



## El malestar en la infancia y adolescencia: Descripción y análisis de fichas clínicas

*Malaise in childhood and adolescence: Description and analysis of clinical records*

María Olga Herreros  
Daniel Contardo  
Natalia Díaz  
Patricio Salazar  
Paulina Urrutia

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*

### Resumen

El presente artículo expone los resultados del análisis de las fichas clínicas de un consultorio infanto juvenil de la región de Valparaíso, Chile. para indagar y conocer de qué sufren los niños, niñas y adolescentes en el contexto local. Este es un estudio enmarcado en una investigación de carácter cuantitativo descriptivo, por frecuencias de presentación de las temáticas.

En los resultados existe una mayor proporción de niños respecto de las niñas. Así como también, que la mayor frecuencia de demanda aparece en la educación inicial, decreciendo de manera constante hacia el final de la escolaridad obligatoria. Las problemáticas asociadas a la escuela que aparecen en las demandas clínicas, como lo son la “agresividad”, “problemas conductuales” y de “rendimiento” predominan dentro de las problemáticas encontradas.

Se concluye la relevancia de pensar la infancia como una construcción cambiante a cada época. Junto a ello, la necesidad de un diálogo comprensivo entre clínica y escuela.

Palabras clave: **Diagnóstico; Escuela; Infancia; Malestar**

### Abstract

*This article presents the results of analysis of the clinical records of a child and adolescent clinic in the region of Valparaíso, Chile to investigate and find out what children and adolescents suffer in. the local context. This is a study framed in a descriptive quantitative research, by frequency of presentation of the themes*

*In the results exists a greater proportion of men with respect to the women. As well as, that the greater frequency of demands appears in the initial education, decreasing in a constant way towards the end of schooling. The problems associated with the school that appear in clinical demands, such as "aggressiveness", "behavioral problems" and "performance" predominate within the problems encountered.*

*The relevance of thinking about childhood as a changing construction to each age is concluded. Along with this, the need for a comprehensive dialogue between clinic and school.*

**Keywords: Diagnostic; School; Childhood; Malaise**

## INTRODUCCIÓN

El siglo XXI es una época de cambios vertiginosos donde las tradicionales coordenadas de la infancia —la familia, la escuela y los saberes— se encuentran desdibujadas (Laurent, 1997). Dichos cambios provienen de las profundas transformaciones sociales que acontecen durante el siglo XX en adelante, interviniendo en las diversas áreas que componen la cultura. Así, en la actualidad, el campo de la psicológica clínica no queda exenta de aquello, por lo que aparece la necesidad de investigar e interrogar cuáles son los efectos de estos cambios sociales en las presentaciones clínicas o, dicho de otra forma, en las nuevas modalidades sintomáticas (Echavarría, 2003; Pizzo et al., 2012; Vucínovich, Romero, Poves, Otero, 2011).

La situación común entre la infancia y adolescencia es la escolarización, en donde un 88 % de la población infanto-juvenil termina los estudios secundarios (Olivares, 2018). La educación en Chile está dividida en tres niveles. Comienza con el ciclo preescolar, al cual corresponde los niveles de Educación Parvularia: Jardín (Kindergarten), pre-kínder y kínder. Luego, la Educación general básica (conocida en otros países como la primaria), que comienza a los seis años y comprende el primer ciclo básico, que va desde el 1° al 4° año y el segundo ciclo, del 5° al 8° año. A continuación, la enseñanza media (conocida como la secundaria), que va del 1° al 4° año medio. Para efectos de nuestra investigación, se señalará la agrupación de cuatro ciclos escolares, que comprende el preescolar —un ciclo—, el primer ciclo y segundo ciclo de enseñanza básica —dos ciclos— y, los cuatro cursos de la enseñanza media, un ciclo.

La política en educación de los gobiernos posteriores a la dictadura promovió cambios en relación a la visión de la educación, siendo garantizada como derecho social desde el segundo gobierno de Michelle Bachelet. Se propone el énfasis en los procesos de diálogo y participación democrática, los que propician el pensamiento crítico y reflexivo, teniendo efectos directos en la formación de los estudiantes (Mineduc, 2015).

Existe una política nacional de Convivencia Escolar que guía a los psicólogos y trabajadores sociales de las escuelas subvencionadas por el Estado de Chile, abordando la dimen-

sión “psicosocial” desde lo pedagógico. Esta explicita que “la escuela no sea un espacio de intervención clínica, ni terapéutica, ni de rehabilitación, es un espacio de formación” (Mineduc, 2015, p. 41). Por lo que, en el contexto chileno, las problemáticas del alumnado son derivadas a los profesionales del área de salud y de apoyo a la educación, como a la Psicología, Psiquiatría, Neurología, Terapia ocupacional, Psicopedagogos, Fonoaudiólogos, entre otras.

Con el fin abordarlas, distintos gobiernos han impulsado políticas de aumento en la subvención escolar. Entre ellas se encuentra la Ley de inclusión, donde se estipula un incremento en la subvención para problemáticas que han sido definidas como psicológicas; por ejemplo, el Trastorno de Déficit Atencional, TDA (Decreto n°170, 2009). Sin embargo, es posible inferir que este aspecto de la administración de los recursos en educación se ha prestado para prácticas irresponsables. Para seguir con el ejemplo antes mencionado, en sólo un año la cantidad de niños/as diagnosticados con déficit atencional pasó de 7.940 a 28.095, lo cual no resulta inocuo, ya que al diagnosticar con TDA aumenta la subvención escolar por niño/a en un 36 % (Becerra, 2013).

De modo que se asiste a una suerte de “externalización” de las problemáticas que emergen en la escuela, siendo definidos como malestares localizados en los niños y niñas. Sólo a partir de las últimas décadas se ha problematizado este modo de abordaje con la incorporación de actores profesionales que se hagan cargo de los procesos transformadores de problemáticas, al interior de la escuela misma. Asimismo, los equipos psicosociales y docentes de las escuelas cumplen un rol donde se interviene individualmente las problemáticas definidas como “socio-emocional”, diagnosticando, derivando, e incluso, en casos extremos, condicionando la permanencia del niño/a en la escuela sólo si está medicado/a (Stiglitz, 2006), convirtiéndose más en la “escuela segregadora” (Baltar, 2003) que en escuelas inclusivas.

Actualmente en Chile, se asiste a una cultura escolar que individualiza y ubica en los niños/as los problemas socio-emocionales que emergen en la escuela, lo que favorece el aumento de las derivaciones de niños/as a especialistas en psicología clínica por parte de

las instituciones educativas. Es decir, que la institución escolar (tanto en la enseñanza básica como en la enseñanza media) se constituye directa o indirectamente en una de las fuentes de derivación a los profesionales del área clínica, ya sea de manera voluntaria o coaccionada, impulsa a las familias a consultar. Esto no implica desmerecer en estas derivaciones una solicitud legítima y explícita del profesor y/o del colegio. Sin embargo, no impide señalar también que pueden aparecer una serie de demandas implícitas que encubren las precariedades del sistema educacional, del sistema de salud, o de otras instituciones (Del Pozo, s.f.).

En Chile, los estudios recientes que dan cuenta de la prevalencia de la salud mental infantil y adolescente arrojan cifras preocupantes de malestares subjetivos, como es el caso del TDA, 15,1 %, enuresis, 2,4 %, trastorno oposicionista, 8,7 % y ansiedad 18,5 % (Vicente et al., 2012), entre otras. Esta diversidad en las prevalencias diagnósticas y la emergencia de nuevos síntomas y problemáticas otorga relevancia a la pregunta: ¿De qué sufren los niños en la actualidad? (Tendlarz, 2007) pregunta que guio el presente estudio y permite recortar el objeto de la investigación.

La investigación de archivos clínicos en consultorios de psicología ha sido una actividad utilizada en Chile (Fernández, Pérez, Gloger, y Krause, 2015; Gutiérrez, Steinberg y Capella, 2016; Juárez y Rossi, 2014), para indagar diversos aspectos de las problemáticas en salud mental asociadas a la infancia y adolescencia. Los archivos clínicos acumulados durante catorce años en el consultorio del cual extrajimos la muestra representan un material frágil que contiene una experiencia clínica extensa, por lo que surge la iniciativa de preservar dicho material. Se planteó, como tarea inicial, digitalizar, sistematizar y revisar el material clínico, extrayendo de los registros, aquello que permita visibilizar elementos relevantes para ser debatidos con otras disciplinas del campo de la infancia.

Dada la contingencia de que las fichas clínicas contaban con un marco teórico epistemológico psicoanalítico, los métodos de investigación se enmarcaron en el mismo enfoque, lo que le impone a la investigación el uso de la interpretación en textos escritos, recortando lo que se distingue como un hallazgo para un investigador en psicoanálisis. Por una parte,

se interrogará el malestar señalado por los adultos y/o los propios pacientes respecto de lo que origina la consulta en el centro clínico (en adelante, “señalamiento de entrada”), y luego, recortar y analizar los testimonios que son la conclusión clínica –desde una mirada psicoanalítica– (en adelante “diagnóstico de salida”) y que, a juicio nuestro, corresponden al sufrimiento de quien fue atendido en el consultorio.

Por malestar se entenderá el sufrimiento que está descrito en los registros físicos, que serán seleccionados en un recorte de citas, y que evidencian el malestar del niño/a llevado a consultar. Las coordenadas en las que dicho sufrimiento puede ser leído siguen dos orientaciones principales. En primer lugar, que el sufrimiento psíquico no corresponde a una categoría psicopatológica, sino a un modo de arreglo singular con los impasses en el recorrido que un niño debe realizar durante la infancia para constituirse como un sujeto, más allá del encuentro con paradigmas que suelen explicar las manifestaciones sintomáticas desde una mirada bio-médica. En segundo, que un niño tiene derecho a ser escuchado en sus padecimientos, más allá del lugar social que se le asigna. Es decir, consideramos al niño con derecho al síntoma y con derecho a la palabra, con la intención de dar cuenta de cómo impacta en él las experiencias que debe recorrer y resolver en su camino a la adultez, como los conflictos psíquicos propios de la coordenada edípica, y el encuentro con la escuela, la primera institución que los niños habitan más allá de su mundo familiar.

En este artículo damos a conocer los primeros hallazgos de nuestra investigación en términos cuantitativos, que dan cuenta de las características de los resultados extraídos de la revisión de fichas clínicas.

## MÉTODO Y PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

Este artículo se enmarca en un enfoque cuantitativo descriptivo, pues estos estudios “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 80). En este sentido, se realiza un conteo de fichas clínicas que posteriormente son analizadas mediante la construcción de categorías

que fueron agrupadas utilizando la información contenida en ellas.

El material revisado y analizado incluye todo el contenido de la ficha clínica: instrumentos de evaluación, entrevistas con padres y pacientes, documentos de instituciones derivadoras y conclusiones escritas por los profesionales del consultorio.

En un primer momento, se realizó una recopilación de las 351 fichas clínicas que en formato físico se han conservado durante 14 años. Posteriormente, se ordenaron las fichas según año de consulta, y se realizó una digitalización de las mismas. En la medida que se digitalizaron las fichas, se procedió a una lectura preliminar de los registros de cada paciente, los que contienen tanto datos demográficos como citas textuales del paciente y sus padres o cuidadores.

Una vez digitalizadas las fichas, se elaboró una sistematización en una matriz excel donde se ingresaron los datos correspondientes a cada paciente, luego se hizo una re-lectura, lo que implicó la incorporación de nuevos criterios, entre los cuales se encuentran: la permanencia del paciente en la clínica (interrupción o finalización del proceso diagnóstico), fecha de consulta, si existió una derivación de otros profesionales, motivo de consulta, antecedentes relevantes, diagnóstico de entrada, número de sesiones y pruebas aplicadas. Posteriormente, se caracterizó a la familia del paciente, con datos tales como: la convivencia con los progenitores, núcleo familiar, cantidad de hermanos, nivel educacional del adulto responsable y salud de los padres o adulto cuidador. Por último, se agregaron datos que dieran cuenta del contexto social del paciente, tales como el contexto socio económico y situación laboral de los padres o cuidador responsable.

Para precisar el contenido de la matriz, se determinó la eliminación de las fichas clínicas ilegibles junto con las que dieran cuenta de un proceso psicodiagnóstico incompleto, quedando finalmente en la muestra un total de 250 fichas. Ya obtenida la matriz con todos los datos a utilizar, se decide analizar en primer lugar los señalamientos de entrada, dado que presentaban descripciones muy disímiles sobre las problemáticas que motivaban su derivación, se construyeron categorías descriptivas y se reagruparon las problemáticas de

derivación iniciales. De igual manera, se realizó un procedimiento similar con los diagnósticos de salida señalados en la ficha clínica.

Finalmente se entregan los hallazgos, ordenados por frecuencias temáticas y que se presentan a continuación.

## RESGUARDOS ÉTICOS

Cada familia que ingresa a atenderse en el consultorio ha firmado un consentimiento informado en donde se autoriza a utilizar el material clínico tanto para fines docentes como para fines de investigación.

A su vez, cada integrante de este equipo de investigación firmó un consentimiento informado en donde se compromete el resguardo de la información de cada ficha, manteniendo la confidencialidad de los datos de cada paciente. Contamos con la autorización de la directora del consultorio para la utilización de los datos de las fichas clínicas con fines investigativos. Cabe señalar, que ninguna ficha fue retirada del establecimiento y que el proceso de recopilación de información se llevó a cabo en dicho lugar.

## RESULTADOS

El primer hallazgo se vincula al sexo de los pacientes de la muestra, indicando que la proporción de niños y adolescentes que consultan en relación a las niñas y adolescentes es de 2:1, es decir, un 66 % y 34 %, respectivamente.

El segundo hallazgo muestra que la mayor frecuencia de atenciones clínicas corresponde al periodo pre-escolar de los pacientes, seguido por el primer y quinto año de enseñanza básica. Como se observa en el gráfico (Fig. 1), la pendiente decrece a medida que aumenta la edad del estudiante, es decir, la demanda de consulta clínica tiende a disminuir. La demanda en el último ciclo alcanza un 15 %, en contraste al primer y segundo ciclo de enseñanza básica, 37.3 % y 33.73 %, respectivamente.

La representación gráfica de los ciclos escolares mostró una similitud en el comportamiento de la demanda de atención clínica en relación a los cursos que componen cada ciclo escolar (Fig. 1). Los datos muestran cuatro mo-

mentos significativos, destacándose el mayor número de consultantes en el primer año de cada ciclo escolar, decreciendo progresivamente hasta el último curso de cada uno. Cabe destacar que el comportamiento del primer y segundo ciclo es similar en frecuencia y magnitud, apreciándose un comportamiento similar, pero de menor magnitud en el último ciclo analizado.

En tercer lugar, los datos muestran una diferencia entre la demanda de atención por sexo de los consultantes (Fig. 2), especialmente en las fichas del primer y segundo ciclo primario, donde la diferencia corresponde aproximadamente al doble de varones en relación a las mujeres. Si bien ambos ciclos siguen la misma tendencia, la pendiente de consultantes de sexo femenino es menos variante, con dife-

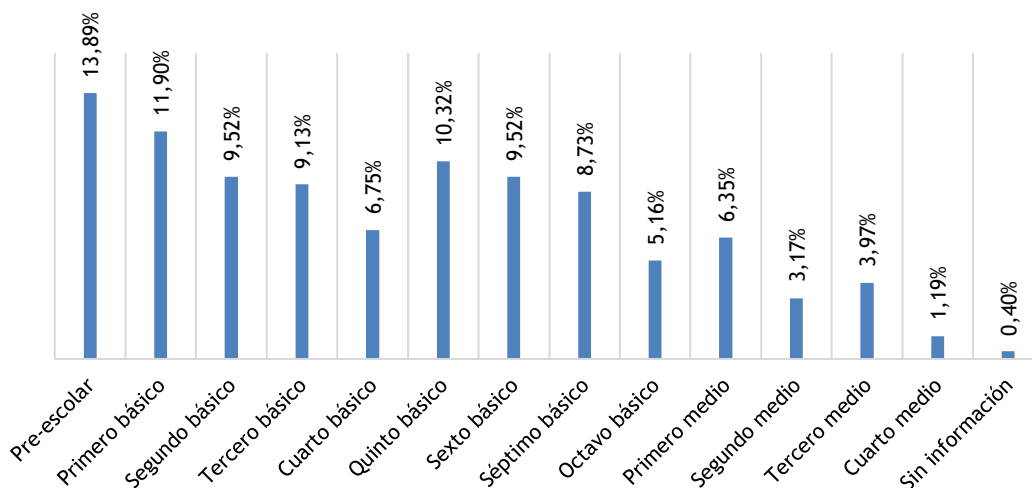


Figura 1. Frecuencia de consulta por nivel educacional

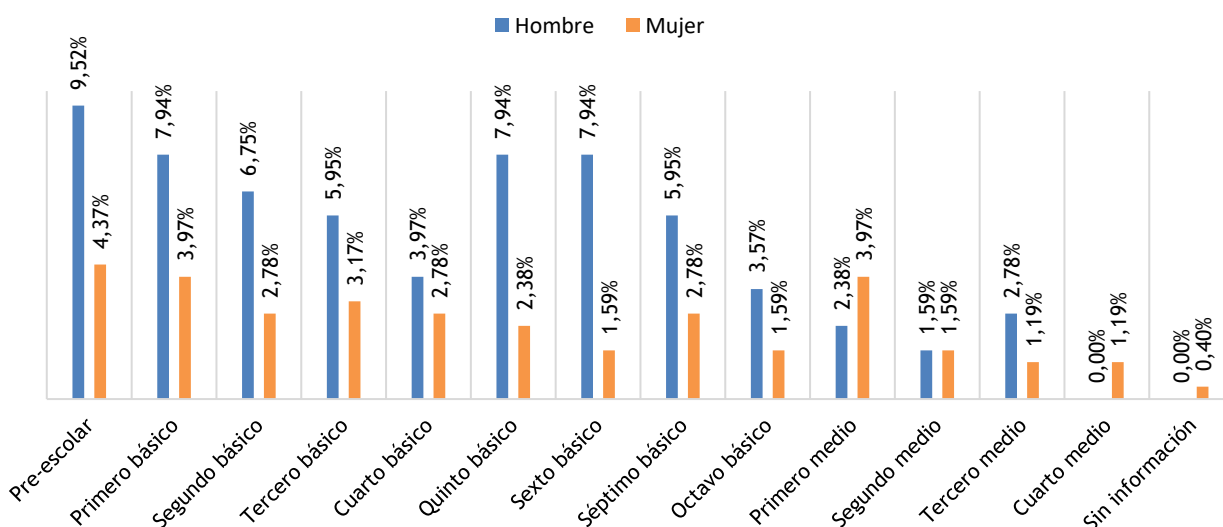


Figura 2. Frecuencia de consulta de hombres y mujeres por nivel educacional

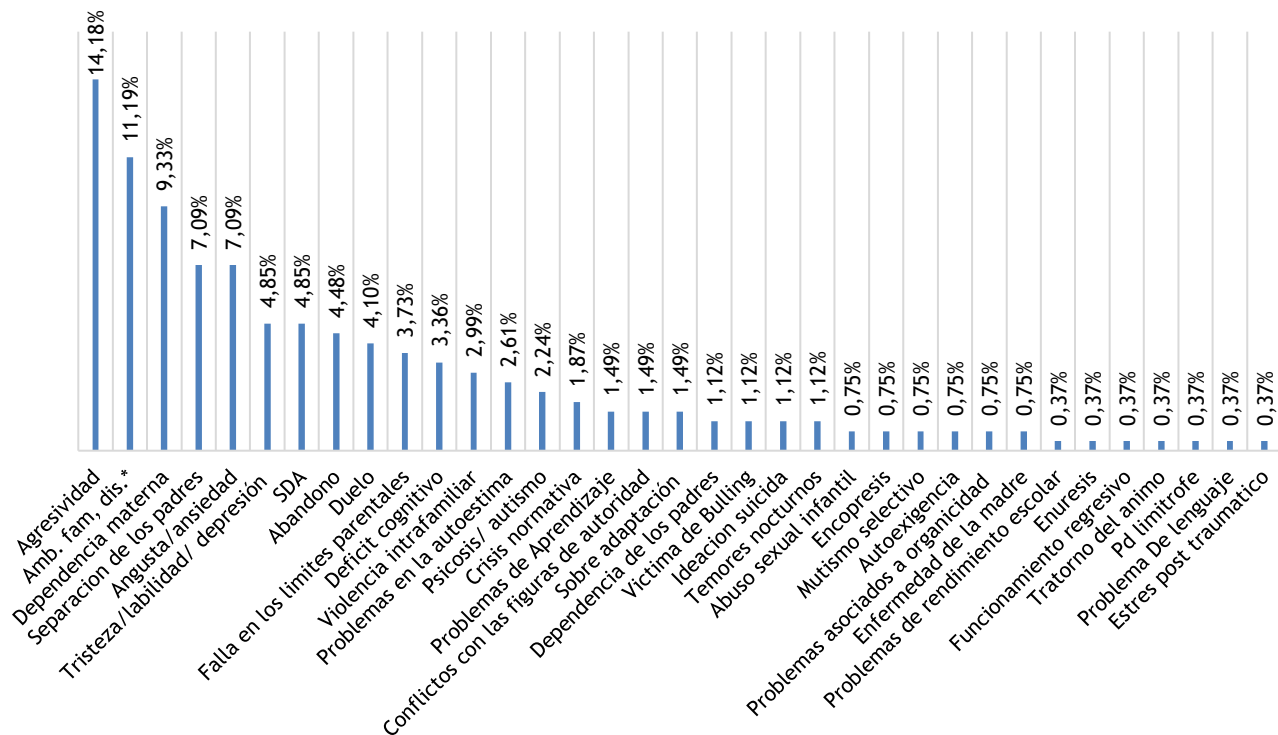
rencias significativamente menores en comparación a la pendiente de consultantes de sexo masculino, donde los datos al inicio de cada ciclo escolar son altos, y decrecen al término de cada uno. Junto a ello, la demanda en el caso de los consultantes de sexo masculino en los cursos Quinto y Sexto año de enseñanza básica son altos y sin variaciones.

En el último ciclo escolar, es menos acentuada la diferencia, disminuyendo considerablemente la demanda de pacientes de sexo masculino (6,75 %), incrementando levemente aquellos de sexo femenino (8,34 %) (Fig. 2).

En cuarto lugar, en relación a los derivadores descritos en los señalamientos de entrada, los resultados muestran que un 19,2 % corresponde a aquellas realizadas directamente por las escuelas a través de la familia, un 70 % a demandas espontáneas —ya sea por los padres o el propio paciente— y un 10,8 % a otros (profesionales de salud mental, de salud general, instituciones de la infancia, entre otros). Sin embargo, luego de una lectura exhaustiva de las fichas, se evidenció que la escuela también tiene injerencias indirectas en el resto

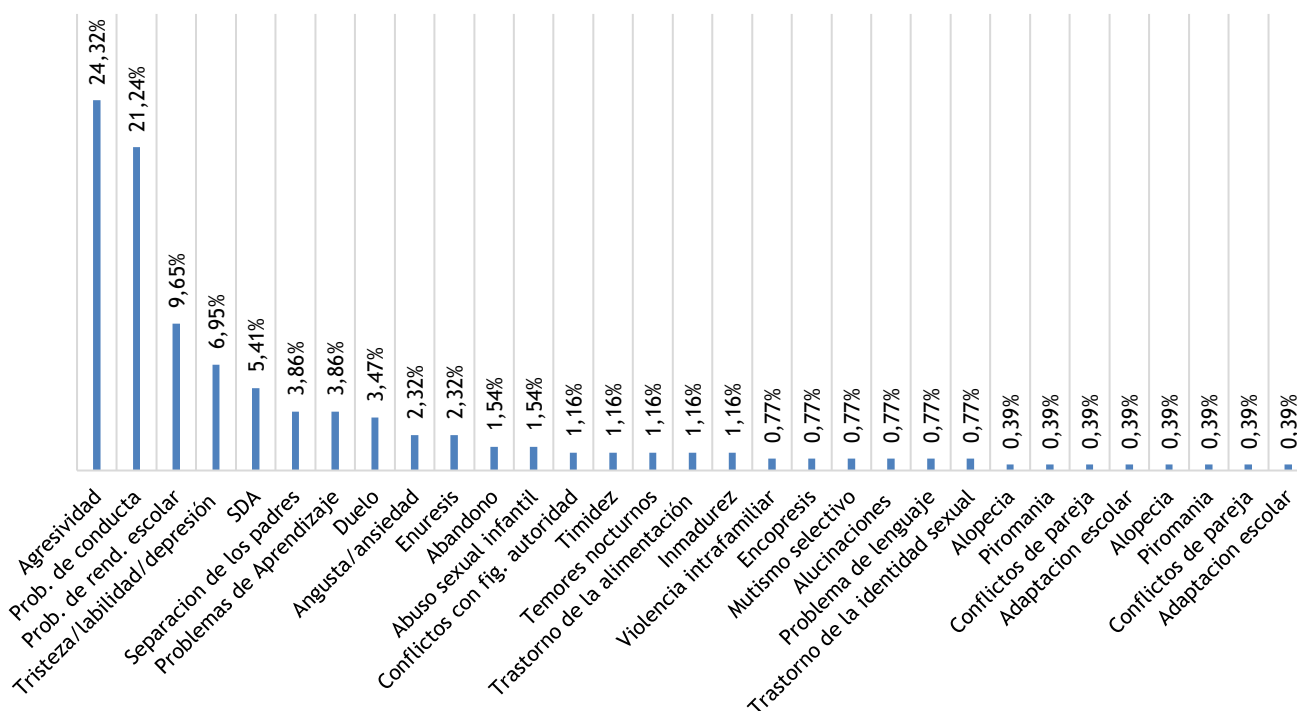
de las derivaciones, dado que aparece como un elemento relevante en la demanda de consulta de los pacientes (alcanzando un 42 % del total de la muestra). Esto quiere decir que existe algún actor de la escuela que recomienda a los padres o tutores del niño, niña o adolescente consultar con un especialista del área, y en ocasiones, prefiguran sin tener las herramientas necesarias, cierto diagnóstico por el cual las familias llegan a consultar.

En quinto y último lugar, el hallazgo más significativo en relación a la frecuencia de los señalamientos de entrada es que la mayor cantidad de demandas de consulta clínica es producto del señalamiento “agresividad” con 24,32 %, (donde un 78 % corresponde a consultantes del sexo masculino), seguido por “problemas de conducta”, 21,24 % y “problemas de rendimiento” 9,65 % (Fig. 3). Pero, al comparar lo anterior con los diagnósticos de salida (Fig. 4), la categoría de “agresividad” se presenta solo con un 14,18 %. Le siguen con mayor frecuencia un “ambiente familiar disfuncional” con un 11,19 %, y “dependencia materna” con un 9,33 %.



\* Ambiente familiar disfuncional

**Figura 3.** Frecuencia según señalamientos de entrada



**Figura 4.** Frecuencia según diagnóstico de salida

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La distribución de la muestra en términos de sexo podría estar dando cuenta de un sesgo de género, sobre las características de niños en comparación con las niñas, que podrían corresponder a pautas de comportamiento diferenciadas, apareciendo, por ejemplo, de manera más frecuente la agresividad en niños respecto de las niñas. Cabe interrogar si corresponde a un sesgo de género en el señalamiento de los problemas con que los niños/as llegaron a consultar o responde a una lectura discriminatoria de las instituciones escolares. Aun así, para ese grupo mayoritario de niños, se evidencia un sesgo entre la mirada institucional del problema, y la mirada que trabaja con los sufrimientos de los niños, niñas y adolescentes. Cabe preguntarse entonces cómo dialogan estas dos miradas, la institucional que sólo lee al niño, niña y adolescente, negativizando, y la mirada clínica que recibe estas derivaciones desde la institución escolar.

Considerando los aumentos en el número de consultas en los años de inicio de cada ciclo escolar, nos parece relevante preguntarse si éstas responden a crisis normativas propias del recorrido del niño/a por la infancia y adolescencia y sus complejidades, o responde a que en cada ciclo asume un nuevo equipo pedagógico, quien recibe la información de cada niño/a, pudiendo producirse allí un sesgo discriminatorio, en términos de prejuicios en relación a los antecedentes previos de sus dificultades. O bien, daría cuenta de un señalamiento institucional de problemas propios del devenir de la infancia, que no son abordados por la propia institución y son externalizados al dispositivo psicológico infanto-juvenil con la pretensión de que sea este dispositivo y no la escuela quien tiene que asumirlos. Más allá de los tratamientos psicológicos externos que cada niño pudiese tener, el día a día con lo singular de cada niño, debiese ser abordado en la escuela. Pareciera que estas derivaciones quedan circunscritas en una interpretación negativa y despotenciadora de la escuela que poco contribuye a generar nuevas reali-

dades para los actores que habitan en ella (López y Ascorra, 2012).

En este sentido, se considera que la investigación arroja como información un primer tipo de problema en la intersección entre clínica e institución escolar. Las derivaciones pueden ser leídas en mayor medida como un “malestar” en la sala de clases, evidenciándose que hay preconcepciones ‘diagnósticas’ realizadas por parte de los actores escolares y/o familiares, lo que incide probablemente en la alta frecuencia de señalamientos tales como “trastornos de conducta” —asociado al concepto de “disrupción”— y/o derechamente “agresividad”, dejando de lado la exploración de aspectos individuales y familiares de los alumnos considerados “problemas” (Baltar, 2003), para dejar caer el efecto rotulador y estigmatizador de las acciones clínicas en la escuela.

Aquello se apoya en el hecho de que los diagnósticos de salida de la muestra, tienen mayor relación con las prevalencias esperadas de la literatura en clínica infanto-juvenil chilena, evidenciando un desplazamiento de los síntomas de los pacientes presentados en la escuela, desde los problemas relativos al aprendizaje escolar, hacia problemas del niño/a y el lazo con sus pares y otros en el interior de la escuela, sin considerar que variables familiares y/o contextuales pudieran estar incidiendo en estas problemáticas.

Siendo la escuela un espacio de socialización, donde niños, niñas y adolescentes pasan la mayor parte del tiempo diario, es necesario dejar de pensar en un ideal de niño, niña y adolescente al momento de planificar la pedagogía. Se considera que la intersección entre la clínica infanto-juvenil y la escuela debiera ser reconsiderada a la luz de pensar a la infancia como una construcción cambiante sujeta a la época, nutriéndose a través del diálogo entre los actores pertenecientes al campo de la infancia, sin olvidar la especificidad de cada disciplina.

Por último, sería relevante establecer este tipo de estudios en centros similares para saber si estas observaciones remiten a un común o difieren en la fenomenología de las prevalencias en la población infanto-juvenil chilena, ya que aparecen campos interesantes a investigar como cuáles de esos síntomas clínicos emergen de las condiciones actuales de la ins-

titución escolar, y cuáles no, pudiendo colaborar con la escuela en plantear las problemáticas que, a partir de la escucha uno por uno —de los niños que llegan a un dispositivo clínico— sirvan de información valiosa que contribuya a dar luces en la complejidad de una institución como la escuela. Se torna necesario avanzar en colaboración sobre el entendimiento de los problemas actuales de la escuela contemporánea, muchos de ellos inexistentes hace 30 años.

## REFERENCIAS

- Baltar, María Julia (2003). El sentido del diagnóstico psicológico escolar. Un análisis crítico y una propuesta en construcción. *Psicoperspectivas*, 2(1) 7-34.  
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-1>
- Becerra, Mauricio (2013, 3 de enero). Ritalín: Una sociedad que droga a sus niños. *El ciudadano*. Recuperado de <https://www.elciudadano.com/educacion/ritalin-una-sociedad-que-droga-a-sus-ninos/01/03/>
- Decreto n° 170 14 de mayo de 2009. Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial, Santiago, Chile.
- Del Pozo, Marisol (s/f). Colegios y psicólogos: En busca de la derivación adecuada. *Psicología Hoy*, 6. Recuperado de <https://psicologia.uahurtado.cl/category/publicaciones/psicologia-hoy/page/2/>
- Echavarría, Carlos (2003). La escuela un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(2), <https://doi.org/10.11600/1692715x.11116030912>
- Fernández, Olga; Pérez, Carola; Gloger, Sergio & Krause, Mariane (2015). Relevance of early changes in psychotherapy with adolescents. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-25.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300008>
- Gutiérrez, Carolina; Steinberg, Mónica & Capella, Claudia (2016). Develación de las Agresiones Sexuales: Estudio de Caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes Chilenos. *Psyche*, 25(2), 1-15.  
<https://doi.org/10.7764/psykhe.25.2.852>
- Hernández, Roberto, Fernández, Carlos. & Baptista, Pilar (2010). *Metodología de la investigación*. México D. F.: McGraw-Hill



- Juárez, Rocío & Rossi, Lucía (2014). Infancia y subjetividad en la Colonia Dr. Cerdá: un estudio a través de sus boletines anamnésticos. *Anuario de investigaciones*, 21(2), 181-184.
- Laurent, Eric (1997). Los nuevos síntomas y los otros. *El caldero de la escuela*, 57.
- López, Verónica & Ascorra, Paula (2012). Miradas de la violencia en el espacio social de la escuela. *Psicoperspectivas*, 11(2), 1-7.  
<https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-233>
- Ministerio de Educación (2015). *Política Nacional de Convivencia Escolar 2015/2018*. Recuperado de <https://www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2015/12/politica-noviembre-definitiva.pdf>
- Olivares, Ignacia (2018, 15 de enero). El 88 % de los chilenos termina la educación media. *La Tercera*, pp. 41-42.
- Pizzo, Elisa; Chardon, Cristina; Krauth, Karina; Grippo, Leticia; Cattaneo, Mabel; Kalejman, Cecilia; Gómez, Lucía & Biotti, Florencia (2012). Infancia y producción de subjetividades en la niñez: el estudio de la "relación adulto-niño" como dimensión de las representaciones de la infancia. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 255-262.
- Stiglitz, Gustavo (2006). *Dda, Add, Adhd, como Ustedes Quieran*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Tendlarz, Silvia (2007). *De qué sufren los niños: La psicosis en la infancia*. 2da edición. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra; de la Barra, Flora; Melipillán, Roberto; Valdivia, Mario & Kohn, Robert (2012). Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0415-3>
- Vucínovich, Nicolás; Romero, Rafael; Poves, Silvia & Otero, Juan (2011). Otra época, otro malestar en la cultura: vigencia del psicoanálisis como crítica social. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 505-511.  
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300008>



#### MARÍA OLGA HERREROS

Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica Universidad Andrés Bello. Doctor (c) en Psicología Universidad de Chile. Psicoanalista miembro Asociación Mundial de Psicoanálisis y Docente Área Clínica Escuela de Psicología PUCV.

#### DANIEL CONTARDO

Licenciado en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Estudiante de Magíster en Filosofía Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Docente colaborador Área Clínica Escuela de Psicología PUCV. Psicólogo clínico en consulta privada.

#### NATALIA DÍAZ

Licenciada en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Estudiante Magíster en Psicología Social Universidad Alberto Hurtado. Psicóloga miembro equipo profesional en Residencia de Protección de Servicio Nacional de Menores. Docente colaboradora en Escuela de Psicología PUCV.

#### PATRICIO SALAZAR

Licenciado en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Estudiante Magíster Dirección y Gestión del Capital Humano en Universidad Finis Terrae. Profesional asesor del departamento de "Desarrollo de Personas y Equipos" en Fundación INTEGRAL (red de salas cunas y jardines infantiles).

#### PAULINA URRUTIA

Licenciada en Psicología en Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Psicóloga clínica en consulta privada. Psicóloga miembro equipo profesional de Jardín Infantil y Escuela de Lenguaje "Caritas".

DIRECCIÓN DE CONTACTO

[moherreros@yahoo.com](mailto:moherreros@yahoo.com) | [daniel.contardov@gmail.com](mailto:daniel.contardov@gmail.com) | [nat.diazalday@gmail.com](mailto:nat.diazalday@gmail.com) |  
[patricio.salazar.b\\_psico@hotmail.com](mailto:patricio.salazar.b_psico@hotmail.com) | [urrutiacruzpaulina@gmail.com](mailto:urrutiacruzpaulina@gmail.com)

FORMATO DE CITACIÓN

Herreros, María Olga; Contardo, Daniel; Díaz, Natalia; Salazar, Patricio & Urrutia, Paulina (2019). El malestar en la infancia y adolescencia: Descripción y análisis de fichas clínicas. *Quaderns de Psicologia*, 21(3), e1497. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/psicologia.1497>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 07/01/2019  
1ª revisión: 28/05/2019  
Aceptado: 10/10/2019  
Publicado: 11/2019