

Salud mental infanto-juvenil-escolar: ¿Cuál es rol de la pedagogía para hacer frente a esta pandemia?

Child-youth mental health: ¿ What is the Rol of Pedagogy to face this Pandemic?

Ignacio Reyes Cayul

Universidad de Playa Ancha

ignacio.reyes@upla.cl

Silvana Salvarani

Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Resumen

En este artículo, se plantea una reflexión sobre la salud mental en la educación, centrándose en el contexto chileno. Se mencionan problemas específicos en la sociedad chilena, como la depresión, la pérdida de sentido en la vida y el miedo al futuro, que han surgido en los últimos años. Estos problemas se consideran manifestaciones de la complejidad de la sociedad actual y del impacto en el bienestar psicológico de los individuos. El artículo concluye proponiendo una reflexión sobre cómo abordar el creciente número de enfermedades mentales desde la perspectiva de María Montessori. Se destaca la importancia de utilizar herramientas pedagógicas en el entorno educativo para abordar estas patologías y trastornos. Se argumenta que la educación puede desempeñar un papel crucial en el proceso de aprendizaje y en la transformación de la sociedad al incorporar propuestas didácticas que aborden las enfermedades mentales. En última instancia, se enfatiza el papel transformador de la educación en la promoción del bienestar mental en la sociedad.

Palabras claves: *Enfermedades mentales, Salud mental, educación chilena, María Montessori, Educación transformadora*

Abstract

In this article, a reflection on mental health in education is presented, focusing on the Chilean context. Specific issues in Chilean society, such as depression, a loss of meaning in life, and fear of the future,

are mentioned as having emerged in recent years. These problems are considered manifestations of the complexity of today's society and its impact on individuals' psychological well-being. The article concludes by proposing a reflection on how to address the increasing number of mental illnesses from the perspective of María Montessori. The importance of using pedagogical tools in the educational environment to address these pathologies and disorders is emphasized. It is argued that education can play a crucial role in the learning process and in transforming society by incorporating didactic proposals that address mental illnesses. Ultimately, the transformative role of education in promoting mental well-being in society is emphasized.

Keywords: Mental illnesses, Mental health, Chilean education, María Montessori, Transformative education.

Introducción

Este artículo lo hemos escrito como un telón de fondo del sistema escolar chileno. En los últimos años, la infancia ha aparecido como un tema importante en el debate, portando este nombre para toda una agenda política. Casos de acoso escolar, suicidio juvenil, y por supuesto, el caso de del SENAME se han constituido como nuevos hitos en la discusión pública. La razón que tenemos para incluir la salud mental escolar es por una sospecha sobre la relación depresión, ansiedad, suicidio (y otros problemas psicológicos) y un sistema educativo (en realidad, una forma de vivir) basada en la calidad, la performance y la competencia con los demás¹. Sin embargo, estos temas están por lejos de ser novedad. Aquí, nos referiremos en particular a la salud mental infanto-juvenil-escolar. Comentaremos algunas estadísticas que se han presentado en la literatura en educación. A partir de estas cifras, nos propondremos reflexionar sobre cada una de estas informaciones. Si bien es cierto, este capítulo no es

¹ A este propósito, Vincent de Gaulejac (2009) hablando de su obra *la Société Malade de la Gestion*, dice: *Épuisés psychiquement, physiquement, les individus tombent malades. En voulant lutter contre la déprime ou la fatigue qui ne sont pas reconnues, on tente de résister, et on atteint un point de rupture physique. [Agotados psíquicamente, físicamente, los individuos caen enfermos. Queriendo luchar con la depresión o la fatiga, que no son reconocidas, intentan resistir, y llegan a un punto de ruptura física].*

de análisis de datos, ni de marco teórico o de un estado del arte. Nos parece de suma importancia referirnos a este problema, sindicado como un tsunami (Waissbluth, 2021).

Nuestro propósito será, sin embargo, plantear este asunto como un gran telón de fondo que revela un problema estructural del país. Para ser sinceros, hablar de salud mental no cabría como el concepto más certero, sino que sería más claro referirnos a enfermedades mentales. Finalmente, un concepto que emergerá en este capítulo será el de problema retorcido (Waissbluth, 2021). Un concepto propio de las políticas públicas. Sobre esta idea, reflexionaremos, ya que se constituye como una manera de concebir la complejidad de las sociedades occidentales y el desenvolvimiento de los seres humanos en esta complejidad. La depresión, la pérdida del sentido de la vida, el miedo al futuro han sido otras características de la sociedad chilena que se menciona como propia de los últimos años². No tener expectativas por el tipo de vida que se lleva ni por el lugar en el planeta tierra que ha tocado nacer se muestran como un secreto a voces en la sociedad chilena. El paso de preguntas claves en el desarrollo de la sociedad, ¿Qué estudios hacer? ¿Qué trabajo tener? ¿Dónde vivir? ¿Qué comer? Aparecieron como preguntas claves en la cuestión social. El imponderable pan, techo y abrigo. La pregunta que al parecer domina esta era (Entendiendo que las anteriores ya han sido resueltas) cambia su formulación. Ahora diríamos, ¿Para qué hacer estudios? ¿Para qué vender la fuerza de trabajo? ¿Vale la pena vivir? ¿Qué tan importante es comer? El temor al futuro y la pérdida del sentido de la vida muestran que este telón de fondo plantea un terreno profundo, oscuro y sin muchas herramientas para hacerle frente.

Finalmente, proponemos una reflexión para hacer frente a este tsunami de las patologías de enfermedades mentales, a la luz del pensamiento de María Montessori. Las herramientas que la pedagogía puede entregar desde la sala de clases, no debiesen dejarse de lado, toda vez que nos

² Sin embargo, buscando a autores nacionales que han escrito sobre este tema, Alberto Hurtado Cruchaga (1947, 2002) ya se refería como un problema recurrente en el país, la pérdida del sentido de la vida en los años cuarenta.

permiten encontrar propuestas didácticas que pueden involucrar estas patologías y trastornos en el proceso creador del aprendizaje, retomando el rol transformador de la educación.

Panorama del suicidio y de la suicidalidad en Chile

Dentro de este panorama, el suicidio aparece como el caso más extremo de la (Falta de) salud mental en Chile. El diccionario enciclopédico de educación (2006) define el suicidio de esta manera: “Acción y efecto de quitarse la vida una persona por decisión propia. Las causas que pueden llevar a un sujeto al suicidio pueden ser diversas. En el caso de que el individuo no haya tenido problemas psicológicos previos, se asocia a un estado de incapacidad para afrontar una situación determinada., que le lleva a tomar la decisión de quitarse la vida para eludir el problema. En los sujetos se produce por un trastorno grave de equilibrio afectivo que provoca que la persona no sienta ganas de conservar la vida. En psicología profunda, el suicidio se considera una vía para expiar la culpa. Asimismo, los intentos de suicidio no consumados deben interpretarse como peticiones de ayuda”. Sea la incapacidad, eludir un problema, la expiación de una culpa o la petición de ayuda, en este caso, el intento de suicidio. El diccionario enciclopédico presenta este acto como casos fuera de la norma, es decir, no querer quitarse la vida. Quién se suicida no es capaz o no quiere hacer frente a una situación. Sin embargo, ¿Es tan así esta situación? Antes de reflexionar sobre las causas, veamos las cifras de muertes por suicidio adolescente en Chile entre 2010-2019:

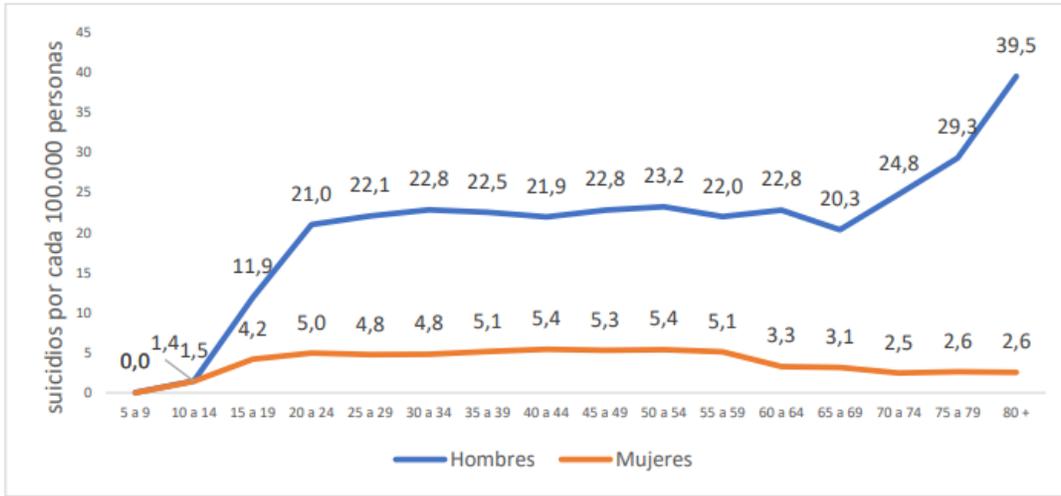
Tabla 6: Tasas observadas específicas de mortalidad por suicidio por grupos de edad y sexo. Chile 2010-2019

Rango Etario	Número de Muertes			Tasa observada por 100.000 habitantes de 5 o más		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
5 a 9	2	0	2	0,03	0,00	0,02
10 a 14	94	87	181	1,48	1,43	1,45
15 a 19	821	279	1100	11,89	4,20	8,12
20 a 24	1555	355	1910	20,98	4,95	13,10
25 a 29	1644	347	1991	22,06	4,77	13,52
30 a 34	1535	317	1852	22,80	4,79	13,88
35 a 39	1430	324	1754	22,49	5,13	13,84
40 a 44	1372	342	1714	21,92	5,43	13,65
45 a 49	1408	334	1742	22,76	5,30	13,95
50 a 54	1349	323	1672	23,21	5,38	14,15
55 a 59	1078	263	1341	21,96	5,09	13,31
60 a 64	887	138	1025	22,78	3,27	12,62
65 a 69	609	107	716	20,34	3,14	11,18
70 a 74	530	65	595	24,77	2,48	12,50
75 a 79	421	52	473	29,28	2,64	13,87
80 +	555	65	620	39,46	2,55	15,67

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de estadísticas vitales, defunciones, DEIS, MINSAL

En el tramo 2010-2019, el suicidio en adolescentes ha mostrado una diferencia significativa entre los tramos 10 a 14 años, en relación a al tramo 15 a 19 años, más de novecientos decesos de diferencia, representando más de un 80% de aumento de fallecimientos por esta causa. En cuanto a los decesos del tramo 20 a 24 años, el aumento es elevado en relación a los casos registrados en el tramo 15 a 19 años, representado un aumento de 40% entre un tramo, en relación al siguiente. Hablamos de una verdadera catástrofe. En cuanto a las diferencia según el género, se registran mayores porcentajes en los hombres de esta edad. En este grupo de personas, los suicidios llegan a los 11,89 por cada cien mil habitantes, en el tramo de 15 a 19 años; y. de 20,98 en el tramo de 19-24 años.

Figura 8: Tasas observadas de mortalidad por suicidio por grupos de edad, según sexo, Chile 2010-2019

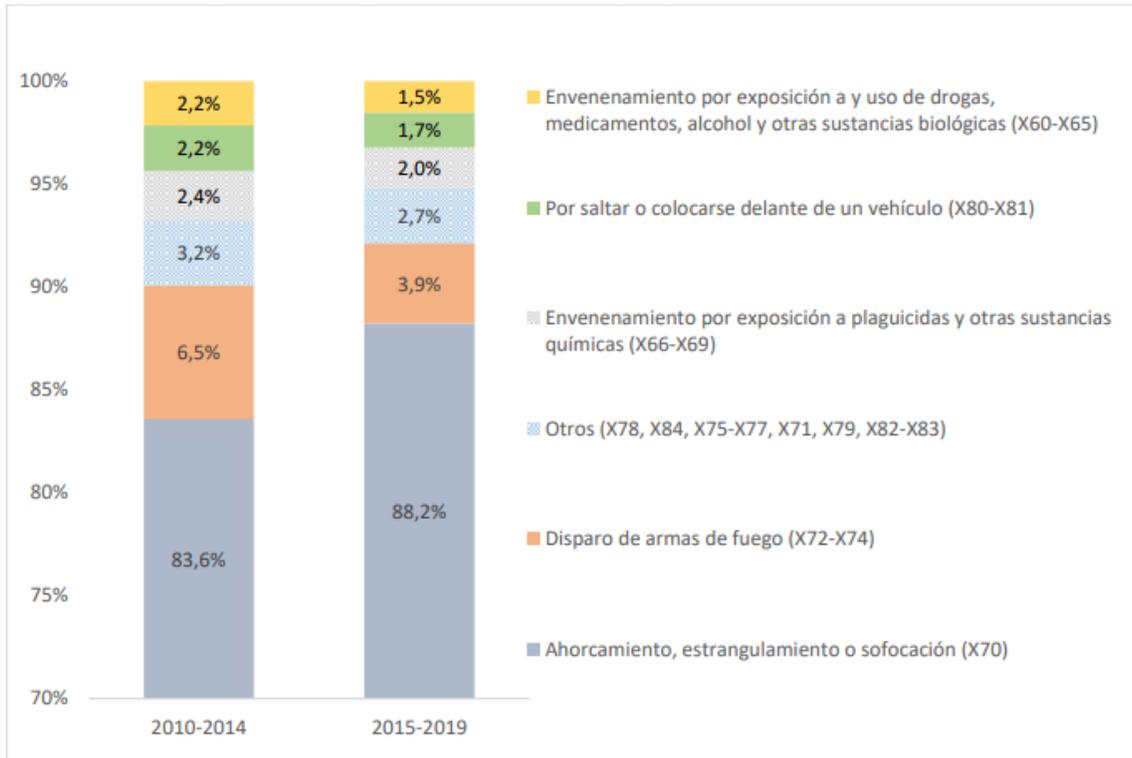


Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de estadísticas vitales, defunciones, DEIS, MINSAL

Desde el intervalo etario de 20 a 24 años, se evidencia una tendencia preocupante caracterizada por una incidencia de suicidios que oscila entre 20 y 24 por cada mil personas. No obstante, cabe destacar que el punto más álgido de esta problemática se observa en los segmentos poblacionales comprendidos entre los 75-79 años y aquellos de 80 años o más, alcanzando una cifra significativa de 39 suicidios por cada mil individuos. Este fenómeno, que muestra una variación marcada a lo largo del ciclo vital, suscita interrogantes relevantes en el ámbito de la salud pública y demanda una atención especializada en la prevención y el abordaje de la salud mental en las poblaciones vulnerables a lo largo del espectro de edades. La proyección al 2030 es de bajar a 10,2 suicidios por cada 100.000 habitantes. Nuestro país duplica la tasa de suicidio de América Latina y el Caribe (Waissbluth, 2021). En el estudio: Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos del doctor Sergio Barroilhet (et al. 2012), las cifras de suicidio entre hombres y mujeres muestran diferencias en número, sin embargo, existen otros elementos que son necesarios de considerar: “Excepto el suicidio consumado, todas las formas de suicidalidad son más prevalentes en adolescentes mujeres”. (P. 2). La suicidalidad son las formas en que se ejecuta un suicidio. Al hablarse

de la muerte voluntaria, la manera de proceder es clave para concebir tal acción. No se trata aquí de las motivaciones, sino de la forma en que se perpetra la acción.

Figura 13: Porcentaje de muertes por método de suicidio, por periodo, ambos sexos, Chile 2010-2019



Nota: La escala del Eje de porcentaje inicia en 70% por razones de claridad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de estadísticas vitales, defunciones, DEIS, MINSAL

El presente análisis se centra en examinar el porcentaje de muertes por suicidio en Chile durante el período comprendido entre 2010 y 2019, considerando ambos sexos y distintos métodos utilizados. Los datos revelan una variación significativa en las tasas de suicidio por método a lo largo de estos años. En particular, se observa una disminución en el envenenamiento por exposición a y uso de drogas, medicamentos, alcohol y otras sustancias biológicas, pasando de un 2,2% en el periodo 2010-2014 a un 1,5% en el periodo 2015-2019. De manera similar, las muertes por saltar o colocarse delante de un vehículo también experimentaron un descenso, disminuyendo de un 2,2% a un 1,7% en los mismos períodos. Por otro lado, el envenenamiento por exposición a plaguicidas y otras sustancias químicas registró un cambio de un 2,4% a un 2,0%, mientras que las muertes por otras causas descendieron de un 3,2% a un 2,7%. Sin embargo, cabe destacar que el método de ahorcamiento,

estrangulamiento o sofocación se mantuvo como la causa predominante de suicidio en el país, aumentando de un preocupante 83,6% en el periodo 2010-2014 a un alarmante 88,2% en el periodo 2015-2019. Estos datos plantean la necesidad de una atención especializada en la prevención y el abordaje de esta forma particular de suicidio en la población chilena.

En este sentido, cobra relevancia los medios, conocimiento, información, redes y acceso a instrumentos que posibilitarán el suicidio. Resultaría paradójico si la motivación de fondo es el no querer estar en este mundo y, valerse de medios, formas y esquemas del propio mundo para desaparecer. La suicidalidad implica planificación, consumación y tendencias que acercan a una persona al suicidio. En tal sentido, el vínculo enfermedad mental y suicidio es muy importante: “La depresión constituye un factor de riesgo suicida, presente en 49 a 64% de los adolescentes muertos por suicidio. En Chile, la prevalencia actual de episodio depresivo es 5% en población general mayor de 15 años, siendo más frecuente en mujeres. En población”. (P. 2). ¿Qué ocurre para que un joven decida voluntariamente dejar este mundo? ¿Qué acontece en la vida de un adolescente para que su decisión traspase los propios límites de la vida? Dice el estudio el estudio del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente de 2015 “La mayoría de las personas que realizan una conducta suicida han vivido situaciones estresantes en los últimos meses –a nivel interpersonal, laboral, académico o financiero– que aumentan el riesgo. Es así como un estilo de vida en que es frecuente la sobrecarga y el estrés contribuye al riesgo suicida. Muy frecuentemente el desencadenante de una conducta suicida es un quiebre o pérdida de un ser querido, especialmente una pareja (Taylor et al. 2012).

Así, relaciones familiares e interpersonales disfuncionales u hostiles acrecientan el riesgo. Las características del funcionamiento familiar asociadas al riesgo suicida son: peleas constantes, límites excesivamente rígidos, laxos o inexistentes, bajos niveles de cohesión y distancia emocional, apoyo disminuido frente a las adversidades y la solución de problemas, y bajo nivel de escolaridad en ambos padres (Pavez et al. 2009). Por el contrario, se ha observado que relaciones familiares y sociales

satisfactorias y de calidad, así como los cuidados parentales suficientemente buenos, constituyen un importante factor protector” (Morales, 2014). Este estudio diagnostica el tipo de vida que se lleva, así como las relaciones en la familia. En ambos casos, el suicidio aparece como una vinculación directa con las estructuras sociales en que los seres humanos se mueven en su cotidiano. Se trata, por tanto, de la materialidad existente. Ahora bien, ¿Cómo se caracterizan en nuestro país, tanto las situaciones estresantes, como las características del funcionamiento familiar? La conducta suicida sería la expresión de una excepción; o bien, ¿se trataría del caso extremo dentro un panorama generalizado de estrés y de relaciones sociales no satisfactorias? Otro punto que merece mencionarse en estas páginas es una noción que surge del trabajo del doctor Barroilhet, hablamos de las conductas autolíticas. ¿Qué quiere decir una conducta autolítica? La autolisis, del griego auto, uno mismo; lisis, degradación o pérdida. Se refiere a un proceso biológico de autodestrucción celular.

El diccionario médico de la Universidad de Navarra lo define de esta manera: “Proceso anaeróbico de degradación de los constituyentes bioquímicos de la célula por la acción de las propias enzimas intracelulares”³. La degradación se refiere al término de los constituyentes por la acción de las propias enzimas intracelulares, es decir desde dentro. La autodegradación celular, explica el doctor Barroilhet, como un proceso en el que solo participan las enzimas, sin la presencia de bacterias, la autolisis genera el cese del ciclo celular⁴. Así, por ejemplo, lo explica: “La autolisis celular es el proceso de desintegración que comienza luego de producida la muerte y en el cual no existe participación de bacterias, dependiendo sólo de la acción de las enzimas celulares (Trezza 2006). La autólisis de tejido

³ <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/autolisis>

⁴ Dentro del ciclo de vida de una célula:

G0 => diferenciación, se especializa a una función específica

G1 => célula crece

S => duplica DNA

G2 => se repara lo que haya quedado mal

M => célula se divide

¿Dónde está la muerte celular?

G1, G2, S, M o G0, la muerte puede estar en cualquier etapa del ciclo

Los tipos de muerte son: Finalidad: apoptosis: formación de órganos fetales; renovación epitelios (Capa externa de la piel);

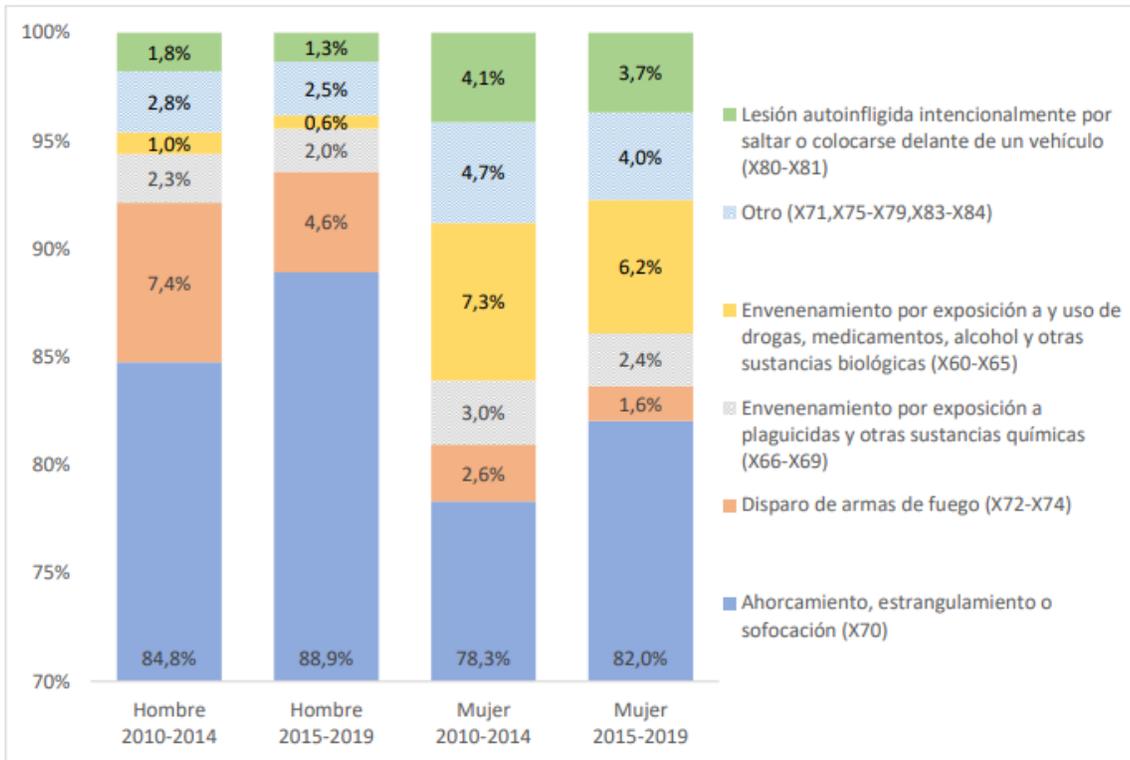
Apoptosis: muerte celular programada

Necrosis: patológica

normal producida en un individuo muerto se diferencia de la necrosis producida en individuos vivos, debido a que la primera es difusa y no involucra a células inflamatorias (Tomita y col 1999, 2004; Ortloff Trautmann, Peña & Ildefonso, 2014). La investigación del doctor Barroilhet se refiere a estas acciones dentro del contexto del suicidio. Nos dice: “de los que refirieron conductas autolíticas describieron el método utilizado en la última oportunidad. Los más utilizados fueron: cortes en la piel (56,2%), ingesta de medicamentos o veneno (21,8%), quemarse la piel (4,2%), u otros (17,8%), como intentos de asfixia o ahorcamiento, golpear objetos sólidos en diferentes partes del cuerpo, o autoinfligirse golpes o heridas directamente”. (P. 4). Las conductas de autodegradación o autolíticas se explican cómo lesiones producidas por el propio individuo que las infringe. Así, sea por ingesta, golpes o heridas buscan poner fin a la vida. Atravesar por esta sensación ha sido explicado como parte de una etapa, la adolescencia, periodo en el cual se pasa a un descubrimiento de otras experiencias de vida. Al tratarse de un cambio de era, esta bisagra provoca una crisis. En este momento pueden

aparecer sentimientos de salir de la realidad por la vía del suicidio.

Figura 14: Porcentaje de muertes por método, comparando por periodo 2010-2014 y 2015-2019, y sexo. Chile 2010-2019



Nota: La escala del Eje de porcentaje inicia en 70% por razones de claridad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del sistema de estadísticas vitales, defunciones, DEIS, MINSAL

El análisis de las tasas de mortalidad por suicidio en Chile durante el período de 2010 a 2019, desglosado por género y método, revela notables diferencias y tendencias significativas. En el caso de la lesión autoinfligida intencionalmente al saltar o colocarse delante de un vehículo, se observa una disminución en ambos sexos durante el período estudiado, con tasas más bajas en 2015-2019 en comparación con 2010-2014. Sin embargo, cabe destacar que las tasas de suicidio por este método siguen siendo significativamente más altas en mujeres que en hombres en ambos periodos. En contraste, el envenenamiento por exposición a drogas, medicamentos, alcohol y otras sustancias biológicas muestra un aumento considerable, especialmente en hombres, pasando de un 1,0% en 2010-2014 a un preocupante 7,3% en 2015-2019. Por otro lado, el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación continúa siendo el método predominante en ambos géneros, con tasas elevadas y en

aumento en hombres (84,4% a 88,9%) y mujeres (78,3% a 82,0%). Estos datos resaltan la importancia de abordar de manera integral la prevención del suicidio en Chile, considerando las diferencias de género y los cambios en los métodos empleados.

El doctor Barroilhet nos dice: “La suicidalidad es un fenómeno complejo, en el cual intervienen diversos factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y medioambientales. Inicialmente tener pensamientos suicidas puede ser parte de un proceso normal de desarrollo adolescente. La presencia de estas ideas pudiera estar relacionada con el atravesar por contextos psicosociales difíciles durante la etapa”. (P. 6). Según este mismo estudio, un 40% de quienes se autolesionan, lo hacen con algún pensamiento suicida de por medio. Lesionarse y herirse, es, por tanto, la manifestación de una dimensión mucho más profunda en un sector de la población que debiese transitar por la vía contraria a la de acabar con la vida. ¿Cómo y cuándo detectar este pensamiento? La relación suicidio y depresión podría ser inmediatamente convocada, sin embargo, el estudio del doctor Barroilhet dice: “Al igual que en adultos, la presencia depresividad clínicamente significativa es un factor de riesgo de suicidalidad en adolescentes, sin embargo, esta relación no está suficientemente estudiada en Chile”. (P. 6). Concluir que un suicida es un depresivo puede llevar a justificaciones de exclusión. Seres enfermos que no entran en la normalidad de la vida humana de esta era. Esta conclusión, peligrosa, supondría que si la anormalidad es la depresión; existiría un opuesto, los no depresivos, normales, felices, exitosos...podríamos sugerir muchos sinónimos.

El ciclo de la vida pública en las sociedades occidentales propone etapas de un desarrollo o crecimiento o progreso. El triunfo es llegar a ciertas condiciones de vida. Esta idea representa subir o escalar; contrariamente a la depresión, bajar o hundirse. De todas maneras, no existe aún la suficiente información que concluya la relación depresión clínicamente significativa y tendencia a la suicidalidad. De todos modos, el riesgo de suicidalidad nos lleva a la idea de salir o terminar con una vida en esta sociedad. Ahora bien, ¿Tiene responsabilidad la sociedad en los casos preocupantes del suicidio adolescente? Ante tales casos de suicidio adolescente, el estudio del Centro de Políticas Públicas de

la Universidad Católica Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente de 2015 señala: “La situación descrita lleva a anticipar un aumento en los años de vida perdidos por discapacidad y en la carga de enfermedad en los adultos de los próximos años debido a las muertes prematuras y a la alta prevalencia de enfermedades mentales asociadas al suicidio (Minsal, 2011). Es así como el suicidio adolescente se constituye como un importante problema de salud pública, no solo por la cantidad de personas afectadas cada año, sino también desde un punto de vista productivo y económico”. (P. 8). Retomando a la familia, el suicidio de los hijos traerá consecuencias de vida perdida en los adultos, es decir se tratará de consecuencia para la familia. Lo que podríamos llamar duelo, este estudio le llama alta prevalencia de enfermedades mentales asociadas al suicidio prematuro.

Por otro lado, las consecuencias de la futura población económicamente activa es un tema importante para la economía y política del país. Los adolescentes chilenos, una parte de ellos, no quieren vivir ni en la política oficial, ni en la economía ni en las condiciones de salud que esta sociedad ofrece. Aquí, familia y nación se encuentran. Frantz Fanon construye la idea de nación, a partir de la construcción de la idea de familia, y viceversa. Nos dice: “...Cuando se trata de una neurosis experimentada por un adulto, la tarea del analista es encontrar, en la nueva estructura psíquica, una analogía con tales elementos infantiles, una repetición, una copia de conflictos surgidos en el seno de la constelación familiar. En todos los casos, se busca considerar a la familia como objeto y circunstancia psíquica. Sin embargo, aquí los fenómenos se complican de manera singular. En Europa, la familia representa, de hecho, una cierta manera en que el mundo se ofrece al niño. La estructura familiar y la estructura nacional mantienen relaciones estrechas. La militarización y la centralización de la autoridad en un país conllevan automáticamente un aumento de la autoridad paterna.” (P. 140). ¿Podría el suicidio adolescente ser una forma de negación de esta estructura micro que conforma la estructura macro y viceversa? O, dicho de otro modo, ¿Cuál es el peso en una conducta suicida de estas estructuras, es decir, de las distintas composiciones de la familia en el siglo XXI? Si cambiaran las estructuras,

¿Podríamos asistir a nuevas formas de considerar la vida y la muerte propia? La búsqueda del sentido de la vida en las estructuras de la sociedad, manifestada en las diversas instituciones de la sociedad, nos podrían también entregar pistas sobre su influencia en conductas señaladas como suicidalidad y depresividad de sectores de la población.

La noción de anormalidad en quienes cometen una conducta suicida, así como de quienes experimentan la depresión no pareciese relacionarse con un estado de excepción y/o de incapacidad personal para hacer frente al mundo en que les ha tocado vivir. En un paradigma de biopolítica, el encierro de los anormales era (y es aún) la solución para erradicar los males que amenazan a la sociedad, y en los cuales, ella se defiende. Sin embargo, ¿Qué sucede cuando la anormalidad no es minoría?

Una mirada sobre la depresión y las enfermedades mentales en el país.

Comenzando por el diccionario enciclopédico de educación, la depresión se define como: "Alteración afectiva que se caracteriza por la tristeza y la disminución de la autoestima y de la actividad psicomotriz. La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la actualidad. Se caracteriza por un trastorno del área de los sentimientos, aunque también puede afectar a otras áreas de la personalidad y provocar alteraciones de la psicomotilidad y de la vida instintiva. Son muy frecuentes en el individuo afectado los sentimientos de culpa y de autoreproche. La depresión puede permanecer en los límites de normalidad o llegar a convertirse en una severa patología". La tristeza y la disminución de la autoestima son asociados a dos comportamientos clásicos de la depresión. La barrera queda separada por la gravedad que esta pueda acarrear: sobrepasar los límites de la normalidad la pueden llevar a ser una patología severa. Las cifras sobre depresión, y fundamentalmente, trastornos psiquiátricos muestra resultados en la población infanto-juvenil que nos podrían hacer pensar en la superación de los límites de la normalidad social, y la llevan a ser una patología. "Los resultados demuestran que más de un tercio de la población infanto juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses". (P. 9).

Los trastornos psiquiátricos están asociados a ciertas experiencias de vida en la sociedad chilena occidentalizada. Problemas en la familia y/o consumo de sustancias: “En general, la presencia de patología se asocia a la disfunción familiar, al antecedente de psicopatología en la familia y no vivir con ambos padres, tanto en el análisis bivariado como multivariado y la comorbilidad es un hallazgo en más de 25% de los casos. La mayoría de los niños y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que sube al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal...La percepción de disfunción familiar estuvo significativamente asociada con la presencia de todos los trastornos estudiados al igual que el antecedente de psicopatología en la familia, con la excepción de los trastornos asociados al consumo de sustancias.”. (P. 4 y 9). En los estudios que hemos sondeado aparece la idea de disfunción o trastorno. En la creencia social, hablar de trastorno o disfunción se asocia a una mirada anormalidad, de problema para la sociedad o de discapacitado. ¿Existe una estigmatización hacia quien padece un trastorno psiquiátrico? Ahora bien, si quien está sumergido en tales trastornos es ubicado en un espacio indefinido, desconocido y que, al creer que no lo vivimos personalmente, nos alejamos de él. Dicho de otro modo, ¿Nos da miedo acercarnos a un depresivo? ¿Lo consideramos un problema o un cacho? Al parecer sí. Paralelamente a esto, aparece la mirada de inferiorización.

Claudio Naranjo, al hablar de la experiencia del miedo, le define como “el miedo está al borde del no-ser, y se afirma tensamente ante la nada intuida” (Naranjo, 1995). Esta definición del miedo, que nosotros le asociamos al miedo al depresivo, que bien podría ser el miedo a la depresión, se enmarca en la disminución de la dignidad del propio ser. La negación de lo humano es la infantilización del ser, mirarlo como niño. Ahora bien, ¿Qué ocurre cuando el depresivo (un niño frente al sano) es precisamente un niño? ¿Asistimos a la negación de la negación? El estudio que hemos citado es Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias de Vicente et al (2012). Ofrecemos a continuación una tabla con la prevalencia de los trastornos psiquiátricos expuesto en dicho estudio:

Tabla 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos (DSM-IV) en el último año sin impedimento en población infanto-juvenil (n = 1.558)

	Total		Varones		Mujeres		4-11 años		12-18 años	
	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE
Trastornos ansiosos	18,5	1,1	13,8	1,4	23,5	2,1	21,0	1,8	15,7	1,9
Fobia social	5,5	0,9	2,9	0,8	8,2	1,6	5,9	1,2	5,1	1,3
Trastorno de ansiedad generalizada	8,2	0,9	6,2	1,3	10,3	1,3	8,0	1,7	8,4	1,6
Trastorno por ansiedad de separación	10,2	8,8	7,3	0,9	13,1	1,3	13,4	1,2	6,5	1,5
Trastornos afectivos	6,1	0,8	3,7	1,0	8,6	1,4	3,8	1,1	8,6	1,2
Trastorno depresivo mayor	5,9	0,8	3,6	1,0	8,4	1,4	3,8	1,1	8,3	1,1
Distimia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,04	0,03	0,3	0,2
Trastornos por comportamiento disruptivo	21,8	1,8	19,9	2,1	23,7	2,8	29,7	3,7	12,8	1,4
Trastorno disocial	3,7	0,5	4,4	0,9	3,0	0,7	1,2	0,3	6,5	1,0
Trastornos oposicionista desafiante	8,7	1,0	7,5	1,1	9,9	1,4	11,8	1,5	5,1	1,2
TDAH	15,1	1,2	13,7	1,6	16,6	2,2	23,9	2,2	5,4	1,4

De una muestra de 1.558 casos vemos que las cifras son significativas. La prevalencia de trastornos de ansiedad y de comportamiento disruptivo se sitúa en el 20% de esta muestra. En el caso del trastorno depresivo mayor, en mujeres y en poblaciones de 4 a 11 años, las cifras superan bastante al total (total, 5,9; mujeres, 8,4; 4 a 11 años, 8,3). Los riesgos de experimentar estos trastornos aparecen con bastante mayor presencia de la que se pueda tratar. ¿Qué hacer ante estas cifras? ¿Qué ocurre al manifestarse ya, una posibilidad real, en niños de 4 a 11 años de edad? Mario Waissbluth realiza una reflexión sobre estas cifras. Para él, se trata de un tsunami. Nos dice: “El 26% de los niños sufre violencia física o sexual grave en el hogar; registramos 20 mil sentencias condenatorias a adolescentes por año; el 47% de la población penal inicia su carrera delictual a los 13 años... entre el año 2009 y el 2015 el consumo de marihuana se duplicó entre escolares, llegando a 34%. En la Encuesta Nacional de Empleo de 2010, el 21% de trabajadores y trabajadoras declaró sentirse deprimido en los últimos 12 meses y el 30% del gasto en licencias de FONASA es por salud mental. En casi todos estos indicadores Chile está peor en comparación con Latinoamérica y el resto del mundo”. (P. 1). El tsunami de la patología mental en nuestro país y en particular, en nuestros niños y

jóvenes se da junto a otros fenómenos, violencia intrafamiliar y sexual, delincuencia juvenil, consumo de drogas, historial familiar con trastornos depresivos, entre otros. Estamos frente un conjunto de situaciones y fenómenos que alimentarían la masificación de las enfermedades mentales.

Tabla N°1. Prevalencia DSMIII-R de Trastornos Psiquiátricos en Chile (EPPS)

Trastornos mental	EPPS1 (n=2,978)				
	Vida		Anual		
	%	EE	%	EE	
Trastornos afectivos	E. Depresivo mayor	9,	0,7	5,7	0,6
	Episodio maniaco	1,9	0,4	1,4	0,3
	Distimia	8	0,8	3,9	0,7
	Algún trastorno afectivo	15	1,1	9,3	1
Trastornos ansiosos	Trastorno de pánico	1,6	0,4	0,9	0,4
	Agorafobia sin pánico	11,1	1,4	6,3	1,1
	Ansiedad generalizada	2,6	0,5	1,6	0,3
	Fobia social	10,2	2,8	6,4	1,6
	Fobia simple	9,8	1,8	8	1,5
	Trastorno obsesivo compulsivo	1,2	0,6	1,2	0,6
	Trastorno por estrés postraumático	4,4	0,5	2,4	0,3
	Algún trastorno de ansiedad	16,2	1,6	9,9	1
Uso de sustancias	Abuso de alcohol	3,6	0,8	2,3	0,4
	Dependencia de alcohol	6,4	0,7	4,7	0,6
	Abuso de drogas	0,9	0,2	0,3	0,2
	Dependencia de drogas	2,6	0,5	1,5	0,4
	Dependencia de nicotina	3,9	0,5	1,5	0,4
	Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	11,7	1,1	8,1	0,7
	Cualquier trastorno por uso de sustancias	14,4	1,4	10,4	0,9
Otros trastornos	Psicosis no afectiva**	1,8	0,3	0,7	0,2
	Trastornos somatomorfos	3,5	0,6	2,9	0,5
	Trastorno conducta alimentaria	1,2	0,3	1,2	0,3
	Desorden de personalidad antisocial	1,6	0,3	1,0	0,2
	Trastorno cognitivo	3,7	0,9	3,7	0,9
	Cualquier otro trastorno	31,5	1,8	22,2	1,6

Fuente: elaboración propia en base a (8).

1 Efectuado en 4 Provincias (Santiago, Concepción, Iquique, Cautín)

* 'Algún trastorno de ansiedad' no incluye fobia social, fobia específica o TOC.

**'Psicosis no afectiva' incluye esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo y psicosis atípica

*** 'Diagnóstico basado en el test Mini-mental'.

**** 'No incluye trastornos alimentarios, fobia social, fobia específica, trastornos obsesivo-compulsivo, dependencia a la nicotina o trastorno cognitivo'

La tabla presenta datos relevantes sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile durante el período 2016-2017. Se destaca que un considerable 15% de los participantes reportaron experimentar algún trastorno afectivo a lo largo de su vida, los cuales abarcan una amplia gama de condiciones

relacionadas con factores de estrés, trastornos disociativos, trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados, trastornos del sueño-vigilia, trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas, entre otros. Además, se observa una prevalencia significativa de fobia social y fobia simple, con tasas del 10,2% y 9,8% en algún momento de la vida, respectivamente. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas y alcohol también presentan una incidencia considerable, con un 11,7% para cualquier trastorno por consumo de drogas y un 14,4% para cualquier trastorno por uso de sustancias. En última instancia, el análisis revela que el 31,5% de los participantes informaron padecer cualquier otro tipo de trastorno psiquiátrico. Al hablar de tsunamis, lejos de pensar en la anormalidad de los fenómenos, podríamos acercarnos peligrosamente a la normalidad de la situación, y que, en los años venideros, nuestra identidad nacional se componga de estas características que experimentan, desde temprana edad, nuestros niños y jóvenes.

¿Qué podemos decir sobre la escuela?

Hasta ahora no hemos mencionado en ninguna página a la escuela. Lo que podemos simplemente esbozar sobre su rol es, en primer lugar, la idea de conexión entre familia y nación que evoca Fanon (1952). La familia es una pequeña nación y la nación es una gran familia. Los patrones se repiten y retro alimentan. En medio de esta relación dual, aparece la escuela como lugar de encuentro entre ambas instituciones. ¿Podría tratarse de espacio de transacción de valores de ambos? Un depositario de la cultura familiar y difundidor de una cultura nacional que opera como constructor cultural en ambos sentidos: ¿De la nación al niño y, por ende, a la familia; y del niño, ¿cómo portador de una cultura del hogar que llega a la escuela? En los tiempos actuales, ¿esta cultura que se transmite es la del rendimiento ante todo y pese a todos? Evidentemente que esta idea, que si bien, puede tener algo de sentido, es, ante todo, reduccionista ultranza. El rol de la escuela en la realidad de todos días supera con creces cualquier intento de definirla desde fuera. Sin embargo, tomando la tesis de Fano sobre la construcción de la cultura, la escuela parece estar en medio de la relación familia—nación.

En segundo lugar, el telón de fondo a las patologías mentales infanto-juveniles pareciese ser la calidad de la educación. El rendimiento medido cotidianamente en los establecimientos escolares dejaría de lado al problema que hemos intentado presentar superficialmente en estas páginas. Rendir en una prueba, con una conducta o un estilo de vida culturalmente aceptado no dejaría a nadie excusado del deber por cumplirlo. La obligación por demostrar rendimiento performativo no pregunta antes por quienes no puedan, a causa de trastornos psiquiátricamente significativos. Todo lo contrario, en el afán de la competencia, ante todo, es necesario tener personas débiles: esta es la prueba de la competencia. Para que existan ganadores, se necesitan de muchos perdedores. Sin embargo, al hablar de telón de fondo, nos parece que, a la vista de las cifras de salud mental, que el telón de fondo del rendimiento escolar es, precisamente, los, si se quiere, heridos en el camino. En otras palabras, quienes están (o más bien deben por obligación) llamados a rendir en la escuela son los mismos con algún tipo de trastorno mental. La condición de posibilidad del trastorno mental infanto-juvenil no es solo la disrupción o ambientes familiares violentos, sino que la obligación resultadista de la política educativa, que hace abstracción de los problemas en el hogar.

En tercer lugar, aparece la estandarización de los comportamientos de los niños y jóvenes. La actitud crítica y la ciudadanía son mencionadas comúnmente en manuales y referenciales de políticas educativas. Se construyen maneras de comprender el comportamiento en un territorio, como asumidas por todos. La validez democrática viene, justamente dada por su escasa participación democrática. ¿Quiénes deliberan sobre las formas en que niños y jóvenes deben comportarse? ¿Los marcos y referenciales son refrendados por quiénes? ¿Quiénes decidieron que son objetivos transversales? La construcción de una identidad es la consecuencia de una manera de operar y de concebir el mundo. Sus raigambres son históricas y culturales, por lo tanto, su modificación es absolutamente posible.

Un problema retorcido para la política pública

En políticas públicas se habla del problema retorcido (Waissbluth, 2019). Este concepto se refiere, por un lado, a la dificultad que sugiere dar solución a un problema público debido a su gran envergadura. Por otro lado, la complejidad y tamaño de un problema, va creando problemas suplementarios, derivados del primero. Así, Mario Waissbluth cita el ejemplo del sistema de transporte público de la Región Metropolitana, Transantiago, como un claro ejemplo de un problema torcido: así, el desborde de gente que debió usar este sistema, la cantidad menor de autobuses dispuestos y un cambio de sistema de transporte de un día para otro (recordemos que el 10 de febrero se inaugura el sistema. El 9 de febrero, el sistema de transporte era completamente diferente). De este problema mayor con grandes aglomeraciones de público en los paraderos de buses, esperas de varias horas, buses colmados de gente, etc. Se produce otros problemas derivados: la alta evasión de usuarios del sistema de buses, situación que se acarrea hasta el día de hoy. Podríamos agregar como problemas retorcidos, el aumento del transporte llamado pirata. De este modo, la solución a problemas públicos genera, en esta era, de políticas heterogéneas, parciales en ciertos aspectos, de una planificación amplia de efectos de una solución. Tras diez años, el Transantiago ha mejorado la circulación, así como la disminución de los tiempos de espera. Sin embargo, la evasión se mantiene y se posiciona como el problema principal. Del mismo modo, todo este problema del sistema de transporte ha sido asociado al aumento del parque automotriz, situación que crea nuevos problemas (mayor atochamiento en las calles que pueden perfectamente influir en el retraso de los tiempos de los autobuses; robo de vehículos, problemas con los estacionamientos, etc).

Así, cuando hablamos de un problema torcido, una dificultad puede cambiar su posición de importancia dependiendo de las medidas adoptadas y de la propia evolución de tal problema. En las sociedades occidentales, los problemas torcidos obedecen a orígenes múltiples dificultades. Las soluciones a problemas pueden acarrear nuevos problemas. A menudo, el discurso político sobre el suicidio y la depresión genera un complejo, al momento de un reconocimiento de cifras y estadísticas.

Se suele oponer a estas dos situaciones con emprendimiento, sacrificio, lucha en la vida⁵. Así, un suicida o un depresivo constituyen negatividad pura en un sistema que pregona la positividad de la vida, entendida como la aceptación de la materialidad existente. ¿Estamos ante dos manifestaciones en negativo del sistema en que vivimos? ¿Por qué la justificación de una decisión tan dura como el suicidio es la evasión o el no sentirse capaz de vivir en este mundo?

Las relaciones entre autoagresiones y suicidio; y depresividad clínicamente significativa y suicidio, si bien es cierto mantienen vínculos importantes, no son concluyentes ni unívocos. La autolisis de jóvenes bien podría revelar un desprecio por sí mismo o por el lugar en el mundo en que ha tocado vivir, por cierto, no escogido. Si se tratase de estas razones, las justificaciones y definiciones enciclopédicas debiesen ser revisadas. ¿La violencia hacia uno mismo y/o depresión en Chile no son acaso un reflejo de un sentimiento general que vivimos en este país? Nos parece, y es nuestra creencia al cabo de nuestra propia experiencia de vida en la periferia de la Región Metropolitana que estos casos revisten una profundidad muy compleja en el momento actual.

Detrás de la pobreza, vulnerabilidad, desempleo estructural y todo tipo de discriminación social, racial y de género hacia los sectores populares, se oculta la depresión y el suicidio (entre otras graves condiciones de salud mental) que no se han abordado suficientemente. Los niños y jóvenes se ven cada día más dentro de estos fantasmas y, al igual que otras enfermedades asociadas históricamente a los adultos (Diabetes, hipertensión, obesidad) que aquejan a infantes; con estas enfermedades mentales está ocurriendo un fenómeno similar. La calidad de la educación no toma en cuenta la gravedad de este problema, que tomando las palabras de Mario Waisbluth, se trata de un tsunami nacional.

Reflexiones desde la pedagogía. Elementos fundamentales de la pedagogía según Montessori

⁵ En el documental chileno: Depresión y suicidio en Chile 2017, de Discípulo TV. Ante la pregunta del realizador sobre las tasas de depresión y de la idea sobre el incremento de los suicidios durante la primavera, a un representante municipal de una comuna de la Región Metropolitana, la respuesta de la autoridad fue recalcar que la comuna que representa se caracteriza por el trabajo y lucha de su gente. Para más información: <https://www.youtube.com/watch?v=87aO-KyeMu0>

Maria Montessori comienza su proceso en educación después de la guerra. Hoy recomenzamos luego de la larga pandemia. En ambos casos es difícil; en cierto sentido como defensora de la paz, su labor seguidamente a la siquiatria inicia entre los bancos. Según la Doctora Montessori, evitar los conflictos es tarea de la política, pero construir la tranquilidad, el acuerdo depende de la escuela. La educación para la armonía se convierte así en una obra de alcance universal que se inicia desde la infancia y que debe ser considerada parte integrante de la misión educativa del maestro. Entonces, diríamos, ¿cuál es el papel que ocupa la educación para la paz dentro del pensamiento montessoriano? Profeta de la quietud; la formación es práctica de liberación y construcción de concordia. Bien distinto, por decir lo menos, a la realidad de guerra, violenta actual de igual modo en el ámbito del crecimiento en el colegio. Enseñar ahora es con desafíos fuertes y tensiones. Si durante la epidemia y encarcelamiento se imponía estar distanciado de metro y medio; al presente se impone estarlo a ocho metros, con puerta abierta de par en par si se trata de un recinto cerrado (aunque el alumno último en ingresar al aula la cierre) y a la merced de alguno que premedite movidas de envidias para aniquilar. María Montessori representa todo lo contrario: bondad, caridad, afecto, respeto al interior y exterior del infante aprendiz. La capacitación contemporánea avanza a pasos agigantados en contra de la humanidad; lo contrario de la modesta Maestra Montessori. Todo se resume en actitudes sumisas, pasivas en las cuales él debe asimilar y lo más rápido posible para la “evaluación de competencias” así denominado el derecho a la nota en la disciplina. Ninguna moral o desarrollo de personalidad. Quien se pasea en la vereda o atraviesa una calle de normas, a veces aplicadas, debe obedecer con su vida, sus emociones en peligro. Montessori expresa las exigencias opuestas en su obra “Las etapas educacionales”. Hay problemas insolubles en la enseñanza; todo se acomoda a la moda, a la costumbre del momento; sin reducir, aminorar el mal a lo mínimo. Orientaciones que difieren, sin espacio para vivir la educación. Gente que se superpone y estos elementos los llevan, los arrastran los alumnos sin poder liberar sus almas.

En la actualidad, es evidente la falta de incorporación de los principios pedagógicos de María Montessori en las políticas educativas. María Montessori, una distinguida mujer italiana, cuyos conocimientos y sabiduría se extendieron a lo largo de noventa años de una vida dedicada a la medicina y posteriormente a la Pedagogía, permanece en gran medida desconocida. Este desconocimiento podría atribuirse, quizás, a una falta de reconocimiento de su modestia, la cual se mantuvo intacta a pesar de su profunda erudición en medicina, que luego aplicó con dedicación a la Pedagogía. Esta omisión de los principios montessorianos representa un obstáculo significativo en los fundamentos de la pedagogía contemporánea.

No obstante, es imperativo explorar la posibilidad de iluminar nuevamente la importancia de desarrollar un sistema educativo que incorpore los principios de Montessori, delineados de manera meticulosa para el beneficio de los estudiantes.

Tomaremos el siguiente párrafo de la obra de Maria Montessori:

“Estudiar estos fenómenos representaba un intento de penetrar en los secretos de la naturaleza, y, de hecho, mi esfuerzo por comprender lo que sucedía ante mis ojos finalmente me llevó al descubrimiento de los períodos sensibles en la vida psíquica del niño. Se podría decir que son la clave para comprender su desarrollo psíquico y, al mismo tiempo, trazar un plan de educación”. (1937).

Desde una perspectiva biológica, se busca una educación que promueva la diversidad inherente a la naturaleza humana, con el objetivo de fomentar un desarrollo libre, sincero y autónomo. Siguiendo el proyecto de vida ideado por María Montessori, se vislumbra la posibilidad de formar individuos notablemente enriquecidos, caracterizados por una profunda sensibilidad y una conexión innata con los instintos enraizados en la sabiduría pura e incontaminada de la naturaleza.

En este contexto, se reconoce que la obtención de los recursos naturales es una actividad esencial en la vida de un individuo en proceso de formación. En contraste, las especies animales adultas poseen instintos más directos y claros, ya que son guiadas por su entorno durante su fase de desarrollo, lo que les proporciona sensibilidades psíquicas arraigadas en leyes naturales.

Desviarse de este orden natural implica adentrarse en la patología que afecta a la humanidad. Esto conlleva a experimentar las consecuencias de represiones, sometimientos destructivos y la pérdida de energía vital que dejan su huella en la pernicioso degradación de la personalidad. Precisamente, de esta suerte, escribe nuestra médica:

“Aquí tenemos, entonces, un concepto bastante positivo que surge en esta etapa de la educación. Si el crecimiento psíquico está dirigido por mecanismos naturales, surge un nuevo problema para nosotros: ¿cuál de los dos, el hombre normal o el otro desviado de la norma, se perderá en el campo infinito de las miserias humanas? Esta situación de hecho confiere a la educación una importancia que va más allá de los problemas culturales, impone una pesada responsabilidad, pero también brinda el exaltante sentimiento de poder realmente mejorar y salvar a la humanidad.” (Montessori, 1937).

Lo que importaría son las condiciones de una atmósfera favorable. Para ello, hemos de tener la llave, la clave de este método de enseñanza limpio, sincero, justo, veraz..., de un enlace entre las dos ciencias: medicina y educación. Un clima revelador, sano, saludable; esta es la fortaleza de la pedagogía.

Discusión y conclusiones: Pistas pedagógicas para afrontar la enfermedad mental.

Para hacer frente a la enfermedad mental, tenemos huellas pedagógicas. El niño aprende solo acompañado del material didáctico ad-hoc, adecuado evitando la barrera mental. La asimilación espontánea del infante edifica, compone sus descubrimientos en la libre elección, en la pragmática prodigiosa, gobernando y rigiendo su riqueza síquica, nueva etapa objetiva de un aprendizaje. Un avance, un progreso natural y no rápido o acelerado, según la experiencia de la Doctora Montessori.

En la era actual, no procede, no va; rige el educador ausente de amor; sin educar el potencial humano. Montessori es historia con su clásico pensamiento e ideología pedagógicos los cuales no permiten la enfermedad mental; pues ingresamos de lleno en el mundo de la infancia con su línea que descubre al chico con la autoeducación; con sus secretos y con su mente absorbente, verídica, limpia con la voluntad de elaborar, fomentar sus fuerzas naturales (su trabajo más grato). Sus talentos vendrán a través de sus gustos y preferencias. Citamos:

"Durante muchos años he estado luchando por una idea que cuanto más pienso, más correcta y útil encuentro para la instrucción y la educación humana, a saber, lo que quiere decir, que para tener métodos naturales y para lograr estos fines es necesario que tengamos numerosas observaciones exactas y racionales sobre los hombres y principalmente sobre la infancia en las que se deben sentar las bases de la educación y la cultura". (Montessori, 1937)

Ecce homo; he aquí, miren al hombre; he ahí el espíritu para un cerebro vigoroso; desde maestros con alma de naturaleza, bajo las creencias de Goethe, Dante, Shakespeare, etc. Un espíritu privilegiado por su preparación de vocación, manifestará el interés por la humanidad, por los nuevos seres, observando y acariciando la cabeza de un pequeño que lo fija encantado. No existen de este modo, rastros para una enfermedad psíquica de hoy con una escuela desconsoladora, decadente, sin más posibilidades, la cual inventa mala voluntad, chismes, envidias, vanidad, en vez de propiciar una crianza hecha de esfuerzo, de humildad, de caridad que a cada uno es dado para alcanzar. ¿Dónde puede desarrollar su eficacia la educación y no propiciar junto a la vida social un quiebre, suicidio, ganas de desaparecer? ¿Sin comunicarlo? Quienes nos ocupamos de pedagogía, sabemos que el agotamiento, cansancio, extenuación de Maria creó un marco, un contexto proporcionado de varios y ricos motivos de actividades, ajenos al enfermarse física y síquicamente. Maria dejó la durísima carrera médica, el profesorado universitario (¡y no es sorprendente!) para seguir y estudiar a los párvulos en la conversión moral. Por supuesto, tal como hoy con nosotros, la Educadora Doctora Montessori fue la maestra más incomprendida. Y así destruyen tu faena, tus estudios, tus ideales, tu

sagrada creación, tu idolatría. Siendo así, pisoteado el profesor, se enferma el alumno que no ve más que incompreensión, insensibilidad espiritual hacia él mismo y hacia su maestro por sus pares adultos. Y ni siquiera el Ministerio o la Contraloría de la República lo salva de esta de esta negación, desprecio... y más. Condenamos la gente de la sociedad (en todo período) que juega con la maldad y que no despierta a la destrucción del infante. De esto, el profesor humilde y obediente no lo menciona. Una Psicología Pedagógica proclamaría un renacer muy lento (pues es tarde), muy tarde; inclusive ya imposible, porque si no lo logró Maria ... Teorías que no dan resultado en boga y nadie abre los ojos y contesta ante un poder enfermizo, inepto, acabado en el Magisterio. La ciencia de la educación de Maria mostró la inmensa potencialidad del crío. La humanidad está frente a la larga amenaza de burocracia, sinónimo de flojera, obstáculos, barreras, pérdida, calamidad, inutilidad. Y sobran, acrecientan, suman los errores en demasía que se cometen. La limpieza más perfecta traería higiene para crecer beneficiosamente y aprendiendo lo que le gusta; lo que le da la naturaleza. ¡Liberemos todas las capacidades del estudiante de los impedimentos crueles! Dice la escritora Maria:

“El niño como personalidad en sí mismo -diferente al adulto- nunca se había enfrentado al protagonismo del mundo. Casi toda la moral y filosofía de vida estaba orientada hacia el adulto; y las cuestiones sociales de la infancia para la infancia nunca se preguntaron. [. . .] Él fue visto como un ser débil ayudado por el adulto: nunca como una personalidad humana, sin derechos, oprimida por el adulto”. (1937).

Y esto comienza; nació el hombre que deberá convivir con otros seres. La meta gloriosa de la enseñanza es mejorar a este hombre. Abrir lo que el bebé sustrae y lleva oculto, escondido y hacer emerger sus personajes hacia su destino social y una nueva forma de sabiduría, para crear un ser culto, vital, la gran esperanza de la humanidad. Una página blanca en educación; estos serán los esfuerzos para cimentar la vida social. El verdadero contratiempo del civismo en este momento; es necesario sentir una responsabilidad y obtener una producción o resultado verdaderamente útil que traiga la satisfacción de haber alcanzado una meta para ellos. La formación del carácter en todas las

edades. No se trata sólo de cultura, sino de la cultura de la educación moral; fundamento de todo. No deploramos los ataques a la vida síquica de la humanidad. Preponderancia dada al pensamiento, al cerebro. Nos convence que muchas dificultades sociales pueden ser solucionadas con el fruto de la enseñanza. El método fundamental pedagógico abrazado por el proyecto Montessori es (re)conocido en todo el mundo y sigue siendo apreciado por profesores y padres por su originalidad y modernidad. Se basa en tres elementos: la primacía de la experiencia sensorial en los procesos cognitivos del infante; el aprendizaje como exploración libre del entorno; el papel del educador cuya tarea es estimular el inmenso potencial del que está dotado el educando.

Hemos leído y consultado colecciones de textos montessorianos para dar vida y descubrir en nuestro artículo el cómo llegar a una comunidad pacífica y armoniosa formada de individuos libres, responsables y autónomos.

Referencias bibliográficas

Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R., & Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinfligida, y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*, 140(7), 873-881.

Castro Morales, J. (2014). Autolesión no suicida en adolescentes peruanas: Una aproximación diagnóstica y psicopatológica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4), 226-235.

De Gaulejac, V. (2009). *La Société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Média Diffusion.

Diccionario médico de la Universidad de Navarra. (<https://www.cun.es/diccionario-medico>)

DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales. (2014). *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 52(SUPL 1), 50-54.

Fanon, F. (1952). *Peau noire, masques blancs*. Paris : Le Seuil.

Salud mental infanto-juvenil-escolar

Hurtado Cruchaga, A., S.J. (2002). Urgido por la justicia y animado por el amor. *Revista Mensaje*, 51(511), 10-11.

INFORME DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN CHILE: 2010-2019. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Epidemiología.

INFORME ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. (2018). *Salud Mental 1: Trastornos del ánimo: Depresión y Bipolaridad I-II*. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología.

Martí Castro, I. (Ed.). (2006). *Diccionario enciclopédico de educación*. Ediciones Ceac.

Ministerio de Educación. (2011). *PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES PLAN DE ACCIÓN 2012-2020*. Santiago: MINEDUC.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2009-2010). *Primera Encuesta Nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras de Chile*. Informe interinstitucional. Dirección del Trabajo (DT), Instituto de Seguridad Laboral (ISL). ENETS 2009-2010.

Montessori, M. (1913). *El método de la pedagogía científica aplicado a la educación de la infancia en las "case dei bambini" (casas de los niños)*, traducción del italiano al español de Juan Palau Vera.

Montessori, M. (1927). *Opere*. Editoriale Garzanti.

Montessori, M. (1937). *El niño*. Barcelona: Editorial Araluce

Montessori, M. (1955). *The formation of man*. Madras: Theosophical

Montessori, M. (2017). *Les étapes de l'éducation*. (Edición original 1936). DESCLÉE BROUWER.

Montessori, M., & Bofill, M. (1986). *La mente absorbente del niño*. México: Diana.

Naranjo, C. (1995). *El Eneagrama de la Sociedad. Males del mundo, males del alma*. Santiago: JC Sáez Editor

Ortloff Trautmann, A., Peña, P., & Ildefonso, R. (2014). Efecto de tres ambientes de transporte sobre el tiempo de aparición de la autólisis en muestras de alevines de trucha arcoíris (*Oncorhynchus mykiss*).

Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-233.

Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O., & Barros, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 271-280.

Tomita, Y., Nihira, M., Ohno, Y., & Sato, S. (1999). Histological study of early postmortem changes in various organs: comparison of the paraffin embedding method and the epoxy resin embedding method. *Jpn J Legal Med*, 53, 207-217.

Tomita, Y., Nihira, M., Ohno, Y., & Sato, S. (2004). Ultrastructural changes during in situ early postmortem autolysis in kidney, pancreas, liver, heart, and skeletal muscle of rats. *Legal Med*, 6, 25-31.

Trezza, F. (2006). *Data de la muerte: las transformaciones cadavéricas*. Dosyuna Ediciones Argentinas.

Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, de la Barra, Flora, Melipillán, Roberto, Valdivia, Mario, & Kohn, Robert. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>

Waissbluth, M. (2019). *Educación para el siglo XXI: El desafío latinoamericano*. Fondo de Cultura Económica.

Waissbluth, S., García, F., & Araya, M. (2021). El impacto de la cuarentena preventiva por COVID-19 sobre la prevalencia de vértigo posicional paroxístico benigno. *Medwave [Internet]*, 21(03), 168-174.