UNIVERSIDAD MAYOR
FACULTAD DE HUMANIDADES
POSTGRADO DE EDUCACION

Competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de los hijos en el Centro de Salud Familiar Clara Estrella, de la comuna de Lo Espejo, durante el año 2018.

SOLO USO ACADÉMICO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN EDUCACIÓN EMOCIONAL

Alumna: Carla Ferretti Céspedes
Profesor Guía: Dr., Hugo Barrientos.

2018

Dedicada a mis padres.

SOLO USO ACADÉMICO

AGRADECIMIENTOS

A la dirección del Cesfam Clara Estrella, de la comuna de Lo Espejo, por dar el espacio físico y libertad creativa para la realización de esta investigación.

A los funcionarios de salud del Cesfam, que participaron generosamente, dispuestos y con apertura al mundo emocional de sus pacientes y los suyos propios.

A las mujeres que compartieron amorosamente sus miedos, tristezas y alegrías, para la realización de esta investigación.

SOLO USO ACADÉMICO

RESUMEN

La presencia de la madre es determinante en el proceso de enfermedad de los niños, afectando ésta, tanto a la madre como al niño, especialmente en el ámbito de las competencias parentales y las competencias emocionales de la madre. Por ello la educación emocional es relevante en la comprensión de cómo viven las madres el proceso de salud- enfermedad de los hijos y en generar estrategias que permitan un mejor acompañamiento de dicho proceso.

A pesar de esto, existe poco diálogo entre el sector salud y la educación emocional, por lo que se busca aportar en el saber de la relación entre ambos y conocer sobre la emergencia de las competencias emocionales ante la enfermedad de los hijos.

Para ello se planteó una investigación cualitativa-interpretativa en que se quiso conocer las competencias emocionales que presenta un grupo de madres ante la enfermedad de sus hijos, en el Cesfam Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, trabajando con un grupo focal de madres y con profesionales de salud que fueron entrevistados en profundidad.

La teoría fundamentada explica como la enfermedad de los hijos hace emerger una variedad de emociones en las madres y que, dependiendo del desarrollo de las competencias emocionales que tienen, se expresan o no, afectando tanto a la madre, como a su hijo en la vivencia de la enfermedad y en los cuidados que debiesen existir en este proceso.

Palabras Claves: Educación, emociones, salud materno infantil, competencias para la vida.

SOLO USO ACADÉMICO

ABSTRACT

The presence of the mother is a determining factor in the process of disease in children, affecting this, both the mother and the child, especially in the area of parental skills and emotional competence of the mother. Therefore the emotional education is relevant to understand how mothers experience the process of health - illness of children and to generate strategies that allow a better accompaniment to this process.

Despite this, there is little dialogue between the health sector and emotional education, therefore we seek to contribute to the knowledge of the relationship between the two of them and to learn about the emergence of emotional competencies facing the disease of children.

It was proposed an interpretative qualitative research, where it was wanted to know the emotional competencies that a group of mothers presents facing the disease of their children, at Cesfam Clara Estrella in Lo Espejo, Santiago, Chile. A focus group of mothers was used to gather the data and health professionals were interviewed in depth.

The grounded theory explains how children disease generates a variety of emotions in the mothers and that, depending on the development of emotional competencies, they are expressed or not, affecting both mothers and children in the experience of the disease and the care that should exist in this process.

Key words: Education, emotions, child care, life skills.

SOLO USO ACADÉMICO

INDICE

3. INTRODUCCIÓN 1
4. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 3
4.1 Antecedentes 3
4.2 Formulación del problema 4
4.3 Justificación e importancia de la investigación 5
4.4 Preguntas de investigación 6
4.5 Objetivo general 7
4.6 Objetivos específicos 7
5. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 9
5.1 Contexto global y local 10
5.1.1. Política Internacional de desarrollo 10
5.1.2 Política Nacional de desarrollo 11
5.1.3 Comuna de Lo Espejo y Cesfam Clara Estrella 13
5.1.4 Familia y rol de la madre 15
5.2 Parentalidad 16
5.2.1 Funciones de la parentalidad 17
5.2.2 Competencias Parentales. 19
5.2.3 Incompetencia Parental. 24
5.3 Educación Emocional 25
5.3.1 Competencias Emocionales 27
5.3.2 Emociones 33
6. CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO 39
6.1 Diseño de la Investigación 39
6.1.1 Paradigma de base 39
6.1.2 Caracterización del tipo de diseño a emplear 41
6.2 Universo y muestra bajo estudio 43
6.3 Instrumentos y técnicas de análisis 44
6.3.1 Caracterización de las categorías de análisis 44
6.3.2 Esquema representativo del modelo de análisis 50

SOLO USO ACADÉMICO

6.3.3 Instrumentos y técnicas 51
6.3.4 Plan de análisis de los datos 53
6.3.5 Descripción del trabajo de campo o de terreno 55
6.3.6 Cronograma de actividades 56
7. CAPÍTULO IV. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN. 58
7.1 Presentación 58
7.2 Análisis. 59
7.2.1 Contexto de las madres 60
7.2.2 Emociones. 70
7.2.3 Desencadenantes emocionales 81
7.2.4 Competencias emocionales. 85
7.2.5. Competencias parentales. 97
7.2.6. Conductas. 102
7.3 Discusión. 103
8. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES 106
8.1 Conclusiones en relación a los objetivos. 106
8.2 Conclusiones en relación con el contenido del marco de referencia 109
8.3 Otras Conclusiones. 110
8.4 Limitaciones. 111
8.5 Proyecciones futuras. 112
9. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS 113
10. BIBLIOGRAFÍA 114
11. ANEXOS 124

SOLO USO ACADÉMICO

SOLO USO ACADÉMICO

3. INTRODUCCIÓN

El proceso de salud-enfermedad se significa de distinta forma en distintas culturas, en distintas familias y en las diferentes personas; sin embargo en su mayoría, la presencia de una enfermedad requiere poner en práctica herramientas personales y habilidades emocionales que permitan una vivencia consciente y responsable de ella. Cuando quien enferma es un niño, su cuidador primario, que frecuentemente es la madre, es parte vital de esta vivencia, desde el punto de vista del resguardo físico, como de la contención y apoyo emocional del niño; por lo tanto, sus herramientas personales y habilidades emocionales, se vuelven determinantes en este proceso y su resolución.

Tanto en el contexto internacional, como nacional, las políticas intersectoriales consideran importante esta diada madre-hijo para el cumplimiento de objetivos sanitarios y el desarrollo económico y social de los pueblos (*Todas las mujeres, todos los niños*, 2015). En nuestro país, esta diada es una de las prioridades dentro de un sistema político de protección social, que está institucionalizado en la ley nº 20.379, y que incluye el Programa Integral de Protección a la Infancia, *Chile Crece Contigo* (ChCC) (Ministerio de planificación, 2009), el cual desarrolla estrategias integrales en la Atención Primaria de Salud (APS) (Ministerio de desarrollo social, 2015).

El ChCC incluye diferentes instancias promocionales, de carácter educativo, para padres; como por ejemplo talleres de estimulación temprana del desarrollo y el taller de habilidades parentales *Nadie es Perfecto* (Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2017). En éste se realizan sesiones relacionadas al campo emocional, dirigidas, por ejemplo, a *enfrentar el estrés* o *dominar la rabia*, utilizando una metodología participativa con énfasis en la empatía y la escucha activa por parte del facilitador (Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2014).

SOLO USO ACADÉMICO

Sin embargo, a pesar de este acercamiento al mundo emocional de los padres y madres, y a la implementación del *ChCC* y del taller *Nadie es perfecto*, existen estudios que muestran una alta frecuencia de síntomas depresivos y estrés entre los padres que participan de estas instancias (Ministerio de desarrollo social y Pontificia Universidad Católica, 2013). Por otro lado, en las atenciones diarias del Cesfam Clara Estrella, también se observa frecuentemente madres con síntomas depresivos, estresadas o frustradas y en muchas ocasiones con dificultad en el reconocimiento de sus propias emociones, para comprender el contexto, para comunicarse y para tomar decisiones, lo que tiene impacto directo en ellas y en el proceso de enfermedad de los niños.

Basado en lo anterior, esta investigación estuvo dirigida a obtener información sobre las emociones que surgen en las madres cuando sus hijos enferman y la manifestación de sus competencias emocionales ante ello, en un Centro de Salud Familiar (Cesfam) de la Comuna de Lo Espejo, en la región Metropolitana. Se trabajó con un grupo focal de mujeres que tienen hijos inscritos en el Cesfam y que han asistido a él por enfermedad. También se entrevistó a profesionales del Cesfam con experiencia en talleres sobre gestación y crianza, y controles de salud de niños y sus madres; y por último, se obtuvo información de la observación participante del investigador y sus notas de campo. Los datos recogidos fueron transcritos para su posterior análisis de discursos, creando unidades que fueron codificadas y analizadas estableciendo categorías previamente a la recolección de datos, como otras creadas durante el análisis de los mismos, considerando procedimientos propios del método, como la saturación de los datos y su reducción, para elaborar la interpretación del fenómeno, según la teoría fundamentada.

A continuación, se profundizará en la problematización de lo expuesto anteriormente, que da origen a esta investigación sobre el mundo emocional de las madres ante la enfermedad de sus hijos.

SOLO USO ACADÉMICO

4. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El capítulo a continuación presenta el problema de investigación, su origen en un Cesfam de la comuna de Lo Espejo, cómo se justifica y fundamenta, su contexto, y los participantes involucrados en la investigación propuesta para generar nuevo conocimiento sobre la emocionalidad de las mujeres que son madres, cuando se enfrentan a la enfermedad de sus hijos.

4.1 Antecedentes

Para lograr una buena calidad de vida, se requiere consolidar estilos de vida saludables, que consideren la salud emocional de las personas y les permita enfrentar los múltiples factores que afectan la salud. En la actualidad se encuentra destacado el rol que las emociones juegan en la vida cotidiana y cómo afectan las actitudes, decisiones, y con ello, la salud de las personas. Así, se describe que la salud emocional es uno de los ámbitos abordados por los profesionales de salud y de la educación, siendo parte integral de la *educación para la salud,* entendiendo que la *educación emocional* contribuye a la prevención de enfermedades, a la promoción del bienestar, a afrontar situaciones de estrés y a la adopción de estilos de vida saludables (Dugarte 2007 y Ortega, 2010).

SOLO USO ACADÉMICO

A pesar de lo anterior, el campo de la educación emocional se encuentra poco explorado en el área de la atención sanitaria en Chile. Existen líneas de intervención gubernamental intersectoriales y programas ministeriales, como el Programa Integral de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) (Ministerio de planificación, 2009) que, con base en estudios sobre apego en la infancia y su relación con el desarrollo psicosocial, dan importancia a la participación de los cuidadores primarios en el desarrollo de los niños , y que considera ampliamente en sus intervenciones la participación del equipo de salud-educación para mediar el rol de la familia; es en el contexto de éste

programa que se han desarrollado instancias de capacitación en habilidades parentales, que consideran una metodología participativa y abordan el manejo de ciertas emociones experimentadas por los padres (estrés, rabia, por ejemplo) (Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2014; Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2017). Sin embargo, los escasos estudios existentes, muestran alta frecuencia de síntomas depresivos y estrés entre los padres que participan del ChCC (Ministerio de desarrollo social y Pontificia Universidad Católica, 2013), y no contemplan explícitamente intervenciones desde la perspectiva de la educación emocional.

4.2 Formulación del problema

Como se señaló previamente, la diada madre-hijo es de interés socio-económico para los países, sin embargo este vínculo surge desde lo particular y de estrategias locales, donde las habilidades parentales son vitales en los cuidados que los niños reciben durante su desarrollo, y específicamente en los procesos de enfermedad, donde el mundo emocional de quien cuida es parte de sus habilidades parentales y determina, tanto el proceso, como su resultado, debido al estrecho vínculo entre las habilidades parentales y las competencias emocionales.

La experiencia profesional da cuenta de dificultad de las madres para, por ejemplo, comprender instrucciones o administrar medicamentos, en unos casos, o en el reconocimiento del estado anímico-emocional de los hijos, en otros. En este contexto, se generan estrategias educativas orientadas a informar sobre los cuidados que se deben administrar a los niños ante la enfermedad, sin considerar, por desconocimiento, las competencias emocional que puedan tener las madres participantes de estas instancias, o incluso las emociones que puedan experimentar ante la enfermedad de los hijos; todos ámbitos necesarios para el desarrollo de una parentalidad competente.

SOLO USO ACADÉMICO

Se presenta, por tanto un problema de naturaleza fenomenológica, donde se quiso conocer desde la perspectiva de los actores (las madres y los funcionarios de salud) la emergencia de las emociones y con ello, las competencias emocionales que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos en el Cesfam Clara Estrella de la Comuna de Lo Espejo.

Para guiar esta investigación se planteó la pregunta: ¿Qué competencias emocionales presentan las madres ante la enfermedad de los hijos en el centro de salud familiar Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo?

4.3 Justificación e importancia de la investigación

Según lo planteado anteriormente, existe una falta de conocimiento sobre las emociones que experimentan las madres, cómo las manifiestan y las competencias emocionales que poseen, ante la enfermedad de sus hijos. Esto constituye por un lado una dificultad en las labores parentales en este proceso de enfermedad, así como una dificultad para el equipo de salud en empatizar con las madres y poder desarrollar estrategias para apoyar y contener emocionalmente, tanto a las madres como a sus hijos.

Se requiere, por lo tanto, investigar y generar conocimiento al respecto, el que es de utilidad para gestionar acciones y estrategias sustentadas en el conocimiento del campo emocional de las madres y dirigidas a apoyar el desarrollo de competencias que puedan poner en práctica durante el período crítico que significa un episodio de enfermedad de sus hijos, teniendo repercusión en la variedad de actores que participan en los cuidados y contención de los niños que cursan algún tipo de patología (resfríos, bronquitis, cuadros gastrointestinales y otros).

Los protagonistas de este proceso, es decir, los niños y sus madres, se verían beneficiados al contar con un mejor apoyo y contención empática basada en el

SOLO USO ACADÉMICO

conocimiento del proceso emocional de ellos. Por lo mismo, también existe relevancia para el equipo de salud que tiene la labor diaria de evaluar, informar, aconsejar, contener y apoyar a las familias, que contarían con información más específica del campo emocional en relación a la salud-enfermedad para el desarrollo de sus tareas. Por otra parte, los Cesfam podrían ver mejorados los resultados sanitarios relacionados con la implementación de instancias educativas y de prevención, al considerar las competencias emocionales de las madres para hacerse cargo de la salud de los niños.

Para poder generar este nuevo conocimiento sobre la relación entre las competencias emocionales de las madres y el proceso de salud-enfermedad de los niños, se proponen preguntas de investigación que fueron la guía, tanto de la revisión bibliográfica, como del trabajo metodológico y de campo, y que se presentan a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

4.4 Preguntas de investigación

Tabla N° 1: Preguntas principales y secundarias en relación con los objetivos declarados.

Objetivos Específicos	Preguntas principales	Preguntas secundarias
Caracterizar las emociones que experimentan las madres cuando los hijos presentan una enfermedad.	¿Qué emociones experimentan las madres cuando sus hijos enferman?	¿Experimentan rabia, angustia, miedo u otras emociones?, ¿Cuáles emociones prevalecen y cuáles no se presentan?
Conocer el efecto que tiene en las madres, las emociones experimentadas ante la enfermedad de los hijos.	¿Cómo les afecta a las madres las emociones producidas por la situación de enfermedad de sus hijos?	¿Reconocen las emociones experimentadas?, ¿reconocen su fuente?, ¿Se ven sobrepasadas por ellas, o logran modularlas?
Indagar sobre las acciones y conductas que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos.	¿Cómo actúan las madres cuando enferman sus hijos?	¿Logran regular sus emociones para poder comunicarse asertivamente?, ¿son capaces de contener a sus hijos?, ¿pueden cumplir con los cuidados que requieren sus hijos?.

Como ha sido expuesto en este capítulo, la relación madre-hijo es determinante en la dinámica de la enfermedad de los niños, siendo valorada tanto en los contextos globalizados, como locales, por su influencia en el desarrollo social y económico de los países. Por ello, se han implementado estrategias sanitarias de prevención y promoción dirigidas a la adquisición de habilidades parentales, principalmente en el sector salud; éstas abarcan, desde una metodología participativa, el desarrollo de los niños en la primera infancia y los cuidados parentales con ellos.

Sin embargo, existe poco diálogo entre el sector salud y la educación emocional, en relación a la vivencia emocional que tienen las madres cuando sus hijos enferman, por lo que esta investigación buscó aportar en el conocimiento de este mundo emocional en el área de la salud, a través del cumplimiento de los siguientes objetivos.

SOLO USO ACADÉMICO

4.5 Objetivo general

Analizar las competencias emocionales que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos en el Cesfam Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, durante el año 2018.

4.6 Objetivos específicos

- Caracterizar las emociones que experimentan las madres cuando los hijos presentan una enfermedad.
- Conocer el efecto que tienen en las madres, las emociones experimentadas ante la enfermedad de los hijos.
- Indagar sobre las acciones y conductas que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos.

Para lograr estos objetivos se presenta a continuación un marco de referencia que contextualiza y da una base teórico-conceptual al problema planteado.

SOLO USO ACADÉMICO

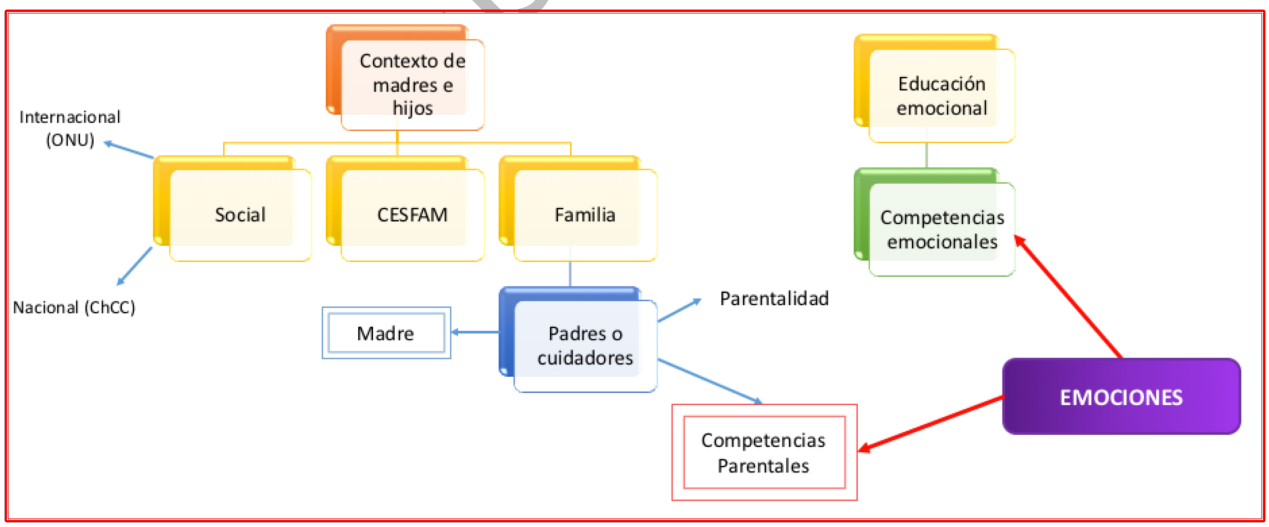
5. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico tiene como objetivo entregar una referencia y contexto al problema abordado en esta investigación (Figura 1). En él, se pretende caracterizar el contexto social, tanto de políticas públicas nacionales, como internacionales de las madres y niños involucrados; el contexto del Cesfam donde se realizó la investigación; y las implicancias que la familia tiene en el cuidado de niños y niñas.

En este último punto se profundizará en el rol materno de los cuidados de los hijos, y por otra parte, en el concepto y desarrollo de la parentalidad, que incluye a las competencias parentales. Es al explorar estas competencias, donde se puede encontrar el puente, conceptual y teórico, con el área de la educación emocional y cómo las competencias emocionales y la emocionalidad de las madres son relevantes para el cuidado de los niños que, en nuestra materia de estudio, es aplicada a eventos de enfermedad de los niños.

USO ACADÉMICO

Figura 1: Contenidos seleccionados para el Marco Teórico.



Fuente: Elaboración Propia

5.1 Contexto global y local

5.1.1. Política Internacional de desarrollo

Desde la secretaría de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) surge en 2015 un movimiento denominado *Todas las mujeres, todos los niños*, orientado al desarrollo de estrategias de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes, en el contexto de la concreción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), relacionados con salud y el logro de metas de desarrollo sustentable para las naciones (*Todas las mujeres, todos los niños*, 2015).

Su objetivo es poner fin a la mortalidad prevenible de mujeres, niños y adolescentes, mejorar en gran medida su salud y bienestar, y realizar el cambio transformador necesario para configurar un futuro más próspero y sostenible. Esto se consigue ya que, las inversiones en pro de la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes, reportan muchos beneficios: además de, disminuir la mortalidad y morbilidad, reducen la pobreza, impulsan la productividad y el crecimiento económico, crean puestos de trabajo y costo eficacia (*Todas las mujeres, todos los niños*, 2015). Son ejemplos de ello:

SOLO USO ACADÉMICO

• Eliminación de la mortalidad prevenible de madres, recién nacidos, niños y adolescentes.

• Rendimiento en beneficios sociales y económicos por un valor al menos diez veces mayor al de la inversión en salud y nutrición de la mujer, el niño y el adolescente, mediante una mejora de la finalización de la educación, la participación en la fuerza de trabajo y las contribuciones sociales.

• Una convergencia en materia de salud brindaría al conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes una igualdad de oportunidades de sobrevivir y prosperar.

Estos posibles logros del cuidado de la salud de las mujeres y el aporte de éstas a la sociedad en general, y a la salud de otros en particular, es también explicitado en un informe de la Organización Mundial de la Salud *(2009)*, que plantea:

"…la importancia de las múltiples aportaciones de las mujeres a la sociedad: en su función productiva y reproductiva, como consumidoras y, al mismo nivel de importancia, como prestadoras de asistencia sanitaria...". (p.1)

Esta visión de cuidados prioritarios para las mujeres y los niños, presentada por las principales organizaciones políticas y sanitarias internacionales, se encuentra reflejada también en las políticas de nuestro país, en relación a los cuidados sanitarios y la educación temprana; como se presenta a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

5.1.2 Política Nacional de desarrollo

Chile es un país con un alto índice de desarrollo humano, cuenta con una baja tasa de pobreza y uno de los niveles de ingreso per capita más altos de la región; sin embargo, presenta también uno de los índices de desigualdad más altos de América Latina. Esto genera profundas inequidades para familias pobres, que se manifiestan en: problemas de comportamiento social, inestabilidad funcional, deterioro de los lazos de afecto y de solidaridad, y *desigualdades de salud*. Para compensar esta inequidad, existe en Chile una política de protección social que busca universalidad en el acceso a servicios, prestaciones y transferencias desde las instituciones públicas (Arcos, 2014).

En el contexto materno-infantil, las políticas de protección social se concretan con la ley nº 20.379, e incluye el Programa Integral de Protección a la Infancia, *Chile Crece Contigo* (ChCC), en el cual convergen diversos servicios públicos para asegurar el máximo de oportunidades a niños y niñas y sus familias, desde la gestación hasta los cuatro años de edad. Esto se lleva a cabo con un enfoque de riesgo, que entrega prestaciones especiales al 40% más vulnerable, y otras universales de tipo promocional para el 100% de los usuarios del sistema público. (Arcos, 2014; Ministerio de planificación, 2009 y Ministerio de desarrollo social, 2015).

Entre las prestaciones promocionales, encontramos talleres de estimulación temprana del desarrollo, dirigidos a padres y niños, y el taller de habilidades parentales *Nadie es Perfecto,* para los padres (Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2017).

Los objetivos de este taller son (Minsal, 2009):

- Promover habilidades de crianza positiva en madres, padres y cuidadores.
- Aumentar la comprensión de padres y madres sobre la salud, seguridad y conducta de los niños o niñas.
- Ayudar a la madre, al padre y cuidadores a mejorar las habilidades personales presentes y adquirir nuevas técnicas de manejo de conductas y de relación positiva con los niños o niñas.
- Mejorar la autoestima, autoconfianza y habilidades de resolución de conflictos en las madres, padres y cuidadoras.
- Fomentar el apoyo social mutuo, redes sociales y autoayuda en el grupo.
- Promoción de un buen trato, uso de disciplina no violenta y prevención de violencia intrafamiliar.
- Promover la participación activa del padre en la crianza.

SOLO USO ACADÉMICO

La forma de operacionalizar estos objetivos, es a través de una metodología participativa con énfasis en la empatía y la escucha activa del facilitador (Minsal y Ministerio de desarrollo social, 2014).

La mayoría de los objetivos, así como la metodología utilizada, se relaciona con el mundo emocional de los padres y madres, y con sus competencias emocionales y parentales (las que se abordarán más adelante). Sin embargo, existen estudios que muestran una alta incidencia de síntomas depresivos y estrés entre los padres que participan de estas instancias (Ministerio de desarrollo social y Pontificia Universidad Católica, 2013).

Por otro lado, en las atenciones diarias realizadas en el centro de salud donde se realizó esta investigación (Cesfam Clara Estrella), también se observa frecuentemente madres con síntomas depresivos, estresadas o frustradas, presentando en muchas ocasiones dificultad en el reconocimiento de sus emociones, en la comprensión del contexto, en la comunicación y en la toma decisiones, lo que tiene impacto directo en ellas y en el proceso de enfermedad de sus niños.

A continuación se presenta el contexto del centro de salud, al que las madres que participaron de esta investigación, asisten con sus hijos.

SOLO USO ACADÉMICO

5.1.3 Comuna de Lo Espejo y Cesfam Clara Estrella

El contexto local de la población de estudio, se describe desde el Cesfam al que concurre, el cual se rige por el *Plan de Salud Comunal*, para el año 2017, de la Comuna de Lo Espejo y que presenta los siguientes ámbitos de relevancia (Departamento de Salud, 2017):

- Comuna de Lo Espejo:

Ésta se encuentra en un área urbana de la ciudad y su población pertenece principalmente a un nivel socioeconómico medio bajo. Es la comuna con más densidad poblacional de Chile, de los cuales el 50,4% corresponde a población femenina y el 49,6% a población masculina. Un 7% está en situación de pobreza de ingresos, mientras que el doble lo está en situación de pobreza multidimensional. Esto se observa en la situación de habitabilidad: en cuanto a las condiciones de calidad de la vivienda, precariedad, hacinamiento, calidad de materiales de construcción, calidad del espacio público, áreas verdes, falta de calles pavimentadas, presencia de micro basurales, calidad de equipamiento comunitario, acceso a salud, educación, deporte y recreación, entre otros.

Lo anterior contribuye a que Lo Espejo esté dentro de las comunas con prioridad social media- alta, según el Indice de Prioridad Social (IPS), elaborado por la Seremi de Desarrollo Social Metropolitana en el año 2015 y que incluye dimensiones relevantes del desarrollo social comunal como ingresos, educación y salud (Secretaría regional ministerial de desarrollo social, región metropolitana, 2016).

En relación a la vulnerabilidad particular en las mujeres, se puede señalar que el 81% de las mujeres jefas de hogar de la comuna, se encuentra dentro de los parámetros de la pobreza, y de ellas, el 61% vive situación de indigencia.

SOLO USO ACADÉMICO

- Diagnóstico de Salud:

En relación a la salud infantil podemos decir que, la comuna presenta una tasa de natalidad inferior a la regional, a la del país y al Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), al que pertenece; mientras que la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año ha tenido descenso en los últimos 5 años. La mortalidad en la niñez (1 a 9 años) también ha tenido descenso al 2015.

Sobre la salud de las mujeres destaca que: de las mujeres gestantes de la comuna, el 40% ingresa a control prenatal presentando algún riesgo psicosocial, siendo de menor concentración en el Cesfam Clara estrella. La pesquisa de violencia de género es baja y sólo la mitad de ellas acceden a tratamiento de salud mental.

Es en este contexto donde, mientras la mortalidad infantil ha disminuido, las mujeres se encuentran en mayores condiciones de vulneración, y que la participación y asistencia a los talleres prenatales del ChCC ha bajado en relación a años anteriores. Esto se podría relacionar con el rol que la madre cumple dentro de la familia y el cuidado de ella, principalmente con los niños; sobre esto se profundiza a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

5.1.4 Familia y rol de la madre

La familia es considerada como el contexto social básico y más universal, siendo la fuente de las primeras y más fuertes influencias a las que está expuesto un individuo (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), es en ella que se satisfacen las necesidades relacionadas con la conservación, fomento y recuperación de la salud; cumpliendo funciones en el desarrollo biológico, psicológico y social de los individuos; asegurando la educación, la inserción social, la transmisión de valores culturales, éticos y espirituales (Minsal, 2008).

Así pues, sobre la familia y, generalmente sobre los padres, es que recae el rol de promover valores, comportamientos saludables y responsables, favoreciendo un contexto adecuado para la educación de los miembros de la familia (Martín y otros, 2009); y aunque, los avances en materia de roles sugieren que la *corresponsabilidad familiar* es clave para la autonomía, el sentido de eficacia y para la mejora de las relaciones entre los padres y sus hijos, continúan siendo las madres quienes tienen el rol más

preponderante en la generación de buenos tratos y de cuidados de los miembros de la familia, y más específicamente, de los hijos. (Barudy y Dartagnan 2005; Gómez 2015).

Debido a lo expuesto es que se debe tener presente, que al desarrollar el concepto de parentalidad y las competencias parentales, son las mujeres, las madres, quienes siguen teniendo un rol protagonista en su construcción.

5.2 Parentalidad

De acuerdo con la Real academia de la lengua española (RAE), lo parental *es lo referente o relativo a los padres o progenitores* (RAE, 2017); mientras que al referirnos a la forma en que se ejerce este rol de padres, hablamos de parentalidad, lo que incluye el cuidado, la educación y la promoción de la socialización de los hijos, por parte de los padres (Sallés y Ger, 2011). Este rol es ejercido por cada persona de forma diferente, según modelos y patrones aprendidos en diferentes etapas de la vida, que determinan la relación paterno-filial (Sallés y Ger, 2011).

Barudy (2012), neuropsiquiatra infantil chileno, especializado en el estudio y educación de competencias parentales, el buen trato infantil y la resiliencia, hace una distinción entre el hecho biológico de ser padres y la tarea práctica de criar hijos: describe una *parentalidad biológica* y una *parentalidad social*. La primera se entiende como la capacidad de procrear, mientras la segunda se refiere a la capacidad de proteger, cuidar y socializar a los hijos, y que, frecuentemente, se aprende dentro de la propia familia, mediante la experiencia de haber sido hijo o hija. (Barudy, 2012)

Hasta este punto, la dinámica padres-hijos es descrita de forma lineal y vertical, donde el niño es el receptor de las acciones del padre o madre. Bornstein (2002), hace una reflexión que complementa la definición de parentalidad, poniendo el foco, no sólo

SOLO USO ACADÉMICO

en el óptimo desarrollo del niño, sino que también en el efecto emocional que la parentalidad tiene para los padres, como lo son las frustraciones, el estrés y el miedo. Se refiere también a la adquisición de competencias y el desarrollo personal de los padres, producto de ejercer la paternidad (o parentalidad).

En el prefacio de su *Manual para la parentalidad*, Bornstein (2002), señala sobre la parentalidad:

"…tiene sus propios placeres, privilegios y ganancias, así como frustraciones, miedos y fracasos… la paternidad también permite oportunidades para enfrentar nuevos desafíos y probar y manifestar nuevas competencias.". (p.10)

Así, el ser padres y ejercer el rol de padres, trasciende al hecho biológico de tener hijos, y constituye una relación dinámica y compleja, formadora tanto de los padres, como de los hijos. Ambos aspectos serán abordados en este marco referencial, presentándose a continuación, la función de la parentalidad en el desarrollo de padres e hijos.

SOLO USO ACADÉMICO

5.2.1 Funciones de la parentalidad.

La función de la parentalidad ha sido abordada, de forma general, en relación a la protección, educación y socialización de los hijos, sin embargo, dicha función requiere ser descrita con mayor profundidad para poder develar su efecto en el mundo emocional de padres e hijos.

Diversos autores describen la función parental hacia los hijos, las cuales se pueden integrar de la siguiente forma (Palacios y Rodrigo, 1998; Barudy 2005; Muñoz 2005):

- **Función nutriente y de protección**: orientada a velar por el buen desarrollo físico e intelectual de los hijos. Requiere de un reconocimiento sensorial y emotivo primario, para el cual es indispensable la integridad de los canales de comunicación sensorial, acompañados de un proceso emocional de familiarización y ligado a la fijación de tal experiencia en la memoria. Esta conexión emocional primaria, o *apego*, con el mundo emocional del niño, es relacionable con competencias emocionales como *la apertura al mundo emocional* y la *empatía (Casassus, 2015)*, las cuales serán abordadas posteriormente en este marco teórico. Tanto el apego, como la empatía han sido descritas como componentes fundamentales de la parentalidad (Barudy, 2005)

- **Función socializadora y educativa**: La primera corresponde a la estimulación de la capacidad para relacionarse de forma competente con el entorno físico y social de los niños, y requiere que los padres contribuyan a la construcción del concepto de sí mismo o de identidad de los hijos. La segunda corresponde a la facilitación de experiencias relacionales que sirvan como modelos de aprendizaje para vivir de una forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad (Palacios y Rodrigo, 1998; Barudy 2005; Muñoz 2005).

Por otra parte, y como se mencionó previamente, la parentalidad tiene impacto en los mismos padres, por tanto existen también funciones relacionadas a su desarrollo y mundo emocional, las cuales Navarro (2007), enumera de la siguiente forma:

- Crecimiento como personas adultas con un buen nivel de bienestar psicológico.
- Aprender a afrontar retos y asumir responsabilidades y compromisos.
- Generar encuentro intergeneracional.
- Ser una red de apoyo social para las transiciones vitales, como encontrar la primera pareja, la búsqueda de trabajo, nuevas relaciones sociales y otras.

SOLO USO ACADÉMICO

Cabe mencionar que, toda función parental requiere del aporte de un clima afectivo y del apoyo emocional necesarios para desarrollarse psicológicamente de forma sana (Muñoz, 2005).

5.2.2 Competencias Parentales.

Antes de hablar sobre competencias parentales, es preciso definir el concepto de competencia, que se refiere a la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas flexibles y adaptativas ante diferentes circunstancias, ya sean afectivas, cognitivas o conductuales (Masten y Curtis,2000; citado por Sallés y Ger 2011).

Rodrigo y otros (2009), además otorgan tres cualidades a la competencia: es *multidimensional*, porque implica el funcionamiento integrado de la cognición, el afecto y el comportamiento; es *bidireccional* porque propicia ajuste personal a los contextos y análisis de lo que los contextos proporcionan a las personas; y por último es *dinámica* porque cambia a medida que el individuo se enfrenta a nuevas tareas evolutivas que debe resolver.

En coherencia con esta definición, se describen las competencias parentales como capacidades y habilidades que permiten llevar a cabo una paternidad de modo flexible y adaptativo, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas, con los estándares aceptados por la sociedad y con apoyo de todos los sistemas para desplegar dichas capacidades (Rodrigo, 2008).

Esta aptitud práctica de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo sano, es parte de la *parentalidad social*, mencionada anteriormente, donde se mezclan capacidades innatas, factores hereditarios, la influencia cultural y las experiencias propias de buen o mal trato experimentadas como hijo (Barudy, 2002).

SOLO USO ACADÉMICO

Barudy (2005), describe dos componentes de las competencias parentales (Tabla 2): por una lado las *capacidades parentales*, de origen biológico y hereditario, corresponden a los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que los padres poseen para vincularse correctamente con sus hijos, y que son modulados por experiencias vitales e influidas por la cultura y sociedad; y por otro lado las *habilidades parentales*, hacen referencia a la plasticidad de los padres para dar respuestas adecuadas y adaptativas a las diferentes etapas de desarrollo de los hijos, en base a las experiencias vividas en el contexto social (Barudy, 2005; Sallés y Ger 2011).

Tabla 2: Componentes de las competencias parentales.

COMPONENTES DE LAS COMPETENCIAS PARENTALES	
CAPACIDADES PARENTALES	HABILIDADES PARENTALES
Capacidad de vincularse (Apego)	**Modelos de crianza**
recursos emotivos, cognitivos y conductuales para vincularse con los hijos afectivamente, respondiendo a sus necesidades.	saber responder a las demandas de cuidados de los hijos, educarlos y protegerlos, como resultado de procesos complejos de aprendizaje en la familia y redes sociales primarias.
Empatía	**Participación en redes sociales**
percibir las vivencias internas de los hijos a través de la comprensión de sus manifestaciones emocionales y gestuales con las que manifiestan sus necesidades	facultad de pedir, aportar y recibir ayuda de redes familiares y sociales, incluidas las redes institucionales sanitarias y profesionales relacionados con la promoción de la salud y el bienestar infantil

Fuente: adaptado de Barudy, 2011.

Por otra parte, Rodrigo y otros (2009), plantean una variedad de habilidades requeridas para una parentalidad competente (Tabla 3), agrupadas en cinco categorías:

• Educativas: relacionadas con el afecto, la comunicación y el reconocimiento del otro y sus logros. Habilidad aplicada en la estimulación y los procesos de aprendizaje, organización de actividades, educación de valores, y la motivación y confianza de los hijos.

• Agencia parental: es la percepción de importancia del rol parental en el bienestar de los hijos, por parte de los padres. Se relaciona con sentirse protagonistas, activos, capaces y satisfechos en su rol parental.

• De autonomía personal y capacidad de búsqueda de apoyo social: hacen referencia a la responsabilidad ante el bienestar del niño, visión positiva del mismo y de la familia, pero con la flexibilidad de buscar ayuda, cuando sea necesario, para complementar el rol parental, desde la confianza y colaboración.

• Habilidades para la vida personal: son las habilidades que los padres y madres desarrollan para afrontar su propia vida de adultos, adoptando una visión positiva de la vida, así como de los problemas y crisis que puedan surgir.

• Habilidades para la organización doméstica: tiene que ver con hábitos como la preparación de comidas saludables, la administración de la economía del hogar, el aseo y el orden de la casa, así como la higiene y salud.

USO ACADÉMICO

Tabla 3: Habilidades Parentales.	
Habilidades educativas	• Calidez y afecto en las relaciones y reconocimiento de los logros evolutivos alcanzados a la medida de sus posibilidades. • Control y supervisión del comportamiento del menor gracias a la comunicación y fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades y organización de actividades de ocio con toda la familia. • Estimulación y apoyo al aprendizaje: fomento de la motivación, proporcionar ayuda contingente a las capacidades del menor, planificación de las actividades y tareas, orientación hacia el futuro e implicación en la educación formal (escuela). • Actitud ética ante la vida y educación en valores. • Adaptabilidad a las características del menor: capacidad de observación y flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos, perspectivismo (capacidad de ponerse en el lugar del otro), autocorrección ante los errores, reflexión sobre la praxis educativa y flexibilidad para aplicar las pautas educativas. • Autoeficacia parental: Percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol de padres.

	• Locus de control interno: Percepción de que se tiene control sobre sus vidas y capacidad de cambiar lo que ocurre a su alrededor que deba ser cambiado.
Habilidades de Agencia parental	• Acuerdo en la pareja: se acuerdan con la pareja los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos. • Percepción ajustada del rol parental: Se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación. • Reconocimiento de la importancia de los progenitores en el bienestar del menor.
Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social	• Implicación en la tarea educativa. • Responsabilidad ante el bienestar del niño. • Visión positiva del niño y de la familia. • Buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo devaluarlo. • Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres y como adultos. • Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos. • Confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que les quieren ofrecer apoyo y ayuda.
Habilidades para la vida personal	• Control de los impulsos. • Asertividad. • Autoestima. • Habilidades sociales. • Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés. • Resolución de conflictos interpersonales. • Capacidad para responder a múltiples tareas y retos. • Planificación y proyecto de vida. • Visión optimista y positiva de la vida y de los problemas y crisis.
Habilidades de organización doméstica	• Administración eficiente de la economía doméstica. • Mantenimiento de la limpieza y orden de la casa. • Higiene y el control de salud de los miembros de la familia. • Preparación regular de comidas saludables. • Arreglos y mantenimiento de la vivienda.

Fuente: Rodrigo y otros, 2009

De lo desarrollado hasta ahora sobre competencias parentales, tanto sobre las habilidades como capacidades de los padres, se quiere destacar que:

- Las competencias parentales son importantes, tanto para el desarrollo de los padres, como de los hijos.

- Al ser dinámicas y bidireccionales, influencian y son influenciadas por el contexto familiar y sociocultural; por tanto pueden ser aprendidas y/o moduladas. Entre las necesidades educativas para la parentalidad positiva se encuentran el desarrollo de habilidades congnitivas, pero también la autorregulación emocional, el autoestima, la asertividad y la buena comunicación (Sánchez y Pérez, 2009); aspectos que requieren de *competencias emocionales*, que pueden ser desarrolladas con un enfoque de educación emocional.

- Las competencias parentales primarias tienen relación directa con aspectos del mundo emocional, como lo son el desarrollo de la empatía y los vínculos afectivos primarios (apego), y requieren del desarrollo de habilidades, como el control de impulsos, la asertividad, la autoestima, resolución de conflictos interpersonales y otros, que a su vez, se relacionan con la educación de *competencias emocionales*, las cuales también serán desarrolladas en este marco referencial.

Se puede observar el vínculo entre la parentalidad competente y el desarrollo emocional en la siguiente cita de Martínez (2005):

"Los padres, madres y cuidadores competentes ofrecen al niño o niña un apego seguro, reaccionan con empatía frente a sus demandas de satisfacción de sus necesidades, pero al mismo tiempo mantienen la autoridad necesaria para protegerlos y educarlos. Reconocen sus esfuerzos, disfrutan de su compañía sonriendo y respondiendo de manera oportuna y pertinente". (p.7)

SOLO USO ACADÉMICO

Esta vivencia de una parentalidad competente que describe Martínez, es usualmente puesta a prueba en situaciones estresantes, como lo puede ser la enfermedad de un hijo, existiendo factores que predisponen a que la parentalidad se viva de forma incompetente.

5.2.3 Incompetencia Parental.

Lo desarrollado sobre la parentalidad incluye sus funciones y los componentes para su desarrollo competente; sin embargo, existen también factores que pueden dificultar la función parental, entre los que encontramos: las condiciones psicosociales de la familia; el escenario educativo que los padres construyen para realizar su tarea; y las características propias del niño o niña, como la premadurez, el bajo peso al nacer, la discapacidad física o psíquica, problemas conductuales, hiperactividad, trastornos de sueño o el temperamento difícil, entre otras (Sallés y Ger, 2011; Rodrigo, 2008).

Estos factores pueden contribuir al desarrollo de una parentalidad incompetente, producto de las siguientes situaciones (Sallés y Ger, 2011; Rodrigo, 2008):

- **Carencia y estrés:** como resultado de la dinámica familiar (casos de violencia conyugal, consumo de tóxicos o problemas de salud mental de alguno de los padres, por ejemplo). Estas situaciones afectan la función nutritiva de la parentalidad y el desarrollo de un apego infantil seguro. Con ello, se pone en riesgo el desarrollo de la empatía en estos niños, capacidad básica para que un adulto pueda ejercer como padre competente.

- **Contexto familiar desfavorables:** situaciones de pobreza, desempleo, exclusión social o inmigración, pueden generar que padres y madres que, a pesar de contar disposición y capacidades parentales adecuadas, no encuentren en su entorno los nutrientes mínimos para poder ejercer su función parental, lo que puede producir

SOLO USO ACADÉMICO

mensajes comunicacionales cargados de impotencia, frustración y desesperanza alterando los procesos relacionales de apego (Sallés y Ger, 2011).

Tanto el ejercicio competente, como incompetente de la parentalidad, tiene componentes emocionales, que son a su vez, parte esencial del estudio de la educación emocional; sobre la que se profundiza a continuación.

5.3 Educación Emocional

Según Bisquerra *(2016)*:

"La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social."(p.2)

SOLO USO ACADÉMICO

Si existe un ámbito de conocimiento en que se requiere vivenciar algo para comprenderlo, es el de las emociones, donde el aprendiz debe buscar en sí mismo los contenidos de la enseñanza, siendo un trabajo personal de cada uno, un descubrimiento de sí mismo. En este sentido, la educación emocional, no es sólo un camino de adquisición de destrezas, sino un proceso de integración donde maestro y aprendiz, son los mismos (Casassus, 2015). Esto constituye una parte esencial de la educación emocional.

Para Casassus, la educación emocional es un proceso de desarrollo personal, que conlleva el desarrollo de competencias, las cuales tienen dos pilares: el desarrollo de la *conciencia emocional*, donde aprender las distinciones del propio mundo emocional, es

una condición para poder percibirlas en otros; y la *comprensión emocional*, que permite conocer, vincularse y actuar positivamente con otros (Casassus, 2015).

La comprensión emocional no es analítica, sino instantánea, y ocurre cuando hay apertura a lo que ocurre y se siente en esa situación, buscando experiencias pasadas y presentes que permitan dar sentido a la experiencia emocional del otro, entonces se decide abrirse al otro y quedarse en esa situación (Casassus, 2015).

Mientras Casassus presenta una conceptualización de la educación emocional con especial énfasis en la conciencia emocional y el desarrollo personal como base, Bisquerra (2016), agrega otra particular visión de la educación emocional, la cual es coherente con el modelo de salud familiar aplicado en los Centros de Salud Familiar de nuestro país, describiéndola con un enfoque de ciclo vital, promocional y preventivo:

- La educación emocional se presenta como proceso continuo y permanente, presente desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida.

- El desarrollo de competencias emocionales, a través de la educación emocional, favorece las relaciones sociales e interpersonales, facilita la resolución positiva de conflictos, *favorece la salud física y mental*, y contribuye a mejorar el rendimiento académico.

- La educación emocional es una *forma de prevención primaria inespecífica*, aplicable a múltiples situaciones: como la prevención del consumo de drogas, prevención del estrés, ansiedad, depresión, violencia y otras, minimizando la vulnerabilidad de la persona a determinadas disfunciones (estrés, depresión, impulsividad, agresividad y otros) o prevenir su ocurrencia.

SOLO USO ACADÉMICO

Así, Bisquerra (2016) describe objetivos para la educación emocional:

- Adquirir conocimiento de las propias emociones.
- Identificar las emociones de los demás.
- Denominar a las emociones correctamente.
- Desarrollar la habilidad para regular las propias emociones.
- Subir el umbral de tolerancia a la frustración.
- Prevenir los efectos nocivos de las emociones negativas.
- Desarrollar la habilidad para generar emociones positivas.

Estos objetivos tienen relación directa con la adquisición de competencias emocionales, sobre las que se profundizará a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

5.3.1 Competencias Emocionales

Bisquerra (2007) define una competencia como:

"La capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia". (p.62)

Luego, integrando esta definición de competencia, con una revisión de distintas definiciones de competencia emocional, la define como:

"El conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales".(p.69)

Sobre las competencias emocionales, rescata nuevamente la orientación socio-emocional de la educación emocional, dándole a las competencias importancia en el rol de construir una ciudadanía responsable, potenciando las adaptaciones al contexto, favoreciendo el afrontamiento a circunstancias de la vida con éxito (aprendizaje, relaciones interpersonales, resolución de problemas, situaciones laborales, entre otros), (Bisquerra, 2007).

Casassus, por otra parte, hace referencia a un conjunto de cualidades de carácter transformador, que no sólo son destrezas relacionadas a las propias emociones y las de otros, sino que es un proceso de transformación personal, donde la persona incorpora la conciencia y comprensión emocional, previamente descritas, como nuevas cualidades (Casassus, 2015).

De la variedad de conceptualizaciones hechas por distintos autores (Bisquerra, 2007), se tomará como marco de referencia la construida por Juan Casassus (2015) y la realizada por el Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica (Grop) de la Universidad de Barcelona, fundado por Rafael Bisquerra (Bisquerra, 2012; Bisquerra, 2016), las cuales se presentan a continuación (Tabla 4):

SOLO USO ACADÉMICO

Tabla 4: Conceptualización de competencias emocionales

Juan Casassus	**Capacidad de estar abierto al mundo emocional**	Es estar interesado por conocer y apreciar el espacio de lo emocional y en apertura para explorarlo: -Saber atribuir importancia a lo emocional - Reconocer el otro como legítimo y real - Ser sensible al sentimiento propio y de los otros -Valorar el bienestar emocional. -Búsqueda de intimidad con otros, estar dispuesto a compartir experiencias emocionales. -Apertura a dar y recibir afecto.
	Capacidad de estar atento.	Escuchar, percibir, ponderar, nombrar y dar sentido a las emociones
	Capacidad de ligar emoción y pensamiento	Unir las competencias emocionales con las del pensamiento aumenta la capacidad de ver, de razonar lógicamente, de emitir juicios, de generar acciones.

	Capacidad de comprender y analizar las informaciones relacionadas con el mundo emocional	Permite tener una relación más rica con el mundo, permitiendo ver una variedad de facetas distintas, pudiendo mejorar la capacidad de funcionar en él. - Conocer las circunstancias que gatillan emociones en uno y en otros. - Conocer los pensamientos e imágenes que complementan y sostienen a las emociones. - Conocer la historicidad del emocionar (relación con el recuerdo y el inconsciente).
	Capacidad de regular la emoción	- Toma de conciencia: preguntarse qué es lo que se siente - Reconocimiento: poder nombrar y reconocer la emoción que aparece. - Domesticación de la emoción: volverla consciente para hacer algo con ella.
	Capacidad de modular la emoción	Es la expresión de la emoción en una acción, equilibradamente, sin inhibirla, ni desdoblarse. Requiere: - Estar atento al otro. - Asumir la responsabilidad de lo que hacemos con las emociones propias. - Poder expresar las propias emociones, desde lo corporal, desde el lenguaje y lo no verbal.
	Capacidad de acoger, contener y sostener al otro	Son aquellas competencias que surgen en la relación con el otro.
	Empatía (competencia transversal)	Capacidad de ponerse en el lugar del otro. Percibir los estados de ánimo, sentimientos y emociones de los otros. Actuar por resonancia, manteniéndose en los sentimientos y emociones de la otra persona sin involucramiento personal.
Grop	**Conciencia emocional**	Conocer las propias emociones y las emociones de los demás. - Toma de conciencia de las propias emociones: capacidad para percibir con precisión los propios sentimientos y emociones; identificarlos y etiquetarlos. - Dar nombre a las emociones: Eficacia en el uso del vocabulario emocional y las expresiones disponibles en un contexto cultural determinado para designar las emociones. - Comprensión de las emociones de los demás: capacidad para percibir con precisión las emociones y perspectivas de los demás y de implicarse empáticamente en sus vivencias emocionales.
	Regulación emocional	Significa dar una respuesta apropiada a las emociones que experimentamos. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento. - Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento: los estados emocionales inciden en el comportamiento y éstos en la emoción; ambos pueden regularse por la cognición. - Expresión emocional: capacidad para expresar las emociones de forma apropiada. - Regulación emocional: incluye, entre otros regulación de la impulsividad, tolerancia a la frustración y perseverar en el logro de los objetivos.

SOLO USO ADE

		- Habilidades de afrontamiento: Habilidad para afrontar emociones negativas mediante la utilización de estrategias de autoregulación que mejoren la intensidad y la duración de tales estados emocionales. - Competencia para autogenerar emociones positivas: capacidad para experimentar de forma voluntaria y consciente emociones positivas y auto-gestionar el propio bienestar y mejor calidad de vida.
	Autonomía emocional	Es la capacidad de no verse seriamente afectado por los estímulos del entorno. Se trata de tener sensibilidad con invulnerabilidad. Es el equilibrio entre la dependencia emocional y la desvinculación. Incluye un conjunto de características y elementos relacionados con la autogestión personal: - Autoestima: tener una imagen positiva de sí mismo y estar satisfecho de sí mismo. - Automotivación: capacidad de implicarse emocionalmente en actividades diversas de la vida personal, social, profesional y de tiempo libre. - Actitud positiva: Sentirse optimista y potente (empoderado) al afrontar los retos diarios; intención de ser bueno, justo, caritativo y compasivo. - Responsabilidad: intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos. - Auto-eficacia emocional: el individuo se percibe a sí mismo con capacidad para sentirse como desea. Se vive de acuerdo con la propia "teoría personal sobre las emociones". - Análisis crítico de normas sociales: capacidad para evaluar críticamente los mensajes sociales y culturales relativos a normas sociales y comportamientos personales. - Resiliencia para afrontar las situaciones adversas que la vida pueda deparar.
	Competencia social	Son aquellas que facilitan las relaciones interpersonales, sabiendo que éstas están entretejidas de emociones. Predisponen a la constitución de un clima social favorable, al trabajo en grupo productivo y satisfactorio. - Dominar habilidades sociales básicas: escuchar, saludar, despedirse, dar las gracias, pedir un favor, manifestar agradecimiento, pedir disculpas, mantener una actitud dialogante. - Respeto por los demás: intención de aceptar y apreciar las diferencias individuales, grupales y valorar los derechos de los otros. - Practicar comunicación receptiva: capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión. - Practicar la comunicación expresiva: capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos. - Compartir emociones: conciencia de que las relaciones vienen definidas por el grado de sinceridad expresiva como por la simetría en la relación. - Comportamiento pro-social y cooperación: capacidad para aguardar turno; compartir en situaciones diádicas y de grupo; mantener actitudes de amabilidad y respeto a los demás.

ACADÉMICO

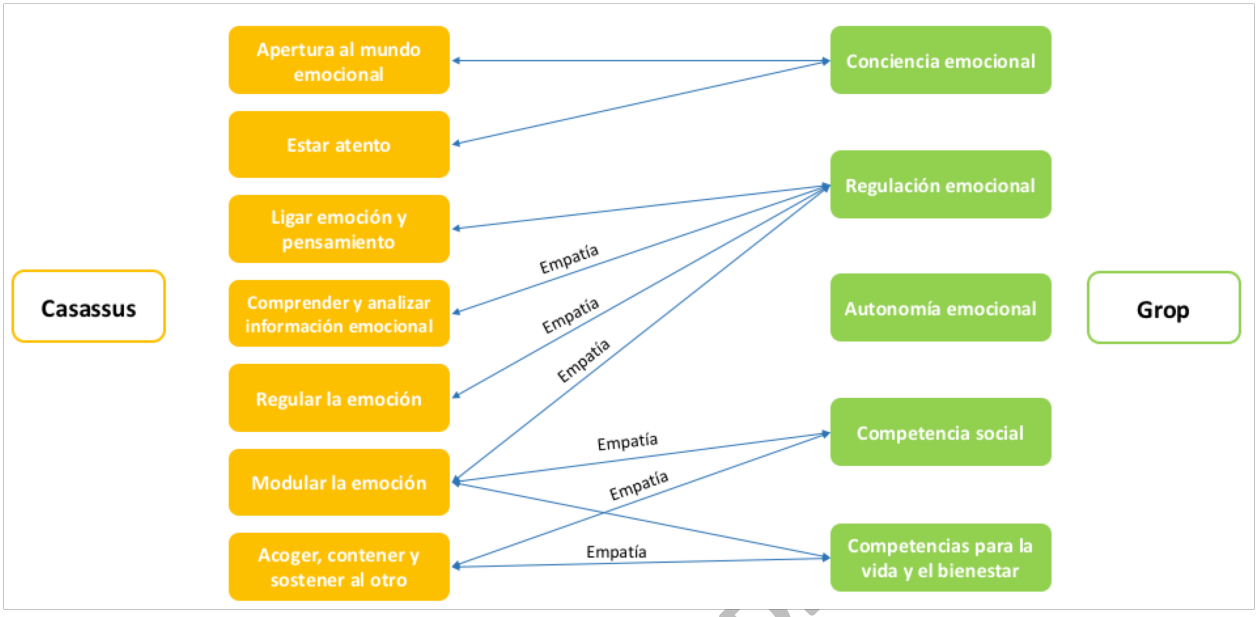
		- Asertividad: mantener un comportamiento equilibrado, entre la agresividad y la pasividad. Implica capacidad para defender y expresar los propios derechos, opiniones y sentimientos; decir "no" claramente y mantenerlo. - Prevención y solución de conflictos: Implica la capacidad para identificar situaciones que requieren una solución o decisión preventiva y evaluar riesgos, barreras y recursos. - Capacidad de gestionar situaciones emocionales: Se asimila a la capacidad para inducir o regular las emociones en los demás.
	Competencias para la vida y el bienestar.	Son un conjunto de habilidades, actitudes y valores que promueven la construcción del bienestar personal y social. - Fijar objetivos adaptativos: capacidad para fijar objetivos positivos y realistas. - Toma de decisiones en situaciones personales, familiares, académicas, profesionales, sociales y de tiempo libre, que acontecen en la vida diaria. - Buscar ayuda y recursos: capacidad para identificar la necesidad de apoyo y asistencia y saber acceder a los recursos disponibles apropiados. - Ciudadanía activa, cívica, responsable, crítica y comprometida. - Bienestar subjetivo: capacidad para gozar de forma consciente de bienestar subjetivo y procurar transmitirlo a las personas con las que se interactúa. - Fluir: Capacidad para generar experiencias óptimas en la vida profesional, personal y social.

Fuente: Adaptado de Casassus, 2015; Bisquerra, 2007 y Bisquerra 2016.

Al revisar la conceptualización descrita por estos autores, se puede observar que existe una superposición en la descripción de las competencias, una correspondencia entre sus características y sus componentes, destacando la presencia de la empatía como una competencia que, si bien no se explicita en todas, aparece implícitamente de forma transversal (Figura 2), por lo que profundizaremos en ella a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

Figura 2: Correspondencia entre competencias emocionales



Fuente: Elaboración propia, basado en Casassus, 2015; Bisquerra, 2007 y Bisquerra 2016.

SOLO USO ACAD

-La Empatía:

La empatía es entendida como un principio básico en el desarrollo de la inteligencia emocional (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010). Ésta última y las competencias emocionales, son descritas desde diversos modelos; de ellos, destacan los modelos mixtos, que se centran en la relación de la inteligencia emocional con rasgos de la personalidad; los modelos de habilidades, relacionados con procesos de aprendizaje independientes de rasgos estables de la personalidad; y otros que complementan ambas visiones (Trujillo y Rivas, 2005; Fernández y Extremera, 2005).

García-Fernández y Giménez-Mas (2010), luego de una extensa revisión de los diferentes modelos de inteligencia emocional, plantean uno integrador, que considera la posibilidad de aprendizaje; donde la empatía se define como:

"la capacidad de un individuo de ponerse en el lugar de otra persona… es importante porque puede hacer que el individuo se dé cuenta de lo que desea y expresa; no con palabras, otro individuo". (p.51)

Además, se plantea que esta capacidad puede generar estrategias de desarrollo de la inteligencia emocional (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010); esto se relaciona con una modificabilidad de la inteligencia emocional descrita en el modelo de Bar-On (2006), el cual destaca la importancia de la expresión y de la inteligencia emocional y social en los procesos adaptativos de supervivencia; entre los subcomponentes de las competencias emocionales descritas por Bar-On, la empatía es considerada entre las más importantes y que ha mostrado más aumento luego de la participación en talleres para el desarrollo de habilidades en adultos (Bar-On, 2006). Esto último cobra más importancia si lo relacionamos con la descripción teórica de las competencias emocionales planteadas anteriormente (figura 2), donde la empatía es transversal al resto de las competencias, por lo que de modificarse, podría influir en el desarrollo de las competencias emocionales de un individuo.

Finalmente, podemos decir que las competencias emocionales se relacionan con la experiencia de cómo se viven las emociones, por tanto es relevante dar un marco de referencia para ellas también.

SOLO USO ACADÉMICO

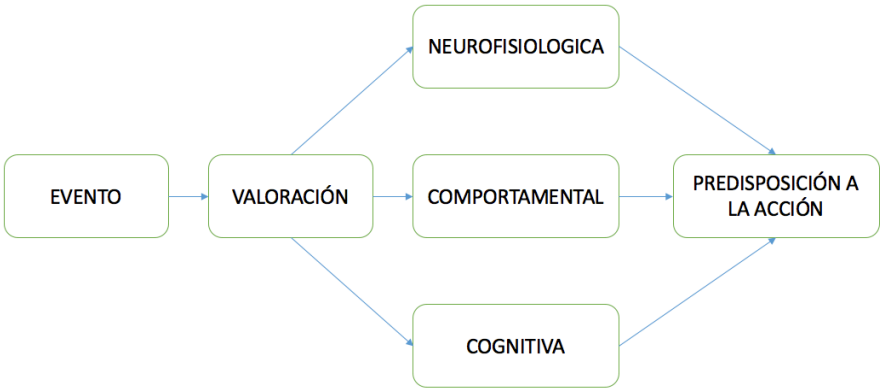
5.3.2 Emociones

Tanto el ámbito de la educación emocional y sus competencias, como las competencias parentales, tienen como sustrato la emocionalidad humana; por tanto es necesario saber qué es una emoción y cómo se genera.

Bisquerra (2003) plantea un modelo que describe cómo se produce una emoción: primero, información sensorial llega los centros emocionales del sistema nervioso central,

luego se produce una respuesta neurofisiológica y finalmente el neocórtex interpreta la información. Esta explicación simplificada del proceso neurofisiológico, considera que una emoción es un estado complejo del organismo, caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada a un acontecimiento externo o interno. La vivencia de la emoción es esquematizada de la siguiente forma:

Figura 3



Fuente: Tomada de Bisquerra, 2003

SOLO USO

El componente *neurofisiológico* se puede expresar en respuestas involuntarias (como taquicardia, sudoración, tono muscular, respiración, y otros), mientras que al observar el *comportamiento* de un individuo, se puede inferir el tipo de emoción que experimenta: expresiones faciales, el tono de voz, volumen, movimientos del cuerpo; dan señales sobre el estado emocional. Lo *cognitivo* o vivencia subjetiva es lo que se denomina sentimiento. Se puede sentir miedo, angustia, rabia u otras emociones. Para distinguir el componente neurofisiológico del cognitivo, se emplea el término emoción al describir el estado corporal (o estado emocional) y se utiliza el término sentimiento para la sensación consciente (cognitivo). El componente cognitivo hace que califiquemos un estado emocional y le demos un nombre (Bisquerra 2003).

Así las emociones son un medio de conexión entre lo interno y lo externo, unidos por la energía, que es la disposición a actuar. Éste flujo de energía encarnado, es relacional y contiene información, abarcando todo el alcance perceptivo (Casassus, 2015). En esta misma línea, Casassus (2015), también define la emoción como:

"…una vibración percibida, que se transforma en un movimiento del centro hacia la periferia de la persona, donde se expresa en una acción". (p.286)

Existen varios sistemas de clasificación de las emociones, según su complejidad o según el bienestar que puedan generar, por ejemplo. Según su complejidad tenemos:

- Emociones primarias (o básicas): se inician con rapidez y duran poco. Tienen alta carga genética, presentando respuestas emocionales pre organizadas que, aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y culturas. Tienen la particular característica de tener expresiones faciales universales, y por tanto reconocibles por todos (Vivas, 2006; Casassus, 2015). Se describen como emociones primarias:

- La rabia: es una emoción primaria negativa, desencadenada en situaciones percibidas como injustas o que atentan contra valores morales o la libertad personal; se presenta cuando nos afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales consideramos que se producen tratamientos dañinos. Produce efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo y furia. También va acompañada de dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos, la necesidad subjetiva de actuar física o verbalmente de forma intensa e inmediata, para solucionar de forma activa la situación problemática (Vivas, 2006).

SOLO USO ACADÉMICO

- El miedo: emoción primaria negativa que se activa por la percepción de un peligro presente e inminente, por lo cual se encuentra muy ligada al estímulo que la genera, que puede ser físico o psicológico. El miedo también implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. La intensidad de la respuesta emocional de miedo depende de la incertidumbre sobre los resultados. Genera aprensión, desasosiego y malestar. Su característica principal es la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo. Otro de sus efectos subjetivos más típicos es la sensación de cierta tendencia a la acción evitativa (Vivas, 2006).

- La tristeza: es una forma de displacer que se produce por la frustración de un deseo apremiante, cuya satisfacción se sabe que resulta imposible. Los desencadenantes de la tristeza son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. Se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía (Vivas, 2006).

- La alegría: es la forma de valorar la vida en su conjunto, así como un estado de bienestar. Se relaciona con el gozo, la sensación de bienestar, la capacidad de disfrute, el estar contento (Calderón, 2012).

- El amor: es el afecto que sentimos por otra persona, animal, cosa o idea. A pesar de clasificarse como una emoción primaria, distintos autores, describen distintos tipos de amor: amor apasionado (o erótico), amor filial, amor materno, amor propio, y otros (Casassus, 2015; Vivas, 2006; Fromm, 1959).

- Emociones secundarias: emanan de las primarias, requieren el desarrollo de auto referencia y sus respuestas difieren ampliamente de una persona a otra. Por ejemplo, del

SOLO USO ACADÉMICO

amor emergen: la amistad, la simpatía, la confianza, entre otras (Vivas, 2006; Casassus, 2015).

Por otra parte las emociones se pueden clasificar en positivas o negativas. Esta clasificación no se relaciona con un juicio de valor de las emociones: positivo/negativo no se corresponde con bueno/malo, ya que se consideran buenas todas las emociones, en tanto nos aportan información vital en una infinidad de ámbitos. Explicitado esto, algunas emociones nos hacen sentir bien y otras nos hacen sentir mal, en este sentido unas se denominan positivas y otras negativas, en función de si aportan o no bienestar (Bisquerra, 2014; Vivas 2006). En base a esta clasificación, se pueden distinguir:

- Emociones negativas: implican sentimientos desagradables, valoración de la situación como dañina y la movilización de muchos recursos para su afrontamiento. Esto se explica porque las emociones negativas tienen una función esencial para aumentar las probabilidades de supervivencia (Bisquerra, 2014; Vivas 2006).

- Emociones positivas: son agradables y proporcionan disfrute y bienestar, valoración de la situación como beneficiosa. Se experimentan ante acontecimientos que son valorados como un progreso hacia los objetivos personales: asegurar la supervivencia y progresar hacia el bienestar (Bisquerra, 2014; Vivas 2006).

Sobre las emociones Bisquerra (2014), señala que existen un lenguaje más amplio para las negativas, pues experimentamos una mayor variedad de este tipo de emociones, pero que en los últimos años se han incorporado nuevas palabras sobre emociones positivas que antes eran desconocidas (o innombradas) por ejemplo, fluir (flow), florecer (flourishing), saborear (savouring) y mindfulness, entre otras; mostrando una expansión del universo emocional en esa dirección (Bisquerra, 2014).

SOLO USO ACADÉMICO

Se describen también otros tipos de emociones (Bisquerra, 2014):

- Emociones ambiguas o neutras: no producen intrínsecamente reacciones ni agradables ni desagradables y tienen como finalidad, facilitar la aparición de posteriores estados emocionales.

-Emociones sociales.

-Emociones estéticas: corresponden a la reacción emocional ante ciertas manifestaciones artísticas.

Lo presentado recientemente sobre las emociones, revela cómo existe una conexión entre las competencias parentales y las competencias emocionales revisadas en este capítulo. La empatía, el desarrollo del vínculo, la contención emocional y la pertinencia de los cuidados de los niños pueden incluirse en ambos tipos de competencias, y son teñidos por la emocionalidad de la madre, que en este caso, es quien acompaña a su hijo en el proceso de salud-enfermedad. Por tanto, la educación emocional puede ser una disciplina de importancia vital, tanto para comprender la vivencia de las madres del proceso de salud enfermedad de los hijos, como para generar estrategias que permitan un mejor acompañamiento de dicho proceso por parte del equipo de salud, como de las mismas madres.

Para conocer cómo este constructo teórico se vivencia realmente, por mujeres que acompañan a sus hijos en situación de enfermedad y como se manifiestan sus competencias emocionales ante esto, se ha construido un marco metodológico para llevar a cabo esta investigación, el cual se presenta en el siguiente capítulo.

SOLO USO ACADÉMICO

6. CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Diseño de la Investigación

6.1.1 Paradigma de base

Sobre las investigaciones fenomenológicas, Sandín (2003) señala:

"Volver a las cosas mismas ("to the things themselves") es el lema que recoge la esencia del movimiento fenomenológico; volver a la experiencia pre-racional, a la experiencia vivida; no se refiere a sensaciones sensitivas pasivas, sino a percepciones que junto a la interpretación perfilan objetivos, valores y significados". (p.62)

Esta investigación se desarrolló desde una visión del paradigma cualitativo-interpretativo. Desde él, el foco está en la comprensión de los fenómenos que surgen de procesos humanos, de aspectos intersubjetivos de la vida social; de los cuales se pretende encontrar significado (León, 2015). Lo anterior es concordante con el objetivo de esta investigación, en que se quiso conocer las competencias emocionales que presenta un grupo de madres ante la enfermedad de sus hijos, en el Cesfam Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo.

El paradigma cualitativo-interpretativo tiene como *filosofía de base* el *idealismo*. Desde esta filosofía, lo central son las ideas, el pensamiento y el sujeto en el desarrollo del nuevo conocimiento; donde no es posible separar el concepto de los objetos (o sujetos) (Molina, 2017); por tanto, lo central en esta investigación, fue el desarrollo de una explicación conceptual del efecto que tiene el proceso de enfermedad de los niños, en las competencias emocionales de sus madres. Como propone el idealismo, esta explicación no se puede separar de los sujetos estudiados, y tiene fundamento en las ideas y discurso presentado por las madres participantes de la presente investigación.

SOLO USO ACADÉMICO

Esto último es coherente con el *objeto de estudio* del paradigma escogido, donde el foco está en actividades y pensamientos cotidianos e individuales (Molina, 2017), que en este caso son las competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de sus hijos, lo que constituye una vivencia cotidiana común a todas y, al mismo tiempo, es experimentada de forma particular e individual por cada una de ellas.

Siguiendo los *conceptos básicos de la teoría central* del paradigma, se buscó una explicación cultural, que revele el fenómeno del efecto de la enfermedad de los niños en el mundo emocional de sus madres y vice versa. Se consideró su mirada particular del proceso, asociada a su propio contexto sociocultural y de forma inductiva, interactiva y reflexiva; analizando como experimentan y significan su mundo emocional dentro del contexto que las rodea, que en este caso son los espacios familiares y socioculturales, donde se incluye el centro de salud.

Como se mencionó previamente, en esta investigación se buscó la explicación del fenómeno estudiado, mediante el análisis de los significados que las madres dan al objeto de estudio; por tanto se desarrolló, desde la base, una teoría con fundamento en la perspectiva y visión subjetiva de las madres participantes, que permitió la descripción de la emergencia de sus competencias emocionales ante la enfermedad de sus hijos; todo esto en concordancia con los conceptos básico del método cualitativo, para dar una teoría o explicación cultural del fenómeno estudiado.

Esta explicación cultural, en el contexto del paradigma cualitativo, tiene como fin último la interpretación de una conducta (Molina, 2017) que, en esta investigación, está dada por las manifestación de las competencias emocionales que presentan las madres cuando sus hijos enferman. Esto es de utilidad tanto para el grupo de madres que participó, como para el equipo de salud, que contará con una teoría fundamentada en el contexto particular de la población estudiada, que entregue sustento a estrategias futuras.

SOLO USO ACADÉMICO

6.1.2 Caracterización del tipo de diseño a emplear

Haciendo referencia a Glaser y Strauss (1967), Medina (2009), señala sobre la investigación basada en la teoría fundamentada:

"La teoría fundamentada se basa en el interaccionismo simbólico. Su planteamiento básico es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos. Es el procedimiento el que genera el entendimiento de un fenómeno educativo, psicológico, comunicativo o cualquier otro que sea concreto". (p.5)

El diseño de este estudio cualitativo interpretativo, sigue las directrices descritas previamente en relación a dicho paradigma, que se caracteriza por ser inductivo y conducente al descubrimiento del fenómeno (las competencias emocionales); interactivo y reflexivo, porque establece una relación comunicativa e intencional con el objeto y sujeto de estudio (las madres, los niños y quien investiga); y además, se centra en la lógica interna de la realidad (las propias madres y su contexto), dentro del marco de referencia de ella misma, sin imponer visiones previas (León, 2015).

En concordancia con lo anterior, el diseño fue de *teoría fundamentada*, la cual tiene por objetivo producir interpretaciones que puedan explicar y proporcionar información valiosa sobre las conductas sometidas a estudio, lo que permitió, en este caso, dar una interpretación explicativa del efecto que tiene la enfermedad de los niños en las competencias emocionales de las madres, siendo un potencial estímulo de cambio para los actores sociales, dándoles un grado de control que no tenían: es decir, que las mismas madres generen herramientas para enfrentar la enfermedad de los hijos y que los funcionarios de salud, creen estrategias de acompañamiento coherentes con el fenómeno experimentado por las madres (Páramo, 2015).

SOLO USO ACADÉMICO

La teoría fundamentada se describe como adecuada para temas que han sido poco abordados y sobre los que no se dispone de teorías formales, permitiendo aproximarse a la realidad social de una forma diferente (Páramo 2015). Este es el caso del objeto de estudio, pues si bien, existe desarrollo teórico sobre las competencias emocionales, éste no se extiende hacia las vivencias de la maternidad en relación a los procesos de salud-enfermedad de los hijos, y es justamente en el área de salud, que existe registro de la aplicación de la teoría fundamentada, como estrategia para generar nuevas explicaciones fenomenológicas (Jones, 2004), fundamentando su pertinencia como diseño de la presente investigación.

Para dar explicación sobre el fenómeno estudiado se realizó un análisis de discurso de la información recopilada a través de un grupo focal y entrevistas en profundidad, las cuales se describirán luego en detalle. Se establecieron categorías a priori, relacionadas al ámbito de las habilidades parentales, al mundo emocional y las competencias emocionales, que constituyen el eje del marco de referencia, para luego sumar categorías que surgieron durante la recopilación de información y su análisis (a posteriori). Las unidades de información fueron analizadas con una comparación constante de forma axial y transversal, lo que permitió establecer nuevas subcategorías emergentes durante la realización del estudio. Posteriormente se compararon contenidos para formar conceptos teóricos que surgieron de la saturación de datos y la identificación de temas fundamentales que dan forma a una teoría explicativa de la emergencia de las competencias emocionales de las madres participantes, ante la enfermedad de sus hijos.

Las categorías establecidas y los instrumentos utilizados para la recopilación y registro de datos, serán conceptualizados y descritos en apartados subsiguientes, mientras que la caracterización de los participantes del estudio se desarrolla a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

6.2 Universo y muestra bajo estudio

El universo de la muestra corresponde a todas las madres que asisten con sus hijos al Cesfam Clara Estrella, de la Comuna de Lo Espejo. Se trata de madres que llevan a sus niños, de 0 a 9 años (rango etario infantil del ciclo vital), y cuya población inscrita el año 2017 fue de 2921. Todos ellos tienen acceso a controles sanos, consultas de morbilidad y/o urgencia, en caso de requerirlo, a las cuales deben asistir acompañados de un adulto que, generalmente, son las madres que componen el universo muestral.

Debido a que la investigación considera la observación participante de quien investiga, se invitó a participar a madres que hayan estado en contacto con la investigadora; ya sea en talleres educativos, o en consultas individuales debidas a enfermedad de sus hijos. Estas madres, representan la población de referencia de la presente investigación, de la que se esperaba contar con una muestra de entre 6 y 8 madres, que participarían como grupo focal en una reunión.

Como ya ha sido contextualizado en el marco de referencia, la población de estudio, pertenece a un universo con altos índices de vulnerabilidad y un bajo índice de desarrollo humano, así como una alta percepción de violencia de género, con baja pesquisa. Las madres de la población estudiada, particularmente, se caracterizan por alta prevalencia de embarazo adolescente, con alta participación en instancias de educación, promoción y de prevención en salud: sobre un 75% participa de talleres de crianza y preparación para el parto, un porcentaje similar es evaluado para pesquisar posible depresión post parto, y de ser así acceder a atención de salud mental (Departamento de Salud. Municipalidad de Lo Espejo, 2017).

Finalmente, también constituyeron parte de la muestra tres profesionales del centro de salud, que trabajan atendiendo a madres y/o niños, tanto en instancias de enfermedad, como en controles sanos. El equipo de salud profesional del centro, está constituido por

SOLO USO ACADÉMICO

nutricionistas, enfermeras, matrones, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, dentistas y kinesiólogos; quienes tienen contacto continuo con la población estudiada, a través de la entrega de las prestaciones asociadas a programas de salud, que contemplan evaluaciones tanto psicosociales, como biomédicas, por lo que constituyen una fuente de información cercana y participante de los procesos de salud-enfermedad de los niños y los procesos emocionales de la madres.

Transversalmente a la investigación, la investigadora, realizó observación participante, tanto de los procesos de recolección de datos, como de las instancias en que participó con grupos de madres, como talleres y consultas. De ello se realizó un registro en una bitácora, la cual fue parte de los datos analizados para esta investigación.

Los datos cualitativos fueron recolectados utilizando instrumentos y técnicas acordes al paradigma de base y al diseño ya señalados, realizando un análisis interpretativo que agrupó la información en categorías, las cuales son conceptualizadas a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

6.3 Instrumentos y técnicas de análisis

6.3.1 Caracterización de las categorías de análisis

La categorización de la información, se implementó estableciendo categorías de forma previa a la recolección de datos (*a priori*), pero con la flexibilidad de incorporar nuevas categorías durante el análisis (*a posteriori*).

Teniendo como referencia el marco teórico presentado previamente, y los datos emergentes en la recolección, las categorías establecidas y emergentes fueron:

- Competencias parentales: se consideran como competencias parentales, a aquellos recursos emotivos, cognitivos y conductuales que manifiestan las madres ante la situación de enfermedad de sus hijos, incluyendo el vínculo, los cuidados físicos y emocionales, la protección y la educación de ellos; discursos relacionados con la contención de los niños cuando asisten a sus controles de salud, los cuidados médicos y su pertinencia, la comunicación que se establece con el personal de salud, el seguimiento de sus indicaciones, entre otras. Todas manifestaciones de competencias parentales de importancia ante la enfermedad de los niños. Los datos fueron agrupados en subcategorías, descritas a continuación:

- Agencia parental: esta subcategoría contempla los discursos sobre la percepción de las propias madres sobre la importancia de su rol en la crianza y cuidados ante la enfermedad de los niños.
- Funciones de la parentalidad (maternidad): se incorporaron algunos de los aspectos de la parentalidad, aquellos relacionados con los cuidados físicos y emocionales de los niños; como también la función de la parentalidad en el desarrollo de las madres, en relación a los aprendizajes, las responsabilidades y otros.
- Apego: esta subcategoría es transversal a más de una categoría, se desagregó en esta, para mostrar el rol del apego en los cuidados de los niños y fue previamente conceptualizada teóricamente, tanto desde la visión de las competencias parentales, como de las competencias emocionales.
- Búsqueda de apoyo: se incluyeron las manifestaciones de las madres o percepciones del equipo en relación a la búsqueda de ayuda de las madres ante la enfermedad de los hijos, ya sea hacia la familia o el equipo de salud.

SOLO USO ACADÉMICO

- Competencias emocionales emergentes en la madres: se incluyeron en esta categoría los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes que muestran las madres para comprender, expresar y regular de forma apropiada las emociones que emergen en relación a la enfermedad de sus hijos. Aquí se puso atención en la aparición de discursos relacionados con el reconocimiento de las emociones que tienen las madres ante la situación de enfermedad de los hijos, si son conscientes de tener miedo, de estar estresadas, de sentir cansancio, si se alivian con la mejoría de sus hijos. Por otro lado se quiso rescatar información sobre qué es lo que hacen con las emociones que experimentan, si afecta su comunicación con los otros, si influye en sus decisiones con sus hijos. También es de importancia incluir en esta categoría, lo que se manifestó sobre la contención que las madres dan a sus hijos en el proceso de enfermedad, y junto con ello, si reconocen la emocionalidad de los niños en esta situación. Esta categoría se ha subdividido en subcategorías descritas a partir del marco conceptual presentado previamente, según las visiones de Cassasus y Bisquerra (Tabla 4 y Figura 2).

SOLO USO ACADÉMICO

- Emociones que presentan las madres cuando sus hijos enferman: como las emociones han sido descritas como energía en movimiento que termina en una acción, que surge desde lo interno y conecta con el exterior; se rescató la manifestación de las emociones tanto en el discurso de las madres, como de lo observado por los profesionales. Se incluyó la aparición de las emociones básicas de la rabia, el miedo, la tristeza, la alegría y el amor, durante todo el proceso de salud-enfermedad que presentan los hijos, así como otras emociones complejas que surgieron del análisis de los datos.

- Rabia: se consideraron sus manifestaciones verbales ante diferentes situaciones percibidas como injustas o de abuso; como también sus efectos subjetivos como irritación, enojo y/o furia.
- Miedo: manifestado de forma verbal literal o por la percepción de peligro inminente, inseguridad respecto a la capacidad de manejar una

situación de amenaza. También se consideraron manifestaciones como aprensión, desasosiego y/o malestar.

- Tristeza: se incluyeron discursos o manifestaciones sobre tristeza, pena, desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía.
- Angustia: se consideró como una emoción compleja, compuesta por una combinación de miedo, tristeza e incertidumbre, ante una situación dañina percibida como inminente.
- Preocupación: la preocupación es vista como un intento adaptativo de regular los detonadores de ansiedad por situaciones inciertas, impredecibles o incontrolables, las cuales adquieren emociones particularmente fuertes y negativas. Se diferencia de la ansiedad, en que el origen de la preocupación es conocido. (Ellard y cols, 2017)
- Ansiedad: discursos sobre temor e incomodidad indefinidos, relacionado con actividad inquieta y anticipatoria que busca la obtención inmediata de resultados o solución inmediata ante el problema percibido.(Vivas, 2006)
- Alegría: discursos sobre valoración de la vida en su conjunto, relacionados con el gozo, la sensación de bienestar, la capacidad de disfrute, estar contento y felicidad entre otros.
- Amor: se incluyeron datos relacionados con el afecto hacia personas, principalmente del círculo familiar y social de las madres; como también otros derivados, como el amor propio (autoestima) o la amistad.
- Indiferencia: se consideraron los datos en que las madres no dan importancia a una cosa, una persona, una indicación; o no se mostraron afectadas por comentarios, opiniones o propuestas de otros. (Segura y Arcas)

SOLO USO ACADÉMICO

- Desencadenantes emocionales ante la enfermedad de los hijos: se encontraron discursos asociados a circunstancias que gatillan las emociones de las madres, que pueden ser del contexto familiar, del contexto de salud o propios de cada madre. Estos gatillantes se incluyen en esta categoría.

- Presencia de red de apoyo: se incorporaron datos relacionados con la presencia de familiares, amigos u otros, en situaciones que requiriesen ayuda en las labores de cuidado ante una enfermedad.
- Experiencias de enfermedad: las experiencias vividas en relación a una situación, pueden determinar las necesidades que tenga una persona y con ello la aparición de distintas emociones y la competencia que se tenga frente ellas. Durante el proceso de investigación, surgió información relacionada con la historia de enfermedad de los hijos, con la vivencia de la enfermedad que tienen las madres o cómo se enfrentan ante esta falta de experiencia y cómo influye en sus competencias emocionales. Esta información fue incluida en esta subcategoría para su análisis.
- Eventos estresores: se consideraron episodios específicos relacionados a intervenciones de salud o experiencias específicas de la madre.
- Demandas de la familia: se consideraron situaciones en que los hijos o miembros de la familia requirieron la presencia o cuidados específicos de la madre.

SOLO USO ACADÉMICO

- Conductas que presentan las madres en relación a la enfermedad de los hijos: tanto las competencias parentales, como las emocionales, tienen su expresión en la presencia o ausencia de conductas, por lo que se incluyen las acciones o conductas que tienen las madres de los niños que enferman, ante esta situación: si acuden a los controles de salud, si administran medicamentos como corresponde, si entregan los cuidados en el hogar. También se incluye en esta categoría cómo es la comunicación

con el personal de salud y su conducta con los niños ante los procedimientos de salud realizados.

- Seguimiento de indicaciones dadas por el personal de salud: se incluyó información en relación a como las madres realizan los procedimientos indicados por el personal de salud para el cuidado de los hijos.
- Controles de salud: sobre la adherencia y asistencia a las citaciones a los niños en el centro de salud para sus controles.
- Cuidados en el hogar: se incluyeron discursos sobre los cuidados que las madres entregan a los niños en el hogar y cómo se realizan.
- Comunicación con el personal de salud: esta subcategoría abarca los datos sobre como reciben las madres la información entregada por equipo de salud y también como ellas entregan información al equipo, sobre la enfermedad y cuidado de los niños, como también de su contexto.
- Manejo de información de la salud de sus hijos: se incluyeron datos sobre el conocimiento de de las madres sobre la salud de sus hijos, tanto antecedentes antiguos, como situaciones actuales y tratamientos.
- Priorización del bienestar de los hijos: esta subcategoría incorpora los discursos sobre acciones donde las madres anteponen las necesidades de sus hijos por sobre las propias.

SOLO USO ACADÉMICO

- **Contexto de las madres**: se consideraron los datos que describen tanto el contexto familiar y ambiental de las madres y su familia; como el contexto experiencial y social.
    - Red de apoyo: esta subcategoría incorpora discursos sobre el apoyo de la familia, amigos y equipo de salud.
    - Madre primeriza: en relación a los datos sobre el efecto de ser madre primeriza, tanto en la crianza como en los procesos de enfermedad.

- Experiencia con enfermedad: se incluyen datos sobre la vivencia de enfermedad de la propia madre, como de los hijos.
- Social: datos sobre el contexto psicosocial y económico de las madres y sus familias.
- Participación en talleres educativos: en esta subcategoría se incorporaron los datos relacionados a la participación de las madres en talleres de crianza y de prevención de enfermedades, en distintos momentos del desarrollo de la maternidad (embarazo, crianza de niños recién nacidos o preadolescentes).

Los datos emergentes de estas categorías y subcategorías, fueron sometidos a un análisis discursivo, cuyo modelo se presenta a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

6.3.2 Esquema representativo del modelo de análisis

Los datos recopilados en esta investigación se analizaron desde el discurso, para lo cual se establecieron las categorías señaladas previamente, a las que se agregaron otras, en la fase posterior a la recolección de ellos, durante las fases de codificación e interpretación.

Estos datos tienen tres fuentes:

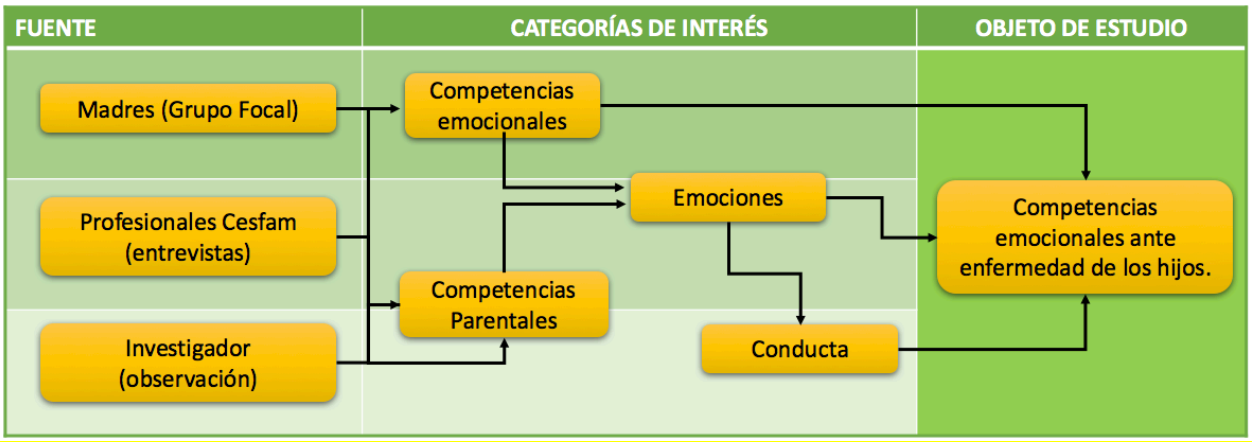
- Madres que concurren al Cesfam Clara Estrella (grupo focal).
- Profesionales del CESFAM Clara Estrella (entrevistas en profundidad)
- La investigadora (observación participante).

Para el análisis de discurso de esta información, se establecieron categorías axiales, como las habilidades parentales, la educación emocional y las competencias

emocionales, dentro de las cuales se incluyeron subcategorías pre establecidas, como las emociones y las conductas; y también otras emergentes durante la investigación.

Se presenta a continuación un esquema explicativo, sobre la relación de las categorías principales, entre sí y con el objeto de estudio.

Figura 4: Modelo de análisis de las categorías de interés para el análisis interpretativo del objeto de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

SOLO USO

6.3.3 Instrumentos y técnicas

Las categorías previamente señaladas, permitieron la organización necesaria para el análisis de la información, la cual fue recolectada con las siguientes técnicas e instrumentos:

- **Entrevistas en profundidad a profesionales de salud del Cesfam:** se realizaron entrevistas a tres profesionales que trabajan en la atención directa de niños y sus madres. Estos profesionales son conocidos previamente por quien investiga, lo que permitió un mayor grado de profundidad en el diálogo generado. Las entrevistas,

incluyeron preguntas sobre las categorías mencionadas previamente, así como nuevas, derivadas de la información emergente. Se realizaron en el mismo Cesfam y tuvieron registro de audio. Para su aplicación, se confeccionó una pauta que contiene el encuadre que se realizó en las entrevistas y las preguntas relacionadas a los distintos ámbitos y categorías abordadas en la entrevista (Anexo 1). Esta pauta fue probada previamente para calibrar las preguntas, aplicándola a dos funcionarios del equipo de salud. La información de dichas entrevistas permitió modificar las preguntas para una mejor comprensión y no fue considerada dentro de los datos sometidos a análisis. Para una mayor rigurosidad, la pauta fue también sometida a revisión de dos expertos:

- Juan Casassu: Filósofo de la Universidad de Notre Dame, (USA), sociólogo de la Universidad Católica de Santiago de Chile y Doctor en Sociología de la Educación de la Universidad René Descartes, París.
- Marlene Romo: Psicóloga, Magister en Educación Emocional.

- **Grupo Focal**: compuesto por 3 madres del Cesfam, con quienes se realizó una reunión registrada con medios audiovisuales. Las participantes se seleccionaron considerando diversos criterios, como la asistencia a consultas de salud con sus hijos al Cesfam, la participación activa en la crianza de sus hijos y la disposición de tiempo, entre otros. Se extendió una invitación verbal a 15 madres, que luego se confirmó con una fecha y horario. De las 15 participantes iniciales, confirmaron 8, finalmente asistieron 3. La reunión tuvo una duración aproximada de dos horas, y estuvo dirigida a la realización de una discusión grupal para la recolección de los datos. Para esto se desarrolló una pauta, que consideró un protocolo de presentación y encuadre, además de las categorías establecida a priori que se quiso abordar, junto con las preguntas asociadas a ellas. (Anexo 2). Esta pauta fue sometida a la revisión de los mismos expertos señalados previamente.

SOLO USO ACADÉMICO

Como la utilidad de un grupo focal es entregar información sobre cómo se perciben las acciones, recopilando relatos que permitan caracterizar una “experiencia típica” del fenómeno estudiado (Molina, 2017), se procuró con este instrumento generar información cualitativa de cómo un grupo de madres vivencia la enfermedad de sus hijos, en relación al efecto sobre sus competencias emocionales.

- **Observación participante**: este tipo de observación es una modalidad donde el fenómeno se conoce desde dentro, siendo natural cuando el observador pertenece a la comunidad donde se observa, facilitando el trabajo de recolección de datos (Cerda, 1991); éste es el caso de la presente investigación. La investigadora registró lo observado en una bitácora con notas de campo, y se apoyó en una pauta de observación, con base en las categorías pre-establecidas (anexo 3), la cual fue también revisada por los expertos.

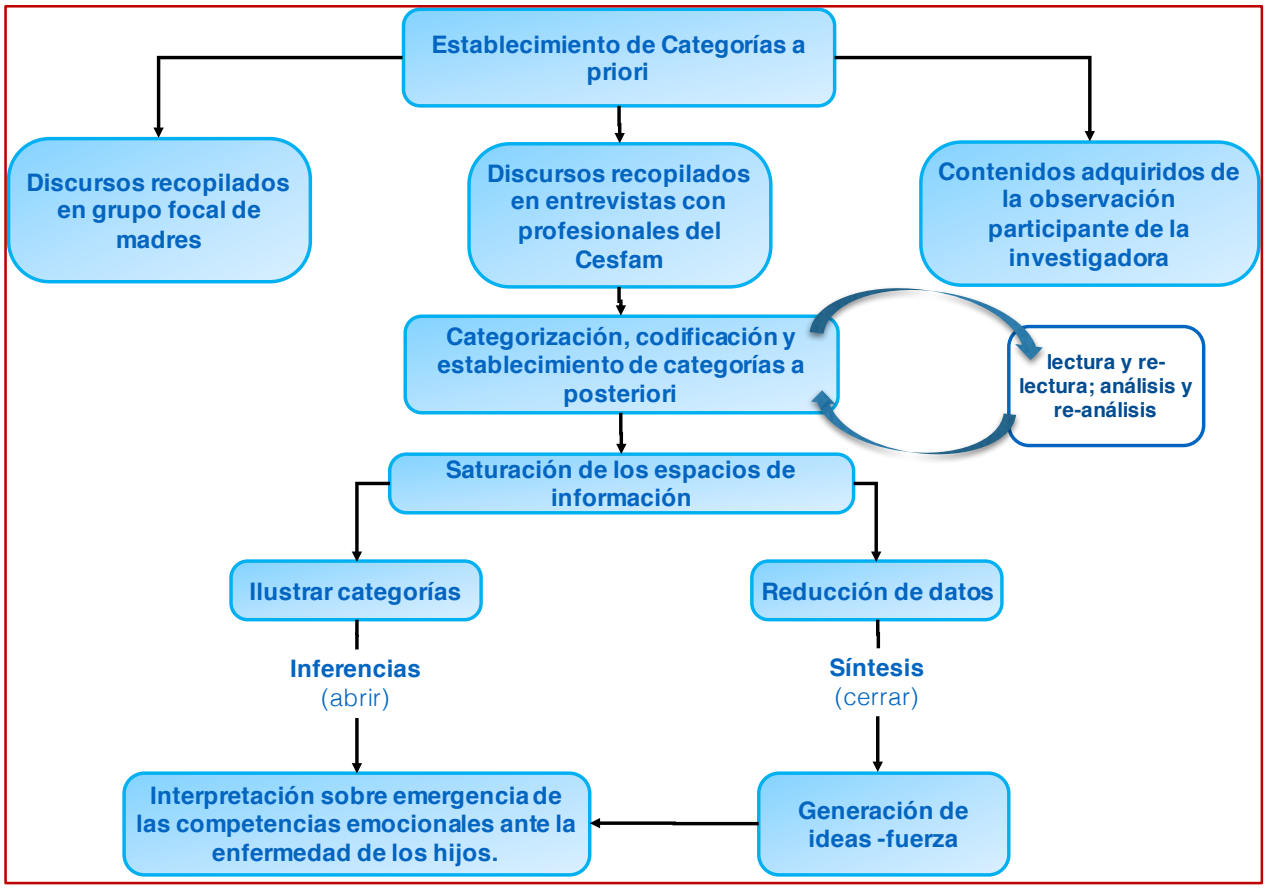
Los datos recolectados con las técnicas previamente descritas fueron sometidos a un análisis de discurso, cuyo plan es descrito a continuación.

SOLO USO ACADÉMICO

6.3.4 Plan de análisis de los datos

Para el análisis de datos se establecieron directrices generales y pasos a seguir en un plan de análisis, los cuales se presentan en el siguiente esquema.

Figura 5: Esquema de plan de análisis de datos.



Fuente: Adaptado de Molina, 2017.

Como ya fue establecido, el análisis de los datos fue desde el discurso, por lo que lo primero, fue establecer categorías previas (a priori) de análisis, que se sumaron posteriormente a otras categorías emergentes del mismo análisis (a posteriori). La información fue incluida en las categorías mencionadas y separada en unidades de análisis para su posterior codificación. Este proceso incluyo la lectura, re-lectura, análisis y re-análisis necesarios para que exista una constante comparación de los datos recogidos y emergentes.

La consecuente saturación de datos permitió, por una parte, reducir datos y generar ideas fuerza, y por otro lado, ilustrar nuevas categorías teóricas, que junto a las ideas fuerza fueron el constructo de una nueva teoría, fundamentada en el discurso y el contexto socio-cultural de la población estudiada, en relación al fenómeno de interés (Fernández, 2006): el efecto de la enfermedad de los hijos sobre las competencias emocionales de las madres del Cesfam Clara Estrella de la Comuna de Lo Espejo.

6.3.5 Descripción del trabajo de campo o de terreno

Como se expuso previamente, para la recolección de datos se requirió de la participación de funcionarios del Cesfam Clara Estrella, de la Comuna de Lo Espejo, y de madres asistentes a él. Para ello se realizaron las coordinaciones con la dirección del Centro de Salud, que manifestó su interés en la implementación de esta investigación, así como la disposición a colaborar con las estrategias a implementar y la facilitación del espacio físico para ello, ya que el centro cuenta con espacios de trabajo grupal propicios para las actividades a realizar. También se contactó a un grupo de madres para ser parte del grupo focal y a profesionales de salud a entrevistar, todos dispuestos a participar.

Con los entrevistados se agendó una reunión individual para la realización de la entrevista, con una duración aproximada de una hora cada una. Las madres contactadas inicialmente de forma presencial, fueron contactadas luego telefónicamente para coordinar la reunión del grupo focal. Todas las reuniones se llevaron a cabo en el mismo Cesfam, teniendo registro de audio o audiovisual y contaron con el consentimiento informado de los participantes.

Tanto el trabajo de campo, como el análisis de datos y la formulación del informe, se programaron y organizaron como se presenta en el siguiente cronograma.

6.3.6 Cronograma de actividades

El presente cronograma resume y organiza las actividades que se realizaron y están programadas entre el 9 de septiembre del 2017 y el 26 de mayo de 2018. En él, se incluyen los ajustes que requirieron el marco teórico y el marco metodológico, el trabajo de campo, el análisis de datos y la redacción del informe de esta investigación.

Tabla 5: Carta Gantt de actividades.

Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
			Registro de observación	Registro de observación	Análisis de datos				
Ajustes marco teórico y metodológico	Ajustes marco teórico y metodológico	Ajustes marco teórico y metodológico	Ajustes marco teórico y metodológico	Realización de entrevistas	Transcripción de entrevistas Análisis de datos de entrevistas	Análisis de datos	Redacción de primer informe	Entrega primer anillado	
		Validación de Pautas	Validación de Pautas	Invitación a grupo focal	Reunión grupo focal Transcripción de grupo focal	Análisis de datos	Análisis de datos		

Fuente: Elaboración propia.

En este capítulo se ha explicitado el paradigma cualitativo interpretativo con que se desarrolló esta investigación, en que se quiso conocer las competencias emocionales que presenta un grupo de madres ante la enfermedad de sus hijos, en el Cesfam Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, a través de la elaboración de una *teoría fundamentada* en el contexto socio-cultural y las vivencias personales de las madres. Para ello se trabajó con un grupo focal constituido por un grupo de madres de niños que asisten al Cesfam; se trabajó también con entrevistas a profesionales del centro de salud y finalmente se utilizaron datos recopilados de la observación de quien investiga.

Estos datos se analizaron desde el discurso, estableciendo categorías a priori y a posteriori, que sirvieron para un proceso inductivo, que culminó con un modelo

conceptual que sirve de base a una teoría que explique la emergencia de las competencias emocionales de las madres participantes, ante la enfermedad de sus hijos.

Luego de aplicar las herramientas metodológicas descritas previamente y con base en el marco de referencia precedente, se cuenta con los siguientes resultados.

7. CAPÍTULO IV. RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

7.1 Presentación

En el siguiente capítulo se presentan los datos obtenidos sobre las competencias emocionales de las madres en relación a la enfermedad de sus hijos, las emociones emergentes y otras categorías que permiten comprender esta dinámica y el contexto de las madres, hijos y sus familias. Esto se realizó estableciendo unidades de análisis, las cuales fueron examinadas tanto de forma axial, como transversal; para luego codificar el texto, de acuerdo a las categorías pre establecidas, y a las emergentes durante el mismo análisis.

Cabe mencionar, que en el análisis se incluyeron datos de:

- Tres entrevistas a profesionales del centro, quienes cuentan con experiencia en él de entre 3 y 19 años, realizando atención directa de niños y sus madres, además de talleres educativos.
- Una bitácora producto de la observación participante de la investigadora.
- La discusión de un grupo focal de madres que concurren al centro de salud.

Éste último se programó con un número estimado de seis a ocho participantes; sin embargo, la reunión se llevó a cabo con la asistencia de tres participantes. Debido a lo anterior, se realizó una nueva revisión bibliográfica, sobre la metodología utilizada en la adquisición de información a través de grupos focales. En ella se encontró que, un valor importante de la realización de grupos focales, es la interacción y dinámica entre los participantes, por lo que la adición de información mediante un nuevo grupo focal no se correspondería con la motivación de adquirir datos mediante esta metodología. Por otro lado, se recomienda un número de entre tres y doce participantes, variando el rango dependiendo del autor; esta variación depende de los objetivos de estudio, las fuentes de información utilizada, y la naturaleza de los temas tratados, recomendándose grupos

más pequeños para temas de carácter más personal y delicados. (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

En relación a lo anterior, el grupo focal, estuvo compuesto por tres madres de niños que asisten al centro de salud, con quienes surgieron temas sensibles relacionados con la maternidad, como son el sufrimiento de cuadros depresivos, episodios de crisis de pánico o abortos espontáneos, todos temas de difícil discusión grupal; pero que debido a lo pequeño del grupo, permitió una mayor profundidad en la discusión de ellos, y de los demás temas tratados, siendo de gran valor para el cumplimiento del objetivo de esta investigación.

Por otro lado, la rigurosidad en la recolección y análisis de los datos, y la variedad de fuentes, permitió la triangulación y la saturación de la información obtenida y analizada, dándole mayor validez a éstos. Para dicho análisis, los datos obtenidos fueron incorporados en una matriz, hasta lograr la saturación de la información de cada categoría y subcategoría.

Como se señaló, el análisis de discurso de las diferentes categorías, pretende levantar información y teorizar sobre las competencias emocionales que presentan las madres ante la enfermedad de sus hijos, lo cual está influenciado por el contexto descrito en las diferentes categorías, las cuales se presentan a continuación.

7.2 Análisis.

Primero se presentan las categorías relacionadas con el contexto de las madres, tanto familiar, como social y que permiten dar un marco de referencia al análisis de las siguientes categorías, relacionadas con las emociones que presentan en diferentes circunstancias y que a su vez pueden relacionarse, tanto con las competencias parentales, como emocionales que presentan.

7.2.1 Contexto de las madres

- Contexto Social

En relación al contexto de las madres, destaca el acceso y buen manejo de información relacionada con aspectos de salud, como son el conocimiento de la red asistencial, la forma de acceder a atención en el centro de salud y la paternidad responsable asociada al control de natalidad y la disminución de embarazos adolescentes; así como otros temas relacionados con procesos judiciales de denuncia en casos de violencia intrafamiliar, o la gestión de recursos y beneficios socioeconómicos. Se observa en general, que las familias son *proactivas y están empoderadas* en estos temas, en comparación con generaciones más antiguas. Todo esto se puede observar en el discurso de los profesionales de salud entrevistados, como se muestra a continuación:

> "Yo te digo que hoy se nota el cambio en que la familia tiene mucho menos hijos, **tienen clarísimo el tema de la anticoncepción**."

> "Hubo una etapa también en que subió la consulta y casos de adolescentes gestantes pero que hoy siento, que dentro de mi consulta, bajó"

> "La gente está mucho más informada que antes y recurre menos a trabajo social, y si recurre, **ya tienen información previa de todas las áreas en que se interviene**"

> "La mayoría de la población focaliza su consulta, **saben lo que quieren**. Yo he vivido ese avance, es tremendo."

Este contexto positivo de empoderamiento de la población en relación a la salud, en términos amplios, tiene su contrapunto en determinantes relacionados con las condiciones habitacionales y los ingresos económicos: las familias se encuentran en condiciones de hacinamiento, pobreza económica y percepción de riesgo en las calles; como expresan los entrevistados:

> "…un poco más sobre protector, sobre todo porque aquí es un **contexto más vulnerable**: niños muy encerrados, con mucho acceso a aparatos electrónicos, **porque salir a la calle es peligroso**, es verdad, es peligroso. Entonces la mamá prefiere tenerlo seguro ahí, aunque esté pegado a la pantalla todo el día, y puede ser comiendo. **Lo mismo por el hacinamiento**: 'mejor que esté tranquilito' ".

> "Porque nuestra población sigue estando en estado de **pobreza**, en términos de que las condiciones habitacionales son muy malas acá, porque el espacio es de alta densidad, donde **hay hacinamiento, y hay violencia** por el sólo hecho de estar hacinados al interior de la casas"

Estas características, principalmente el hacinamiento, hacen que las familias no estén abiertas a mostrar su realidad y dificultan la labor del equipo de salud por falta de conocimiento de los problemas reales de los usuarios, como comenta uno de los profesionales entrevistados:

> "Y pienso que todavía estamos un poquito **distantes de saber lo que realmente está pasando al interior de las casas**, yo creo que también las familias, junto con estar más informadas, han aprendido a tener mecanismos en que no salgan todas sus realidades".

Estos aspectos afectan el desarrollo de las competencias emocionales y con ello el ejercicio de la parentalidad de las madres con sus hijos en episodios de enfermedad, ya

que corresponden a determinantes sociales de la condición de salud de la población, sumándose y afectando las vivencias de los procesos de enfermedad. Sobre ello se presentan resultados en la siguiente subcategoría.

- Experiencia de enfermedad.

En relación a la experiencia con episodios de enfermedad, se observan diferentes vivencias. Algunas han vivido la enfermedad ellas mismas, siendo más recordados los eventos de salud mental, como las crisis de pánico y la bulimia, o eventos traumáticos como la pérdida de un hijo durante la gestación (aborto espontáneo); mientras otros casos corresponden a la experiencia de acompañar a sus hijos en episodios de enfermedad grave o en tratamientos largos de enfermedades crónicas.

Sobre sus propias vivencias las madres han mencionado:

> "… por ejemplo, yo estoy **media depresiva**, entonces hacen unas preguntas Uds. 'ya la vamos a mandar al psicólogo', entonces yo voy y le digo 'no, si yo estoy en control con la psicóloga'…"
>
> "por ejemplo al principio me costó mucho que me bajara la leche, demasiado. Yo tuve un problema alimenticio antes de quedar embarazada, **estuve con una bulimia**, entonces, yo estuve con tratamiento…"
>
> "…'la mala noticia es que tu guagua no tiene latido en el corazón'… me trataba de mover la guata, a ver si… nada, nada… salí llorando de ahí, me dijo 'mira, anda al hospital, para que vean bien ahí'. Fui al hospital, no tampoco, me dijeron, me dijeron ahí 'no, tu guagüita…' En el hospital me lo afirmaron bien, **estaba fallecida**".

Por otro lado, las madres mencionaron sobre las vivencias de enfermedad de sus hijos:

> "**Desde los seis meses** de edad estuvo con la kine, después pasó **hospitalizado**, y ya ha estado mejor ahora último". (Sobre hijo de 7 años).

> "Él tiene cuatro años y desde que nació, nació complicado… ahí estuvo tres días en urgencia, no sabían qué tenía, le hicieron la punción lumbar y tenía meningitis… Ahí **estuvo en la UCI** dos semanas, y después fue bajando a intermedios, y **estuvo un mes en total hospitalizado**…"

> "Así que otra vez **hospitalizado**. Con oxígeno, sacándole el líquido, kine tres veces al día… Él es como el niñito cristal, le decimos, porque pucha, cualquier cosa, ya estamos esperando a la kinesióloga".

> "hasta las manos **tenía que amarrarle** para que no se sacara la cosita ahí, porque es cortito, él va a mover el bracito ahí y se le va a salir la vía; y hay que amarrarle las cuatro extremidades".

Estas experiencias, de cuadros agudos graves, descritas por las madres, asociadas a procedimientos invasivos, si bien han sido estresantes, tanto para los niños como para las madres, han tenido como consecuencia, en su mayoría, un aprendizaje en relación a los cuidados de los niños, permitiendo su empoderamiento, como expresan ellas mismas y los profesionales de salud:

> “En cambio las que **han tenido ya niños crónicos** o conocen algún familiar, se manejan y manejan el tema con un poco menos de ansiedad y como con más tranquilidad”

> “Estar alerta a cómo esa mamá, que aparentemente **se convierte en una mamá muy efectiva**, porque aprende del dolor… yo las noto que son madres más eficaces que las madres más nuevas, porque ellas han vivido, desde la etapa de reconocer la enfermedad grave de un niño, pero **ellas aprenden y se hacen muy capaces** de manejarse con este niño”

> “Pero uno a través del tiempo **va conociendo a sus hijos y va conociendo qué hacer.** Por eso cuando toca con la kine, yo le preguntaba ‘¿y esto se puede hacer?, ¿cada cuánto?, ¿cómo lo hace?’… entonces después uno tiene los métodos en la casa y **sabe si es que está muy mal**”

En otros casos, señalados por los profesionales como una minoría, los episodios de enfermedad dificultan más el cuidado de los niños y el manejo de temas relacionados con la salud o nuevos episodios de enfermedad, sobre todo en casos donde las madres manifiestan miedo o ansiedad, relación que será abordada más adelante.

Una de las madres relata:

> “…y tuve a mi hija, y **cada mes me hacía eco… porque uno queda como… que me digan de nuevo eso… fue como algo fuerte para mí… volverlo a perder**, que uno no sabe… igual de repente por la mente se me pasa a mi guagua, o de repente como me hicieron el raspaje, todo eso”.

De las observaciones de la investigadora se extrae:

> "Algunas madres han pasado episodios traumáticos ellas mismas, como lo es un aborto; o lo han vivido con sus hijos, como una hospitalización prolongada o una enfermedad con riesgo vital, y lo reviven en casos nuevos que pueden no ser graves y se paralizan, **se les hace más difícil comprender la situación y realizar los cuidados que se les indican para los niños**"

Otro factor importante en los cuidados de los niños en relación a su salud, es la experiencia que puedan o no tener las madres, si han tenido hijos antes, o si son primerizas, lo cual se expone continuación.

- Madre primeriza.

Así como la experiencia previa de enfermedad influye en los aprendizajes de las madres, la condición de ser madre primeriza también afecta en el desempeño de la parentalidad, generando situaciones de incertidumbre para ellas, donde no saben qué medidas tomar, cómo realizar los cuidados de los hijos o incluso identificar el origen de algún conflicto, lo que se ve ejemplificado en lo que manifestaron las madres del grupo focal:

> "Yo cuando tuve a mi hija…no dormía en realidad, las dos noches que estuve ahí, no dormí… esperaba que llegara mi familia, se las pasaba y dormía. **Porque el hecho de sentir que se me podía caer, o no iba a sentirla respirar**… yo digo, es algo psicológico".

Los profesionales entrevistados también entregaron información sobre su visión de las madres primerizas, concordando en que son un grupo que requiere un cuidado

especial del equipo de salud y que manifiesta más preocupación por aspectos cotidianos de la crianza. Lo que se explicita a continuación:

> "Hay algunas que les da miedo hasta, no sé, cortarle las uñas… así, súper preocupadas… pero han sido poquitas, que son demasiado ansiosas".

> "**Hay mucho que hacer con la madre primípara** de los niños, manejo del tema de la crianza, es como que no hay tiempo para escuchar a esa mamá nueva, **que tiene que aprender a ejercer una tarea**, un rol de cuidado de su hijo… yo focalizaría el trabajo de apoyo en la crianza de la madre primípara".

Esta necesidad de aprendizaje y apoyo se puede ver apoyada tanto por el equipo de salud, como por la familia, quienes son partes de una red de apoyo que puede estar o no presente, y que se desarrolla a continuación.

- Red de apoyo

Las mujeres que son madres, cuentan con una primera red de apoyo en la crianza de los hijos, que es la familia; sobre ello las participantes del grupo focal manifestaron contar con la participación de sus familias, principalmente los padres de sus hijos y los abuelos de los niños; sin embargo se pudo observar que siguen siendo ella quienes organizan los cuidados de los niños y quienes contienen a los hijos durante los períodos de enfermedad, sobre lo que expresan:

> "Cuando el niño salió (del hospital), ya estaba mejor, yo lo que hice fue buscar un taller de zumba, como para des estresarse un poco y votar todo lo que tenía acumulado. **Mi marido se preocupaba de mi hijo mayor que tenía que**

almorzar, y yo tenía que dejarlo listo, bañado y vestirlo y yo iba mientras tanto a zumba".

"Yo tengo la suerte que **vivo con mi suegra, entonces me apoyaba** con los más chicos…"

"Se quedaba mi marido con ella, o de repente mi mamá y me dice: 'amor, la niña quiere esto'… yo decía 'pucha, me gustaría estar ahí', **el papá no sabe mucho… los papás trabajan**... (risas de todas las mamás)"

"O mi mamá: '¿hija, dónde están las cosas?'… **no es lo mismo que cuando uno está**, me dice: 'no sé cómo lo haces con ellos, todo' "

Sobre ello, el equipo de salud tiene una visión que concuerda, señalando uno de los entrevistados, por ejemplo:

"Bueno, hay de todo, pero yo creo que **hay dificultades como para asumir esta crianza en equipo**, yo creo que a veces se lo viven harto en soledad, aunque no estén solas, se pueden sentir solas, porque ahí puede haber **dificultad en comunicarse o en ponerse de acuerdo**".

Por otro lado, el equipo de salud juega un rol importante en el apoyo que reciben las familias y las madres durante la enfermedad de los hijos. Sobre esto podemos decir, que las madres buscan apoyo en el equipo de salud y que éste es visto de buena forma en algunos casos, y de menos utilidad en otros, lo cual está muy asociado a la disposición y comunicación existente entre las madres y el profesional de salud. Esto es también concordante con lo explicitado en las entrevistas a los profesionales, quienes refieren una deficiencia en el apoyo entregado a las madres, debido, entre otras cosas a la

sobredemanda y a dificultades de comunicación, como se puede ver en las siguientes citas de las madres del grupo focal:

> "Es que a veces son muy serios, muy secos… una sonrisa, un buenos días… '¿quedó contenta con lo que le expliqué?', si es más serio… (Sobre el equipo de salud)"

> "…y una sola kinesióloga me decía "esto le va a hacer bien, va a estar mejor, **no se preocupe**… mire todos los pollitos que bota, así que **va a estar bien su hijo**".

> **"Se encariñan**… porque le ha hecho (kine) de los 6 meses a los 7 años… y cualquier cosa que le pasa, hasta un dolor de estómago '¿me puedes llevar donde la tía kine?' "

Como ejemplo de lo anterior, en las entrevistas de los profesionales destacan discursos como los siguientes:

> "… nosotros, como en general no tenemos mucho tiempo en la consulta, **a veces no podemos indagar un poco más para poder ayudarla**"

> "El equipo está mucho mejor preparado que el que yo conocí inicialmente.. Falta todavía, salir de la función específica del profesional y **atreverse a realizar contención, consejería**, que yo creo que está preparado, pero parece que en **términos de rendimiento de tiempo y de trabajo en conjunto**, yo todavía percibo que hay una dificultad en el trabajo de equipo".

- Participación en talleres educativos.

Junto a las intervenciones y contención que pueda realizar cada miembro del equipo de forma individual con los niños y sus madres, se realizan también en los centros de salud familiar, y específicamente en cual se realizó esta investigación, talleres educacionales, relacionados con la crianza y los cuidados de salud. Sobre ello las madres señalaron que eran de utilidad para adquirir información y para dialogar con otras madres, compartiendo experiencias que les ayudaron a comprender sus propias vivencias y normalizarlas cuando correspondía, esto último corresponde una ventaja que no encontramos en las consultas individuales y es desde otra perspectiva, también una contención entregada por pares.

Las mamás en su grupo focal señalaron al respecto:

> " '¿y dónde aprendieron esas cosas?'… **En los talleres**. (Sobre el cuidado de los niños durante una enfermedad aguda)"

Mientras que los entrevistados, señalaron:

> "Estuve presente en el taller que hizo la psicóloga… se hablaron de las **aprensiones** que tienen las mamás con respecto a la crianza, y cosas que como a veces una se siente como mala mamá, las mamás decían… como que **les servían para desahogarse en grupo y ver que en realidad eran cosas como normales**…"

> "…en cambio las mamás que, se nota que asisten a los talleres y todo eso, preguntan, si no entienden vuelven a preguntar, entonces se nota que anotan, traen los controles, traen los papeles al día".

Como se puede observar, las condiciones habitacionales, el espacio familiar, el acceso y contención del equipo de salud, y las vivencias en torno a la propia enfermedad y la de los hijos, constituyen el contexto donde las madres tienen nuevas vivencias, aprenden y organizan los cuidados de sus hijos, afectando como experimentan la enfermedad y generando un espectro de emociones en torno a dicha vivencia.

A continuación se presenta el análisis de las emociones que presentan las madres, desagregando cada una de ellas.

7.2.2 Emociones.

En esta categoría se analizó tanto la manifestación de las emociones en el discurso de las madres, como lo observado por los profesionales. Se incluyeron tanto emociones básicas como complejas.

- Rabia.

La rabia surge en el discurso de las madres, como respuesta a injusticias experimentadas por ellas, por sus hijos u otros niños, en relación al acceso a salud o la falta de contención del equipo de salud, por ejemplo:

> "¿qué emoción le genera eso?... ¿ver a los niños ahí? …**a mí me da rabia**… por el sistema, porque hay muchos niños que esperan ahí afuera, en la sala de espera un montón de horas…"

> "Sí… pena **y rabia** igual… (Sobre niños en espera en el hospital)"

Sin embargo, es relevante que esta emoción, no aparece en relación a la relación con los hijos o con los miembros de la familia, sólo de forma implícita en escasas ocasiones, de la siguiente forma:

> "No todos tienen el privilegio de ser mamá, así que para mí, aunque uno pasa las duras, las maduras, **se pone mal genio, uno rabea**, pasa por estrés, por todo, es un sube y baja, es una bendición"

El equipo de salud, por otro lado, sí identifica la emergencia de la rabia en relación a situaciones ocurridas con los hijos, o producto de la demanda físico-emocional originada, no sólo por los hijos, sino que también por el contexto antes mencionado: como el equipo de salud, la escuela o la familia; lo cual se asocia a frustración por la demanda que este contexto genera en las madres. Ejemplo de ello, son los discursos de los profesionales entrevistados:

> "Donde se ve que los niños, son como una molestia, donde esa mamá se siente **sobrepasada de mucha rabia** y frustración porque salud lo presiona con el rendimiento de traer a controles de salud, donde el profesor además, le cuestiona al hijo por su rendimiento académico, y donde la misma pareja también cuestiona a esa madre que se está haciendo cargo".

> **"**Con las conductas de los hijos, **cuando les da mucha rabia**… las conductas ambivalentes de los niños son las que más interpelan a los papás, y les cuesta a veces darse cuenta que eso tiene que ver con la emoción de ellas también, pero es factible hacer ese proceso".

La rabia puede ser vista como una emoción "mala", sin embargo, según lo planteado previamente en el marco conceptual, correspondería clasificarla como negativa, en el

sentido de que genera desagrado, pero permite movilizar recursos para enfrentarla (Bisquerra, 2014; Vivas 2006). Otra emoción negativa es el miedo, que por un lado tiene una cualidad de protección, pero que también puede paralizar o ser parte de emociones más complejas. Sobre el miedo y otras emociones relacionadas se plantea el análisis de las próximas subcategorías.

- Miedo

La cualidad primitiva del miedo, relacionada con el instinto de protección, se evidencia al ser la primera que surge en el discurso de las madres al hablar de la enfermedad de los hijos y se relaciona con la posibilidad de que estén expuestos a un daño o sufrimiento físico; las madres refieren miedo en episodios de enfermedades graves, que requieren hospitalizaciones, intervenciones dolorosas o invasivas, o situaciones de vulnerabilidad para sus hijos.

Esto es muy patente en el discurso de una de las madres del grupo focal, en relación a su vivencia de los momentos posteriores al nacimiento de sus hijos, y en el discurso de otra mamá, sobre un cuadro de neumonía complicada de su hijo:

> "Sí, me **daba miedo**. Bueno, a mí me dan crisis de pánico. Me pasa cuando los tengo, al principio… cuando son chiquititos… me da como esa angustia de que yo **no siento que va a respirar**, ¿qué voy a hacer?... **o si se cae de la cama**".
>
> "No, fue todo caótico, si estaba tan bien… y después, el año antes pasado, vinimos acá de nuevo. Estaba con fiebre 5 días, no comía nada, ni agua, no toleraba nada, **estábamos asustados de nuevo**, parecía un pañito, un osito tirado en el sillón, y vinimos acá"

También en relación al miedo aparecen discursos explícitos sobre situaciones de salud vividas por las mismas madres, y que temen se vuelvan a repetir, como muestra la siguiente cita:

> "Y cuando ya fuimos a la sala de raspaje, nerviosa, nerviosa, igual le pregunté a las doctoras "voy a volver a quedar embarazada", me decían que sí… y seguía preguntando, seguía preguntando… y tenía que esperar un año más… tuve a mi hija, quedé embarazada de mi hija… **igual con miedo**…"

Estos escenarios, donde puede haber un peligro inminente para los hijos o para las madres, tienen una relación directa con la función de protección que tiene el miedo. Sin embargo, existen otras instancias donde el miedo se plantea ante situaciones más complejas, donde la "amenaza", no es física. Los profesionales entrevistados refieren que la comunicación con las familias y madres de mayor riesgo psicosocial es dificultosa, debido al miedo a sentirse enjuiciados por los pares y el equipo, y por otro lado, a perder a sus hijos. Sobre ello se pueden considerar las siguientes citas:

> "Hay escasos espacios para desahogarse y compartir, y donde no sentirse enjuiciado cuando compartimos algo. La gente evita fuertemente y rechaza las actividades de grupo".

> "Observar, que es muy valioso, **porque a veces la gente no te dice cosas**, pero tú observas… y comunicación, hay que tener mucho cuidado en como uno se comunica, y con las de mayor riesgo mucho más, porque están muy a la defensiva, **tienen mucho miedo** a este lado como legal-punitivo, que las amenaza que les puede quitar los bebés".

Otra emoción que pocas veces las madres expresan verbalmente es la tristeza, a continuación se presenta el análisis de esta subcategoría.

- Tristeza

La tristeza se expresa tanto de forma verbal, como no verbal, por lo que, en este último caso, lo compartido por los entrevistados y la observación de quien investiga cobran gran importancia para reconocer esta emoción.

La tristeza aparece expresada verbalmente, cuando está asociada a cuadros de salud mental, como la depresión; o a situaciones de carencias, como la lejanía de la familia:

> "Me ha tocado que me han dicho 'ya no puedo más', en ese contexto: una que era una mamá adolescente y que era su primer bebé y ella me dijo que 'no, que ella se sentía mala mamá', y que estaba con una posible **depresión post parto**, me dijo que por favor la mandara a alguna parte porque sentía que lo estaba haciendo mal, eso le preocupaba y se sentía mala mamá"

> "… yo lo que soñaba era estar al lado de mi mamá, de mi papá, con apoyo, pero no fue así, no se pudo y nada, tengo que salir adelante y podérmela solita no más, no queda de otra, uno no puede echarse a morir**,** si tiene dos hijos o más"

En otros casos la expresión de la tristeza es física, a través de sollozos, de la expresión facial o el tono de a voz al conversar sobre temas dolorosos, como períodos largos de hospitalización de los hijos o pérdida de uno.

> “sí… igual lloro, igual lo echo de menos (sollozando)… ¿y ha tenido un apoyo para eso?... sí, mi marido. Que también fue doloroso para él, si los dos quedamos mal”.

De la observación participante en el grupo focal, se puede destacar la siguiente cita:

> “Al conversar sobre el inicio de la enfermedad de sus hijos, las participantes dejan de sonreír y hacer bromas, disminuyen el tono de voz, y algunas bajan la mirada, se puede percibir un cambio en el clima de la sala en que se realiza la reunión, al preguntar, una de ellas refiere que ‘es fome cuando los niños enferman’ ”

De emociones básicas como las descritas, surgen otras más complejas como lo son la angustia, la preocupación y la ansiedad. El análisis de estas subcategorías se presenta a continuación.

- Angustia

La angustia vivida por las madres durante episodios de enfermedad de los hijos, se deriva del miedo e incertidumbre de lo que pueda ocurrir con ellos, si van a recibir o no los cuidados necesarios por parte del equipo de salud, o si van a recibir contención emocional; todas situaciones en que ellas no están presentes; como en el caso de una hospitalización, lo que se ejemplifica en la siguiente cita:

> “… ya a las 7 hay que salir hasta las 9, yo salía pero mal, mal, mal, mal, mal; porque decía: ‘el niño va a llorar y lo van a dejar llorando’, o sea si uno dice: ‘ya, son todos los niños… **¿se van a preocupar del mío?**’. Entonces uno ahí… **queda una angustia**…”

En otras ocasiones la angustia es generada por la carencia de espacios de diálogo y desahogo, el miedo y la inseguridad de no encontrar validación de los cuidados que se tienen con los hijos generan la angustia.

Sobre ello una de las profesionales entrevistadas refiere:

> "Como llega la mamá **angustiada, estresada, con miedo**; la que ya con brindarle un espacio para conversar, ya se siente mucho mejor".

- Preocupación

La preocupación también es descrita como una emoción compleja, pero que se superpone con una intención de acción, de hacer algo para resolver aquello que preocupa. En el caso de las madres, el principal objeto de preocupación es el bienestar de los hijos, y más específicamente la enfermedad de ellos, entonces va dirigida a realizar prontamente lo necesario para que ellos mejoren. Tanto las madres del grupo focal, como los profesionales entrevistados refieren esta situación:

> "Por más que dejé todas las instrucciones, que por favor los vistieran, que los arreglaran, aun así, **uno está con esa preocupación**, porque mi esposo no es lo mismo que si uno lo hace, una mujer".

> "Porque uno les dice (a las madres) 'ya, entonces control en 24 horas'… y dicen '¿y qué pasa si le traigo la radiografía altiro… y si se la hago particular?'… entonces ahí se nota que, en el fondo, **están súper preocupadas**…"

- **Ansiedad**

La ansiedad, como otra emoción compleja, también tiene un componente de temor, asociado a incomodidad, pero menos definidos que lo que pudiese ser la preocupación y con menos claridad en la búsqueda de una solución.

Entre las madres del grupo focal, además de la preocupación, también se manifestaron discursos asociados a la ansiedad, tanto de forma explícita, como implícita, en situaciones en que se vieron sobrepasadas o no supieron cómo reaccionar o comunicarse en el contexto de la enfermedad y cuidados de los hijos; como se puede observar en las siguientes citas del grupo focal:

> "No, yo soy como… como muy nerviosa, si a ellos les pasa algo, yo altiro… '¿qué le pasa, qué tiene?... mamá, el remedio… ¿le doy este remedio?'… empiezo así…"

> "Esos primero días son pero… es como que se lleva el hospital los primeros días, es una cosa así que ya… **incluso de dormir sentada en la cama**".

La manifestación de la ansiedad, no sólo es explicitada de forma verbal, también se nota en cómo se expresan las madres del grupo focal sobre episodios de enfermedad vividos junto a los hijos, lo cual fue registro de la observación participante, y que se ejemplifica a continuación:

> "Al recordar y conversar sobre situaciones de estrés y de difícil solución, las mamás parecen volver a experimentar nerviosismo y dificultad para verbalizar lo que quieren comunicar, incluso una de ellas se observa más

inquieta y se levanta de la silla en que está sentada”

- Amor

Las emociones negativas, entendidas como desagradables, pero cargadas de información útil, parecen aflorar más fácilmente en el discurso y mostrarse más intensamente en el lenguaje corporal cuando se dialoga sobre la crianza de los hijos, y particularmente sobre situaciones difíciles de la crianza, como lo son las enfermedades de los hijos; mientras que la emoción básica del amor no surge espontáneamente en el discurso de las madres, ni de forma literal. Sin embargo, es posible reconocer el amor por sus hijos en su reacción al quedar embarazadas, en las actitudes de cuidado hacia ellos, sus sacrificios, o la priorización de su bienestar por sobre el de las mismas mamás. Son muestra de ello las siguientes citas:

> “Son todo para mí, yo digo ‘no importa que yo no tenga qué ponerme, si como o no como, **teniendo ellos, yo soy feliz’** ”.

> “Se suponía que me iba a costar, quedé con pastillas esperando a mi hijo, de mi hija quedé con la inyección, que se supone que es súper eficaz… entonces, **para mí, ser mamá es una bendición**”.

Otra manifestación del amor, es el establecimiento de un vínculo con otra persona, como por ejemplo la amistad, aspecto que también surgió, tanto en lo referido por las madres del grupo focal, como por los profesionales del equipo de salud entrevistados:

> “Lo otro es con la gente del hospital… igual **uno se encariña también** con la gente del hospital, con los auxiliares…”

> “En general salud tiene una trayectoria, y establece una relación de **vínculo y de amistad** para poder intervenir con esa madre que tiene múltiples problemas”

- Alegría

La alegría se muestra principalmente en relación al hecho de ser madres, manifestando alegría o felicidad al recordar cuando conocieron la noticia de estar embarazadas.

> “Se suponía que me iba a costar mucho, entonces cuando yo supe que estaba embarazada, **yo saltaba en un pie**. Siempre quise tener muchos, yo decía ‘cuando sea mamá, yo quiero tener 5 hijos’… **¡Miré! (risas).** Y entonces yo dije que estaba embarazada, y **todos contentos, yo muy feliz**, mis hijos son… son todo para mí”

> “Y nos costó igual quedar embarazada, yo… **estábamos los dos feliz**, igual un poquito nerviosa y yo venía sola aquí a hacerme los exámenes”

También fue posible observar la expresión corporal de la alegría al compartir recuerdos agradables y felices de sus hijos durante la reunión del grupo focal, donde las madres sonreían y se relajaban corporalmente.

> “Una de las madres se muestra especialmente contenta el recordar la participación de sus hijos en actos escolares. Cuenta que el padre los vistió para la ocasión **y sonríe al recordar que la ropa estaba mal abotonada, pero que sus hijos estaban contentos** de todas formas y participaron igual”

- **Indiferencia**

La indiferencia se relaciona con la falta de interés en algún asunto, persona o cosa, y puede ser manifestada verbalmente, o evidenciarse por la falta de efecto corporal ante ello. Entre las madres participantes no se percibió indiferencia ni ante los temas tratados, ni ante las vivencias planteadas por ellas mismas, por el contrario, como ya se ha ejemplificado, fueron muy expresivas en todas las situaciones, como también empáticas ante los relatos de las otras madres del grupo.

Los profesionales de salud sí refirieron casos escasos de madres indiferentes ante situaciones de salud de sus hijos; por ejemplo:

> "Llega de todo, llega la mamá que **no quiere saber nada** y te trae el niño para que tú se lo arregles"

> "También he identificado, en muy poquitas sí, **indiferencia**. Como que les da lo mismo, una bronquitis más u otra vez se enfermó, y como que ahí hay una mala relación".

Sobre ello la investigadora registró las observaciones derivadas de las atenciones a los niños y sus madres en cuadros respiratorios agudos, como se presenta en la siguiente cita:

> "No siempre la indiferencia está asociada a una falta de cuidado, al profundizar en conversaciones con madres que 'son indiferentes', muchas de ellas resuelven los problemas en otras instancias (atenciones con médicos fuera del sistema público, o con otros profesionales)… que en realidad pudieron satisfacer sus necesidades de otra forma".

Todas estas emociones son desencadenadas por diferentes situaciones, que en esta investigación están contextualizadas en la crianza de los hijos y particularmente los episodios de enfermedad. A continuación se presenta el análisis de la categoría de desencadenantes emocionales y sus subcategorías.

7.2.3 Desencadenantes emocionales

En esta investigación se buscó conocer las competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de sus hijos, para lo cual fue necesario conocer qué emociones se relacionan con ello, en la presente categoría se incluyeron diferentes condiciones de la salud de los niños y su crianza, que generaron dichas emociones, las cuales se agruparon en las siguientes subcategorías.

- Eventos estresores

Los episodios de enfermedad traen consigo la posibilidad de que los niños tengan que someterse a intervenciones desagradables, estresantes y hasta dolorosas, donde las madres también tienen la vivencia y experimentan emociones que usualmente son desagradables o dolorosas para ellas también. Esto fue muy evidente en el discurso de las madres que participaron del grupo focal, donde el recuerdo de los episodios de intervenciones invasivas de salud, volvía a generar emociones en ellas; por ejemplo:

> "Si uno es amorosa, aunque le **duela el alma que le metan esa manguera y lo aspiren**, uno tiene que dejar no más, si es por bien de él"
>
> "Lo otro es que quedan amarrados… él era un bebé…'amárrelo' (con voz autoritaria)… allá le pasaban un paracaídas… hasta las manos tenía que

amarrarle para que no se sacara la cosita ahí, porque es cortito, **él va a mover el bracito ahí y se le va a salir la vía; y hay que amarrarle las cuatro extremidades**".

Estas intervenciones se contextualizan dentro de la historia de enfermedad, tanto de los niños como de sus madres, lo cual se analiza en los resultados de la siguiente subcategoría.

- Experiencias de enfermedad

Aunque los episodios de enfermedad de los niños no incluyan intervenciones invasivas, igualmente suelen tener un efecto sobre las madres y sus emociones, y con ello las competencias que se tengan frente ellas. Tanto en el discurso de las madres del grupo focal, como el de los profesionales de la salud entrevistados, surgió con mayor frecuencia y profundidad relatos sobre hospitalizaciones, sobre los cuidados de los hijos enfermos y la menor atención de los otros hijos "no hospitalizados". De ello se extraen estas citas como ejemplo:

> "Una neumonía, pero le ponen otro nombre… atelectasia… y yo nerviosa ahí, cuando los doctores me hablaban **yo estaba en shock, cuando me dijeron 'el niño tiene que quedarse hospitalizado'**… y ya ahí, en ese instante le hicieron altiro kine y me lo mandaron a la sala de lactante"

> "Claro, si esa es la otra preocupación, **que uno tiene otro hijo y tiene que dar por el otro también,** para que no se sientan así como que 'ah, mi mamá no está ni ahí conmigo', una cosa así".

El cómo experimentan los procesos de salud-enfermedad los niños y sus madres, está influido también por el apoyo con el que cuentan, o la falta de él; lo que también puede generar en las mamás la aparición de una u otra emoción.

- Presencia de red de apoyo

La red de apoyo, según lo manifestado por las madres y también por los profesionales del equipo de salud entrevistados, está constituida principalmente por la familia directa y el equipo de salud.

Los primeros son quienes ayudan en el cuidado de los hermanos cuando uno de los hijos requiere mayores atenciones de la madre, o cuando la madre trabaja fuera del hogar, sin embargo, aunque es considerado como una ayuda, el rol de la madre sigue siendo el de cuidadora primaria, independiente de la presencia o ausencia del padre, esto se abordará en categorías posteriores.

Sobre la red familiar, una de las integrantes del equipo de salud señala:

> "las que viven con las familias en espacio más menos decente, espacio de vivienda; y tienen familiares, tienen menos desgaste, **porque ayuda la suegra, ayuda la abuela**, ¿me explico?... mientras que, está claro, podrían identificarse **aquellas madres que no tienen esa red de apoyo, que es seguro que están trabajando con mucha sobrecarga** y con un mínimo de recurso"

Por otro lado la percepción de apoyo por parte del equipo de salud, también es causante de emociones en las madres de los niños, como se manifiesta en esta cita:

> “Es que no le escucho, le digo yo… para no decirle: ‘no le entiendo’. Pero no me gusta, por lo general. **A mí gusta, que me expliquen las cosas, que me digan”**

Como se ha mostrado, la familia puede ser un apoyo, pero puede también ser una fuente de atención y demandas para las madres, sumada a la de los hijos, como se plantea en la siguiente subcategoría.

- Demandas de la familia

Todas las madres participantes del grupo focal tuvieron relatos sobre demandas de los niños en relación al tiempo, cuidados y contención; situaciones en que los cuidados de otros miembros de la familia no reemplazan los de la madre. Son ejemplo de lo anterior, las siguientes citas del grupo focal:

> “Entonces uno también tiene que ver esa parte, de que ellos notan que uno no está… me pasó que era justo el 18 de septiembre, tenían que bailar el 15 y yo estaba en el hospital, por más que hice el intento de venirme antes, no pude… y ella: **“es que yo quiero que estés**”

> “¿a las tres les pasa los mismo con esto del **papá** o de algún otro apoyo en la casa?… por más que le dejes anotadito, paso por paso, **no es como cuando uno lo hace**…”

Por otro lado, los discursos de los miembros del equipo de salud entrevistados, muestran que el contexto de los niños, también puede ser demandante para las madres, las exigencias del mismo equipo de salud o del ámbito escolar de los niños también

pueden influir en las madres, emergiendo una variedad de emociones ante ello. Sobre lo anterior podemos citar:

> "La maternidad se ha vuelto súper competitiva, y **es un ámbito de mucha exigencia para las mujeres**. Muchas veces el que el hijo no funcione bien en el colegio, ya sea en lo académico o en lo social, es vivido desde el punto de vista emocional como un problema de la mamá**. Incluso como una frustración más personal**"

Como se ha mostrado con las demandas familiares en esta subcategoría, también el contexto en que viven las familias, las experiencias de vida, y particularmente las de enfermedad, pueden generar respuestas emocionales en las madres de los niños, las cuales requieren ser procesadas para poder cumplir con el rol parental (maternal en este caso) que las condiciones exijan en cada oportunidad; para ello se requiere de contar con *competencias emocionales*, las cuales pueden o no estar presentes o desarrolladas.

Sobre la emergencia de estas competencias se presentan los datos agrupados en la siguiente categoría.

7.2.4 Competencias emocionales.

La presente categoría recoge los discursos relacionados con las competencias emocionales expresadas (o no expresadas) por las madres en situaciones relacionadas con la crianza, con sus hijos y durante cuadros de enfermedad de los niños; los cuales constituyen los datos principales para llegar a una conclusión en relación al objetivo principal planteado, que es analizar las competencias emocionales que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos.

Lo primero que se requiere para ser parte del mundo emocional, propio y de los otros, es estar dispuesto a percibirlo y tomar conciencia de él, sobre ello se presenta la primera categoría.

- Capacidad de estar abierto al mundo emocional.

Las madres participantes del grupo focal mostraron durante toda la reunión realizada, apertura y disposición a conectarse con sus experiencias emocionales, dándole protagonismo en sus diálogos, reconociendo a sus hijos como seres emocionales también; y no sólo respecto a experiencias pasadas, también se mostraron abiertas y respetuosas de las otras participantes, logrando empatizar con ellas. Tanto la capacidad de reconocimiento del otro como ser emocional, así como la disposición hacia la entrega y recepción de afecto, asociados a la apertura emocional, se muestra muy claramente en la siguiente cita donde una de las madres relata una conversación con su hija:

> "…'mamá, tú no me quieres, tú amas más a mi hermano'… 'ay hija, si los amo a los dos'… El otro día me dijo: 'mamá, ¿a quién amas más, a mí o a mi hermano?'… 'hija a los dos, no tengo que hacer diferencias entre uno y el otro'… 'ah, ya mami'… De repente a mi hija le digo, '¿dónde está mi princesa, mi bebé?', ahí la abrazo, le doy besitos".

La apertura al mundo emocional, se expresa muy relacionada con la capacidad de estar atento al mundo emocional propio y del otro; lo cual se muestra en la siguiente subcategoría.

- **Capacidad de estar atento.**

Además de estar abierto al mundo emocional, es vital, para poder entregar los cuidados y contención necesaria a los niños, tener la capacidad de estar atenta a ese mundo emocional. En los discursos recogidos de las madres, fue posible reconocer como son capaces de estar presente y percibir, escuchar, ponderar y darle un sentido a las emociones de ellas y sus hijos, en situaciones cotidianas y procesos de enfermedad.

Otras de las madres asistentes comentó una situación similar a la planteada anteriormente, que suele ser comúnmente escuchada, sobre cómo los niños compiten con sus hermanos por ser a quien "más quiere su mamá"; en este caso la madre supo ponderar y darle un sentido a lo expresado por sus hijos, que fue distinto a la cita planteada antes:

> "También está esa reacción, 'tú no me quieres, tú no me amas'… 'ya, **no me empiecen a chantajear**, yo a ti te amo y amo a los tres'. Y es verdad eso que dicen que a las mamás no se les puede mentir".

- **Capacidad de ligar emoción y pensamiento.**

La capacidad de integrar las competencias emocionales con el pensamiento, les permite a las madres razonar, interpretar y emitir opiniones y juicios, y con ello tomar decisiones y actuar. Esta capacidad estuvo muy presente en el diálogo entre las madres del grupo focal, lo que se evidencia cuando una de ellas responde a una pregunta sencilla, sobre por qué los niños preferían ser atendidos por algunos miembros del equipo de salud y por otros no. La respuesta fue también simple, pero denota todo el proceso de percibir el mundo emocional de su hijo y darle un sentido también en el mundo de lo racional.

> "¿Por qué creen que le pasa eso a los niños? **Porque se encariñan y crean un lazo con la persona…"**

Por otra parte, existe también en otras madres, dificultad para darle un orden racional a las experiencias emocionales y poder así interpretarlas. De ello da muestra la siguiente cita de una de las entrevistas hecha a uno de los profesionales del equipo de salud:

> "Las conductas ambivalentes de los niños son las que más interpelan a las mamás, y **les cuesta a veces darse cuenta que eso tiene que ver con la emoción de ellas también**, pero es factible hacer ese proceso"

Estrechamente con la incorporación del pensamiento al mundo emocional, surge la capacidad de analizar la información del mundo de las emociones, tema que también fue abordado, tanto en el grupo focal, como en las entrevistas.

- Capacidad de comprender y analizar las informaciones relacionados con el mundo emocional.

Comprender el mundo emocional y analizar la información que entrega, permite a las madres conocer qué eventos gatillan emociones tanto en ellas como sus hijos y además relacionarlo con los recuerdos de imágenes y pensamientos de experiencias previas. Este fue el principal ejercicio realizado con el grupo focal compuesto por las madres, quienes tuvieron que recordar sus experiencias con eventos de salud de sus hijos y de ellas mismas, revivir emociones, pensamientos e incluso el imaginario de aquellas situaciones, para poder compartirlo con quienes participaron de aquella reunión.

La siguiente cita, sobre el primer día después del nacimiento de la hija de una integrante del grupo focal, grafica muy bien este proceso:

> “Una **angustia**… pero era una cosa pesada, **diferente a lo que uno había pasado antes**… yo transpiraba, transpiraba, el corazón me hacía así, me zapateaba, yo decía ‘me voy a desmayar de la impresión’… **no sé si me da miedo el encierro del hospital** en sí, que fue lo que me provocó eso…”

Los profesionales entrevistados, por otro lado, plantean también como, para otras madres, aunque son capaces de percibir sus emociones y las de sus hijos, es difícil analizar y comprender la información que esas emociones contienen. Muestra de ello es la siguiente cita:

> “A veces les cuesta percibir que lo que a ellas les pasa, tiene relación con lo que le pasa a los hijos y viceversa… yo puedo percibir y darme cuenta de lo que me pasa a mí, o a veces darme cuenta de lo que le pasa a él, pero **darse cuenta de cómo eso es circular, es más difícil**.”

Además de ser conscientes del mundo emocional y lograr interpretar las emociones propias y de los hijos, los procesos de enfermedad y los cuidados de los niños precisan que las emociones emergentes de las madre no sobrepasen su capacidad de entregar dichos cuidados. Los datos sobre la manifestación de dicha regulación se presentan en la siguiente subcategoría.

- Capacidad de regular la emoción.

A medida que se analizaron competencias más complejas, fue posible notar cómo los discursos de las madres y de los entrevistados se volvieron más heterogéneos, mostrando que no todas las madres tienen un desarrollo de estas competencias emocionales, y que no siempre emergen según se requiere, ante la enfermedad de los hijos.

La regulación de las emociones propias en las madres, existe en algunas de ellas, como se presenta a continuación:

> “Si **uno es amorosa, aunque le duela el alma** que le metan esa manguera y lo aspiren, uno tiene que dejar no más, si es por bien de él”

Esta capacidad de regular una emoción inquietante y desagradable ante el estrés de un hijo, anteponiendo el bienestar de éste, se encuentra ausente en el discurso de algunas madres, y en algunos relatos de una misma madre. Otra de ellas compartió su experiencia acompañando a su hijo hospitalizado, y como no logró regular su emoción para contenerlo emocionalmente durante un procedimiento invasivo:

> “Cuando estuvo la primera semana en el hospital, me dijeron ‘vamos a tener que sacarle sangre a su hijo, examen de sangre’. Yo me puse nerviosa, cuando llegaron con el carrito, con las vacunas, buscándole la vena a mi hijo, lo pusieron de cabeza, **tuve que salir de la sala para no verlo, me puse a llorar, lo escuchaba llorar, no pude**”.

Lo que se hace con la emoción una vez percibida, no se limita sólo a su regulación, también requiere modulación en su expresión corporal y la capacidad de responsabilizarse por ella.

La siguiente subcategoría muestra cómo es la modulación de las emociones en la población estudiada.

- **Capacidad de modular la emoción.**

La modulación emocional, incorpora las competencias ya revisadas, y junto con ello, la capacidad de expresar verbal y corporalmente la emoción, de forma equilibrada, sin desbordarse.

En los relatos expuestos por el grupo focal, no existe este equilibrio entre poder expresar la emoción de forma equilibrada, sino que aparecen dos extremos: uno donde se ven sobrepasadas por la emoción, y otro donde la emoción es inhibida. Se muestran dos citas del grupo focal que ejemplifican estos dos extremos:

> "…estaban tres paramédicos encima de ella, más yo, y aún movía la mano, entonces igual **uno tiene que ponerse dura**, porque es un bienestar para ellos, para el mismo hijo. **Si uno se pone a la altura del niño, a la larga es un mal** que le está haciendo al niño"

> "No sé… mi mamá me dice '**es que tú te pones muy nerviosa**, eres buena mamá… tú, a ti le pasa algo a tu hijo, y tú altiro ah? (cara de susto)… te pones pálida, blanca… **como que no hayas qué hacer**'… C**omo que te bloqueas**… sí".

Tanto la regulación como la modulación emocional, permiten que las madres trabajen sus emociones y puedan contener y acoger a sus hijos en momentos de estrés físico y emocional vividos durante la enfermedad. Esta competencia fue estudiada y los resultados se muestran a continuación.

- **Capacidad de acoger, contener y sostener al otro.**

La manifestación de esta competencia se ha tocado en los resultados previamente expuestos. Tanto las experiencias de las madres, como las observaciones de los profesionales y quien investiga, dan cuenta de la presencia de esta competencia en la mayoría de las madres, existiendo algunas que no logran contener a sus hijos cuando las condiciones les generan un desborde emocional. Sobre cómo se manifiesta esta competencia en un contexto de atención de salud, uno de los profesionales entrevistados refiere:

> "Por eso, la mayoría, cuando llora, yo le pido a la mamá que los tome y en general, dejan de llorar. Como que **la mamá le transmite esa seguridad y tranquilidad que ellos necesitan en un momento como de estrés y enfermedad** para ellos"

Esta capacidad de contener, requiere comprender al otro y ponerse en su lugar, sin comprometer el propio mundo emocional; esta empatía es una competencia transversal y se exponen sus resultados a continuación

- **Empatía**

La empatía permite que las madres se pongan en el lugar de sus hijos, comprendan sus emociones y estados de ánimo, y que puedan actuar de acuerdo a ello. Lo transversal de esta competencia se muestra en su aparición en los resultados ya expuestos.

Por otra parte la empatía permite también establecer una comunicación efectiva con el equipo de salud, tanto para los niños como para las madres. Las madres del grupo focal relatan lo siguiente:

> “Él es otra persona cuando entra, por ejemplo, si entra mal, **entra de una manera** y lo dice… ‘no, estoy mal’, le dice a la kine… ‘de verdad que estay mal, siéntate’… y le dice él que se siente muy mal… habla todo, todo el rato le habla a la kine, la habla, **es patero**…”

> “Él también, **es más retraído**… es como que le cuesta un poquito como encontrar… a ver si le dice algo… si está atento… espera que le digan algo, y si es como cariñoso o amable la persona, ahí empieza a… **depende de la actitud que tenga la otra persona**…”

Sobre cómo influye la empatía en la relación de los niños y sus madres, uno de los entrevistados del equipo y que trabaja realizando talleres de crianza con ellos, relata los temas que surgen en dichos talleres:

> “Eso sí se menciona harto, el tema del vínculo, del apego, de cómo se construye, si pasa desde el tema físico, hasta el tema emocional, **en el sentido de la empatía, de centrarse en las necesidades del otro**, de respetar los ritmos, de tener cuidado en cómo tus emociones pueden interferir en eso”.

La empatía puede confundirse con la idea de fundir las emociones propias con las del otros, sin embargo dentro de su conceptualización, se establece que requiere distanciarse de las propias emociones para comprender las del otro, así como no incorporarlas como propias; eso se relaciona con otra competencia, que es la autonomía emocional. Cómo esta competencia emerge en las madres de los niños, se desarrolla a continuación.

- **Autonomía emocional.**

La autonomía emocional incluye características positivas, tanto de la personalidad, como en la forma de enfrentar situaciones difíciles, por lo que la enfermedad de los hijos es una instancia donde esta competencia podría manifestarse en las madres.

Quienes muestran esta competencia, son capaces de sobrellevar los aspectos difíciles y desgastantes asociados a las hospitalizaciones, controles de salud y demandas de los niños, buscando instancias de autocuidado por ejemplo, como lo muestran estas citas:

> "De hecho, cuando el niño salió, ya estaba mejor, yo lo que hice fue buscar un taller de zumba, **como para des estresarse un poco y votar todo lo que tenía acumulado**. Mi marido se preocupaba de mi hijo y yo iba mientras tanto a zumba".

> "Y yo conversaba mucho con las niñas que estaban en el hospital… **y ahí uno se va desahogando** porque no tiene tiempo de ir a la casa, hablar o no… porque, pasa todo el día uno con ellas…"

Quienes tienen menos desarrollada esta competencia, tienen mayor dificultad para sobre llevar eventos difíciles, reviviendo las emociones dolorosas de eventos ya resueltos, como relata una de las participantes del grupo focal:

> "Yo cuando me acuerdo lloro, empiezo a llorar, cuando veo a un niño en la tele, **empiezo a llorar, me acuerdo de mi hijo, cuando estaba ahí**…"

Todas las competencias revisadas, repercuten en la vida social de las madres y sus hijos y en las capacidades que manifiestan en su vida cotidiana. Esto se muestra en los resultados siguientes.

- Competencias Sociales

Las competencias sociales se asocian a las habilidades para comunicar pensamientos, emociones, necesidades, y otros; también al trabajo en equipo y el respeto por los otros y la expresión de ello.

Tanto los datos recogidos del grupo focal, como de las entrevistas realizadas, dieron cuenta del respeto que las mamás tienen hacia sus pares, sus hijos y el equipo de salud; sin embargo la capacidad de comunicarse efectivamente no está siempre presente. Por un lado unas madres logran superponerse a experiencias negativas, como por ejemplo el mal diagnóstico realizado a su hijo y relatar lo ocurrido con claridad y respeto, como se muestra en esta cita del grupo focal:

> "Vinimos acá y tuvimos una mala experiencia, que me tocó un niño, yo no sé si era practicante, es lo más seguro, no tenía como la experiencia (su hijo estuvo grave luego de un mal diagnóstico)"

Por otra parte, otras mamás no logran una comunicación efectiva, principalmente con el equipo de salud, lo cual además fue percibido y registrado de la observación participante de la investigadora, en el grupo focal:

> "se observa nerviosa e inquieta, cuando trata de relatar lo que le ha ocurrido no termina las idea, incluso a veces no logra completar las frases. Esto genera tensión en el grupo, que trata de interpretar lo que quiso decir".

Por último, todas las competencias mencionadas, se pueden ver integradas en las habilidades que presentan las mamás para participar de su círculo social cercano, lo que se muestra en el análisis de la siguiente subcategoría.

- Competencias para la vida y el bienestar.

Este tipo de competencia se relaciona con la habilidad que puedan presentar las madres para participar, tanto de las decisiones en su entorno familiar, como dentro de su comunidad y ejercer su ciudadanía, de forma participativa e informada.

En los datos recogidos del grupo focal y de las entrevistas, se puede observar que la población a la que pertenece la muestra ha mostrado un avance en aspectos de información y participación, siendo capaces de reconocer sus necesidades y comunicar clara y asertivamente sus requerimientos. Esto se muestra de forma más evidente en las entrevistas a los profesionales de salud, cuando relatan la forma de acceder a las consultas sociales que tienen los usuarios del centro de salud:

> "El caso de la violencia también moviliza a los familiares y a veces a la misma víctima. Sobre las medidas de protección**, la gente ya sabe que tiene derechos y es su obligación** proteger a sus niños, a sus nietos, los familiares… recurren también a consultar cuando son testigos de situaciones de violencia".

> "Se ha desarrollado un concepto del trabajo social que interviene con las familias, donde la persona se acerca a plantear que tiene un problema de relación con alguno de los integrantes de la familia; entonces buscan una consejería, un apoyo, una orientación de tipo familiar"

Además de la participación social y el empoderamiento sobre la propia vida y la salud, las competencias emocionales, se relacionan directamente con las competencias

y habilidades que tengan los padres en la relación con los hijos y su crianza; en el caso de esta investigación, acotado a las mamás. A continuación se presentan los resultados sobre las competencias parentales de las madres.

7.2.5. Competencias parentales.

Las competencias parentales tienen subcomponentes que abarcan todo el espectro en que la forma en que se ejerce la parentalidad influye en el bienestar y crianza de los hijos, y también como afecta a los padres; por tanto las acciones y conductas que involucran, son reflejo de las competencias emocionales que poseen las madres. En la presente categoría se incluyeron los componentes de las competencias parentales, que tienen relación más estrecha con la enfermedad de los hijos, las cuales surgieron de los discursos recogidos, organizándolas en subcategorías.

- Agencia Parental (percepción de la maternidad y la crianza).

Los discursos de cómo viven las madres su maternidad y el papel que cumplen dentro de la familia y en el cuidado de los hijos, es una información vital para comprender el rol que las madres juegan en la enfermedad de un hijo, y que las mismas mamás y su contexto han construido.

El discurso predominante en el grupo focal, corresponde a un rol prioritario, donde las mujeres madres son las cuidadoras primarias y además muy difíciles de sustituir cuando se requiere, en períodos de crisis familiares por ejemplo, ni siquiera por el padre. Las madres refieren que es una labor sacrificada en términos físicos y emocionales, ante lo cual se sobreponen priorizando el bienestar de los hijos. A pesar de ser ellas mismas las que refieren las dificultades de ser madre, refieren también que es un rol vital en su vida, que las hace felices, e incluso que las define.

Lo expuesto se puede observar en las siguientes citas:

> "No todos tienen el **privilegio** de ser mamá, así que para mí, aunque uno pasa las duras, las maduras, se pone mal genio, uno rabea, pasa por estrés, por todo… yo digo, no importa, **los hijos para mí son felicidad"**.

> "Yo lo que soñaba era estar al lado de mi mamá, de mi papá, con apoyo, pero no fue así, no se pudo y nada, **tengo que salir adelante y podérmela solita no más**, no queda de otra, uno no puede echarse a morir, si tiene dos hijos o más… entonces ellos son chicos y **dependen de ti, hasta los 18** (risas)…"

> "Aunque uno no lo vea, no lo tuve en brazos, pero es un hijo. Una guagua, es parte de uno…"

En las entrevistas a los profesionales, apareció con mayor profundidad esta idea fuerza, de que las mujeres son el pilar familiar en términos de la crianza y cuidados de los niños, aunque existe un avance hacia la inclusión de los hombres-padres, como se muestra en la siguiente cita:

> "El hombre tiene un lazo de afecto mucho más fuerte que antiguamente, hay un vínculo fuerte con los niños, **pero no alcanza a cubrir lo que hace siempre la mamá, que es ser la responsable de su núcleo familiar**, si bien los padres están participando más"

Así las labores y funciones que tiene la parentalidad, es decir madres y padres, no se distribuyen equitativamente. Sobre ello se expone a continuación.

- **Funciones de la parentalidad.**

De las funciones de la parentalidad, la que apareció con mayor fuerza es el cuidado de los hijos, principalmente físico, lo que está muy conectado con los episodios de enfermedad, así como la contención emocional en diversas situaciones. Se citan algunos discursos del grupo focal y las entrevistas, a modo de ejemplo:

> "…en verdad están enfermos y tienen que hacer todos los cuidados y las indicaciones médicas, en general la mayoría las lleva a cabo, se angustian un poco pero lo resuelven, entonces, bien".

> "…para mí, con él (su hijo), es fácil… como uno los tuvo de tan chiquitito, yo dormía así, pegada con él… y él puede estar despierto, si yo no me acuesto, él no se duerme, y yo me acuesto al lado de él y altiro"

También surgieron discursos que mostraron cómo las madres también se afectan por la vivencia de la maternidad, adquiriendo aprendizajes sobre los cuidados durante una enfermedad, o como gestionar una buena calidad de vida para su familia. Relatos sobre ello se muestran a continuación:

> "Como **esperar a que evolucione**… **porque antes, el niño tenía fiebre, lo llevabas altiro**… yo acá, cuando venía a urgencia… me decían 'si tiene más de tres días fiebre, ahí empiece a preocuparse"

> "…el uso de los métodos anticonceptivos, que en el fondo está orientado diciendo '**no críes más niños de lo que tú puedas'**, ¿te das cuenta? Para que tú le puedas dar una buena calidad de vida a los hijos. **La gente ya tiene eso incorporado**".

La motivación de llevar a cabo estas labores se relaciona con los afectos, como ya se revisó previamente, parte importante de ello es el vínculo que establecen las madres y los niños. Este vínculo es transversal tanto a las competencias emocionales, como a las parentales, y se desarrolla a continuación.

- Apego

Aunque el apego es una competencia tanto emocional como parental, se incluyó en esta categoría, pues su expresión se relaciona estrechamente con las conductas que tienen madres e hijos y por tanto puede evidenciarse en lo que hacen en relación a la maternidad, desde el rol de madre o desde lo emocional. En ese sentido, se ha mostrado en las categorías previas, como son capaces de percibir las necesidades emocionales de los niños, como su propio mundo emocional es afectado por ello y las conductas que tienen para cuidar, proteger y contener a los niños desde el punto de vista físico y emocional. Otro ejemplo de ello son las siguientes citas, la primera de una madre del grupo focal y la segunda de una de las entrevistas a profesional de salud:

> "A mí me pasó con la última que tuve, mis hijos son más grandes y no los dejan entrar al hospital, yo tuve que salir, porque yo tengo cesárea… casi corriendo así, me escapé y llegué… habré llegado a unos diez pasos antes de la puerta… yo le dije 'déjelos pasar'… **solamente esperaron que me abrazaran así y 'ya mamá, ya mamá'… quedaron tranquilos**".

> "Por eso, la mayoría, cuando llora, **yo le pido a la mamá que los tome y en general, dejan de llorar.** Como que la mamá le transmite esa seguridad y tranquilidad que ellos necesitan en un momento como de estrés para ellos".

Aunque se ha descrito el rol de la madre como primario, es una competencia y un valor positivo en el cuidado de los hijos, la capacidad de delegar funciones y buscar apoyo

en los momentos de crisis, o para dejar espacio al autocuidado. Esto se aborda en los resultados de la siguiente subcategoría.

- Búsqueda de apoyo.

Ya se ha mostrado previamente que los contextos de las madres y los hijos incluyen, tanto a la familia nuclear, como la extensa; mientras el equipo de salud es también parte de este contexto. Se considera un valor positivo el tener la habilidad de solicitar ayuda y generar redes de apoyo en distintos aspectos de la vida, en este caso, para llevar a cabo los cuidados de los hijos. Los datos recolectados durante esta investigación, dan cuenta de que es una conducta que se ha ido modificando e incorporando en las estrategias con que las madres cuentan a la hora de ejercer su maternidad; como lo muestran estas citas de los discursos de las madres y los profesionales:

> "yo hacía intercambio **con mi esposo**, entonces yo trataba de venirme porque yo igual tenía otra más chica, porque se llevan por dos años, entonces ella 'mamá, mamá, yo quiero ir a ver a mi hermano', **entonces teníamos que uno de los dos aparecer en la casa…"**
>
> "yo tengo la suerte que vivo con mi suegra, **entonces me apoyaba con los más chicos…**"
>
> "Y algunas familias han tomado otro funcionamiento, que es bien interesante, **saben que esta red familiar es muy importante para ayudarse en la crianza de sus niños,** y no es bueno estar viviendo todos juntos, pero ellos mismos crearon una modalidad que se debe estar dando hace unos diez años, que es

obtener vivienda cerca de las familias. No adentro de las casas, sino que cerca de la madre, crearon una red. Esto ya está aprendido".

7.2.6. Conductas.

La conducta es expresión de una emoción, mientras que las competencias emocionales que tengan las personas, permiten regular y modular esa emoción para que sea correctamente expresada y permita una participación eficiente en los contextos cercanos y la sociedad en general. Esta expresión conductual surgió transversalmente en el análisis de las categorías precedentes, saturando los datos sobre ello, por lo que no se desagregaron nuevamente en esta categoría, ya que el sentido de su análisis estuvo en su relación con el mundo emocional y las competencias parentales.

En esta sección se pudo tener la visión de los datos adquiridos, mediante una variedad de instrumentos, para conocer las competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de los hijos, encontrando que su análisis requiere mirar su emergencia en el contexto en que se desarrollan y que influye en su aparición y expresión, haciéndolas más complejas y con ello más heterogéneas, es decir, mientras más compleja la competencia emocional, parece ser menos frecuente su emergencia en las madres que enfrentan situaciones de enfermedad de los hijos.

A continuación se presenta la discusión de cómo el diseño de esta investigación, la metodología y los instrumentos, influyeron en conseguir la saturación de los datos durante su análisis, y con ello lograr resultados confiables para poder plantear una conclusión que dé una nueva teoría sobre las competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de los hijos.

7.3 Discusión

Como fue señalado en el marco metodológico, la confiabilidad de los datos estuvo dada por la rigurosidad en la elección de los instrumentos, en la aplicación de estas técnicas seleccionadas y la triangulación de los resultados disponibles.

La elección de los instrumentos está de acuerdo al paradigma y diseño del estudio, los cuales a su vez son concordantes con el objeto y sujetos de estudio, utilizando entrevistas y pautas validadas por expertos para obtener los datos que permitieron conocer las competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de sus hijos, en su propio contexto, generando una teoría con base en su realidad y cotidianidad. Esto lo permite la teoría fundamentada, que además de tener como característica importante generar conocimiento desde los propios sujetos, es descrita como adecuada en temas poco explorados previamente, como lo es la relación entre la salud-enfermedad y el mundo de las emociones y competencias emocionales.

La confiabilidad de los datos está dada también por la rigurosidad en el análisis de estos, lo que incluyó procesos de lectura y re-lectura, permitiendo la exploración detallada de los discursos y agruparlos en las categorías establecidas a priori, y también la emergencia de nuevas categorías, haciendo una comparación constante de ellas. El análisis fue realizado estableciendo unidades de análisis que posteriormente fueron codificadas e ingresadas a una matriz de llenado de datos, hasta lograr la saturación de estos y posteriormente se analizaron de forma axial y transversal, para lograr reducir los datos y generar ideas fuerza sobre el efecto de la enfermedad de los hijos en las competencias emocionales de las madres del Cesfam Clara Estrella de la Comuna de Lo Espejo.

La triangulación de los datos estuvo dada por la variedad de fuentes con que se contó para adquirir datos cualitativos, es decir la realización de un grupo focal con **madres que asisten con sus hijos al centro de salud familiar,** entrevistas en profundidad con **profesionales que trabajan realizando atenciones** individuales y grupales a niños y madres del centro, y también los registros de la **observación participante de quien investiga.**

Esto permite dar fiabilidad a los resultados encontrados, que muestran un contexto con factores protectores en el desarrollo de la competencias que las madres requieren para la crianza y el cuidado de los niños en períodos de enfermedad, como son: la creación de redes de apoyo, la búsqueda de ese apoyo en períodos de crisis, el mayor acceso a información y empoderamiento de la población sobre el origen de sus problemas y los recursos para solucionarlos en conjunto con el equipo de salud; y lo que es muy relevante para esta investigación, la presencia de vínculos estrechos entre los niños y sus madres.

Por otro lado existen factores que dificultan el desarrollo de la parentalidad efectiva de las madres, como son los contextos de pobreza y hacinamiento; la exigencia de las redes de apoyo (educación y salud), y principalmente la visión y ejercicio del rol de la madre, el cual sigue considerándola el eje de la organización de las familias y la cuidadora primaria de los hijos en todos los contextos, particularmente en los relacionados con la salud. Lo anterior, se suma a la ausencia casi total en los discursos de consciencia y ejercicio del autocuidado por las madres, o su fomento por parte de las familias.

En este contexto de pros y contras las madres han logrado adquirir, en su mayoría, las habilidades que, desde el mundo de las competencias parentales, se requieren para ser efectivas en su labor, como se puede inferir de los discursos entregados por madres y entrevistados, y de la observación de quien investiga. Las competencias emergentes se relacionan con acciones o conductas de cuidado de los hijos y de autocuidado de ellas

mismas, en situaciones estresantes, como lo son los episodios de enfermedad aguda o padecimiento de enfermedad crónicas de los hijos. Estas conductas y como se desarrollan, son determinadas por las emociones que emergen durante las situaciones estresantes, por tanto las competencias emocionales pueden ser determinantes en la efectividad de las habilidades parentales para enfrentarlas, principalmente la regulación y modulación emocional, que fueron las competencias emocionales que más se mostraron en los distintos relatos y en el desarrollo del discurso de las diferentes fuentes al hablar de la enfermedad de los hijos.

Estos resultados y su análisis permitieron responder a las preguntas planteadas al inicio de esta investigación y conocer la emergencia de las competencias emocionales ante la enfermedad de los hijos en el Centro de Salud Familiar Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo. A continuación se presentan las conclusiones de esta investigación.

8. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

8.1 Conclusiones en relación a los objetivos.

- Conclusiones en relación con el problema y el objetivo general.

El problema planteado en esta investigación, dice relación con la falta de conocimiento de cómo influye el mundo emocional de las madres en los procesos de salud- enfermedad de sus hijos, considerando los contextos globales y locales que destacan la importancia de la diada madre hijo, no sólo en aspectos sanitarios, sino también de desarrollo socioeconómico en los países.

A nivel local, en la comuna en que se realizó el estudio, tampoco existe información sobre el tema de estudio, aunque si existe una percepción subjetiva de que los temas emocionales influyen en el seguimiento de indicaciones médicas y los cuidados de los niños, así como antecedentes contextuales de factores de riesgo psicosocial que influyen sobre los mismo (Departamento de Salud, Municipalidad de Lo Espejo, 2017).

Por tanto, se planteó la pregunta de investigación: *¿Qué competencias emocionales presentan las madres ante la enfermedad de los hijos en el centro de salud familiar Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo?;* para cumplir con el objetivo de Analizar las competencias emocionales que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos en el Cesfam Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, durante el año 2018.

Luego de realizada la investigación, con las metodologías ya descritas, sobre la emergencia de las competencias emocionales de las madres se puede concluir:

- Que las madres del centro presentan una variedad de competencias emocionales, las cuales se muestran de diferente forma, dependiendo del contexto de cada una, y la situación a la que se vean enfrentadas.

- Las competencias emocionales que surgieron con mayor frecuencia y profundidad en los discursos, tanto de las madres de la muestra, como de los entrevistados, fueron las relacionadas con la conciencia emocional, como lo son: la apertura emocional, el estar atento, la regulación emocional y la modulación emocional.

- Otras competencias emocionales, como la empatía y el apego, que se pueden considerar transversales, no surgieron en el discurso explícito con tanta frecuencia como las ya mencionadas, sin embrago de los datos analizados se desprende que están presentes en las madres que componen la muestra y en las que se han relacionado con los entrevistados, ya que manifiestan conductas que así lo demuestran.

- Las competencias emocionales mencionadas suelen surgir y operar de buena forma en relación al cuidado de los hijos durante episodios de enfermedad, siendo menos frecuentes en relación a la autoconciencia y el autocuidado de las madres.

Para llegar a estas conclusiones generales, se realizaron preguntas específicas relacionadas con objetivos específicos, cuyas conclusiones se presentan a continuación.

- Conclusiones en relación con los objetivos específicos y las preguntas de investigación.

Para guiar esta investigación se plantearon objetivos específicos, con sus respectivas preguntas:

Tabla 10: Objetivos específicos y preguntas principales.

Objetivos Específicos	Preguntas principales
Caracterizar las emociones que experimentan las madres cuando los hijos presentan una enfermedad.	¿Qué emociones experimentan las madres cuando sus hijos enferman?
Conocer el efecto que tiene en las madres, las emociones experimentadas ante la enfermedad de los hijos.	¿Cómo les afecta a las madres las emociones producidas por la situación de enfermedad de sus hijos?
Indagar sobre las acciones y conductas que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos.	¿Cómo actúan las madres cuando enferman sus hijos?

- La emociones que presentan las madres ante la enfermedad de los hijos corresponden a las básicas como el amor, el miedo, la rabia, la tristeza y la alegría; las cuales surgen principalmente ante procesos de enfermedad grave, procedimientos de salud invasivos o ante la resolución de una enfermedad. Emociones complejas también son presentadas por las madres en relación al contexto de enfermedad de los hijos, como son la angustia, la ansiedad y la preocupación. Destaca la aparición menos frecuente de la indiferencia ante el mismo contexto de enfermedad.

- Estas emociones interpelan a las madres de distintas formas, mientras algunas logran trabajarlas para poder llevar a cabo los cuidados necesarios de los niños, otras se ven sobrepasadas por ellas, paralizándolas, o impidiéndoles cumplir con las necesidades de los niños. En ambos casos existen descripciones de manifestaciones físicas de las emociones.

- Lo anterior se relaciona con las conductas que tienen las madres ante la enfermedad de los hijos. Las madres tienen respuestas conductuales diversas frente a las emociones, aquellas que se paralizan muestran dificultad para comunicarse y expresarse con el

equipo de salud y con su familia, requieren reforzar más frecuentemente las indicaciones que se les han dado y también los cuidados con sus hijos. Por otra parte aquellas madres que son más eficientes en el cuidado de sus hijos, son más asertivas en sus preguntas, se comunican de mejor forma, logran identificar los problemas de mejor forma y priorizar acciones para solucionarlos, sin embargo algunas de ellas muestran dificultad para ejercer autocuidado, en algunos casos recibiendo asistencia por cuadros de salud mental, como depresión, por ejemplo. Otras logran equilibrar los cuidados de los niños y le propio autocuidado, principalmente en aquellos casos que delegan responsabilidad en la pareja o la familia.

Estas conclusiones se relacionan en algunos aspectos con lo revisado en el marco de referencia, como se analizará a continuación.

8.2 Conclusiones en relación con el contenido del marco de referencia.

La revisión de un marco referencial, permitió comprender cómo, desde las teorías existentes, se puede crear una interacción entre el mundo emocional y de la parentalidad, al desarrollar las conceptualizaciones que se hacen en ambos ámbitos. Así es posible conectar las competencias parentales con las competencias emocionales, entendiendo que el vínculo entre ambas es la emergencia de las emociones, e incluso existe una superposición entre algunas competencias emocionales con habilidades parentales, como por ejemplo la empatía y el apego.

La superposición de estos ámbitos teóricos tuvo correspondencia en la realidad investigada, de forma transversal en todo el análisis de los datos y la presentación de los resultados. Por lo que se puede concluir que, efectivamente, en el ámbito de la realidad que vive la población estudiada, las emociones influyen en cómo se ejerce la parentalidad (la maternidad en este caso), cuando la enfermedad de los hijos hace surgir diversas emociones, y se requiere de la emergencia de competencias emocionales que ayuden a

cumplir con las tareas de cuidado necesarias, las que se adscriben a las competencias parentales.

Por tanto, además de existir una validez intrínseca de los resultados recogidos y conclusiones planteadas en esta investigación, existe también una validez externa dada por las bases teóricas revisadas.

Por otra parte, es necesario mencionar que, aunque el paradigma planteado en esta investigación no busca la validez externa de los resultados, no se encontraron otros estudios que ligaran el mundo emocional, ni las competencias emocionales de los padres, con aspectos de cuidados de los hijos en situaciones de salud. Por tanto no se pudo comparar los resultados y conclusiones con otras investigaciones similares.

8.3 Otras Conclusiones.

Otras conclusiones que surgen de esta investigación, se relacionan con el contexto de las madres y sus hijos, y cómo influye en la manifestación de las competencias emocionales de las madres.

La principal conclusión en relación a esto, es que existe una persistencia del paradigma en que la mujer-madre debe priorizar su rol de madre por sobre otros aspectos de su desarrollo, incluso, el autocuidado. Esto se asocia a la poca, aunque en aumento, participación de los padres en los procesos de salud enfermedad de los hijos; de hecho la búsqueda de apoyo de las madres es en la figura de sus madres o sus suegras, también mujeres-madres.

Por otro lado, parte del contexto de la dinámica madre-hijo, es el equipo de salud, quienes aportaron datos consecuentes con los entregados por la muestra de madres,

pero además manifestaron la dificultad de los equipos de intervenir en casos donde hay problemas en la comunicación o en la falta de recursos de tiempo; aunque si existe la conciencia de ello.

Estas últimas conclusiones permiten entregar recomendaciones y sugerencias que se desarrollan a continuación.

8.4 Limitaciones.

En general, el paradigma de esta investigación no busca una validez externa de los datos y conclusiones obtenidas de su análisis. La confiabilidad interna, por otro lado, estuvo dada por la triangulación de la información, teniendo una variedad de fuentes, entre ellas un grupo de madres que asiste al Cesfam en que se realizó la investigación, debido a que son madres que asisten regularmente al centro, no se contó con la visión de aquellas madres con mayores dificultades en los cuidados de los niños y en la adherencia a los tratamientos e indicaciones dadas por el equipo de salud; lo cual fue complementado con lo observado por la investigadora y lo manifestado en las entrevistas en profundidad, realizadas al equipo de salud sobre el tema.

Por otra parte, las fuentes utilizadas, pertenecen todas al contexto del Cesfam: las madres, los profesionales de salud y quien investiga; por lo que se podría tener una visión más integral del fenómeno estudiado, al incluir dentro de las fuentes a otros miembros de las familias de las madres y niños, que también participen de la crianza y dinámica familiar.

8.5 Proyecciones futuras.

Las conclusiones de esta investigación sirven como antecedente para la realización de otras nuevas, que puedan profundizar en el vínculo existente entre las competencias emocionales y las competencias parentales, ya sea en un contexto educacional, o en un contexto sanitario, como es el caso de esta investigación. Esto último podría constituir un aporte a la educación emocional, como también a la promoción de la salud en relación a los factores protectores para el desarrollo del vínculo madre-hijo, los cuidados de salud de los niños y el autocuidado de las mujeres, aspecto que se pudo observar, se encuentra poco intervenido, a pesar de tener repercusión, tanto a nivel individual y local, como a nivel global en lo social y económico.

9. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

La primera recomendación, relacionada con la motivación de la realización de este estudio, está dirigida a la necesidad percibida de que se requiere una sensibilización de todo el equipo de salud en relación al campo de lo emocional, desde el punto de vista de la educación y reforzamiento de las competencias parentales de los cuidadores primarios de los niños. Para ello es necesario capacitar al personal, no sólo en el desarrollo de las competencias de los cuidadores, sino que primero en el desarrollo de las propias. Esta sugerencia va dirigida primeramente al equipo de salud local, sin desmedro de que se pueda implementar en otros centros de salud.

Por otro lado, a nivel más global, es recomendable incorporar, dentro de las políticas públicas de promoción de la salud, instancias para, no sólo el manejo de las emociones de los niños, como se realiza actualmente en el contexto del programa ChCC, sino que también abordar más profundamente la educación emocional de los adultos que forman parte de las familias de los niños, principalmente de los cuidadores primarios. Este tipo de promoción de la educación emocional, dentro del desarrollo de las competencias parentales, tiene antecedentes en otros países más desarrollados.

10. BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Barudy Jorge, Dantagnana Maryorie. (2005), *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resilencia*. Barcelona.

- Bornstein (2002). H*andbook of Parenting Second Edition Volume 1 Children and Parenting*. Londres.

- Calderón Mónica (2012). *Aprendiendo sobre emociones: manual de educación emocional Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana*. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/materiales/2016/Aprendiendo-Sobre-Las-Emociones.pdf

- Casassus Juan (2015). *La educación del ser emocional*. Editorial cuarto propio. Cuarta edición. Chile.

- Departamento de Salud. Municipalidad de Lo Espejo (2017). *Plan de salud comunal 2017. "Lo Espejo, Sigamos creciendo juntos en Salud*". Lo Espejo.

- Fromm Erich (1959). *El arte de amar*. Paidos. Argentina

- Ministerio de desarrollo social (2015). *¿Qué es Chile crece contigo?.* Chile. [versión electrónica] disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf

- Ministerio de Planificación (2009). Ley 20.379: Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile crece contigo". Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [versión electrónica] disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1006044

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares padres e hijos*. Madrid [Versión electrónica] disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/ Estrategias-prevenir-afrontar-conflictos.pdf

- Minsal (2009). *Nadie es Perfecto*, Manual del Facilitador. Chile. . [versión electrónica] disponible en: http://www.chccsalud.cl/p/materiales-para-facilitadores.html

- Minsal (2008). *En el camino a cesfam.* Chile. . [versión electrónica] disponible en: http://buenaspracticasaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf

- Minsal y Ministerior de desarrollo social (2014*). Nadie es perfecto, taller de habilidades de crianza para padres, madres y cuidadoras(es) de niños y niñas de 0 a 5 años*. Chile. . [versión electrónica] disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/nep_padres-madres-cuidadores-2015.pdf

- Minsal y Ministerio de desarrollo social (2017). *Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADB) y programa de apoyo al recién nacido (a) (PARN).* Catálogo de Prestaciones 2017. Chile. . [versión electrónica] disponible en:

http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/04/Catalogo-de-prestaciones-2017.pdf

- Molina Claudio (2017). *Metodología de la investigación social y educacional*. Santiago de Chile

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Las mujeres y la salud, los datos de hoy, la agenda de mañana*. [Versión electrónica] disponible en: http://www.who.int/gender/women_health_report/es/

- Palacios Jesús, Rodrigo María (1998). *La Familia como contexto del desarrollo humano. Familia y desarrollo humano*. Madrid.

- Sandín M. Paz (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. España.

- Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social, Región Metropolitana de Santiago (2016). Región metropolitana de Santiago, Indice de Prioridad social de comunas 2015. [Versión electrónica] disponible en: https://www.gobiernosantiago.cl/informacion-relevante-de-la-region-metropolitana/indice-de-prioridad-social-2015.

- Segura Morales, Manuel. Arcas Cuenca, Margarita. Educación Emocional. [Versión electrónica] disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/45327ed9-ccbc-4e81-b9bf-7009eeb62dd2

- *Todas las mujeres, todos los niños* (2015). *La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030*). [versión electrónica] disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

- Vivas Mireya, Gallego Domingo, González Belkis (2006). Educar las emociones. Madrid.

Revistas y artículos electrónicos

- Arcos y otros (2014). *Sistemas de protección social en familias vulnerables: su importancia en la salud pública*. Revista de Saúde Pública 48:398-405 [versión electrónica], [citado julio 11 de 2017] disponible en: https://scielosp.org/pdf/rsp/v48n3/es_0034-8910-rsp-48-3-0398.pdf.

- Bar-On R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema, vol. 18: 13-25. Universidad de Oviedo. España[versión electrónica] [citado noviembre 24 de 2017] disponible en: http://www.eiconsortium.org/reprints/bar-on_model_of_emotional-social_intelligence.htm

- Bisquerra Rafael, Pérez Nuria (2007). *Las competencias emocionales*. Educación 10:61-82 [versión electrónica] [citado julio 11 de 2017] disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/297/253

- Bisquerra R., Pérez N. (2012) *Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica*. Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España 16:1-11. [versión electrónica] [citado julio 11 de 2017] disponible en: https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/502.

- Bisquerra R. (2003). *Educación emocional y competencias básicas para la vida.* Revista de Investigación Educativa 21: 7-43 [versión electrónica] [citado julio 11 de 2017] disponible en: http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/99071/94661

- Dugarte A. (2007). La orientación ante la promoción de la salud emocional revista ciencias de la educación. Vol. 1 nº 29. 191-201. Valencia, España. [versión electrónica] [citado septiembre 19 de 2017], disponible en: http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/vol1n29/art11.pdf

- Ellard Kirsten, Barlow David, Whitfield Susan (2017). Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. [versión electrónica] [citado abril de 2018] disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC5472113/

- Escobar, Bonilla-Jimébez (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología, vol 9, nº1, 51-67. [versión electrónica] [citado marzo de 2017] disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266419528_Grupos_focales_Una_guia _conceptual_y_metodologica.

- Fernández Berrocal P., Extremera Pacheco N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. [versión electrónica] [citado junio 11 de 2017] disponible en: http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/ pdf61modelo_de_mayer_salovey.pdf

- Fernandez L. (2006*).¿Cómo analizar datos cualitativos*?. Butlletí LaRecerca [versión electrónica] [citado mayo 14 de 2017], disponible en: https://es.scribd.com/document/205939052/Fernandez-Lissette-Como-Analizar-Datos-Cualitativos

- García Fernández M., Giménez-Mas S. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. Espiral. Cuadernos del Profesorado [3(6), 43-52. [versión electrónica] [citado noviembre 11 de 2017] disponible en:: http://www.cepcuevasolula.es/espiral.

- Gómez, Verónica (2015). *Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Revista Latinoamericana*. 40:377-396 [versión electrónica] [citado mayo 27 de 2017], disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/polis/v14n40/art18.pdf

- Jones D., Manzelli, H, Pecheny M. (2004). *Grounded Theory Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud.* Cinta de Moebio, 19: 0. Santiago, Chile [versión electrónica] [citado junio 29 de 2017], disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/101/10101904.pdf

- León Judith (2015). *La investigación cualitativa y el desarrollo profesional de enfermería. Cuidado y Salud salud* [versión electrónica]. Cuidado y salud, 2(2):220-234 [citado julio 1 de 2017] disponible en: http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/49/36

- Martín-Quintana J. y cols (2009). *Programas de Educación Parental* Psychosocial Intervention. 18:121-133. Madrid, España. [versión electrónica] [citado noviembre

24 de 2017], disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592009000200004

- Ministerio de desarrollo social; Pontificia universidad católica de Chile (2013). *Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, en el contexto del Subsisistema de protección a la infancia*. CHCC. Chile. . [versión electrónica] [citado mayo 14 de 2017], disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/13-INFORME-FINAL_Evaluacion-PADB.pdf

- Muñoz Alicia. (2005). *La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social*. Portularia: Revista de trabajo social. 2, 147-163. [versión electrónica] [citado mayo 27 de 2017] disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/505/b1518923.pdf?sequence=1

- Ortega María (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud revista española de rehabilitación y psicología. Vol. 21, nº 2, 462-470. Madrid, España.[versión electrónica] [citado julio 11 de 2017] disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaREOP-2010-21-2-5230&dsID=Documento.pdf

- Páramo Dagoberto (2015). *La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica*. Pensamiento y gestión, 39: 119-146. [versión electrónica] [citado junio 29 de 2017] disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/646/64644480001.pdf

- Rodrigo M., Martín J., Cabrera E., Máiquez M. (2009). *Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial*. Intervención Psicosocial 2, 113-120. [versión electrónica] [citado mayo 27 de 2017] disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1798/179814021003.pdf

- Sallés Cristina, Sandra Ger (2011). *Las competencias parentales en la familia contemporánea, descripción, promoción y evaluación*. Educación Social. 49, 25-47. [versión electrónica] [citado mayo 30 de 2017] disponible en: http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/250177/369142

- Trujillo Flores M., Rivas Tovar L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. Innovar, revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. [versión electrónica] [citado noviembre 9 de 2017] disponible en: http://www.redalyc.org/html/818/81802502/

Sitios Web

- Barudy J. (2012). *Los desafíos del acogimiento familiar: parentalidad acogedora, apego seguro y la resiliencia infantil* Sitio traumateráìa y resiliencia, [citado mayo 27 de 2017] disponible en:http://traumaterapiayresiliencia.com/sites/default/files/articulos/los-desafios-del-acogimiento-familiar-parentalidad-acogedora-apego-seguro-y-la-resiliencia-infantil.pdf.

- Bisquerra, R. (2016). *Educación emocional*. Documento inédito elaborado para las I Jornadas del Máster en Resolución de Conflictos en el Aula [citado mayo 29 de 2017] disponible en: http://online.ucv.es/resolucion/files/Bisquerra-R.-2016.-Educación-emocional.pdf

- Bisquerra R. (2014). *Viajar al universo de las emociones*. Para viajar se necesita un mapa. [versión electrónica] [consultado mayo 30 de 2017], disponible en: http://www.ub.edu.

- Martínez Jeanette (2002). *Impacto de las relaciones parentales y el entorno social en la primera infancia [*versión electrónica] Portal infancia. Organización de Estados Americanos. [versión electrónica] [consultado mayo 28 de 2017], Disponible en: https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Temas%20%20Proyectos%20%20Actividad%20%20Documento/Attachments/302/12Relaciones%20Parentales%20-%20Jeanette%20Martinez.pdf

- Medina Ángel (2009). *Diseños Cualitativos. Facultad de medicina y psicología. [*Versión electrónica] [consultado julio 11 de 2017], disponible en: http://www.salgadoanoni.cl/wordpressjs/wp-content/uploads/2013/12/diseños-cualitativos.pdf

- Real academia de la lengua española (2017) [versión electrónica], [consultado noviembre 24 2017] disponible en http://dle.rae.es/?id=RvPNBwr.

- Rodrigo M. (2008). *Educación parental para promover la competencia y resiliencia en las familias en riesgo psicosoci*al. Portal infancia. Orgnización de Estados Americanos. [versión electrónica] [citado mayo 29 de 2017] disponible en: https://web.oas.org/childhood/ES/Lists/Recursos%20%20Estudios%20e%20Investigaciones/Attachments/27/20.%20Educación%20parental%20para%20promover.PDF).

- Sánchez Remei, Pérez Nuria (2009). *Desarrollo emocional en el contexto familiar* [versión electrónica]. [consultado mayo 24 de 2017] Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Nuria_Escoda/publication/237664016_Desarrollo_emocional_en_el_contexto_familiar/links/02e7e52c5e9b22997c000000.pdf

Tesis

- Navarro Lisette (2007). *Adopcions internacionals: anàlisi de les motivacions inicials per esdevenir pares adoptius a Catalunya*. reball de recerca. FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Cataluña. Disponible en:http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/16021/Tesina%20Lisette%20Navarro.pdf?sequence=1

11. ANEXOS

ANEXO N° 1

Pauta de Entrevista a profesionales Cesfam Clara Estrella.

Encuadre

Presentación de la investigadora y estudio.

La presente investigación es realizada por Carla Ferretti Céspedes, kinesióloga y postulante al grado académico de magíster en Educación Emocional, quien se desempeña como encargada del Programa IRA del Cesfam Clara Estrella, de la Comuna de Lo Espejo, hace 8 años.

La inquietud de quien investiga, surge por conocer los recursos y competencias emocionales que presentan las madres acompañantes de los niños que consultan en el centro de salud, y cómo éstas emergen ante la enfermedad de los niños, afectando el cómo se ejerce la maternidad. El título del estudio es *"Competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de los hijos en el centro de salud familiar Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, 2017"* y su propósito es generar nuevos conocimientos sobre el mundo emocional de las madres y su rol parental, permitiendo generar nuevas estrategias de acompañamiento en los procesos de salud-enfermedad.

La información entregada por el entrevistado sobre su nombre y cargo de trabajo será conocido sólo por quien investiga, siendo confidencial, no existiendo registro de ello en el informe de la investigación. La información conferida en la entrevista, se utilizará sólo con fines de investigación y en ningún caso para evaluar el trabajo del entrevistado u otras actividades personales, y será de utilidad para el desarrollo del propósito de esta investigación, previamente expuesto. Por lo que se agradece la disposición y colaboración en este estudio y entrevista, como aporte relevante para su implementación.

Ámbitos, categorías de interés y preguntas de la entrevista.

	Preguntas
Ámbito de interés	
Contexto Laboral	¿Cuál es su profesión?.¿En qué consiste su trabajo en el centro de salud?. ¿Hace cuánto tiempo se desempeña en él?. ¿En qué consiste su interacción con las madres de los niños a los que atiende?
Políticas Nacionales	¿Cuál es su conocimiento sobre las actividades promocionales relacionadas con los cuidados y la crianza de los niños?. ¿Se incluye formación en el ámbito emocional?. ¿En qué aspectos o conductas ha podido observar Ud. esta formación de las madres, en relación a sus hijos?
Categoría de interés	
Emociones	¿Ha podido identificar las emociones que experimentan las madres que acompañan a sus hijos?, ¿Cuáles son? ¿cómo las expresan? ¿En qué tipos de conducta?
Habilidades parentales	Las habilidades parentales primarias, se relacionan con el vínculo entre padres e hijos y con los cuidados físicos que se les entrega, ¿cómo cree que es el desarrollo de estos ámbitos en las madres que asisten con Ud.? ¿Cómo son los cuidados de las madres hacia sus hijos cuando enferman?.
Competencias emocionales	Las competencias emocionales se relacionan con la receptividad ante las emociones propias y de los otros, con cómo incorporamos esa información y lo que hacemos con ellas. ¿Ha observado como "manejan" sus emociones las madres de los niños cuando enferman?, ¿Ha podido observar si las madres ponen atención a las emociones expresadas por sus hijos?, ¿reconocen cuando están asustados?, ¿identifican la tristeza o la ansiedad? ¿Son capaces de escucharlos y contenerlos cuando lo requieren?.
Educación emocional	¿Alguna vez alguna mamá le ha expresado la necesidad de tener formación en el campo de las emociones?, ¿alguna le ha informado tener este tipo de información?. ¿en qué situación? ¿le han expresado como son sus experiencias anteriores o familiares en el mundo emocional?

	¿Cómo cree Ud. que es la formación emocional que tienen las madres de los niños que atiende en el CESFAM?

ANEXO N°2

Pauta para grupo focal en Cesfam Clara Estrella.

Encuadre

Presentación de la investigadora y estudio.

La presente investigación es realizada por Carla Ferretti Céspedes, kinesióloga y postulante al grado académico de magíster en Educación Emocional, quien se desempeña como encargada del Programa IRA del Cesfam Clara Estrella, de la Comuna de Lo Espejo, hace 8 años.

La inquietud de quien investiga, surge por conocer los recursos y competencias emocionales que presentan las madres acompañantes de los niños que consultan en el centro de salud, y cómo éstas emergen ante la enfermedad de los niños, afectando el cómo se ejerce la maternidad. El título del estudio es *"Competencias emocionales de las madres ante la enfermedad de los hijos en el centro de salud familiar Clara Estrella de la comuna de Lo Espejo, 2017"* y su propósito es generar nuevos conocimientos sobre el mundo emocional de las madres y su rol parental, permitiendo generar nuevas estrategias de acompañamiento en los procesos de salud-enfermedad.

La información entregada por ud. sobre su identidad será conocida sólo por quien investiga, siendo confidencial y sin registro de ello en el informe de la investigación; mientras que la información entregada en el grupo, se utilizará con fines de investigación, siendo importantes todas las opiniones y experiencias compartidas, para el desarrollo del propósito de esta investigación previamente expuesto, por lo que se agradece la disposición y colaboración en este estudio, como aporte esencial para su implementación.

Ámbitos, categorías de interés y preguntas de la entrevista.

	Preguntas
Ámbito de interés	
Contexto personal	¿Cuántos hijos tienen?, ¿a qué edad fueron madres por primera vez?. ¿Qué recuerdan de su experiencia como hijas? ¿Tienen pareja?. ¿Quiénes forman su familia?. ¿Con quienes viven?. ¿Trabajan fuera del hogar?. ¿Qué tan frecuentemente se enferman sus hijos?. ¿Qué experiencias en relación a la salud y la enfermedad existen su familia?
Políticas Nacionales	¿Han asistido a talleres o charlas sobre estimulación temprana o crianza?.¿Dónde?.¿Qué utilidad ha tenido para Uds.? ¿En estas instancias se conversa sobre cómo la enfermedad de los hijos afecta a las madres?
Categoría de interés	
Emociones	¿Qué emociones sienten cuando sus hijos enferman?. ¿qué es lo que produce esas emociones?.
Competencias emocionales	Las competencias emocionales se relacionan con la receptividad ante las emociones propias y de los otros, con cómo incorporamos esa información y lo que hacemos con ellas. -¿Qué efecto tienen en uds. las emociones que tienen cuando sus hijos enferman?. -Y sus hijos, ¿qué emociones experimentan cuando enferman?, ¿se asustan, tienen miedo, tienen rabia?, ¿han podido percibir si se entristecen o se ponen ansiosos?. ¿Cómo lo saben?. -¿Cómo lo toman Uds.?, ¿Qué hacen ante esto?. -¿Cómo perciben que el estado emocional influyen en cómo desempeñan su rol de madre? ¿Cómo?. -¿Qué importancia tiene para Uds. las emociones que experimentan?, ¿y conocer las de sus hijos?.
Educación emocional	-¿Han tenido alguna vez alguna instancia para dialogar sobre estos temas?, en sus familias o en otras instancias. -¿Han tenido algún tipo de orientación de cómo

	conectarse, identificar, reconocer y expresar las emociones?
Habilidades parentales	Las habilidades parentales primarias, se relacionan con el vínculo entre padres e hijos y con los cuidados físicos que se les entrega, -¿cómo ha sido el desarrollo del vínculo con sus hijos?, ¿qué cosas han facilitado el vínculo?, ¿qué cosas lo dificultan?. -¿qué percepción tienen del cuidado que tienen con sus hijos?, ¿qué cosas ayudan en estas labores?, ¿qué cosas lo hacen más difícil? Finalmente: ¿Qué significado ha tenido la maternidad en sus vidas?.

ANEXO N° 3

Pauta de Observación de categorías de interés .

Categoría de interés	
Emociones	-Emociones observadas en las madres. -Desencadenantes emocionales.
Competencias emocionales	-Reconocimiento de emociones propias y de los hijos. -Conductas presentes con las emociones. -Atención, escucha y diálogo sobre el proceso de enfermedad de los hijos.
Educación emocional	-Presencia de otras figuras (familiares) que aportan en la educación emocional.
Habilidades parentales	-Vínculo con los hijos. -Pertinencia de los cuidados de los hijos.