

Mujer y pobreza

Estrategias de salud en los sectores rurales

Claudia González Castro (*)

Resumen

La salud es un tema de particular relevancia en Latinoamérica, a tal punto que incluso los cinturones de pobreza se determinan, en gran medida, por el acceso al bienestar físico y mental. En otro sentido, las zonas rurales concentran gran parte de la pobreza, y la supervivencia de sus habitantes depende de la habilidad para enfrentar y resolver de modo satisfactorio los episodios de morbilidad, labor que ha sido históricamente asignada a la mujer-madre, como un rol social convenido en la cultura patriarcal. Es por ello que nos hemos propuesto investigar la salud en zonas rurales, desde una perspectiva de género, observando la responsabilidad de la mujer en la administración de estrategias y decisiones para enfrentar una enfermedad en la familia, pero además en la formación del concepto de salud de la comunidad.

Palabras clave: mujer, salud, pobreza, ruralidad

Women and poverty health strategies in rural areas

Abstract

Health in Latin America is a topic of great importance - to the extent that even the poverty belts are generally determined by the access to physical and mental well-being. Additionally, rural areas are pockets of poverty, where the survival of its inhabitants relies on their ability to face and sort out satisfactorily the morbidity episodes. This task has been historically assigned to women who are mothers as an agreed social role in a patriarchal culture. That is the reason why we have proposed ourselves to investigate the rural health, from a gender perspective, by observing the women's responsibility not only in the management of strategies and decisions to deal with illness affecting one member of the household, but also in shaping the concept of health within the community.

Key words:

Woman, health, poverty, rural areas

(*) Claudia González Castro: Doctora © en Cultura y Educación en América Latina; docente de Pedagogía en Educación Básica, Universidad San Sebastián, sede Valdivia. Correo electrónico: cgonzalezc@uss.cl. El artículo fue expuesto en el 2º Congreso Feminista "100 años de Historia Social y de Género de las Mujeres", que se efectuó en Buenos Aires entre el 19 y 22 de mayo 2010, y es el resultado de una investigación realizada en el año 2004.

1. Introducción

Esta investigación intenta explicar el rol que desempeñan las mujeres en la supervivencia de sectores de pobreza rural, y las estrategias desarrolladas para enfrentar los periodos de enfermedad en su contexto cultural; para ello nos remitimos a la Localidad rural de Puangue.

Entendemos por salud el estado de bienestar físico, que se ve afectado en mayor o menor grado por ciclos de morbilidad. Es importante destacar que la salud como concepto, se construye dentro de un contexto social, por tanto, adquirirá distintos matices, de acuerdo con el imaginario colectivo de las distintas comunidades humanas y será administrada según las responsabilidades o roles determinados por la comunidad (Fundación Rodelillo, 2001).

La percepción de la salud como factor de vulnerabilidad social, ha llevado a los países de América Latina a adoptar políticas tendientes a mejorar el acceso a prestaciones médicas, diseñando proyectos que permitan atender las necesidades de la población. Ejemplos son las Organizaciones mundiales como Unicef, OMS y Banco Mundial, que han desarrollado los Programas DIT (Proyectos de Desarrollo Infantil Temprano), para intervenir en los ámbitos de nutrición y salud -principalmente en las áreas de inmunización-, y cuidados preventivos de salud, presentando resultados positivos cuando han sido experiencias desarrolladas bajo control y supervisión, generalmente ligada a proyectos universitarios (Kotliarenko M.; Gómez E.; Muñoz M., 2009).

En Chile también se ha invertido considera-

blemente en salud. Desde el ámbito estatal, gran parte de los programas relacionados están a cargo de Junaeb (Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas). Esta entidad, dependiente del Ministerio de Educación, realiza diferentes programas en apoyo de los escolares más vulnerables¹.

A pesar de que las iniciativas son numerosas, no cubren totalmente las necesidades de nuestro país, especialmente en las zonas rurales, donde el acceso a la medicina tradicional es muy escaso, debido a la privación económica y sobre todo cultural de algunas localidades. Dentro de estos círculos de marginalidad cultural, la relación con las instituciones es escasa. Por esto, es posible encontrar quienes no han establecido vínculo con el Sistema de Salud de la comuna.

La marginación del sistema de salud coincide con una característica de la pobreza rural, en la que se presentan más dificultades que en la pobreza urbana, para acceder a los servicios públicos como vivienda, salud y educación (Durston, 1998). La desafiliación institucional de las familias, desplaza la responsabilidad de la administración de la salud a la madre, quien, como advertimos al inicio, cumple un rol fundamental, ya que es quien atiende a la familia en las necesidades biológicas, especialmente de los infantes, asegurando así la supervivencia del grupo, más aún cuando en sectores rurales prevalecen las familias extensas, es decir, integradas por los padres y sus hijos, más otros miembros que pueden, o no, ser parientes (Fundación Pobreza, 1998).

1 Para profundizar sobre las iniciativas realizadas a través del tiempo por el estado, ver Jiménez de la Jara, J. (2010). *Angelitos Salvados*. Santiago de Chile: Uqbar.

2. Metodología

Para realizar esta investigación, elegimos la localidad de Puangue, sector rural ubicado a 10 kilómetros de la Comuna de Melipilla, ciudad perteneciente a la Región Metropolitana, separada por sólo 60 kilómetros de la capital (Santiago), y que como toda localidad rural, presenta las características propias de la pobreza marginada geopolíticamente. Como zona rural pequeña, cumple con las características generales de estas: la fecundidad es elevada, existe gran carencia de oportunidades laborales; se utiliza con mayor intensidad la fuerza de trabajo secundaria (niños y ancianos) y los ingresos

monetarios per cápita son mucho más bajos que en el resto del país. Todo esto exacerba la pobreza y deriva en una fuerte propensión a la exclusión social (Durstun, 1998). Información cuantitativa relevante se expone a continuación en los gráficos 1 y 2:

La comuna a la que pertenece la localidad de Puangue (Melipilla), cuenta con dos Consultorios Públicos de Salud, dedicados a la atención abierta, y un Hospital (San José de Melipilla), desde 1887, para intervenciones complejas. Los casos que requieren especialistas determinados, intervenciones de alta complejidad o infraestructura especial, son derivados al Hospital San Juan de Dios o al Hospital Dr. Sótero del

GRÁFICO 1
SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE DE HOGAR
DE LAS FAMILIAS DE LA LOCALIDAD

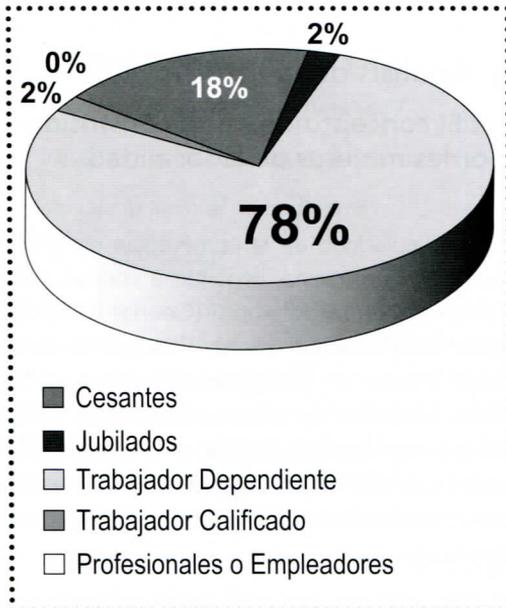


GRÁFICO 2
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES
DE LA LOCALIDAD

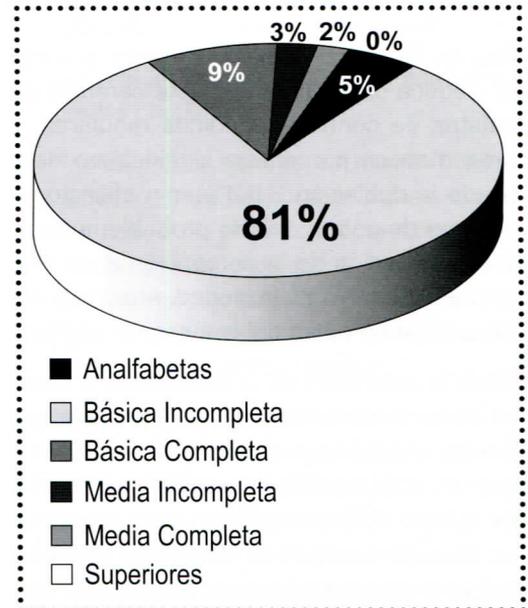
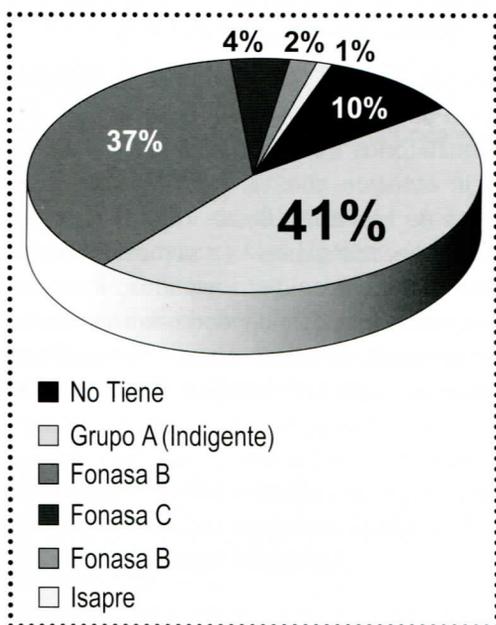


GRÁFICO 3
 AFILIACIÓN A SISTEMA DE SALUD DE
 LAS FAMILIAS DE LA LOCALIDAD



Río, en Santiago. A pesar de esto, y como se deduce del gráfico 3, existe carencia de hábitos de controles médicos regulares, y presentan un porcentaje significativo dentro de la población (10.4%), sin afiliación a sistema de salud, debido probablemente a la exacerbación de la percepción de la distancia del centro de la ciudad, efecto de las dificultades propias del transporte público.

Dada la naturaleza de la investigación, situada en un contexto de ruralidad y pobreza que arraiga conductas y características muy particulares, para lograr la comprensión del objeto de estudio adoptamos un enfoque etnográfico. La reconstrucción de situaciones naturales nos permite acceder a su complejidad, es de-

cir, buscamos explicaciones pertinentes para problemas extraídos de lo común y familiar, en lo invisible de la vida cotidiana. Para recolectar la información, utilizamos entrevistas semiestructuradas, aplicadas a doce mujeres, en un periodo de cinco meses, entre mayo y octubre de 2004. La selección de informantes se realizó de acuerdo con características previamente identificadas en la población en estudio: oriundas de la localidad, buena disposición al diálogo, madres pertenecientes a familias extendidas, agentes sociales. El análisis de la información se realizó alrededor de tres categorías principales:

- el concepto de salud construido por las mujeres de la localidad
- la comunión del conocimiento entre las mujeres de la localidad
- estrategias para enfrentar episodios de morbilidad que utilizan las mujeres de la localidad

3. Análisis de la información

3.1 El concepto de salud construido por las mujeres de la localidad

La particularidad de la convivencia en la comunidad impresiona, llegando a constituir un "sistema cultural de grupo" (Geertz, 1994). La salud en la localidad rural de Puangue se construye a partir de la capacidad de "hacer". Es decir, al interior de la comunidad, tener salud no solo significa ausencia de enfermedad, sino más bien, estar en condiciones de realizar las actividades diarias y ejecutar sus funciones familiares:

"Sí, tienen buena salud (...) porque no tienen

que faltar nunca al colegio, no se enferman nunca... van todos los días (...) se comen la comida, juegan, todo eso” (Alejandra)

“Dicen que la señora de allá adentro está muy enferma... pero yo la veo todos los días pasar donde la señora Puri...

P: ¿Usted cree que no está enferma como dicen?

No poh, si anda lo más bien, el otro día vino a dejar pan... una persona enferma no puede hacer esas cosas (Zunilda).

Una persona sana es quien puede ejercer el trabajo diario sin problemas. Por el contrario, la enfermedad se percibe como un estado exclusivamente sintomático, que interrumpe la capacidad de hacer cosas y limita la capacidad física habitual. De ahí que para los habitantes del lugar no tener síntomas que limiten su actuar, signifique no estar enfermo:

“P: ¿Cuándo fue la última vez que se enfermó uno de los niños?

R: No se enferman nunca tía

P: ¿Han tenido fiebre alguna vez?

R: Sí, el Juan Carlos, ahora hace poco

P: ¿No lo llevó al consultorio?

R: No (Zunilda).

Padecimientos como la fiebre u otros síntomas, no constituyen enfermedad, si la persona sigue desarrollando sus actividades diarias. Por tanto, ambos conceptos (salud, enfermedad) se relacionan con la capacidad de desenvolverse en la vida habitual, como por ejemplo, comer, dormir, trabajar:

“Estaba enferma porque... no comía, una semana... dos días que no comió nada,

nada. No quería ir al jardín y... la fiebre no le bajaba con nada (...) En la noche tosía... tosía toda la noche y le daban como ahogos así... como que no sacaba la respiración” (Alejandra).

El concepto de enfermedad, para las mujeres del lugar, está vinculado también con lo desconocido, ya que a la hora de evaluar si una persona está sana o enferma, es muy importante la experiencia previa que se tenga con respecto a determinado estado mórbido, experiencia que puede ser propia o de la comunidad de mujeres de la localidad. Haber experimentado la enfermedad otras veces en ellos mismos, o conocer a quien haya vivido una situación similar, disipa el carácter de morbilidad y se percibe con naturalidad:

“No, no se enferman nunca (...) Pero, diarreas y esas cosas yo también tuve cuando chica, todos han tenido alguna vez, las niñas de la Eva... todos las tienen” (Elizabeth).

“P: ¿No lo ha llevado nunca al consultorio por los parásitos?

R: No...pero... siempre ha tenido, o sea... tiene un tiempo después se le pasa, le vuelven otra vez... desde chico ha sido igual... donde come muchos dulces... no ve que es gordito... no... o sea no le veo el problema porque si no deja de comer los dulces va a ser siempre igual”(Elizabeth).

En las situaciones anteriores, las mujeres no consideran estado de enfermedad la diarrea, ni la parasitosis, a pesar de que han advertido la presencia en sus hijos, porque se han relacionado antes con los síntomas y conocen estrategias para sobrellevarlas. Haber experi-

mentado previamente la enfermedad la conaturaliza. Es decir, no es grave si ya se ha vivido; esto, unido a que no constituyen una situación invalidante, las lleva a considerar a una persona en estado sano.

Para la concepción de las mujeres de la localidad, la persona está sana si puede continuar con su rutina diaria. La enfermedad comienza en el instante en que el trabajo diario se interrumpe:

“En realidad... nada... son tan... yo los encuentro sanos, que no por eso uno no deja de estar preocupada, incluso mi marido me dijo que a lo mejor teníamos que llevarlo al médico al Camilo porque se hace pipí... en la noche eso sí” (Angelina).

En el caso anterior, la madre no considera la presencia de enfermedad en su hijo, a pesar de que reconoce síntomas de enuresis, porque como ella resalta, solo se orina de noche, lo que no le impide desarrollar su vida normal de día. De esta manera, muchos síntomas se advierten, pero no alcanzan a la categorización de estado mórbido para la comunidad:

“Sí, sí tuvieron (parásitos intestinales) pero nada que no sea normal, o que diga que es porque están acá, no (...) son dolores normales, por ejemplo, la otra vez la Tamara estaba enferma, le dolía la guatita y no sabía que era... y era por lo que había comido no más” (Angelina).

Cuando una persona se siente deprimida en sus facultades normales, y es considerada “enferma”, la necesidad de intervención externa a la localidad, es una decisión femenina. Es decir, está siempre determinada por una mujer, ya sea la madre, la esposa

o alguna tercera persona, como agentes sociales que reclamarán el acercamiento al sistema de salud:

“Estaba muy mal y la tía me dijo que tenía que llevarla (al hospital)”

P: y, ¿usted le hace caso?

R: Claro que sí po’ s tía, ella es madre también” (Zunilda)

“Yo los llevo al hospital pues tía...quién más se va a preocupar de eso.”(Alejandra).

3.2 La comunión del conocimiento entre las mujeres de la localidad

La decisión de llevar al médico al niño o niña requiere, en primera instancia, de reconocer la enfermedad, y posteriormente asumir su gravedad. Cuando la mujer no ha experimentado situaciones similares anteriores, recurre al repertorio de experiencias de otras mujeres que conforman la “comunidad de conocimientos” de la localidad, que aportan con sus experiencias vividas en la medicina alternativa y tradicional. Es aquí donde los conocimientos se replican en la forma de un diagnóstico o tratamiento. Advertimos, también, la “especialización” entre las mujeres que han tenido mayor cantidad de acercamientos a un estado mórbido específico:

“Cuando ya no se le quita el resfrío con nada... yo se lo llevo a la señora Jana, ella ha tenido sus niños con bronquitis muchas veces, y sabe al tiro cuándo es de más cuidado...yo le doy la misma receta que le dieron a ella (...) sí...yo sé que le hace bien

porque se les pasa, a los tres días ya están bien” (Marcela).

Todas las estrategias con las que sobrellevan los estados mórbidos, son aprendidas por las mujeres dentro de su familia o al interior de la comunidad:

“Mi mamá sabe todos esos secretos, yo cuando estaba criando, no era como ahora que tomas la micro en la esquina, había que batírseles solita con el crío, yo todo le preguntaba a ella, en una libretita anotaba todos los remedios que ella sabía, todavía los tengo por ahí, incluso todavía le pregunto cosas cuando me siento mal o me duele algo” (María Elena).

“Eso me lo contó la mamá de la María José, la señora Cecilia, lo probé y siempre se lo hago al Leo cuando está con fiebre. Siempre me resulta” (Elizabeth).

Ante la necesidad de intervenir en la enfermedad de un miembro de la familia, la mujer se apoya en los conocimientos de otras mujeres, que aportan con sus conocimientos y experiencias para diagnosticar y tratar al paciente.

3.3 Estrategias para enfrentar episodios de morbilidad utilizados por mujeres de la localidad

Las mujeres conservan y se transmiten un repertorio de estrategias del saber popular, que aplican en primera instancia, ante el reconocimiento de un cuadro mórbido. Las estrategias se componen de un aspecto mágico religioso y un recurso natural, generalmente hierbas:

“(para el dolor de guatita)... azúcar quemada con agüita de ruda... el secreto está en tomarlo de una sola vez, sin respirar...” (Elizabeth).

“Le doy hierbitas que yo tengo (...) la menta hay que sacudirla eso sí (...) no sé por qué, pero eso dicen las viejas” (Zunilda).

“Cuando no se les pasa con nada, es porque están ojeados, ahí hay que darles puras agüitas de hierbitas y rezarles un Padre nuestro y tres Ave marías, en la mañana y en la noche” (Zunilda).

Otras se componen solo del uso de hierbas u otros elementos de la naturaleza que tienen a su alcance:

“Aquí se usa mucho remedio casero, ‘secreto de la naturaleza’ que le llaman. Por ejemplo, cuando los niños están así, un poquito nerviosos les dan toronjil con naranja, hojitas de naranja. Para la guatita, está la menta, el paico, la manzanilla, tú ves que aquí hay menta por todos lados (...) Para la gente que trabaja en la tierra, los temporeros tú ves que pasan mucho tiempo agachados, las hojitas del repollo se pasan por agua hirviendo y se ponen en la espalda y santo remedio” (María Elena).

“Lo que más le doy es... para botar la fiebre, se hace un tecito con hojas de zarzamora, con tilo y naranjo se le puede poner. El Leito toma a cada rato un traguito y así la va botando” (Elizabeth).

“Un remedio muy bueno para la tos, es picar una cebolla en cuadritos, macerarla con azúcar y dejarla reposar un ratito para que suelte el jugo, eso después se lo doy a cucharaditas, el puro juguito” (Alejandra).

La automedicación, es otra estrategia utilizada por las madres. Entre la comunidad, existe confianza en la medicación tradicional, no así en los médicos:

“Claro que le doy remedio, si cuando están muy enfermos, con remedios se les pasa” (Elizabeth).

Los medicamentos de libre acceso como paracetamoles y jarabes para la tos, que son populares por los medios de comunicación, son los más utilizados por las madres, por su bajo costo y rápido efecto sobre los síntomas. Todas demuestran una gran capacidad para reconocer la correspondencia entre el medicamento y los síntomas del estado mórbido de su hijo:

“Casi siempre las mamás los tratamos de controlar en la casa con panadol, siempre que haya fiebre, claro, si no, eso no se debiera hacer (...) Las mamás los tratan en la casa con medicamentos que ya han usado, por eso se vuelve a repetir y constantemente están... guardando recetas...sí...es poco lo que van al médico...incluso yo he visto que se prestan recetas si tienen lo mismo que el otro niño” (Sandra).

También combinan las antiguas estrategias de la medicina rural, con fármacos.

“Le daba hierbas... menta, ruda, hierbitas que tengo en la casa... con aspirina. Le dolía la guatita también esa vez... lo acostaba temprano.” (Zunilda).

Los medicamentos que requieren recetas (como antibióticos, por ejemplo), se adquieren a través de recetas a terceras personas, que las facilitan para la compra, o repitiendo alguna receta que les han medi-

cado anteriormente en el servicio de salud público:

“Las hierbas... y los remedios que compran ellas para evitarse esas inmensas esperas en el hospital compran el medicamento dado, pero por mamás que les haya pasado lo mismo... que pueden comprar en la farmacia o incluso van a pedir consejo a la farmacéutica” (María Elena).

La automedicación, previo diagnóstico de la “comunidad de conocimientos” de la localidad, es parte del repertorio de estrategias que han ideado ante la ausencia de un sistema de salud que cubra sus necesidades. A la gran mayoría le resulta satisfactorio por sus beneficios inmediatos. La aceptación de la automedicación entre la comunidad, se explica además, por el fuerte sentimiento de exclusión social. Las mujeres acusan percepción de maltrato y discriminación por su condición de pobres; esto se traduce en una declarada mala disposición hacia los centros de salud. La comunidad considera que la atención de los centros de salud se iguala a la atención que ellos pueden otorgar en sus casas, sin grandes diferencias:

“P: ¿Qué le dijeron en el hospital?”

Nada poh... que le diera aspirina y... que tenía... bronquitis, que yo ya sabía...

(...) P: ¿Y los atienden bien en el hospital?”

Los miran... a veces ni los miran siquiera...” (Zunilda).

Por otra parte, las limitaciones geográficas que dificultan el acceso al hospital y consultorios, unido al tiempo de espera por atención, les hace percibir que el “sacrificio” realizado no es congruente con el beneficio

recibido; se piensa que en casa pueden recibir una atención similar:

“... y con el Juan Carlos fui a tenerlo al hospital... y casi se muere... en la casa era mejor... mejor lo hubiera recibido mi hermano” (Zunilda).

El acercamiento al hospital de la provincia, es la última estrategia a la que recurren las madres, cuando en la gravedad del episodio mórbido, no se vislumbra otra salida. Esto justifica el uso del hospital en vez del consultorio, ya que acceden a él como emergencia, en cualquier horario. El uso de este último requiere de una organización interna en la familia, que permita disponer del tiempo y transporte en el horario adecuado, lo que dificulta su uso.

“No lo llevo al hospital (...) porque no alcanzo esos papelititos que dan... hay que irse como a las seis de aquí y adónde saco micro a esa hora... y como mando a los otros pa’l colegio” (Zunilda).

4. Conclusiones

En la evaluación del conjunto de síntomas que, culturalmente, se definen como enfermedad, la mujer es la fuente de decisiones y quien determina los factores situacionales para considerar a alguien sano o enfermo. Históricamente, los roles han sido determinados dentro de la familia patriarcal, asumiendo la mujer un rol doméstico, que se acentúa fuertemente en la población rural; se le determina como función natural la atención de las enfermedades de la familia y la administración de las estrategias tera-

péuticas. Reconocer un estado mórbido en la familia, e intervenir con estrategias de su sabiduría popular, son algunas de las conductas esperadas de la mujer. Generalmente, esta atención es suficiente para resolver el episodio mórbido, incluso de aquellos que requieren tratamiento farmacológico, como el uso de antibióticos.

La relación entre el estado mórbido y la incapacidad de desenvolverse en la vida diaria, es un efecto de las dificultades propias de la ruralidad, en donde, paralelo al trabajo remunerado con el que sustentan la familia, se asignan a cada miembro tareas domésticas de las cuales depende el bienestar del grupo.

Es relevante destacar también las “comunidades de conocimientos” que establecen las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, compartiendo experiencias que han generado aprendizaje en ellas, replicándolas a la comunidad. Un ejemplo es la evaluación diagnóstica que la madre hace de su hijo; cuando los episodios presentados no son identificables por la madre, recurre a las mujeres de su comunidad, quienes entre sus experiencias lograrán realizar un diagnóstico de la situación mórbida. Hablamos de “comunidades de conocimientos” ya que las experiencias de cada mujer pasan a formar parte de un repertorio mayor de experiencias que son las de la comunidad, a las cuales aluden cada vez que necesitan.

Finalmente, concluimos la importancia del rol de la mujer en las localidades con privaciones económicas y culturales, en donde logran alcanzar un alto grado de conocimiento de la sintomatología mórbida, asi-

mismo de estrategias naturales y farmacológicas, transformándose en pilar fundamental de la sobrevivencia y bienestar de la comunidad rural.

Desde una perspectiva feminista, y atendiendo a la difícil historia social y política Latinoamericana, que ha desarrollado procesos de urbanización desequilibrados, generando amplios sectores de marginalidad, con escaso o nulo acceso a los privilegios sociales, es relevante destacar el rol social

e histórico de la mujer, como responsable del cuidado y preservación de la salud y la vida, allí donde la institucionalidad no se hace presente.

Esta investigación pretende quedar abierta a otras interpelaciones al rol de la mujer en el bicentenario nacional, que en posiciones de baja visibilidad social, más aún, víctimas de la discriminación sexista, se ha desempeñado como agente de la supervivencia y desarrollo de las clases marginadas.

5. Bibliografía

- Casassús-Campos, Juan (1994). *Cuidados básicos del niño sano y del enfermo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Centro de Estudios para América Latina (1997). *Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno*. Santiago de Chile.
- Durston, John (1998). *Juventud y desarrollo rural: Marco Conceptual y Contextual*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Fernández, Erika; Caballero, Patricia (1999). *Problemas de Salud Infantil. Intervención de Enfermería*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Fundación Rodelillo. (2001). *Desarrollando Familias Sanas. Manual de salud para las familias chilenas*. Santiago de Chile: LOM.
- Florenzano Urzúa, Ramón (1995). *Familia y Salud de los Jóvenes*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Geertz, Clifford (1994). *Conocimiento local. Ensayo sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- Jimenez de la Jara, Jorge (2010). *Angelitos Salvados*. Santiago de Chile: Uqbar.
- Kotliarenko, M.; Gómez, E.; Muñoz, M. (2009). "Centros de Desarrollo Infantil en Chile: Una experiencia Piloto". *Revista Perspectivas CEES-UC* (8).
- Lattes-Farren-Mac Donald (1989). *Salud, Enfermedad y Muerte de los Niños en América Latina*. Publicación CLACSO-IDRC.
- Plath, Oreste (1960). *Aspectos Antropológicos en Relación con Madre y Niño en Chile*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Unicef (2000). *Indicadores relevantes 2000 .Chile*. Santiago de Chile.
- (1999). *Ciclo de Debates "Desafíos de la Política Educacional, Claves de la inequidad de la educación básica"*, Santiago de Chile.
- Zamora, S. (1994). *Salud Mental del Niño Escolar*. Santiago de Chile: Ed. Salvador.