



Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Estudio de tipo descriptivo y correlacional entre Competencias Parentales y la Presencia de Síntomas de Déficit Atencional en niños desde los 6 a 10 años de la Escuela Valentín Letelier, en Ovalle, Cuarta Región.

Tesis para optar al título de Licenciados en Psicología

Integrantes : Miriam Arenas Jiménez
Marcia Matus Guzmán
Cecilia Torres Herrera
Andrea Zapata Barría

Profesora Guía: Ps. Aline Orellana Araya

Santiago, 16 de Marzo 2018

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo analizar y describir si la funcionalidad familiar constituye una variable de riesgo para la Presencia de Síntomas de Déficit Atencional, la muestra utilizada fue de 52 apoderados de estudiantes entre 6 a 10 años de la Escuela Valentín Letelier en Ovalle. Se administraron 2 cuestionarios el instrumento Inventario de Deficiencia Atencional (IDDA) y la Escala de Parentalidad Positiva (E2P). La muestra es de carácter no probabilística y corresponde a una investigación de enfoque Cuantitativo, no experimental. Los resultados arrojan que de acuerdo a la muestra utilizada no se advierten producto de las competencias parentales, la aparición de síntomas de Déficit Atencional, pero, si existe una relación dada por algunas categorías de los instrumentos que dan cuenta de características que se podrían relacionar.

Abstract

The next job objective was to analyze and describe if relations between parental competencies and the presence of symptoms of attention Deficit, the sample used was 52 proxies between 6 to 10 years of the school Valentín Letelier Ovalle in students. 2 questionnaires were administered the instrument attention deficiency inventory (IDDA) and the scale of positive parenting (E2P). The sample is not probabilistic and corresponds to an approach to quantitative, not experimental research. Results show that according to the sample used is not warn product of parental competencies, the appearance of symptoms of attention Deficit, but if there is a relationship given by certain categories of instruments which realize features that could relate.

PALABRAS CLAVES: Competencias parentales - Déficit atencional - E2P- IDDA

Introducción

Estudios del Ministerio de Educación afirman que en Chile, la familia ejerce gran influencia en las conductas que desarrollan los escolares, razón por la que la unión con la escuela, conforman una alianza estratégica. Uno de cada 80 a 100 escolares de enseñanza básica requiere tratamiento específico para el TDH, evidenciado por las manifestaciones de inatención, hiperactividad e impulsividad, constituyéndose en el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria. (MINEDUC, 2003).

Considerando lo anterior junto, con que los dos Instrumentos a utilizar son aplicables a adultos, -quienes están en relación directa con el niño y la niña- en roles de crianza, es posible obtener información de aquellos para responder a las preguntas de investigación (Pineda et al, 2005).

Reconocidos los factores ambientales que influyen en la aparición de síntomas de TDAH y siendo uno de ellos el estilo de crianza o vínculo parental, este estudio permite indagar sobre este ambiente íntimo, principal contexto de socialización los primeros años de vida, donde las

competencias parentales surgen como un eje decidor en este sentido.

La aplicación del estudio fue realizada a los apoderados de estudiantes entre 6 a 10 años de la Escuela Valentín Letelier en Ovalle, quienes por medio de los instrumentos aplicados entregan información de la percepción de síntomas de Déficit Atencional y valoración a la parentalidad positiva.

Aspectos generales del Trastorno por Déficit Atencional

El trastorno por déficit atencional (TDA) es un trastorno esencialmente crónico, caracterizado por un patrón persistente de inatención, exceso de actividad e impulsividad como características definitorias y se caracteriza por una importante dificultad del niño para poder concentrar su atención a un objeto. La atención voluntaria está significativamente disminuida a expensas de la atención espontánea (Rosan y Mesones, 1997).

La etiología de este diagnóstico no se encuentra totalmente clara, pero la literatura sugiere que este trastorno es el producto de una mezcla de factores

biológicos, psicológicos y sociales (Almonte y Etchepare, 2003). Hay otros que siendo más específicos señalan que se trataría de un trastorno de base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve y que permitirá, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno (Gratch, 2005).

Por su parte el Ministerio de Educación, señala que dentro de los factores biológicos comprometidos en el trastorno se encuentran los factores neurobiológicos, neuroanatómicos y de neurotransmisión, junto con estos, se han encontrado factores ambientales que influyen en la aparición del trastorno, tales como: el tipo de dieta, contaminación por plomo, fumar durante la gestación, alcoholismo materno, complicaciones en el parto, bajo peso al nacer y prematuridad (MINEDUC, 2009)

Según Gratch (2005), señala que este trastorno está caracterizado por un grupo de síntomas, descritos en el siguiente cuadro:

Síntomas	Comportamiento del niño
Falta de Atención	Es difícil que preste atención, sueña despierto Parece que no escucha Se distrae fácilmente del trabajo o del juego Es desorganizado y olvida las cosas. Pierde cosas importantes y no cuida los detalles. No quiere hacer cosas que requieran un esfuerzo mental continuado.
Hiperactividad	Está en continuo movimiento No puede estar sentado Habla demasiado Es nervioso e impaciente Corre, salta y se sube a sitios no permitidos. No puede jugar tranquilamente
Impulsividad	Actúa y habla sin pensar Tiene problemas para respetar turnos Interrumpe a los demás Reclama respuestas antes de completar preguntas No advierte peligros inminentes

Fuente: Características según Gratch (2005).

Tipología del Trastorno por Déficit de

Atención: Se puede presentar de tres formas posibles: Inatento; hiperactivo-impulsivo y combinado DSM-IV-TR (2002).

Los síntomas que evidencian un TDA pueden presentarse en su totalidad o en parte. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA), DSM-IV-TR (2002), distingue tres subtipos:

1. **Combinado:** si al menos 6 de los síntomas de atención y 6 de los síntomas de hiperactividad- impulsividad están presentes por un mínimo de 6 meses.
2. **Predominantemente Inatento:** si al menos 6 síntomas de atención, pero menos de 6 en el de impulsividad- hiperactividad están presentes por un mínimo de 6 meses.
3. **Predominantemente Hiperactivo - Impulsivo:** Si al menos 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad están presentes, pero menos de 6 del ámbito de atención por un mínimo de 6 meses. Para más detalle (ver Tabla 1)

Situados desde la perspectiva de la neurología y la neuropsicología coincidentemente declaran, una alteración de la autorregulación como base de las características sintomáticas principales del TDAH (Avaria, 2012). Esta observación coincide con las diferencias cerebrales estructurales, funcionales y neuroquímicas halladas en estos niños, las cuales afectan regiones y sistemas considerados críticos para las funciones ejecutivas (Pérez, 2012).

Aunque este cuadro sea de inicio precoz en la infancia, su sintomatología suele reconocerse de manera más clara cuando los niños inician la educación formal, debido a que el sistema educativo chileno demanda un comportamiento más estructurado y periodos más largos de atención y concentración, sumado a esto los estudiantes que son partícipes de la Jornada Escolar Completa. El diagnóstico por tanto, se realiza a partir de los 6 años de edad, a pesar de que sea bastante común la aparición de síntomas antes de los 3 años en adelante (MINEDUC, 2009).

Prevalencia

Según los antecedentes aportados por el DSM-IV, se estima una prevalencia de este trastorno entre un 3% y 5% en niños y niñas de edad escolar (APA, 1994). Junto con ello es importante aclarar que la incidencia en cuanto a género es mayor en el masculino con una proporción 4:1 sobre las niñas. Esto responde en cierta medida, a que los síntomas característicos de este trastorno suelen ser más difíciles de reconocer en las niñas, debido a que tienden a presentar conductas de inatención y olvido más que de hiperactividad (MINEDUC, 2009). Por tanto, la crianza de los niños con este diagnóstico es un proceso complejo que incluye, por una parte, la obligación de los padres de cubrir todas las necesidades del niño tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otra, posibilitarle aprendizajes y condiciones adecuadas que favorezcan su desarrollo biopsicosocial. Debido a estas funciones estudios del Ministerio de Educación afirman que en Chile, la familia ejerce gran influencia en las conductas que desarrollan los escolares, razón por la que la unión con la escuela, conforman una alianza estratégica y cobran gran importancia a la hora de entregar una valoración a las competencias parentales y estilos de

crianza (MINEDUC, 2003). Reconocidos los factores ambientales que influyen en la aparición de síntomas de TDA y siendo uno de ellos el estilo de crianza o vínculo parental, este estudio permite evocarnos a la comprensión y análisis de aquellos factores que podrían incidir significativamente en el grupo familiar, principal contexto de socialización los primeros años de vida, donde las competencias parentales surgen como un eje decidor en este sentido.

Competencias Parentales

La adquisición de competencias parentales resulta ser un proceso integrador y complejo considerando que existen factores hereditarios a partir de las posibilidades personales innatas, los factores culturales donde se encuentra inserto, así como la experiencia en el ámbito del buen o maltrato que la futura madre o padre han conocido a partir de su propias vivencias en su núcleo primero (Barudy y Dartagnan, 2010).

En tal sentido, se hace menester conocer; ¿Qué son las Competencias Parentales? Para Barudy y Dartagnan (2010), las competencias parentales se definen como el saber-hacer o ñas capacidades prácticas

que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano. Las competencias parentales forman parte de lo que hemos llamado la parentalidad social, para diferenciarla de la parentalidad biológica, es decir, de la capacidad de procrear o dar la vida a una cría (p. 34). Otra definición, señala que es aquel conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades (Rodrigo, Martín, Cabrera, y Máiquez, 2009).

Objetivos de las Competencias Parentales

Para que la parentalidad pueda ser denominada competente, Barudy (2010) señala que los padres o el cuidador deberán asegurar los siguientes objetivos:

El aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación: No sólo alusivo a la nutrición, sino incluye el aporte sensorial que provee el adulto a través del afecto y expresión emocional que le permita al niño conocer del mundo familiar un escenario seguro. Los intercambios sensoriales crean una impronta adecuada en el niño y un buen desarrollo en esta impronta es parte importante en el modelado del cerebro del niño, incluso en etapas de vida intrauterina (p.37).

Los aportes educativos: Cuantas más experiencias de buenos tratos haya conocido los padres, más modelos y herramientas eficaces tendrán para ejercer una influencia educativa competente y moralmente positiva a sus hijos (p.40). El estilo educativo de una parentalidad bien tratante, asume que los padres sintonizan con la responsabilidad de ser los pilares educativos de los hijos ejerciendo una

autoridad afectuosa, caracterizada por la empatía y la dominancia.

Los aportes socializadores: En este sentido una parentalidad adecuada está relacionada con la contribución de los padres a la construcción de su sí mismo e identidad de sus hijos, además de ser el facilitador de experiencias relacionales que le propendan modelos de aprendizaje para sortear las demandas del ambiente en forma adecuada, armónica y respetuosa con el ambiente (Barudy y Dartagnan, 2010).

Los aportes protectores: La función protectora se aplica en dos niveles; el primero aludido a proteger a los hijos de contextos peligrosos tanto en la familia como en cualquier ámbito externo y que puedan afectar su proceso evolutivo en cualquiera de sus áreas, y por otro lado, protegerlos de los riesgos propios de su crecimiento y desarrollo evolutivo (Barudy y Dartagnan, 2010). La promoción de la resiliencia: Facilitar el despliegue de capacidades para hacer frente de manera efectiva y saludable los desafíos de la existencia, incluso aquellos traumáticos, logrando desencadenar un proceso sano de desarrollo (Barudy y Dartagnan, 2010).

Revisando la importancia de la capacidad de vincularse con los hijos, tan válido para padres biológicos como adultos que optan por asegurar la crianza de un menor, se hace indispensable referirse al Apego, referido como el responsable del establecimiento de la relación interpersonal entre el niño y los padres desde el primer ciclo de vida, ñi siendo un factor fundamental de la emergencia de la mente infantilö (Barudy y Dartagnan, 2010).

Teoría del Apego y Parentalidad

Desde la Teoría del Apego de John Bowlby, se enfatiza que la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño para establecer vínculos afectivos y enfrentar las demandas del ambiente, comprendido en un sistema de regulación diádica. Este mismo autor, definirá apego como la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato, y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los

que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos (Bowlby, 1995). Por ello la interacción entre el cuidador y el niño dará cuenta de la calidad del vínculo, que Bowlby definiría como pautas o estilo de apego.

Estos estilos de apego se clasificaron en: Estilo de apego seguro, inseguro-evitativo e inseguro ambivalente, producto de los hallazgos que John Bowlby junto a Mary Ainsworth descubrieran, basado en una serie de observaciones realizadas a través de un procedimiento estandarizado de laboratorio llamado Situación Extraña (Garrido, 2006). Bowlby, pudo demostrar que los niños requieren un vínculo cercano y continuo con el cuidador primario para así poder desarrollarse emocionalmente, adquiriendo sus propias capacidades y competencias emocionales, para poder relacionarse de manera sana y madura, crear relaciones afectivas significativas estables y responder a las demandas contextuales de manera autónoma y efectivas (Bowlby, 1995).

Por su parte, Felipe Lecannelier, psicólogo clínico experto en apego, realiza un interesante aporte en este sentido que

reafirma la teoría ya descrita, cuando incorpora estudios en esta línea respecto de la regulación y expresión emocional. Sostiene que niños con distintos estilos de apego presentarían diferencias en su narrativa, demostrando con ello diferentes estrategias de regulación emocional aludidos a la situación de entrevista clínica, así explica que en niños con apego seguro, existiría una descripción y elaboración de emociones coincidentes con el contexto-ambiente, no existiendo restricciones, sino comodidad en la expresión de las mismas.

Mientras, en el caso del estilo inseguro- evitativo, aparece una sobrerregulación emocional, escasa aparición de los afectos, excluyendo en lo más posible la expresión de los afectos o estados emocionales (Lecannelier, 2002). Finalmente, señala que en el estilo ambivalente, impera en el niño un estado emocional constante de preocupación, sobre todo en todos aquellos aspectos relacionados con la figura de apego, por lo que la estrategia en consulta es estar muy cerca de sus padres. En la misma línea Fonagy (1995), señala que los niños tienden a desarrollar expectativas en cuanto a la naturaleza de sus interacciones a partir de las diferentes experiencias repetidas con sus figuras de apego. Así señala que las relaciones tempranas de

apego influyen determinadamente en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la función mentalizadora de los sujetos (Garrido, 2006).

Parentalidad y desarrollo cognitivo

infantil: Es sabido que el contexto social, cultural e inclusive histórico del sujeto influye en el desarrollo humano, sin embargo, el contexto social más preminente es el contexto familiar basado en las investigaciones psicológicas de la última década, que coinciden en señalar que una de las labores más importantes de la interacción que el niño tiene con sus cuidadores en cuanto a las necesidades de los hijos, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos seres con capacidades cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social (Barudy & Dantagnan, 2010 en Vargas, 2014). Tanto las funciones cognitivas y motoras, como las socioemocionales, emergen de la interacción mantenida con los cuidadores y cuidadoras durante los primeros años de vida, que estimulan las sinapsis entre neuronas en las diversas regiones cerebrales (Barudy & Dantagnan, 2010 en Vargas, 2014).

Psicología Evolutiva: Intersubjetividad y estilos educativo-parentales

La cualidad de las relaciones y los vínculos que se van generando dentro de las familias, estarán directamente relacionadas con el progreso psicológico, emocional y social del niño, base importante para desplegar capacidades y alcanzar logros. Estas relaciones bajo el vínculo parental, tienen como marco estrategias educativas y socializadoras iniciados en los años preescolares manteniéndose con cierta flexibilidad hacia el progreso del ciclo escolar del niño y se les denomina, Estilos educativos o Estilos parentales (Herranz, Sierra, Enesco, LaCasa, Giménez, 2013). Las investigaciones de Diana Baumrind (1966), en lo que definió estilos parentales se centran en aquella forma manifiesta en que los padres y cuidadores ejercen el proceso de normalización y manejo de la autoridad con los hijos. Su proceso de investigación se caracterizó por observación de los niños en su ámbito preescolar y en el hogar, además de entrevista a los padres.

Las interacciones observadas las clasificó en dos categorías: Exigencia y Receptividad. La categoría exigencia ó Control- reconocía si los padres eran

rígidos o no al momento de imponer sus normativas y velar porque se cumplieran aquellas, mientras la categoría de la Receptividad -afecto-, demostraba si los padres se demostraban sensibles o no a las demandas de sus hijos (Herranz et al.,2013). A partir de esto, se establece un modelo que tendrá en cuenta la interrelación de tres variables básica en la parentalidad: Control, Comunicación e Implicancias afectivas, construyendo la siguiente tipología:

a) Padres Autoritarios o Estilo

Autoritario: Los niños son vistos como sujetos pasivos, siendo un patrón muy restrictivo de crianza, donde los padres esperan obediencia estricta sin mayor explicación hacia el niño del porque es necesario obedecer y la desobediencia se corrige con castigo y a menudo se basan en tácticas punitivas enérgicas para conseguir obediencia (p/e retiro del amor). En el aspecto afectivo los padres se muestran poco sensibles y receptivos (Herranz et al, 2013, p.131).

b) Padres equilibrados o Estilo

educativo democrático: Los niños son vistos como sujetos activos en el proceso de desarrollo y socialización, ejerciendo un control racional y democrático aceptando

los puntos de vista de sus hijos propiciando además la participación de ellos en las decisiones familiares. Este estilo fomenta un acercamiento racional y respetuoso entre padres e hijos (Herranz et al, 2013 p.133). Las pautas de comportamiento de este estilo, promoverán la progresiva independencia, razonamiento infantil y responsabilidad de sus hijos. Distintas investigaciones muestran que los niños bajo este estilo educativo-parental desarrollan una autoestima, madurez emocional y un concepto de sí mismo superiores a los niños que sus padres utilizan otro estilo.

c) Padres permisivos o Estilo educativo permisivo:

Como su nombre lo señala, patrón parental en base a la permisividad asociada a una visión afectiva del vínculo, los padres son atentos y cariñosos pero con bajo nivel de exigencia que puede poner en riesgo el progreso del niño ya que se demuestran excesivamente disponibles para solucionar sus exigencias. Los niños de este estilo a menudo presentan comportamientos inmaduros un deficiente control de impulsos. Su competencia social es baja, tienden a ser muy demandantes e inmaduros, con escasa capacidad de concentración y esfuerzo (Herranz et al, 2013).

d) Padres no Implicados o Estilo

educativo indiferente: Este estilo supone una parentalidad no responsable toda vez que se caracteriza por la combinación entre una falta de exigencia normativas y una baja implicación emocional. Estos padres desarrollan su rol al mínimo esfuerzo. Los niños educados bajo la indiferencia mostrarían un manejo deficitario respecto a sus vínculos emocionales, así como a la estimulación afectiva y cognitiva (Herranz et al, 2013). Como no han adquirido el apego a norma alguna, suelen ser irrespetuosos con las reglas. Los niños presentan una baja autoestima y autoconcepto además de inestabilidad emocional y psicológica. Este estilo de crianza supone claramente una negligencia en procurar las condiciones básicas necesarias para el desarrollo del niño, lo que supone sin duda, una especie de maltrato (Herranz et al, 2013).

Los estilos educativos están condicionados por una serie de factores, entre los cuales está: la personalidad del niño, los propios estilos educativos que trae cada padre de familia, clase social, etc., no obstante, hay algo innegable dentro del análisis que puede realizarse y es que a simple vista es posible identificar las prácticas o estilo parental más beneficioso, sin embargo, la

bondad de una práctica educativa viene determinada por el ajuste al momento y peculiaridades evolutivas del niño (Herranz et al, 2013), y con ello, queda de manifiesto que éstos deben siempre promover el desarrollo integral del niño, siendo el objetivo que rija el vínculo parental.

En consecuencia, este estudio se torna relevante para poder responder el cuestionamiento que surge a partir de la base teórica, ¿Es posible determinar si las competencias parentales influyen directamente en la aparición de síntomas de Trastorno de Déficit Atencional? De esta manera, el objetivo central de esta investigación, será conocer las diferentes expresiones de las competencias parentales y la percepción que explicitan los padres apoderados y/o adultos responsables de los niños de 1ero y 4to básico de la Escuela Valentín Letelier de Ovalle, respecto de los indicadores de Déficit Atencional a través del proceso que a continuación se describe.

Metodología

Participantes:

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo-correlacional, con una estrategia de muestreo no probabilístico a 52 personas constituida por mujeres de entre 22 y 49 años en calidad de madres y/o apoderados de los alumnos (as), del Colegio Valentín Letelier de Ovalle Chile que fue fundado el 30 de Octubre de 1902, contaba con una matrícula de 157 alumnos, entre el 05 y 13 de Octubre de 2016 fecha que se aplicó la muestra en los días de reuniones de apoderados respectivamente.

Instrumentos:

Se utilizó con los apoderados el E2P o Escala de Parentalidad Positiva un instrumento Chileno que consta de 54 afirmaciones que describen situaciones habituales de crianza, asociadas a la medición de 4 competencias parentales: Vinculares, Formativas, Protectoras y Reflexivas, debiendo ser respondidas al escoger las opciones:

Casi Nunca (C/N), A veces (A/V),

Casi Siempre (C/S) y Siempre (S).

Este instrumento chileno fue creado por profesionales del sistema de protección a la infancia Chile Crece Contigo el estudio de confiabilidad y validez siguió un proceso de varias etapas entre ellas un estudio piloto, una versión con 76 ítems, un reanálisis con una versión de 42 ítems, y finalmente el manual 2015 con 54 reactivos con una consistencia buena a excelente con valores de alfa de Cronbach de 0.95 para la escala total (Gomez&Muñoz, 2015).

La validez de este instrumento se basa en distintos criterios, tanto como con otros cuestionarios de autoreporte de reconocida calidad (PSI-SF de estrés parental y ASQ-3 desarrollo psicomotor del niño), mostraron una correlación significativa en las relaciones halladas en un rango entre 0.19 y 0.56 y con una escala total con valores r entre 0.62 y 0.77.

El segundo instrumento es el Cuestionario IDDA, está construido en base a 18 preguntas que pesquisan los síntomas de las tres dimensiones asociados al criterio A del Trastorno de Déficit Atencional, mencionado en DSM IV (2002). El IDDA puede determinar los constructos que configuran el Síndrome de Primer Orden en una lista de Síntomas del Trastorno de Déficit Atencional. Este cuestionario

contiene en una primera parte; 9 preguntas para la dimensión de Inatención y 9 siguientes que comprenden el área de Hiperactividad e Impulsividad, permitiendo confirmar por medio de la respuesta de los padres la percepción de sintomatología del criterio A de Déficit Atencional obtenida a través de las calificaciones cuantitativas:

0: Nunca, 1: Algunas veces, 2: Muchas veces y 3: Casi siempre.

Respecto al análisis de fiabilidad del instrumento, reveló una gran consistencia interna para la escala total de 18 ítems presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,85 a 0,92 (Pineda et al., 1998).

El nivel de consistencia interna es suficiente para recomendar su empleo no sólo en estudios neuroepidemiológicos, sino también como herramienta en el diagnóstico clínico individual, en el contexto de una evaluación clínica estructurada. (Urzúa, Domic, Ramos, Cerda, Quiroz et al., 2010).

Procedimiento:

Ambos cuestionarios fueron aplicados al inicio de la reunión de Apoderados, en presencia de la Profesora Jefe del curso entregando información completa respecto

a los objetivos del estudio, descripción y llenado de los cuestionarios consignados, para que pudiesen responder de forma autónoma y se asistió a quienes presentaban consultas e inquietudes del proceso.

Los documentos que recibieron los adultos que participaron en la investigación son los siguientes y se encuentran disponibles en los anexos para su revisión:

- a) Carta de Asentimiento. [anexo 1]
- b) Carta de Consentimiento. [anexo 2]
- c) Cuestionario Sociodemográfico [anexo 3]
- d) Cuestionario de Competencias Parentales Positivas. E2P (Gómez, Muñoz.2015). [anexo 4]
- e) Cuestionario Breve para el diagnóstico de Déficit Atencional, en su sigla en inglés IDDA. (Pineda et al, 1999). [anexo 5]

La participación fue voluntaria y durante el desarrollo del trabajo se respetó los principios éticos de la investigación, procurando las condiciones necesarias para proteger la confiabilidad de los sujetos participantes.

Análisis de Datos

Para realizar el análisis cuantitativo de los datos se introdujeron los 54 ítems del Cuestionario E2P en una planilla electrónica Excel y se trasladaron al programa estadístico SPSS versión 20.

Se realizó un análisis de todas las variables arrojando la frecuencia de cada una de ellas, permitiéndonos obtener una descripción de la muestra, tanto en las variables demográficas, como en las dimensiones de los dos instrumentos aplicados.

Para interpretar los cuatro ítems de las competencias parentales se aplicó los puntos de corte propuestos en la tabla 14 del Manual E2P (Gómez & Muñoz, 2015, p 36). Lo que permite situar en que zona se encuentran las apoderadas.(ver Tabla 2)

Siguiendo esa tabla, que señala el manual se busca el resultado obtenido del análisis y se compara con la tabla, obteniendo el percentil en que se ubica el sujeto. Para su interpretación el instrumento propone diferenciar 3 rangos una Zona de Riesgo para percentiles de 10 a 20;, Zona Monitoreo para los percentiles 30 y 40; y una Zona Optima con 50 percentiles o más.

Los datos obtenidos a través del cuestionario IDDA se introdujeron pregunta por pregunta (18 variables) se traspasaron a una planilla Excel y al programa SPSS, se obtuvieron un análisis factorial estratificado por sexo y edad de los niños con síntomas de inatención e hiperactividad. Este análisis estadístico de la muestra para el IDDA, se estableció bajo la medición de dos dimensiones; inatención e hiperactividad/impulsividad, para posteriormente realiza Posteriormente se realizó un estudio de tipo correlacional entre todas las Escalas del E2P y las dos dimensiones del Instrumento del IDDA. Para aquello se utilizó la prueba producto momento r de Pearson y se obtuvo solo una relación significativa entre las Competencias Protectoras del Cuestionario E2P y la dimensión de Síntoma de Inatención del Cuestionario IDDA.

Resultados

A continuación se presenta un análisis univariado de los factores sociodemográficos que permitirán caracterizar adecuadamente la muestra de este estudio, observando que de los 52 apoderados participantes, en su totalidad

fueron mujeres, la menor de ellas tiene 22 años y la mayor 49. Ellas se agrupan mayoritariamente como solteras en un 44,2%, relativo a 23 representantes, casadas un 36,5%, equivalente a 19 mujeres, mientras la cifra de quienes conviven alcanza un 19,2% reflejado en un total de 10 mujeres. En relación a la escolaridad, se puede observar que el 44,2% de quienes respondieron los cuestionarios, han cursado la Enseñanza Media completa. Un 32,7% no terminó la educación media relativa a 17 mujeres y un 13,5% correspondiente a 7 de ellas que registran sólo estudios básicos. En relación a la educación superior; un 5,8% de las encuestadas reconoce tener estudios técnicos (3 mujeres), mientras que sólo 2 tienen estudios universitarios equivalente al 3,8%. En relación a la ocupación de las apoderadas se observó que un 76.9% desarrolla labores de hogar, un 11.5% trabajos técnicos, 5.7% trabajo de temporeras, un 3.8% trabajos profesionales, y un 1.9% son estudiantes.

La información obtenida da cuenta que la edad de los menores se distribuyen homogéneamente entre los 6 y 7 años, 8 y 9 años y 10 años, disponiendo un total de 19 niñas que componen el 36,5% y 33 niños con un 63,5%. En ellos la primera

edad con mayor reiteración es 8-9 años con un 57,7% y una asiduidad de 30 casos, en segundo lugar están los menores de 6-7 años de edad con un 36,6% que corresponde a 19 menores y en el tercer lugar están los alumnos de 10 años de edad con un 5,78% y una frecuencia de 3 casos.

La edad escolar promedio fue de 7,92 años, con una desviación estándar de 1,15 años. No se consigna repitencia en ninguno de los (as) menores. Uno de los encuestados da cuenta de una discapacidad de su pupilo, constituyendo el 1,9%. (ver Tabla 3)

Para el proceso de interpretación de los ítems de las Escalas del E2P se realizó en base a la tabla 2 del manual (véase en anexos) de esta manera se logró identificar la percepción que tiene el adulto respecto a sus propias competencias como padres para relacionarse con sus hijos(as) o niño (a) a cargo, los puntajes obtenidos asociados a la Zona Óptima de este instrumento, relativo a fortaleza en el despliegue de prácticas de crianzas positiva, se reflejaron de la siguiente forma; el área de competencias Formativa arrojaron el valor más significativo equivalente a un 71,2%, seguido por el ítem de las Competencias Protectoras con un 53%, mientras el ítem

de Competencias Reflexivas obtiene un 49% de los resultados y finalmente en las competencias Vinculares presentaron un 42,3%. Estos resultados dan cuenta que las competencias vinculares que tienen los apoderados del Colegio Valentín Letelier de Ovalle se apreciaría el indicador más débil, aludido a la sensibilidad parental, calidez emocional e involucramiento sumando además que esta misma competencia Vincular presenta el índice porcentual más alto en la Zona de Riesgo. Por otra parte, el indicador más fortalecido acusa ser las Competencias Formativas relativo mayormente a prácticas de crianza didáctica, desprendidas de las estrategias que pueden abordar los padres para estimular a los niños en la comprensión y entendimiento del mundo que los rodea (E2P). (ver Tabla 4)

Respecto a los resultados arrojados por el IDDA, los cuales se califican de manera cuantitativa y semicontinua de 0 (nunca), 1 (algunas veces), 2 (muchas veces), 3 (casi siempre), donde la puntuación mínima para la escala total es de 0 y la máxima de 54, para posteriormente recalificar las puntuaciones para el cálculo de prevalencia de DDA y transformar las variables semicontinuas en categóricas.

Se otorgó un valor de 0 a las preguntas contestadas 0-1 (Nunca/Algunas veces) y un valor de 1 punto a las preguntas contestadas 2-3 (Muchas Veces/Casi siempre) y en este último caso, aquellos sujetos que obtienen este puntaje, presentarían los síntomas de déficit atencional (Pineda et al., 1999).

Como en el criterio A del DSM-IV en estricto rigor requiere de seis o más de éstos síntomas para atribuir la presencia de inatención y de hiperactividad-impulsividad, se sumaron los síntomas obtenidos en cada una de las preguntas calificando con 0 a las sumas menores de seis y con 1 a las mayores o iguales de seis (Pineda et al., 1999).

A partir de este proceso, se pudo obtener la percepción que tienen las apoderadas de sus hijos (as) y alumnos del establecimiento en el quehacer cotidiano a partir de las preguntas del instrumento que tienen como objetivo identificar síntomas de DDA. Según estos resultados descriptivos se obtuvo que sólo 5 niños, de sexo masculino, estarían asociados a criterios de diagnóstico de síntomas de inatención cuyas edades fluctúan entre los 7,8 y 9 años, arrojando un porcentaje de 9,6%. Cabe señalar que en niñas no se

reflejaron resultados para este ítem. Mientras que para la dimensión de hiperactividad e Impulsividad los resultados indicaron que 3 menores se asocian a este indicador, de los cuales 2 son de sexo masculino de 7 años y 1 femenino de 8 años, estimándose una prevalencia de 13,4% en el sexo masculino y un 1.9% en el sexo femenino. (Ver Tabla N°5)

Al tener los resultados de ambos instrumentos por separado, se determinó realizar un procedimiento de tipo correlacional entre todas las Escalas del E2P y las dos dimensiones del Instrumento del IDDA con el fin de establecer un enlace estadístico que nos otorgará resultados asociados y significativos. Para aquello se utilizó la prueba producto momento r de Pearson y se obtuvo sólo una relación significativa entre las Competencias Protectoras del Cuestionario E2P y la dimensión de Síntoma de Inatención del Cuestionario IDDA.

La correlación bajo este procedimiento arrojó un resultado $r = -0,351$ y con un valor $p = 0,11$, reflejando una relación vinculante entre Competencias Protectoras y síntomas de Inatención, resultado significativo ya que la correlación es inversa por el valor negativo de ésta. Allí

se evidencia que cuando los valores crecen en la escala de Competencias Protectoras, los valores decrecen en la dimensión de Síntoma de Inatención del test IDDA y viceversa.

Discusión

Por medio del análisis de correlación con la prueba r de Pearson, se cree puede contribuir a responder la hipótesis de este estudio, relativo a la relación entre las competencias parentales y la presencia de síntomas de Déficit de Atención dado que este proceso detectó una correlación inversa entre las competencias protectoras del E2P y la dimensión de Inatención del IDDA, considerando que las competencias protectoras están asociadas a 17 reactivos directamente vinculadas con las garantías de seguridad física, emocional y psicosexual, el cuidado y satisfacción de necesidades básicas, organización de la vida cotidiana y la búsqueda de apoyo social (Gómez & Muñoz, 2014).

La información obtenida permite establecer una relación inversa: en la medida que los adultos en su relación con el menor, despliegan conductas y actitudes de cuidado y protección, cautelan su desarrollo físico, emocional y psicosexual,

propician un estilo de vida organizado, permeable al apoyo de redes sociales cercanas emocionalmente, esas son acciones que inciden en minimizar las expresiones de conductas de asociadas a la deficiencia atencional.

Otro aspecto que surge a la luz de los resultados comentados, dice relación con la aplicación de los cuestionarios en su formato de autoadministración; entonces, es el adulto quien explicita en sus respuestas la percepción que tiene sobre sus conductas y actitudes asociadas a un determinado reactivo, situación que podría permearlas, como un sesgo de deseabilidad social (Gómez & Muñoz, 2014), pudiendo presumir una tal tensión propia en esta dinámica desconocida para las encuestadas y el deseo de contestar positivamente a esta evaluación.

Las Competencias Formativas por su parte, alcanzan un 71,2% y está asociada a las habilidades de Estimulación del Aprendizaje, Orientación y Guía, Socialización, Disciplina Positiva, Disciplina Coercitiva, definida por los autores de este Cuestionario como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad que propician el desarrollo, el aprendizaje y

socialización de niñas y niños (Gómez & Muñoz, 2014). Considerando este punto, bajo la visión de la psicología evolutiva de la mano de Baumrid que nos propone los estilos parentales, se puede inferir que el estilo predominante en este grupo muestra, es del tipo padres equilibrados (estilo educativo democrático) que hacen notar pautas comportamentales de niños autoregulados, padres satisfechos y direccionados al razonamiento infantil, responsabilidad e independencia paulatina (Herranz et al., 2013). Este porcentaje podría indicar una alta valoración por parte de estas madres, en la formación de hábitos de aprendizaje considerando además la nula repetencia de los niños que se han tomado en cuenta para este estudio.

Es importante señalar, que los autores del E2P sugieren que no debiera ser el único instrumento utilizado para evaluar las Competencias Parentales (Gómez & Muñoz, 2014), y en este sentido, dichas evaluaciones no eran el objetivo principal de este estudio, sino la de asociarlas por medio del análisis correlacional con indicadores de inatención, y/o hiperactividad, a objeto de identificar su comportamiento. En vista de las puntuaciones y correlaciones realizadas, se cree necesario poder contrastar la

información obtenida con otros elementos que pudiese entregar datos del niño(a), como por ejemplo; información del área conducta o rendimiento; pudiendo aseverar o refutar los resultados a través del levantamiento de resultados académicos, hoja de vida, entre otros, siendo información administrada y entregada por el establecimiento bajo consentimiento de los padres y resguardo ético de la información de los menores.

A su vez, se sostiene que la administración de ambos instrumentos y el enlace que puede establecer en común, sería más enriquecedor en los resultados al aplicar éstos en un establecimiento que posean a lo menos cinco estudiantes con déficit atencional diagnosticado y relacionarlos con los estilos vinculares de sus padres, dado que estos resultados no nos facultan el reconocer la real influencia de las competencias parentales en la aparición de síntomas de Déficit Atencional, sino más bien, reconocer que nuestra muestra está caracterizada casi homogéneamente en el estilo de apego seguro.

Otra arista de discusión, dice relación con la conformación familiar, el alto porcentaje de hogares monoparentales en Chile, donde la jefa de hogar con hijos, no tiene cónyuge

o conviviente y corresponde a un 58,9% según la Encuesta Casen 2011, (INE, 2011). Este dato es coincidente con la característica de las participantes del estudio, por una parte porque la totalidad de la muestra son mujeres y de donde un 44,2 % se declara en soltería y constituyendo un núcleo familiar monoparental. Interesante sería triangular estos datos pudiendo identificar claramente si existe algún tipo de influencia entre las Competencias Vinculares y la Zona de Riesgo, siendo una clara invitación de este estudio a un nuevo momento de investigación posterior. Asimismo, se infiere que el contexto sociocultural a la cual pertenece la Escuela Valentín Letelier de mayor tendencia a la ruralidad por la zona, ubicada exactamente a 10 Km. al noroeste de la ciudad de Ovalle, en la localidad de Villaseca comunidad principalmente agrícola ganadera, pudiese contribuir al desarrollo interpersonal del niño y las relaciones que establezca a partir de las mismas. Estas características están muy condicionadas por tratarse de una comunidad pequeña lo que finalmente también tendemos a pensar, pueda ser un aliciente a fortalecer el comportamiento percibido por las madres/apoderadas. Se destaca este apartado precisamente desde el

enfoque de la teoría de Sociocultural de Vygotsky, quién aseguraba que el sujeto no solo era capaz de responder frente a los estímulos, sino que también es capaz de transformarlos (Vygotsky, 2005). Para llegar a esa modificación este utiliza instrumentos mediadores que están dados por la cultura la cual proporciona las herramientas necesarias para poder modificar el entorno; además, al estar la cultura constituida fundamentalmente por signos o símbolos, estos actúan como mediadores de las mismas acciones. El contexto social por tanto influye en el aprendizaje y tiene una profunda influencia en cómo se piensa y en lo que se piensa. Así también forma parte del proceso de desarrollo del ser humano y a su vez moldea los procesos cognitivos, siendo un determinante el entorno al cual se pertenece y a la luz de los resultados obtenidos podríamos hipotetizar que los estudiantes que crecen y se desarrollan en la zona rural, propician relaciones vinculares más de apego y protección, su conocimiento está centrado en el lugar que viven, en cambio en el medio más urbano al poseer aspectos culturales más tecnológicos o científicos, efectivamente el apego se arraiga más a esa línea de independencia con variada multiplicidad de

estímulos, lo que podría comprenderse como que en la primera zona hay menos posibilidades de que aparezcan este tipo de diagnósticos a diferencia de la segunda que presenta un alto índice de estímulos.

Finalmente, se recogen las limitaciones empíricas de la etapa de muestreo en relación a lo extenso que puede tornarse contestar del cuestionario E2P construido a partir de 54 afirmaciones, procedimiento que puede tornarse muy extenso para el apoderado, considerando que este estudio cuenta con otro instrumento que responder y a su vez el llenado del cuestionario sociodemográfico y otros documentos, todos en una sola oportunidad, lo cual puede influir notoriamente en la obtención del dato real. Sin embargo, este estudio permitió conocer las virtudes de cada instrumento, por un lado, el acceso gratuito del E2P objetivo principal de sus creadores para evaluar familias vulnerables inserto en el programa Chile Crece Contigo (Gómez & Muñoz, 2014) y por otro, el IDDA que teniendo un formato breve proporcional información indirecta de los criterios C y D relacionados con la frecuencia y gravedad de los síntomas del Trastorno de Déficit Atencional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Almonte, C. y Etchepare, T. (2003). Trastornos por déficit atencional e hiperactividad. En C. Almonte, M. Montt y A. Correa (Comp.), Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago: Mediterráneo
- 2- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- 3- Avaria, M. (2012). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad/impulsividad. En P. David, J. Förster, M. Devilant, M. Díaz (Eds.), Neurología Pediátrica. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- 4- Barudy, Jorge, and Dantagnan, Maryorie. Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona, ESPAÑA: Editorial Gedisa, 2010. ProQuest ebrary. Web. 10 April 2017.
- 5- Bowlby, J. (1995). Una base segura. España: Paidós
- 6- Briones, G. (2002). Metodología de la Investigación). ICFES. Colombia.
- 7- DSM - IV ó R. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, (2002).
- 8- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives. New York: Analytic Press.
- 9- Garrido-Rojas, Lusmenia, Apago, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2006, 38 () : [Fecha de consulta: 10 de abril de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>> ISSN 0120-0534

- 10- Gratch, L. G. (2005). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo: Editorial médica Panamericana.
- 11- Gómez M., Esteban, Muñoz Q., María Magdalena, Manual Escala de Parentalidad Positiva 2da edición, (2014), Chile.
- 12- Hernández, R. (2012) Metodología de la Investigación. 6ª Edición. Mc Graw Hill México.
- 13- Herranz P., Sierra P., Enesco I., LaCasa P., Gimenez M., Psicología Evolutiva I. Vol. 2. Universidad Nacional de educación a Distancia, Madrid 2013.
- 14- Lecannelier, F. (2002). La entrevista de apego de niños Child Attachment Interview-Cai. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 53-60
- 15- Ministerio de Educación (2009). *Déficit Atencional. Guía para su comprensión y desarrollo de estrategias de apoyo, desde un enfoque inclusivo, en el nivel de Educación Básica*. Santiago.
- 16- Pérez, C. (2012). Evaluación neuropsicológica en niños con déficit atencional. En P. David, J. Förster, M. Devilant, M. Díaz (Eds.), *Neurología Pediátrica*. Santiago: Editorial Mediterráneo.
- 17- Pineda, D., Henao, G., Puerta, I., Mejía, S., Gómez, L., Miranda, M., Roselli, M., Ardilla, a., Restrepo, M., Murelle, L. y Grupo de Investigación de la Fundación Manizales, Colombia (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencia atencional. *Revista de Neurología* , 28,344-51
- 18- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Cabrera, E. & Máiquez, M.L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18(2), 113-120.
- 19- Sandoval, K. (2001). *Elaboración de sitio web sobre déficit atencional: ñUn recurso educativo para todosö*.
- 20- Urzúa A, Domic M, Ramos M, Cerda A, Quiroz J., Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit

de atención con hiperactividad en escolares chilenos. Rev Panam Salud Pública. 2010;27(3):157667

21- Vargas-Rubilar, J. & Arán-Filippetti, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12 (1), pp. 171-186.

TABLAS.

Tabla 1

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Criterios del Diagnóstico DSM-IV

Atención

- 1) A menudo no presta suficiente atención a los detalles, o comete errores por descuido en sus tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- 2) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 3) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- 4) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo, sin que ello se deba a comportamiento negativista, o a incapacidad para comprender las instrucciones.
- 5) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- 6) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como, por ejemplo, las actividades escolares o las tareas domésticas.
- 7) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- 8) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- 9) A menudo es descuidado en las actividades de la vida diaria.

Hiperactividad-Impulsividad

- 1) A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento.
- 2) A menudo abandona su asiento en el aula o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- 3) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- 4) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse con tranquilidad a actividades de ocio.
- 5) Está permanentemente en movimiento como si tuviera un motor.
- 6) Habla demasiado.
- 7) Contesta o actúa antes de que se terminen de formular las preguntas.
- 8) Tiene dificultades para formar en una fila o esperar su turno.
- 9) Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

Fuente: Tomado de DSM IV, 2004

Tabla 2
Interpretación Competencias Parentales

Ítems	Percentiles	Vinculares 14 ítems	Formativas 12 ítems	Protectoras 17 ítems	Reflexivas 11 ítems	Total 54 ítems
	90	54	46	64	39	198
	80	52	45	62	36	192
Zona	70	51	43	60	35	186
Optima	60	50	41	59	34	180
	50	48	40	57	33	176
Zona	40	46	39	55	31	171
Monitoreo	30	44	37	52	29	163
Zona	20	41	35	49	28	154
Riesgo	10	36	31	45	25	142

Tomado de: Manual E2P ((Gómez & Muñoz, 2015, p 36).

Tabla 3**Características Sociodemográficas**

	Frecuencia	%	% Valido	% Acumulado
Sexo Apoderados				
Femenino	52	100	100	100
Masculino	0	0	0	0
Edad Apoderados				
22-30 años	17	32.7	32.7	32.7
31-40 años	25	47.8	47.8	80.7
42-49	10	19.2	19.2	100
N	52	100	100	100
Escolaridad Apoderados				
Media Completa	23	44.2	44.2	44.2
Media Incompleta	17	32.7	32.7	76.9
Técnico	3	5.8	5.8	82.7
Básico	7	13.5	13.5	96.2
Universitaria	2	3.8	3.8	100
Estado Civil Apoderados				
Soltero	23	44.2	44.2	44.2
Casado	19	36.5	36.5	80.8
Conviviente	10	19.2	19.2	100
Ocupación de los Apoderados				
Dueña de casa	40	76.9	76.9	76.9
Temporera	3	5.7	5.7	82.6
Trabajos Técnicos	6	11.5	11.5	94.1
Trabajos Profesionales	2	3.8	3.8	97.9
Estudiante	1	1.9	1.9	100
Sexo Estudiantes				
Femenino	19	36.5	36.5	36.5
Masculino	33	63.5	63.5	100
Total	52	100	100	
Edad del Estudiante				
6-7	19	36.6	36.6	36.6
8-9	30	57.7	57.7	94.3
10	3	5.7	5.7	100.0
Total	52	100.0	100.0	100.0
Repitencia del Estudiante				
Si	0			
Ninguno	52	100.0	100.0	100.0
Discapacidad del Estudiante				
Si	1	1.9	1.9	1.9
No	51	98.1	98.1	100.0

Tabla 4

Competencias Parentales Totales en zonas.

	Zona Riesgo		Zona Monitoreo		Zona Óptima	
	N	%	N	%	N	%
Competencias Vinculares	16	30,8%	14	26,9%	22	42,3%
Competencias Formativas	6	11,5%	9	17,3%	37	71,2%
Competencias Protectoras	7	13,5%	17	32,7%	28	53,8%
Competencias Reflexivas	8	15,7%	18	35,3%	25	49,0%
Competencias Totales	6	11,5%	21	40,4%	25	48,1%

Tabla 5

Prevalencia de casos y rango de edad estimada de la DDA en una muestra aleatoria de 52 apoderados con hijos de 6 a 10 años del Colegio Valentín Letelier de Ovalle.

Tipo de DDA	Total (52)		Masculino (33)		Femenino(19)	
	N	%	N	%	N	%
Inatención	5	9.6	5	9.6	0	
Hiperactividad	3	5.7	2	3.8	1	1.9
Total	8	15.3	7	13.4	1	1.9

Tipo de DDA	Total (52)		N casos por edad		N casos por edad	
	N	%	6 años	7 años	8 años	9 años
Inatención	5	9.6	0	1	2	1
Hiperactividad	3	5.7	0	2	1	0
Total	8	15.3	0	3	3	1

Tabla 6
Correlaciones de Pearson

		Competencia Protectora	Síntoma Inatención
Competencias Protectoras	Correlación de Pearson	1	-0.351 *
	Sig (Bilateral)		0.11
	N	52	52
Síntomas	Correlación de Pearson	-0.351 *	1
	Sig (Bilateral)	0.11	
	N	52	52

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).



Carta de Asentimiento

Yo, _____ he leído o me ha sido leída la información que dice relación con mi participación de responder dos cuestionarios en formato selección de alternativas, material destinados para padres, apoderados y/o adultos responsables de los alumnos de 1ero a 4to básico.

He tenido la oportunidad de consultar mis dudas, y he recibido las respuestas. Me ha sido entregada la información asociada al Estudio "Relación entre Competencias Parentales y presencia de síntoma de Déficit Atencional", investigación llevada por alumnas de la Facultad de Psicología de la Universidad UNIACC.

Mi participación en este estudio es voluntaria y puedo ejercer mi derecho a retirarme de ella en cualquier momento del proceso, sin que esta decisión me afecte en modo alguno.

Apoderada (o) curso _____

Vínculo con el alumno _____

Se ruega en caso de requerir cualquier información adicional, consultar a las alumnas tesistas en cualquiera de los siguientes teléfonos:

- Marcia Matus / 974716260
- Cecilia Torres / 952275408
- Miriam Arenas / 983704638
- Andrea Zapata / 964267526

Carta de consentimiento informado

Anexo 2

Estimado /a padre, madre o Representante Legal:

Por medio de esta carta, nos dirigimos a usted solicitando su consentimiento para participar en un estudio que realizan las alumnas Marcia Matus, Miriam Arenas, Andrea Zapata y Cecilia Torres para obtener el grado de psicólogo, en la Universidad UNIACC de la ciudad de Santiago. La investigación está a cargo de la docente, Ps. Anaís Aluicio González.

Este estudio llamado *Relación entre Competencias Parentales y presencia de síntoma de Déficit Atencional*, se realizará en vuestra Escuela en los ciclos de 1ero a 4to. Básico, proceso facilitado por la presencia de las investigadoras con el objetivo de resolver todas sus dudas y de esa forma usted pueda decidir ser parte o no, de esta investigación.

Este proceso conlleva responder dos cuestionarios de evaluación a través de selección de alternativas, que se ajusten a su percepción y realidad, procedimiento que consideramos no deba tomarle más de 10 minutos en su completación. Los cuestionarios son anónimos, resguardando la identidad de cada familia y alumno, dado que lo importante para el estudio, es obtener el reflejo de la dinámica vincular y vuestra percepción respecto a su pupilo, de ese modo poder sustentar nuestra investigación y aportar tanto a vuestra Escuela como a una línea científica que pueda suscitarse. Somos muy claros en declarar que su participación no estará sujeta a perjuicio y/o beneficio de ningún tipo, siendo los resultados de la investigación entregados a la Escuela y si usted desea se les acerque los resultados, solo deberá ponerse en contacto con el investigador responsable al finalizar el estudio.

Finalmente, su participación es netamente voluntaria y se registrará con su firma, y en caso de no acceder no existirá ninguna consecuencia para usted. Lo importante es que usted sepa que tiene derecho a participar por ser parte de la comunidad estudiantil.

Apoderado asistente a reunión

Investigadora a Cargo

Ovalle, _____ de _____ de 2017.-

Anexo N° 3

Cuestionario Socio Demográfico

Estudio: òRelación entre las Competencias Parentales la presencia de DDA en niños desde los 6 a 8 añosö

DATOS DE QUIÉN CONTESTA:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FECHA: _____

SEXO:

MASC.	FEM.

NACIONALIDAD: _____

SITUACIÓN CONYUGAL: (Marque con una x en el cuadro correspondiente)

a) Soltero	
b) Casado	
c) Divorciado	
d) Viudo	
e) Conviviente	

f) Separado	
-------------	--

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Menores de 18 años _____

¿Cuántos hijos tienen? _____

A qué edad tuvo su hijo (a) _____

NIVEL EDUCATIVO: (Marque con una x en el cuadro correspondiente)

a) Sin escolaridad	
d) Primaria incompleta	
b) Primaria completa	
c) Media incompleta	
d) Media completa	
d) Técnico	
e) Universitaria Incompleta	
f) Universitaria Completa	

SITUACIÓN LABORAL:

Actividad/Profesión u oficio: _____

DATOS SOBRE EL NIÑO (A) RESPECTO AL CUAL CONTESTARÁ EL CUESTIONARIO, POR FAVOR SEÑALE:

¿Cuál es su relación con el niño/a?: (Marque con una x en el cuadro correspondiente)

a) Padre	
b) Madre	
c) Abuelo(a)	
d) Otro familiar	
e) Cuidador no familiar	

Es usted el apoderado del niño (a) (Marque con una x en el cuadro correspondiente)

SI	NO

Nombre del Niño (a) _____

Edad del Niño (a): _____

Sexo del Niño (a): _____

Curso : _____

El niño (a) ha repetido de curso:

SI	NO

El niño (a), ¿Qué curso repitió?

El niño (a) ¿Tiene alguna discapacidad diagnosticada?

SI	NO

¿Cuál? _____

El niño (a) ¿Toma algún medicamento?

SI	NO

¿Cuál? _____

El niño (a) ¿Tiene algún problema emocional que le preocupe?

SI	NO

¿Cuál?

Anexo N° 4

Escala de Parentalidad Positiva (E2P)

4-7 años

<i>Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yoí</i>		Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.-	Me hago el tiempo para jugar, dibujar y hacer otras cosas con mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
2.-	Con mi hijo/a, cantamos o bailamos juntos/as	C/N	A/V	C/S	S
3.-	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad	C/N	A/V	C/S	S
4.-	Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (<i>ej.: me doy cuenta si está mal genio porque está enfermo, extraña a su abuelo o tuvo un día "difícil" en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
5.-	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (<i>ej., le digo "eso que sientes es miedo", "tienes rabia", "te ves con pena"</i>)	C/N	A/V	C/S	S
6	Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi hijo/a (<i>ej., le leo un cuento antes de dormir</i>)	C/N	A/V	C/S	S
7	Mi hijo/a y yo conversamos de los temas que a él o ella le interesan (<i>ej., le pregunto por sus amigos del colegio o sus series de televisión</i>)	C/N	A/V	C/S	S
8	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (<i>ej., entiendo su pena cuando pierde un juguete muy querido; ej.: en una discusión entiendo su punto de vista</i>)	C/N	A/V	C/S	S

9	Cuando mi hijo/a está estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (<i>ej., cuando está enfermo o ha tenido un problema en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
10	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
11	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas	C/N	A/V	C/S	S
12	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, logro calmarlo/a en poco tiempo	C/N	A/V	C/S	S
13	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (<i>ej., a las escondidas, deportes, legos, videojuegos...</i>)	C/N	A/V	C/S	S
14	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (<i>ej., le digo "hijo/a, te quiero mucho" o le doy besos y abrazos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
15	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (<i>ej., le doy ejemplos de cosas que conoce, se lo explico usando sus juguetes</i>)	C/N	A/V	C/S	S
16	Hablo con mi hijo/a sobre sus errores o faltas (<i>ej., cuando miente, trata mal a otro, o toma algo prestado sin permiso</i>)	C/N	A/V	C/S	S
17	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (<i>ej., la visita de los familiares o una salida que hicimos o lo que está aprendiendo en el colegio</i>)	C/N	A/V	C/S	S
18	Le explico cuáles son las normas y límites que deben respetarse (<i>ej., horario de acostarse, horario de hacer tareas escolares</i>)	C/N	A/V	C/S	S
19	Le explico que las personas pueden equivocarse	C/N	A/V	C/S	S
20	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (<i>ej., si le he gritado o me he demorado mucho en responderle</i>)	C/N	A/V	C/S	S

21	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo/a (<i>ej., le doy "pistas" para que tenga éxito en una tarea, sin darle la solución</i>)	C/N	A/V	C/S	S
22	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (<i>ej., elegir su ropa o qué película quiere ver</i>)	C/N	A/V	C/S	S
23	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (<i>ej., horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida</i>)	C/N	A/V	C/S	S
24	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (<i>ej., pedir disculpas o ayudar a ordenar</i>)	C/N	A/V	C/S	S
25	Le enseño a mi hijo/a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños.	C/N	A/V	C/S	S
26	Le explico cómo espero que se comporte <i>antes</i> de salir de casa (<i>ej., ir a comprar a la feria, "esta vez no me pidas juguetes", "no te alejes de mi en la calle"</i>)	C/N	A/V	C/S	S
27	Me relaciono con los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a (<i>ej., converso con ellos/ellas en un cumpleaños, o cuando vienen de visita</i>)	C/N	A/V	C/S	S
28	Me relaciono con las familias de los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
29	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo/a realiza en la escuela o jardín infantil (<i>ej., pregunto a la profesora o a otro apoderado</i>)	C/N	A/V	C/S	S
30	Asisto a las reuniones de apoderados en la escuela o jardín infantil	C/N	A/V	C/S	S
31	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien	C/N	A/V	C/S	S

32	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en qué personas se puede confiar (<i>ej., a quién abrirle la puerta y a quién no, que nadie puede tocarle sus partes íntimas</i>)	C/N	A/V	C/S	S
33	Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares (<i>ej., cuando está enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasada</i>)	C/N	A/V	C/S	S
34	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en mi comuna para apoyarme en la crianza (<i>ej., el Consultorio, la Municipalidad, los beneficios del Chile Crece Contigo</i>)	C/N	A/V	C/S	S
35	Si tengo dudas sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda	C/N	A/V	C/S	S
36	En casa, mi hijo/a utiliza juguetes u objetos que estimulan su aprendizaje de acuerdo a su edad (<i>ej., pinturas, rompecabezas, juegos de ingenio, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
37	En casa, mi hijo/a lee (o intenta leer) libros y cuentos apropiados para su edad	C/N	A/V	C/S	S
38	Superviso la higiene y cuidado que necesita (<i>ej., lavarse los dientes, bañarse, vestirse</i>)	C/N	A/V	C/S	S
39	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa, para jugar y distraerse (<i>ej., ver sus cuentos, armar sus rompecabezas, pintar, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
40	En casa, logro armar una rutina para organizar el día de mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
41	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad (<i>ej., que coma verduras, frutas, leche, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
42	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado	C/N	A/V	C/S	S

43	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud (<i>ej., sus vacunas, control sano, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
44	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan (<i>ej., juntarme con mis amigos, ver películas</i>)	C/N	A/V	C/S	S
45	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad (<i>ej., decidir llevarlo al parque para que desarrolle su destreza física, o a cumpleaños para que tenga amigos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
46	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones (<i>ej., respiro hondo antes de entrar a casa</i>)	C/N	A/V	C/S	S
47	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a	C/N	A/V	C/S	S
48	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (<i>ej., las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos</i>)	C/N	A/V	C/S	S
49	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza (<i>ej., participar de una liga de fútbol, grupos de baile, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
50	Siento que tengo tiempo para descansar	C/N	A/V	C/S	S
51	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (<i>ej., si habla de acuerdo a su edad, si su estatura y peso está normal, etc.</i>)	C/N	A/V	C/S	S
52	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (<i>ej., me siento contenta/o, me gusta cómo me veo</i>)	C/N	A/V	C/S	S
53	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a (<i>ej., si tengo peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo</i>)	C/N	A/V	C/S	S
54	Logro anticipar los momentos difíciles que	C/N	A/V	C/S	S

	vendrán en la crianza, y me preparo con tiempo <i>(ej., me informo de cómo apoyarlo en su ingreso al colegio, etc.)</i>				
--	--	--	--	--	--

Instrucciones Cuestionario Parentalidad Positiva.

Este cuestionario Escala de Parentalidad Positiva tiene como objetivo identificar aquellas prácticas que usted usa al relacionarse con su hijo, hija, niño o niña a su cargo. Por favor asegúrese de entender muy bien estas instrucciones antes de continuar. En el cuestionario se presentan una serie de frases que describen situaciones habituales de crianza. Frente a cada afirmación se le pide escoger entre 4 opciones:

C/Nö(Casi Nunca).	õA/Vö (A veces).	õC/Sö (Casi Siempre).	õSö (Siempre).
Si la afirmación es muy poco cierta o casi nunca ocurre.	Si describe algo parcialmente cierto o que ocurre solo a veces.	Si es una situación bastante más cierta o habitual.	Y si la afirmación describe algo totalmente cierto o que ocurre todo el tiempo.

Por ejemplo: si durante los últimos seis meses la afirmación: *õCon mi hijo/a jugamos en las tardesõ* es algo que casi nunca realizan, entonces marque la opción *õC/Nö*; y si durante los últimos seis meses la afirmación: *õConverso con mi hijo/a sobre sus preocupacionesõ* describe algo que ocurre sólo a veces, entonces marque la opción *õA/Vö*.

Si usted no es el padre o madre del niño/a, asuma que donde dice *õhijoõ* o *õhijaõ* se refiere al niño, niña o adolescente que usted está criando o cuidando.

- ❖ Recuerde marcar una sola opción en cada afirmación. Conteste todas las preguntas del cuestionario.
- ❖ Por favor, conteste con la mayor sinceridad posible.
- ❖ No hay respuestas correctas o incorrectas; por ello, escoja la respuesta que mejor refleje su realidad.
- ❖

Anexo 5

Cuestionario DDA

El segundo cuestionario tiene como objetivo identificar síntomas de trastorno de déficit atencional de su hijo(a), consta de 18 preguntas, en donde debe responder de la siguiente manera:

Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
--------------	----------------------	---------------------	---------------------

Inatención

1	No pone atención a los detalles y comete errores por descuido en sus tareas	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
2	Tiene dificultades para mantener la atención en las tareas y en los juegos	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
3	No parece escuchar lo que se le dice	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
4	No sigue las instrucciones o no termina las tareas en la escuela o los oficios en la casa a pesar de comprender las órdenes	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
5	Tiene dificultades para organizar sus actividades	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
6	Evita hacer tareas o cosas que le demanden esfuerzos	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
7	Pierde sus útiles o las cosas necesarias para hacer sus actividades	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
8	Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
9	Olvidadizo en las actividades de la vida diaria	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre

Hiperactividad e Impulsividad

10	Molesta moviendo las manos y los pies mientras está sentado	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
11	Se levanta del puesto en la clase o en otras situaciones donde debe estar sentado	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
12	Corretea y trepa en situaciones inadecuadas	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
13	Dificultades para relajarse o practicar juegos donde deba permanecer quieto	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
14	Está permanentemente en marcha, como si tuviera un motor por dentro	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
15	Habla demasiado	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
16	Contesta o actúa antes de que se le terminen de formular las preguntas	Nunca	Algunas Veces	Muchas veces	Casi siempre
17	Tiene dificultades para hacer filas o esperar turnos en los juegos	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
18	Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

¡Gracias por su colaboración!

