sociales para examinar e interpretar la práctica^(130,131). Para Unigarro ⁽¹³¹⁾, el currículo crítico:

Va más allá de propiciar la comprensión del mundo; busca llegar al entendimiento de nuestros modos de ser y de estar en el mundo. Se trata de que el alumno se entienda en el mundo, no simplemente que comprenda el mundo⁽¹³¹⁾

Leonello ⁽¹³⁴⁾ señala que en la perspectiva de la educación popular la construcción de un perfil de competencias debe ser realizada escuchando a las personas que se encuentran en su proceso de trabajo asistencial. De esta manera, dentro de las competencias señaladas en el quehacer específicamente de enfermería, destacan: articular la teoría y práctica, promover la acogida y construir vínculos con los sujetos asistidos, valorizar y ejercitar la Intersectorialidad en salud, utilizar el diálogo como estrategia para la transformación de la realidad en salud, respetar el saber de sentido común, reconociendo lo incompleto del saber profesional ⁽¹³⁴⁾.

Un perfil de competencias desde la pedagogía crítica es la base para poder generar programas de capacitación para enfrentar el fenómeno de la violencia contra NNA. Por lo que los planes de estudio y programas deben tener un modelo pedagógico coherente con el desarrollo por competencias ⁽¹³⁵⁾. Situación divergente de los resultados de la captación de la realidad objetiva en esta investigación, puesto que el currículo, no debe

quedarse en la dimensión objetiva, sino que además debe incorporar el mundo subjetivo e intersubjetivo⁽¹³¹⁾. Los ámbitos de las competencias de saber-hacer y ser, no deben ser elaborados considerando contextos concretos, tales como el entorno físico, cultural y político en el que se considera un hecho, puesto que el contexto no es algo externo al sujeto:

El contexto, ese entorno en el que las cosas suceden, resulta siendo una construcción intersubjetiva a partir de los conocimientos, las convicciones y las valoraciones de los sujetos. Un mismo entorno puede ser considerado de diversas maneras por individuos diferentes. En tanto se comunican y van acercándose en la comprensión, van estructurando un determinado contexto. Por ello los contextos no son estáticos; son dinámicos en tanto los sujetos los van dotando constantemente de nuevos sentidos. Son construidos y reconstruidos en el servicio de cualquier causa ideológica; para decirlo de otra manera, cualquiera de los dos enfoques puede ponerse al servicio de la alienación o de la emancipación⁽¹³¹⁾.

En relación a las metodologías curriculares, los hallazgos de este estudio, tales como intencionar contenidos de violencia infantil en las prácticas clínicas, o cursos optativos y de profundización, deben ir en consonancia con la pedagogía crítica. En esta dirección Ramírez⁽¹²⁹⁾ señala los siguientes elementos que deben considerarse en la interrelación estudiante-saber, profesor y sociedad:

- a. La controversia o el conflicto de intereses sobre un contenido. Plantea el desacuerdo o polémica sobre un tema o un caso particular de la disciplina objeto de estudio.
- b. El objeto o problema real. Es el pretexto para generar conocimiento en el contexto de la disciplina especial y, sobre todo, el estímulo para generar actitudes responsables frente a la propia cotidianidad desde el saber.
- c. El objetivo o fines del proceso. Son los propósitos epistemológicos de la disciplina específica, las intenciones políticas y pragmáticas que impulsan el desarrollo de actividades particulares.
- e. El o los destinatarios. Son las personas quienes regulan y modifican el discurso y las actividades, ya que se establecen como usuarios del proyecto. En otras palabras, son los afectados por el saber en unas condiciones particulares de aplicación.
- f. El lugar social. Es el factor que condiciona el diseño y ejecución del proyecto didáctico; es la cotidianidad más cercana a los actores del proceso educativo. En conjunto con el anterior componente, establece el contexto pragmático de aplicación del saber específico⁽¹²⁹⁾.

las personas, como seres inconclusos, están en constante movimiento. Tienen la necesidad de superar la situación opresora, lo que implica “el reconocimiento crítico de la razón de esta situación, a fin de lograr, a través de una acción transformadora que incida sobre la realidad, la instauración de una situación diferente, que posibilite la búsqueda del ser más”⁽¹³⁶⁾. El que lleva al dilema dual al descubrir que al no ser libres, no llegan a ser auténticamente, “son ellos y al mismo tiempo son el otro yo introyectado en ellos como consciencia opresora”. Este dilema dual, es el que la pedagogía debe enfrentar y la liberación no debe darse en términos meramente idealistas. Deben reconocer el límite que la realidad opresora les impone y que en este reconocimiento surja el motor de su acción liberadora, superando así la contradicción en la que se encuentran. “La educación sistemática, solo puede transformarse con el poder y los trabajos educativos que deben ser realizados con los oprimidos en el proceso de su organización”⁽¹³⁶⁾. La pedagogía del oprimido, al favorecer que las personas descubran el mundo de la opresión y se comprometan con su transformación, momento en que esta pedagogía pasa a ser la pedagogía de los hombres en proceso permanente de liberación⁽¹³⁶⁾.

Bajo esta mirada, se debe propiciar la transformación de los profesionales docentes y estudiantes para el enfrentamiento de la violencia infantil, aún alienados en la concepción de mundo idealista y positivista, que fragmenta el entendimiento de los fenómenos en salud en factores de distintas dimensiones y la aceptación de la dominación entre las distintas clases sociales, invisibilizando y normalizando la violencia tanto desde la categoría de género, como generación. Por lo que la reflexión crítica por parte de la comunidad académica, en conjunto con su cuerpo discente y la sociedad, es primordial para la elaboración de estrategias curriculares.

Luego de este proceso de transformación, las competencias de los estudiantes deben ser evaluadas mediante el desempeño o acciones específicas. Al respecto, Egrý⁽¹³⁷⁾ señala que una propuesta de evaluación de competencias es parte de un proceso pedagógico, por lo tanto es orientada por una lógica educativa, cuyo principio esencial es aprender a aprender. En la evaluación por competencias en el contexto educacional, la sola evaluación de conocimientos no es suficiente, ya que las competencias se

conforman como saberes en acción, por la articulación de conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos durante la formación profesional o el desarrollo del trabajo. Debiéndose otorgar a la formación profesional del trabajador una dimensión política, social y cultural más amplia⁽¹³⁷⁾.

La evaluación basada en competencias también es parte del proceso de aprendizaje y debe valorar la aplicación de síntesis de conocimiento, combinando la capacidad para la resolución de problemas, las habilidades técnicas las actitudes y la ética ⁽¹³⁷⁾. Ésta última es una de las potencialidades más importantes presentes en el currículo de los profesionales de la UC. Una intervención ética, implica el deber de formarse en el fenómeno y realizar las acciones necesarias de enfrentamiento, junto con regir el saber-ser.

7.2.2. Competencias interdisciplinarias

En el proceso de trabajo en el enfrentamiento de la violencia infantil definido por la literatura y en los hallazgos de este estudio, emergieron los conceptos de trabajo en equipo, interdisciplina, e Intersectorialidad como determinantes del enfrentamiento de la violencia infantil. Egry⁽⁹⁷⁾ menciona que “Es necesario el trabajo intersectorial, multirprofesional e interdisciplinar que extrapole la dimensión biológica y pueda agregar una red de apoyo social, además de la colaboración con la comunidad”.

Unigarro ⁽¹³¹⁾ refiere que no existen disciplinas absolutamente autónomas, puesto que los conocimientos son construidos por medio de las interdependencias entre éstas, las que favorecen el abordaje de una realidad compleja. Exigiendo además, que cada una requiera de su estatuto epistemológico como una exigencia para hacer un diálogo válido con las otras ciencias, evitando la parcialización de la realidad considerando sólo el conocimiento especializado.

Con el objetivo de delinear estrategias de cuidados en salud, resulta imprescindible la colaboración de diferentes disciplinas ^(138,139). La educación interprofesional entendida como una intervención donde los miembros de más de una profesión aprenden interactivamente juntos, ofrece una manera posible de mejorar la colaboración

interprofesional y la atención al paciente. En consecuencia, es posible generar intervenciones más eficaces en la gestión de la atención otorgada en casos de violencia doméstica, comportamiento colaborativo del equipo y disminución en la tasa de error clínico ⁽¹³⁸⁾. En el proceso de trabajo interdisciplinar, las competencias específicas de cada profesión son respetadas, existiendo una conjunción en competencias generales a partir de conocimientos comunes visualizando a la persona de manera global ^(103,139). Para su desarrollo se requiere una fuerte comunicación, generando una interdependencia entre los profesionales teniendo una visión de totalidad ^(103,139). La importancia que el trabajo sea en equipo e interdisciplinario, permite reducir además, el potencial de desgaste del proceso de trabajo del Trabajador Social, reconocido por ser el responsable del enfrentamiento en casos de violencia ⁽¹⁴⁰⁾.

Además, la estrategia de trabajo en red, permite “responsabilidad por la notificación deja de ser del profesional y pasa a ser de la institución que deberá desempeñar acciones de monitoreo del niño y familia, orientaciones e intervenciones directas, tal como la educación en salud”⁽⁹⁷⁾. Por lo que para el enfrentamiento resulta indispensable la conformación y activación de redes, ya que al ser un problema multifacético y con determinantes en las distintas áreas de la vida de las personas, el sistema de salud no es suficiente para el enfrentamiento⁽⁹⁷⁾. En donde el Estado debe tomar un rol protagónico.

Cabe destacar la diferencia con el equipo multidisciplinar, el que es constituido por varios profesionales con el fin de abordar un objeto determinado. Sin embargo, en este equipo, cada profesional trabaja de acuerdo con la especificidad de su formación, sin generar una articulación, requiriendo conocer las acciones individuales de trabajo de cada profesional que lo compone ^(103,131).

Brasil, ha incentivado cambios curriculares de manera de fomentar el desarrollo las competencias multiprofesionales congregando habilidades generales y comunes a las profesiones que realizan cuidados en APS en el contexto de la formación de pregrado. Los estudiantes realizan trabajo en equipo desarrollando competencias éticas y humanistas, favoreciendo la formación profesional orientada a las necesidades locales y

al entendimiento de la necesidad de diálogos en el proceso de trabajo entre éste y los demás profesionales y la población, convergendo así, en algún punto en el enfrentamiento de los problemas de salud generando relaciones igualitarias ⁽¹³⁹⁾. De esta manera:

“Es evidente que el sentido de un proceso de trabajo horizontal, permeado por valores de responsabilidad e igualdad en la atención de salud, no exime al profesional de profundizar en los conocimientos técnicos de su profesión, que deben ser trabajados a lo largo de la formación de pregrado. Sin embargo, en era de la información en que vivimos, la enseñanza teórica trabajada por separado de la práctica no viene dando respuestas a las demandas sociales” (139).

7.2.3. Sinergismo entre las dimensiones estructural, particular y singular para el enfrentamiento de la violencia contra NNA en Chile.

Desde la superestructura, y en las dimensiones estructural, particular y singular, un determinante importante que requiere urgentemente superación, corresponde a la invisibilidad o a la normalización del fenómeno de la violencia contra NNA, el cual va a estar influenciado por las creencias y culturas determinadas históricamente de las sociedades. Al respecto Barudy señala que “el mundo se construye de la manera como es percibido”⁽¹⁴¹⁾, señalando que:

Toda definición de la realidad es una manera personal de distinguir los fenómenos que nos preocupan, tenemos que aceptar que de acuerdo con las adquisiciones y las pertenencias sociales y culturales de cada uno, existirían tantas definiciones de maltrato como personas ⁽¹⁴¹⁾.

Un individuo, determinado por su estructura, difícilmente podría distinguir sus ilusiones de sus percepciones, si no tuviera la posibilidad de dialogar con otros. Nuestras percepciones “son realidades” en la medida que se consensuan como tales en el interior de una dinámica social ^(141,142).

La sinergia de las tres dimensiones en Chile, es reconocida desde las necesidades de mercado, en conjunto con las metas sanitarias del país, que determinarán los procesos productivos y por lo tanto, la organización de la formación profesional, de manera que los profesionales den respuesta a las necesidades de éste.

Sin embargo, si el proceso de trabajo en salud en Chile, es determinado principalmente por los objetivos sanitarios, los que tienen asociados compensaciones económicas por su cumplimiento, independiente que exista una política pública de protección de los

derechos de la infancia, si no están presentes en estos objetivos, metas orientadas a su cumplimiento, no se orientarán esfuerzos para el enfrentamiento de la violencia infantil, manteniendo su invisibilidad. Al no estar dentro de los procesos productivos, en la construcción de la formación basada en competencias no primarán competencias de enfrentamiento contra la violencia, ya que los esfuerzos se redirigirán al fortalecimiento de competencias explícitamente “requerimientos” por del mundo laboral.

Del mismo modo, la incipiente consideración de las categorías sociológicas de género y generación en las normativas estructurales que rigen los procesos de trabajo, determinará la preservación de concepciones adultocéntricas, en los que estos son quienes determinan cuáles son las necesidades de los niños y cómo deben darles solución.

Las Universidades tienen un rol fundamental en la búsqueda del conocimiento y en la desalienación de su comunidad académica. Pudiendo generar cambios en los futuros profesionales, Egry ⁽⁹⁷⁾ establece que el “profesional de salud es pieza fundamental y estratégica en el cobro de la presencia y de la actuación del Estado, dada su estrecha relación con el territorio de actuación”. Además el mundo académico es pieza fundamental para la elaboración de las leyes que rigen el país. Por lo que académicos desalienados en la naturalización de la violencia infantil, podrán superar las limitaciones de las actuales leyes en relación a la determinación y normativas que orientan el enfrentamiento del fenómeno actualmente y por lo tanto esto tendrá un impacto en las formas de producción y reproducción social en el país. Siendo consonante con lo que menciona Regio:

Para el enfrentamiento de la violencia infantil es necesario producir y accionar conocimientos, mejorar los saberes calcados en la vida en sociedad, en los momentos de producción y reproducción social, sumergiéndose en la concreción de los problemas sociales, los cuales actualizan sobremanera la cuestión sobre qué tipo de sociedad civil queremos, observándose aspectos subjetivos y culturales que fomenten la conquista de la ciudadanía de derechos⁽⁹³⁾.

8. CONCLUSIONES

8. Conclusiones

Los límites y potencialidades en las dimensiones estructural, particular y singular, junto con la superestructura, generan una relación interdependiente tal, que una dimensión, repercutirá indudablemente en las otras. En consecuencia, se requiere un conjunto de acciones organizadas de orden política, legal, social y ética, que determinarán cambios en el proceso de trabajo tanto para el enfrentamiento de la violencia infantil, como en la formación para el enfrentamiento.

Las competencias y saberes explícitos en el currículo dependerán de la situación histórica y cultural del país y de la forma en que los profesionales vayan en el camino de superación de su alienación, configurándose en una construcción transitoria e inacabada. Se requiere entonces, declarar social, política y económicamente la importancia de proteger los derechos de la infancia y adolescencia, ya que de esta manera se verá reflejado en el currículo formativo y por lo tanto en las competencias de los profesionales para el enfrentamiento.

Constituyen un potencial elemento de superación, la pedagogía crítica emancipadora, que guíe la formación por competencias, incluyendo el desarrollo de competencias interdisciplinarias para el enfrentamiento de la violencia infantil, incorporando las categorías sociológicas: género, generación además de las clases sociales y raza/etnia. La carrera de Trabajo social, se constituye en una fuerte potencialidad por su desarrollo en la temática y la capacitación del cuerpo docente, siendo necesario la conformación de sinergias entre las disciplinas. La escuela de enfermería UC está en el proceso de cambio de una educación por objetivos a una por competencias, constituyéndose también en una potencialidad y oportunidad para poder considerar los resultados de esta investigación.

Desde la perspectiva del materialismo histórico y dialéctico, la formación por competencias, para el enfrentamiento de la violencia contra NNA, en la manera que se incorporan competencias crítico emancipatorias, los profesionales tomarán la teoría como guía y en unidad de su acción en su práctica transformando la realidad y generando un impacto desde sus procesos productivos.

El proceso de trabajo implicado en la formación universitaria, implica la transformación de la realidad, así como de los estudiantes al transformarse en profesionales de distintas disciplinas que a su vez como producto de su transformación y desalienación transformará a las personas a las cuales brinde sus servicios, transformado así las formas de reproducción social.

El rol de la universidad es incidir en este proceso de transformación y desalienación de manera de contribuir al enfrentamiento de la violencia contra NNA como un fenómeno social multifacético que requiere de la acción interdisciplinaria e intersectorial, que en este momento histórico se encuentra desarticulada en Chile. Para este proceso debe unirse fuertemente con la sociedad civil. En su rol investigativo, aportará también en la generación de cambios en la dimensión estructural, en el proceso de justificar científicamente la necesidad de relevar la importancia en el enfrentamiento de la violencia infantil.

Al mismo tiempo, por medio de un espiral dialéctico conformado por las síntesis generadas por las contradicciones que va superando el nivel anterior en las distintas dimensiones, irán ocurriendo transformaciones que podrán ir superando nuevas limitaciones. Transformaciones que se irán generando por el proceso de producción de académicos, tanto en la investigación, como en la docencia. Estas transformaciones son las que gatillan las proyecciones de este trabajo.

La metodología adoptada para la comprender la percepción acerca de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia infantil del cuerpo docente y discente, permitió que estos, pudieran reflexionar y cuestionar la realidad presente en este periodo histórico respecto a la formación, identificando la magnitud del problema y considerándolo como tal, lo que se constituyó en una intervención sobre la realidad objetiva en sí misma, promoviendo la desalienación y formulándose ideas transitorias para la formulación de estrategias de enfrentamiento,

8.1. Proyecciones:

Al ser los resultados de este trabajo, transitorios e inherentemente históricos dan las orientaciones para continuar en el espiral dialéctico por medio de la superación de las limitaciones y potenciales de desgastes identificados. Entre estas se encuentra el desafío de profundizar en la violencia institucional contra niños, niñas y adolescentes, sus determinantes y las competencias profesionales que orientarían su superación. Se requiere incorporar la percepción del área de Educación, ausente en este trabajo, pero trascendental para el enfrentamiento de la violencia contra NNA.

Además se requiere identificar determinantes del trabajo intersectorial para el enfrentamiento de la violencia infantil. Ambos bajo las categorías analíticas de género, generación, etnia y clases sociales.

También emerge, la necesidad de elaboración de un perfil de competencias más específico para el enfrentamiento de la violencia infantil desde la mirada disciplinar e interdisciplinaria y la elaboración de programas de intervención de la realidad objetiva que promuevan el desarrollo de estas competencias en los profesionales, tales como la generación de cursos o aplicación de estrategias interdisciplinarias en pregrado y la conformación de algún programa de especialización como un magister en la temática. Con esto, elaborar propuestas interdisciplinarias que impacten en la política pública, de manera que se vea reflejado en los procesos de producción y reproducción social. Adicionalmente puede constituirse en un modelo a replicar en otras instituciones de formación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Galdames S, Arón AM. Construcción de una Escala Para Medir Creencias Legitimadoras de Violencia en la Población Infantil. *Psykhé* (Santiago) [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007 May [cited 2016 Jun 28];16(1):15–25. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Pinheiro P. Acabar contra la violencia contra niños, niñas y adolescentes [Internet]. 2010. Available from: http://www.unicef.cl/archivos_documento/197/Resumen_estudio.pdf
3. Ministério da Saúde. Violência contra a criança e o adolescente [Internet]. Brasília; 1997. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=5290&%5Cndd99=view>
4. Martínez-Santana D, Egry EY. Creencias , causas y consecuencias del maltrato infantil : una profundización del fenómeno desde una perspectiva histórica y cultural. *Rev Horiz Enfermería* [Internet]. 2014;25(1):61–74. Available from: <http://revistahorizonte.uc.cl/creencias-causas-y-consecuencias-del-maltrato-infantil>
5. Qvortrup J. A infância enquanto categoria estrutural. *Educ e Pesqui.* 2010;36(2):631–43.
6. Gómez de Terreros I. Los Profesionales de la salud ante el maltrato infantil. 2nd ed. Granada: Comares; 1997.
7. Rojas Flores J. Historia de la Infancia en Chile Republicano 1810-2010. 1st ed. Santiago, Chile: Junta nacional de jardines infantiles -JunJi; 2010.
8. Larraín S, Bascuñan C. Cuarto Estudio de Maltrato Infantil. Santiago; 2012.
9. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a prevenção da violencia. Genova; 2014.
10. Observatorio Niñez y Adolescencia. Infancia Cuenta en Chile. Cuarto Informe Observatorio Niñez y adolescencia. Santiago; 2016.
11. Ministerio Secretaría General de la Presidencia C. Consejo Nacional de la Infancia [Internet]. [cited 2017 Dec 18]. Available from: <http://www.consejoinfancia.gob.cl/consejo/que-es-el-consejo/>
12. Consejo Nacional de la Infancia. MEMORIA YO OPINO 2017. 2017.

13. Consejo Nacional de la Infancia. "Yo opino, es mi derecho. Niños , niñas y adolescentes construimos el país que soñamos." Santiago, Chile; 2015.
14. Universidad de Chile. Informe N ° 2 Proyecto " Yo opino , es mi derecho ." 2016.
15. Millán S, García E, Hurtado JA, Morilla M, Sepúlveda P. Victimología infantil. Cuad Med Forense. 2006;12(43):7–19.
16. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994;10:S177–87.
17. Donoso MTV, Ricas J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. Rev Saúde Pública. 2009 Feb;43(1):78–84.
18. Barcelata Eguiarte BE, Alvarez Antillón I. Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. ActColomPsicol. 2005;8(1):35–46.
19. Vargas N, López D, Pérez P, Zúñiga P, Toro G, Ciocca P. Características del castigo físico infantil administrado por padres de tres colegios de Santiago. Rev Chil Pediatr. Sociedad Chilena de Pediatría; 1993 Oct;64(5):333–6.
20. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. Rev Med Chil. Sociedad Médica de Santiago; 2003 Dec;131(12):1454–62.
21. López Stewart C, George Lara M, Herrera Amighetti LD, Wissow LS, Gutierrez MI, Levav I, et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. Rev Panam Salud Publica. Organización Panamericana de la Salud; 2000 Oct;8(4):257–67.
22. Marty M. C, Carvajal A. C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. Rev Chil Neuropsiquiatr. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; 2005 Sep;43(3):180–7.
23. Bustos P, Rincón P, Aedo J. Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. Psykhe (Santiago). Pontificia Universidad Católica de Chile; 2009 Nov;18(2):113–26.
24. Eberhard M, Pose G, Mora X, Vergara M. Maltrato infantil, TEC y diagnóstico por imágenes. Rev Chil pediatría. Sociedad Chilena de Pediatría; 2011 Jun;82(3):231–7.
25. Wegner A, Céspedes P. Traumatic brain injury in pediatrics. Traumatismo Encef

- en pediatría. Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Complejo Asistencial Dr, Sótero del Río, Chile; 2011;82(3):175–90.
26. Coria C, Canales L, Ávila P, Castillo P, Correa C. Síndrome del niño sacudido: Artículo de revisión. Rev Chil pediatría. Sociedad Chilena de Pediatría; 2007 Feb;78(1):54–60.
 27. Sandoval I A, Acosta G N, Crovetto G F, León A M. Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. Rev Chil Neuropsiquiatr. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; 2009 Mar;47(1):34–42.
 28. Fresno A, Spencer R. The effect of physical abuse on the quality of infant attachment representations in Chile: Preliminary results . Ef del maltrato físico en la Calid las Represent apego Infant en Chile Result Prelim. Universidad de Talca, Chile; 2011;29(2):191–6.
 29. Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. Texto Context - Enferm. Revista Texto & Contexto-Enfermagem; 2005;14:38–46.
 30. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. Arch Fam Med. 1999;8(4):301–6.
 31. Borres MP, Hägg A. Child abuse study among Swedish physicians and medical students. Pediatr Int. 2007 Apr;49(2):177–82.
 32. Beauchesne MA, Kelley BR, Lawrence PR, Farquharson PE. Violence prevention: a community approach. J Pediatr Health Care. 1997 Jan;11(4):155–64.
 33. Bourroul ML de M, Rea MF, Botazzo C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Interface - Comun Saúde, Educ. Comunicação, Saúde, Educação; 2008 Dec;12(27):737–48.
 34. Hernández G G, Kimelman J M, Montino R O. Perinatal mental health during the hospital care of labor and puerperal period . Salud Ment Perinat en la Asist Hosp del parto y puerperio. Depto. de Psiq. y Salud Mental, Campus Sur, Universidad de Chile, Chile; 2000;128(11):1283–9.
 35. Moura ATMS de, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço

- público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005 Aug;21(4):1124–33.
36. Algeri S, Souza LM de. Violence against children and adolescents: a challenge in the daily work of the nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2006 Aug;14(4):625–31.
37. Ceballos García L. Aproximación al diagnóstico diferencial de las quemaduras intencionales en los niños. *Gac Med Caracas*. Academia Nacional de Medicina; 2005;113(4):556–68.
38. Domínguez R. Síndrome de Münchhausen por poder. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. Sociedad Uruguaya de Pediatría; 2011 [cited 2017 Dec 18];82(1):36–8. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492011000100009&lang=pt
39. Landa-Contreras E, Alvites-Ahumada MP, Fortes-Álvarez JL. Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2014 [cited 2017 Dec 18];34(124):791–5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
40. Andrade E, Nakamura E, De Paula C, Do Nascimento R, Bordin I, Martin D. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc São Paulo*. 2011;20(1):147–55.
41. Gomes V, Fonseca A. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. *Texto Context - Enferm*. *Enfermagem*; 2005;14(spe):32–7.
42. de la Barra M F, Álvarez P P, Toledo D V, Rodríguez T J, Caris N L. Pesquisa de maltrato infantil y juvenil. *Rev Chil pediatría*. Sociedad Chilena de Pediatría; 1995 Apr;66(2):112–7.
43. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Prescott L, Meyer W, Tracy JK, et al. Screening for harsh punishment in a pediatric primary care clinic. *Child Abuse Negl*. 2009 May;33(5):269–77.

44. Siegel RM, Joseph EC, Routh SA, Mendel SG, Jones E, Ramesh RB, et al. Screening for Domestic Violence in the Pediatric Office: A Multipractice Experience. *Clin Pediatr*. 2003 Sep;42(7):599–602.
45. Scholer SJ, Hudnut-Beumler J, Dietrich MS. Why parents value a brief required primary care intervention that teaches discipline strategies. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012 Jun;51(6):538–45.
46. Johnson CD, Fein JA, Campbell C, Ginsburg KR. Violence prevention in the primary care setting: a program for pediatric residents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 May;153(5):531–5.
47. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Acad Pediatr*. 2011;11(6):474–80.
48. Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS, Venepally M, Jans M. The safe environment for every kid model: Impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*. 2011;127(4):e962–70.
49. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009 Mar;123(3):858–64.
50. Alonso J, Castellanos J. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Interv Psicosoc*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2006;15(3):253–74.
51. Brito A, Zanetta D, Mendonça R, Barison S, Andrade V. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):143–9.
52. Marín M. Reflexiones: ¿el maltrato es un problema de salud? *Rev haban cienc méd*. ISCMH; 2007;6(1).
53. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria en Salud. Santiago; 2014.
54. Ministerio del Interior y Seguridad. Boletín Comunal La Pintana: Victimización ENUSC y casos policiales de delitos de mayor connotación social Año 2012. 2012.
55. Dubowitz H, Lane WG, Semiatin JN, Magder LS, Venepally M, Jans M. The safe environment for every kid model: impact on pediatric primary care professionals. *Pediatrics*. 2011 Apr;127(4):e962-70.

56. López Stewart C, Lara MG, Amighetti LD, Wissow LS, Gutierrez MI, Levav I, et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2000 Oct;8(4):257–67.
57. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Proyectos sobre Competencias en el Contexto de la OCDE: análisis de base teórica y conceptual [Internet]. Neuchâtel: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 1999. Available from: <http://www.deseco.admin.ch/bfs/deseeco/en/index/03/02.parsys.59225.download-List.58329.DownloadFile.tmp/1999.proyectoscompetencias.pdf>
58. Centro Interuniversitario de Desarrollo CINDA. Competencias de egresados. Santiago: Alfabetas Artes Gráficas; 2004.
59. Cano M. La evaluación por competencias en la educación superior. Profesorado. *Rev Curric y Form Profr*. 2008;12(3):1–16.
60. Bunk G. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la RFA. *Rev Eur Form Prof*. 1994;1(1):1–14.
61. Soto-Fuentes P, Reynaldos-Gardón K, Martínez-Santanta D, Jerez-Yáñez O. Competencias para la enfermera / o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014;14(1):79–99.
62. Andrade EM, Nakamura E, de Paula CS, do Nascimento R, Bordin IA, Martin D. Health Professionals' Views About Domestic Violence Against Children and Teenagers: a qualitative study. *SAUDE E Soc*. 2011;20(1):147–55.
63. Jabour Saraiva R, Rosas AMT., Valente GSC, Viana LDO. Qualificação do enfermeiro no cuidado a vítimas de violência doméstica infantil. *Cienc y enfermería*. Universidad de Concepción; 2012 Apr;18(1):17–27.
64. Gasca-Pliego E, Olvera-García JC. Construir ciudadanía desde las universidades, responsabilidad social universitaria y desafíos ante el siglo XXI. *Convergencia* [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración; 2011 [cited 2016 Feb 20];18(56):37–58. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000200002&lng=es&nrm=iso&tIng=es

65. Rodríguez-Ponce E. El rol de las universidades en la sociedad del conocimiento y en la era de la globalización: evidencia desde Chile. *Interciencia*. 2009;34(11):822–9.
66. Peres AM, Chavez MMN, Merchan M. Metodología hermenéutica-dialéctica en investigación en enfermería. In: do Prado ML, de Souza M, Monticelli M, Cometto MC, Gómez P, editors. *Investigacion cualitativa metodologia y didáctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad Federal de Santa Catarina; 2013. p. 76–87.
67. Minayo MC de S, Souza ER de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Colet* [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1999 [cited 2017 Dec 17];4(1):7–23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=pt&tlng=pt
68. Fonseca RMGS, Egry EY. Epidemiología social. In: Egry EY, Hino P, editors. *Las necesidades en salud desde la perspectiva de la atención básica Guía para investigadores*. Sao Paulo: Dedone Ltda.; 2009. p. 120.
69. Minayo MC de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiro. In: Ministério da Saúde S de V em S, editor. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília; 2005. p. 340.
70. Maria R, Serpa G, Fonseca D. GÊNERO COMO CATEGORIA PARA A COMPREENSÃO E A INTERVENÇÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO ÂMBITO DA SAÚDE DO ADULTO. PROENF- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto [Internet]. v. e. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008 [cited 2017 Dec 17]. p. 9–39. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185059/mod_resource/content/3/Gênero - Rosa Godoy.pdf
71. Egry EY, Fonseca RMGS da, Oliveira MA de C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Associação Brasileira de Enfermagem; 2013 Sep [cited 2018 Jan 12];66(spe):119–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700016&lng=pt&tlng=pt

72. Castro MG. Alquimia de categorias sociais na produção dos sujeitos políticos. *Estud Fem.* 1992;(0/92):57–73.
73. Qvortrup J. Nove teses sobre a “infância como um fenômeno social.” *Pro-Posições* [Internet]. *Pro-Posições*; 2011 Apr [cited 2018 Jan 12];22(1 (64)):199–211. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072011000100015&lng=pt&tlng=pt
74. Beneitone P, Esquetini C, González J, Marty M, Siufi G, Wagenaar R. Tuning América Latina. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Publicaciones de la Universidad de Deusto Apartado; 2007. 415 p.
75. Beneite P, Esquetini C, González J, Marty M, Siufi G, Wagenaar R. Tuning América Latina. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Publicaciones de la Universidad de Deusto Apartado; 2007. 415 p.
76. OECD. *Health at a glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. 2013. 210 p.
77. Le Boterf G. *Ingeniería de las competencias*. 1st ed. Barcelona: Gestión 2000; 2001.
78. CINDA. *Diseño curricular basado en competencias y aseguramiento de la calidad en la educación superior* [Internet]. 2008. 509 p. Available from: <http://www.upch.edu.pe/rector/dugec/images/files/biblioteca/39.PDF>
79. Council of the National Postsecondary Education Cooperative. *Defining and Assessing Learning: Exploring Competency-Based Initiatives: Report of the national postsecondary education cooperative working group on competency-based in postsecondary education*. U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. 2002.
80. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* United States; 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7.
81. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Educación. JRBC. *Educación XX1 : revista de la Facultad de Educación*. [Internet]. Educación XX1. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1998 [cited 2018 Jan 11]. Available from: <http://www.redalyc.org/html/706/70643085001/>

82. Tejada Fernandez J, Ruiz Bueno C. Evaluación de competencias profesionales en Educación Superior. Retos e implicaciones. Educ XX1. Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2016;19(1):17–37.
83. Minayo M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8th ed. São Paulo: Hicitec; 2004.
84. Pontificia Universidad Católica de Chile. Historia Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. Available from: <http://www.uc.cl>
85. Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. 60 años 1954-2014 Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. 2014.
86. Secretaría General de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Estatutos Generales Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet]. 2016. Available from: http://secretariageneral.uc.cl/images/2_-_Estatutos_Generales_de_la_PUC_actualizado13octubre2017.pdf
87. Acreditación Institucional UC [Internet]. [cited 2017 Dec 16]. Available from: <http://acreditacion.uc.cl/>
88. Pedro ENR, Brondani JP, Grajales RAZ, Juárez LG. Grupo focal en investigación cualitativa en enfermería. In: do Prado ML, de Souza M, Monticelli M, Cometto MC, Gómez P, editors. Investigación cualitativa metodología y didáctica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidad Federal de Santa Catarina; 2013.
89. Minayo MC de S. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. Rev Pesqui Qual São Paulo (SP), v 5, n 7, p 01-12,. 2017;(April):140–58.
90. Bardin L. Análise de conteúdo. 1st ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
91. de Souza F, Costa A, Moreira A, de Souza D, Freitas F. webQDA. Qualitative data analysis. Aveiro: UA Editora; 2016.
92. Ministerio de Salud de Chile, UNICEF. GUÍA CLÍNICA : Detección y primera respuesta a niños , niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. 2013. 1-131 p.
93. Régio L, Egry EY, Apostólico MR, Paulo S, Paulo S. Por que estudar os saberes necessários para o enfrentamento da violência infantil na Atenção Primária à Saúde ? Why study the knowledge necessary to struggle with child violence in Primary Health Care ? 1:372–4.

94. Ministerio Secretaría General de la Presidencia Chile. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Chile; 1980. Available from: <https://www.bcn.cl/>
95. Bustos I, Cruz-Coke C, Mohor S, Verdugo M. Manual de educación cívica. 6th ed. Andrés Bello; 1991. 256 p.
96. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. 2014;62(5):313–25. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961714000865>
97. Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, da Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: A study performed in a Brazilian city. *Rev da Esc Enferm*. 2015;49(4):555–62.
98. Lima J, Deslandes S. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15(38):819–32.
99. Chaves MMN, Egry EY. Conferências Municipais de Saúde: o movimento social organizado na construção de intervenções em saúde. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 2012 Dec [cited 2017 Dec 20];46(6):1423–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600020&lng=pt&tlng=pt
100. Calheiros M, Lima M, Silva C. Extravasamento trabalho-família : quando é que as condições de trabalho contribuem para práticas maternas abusivas ... *Aletheia*. 2012;37:23–41.
101. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families CB. *Child Maltreatment 2015* [Internet]. 2017. Available from: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
102. Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E, et al. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*. 2008;122(3).
103. García PA, Maciera AP, Oliveira DESD de. O TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE

- VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDAS NA UNIDADE HOSPITALAR. Rev LEVS. 2017;20(20):29–56.
104. Klopfer U, Berger C, Lennertz I, Breuer B, Deget F, Wolke A, et al. [Institutional handling of sexual abuse: experiences, evaluations, and desires of abusing parents of sexually abused children]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. Germany; 1999 Nov;48(9):647–63.
 105. Arzobispado de Santiago Vicaría para la educación. Prevención de abusos sexuales en niños, niñas y jóvenes en el ambiente escolar. Santiago; 2009.
 106. World Health Organization. Violence Prevention: The evidence. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers. Ser briefings violence Prev Switz [Internet]. 2009 [cited 2017 Dec 19];1–18. Available from: <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>
 107. Naumann S, Kuschel A, Bertram H, Heinrichs N, Hahlweg K. [Promotion of parental competence with triple P]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. Germany; 2007;56(8):676–90.
 108. Sodtke D, Armbruster MM. [ELTERN-AG--the low threshold school for parents for the early childhood]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. Germany; 2007;56(8):707–20.
 109. González Ospina LM, Paredes Nuñez LS. Apego y Resiliencia. CienciAmerica. 2017;6(3).
 110. Lecannelier F. Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y salud mental. Santiago: LOM.; 2006.
 111. Margarita LO, Patricia PN, Patricia SM. Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. Ter psicológica [Internet]. 2007;113–22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200002&lang=pt
 112. Salud Colectiva. » Jornada de Salud Comunitaria: Experiencias Territoriales de Educación en Salud · AgendaBioBio · Eventos de Emprendimiento, Innovación, Capacitación, Ciencia y Tecnología de la Región del Bío Bío [Internet]. [cited 2016 Mar 15]. Available from: <http://www.agendabiobio.cl/2015/08/jornada-de->

salud-comunitaria-experiencias-territoriales-de-educacion-en-salud.html

113. Berkers G, Biesart MCIH, Leeuwenburgh-Pronk WG. [Disciplinary verdicts in cases of child abuse; lessons for paediatricians]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* Netherlands; 2015;159:A8509.
114. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Competentieprofiel Kindermishandeling en huiselijk geweld. Opmaak buro-Lamp, Amsterdam; 2014.
115. Regio L. Atenção primária em saúde & enfrentamento da violência infantil: saberes necessários à formação e qualificação profissional. Universidade de São Paulo; 2016.
116. Nyame S, Howard LM, Feder G, Trevillion K. A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *J Ment Health.* England; 2013 Dec;22(6):536–43.
117. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Netherlands; 2014. 105 p.
118. ALADEFE y Universidad de Antioquía. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería: Necesidades, Tendencias y Desafíos. Bibl Lascasas [Internet]. 2006;2(3). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0156.pdf>
119. Anderson B, Nix E, Norman B, McPike HD. An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. *Nurse Educ Pract.* England; 2014 May;14(3):242–6.
120. Rojas Gonzalez PE, Pinedo Palacios JR, Palacios JRP. Violencia intrafamiliar y abuso sexual: ¿cómo integrarlos al currículo de pregrado de medicina? *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016;41(2):54–61. Available from: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/75>
121. Fonseca RMGS da. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença no âmbito da saúde do adulto. PROENF-Programa atualização em Enferm na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008;3:9–39.
122. Warrener C, Postmus JL, McMahon S. Professional Efficacy and Working With Victims of Domestic Violence or Sexual Assault. *Affilia.* 2013;28(2):194–206.

123. Buchmann WF. Adherence: A matter of self-efficacy and power. *Adherence A matter self-efficacy power*. 1997;26:132–7.
124. Kennedy KM, Scriver S. Recommendations for teaching upon sensitive topics in forensic and legal medicine in the context of medical education pedagogy. *J Forensic Leg Med*. England; 2016 Nov;44:192–5.
125. Kennedy KM, Vellinga A, Bonner N, Stewart B, McGrath D. How teaching on the care of the victim of sexual violence alters undergraduate medical students' awareness of the key issues involved in patient care and their attitudes to such patients. *J Forensic Leg Med*. England; 2013 Aug;20(6):582–7.
126. Cunningham M. Teaching Social Workers about Trauma: Reducing the Risks of Vicarious Traumatization in the Classroom. *J Soc Work Educ*. Taylor & Francis; 2004;40(2):305–17.
127. Durfee A, Rosenberg K. Teaching Sensitive Issues: Feminist Pedagogy and the Practice of Advocacy-Based Counseling. *Fem Teach* [Internet]. 2009;19(2):103–21. Available from: <https://muse.jhu.edu/article/262817>
128. Collins A. Teaching sensitive topics: transformative pedagogy in a violent society. *Altern Spec Ed*. 2013;(9):128–49.
129. Ramírez Bravo R. La pedagogía crítica: Una manera ética de generar procesos educativos [Internet]. *Folios*. scieloco; 2008. p. 108–19. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-48702008000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
130. Moreno JB, Rodríguez M, Flores M, González P. Contradicciones y propuestas para la educación en la sociedad del conocimiento. *Sophia* [Internet]. 2017;13(2):30–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-89322017000200030&script=sci_arttext&tlng=es
131. Unigarro Gutiérrez MA. Un modelo educativo crítico con enfoque de competencias [Internet]. *Green Papers - Documentos de trabajo*. 2017. Available from: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/dotr/article/view/1833/1921>
132. Ramírez-Romero J-L, Quintal-García N-A. ¿Puede ser considerada la pedagogía crítica como una teoría general de la educación? *Rev Iberoam Educ Super Super* [Internet]. 2011;2(5):114–25. Available from:

<http://ries.universia.net/index.php/ries/article/viewArticle/141>

133. Goldman JDG, Grimbeek P. Preservice teachers' sources of information on mandatory reporting of child sexual abuse. *J Child Sex Abus. United States*; 2015;24(3):238–58.
134. Leonello VM, De Campos Oliveira MA. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Rev da Esc Enferm [Internet]. Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 2007 Dec [cited 2017 Dec 20];41(SPECIALISSUE):847–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500019&lng=pt&tlng=pt
135. Manríquez Pantoja L. ¿Evaluación en competencias? *Estud pedagógicos [Internet]. Universidad Austral de Chile. Facultad de Filosofía y Humanidades*; 2012 [cited 2018 Jan 11];38(1):353–66. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052012000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=en
136. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. 2nd ed. México: Siglo XXI; 2005. 248 p.
137. Egry EY, Marquez CM da S, Fonseca. A avaliação de competências na perspectiva crítico-emancipatória. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2006;5(2):236–42.
138. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane database Syst Rev. England*; 2013 Mar;(3):CD002213.
139. Ribeiro IL, Júnior AM, Filho JB. Graduação em caráter multidisciplinar: contribuições do ensino na Atenção Primária em Saúde. In: Ferla AA, Pinto HA, editors. *Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho*. 2017. p. 168–86.
140. Lopes CS, Brisola EMA. TRABALHADORES DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL : DIFICULDADES VIVIDAS NO COTIDIANO PROFISSIONAL. *Rev Ciências Humanas - Educ e Desenvol Hum - UNITAU*. 2017;10(20):134–47.
141. Barudy J, Labrin JB. *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil [Internet]*. 1st ed. Buenos Aires: Paidós; 1998. 305 p. Available from: <https://books.google.cl/books?id=4LQ9vgAACAAJ>
142. Maturana HR, Varela FJ. *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del*

entendimiento humano [Internet]. 19th ed. Santiago: Organización de Estados Americanos, OEA; 2009. Available from: <https://books.google.cl/books?id=CtSXjgEACAAJ>

APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Enfermería



Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL I FORO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINARIO "FORTALEZAS Y LIMITACIONES DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES".

Estimado Participante: El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no participar de este estudio de investigación que aborda las fortalezas y limitaciones de la formación profesional en el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. La investigadora principal de este estudio es la Enfermera Dayann Martínez Santana, candidata a doctor del programa de doctorado en Enfermería de la Universidad de São Paulo, Profesor Asistente Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos de la investigación: El objetivo de este estudio es comprender los límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, en cualquiera de sus tipos. Su participación contribuirá al cumplimiento de este objetivo, puesto que permitirá conocer desde su área de acción profesional, su percepción respecto de la formación profesional para el enfrentamiento de este problema social.

Procedimientos de la Investigación: Se realizará un foro académico interdisciplinario de 4,5 horas de duración, durante la mañana del 22 de agosto del presente año. En este foro se realizarán exposiciones y se fomentará la discusión y reflexión sobre: los contenidos relacionados a cualquier tipo de violencia contra niños, niñas y adolescentes que se explicitan en los programas de cursos de las distintas unidades académicas de la UC; aquellos contenidos que, a pesar de no estar explícitos en los programas, son abordados durante el desarrollo del curso y favorecen la formación de competencias profesionales para enfrentar esta problemática y aquellos contenidos que necesariamente deberían estar presentes en la formación profesional. Para esta actividad se invitarán a participar: académicos UC, estudiantes y profesionales vinculados a temas de infancia, adolescencia, familia, comunidad y/o sociedad.

Así mismo, en este foro, se buscará determinar las competencias interdisciplinarias fundamentales para que un profesional egresado de la UC, pueda afrontar este problema desde su lugar de trabajo. También se le solicitará que conteste un cuestionario anónimo individual con datos generales de usted como participante, con preguntas abiertas y cerradas que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo para responder.

(Hoja 1 de 3)

Versión 2: Julio2016

Es importante informarle que todo el desarrollo del foro será grabado en formato de audio y posteriormente se transcribirá textualmente la opinión de los participantes. Del mismo modo, el equipo de investigación realizará observaciones escritas, las cuales se registrarán en una bitácora. Ambos procedimientos resguardarán el anonimato y confidencialidad de las opiniones emitidas por cada participante. Todos los datos recolectados se utilizarán con fines de investigación.

Beneficios: A pesar de que usted como participante de forma individual no recibirá ningún beneficio, los resultados de este estudio permitirán la construcción de las bases que fundamentarán una propuesta de formación interdisciplinaria e intersectorial para enfrentar la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Usted recibirá un certificado de participación que podrá utilizar con los fines que estime pertinente.

Riesgos: No existen riesgos conocidos para participar en esta actividad, además la investigadora principal hará todo lo posible para que su participación no sea incomoda y se mantenga un ambiente de respeto ante la diversidad de opiniones.

Confidencialidad de la Información: La información recolectada durante el desarrollo del foro junto con la encuesta de caracterización del participante, se manejarán solo por el equipo investigador en estricta confidencialidad, serán guardadas con llave en las oficinas del proyecto en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las grabaciones serán destruidas posterior a la transcripción del foro.

Los resultados del foro académico serán presentados de manera global por medio de un informe ejecutivo a cada unidad académica participante, manteniendo el anonimato cuando usted lo desee. Los resultados del estudio además serán presentados en congresos y en publicaciones resguardando su identidad.

Voluntariedad: Su participación es completamente voluntaria. Si Usted está de acuerdo con participar, se le pedirá que participe en el foro y responda el cuestionario de caracterización del participante. **Además, usted podrá solicitar, si lo desea, que su opinión manifestada durante el desarrollo del foro no sea utilizada en el análisis posterior. Usted es libre para decidir participar en este estudio. Su negativa no afectará su actual o futura relación con su lugar de trabajo o con la Pontificia Universidad Católica de Chile. No se informará a nadie sobre quién participó y quien no lo hizo en el caso que no quisiera. En cualquier momento, usted puede decidir no responder preguntas, o puede decidir dejar de ser un participante en el proyecto sin dar razones.**

Preguntas: Dejamos abierta la posibilidad de responder dudas que usted tenga o proporcionarle información acerca de dónde acudir en caso de necesitarlo. Al finalizar el proyecto de 12 meses de duración, le invitaremos a participar en una reunión grupal, para dar a conocer los resultados generales obtenidos en este estudio.

(Hoja 2 de 3)

Versión 2: Julio2016

Si usted tiene cualquier pregunta como participante de este estudio, puede contactar a la **Sra. Dayann Martínez Santana, Directora del proyecto**, al teléfono: 02-354 7272 o al e-mail: dcmartin@uc.cl. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación, usted puede llamar a la Dra. Beatriz Shand Klagges, Presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono 2 23548173, o por el e-mail: cecmeduc@med.puc.cl.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y **que me puedo negar a participar o retirarme de ella en el momento que lo desee, sin que eso signifique ningún perjuicio para mí, en mi relación con las autoridades de la Universidad ni en mi derechos que tengo con funcionario de este Establecimiento.**
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me corresponda.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.
- Dejo constancia que acepto participar en la investigación.
- Firmo en dos copias este consentimiento voluntariamente, y sin haber sido forzado u obligado.

Acepta Usted participar en este estudio: Si NO

Acepta Usted que su nombre aparezca dentro de la lista de participantes en el informe de resultados del Foro: Si NO

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma Investigador Principal

¡Asegúrese de conservar una copia del consentimiento en caso de cualquier duda!



Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Enfermería



Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA PARTICIPACIÓN EN EL TALLER PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: "FORTALEZAS Y
LIMITACIONES DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES"**

Estimado Participante: El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no participar de este estudio de investigación que aborda las fortalezas y limitaciones de la formación profesional en el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes. La investigadora principal de este estudio es la Enfermera Dayann Martínez Santana, candidata a doctor del programa de doctorado en Enfermería de la Universidad de São Paulo, Profesor Asistente Adjunto de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivos de la investigación: El objetivo de este estudio es comprender los límites y fortalezas de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes, en cualquiera de sus tipos. Su participación contribuirá al cumplimiento de este objetivo, puesto que permitirá conocer desde su área de acción profesional, su percepción respecto de la formación profesional del enfermero (a) para el enfrentamiento de este problema social.

Procedimientos de la Investigación: Se realizará un taller participativo de 3 horas de duración durante la tarde del 22 de agosto del presente año, solo con profesionales de enfermería docentes de la UC y enfermeros(as) de los campos clínicos asociados. Éste consistirá en el análisis de un caso ficticio mostrado en un video, con la finalidad de describir el rol de enfermería en el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes y en la formación de competencias profesionales en esta área.

También se le solicitará que conteste un cuestionario anónimo individual con datos generales de usted como participante, con preguntas abiertas y cerradas que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo para responder.

Es importante informarle que todo el desarrollo del taller será grabado en formato de audio y posteriormente se transcribirá textualmente la opinión de los participantes. Del mismo modo, el equipo de investigación realizará observaciones escritas, las cuales se registrarán en una bitácora. Ambos procedimientos resguardarán el anonimato y confidencialidad de las opiniones emitidas por cada participante. Todos los datos recolectados se utilizarán con fines de investigación.

(Hoja 1 de 3)

Versión 2: Julio2016

Beneficios: A pesar de que usted como participante, de forma individual, no recibirá ningún beneficio a corto plazo, los resultados de este estudio permitirán la construcción de las bases que fundamentarán una propuesta de formación en enfermería para el enfrentamiento de la violencia infantil. Usted recibirá un certificado de participación que podrá utilizar con los fines que estime pertinente.

Riesgos: No existen riesgos conocidos para participar en esta actividad, además la investigadora principal hará todo lo posible para que su participación no sea incomoda y se mantenga un ambiente de respeto ante la diversidad de opiniones.

Confidencialidad de la Información: La información recolectada durante el desarrollo del taller junto con la encuesta de caracterización del participante, se manejarán solo por el equipo investigador en estricta confidencialidad, serán guardadas con llave en las oficinas del proyecto en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las grabaciones serán destruidas posterior a la transcripción del taller.

Los resultados del taller serán presentados de manera global por medio de un informe ejecutivo a la unidad académica, manteniendo el anonimato cuando usted lo desee. Los resultados del estudio además serán presentados en congresos y en publicaciones resguardando su identidad.

Voluntariedad: Su participación es completamente voluntaria. Si Usted está de acuerdo con participar, se le pedirá que participe en el taller y responda el cuestionario de caracterización del participante. **Además, usted podrá solicitar, si lo desea, que su opinión manifestada durante el desarrollo del taller no sea utilizada en el análisis posterior. Usted es libre para decidir participar en este estudio. Su negativa no afectará su actual o futura relación con su lugar de trabajo o con la Pontificia Universidad Católica de Chile. No se informará a nadie sobre quién participó y quien no lo hizo en el caso que no quisiera. En cualquier momento, usted puede decidir no responder preguntas, o puede decidir dejar de ser un participante en el proyecto sin dar razones.**

Preguntas: Dejamos abierta la posibilidad de responder dudas que usted tenga o proporcionarle información acerca de dónde acudir en caso de necesitarlo. Al finalizar el proyecto de 12 meses de duración, le invitaremos a participar en una reunión grupal, para dar a conocer los resultados generales obtenidos en este estudio. Si usted tiene cualquier pregunta como participante de este estudio, puede contactar a la **Sra. Dayann Martínez Santana, Directora del proyecto**, al teléfono: 02-354 7272 o al mail: dcmartin@uc.cl. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación, usted puede llamar a la Dra. Beatriz Shand Klagges, Presidente del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono 2 23548173, o por el e-mail: cecmeduc@med.puc.cl.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y **que me puedo negar a participar o retirarme de ella en el momento que lo desee, sin que eso signifique ningún perjuicio para mí, en mi relación con las autoridades de la Universidad ni en mi derechos que tengo con funcionario de este Establecimiento.**
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.
- Dejo constancia que acepto participar en la investigación:
- Firmo en dos copias este consentimiento voluntariamente, y sin haber sido forzado u obligado.

Acepta usted participar en este estudio: Si NO

Acepta usted que su nombre aparezca en el informe de resultados del taller: Si NO

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

Firma Investigador Principal

¡Asegúrese de conservar una copia del consentimiento en caso de cualquier duda!

APÉNDICE B

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DEL PARTICIPANTE

Código Entrevistador	
Código grupo focal	

No habrá grabación

Estimado participante, por medio de este cuestionario, queremos saber de Ud. y su actividad profesional:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 20-30 30-40 50-60 70 o más

Estado civil: soltero casado viudo separado

Nº de hijos: 0 1 2 3 4 5 o más

Sexo de los hijos: Femenino Masculino

Profesión (si es estudiante, especifique la carrera): _____ Estudiante Si No.

Horas de trabajo/semana: < 11 11-21 22-32 33-43 44 o+

Área de Trabajo: _____

Actividades/funciones que desempeña en su lugar de trabajo (docencia en infancia/familia/otro) Especificar.

Cursos en los cuales participa.

Religión:

Institución de formación Pública Privada

Nivel de formación: Pregrado Posgrado Diplomado

Tiempo de formación en años _____

Años transcurridos desde el término del pregrado _____

Formación en violencia o maltrato infantil durante el pregrado.

Sí No

Si respuesta es Sí, ¿Cuántas horas? _____ ¿En qué año? _____

Formación en violencia o maltrato infantil durante posterior al pregrado.

Sí No

Si respuesta es Sí, ¿Cuántas horas? _____ ¿En qué año? _____

¿Nivel de formación? Curso o taller Curso de formación profesional Posgrado

Si Ud. se desempeña fuera de la Universidad

¿Años de trabajo con población infantil? _____

Actividad desarrollada con población infantil y/o familia

Utiliza o a utilizado algún protocolo, norma o guía para enfrentar el maltrato infantil

Sí No ¿Cuál? _____

A la luz de las ponencias y desde el ejercicio de su profesión:

¿Podría describir las acciones que realiza el profesional para enfrentar este fenómeno en el campo laboral? ¿Qué competencias debe tener el profesional egresado para abordar esta problemática?

¿Cuál es su percepción sobre la formación en el pregrado para el enfrentamiento de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en su área de desarrollo?

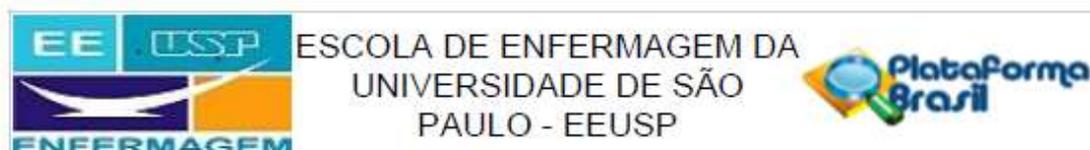
Desde su punto de vista, ¿Cuáles son los factores que dificultan el abordaje de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en su práctica profesional y local de trabajo? ¿Cuáles facilitan?

Desde su punto de vista ¿qué propuesta podría hacer para el enfrentamiento del fenómeno en la formación de los distintos profesionales?

¿Le gustaría agregar algún otro comentario?

8. ANEXOS

ANEXO 1– APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN COMITÉS DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LIMITES E POTENCIALIDADES DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS CRIANÇAS

Pesquisador: Dayann Martínez Santana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55713616.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.553.446

Apresentação do Projeto:

A violência contra crianças encontra-se ancorada num contexto histórico, social e cultural. É um fenômeno multifatorial onde a influência de modelos validados de reprodução e legitimação da violência são elementos relevantes. O propósito deste estudo é a construção das bases que irão apoiar uma proposta de formação interprofissional para lidar com a violência contra as crianças

Os pesquisadores pretendem realizar pesquisa exploratória descritiva, longitudinal de abordagem quantitativa e qualitativa, para compreender os limites e as potencialidades da formação profissional para o enfrentamento da violência contra as crianças.

Os dados serão recolhidos através de documentos, dados e estatísticas de diferentes instituições nacionais e internacionais, e coleta de plano de desenvolvimento da universidade, perfil do egresso, estrutura curricular, programas e bibliografia das disciplinas dos diferentes cursos de graduação.

Os pesquisadores pretendem também realizar um fórum interdisciplinar a fim de aprofundar o fenômeno capturado a partir dos textos e reinterpretar realidade objetiva. O fórum consistirá na apresentação dos conteúdos específicos de cada disciplina que favorecem a formação de competências e realização de grupos focais guiados por uma guia de entrevista como ferramenta da pesquisa que buscam capturar o discurso dos principais atores sobre os limites e

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

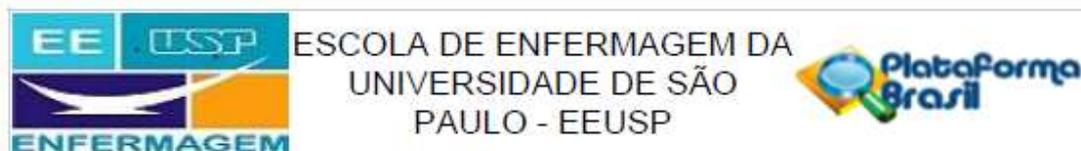
CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.553.446

possibilidades de currículo para treinamento de habilidades em lidar com a violência contra as crianças. Serão convidadas a participar as pessoas que cumprirem com os seguintes critérios de inclusão:

Crítérios de inclusão: Ser profissionais docentes da Pontificia Universidad Católica do Chile, com pelo menos um ano de experiência e 22 horas de trabalho diário que ditem disciplinas relacionadas com as crianças ou sua família; Profissionais ligados à universidade através dos locais de prática para os alunos; Profissionais de instituições-chave ligadas à infância; Estudantes da Pontificia Universidad Católica do Chile. A amostra final ficará constituída por 53 participantes no total: 43 profissionais e 10 alunos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Compreender os limites e as potencialidades da formação profissional para o enfrentamento da violência contra as crianças.

Objetivos específicos:

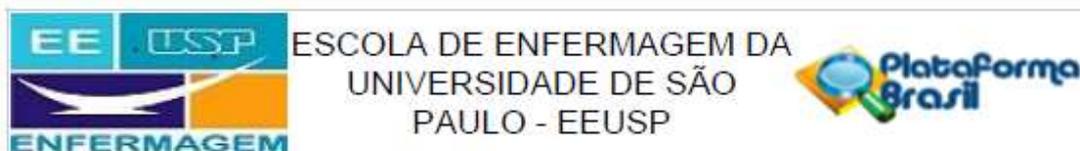
1. Descrever as competências para o enfrentamento da violência contra as crianças das profissões relacionadas com elas.
2. Compreender a relação entre diretrizes curriculares com as políticas nacionais e internacionais concernentes às crianças.
3. Compreender a relação entre a produção científica docente e discente dentro da instituição com a produção e linhas de investigação nacionais e internacionais concernentes às crianças
4. Compreender a percepção da formação profissional do corpo docente para lidar com a violência em sua área.
5. Descrever as contradições estruturais, particulares e singulares entre o perfil epidemiológico, metas de saúde e as características da formação de profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nesta pesquisa, principalmente teórica, os participantes falarão livremente nos grupos focais e na oficina pedagógica. A participação das pessoas será voluntária, após da assinatura do consentimento livre e esclarecido. No caso em que um participante não deseje que seu discurso seja usado para fins de pesquisa, ele será removido a partir e não serão considerados na análise.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.553.446

Os participantes podem retirar-se do fórum quando quiserem. Nos casos em que surgirem experiências pessoais referentes à presença de maus-tratos que afetem o bem-estar psicológico do participante, situação que tentará ser evitada durante todo o processo do grupo focal, o participante será encaminhado a um profissional competente da área de saúde mental. Os custos serão assumidos pela pesquisa. A respeito da dignidade do participante: Para pautar a confidencialidade, será atribuído um código ou discurso dos grupos focais. Na transcrição não se escreverão os nomes ou qualquer dado sensível que poderia permitir identificar os participantes, como, por exemplo, o curso o lugar ao qual pertencem, portanto, os dados serão analisados em âmbito universitário. As transcrições dos grupos focais serão guardadas em um armário à chave em um escritório da Escola de Enfermagem da Universidade Católica do Chile, que também será trancado à chave. Os arquivos computacionais serão armazenados em um único computador e só se poderá ter acesso a eles por meio de um código de acesso, conhecido apenas pelo pesquisador principal. As gravações da fala serão apagadas posteriormente à transcrição. As autoridades e informantes-chaves apenas terão acesso aos resultados globais da pesquisa. Todos os pesquisadores ou ajudantes que participarem do desenvolvimento do projeto assinarão um contrato de confidencialidade. Finalmente, as publicações geradas neste projeto mostraram os resultados globais.

Benefícios:

O participante não se beneficiará diretamente da participação no estudo, contudo os resultados contribuirão para gerar propostas de intervenção que melhorem os processos de formação no enfrentamento da violência contra as crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

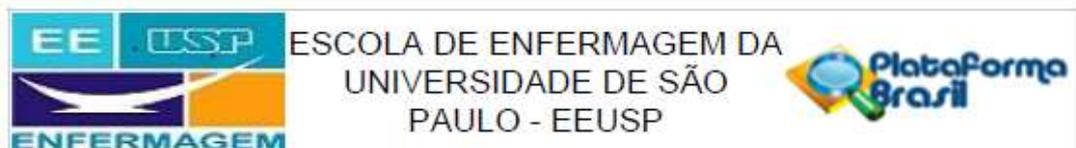
Trata-se de pesquisa que aborda tema relevante: o enfrentamento da violência contra crianças. A proposta é realizar pesquisa sobre diferentes instituições nacionais e internacionais e também um fórum interdisciplinar com docentes, colaboradores e alunos da Pontificia Universidad Católica do Chile. Nenhum participante será recrutado no Brasil. O projeto é bem apresentado e será desenvolvido somente naquele país. Os pesquisadores informam que será submetido à comissão de ética da instituição no Chile.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido é bem redigido, contempla aspectos da confidencialidade e liberdade de participação dos que forem convidados ao projeto.

O texto é claro, informa a duração das oficinas, os riscos e benefícios de participação, no entanto

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.553.446

não faz menção à questão da indenização por danos decorrentes da pesquisa. Considerando-se que o termo não será utilizado em território nacional, entende-se que essa exigência é dispensável no projeto em tela, pois a pesquisa será realizada exclusivamente no Chile.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_689359.pdf	02/05/2016 17:00:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Proyecto_tesis_curriculum_Chile_comite_Etica_USP_Abril_2016_TCLE.docx	02/05/2016 16:59:27	Dayann Martinez Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proyecto_tesis_curriculum_Chile_comite_Etica_USP_Abril_2016.pdf	02/05/2016 16:59:09	Dayann Martinez Santana	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rostro_assinada.pdf	02/05/2016 16:38:16	Dayann Martinez Santana	Aceito

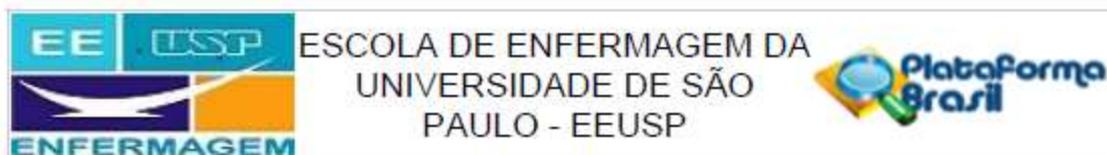
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



Continuação do Parecer: 1.553.446

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 E-mail: cepee@usp.br



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO | CEC MED UC

Santiago, 21 de Julio de 2016.

SE APROBÓ EL SIGUIENTE PROYECTO

Número Proyecto: 16-127

Investigador Responsable: **Martínez, Dayann**
Escuela de Enfermería

Financiamiento: Fondo de apoyo a la organización de reuniones científicas y seminarios interdisciplinarios 2016.

Título PROYECTO: Límites y potencialidades de la formación profesional para el enfrentamiento de la violencia infantil.

Se acusa recibo de los siguientes documentos:

Carta del Investigador responsable solicitando la revisión y aprobación de nuevo estudio en referencia; Carta de respaldo del jefe de Departamento de Salud del Niño y del Adolescente, Sra. Solange Campos Romero

Documentos revisados y aprobados por el comité:

Solicitud para la aprobación de investigación que involucre seres humanos o uso de muestras humanas; Proyecto de investigación in extenso, versión 2.

Documento de consentimiento informado para la realización de un foro en violencia infantil, versión 2.

Consentimiento informado para la realización de un Taller de docentes de la Escuela de Enfermería, versión 2.

Instrumento de recolección de datos para caracterización del participante

Guía para la realización de focus group y taller docente, versión 2

Ficha de presentación a la VRI, aprobación del comité de ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.

Resolución del CEC Med UC :

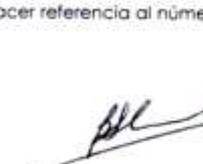
Este proyecto ha sido aprobado con fecha 21 de julio de 2016 y tiene vigencia de un año. Para extender esta aprobación, el Investigador Responsable deberá solicitar al Comité de Ética la renovación anual del estudio con al menos 45 días de anticipación.

Se solicita, previo al reclutamiento de pacientes/participantes, timbrar la última versión aprobada del documento de consentimiento informado y velar, como Investigador Responsable, por la realización del proceso de consentimiento informado, utilizando las copias de la versión original (timbradas y firmadas por el CEC MedUC).

Por favor lea cuidadosamente la hoja anexa a esta carta en la que se indican todas sus responsabilidades como investigador responsable de este estudio.

Se le solicita en toda futura correspondencia hacer referencia al número del Proyecto asignado 16-127

Le saluda atentamente,




DRA. BEATRIZ SHAND KLAGGES
Presidente CEC-MedUC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC Med UC

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina CEC-Med UC. Este Comité adhiera a los principios éticos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Este Comité cumple además con las guías de buena práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (ICCP-ICH), y con las leyes chilenas 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal.

**ANEXO 2 – Consolidated criteria for reporting qualitative studies
(COREQ): 32-item checklist**

No. Item	Guide questions/description	Reported in Section
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	Which author/s conducted the inter view or focus group?	5.3
2. Credentials	What were the researcher’s credentials?	1
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	1
4. Gender	Was the researcher male or female?	1
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	5.3
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	5.3
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Ap. A
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	5.3
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	4
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g.	5.5

	purposive, convenience, consecutive, snowball	
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	5.5
12. Sample size	How many participants were in the study?	5.3.2
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	5.3.2
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	5.3
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	6.3.2
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	6.3.2
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Ap. B
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	5.3
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	5.3
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	5.3
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	5.3
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	5.3
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	5.3
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	6.3.4.1
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	6.3.4
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	6.3.4

27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	5.4
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	5.4
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	6.3.4
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	6
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	6
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	7

ANEXO 3– Listado de cursos de pregrado relacionados a niño, niña, adolescente, familia, comunidad, sociedad y derechos humanos.

CARRERA	NOMBRE CURSO
Medicina	Salud pública
	Pediatría y cirugía infantil
	Internado de pediatría
	Pobreza y salud*
	Medicina familiar
	Cmd salud, cultura y persona*
	Salud y comunidad*
Enfermería	Cuidados de enfermería en el ciclo vital
	Enfermería en salud de la comunidad II
	Enfermería en salud de la comunidad I
	Cuidados de enfermería en la infancia y adolescencia
	Enfermería en salud familiar*
Odontología	Cmd: salud, cultura y persona*
	Clínica integral del niño II
	Clínica integral del niño I
	Salud pública
	Semiología y anamnesis para ciencias de la salud
Nutrición	Fisiopatología pediátrica
	Salud pública
	Dietoterapia pediátrica
Kinesiología	Ciclo vital
	Salud pública
Fonoaudiología	Psicología del desarrollo I
	Alteraciones del sistema nervioso en niños y adolescentes
	Intervención en la comunicación de niños y adolescentes
	Salud pública
	Evaluación de los trastornos de la comunicación en niños y adolescentes
Psicología	Psicología social
	Psicología del desarrollo I
	Psicología del desarrollo II
	Psicopatología infanto juvenil
	Promoción y prevención de salud para niños y adolescentes*
	Estrategias de intervención en comunidades
	Iniciación profesional a la psicología de la salud
	Iniciación profesional a la psicología comunitaria
	Práctica en psicología de la salud*
	Taller de intervención en psicología educacional*
	Análisis del sistema educacional*
Trabajo social	Trabajo social y derechos humanos
	Trabajo social e intervención social

	Trabajo social y familia
	Sistemas de protección social
	Políticas sociales y familia*
	Interdisciplinario de derechos humanos *
Derecho	Derechos fundamentales y derechos humanos
	Derecho de familia
	Políticas sociales *
	Análisis de las políticas sociales en Chile y América Latina
	Delitos contra la vida y la integridad corporal*
	Sistemas de protección social
Ciencias políticas	Seguridad humana y sus amenazas*
	Problemas y políticas sociales*
	Sistemas de protección social*
Educación	Familia, comunidad y educación
	Promoción y protección de la salud en la infancia
	Aprendizaje y desarrollo del escolar
	Aprendizaje y desarrollo: teoría y práctica
	Aprendizaje y desarrollo del niño I: teoría y práctica
	Educación cultura y sociedad
* Curso no obligatorio para el 100% de los alumnos de la carrera.	

ANEXO 4 – Perfil de competencias para el enfrentamiento de la violencia desarrollado por la Asociación Médica Real de Holanda

Competencia 1: Tratamiento médico

1.1 El profesional médico requiere el conocimiento de:

- Forma, magnitud, señales y determinantes del abuso infantil y violencia doméstica,
- Efectos a corto y largo plazo tanto físicos, como personales, emocionales y psicológicos,
- Formas de prevención;
- Discusión de dudas y sospecha, incluyendo el manejo de las emociones, la resistencia y conflictos asociados a la lealtad.
- Métodos, técnicas e intervenciones efectivas para abordar los problemas subyacentes y / o las consecuencias del abuso infantil y violencia familiar
- Mantienimiento de la seguridad del paciente

1.2 El profesional médico: debe aplicar bien las estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas de la disciplina y, cuando sea posible, basado en la evidencia. Por lo que debe ser capaz de:

- Aplicar herramientas habituales en su entorno de trabajo para evaluar los riesgos en abuso infantil y violencia doméstica
- Detectar si la lesión está relacionada con la lesión en sí y actuar en consecuencia.
- Reconocer y analizar las señales de abuso infantil y violencia doméstica
- Describir y registre sistemáticamente los signos de lesión física.
- Justificar su sospecha de abuso infantil y violencia doméstica en concreto.

1.3 Brindar una atención al paciente efectiva y éticamente responsable. Siendo capaz de:

- Aplicar los pasos necesarios, dentro de los límites habituales de sus deberes, para asegurarse de que el abuso infantil y violencia doméstica se detenga.
- Elaborar un plan de seguridad en consulta con el paciente.
- Proporcionar seguridad y protección inmediatas en situaciones de crisis, posiblemente a través de la policía.
- Monitorear activamente el progreso y la efectividad de la asistencia en el caso de abuso infantil y violencia doméstica o transfiera esta responsabilidad.

1.4 El médico encuentra rápidamente la información requerida y la aplica correctamente.

Competencia 2: Comunicación

2.1 Desarrollar relaciones de tratamiento efectivas con los pacientes. De manera que el profesional deberá ser capaz de:

- Discutir las conductas y señales de abuso infantil y violencia intrafamiliar de una manera abierta y respetuosa, así como las posibilidades de llegar a una solución con el paciente y / o los involucrados.

2.2 Escuchar bien y obtener información relevante del paciente de manera eficiente.

2.3 Analizar bien la información médica con los pacientes y, si se desea, con la familia. Siendo capaz de:

- Proporcionar información sobre el seguimiento de una manera apropiada y clara cuando se trata de abuso infantil y violencia doméstica.
- Discutir con el paciente y/o partes involucradas cuando requiera hacer un informe
- Analiza los aspectos de seguridad y/o partes involucradas en la divulgación de abuso infantil o violencia doméstica

2.4 Informar adecuadamente verbalmente y por escrito sobre el caso del paciente. Siendo capaz de:

- Proporcionar información verbal o escrita, apropiada, concreta y concisa sobre abuso infantil o violencia doméstica a otros profesionales.
- Realizar un seguimiento de los hechos y eventos tanto como sea posible, haciendo una distinción entre la información propia y la información de terceros.
- Registrar hechos en la ficha que corroboren el abuso infantil o violencia doméstica. (sospechosos o establecidos).

<p>Competencia 3: Cooperación</p> <p>3.1 <i>Consultar de manera eficiente con colegas y otros proveedores de atención médica. Por lo que el profesional deberá ser capaz de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rectificar la sospecha de abuso infantil/violencia doméstica con sus colegas. - Solicitar consejo/consulta del la organización de Asesoramiento y - Denuncia de abuso infantil al Centro de asesoramiento y denuncia de abuso infantil (AMK - Advies- en Meldpunt Kindermishandeling) o Centro de Violencia Doméstica (SHG - Steunpunt Huiselijk Geweld) sobre sus sospechas y hallazgos. - Coordinar las metas y actividades deseadas en abuso infantil y violencia doméstica con otros proveedores de atención o profesionales involucrados con el paciente. - Establecer acuerdos específicos sobre la implementación, con otros proveedores de atención o profesionales involucrados con el paciente - Decidir quién es responsable de la coordinación y el tratamiento en de abuso infantil y violencia doméstica <p>3.2 <i>Referir adecuadamente. Por lo que el profesional deberá ser capaz de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar la sospecha de abuso infantil y violencia doméstica o solicitar investigación adicional. - Iniciar la asistencia de emergencia para detener la violencia o, cuando sea necesario, inicia las intervenciones para detener abuso infantil y violencia doméstica. - Referir una sospecha de abuso infantil y violencia doméstica y / o enviar informes a abuso infantil o violencia doméstica al Centro de Asesoramiento y Denuncia de Abuso infantil o al Centro de Violencia Doméstica respectivamente. <p>3.3 <i>Proporcionar una consulta interdisciplinaria efectiva.</i></p> <p>3.4 <i>Contribuir a la cooperación interdisciplinaria efectiva y a la continuidad de la atención. Por lo que el profesional deberá ser capaz de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer las tareas y responsabilidades de otros profesionales y organizaciones relevantes que puedan estar involucrados en abuso infantil y violencia doméstica y saber cómo contactarlos. - Hacer un informe a la unidad de referencia de jóvenes con riesgo, si es necesario, para verificar una sospecha de abuso infantil y violencia doméstica o para coordinar la asistencia.
<p>Competencia 4: Conocimiento y ciencia</p> <p>4.1 <i>Considerar que la información médica es crítica.</i></p> <p>4.2 <i>Promover la ampliación y el desarrollo del conocimiento científico.</i></p> <p>4.3 <i>Desarrollar y mantener una capacitación personal y un plan de actualización.</i></p> <p>4.4 <i>Promover la experiencia de estudiantes, residentes, colegas, pacientes y otras personas involucradas en la atención médica.</i></p>
<p>Competencia 5: Acción social</p> <p>5.1 <i>Conocer y reconocer los determinantes de la enfermedad.</i></p> <p>5.2 <i>Promover la salud de los pacientes y la comunidad en general.</i></p> <p>5.3 <i>Actuar de acuerdo con las disposiciones legales pertinentes. Por lo que el profesional debe ser capaz de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber qué rol y qué opciones de acción tiene dentro de las leyes y regulaciones aplicables y protocolos en violencia y cuándo tiene que llamar a otros. - Actuar de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables con respecto a la privacidad y el secreto profesional en abuso infantil y violencia doméstica <p>5.4 <i>Responder adecuadamente a los incidentes en el cuidado de la salud.</i></p>
<p>Competencia 6: Organización</p> <p>6.1 <i>Organizar el trabajo para lograr un equilibrio en la atención del paciente y el desarrollo personal.</i></p> <p>6.2 <i>Trabajar de manera efectiva y eficiente dentro de una organización de atención médica.</i></p> <p>6.3 <i>Gastar los recursos disponibles para la atención del paciente de manera responsable.</i></p> <p>6.4 <i>Utilizar la tecnología de la información para una atención óptima del paciente y para la capacitación continua.</i></p>
<p>Competencia 7: Profesionalismo</p> <p>7.1 <i>Proporcionar atención de alta calidad para el paciente de una manera honesta, sincera e involucrada. Para esto el profesional debe ser capaz de:</i></p>

- Ser consciente de que el abuso infantil y la violencia doméstica pone en peligro el derecho de los niños al desarrollo y bienestar saludables. El médico también debe conocer los derechos de los adultos.
- Conocer sus propias normas y valores que juegan un papel en la señalización y la negociación del abuso infantil y la violencia doméstica.
- Comprender otros puntos de vista culturales y filosóficos, pero también está dispuesto a establecer límites en el comportamiento de los adultos en aras de la seguridad.
- Ser consciente de que todas las personas con las que trabaja pueden ser una víctima y/o un perpetrador.
- Relacionarse con respeto y empatía a todas las personas involucradas en el abuso infantil y la violencia doméstica

7.2 Tener un comportamiento profesional personal e interpersonal adecuado.

- Reflexionar sistemáticamente sobre la conducta profesional, el comportamiento y los propios métodos de trabajo y de otros profesionales

7.3 Conocer los límites de su propia competencia y actuar en consecuencia.

- Dar cuenta de que hay límites a la responsabilidad individual y las posibilidades en el abuso infantil y la violencia doméstica y está preparado para establecer estos límites.
- Estar preparado para pedir consejo o ayuda a tiempo cuando se trata de sospechas de el abuso infantil y la violencia doméstica
- Conocer sus fortalezas, debilidades, obstáculos, emociones y dilemas en el abuso infantil y la violencia doméstica y puede nombrarlos.

7.4 Aplicar la medicina según los estándares éticos habituales de la profesión.

Fuente: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Netherlands; 2014. 105 p.

Anexo 5 – Competencias deseables para el médico egresado UC en relación a VIF-AS

Dimensión	Competencia
Cognitivo	<p>Definir VIF-AS según la legislación Chilena vigente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer la epidemiología de VIF-AS en Chile. - Conocer algunos modelos comprensivos de VIF-AS, factores de riesgo y protección; y sus rangos de expresión. - Entender las consecuencias físicas, conductuales, psicológicas y emocionales de VIF-AS - Conocer historias, conductas, actitudes, síntomas y signos sugerentes de VIF-AS, tanto en las víctimas como en sus acompañantes. - Identificar preguntas apropiadas con las que los médicos pueden alentar a los pacientes a hablar sobre VIF-AS - Comprender que los factores culturales, incluyendo etnia y ruralidad, influyen en las respuestas que la comunidad tiene frente a VIF-AS. - Comprender por qué una víctima puede permanecer en una relación abusiva y las barreras para pedir ayuda - Identificar mitos sobre VIF-AS. - Conocer conceptos generales de intervención en crisis de primer orden - Conocer los principales elementos para evaluar riesgo inmediato y planificar estrategias de seguridad para la víctima. - Conocer el concepto de revictimización y sus consecuencias - Conocer los requerimientos legales Chilenos en relación a confidencialidad y denuncia. - Conocer el procedimiento de denuncia y sus implicancias para el médico y la víctima (legales, reparación), e identificar mitos en relación a éste. - Identificar los recursos disponibles para las víctimas (equipos, comunidad, judicial, e institucionales), y su rol. - Conocer los principios éticos en juego en relación a VIF-AS
Procedimental (habilidades)	<ul style="list-style-type: none"> - Educar en prevención de VIF-AS desde su espacio clínico (supervisiones de salud, atenciones clínicas, etc.) - Reconocer historias, conductas, actitudes, síntomas y signos sugerentes de VIF-AS, tanto en las víctimas como en sus acompañantes. - Evaluar a los pacientes en los que se sospecha VIF- AS a través de una historia clínica y examen de salud adecuado (de manera sensible, empática, acorde a su nivel de formación y evitando revictimizar) - Comunicarse verbal y no verbalmente de manera apropiada frente a una situación de sospecha y/o revelación de VIF-AS - Realizar una intervención en crisis de primer orden en víctimas de VIF-AS

	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar preocupación y apoyo, dentro de los límites profesionales apropiados. - Documentar de manera rigurosa y no sesgada las declaraciones y observaciones clínicas realizadas. - Evaluar el peligro y planificar la seguridad inmediata de la víctima - Revisar junto al paciente los recursos comunitarios y legales disponibles. - Derivar y asegurarse que los pacientes estén conectados con los especialistas y recursos necesarios. - Negociar roles y responsabilidades con el equipo de salud para identificar, intervenir y seguir a estos pacientes. - Educar a pacientes y sus familias acerca de los límites de la confidencialidad y los requerimientos de denuncia. - Acatar la normativa legal Chilena en relación a confidencialidad y denuncia.
Actitudinal	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer que el cuidado médico entrega una oportunidad de interrumpir el ciclo de violencia en individuos, familias y comunidades, demostrando una actitud de gravedad y urgencia sobre ésta como problema de salud - Asumir como responsabilidad profesional la identificación de víctimas, y proveer una intervención adecuada. - Reconocer que los valores, actitudes, creencias y experiencias personales que los profesionales tengan o hayan tenido en VIF-AS puede afectar el que ellos sospechen, indaguen, e intervengan en casos de este tipo. - Aceptar las respuestas de los involucrados en VIF-AS de manera comprensiva y sin emitir juicios de valor, aceptando que la víctima pueda no reconocerse como tal. - Reconocer y respetar el derecho de cada paciente mayor de edad a la autodeterminación, reconociendo que su empoderamiento puede ser un proceso de largo plazo. - Reconocerse como potencial agente revictimizante

Fuente: Rojas Gonzalez PE, Pinedo Palacios JR, Palacios JRP. Violencia intrafamiliar y abuso sexual: ¿cómo integrarlos al currículo de pregrado de medicina? ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016;41(2):54–61. Available from: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/75>