



Universidad Alberto Hurtado
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

El Trastorno de Deficit Atencional: un enfoque desde lo social.

**Tesis para optar al título profesional de
Trabajador Social**

Por
María Jesús Avello Rifo

Profesor Informante: Lorena Valencia Gálvez

Santiago, 2013

A mis abuelos por todo el amor
que siempre me entregaron.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por la comprensión ante mis decisiones, el amor la comprensión, el interés, la paciencia y por regalarme la oportunidad de llegar a esta instancia. A mis hermanas por la compañía y las palabras de apoyo en los momentos precisos. A mis padrinos y prima por la confianza y el cariño de siempre.

A Lorena Valencia y Natalia Hernández por la confianza, el cariño y el apoyo para llevar a término este proceso. Y a todos los profesionales que acompañaron el proceso formativo, Cecilia Aguayo, Paola Marchant, Giannina Muñoz, por su profesionalismo, entrega a sus estudiantes y calidad humana. También a los administrativos, personal de aseo y guardias por la sonrisa de todos los días.

A mis amigas y amigos, por el cariño, la dedicación y disposición de ayudar en este proceso. A Rodolfo por ser el mejor compañero de vida, por todo el amor, comprensión y tiempo entregado durante estos años.

Al Equipo de trabajo del Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai, por el cariño, profesionalismo y entrega en su trabajo diario, y el apoyo, cariño y compañía desinteresado que me entregaron durante mi estadía de trabajo.

Y por sobre todo a las familias que abrieron su puerta con total confianza y desinterés, dejándome entrar en la privacidad de su hogar y compartiendo conmigo sus historias de vida, de las cuales pude conocer las interminables carencias generadas por una sociedad desigual e injusta. Porque sin ellas nada de esto hubiese sido posible, mis infinitos agradecimientos, son para ellas.

CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I.....	7
1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.2 Articulación proceso de investigación/intervención.....	12
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	18
Objetivo general:	18
Objetivos específicos:.....	18
1.4 HIPOTESIS DE TRABAJO.....	18
CAPITULO II.....	19
2 Marco Teórico	19
2.2 Salud mental	19
2.3 La familia	22
2.3 Modelo Biopsicosocial v/s Modelo Biomédico	24
CAPITULO III.....	27
3 Marco Metodológico	27
3.1 Perspectiva epistemológica	27
8.2 Tipo de investigación.....	28
8.3 Metodología de investigación.....	28
8.4 Técnica de recolección de información	29
8.5 Muestra	30
8.6 Plan de análisis.....	31
IX. TESTEO DE INSTRUMENTO	32
X. RESULTADOS Y ANÁLISIS	33
Análisis de datos e información	37
Características sociodemográficas.....	37
Dinámicas familiares	47
Valoración escolar.....	51
Características de alimentación	60
Características de estudio.....	64

Características del juego.....	66
XI. CONCLUSIONES.....	73
XII. BIBLIOGRAFÍA	78
XIII. ANEXOS.....	82

RESUMEN

La presente investigación se enmarca dentro del conocer las características familiares de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), del Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai que favorecen una evolución favorable del Trastorno de Déficit Atencional (TDA-H) y Trastornos asociados, esto dentro del contexto que le entrega estar situado en la comuna de Peñalolén, cabe destacar que todos los NNA con los que se trabaja pertenecen a colegios públicos de la comuna.

La hipótesis bajo la cual se realizó el estudio es que existen ciertas características familiares que favorecen de mejor manera la evolución del tratamiento biomédico para el TDA-H y sus trastornos asociado.

El modelo metodológico utilizado para el presente estudio, es un modelo mixto, ya que se consideró para el estudio de variables el análisis de datos cuantitativos, información obtenida por medio de una encuesta cerrada de preguntas en base a diversas características familiares. Por otro lado se realiza un análisis de contenido en base a las anotaciones realizadas por la investigadora en bitácoras etnográficas, en donde se plasmó la experiencia tanto desde lo subjetivo, como desde lo objetivo de relatos textuales.

La muestra utilizada fue intencionada, utilizando 52 casos del total de 221 con los que trabaja actualmente el Centro Suyai. Las familias escogidas fueron seleccionadas de acuerdo a cierta cantidad no equitativa obtenida de cada colegio de los 13 con los cuales se trabaja, con el fin de mezclar territorios y contextos diversos en los resultados.

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene como objetivo, dar cuenta el proceso de investigación llamado: “Trastorno de déficit atencional desde una perspectiva social: una mirada desde las características familiares”. Estudio realizado bajo el alero de Seminario de Título de la carrera de Trabajo Social en la Universidad Alberto Hurtado.

Para la presente investigación se trabajó con familias que tienen al menos un integrante en edad escolar perteneciente a la red de colegios públicos de la comuna de Peñalolén y que fueron diagnosticados con TDAH, por lo que están recibiendo tratamiento médico y psicológico en el Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai, perteneciente a la misma comuna.

Las intervenciones en relación al TDAH son abordadas en Chile casi exclusivamente desde el ámbito médico, no desconociendo pero si excluyendo el trabajo paralelo o multidisciplinar con la disciplina del Trabajo Social, esto debido a los múltiples contextos desfavorables para intervenir asociado a lo social. La presente investigación sitúa desde ahí sus cimientos, ya que el Centro Suyai reconoce el nulo o bajo nivel de avance con aquellos niños, niñas o adolescente (NNA) que pertenecen a contextos sociales y familiares complejos, que no pueden ser abordados desde la medicina, ya que las problemáticas responden al área de lo social.

Desde lo anterior es que el presente estudio busca conocer las características familiares bajo las cuales viven los NNA del Centro Suyai, esto desde la hipótesis de que hay características familiares recurrentes dentro de estos contextos las cuales generan una respuesta negativa al tratamiento médico por tratarse el TDAH no sólo de una enfermedad biológica sino de una respuesta del ser humano ante situaciones específicas y contextos complejos.

Palabras claves de la investigación: **TDA-H, Factores incidentes en el TDA-H, Salud mental, Familia, Pobreza.**

CAPÍTULO I

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

Suyai, es un centro de apoyo al aprendizaje, dependiente de la Corporación Municipal de Peñalolén (CORMUP), la cual dentro de sus objetivos tiene como labor velar por la entrega de educación pública de calidad en la comuna de Peñalolén, bajo este objetivo surge el centro Suyai.

Se detectó en los colegios públicos de la comuna la existencia de múltiples casos de mal comportamiento que a primera vista y por diagnóstico de las duplas psicosociales de cada colegio corresponderían a niños, niñas y adolescentes (NNA) con Trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad (TDA-H). La sobredemanda de casos en los hospitales públicos y consultorios retardaba demasiado la intervención que los colegios requerían, por lo que la CORMUP, ofrece como solución crear un Centro de Apoyo al aprendizaje, en donde se ofrece apoyo, psiquiátrico, psicológico y psicopedagógico para los NNA pertenecientes a colegios públicos de la comuna, los que suman un total de 15 colegios, ofreciendo a su vez 13 cupos por escuela, a excepción de dos a las cuales se les entrego un cupo extra, lo que suma un total de 221 cupos.

A modo de síntesis el tema principal de la presente investigación se relaciona con conocer las características familiares de los NNA que se encuentran en un proceso de intervención médica o psicológica en el Centro Suyai, por TDAH o algún trastorno asociado con el fin de conocer la incidencia y recurrencia de ciertas características que pudiesen afectar el tratamiento médico, avalando una hipótesis que plantea que el TDAH tendría muchas causas sociales asociadas y que no son consideradas en el diagnóstico médico.

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El Trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad y sus trastornos asociados, es un problema categorizado como de salud mental por el área psiquiátrica, altamente abordado como fenómeno desde el área de la salud, desde la psicología y psicopedagogía, pero desde la perspectiva de este estudio, se analizara desde su ámbito social, es decir, el fenómeno a investigar fue, el Trastorno de déficit atencional en contextos vulnerables.

Se buscó conocer, cómo existen ciertas características familiares que pudiesen favorecer la existencia y prevalencia de conductas relacionadas al TDA-H en niños, niñas y adolescentes en la comuna de Peñalolén, estudiantes de colegios públicos de la comuna.

Conocer al mismo tiempo la particularidad de estas familias, y poder estudiar si existe prevalencia de ciertas características ligadas a determinadas sub-categorías de análisis y que al mismo tiempo pudiesen establecer algún tipo de relación con el TDA-H con el cual son diagnosticados y por el cual ingresan al programa de intervención del Centro Suyai.

Conceptualmente el fenómeno institucional se entiende principalmente en el trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad, en base al TDA-H la institución basa su conceptualización en lo establecido desde el DSM-IV, por ende ya nos habla de que lo interviene como enfermedad, de acuerdo a esto la enfermedad se diagnóstica como tal si el niño/a o adolescente cumple con todos los criterios esenciales y seis o + de los criterios de déficit de atención o de hiperactividad o impulsividad. “El TDAH es un trastorno psiquiátrico de origen biológico, a nivel cerebral, y con transmisión genética, que afecta a la capacidad del niño, adolescente o adulto de: a) regular su nivel de actividad, por lo que tienen hiperactividad, b) inhibir o frenar sus ideas, pensamientos o comportamiento, por lo que tienen impulsividad, y c) prestar atención a las acciones que realizan, por lo que sufren inatención. El niño con TDAH tiene gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, presenta un nivel alto de actividad inadecuado para su edad, se distrae muy fácilmente y es muy impulsivo” (Soutullo, C., 2008. Pág. 3) Esto se aborda desde un enfoque biomédico, que ve el trastorno desde la concepción de enfermedad, esto se condice totalmente con lo planteado anteriormente en relación al modelo positivista de intervención llevada a cabo actualmente dentro del Centro Suyai.

En Chile y el mundo, el Trastorno de déficit atencional (TDAH) es el problema de salud mental más frecuente en niños, niñas y adolescentes en edad escolar; se estima que entre 1,0% y 1,3% de los escolares chilenos de enseñanza básica requieren tratamiento específico por este trastorno (...) Se ha documentado que este es el diagnóstico neurológico más frecuente en los servicios de atención primaria. (Lavados PM. y otros en Urzúa A. y otros, 2010)

A diferencia de lo anteriormente planteado, desde el punto de vista del presente estudio, se busca dar a conocer el contexto social dentro del cual se insertan las familias, que a su vez cuentan con al menos un integrante diagnosticado y tratado por TDA-H en el Centro Suyai, y de este modo conocer como el TDA-H pudiese entenderse y comprenderse como una respuesta del ser humano a su situación de vida actual y contexto familiar en el cual vive, más que a un desorden de corte netamente biológico.

Esta problemática se articula al proceso de intervención el cual consiste en conocer la situación actual de las familias, trabajando de manera individual una pauta formativa en diversos ámbitos (sueño, alimentación, estudio, trato, etc.) y orientando en la situación actual de cada una de las familias con las que se intervino.

El presente estudio, estará al servicio de la intervención con el fin poder levantar una nueva línea de intervención social desde un área social, la cual se busca establecer por medio de esta experiencia, es por este motivo que resulta fundamental conocer a las familias que integran cada uno de los NNA del Centro Suyai, con el propósito de conocer los recursos socio-familiares con los que se cuenta para apoyar la intervención que desde ya se realiza.

El trastorno de déficit atencional con o sin hiperactividad “es uno es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia. Este concepto se aplica a los niños que además de su excesiva inquietud, tienen dificultades para concentrarse y, por lo tanto, problemas en el aprendizaje que no pueden evitar comportarse de una manera poco adecuada y que se muestran inmaduros para su edad. Además es esencial para ser incluidos en esta categoría que mantengan este comportamiento de forma persistente” (Sibón, A. 2010, pág. 1). Lo anterior tiene referencia con la causa por la que son derivados los niños, niñas y adolescentes al Centro Suyai, ya que la falta de concentración y el comportamiento “disfuncional” establecido por la observación en aula por parte de los profesores serían una consecuencia del TDA-H. Los estudiantes llegan derivados por parte de la dupla psicosocial del colegio a petición del profesor, el

cual tiene que responder un test de Conners y otro los padres, mientras más puntos obtengan en el test es más alta la necesidad de una intervención farmacológica, esto debido a que los parámetros por los que se mide en Chile si un niño “padece” TDA-H está basado en lo que plantea el DSM-V (Manual diagnóstico y estadísticos, de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría), esta intervención apoyada por atención psicológica a fin de aportar apoyo en los momentos de crisis del niño.

A nivel mundial se observan las siguientes cifras, “en Estados Unidos se estiman prevalencias que van desde un 3 a un 5%, a diferencia de Europa, donde se obtienen prevalencias de 1,5%” (Urzúa, A. y otros, 2009).

En Chile los índices plantean lo siguiente, “se ha encontrado una prevalencia del 5% de trastornos del aprendizaje y del 6,2% de trastorno por déficit atencional, de los cuales más del 50% presentaría comorbilidad con otras patologías de salud mental como por ejemplo: alteraciones de la conducta (25%), ansiedad (26%) y trastorno oposicionista desafiante (35%). Estos porcentajes se verían reflejados en los Establecimientos Educativos de Peñalolén” (Documento institucional, 2011, pág. 2)

Los párrafos anteriores se encuentra relacionados debido a que a nivel mundial son diversos los porcentajes de diagnóstico de TDA-H, ya que los parámetros y criterios de diagnóstico son distintos, en el Caso de Chile y al igual que en Estados Unidos se utilizan los criterios determinados por el recién publicado DSM-V, y podemos ver que los porcentajes de diagnóstico se asemejan, por otro lado tenemos la experiencia francesa en donde los criterios de diagnóstico no solo se basan en los factores bioquímicos cerebrales, sino que, si bien se consideran aspectos biológicos se pone énfasis en los factores psicosociales y contextuales que rodean al niño, y en base a eso se interviene, es por esta razón que los índices franceses, 0,5% de la población infantil es diagnosticada con TDA-H, son tan bajos en relación a los americanos o chilenos, es la psicóloga Marilyn Wedge norteamericana, quien recientemente ha desarrollado este cuestionamiento en base al TDA-H y su diagnóstico.

A nivel mundial se desarrollan muchas investigaciones en base al TDA-H desde una perspectiva biológica y neurológica la cual pone todo el énfasis de la enfermedad en la causas cerebrales que pudiesen ocasionar tal comportamiento en el ser humano, pero se han invisibilizado las causas o factores psico-sociales que pudiesen influir en el comportamiento y adaptación del niño al ambiente escolar.

“En el contexto Latinoamericano y del Caribe, la familia probablemente sea el factor más importante de desarrollo y salud de las/os adolescentes. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir y fijar límites. Asimismo, las relaciones significativas con adultos o pares, constituyen una importante fuente de apoyo. A través de estas relaciones las/os jóvenes amplían factores de resiliencia para su desarrollo y salud” (Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. 2003. Pág. 20)

“La evidencia muestra que la gente joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo” (Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. 2003. Pág. 20)

En síntesis de lo anteriormente planteado es que se busca por medio de esta investigación establecer el vínculo entre la familia, sus características y las problemática del TDA-H y sus trastornos asociados, conociendo de mejor manera cuales son las características prevalentes dentro del grupo de estudio.

Por consiguiente se plantea la siguiente pregunta de investigación, **¿De qué manera conocer las características familiares de los niños, niñas y adolescentes del Centro Suyai, favorece la evolución favorable del tratamiento biopsicosocial para el TDA-H?**

1.2 Articulación proceso de investigación/intervención

	Fenómeno	Objetivo general	Proceso	Resultado
Proceso de investigación	Niños, niñas y adolescentes con TDA-H y/o trastornos asociados, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad social	Conocer de qué manera las características familiares de los niños, niñas y adolescentes, del Centro Suyai favorecen una evolución favorable del tratamiento biopsicosocial del TDA-H.	Para concretar el objetivo de investigación, se encuestó a 52 familias como muestra del universo total, y se segmentó por categorías de familias, con el fin de conocer sus características y como se segmentan en relación al tratamiento médico.	Se agrupan tres categorías de familias, en las que se refleja como las características familiares influyen en la desregulación del comportamiento, lo que conlleva un tratamiento médico más fuerte en cuanto a medicamentos.
Proceso de intervención		Contribuir a la formación para la implementación del área social, en el Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai.	Se utilizó la visita domiciliaria para la aplicación de la encuesta, y al mismo tiempo se intervino bajo el trabajo formativo de las familias en relación al apoyo que pueden entregar las familias desde ámbitos concretos para favorecer el tratamiento médico llevado a cabo por Centro Suyai.	Se amplió el conocimiento de necesidades específicas de cada familia, por lo que se realizó un trabajo de intervención por medio de redes, de acuerdo a la problemática familiar. Al ampliar la mirada se pudo realizar una intervención médica desde un enfoque de mayor integralidad, pues se contaba con información social relevante en base a cada caso.

A. Identificar en qué nivel se visualizan las articulaciones que se presentan (epistemológica, teórica, metodológica) y las vinculaciones realizadas.

Como es posible visualizar en el cuadro anterior, que representa la vinculación entre Investigación/Intervención, es posible divisar que ambos procesos tuvieron su base en el mismo fenómeno social, el cual guarda relación con, “Niños, Niñas y Adolescentes con Trastorno de Déficit atencional y/o trastornos asociados, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad”. Ambos procesos fueron constantemente tensionados, y a continuación se presenta su articulación desde diversas aristas:

- Articulación sistémica desde el enfoque ecológico: Ambos procesos se desarrollaron bajo el alero de la corriente epistemológica de la Teoría de sistemas desde el enfoque ecológico de Bronfrenbrenner, esto debido a que pareció desde la perspectiva de la investigadora la más coherente para el proceso, pues presenta al individuo en relación al ambiente, y plantea que es el ambiente el que va construyendo al ser humano. “Una de las principales apuestas teóricas de modelo ecológico es que la conducta parental esta múltiplemente determinada por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad, y en la cultura que el individuo y la familia están inmersos” (Lila, M., Gracia, E., 2013. Pág. 108) Es por el argumento anterior, que se escogió investigar e intervenir desde este enfoque, ya que se comprendió el fenómeno, desde la amplitud que pudiese estar generando el TDA-H y/o Trastornos asociados, y no como una enfermedad proveniente únicamente de causas biológicas individuales del ser humano.
- Articulación contextual: Contextualmente se dio construcción al fenómeno de ambos procesos en la comuna de Peñalolén, los Niños, Niñas y Adolescentes pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad, provienen de colegios públicos de la comuna, los cuales se sitúan geográficamente en medio de las poblaciones de la comuna con mayor riesgo social, por ende las familias participantes del proceso de investigación no corresponde a cualquier tipo de familia, sino al porcentaje de familias más vulnerables económicamente de la comuna.

- Articulación Ética, política y valórica: Para el proceso anual fue transversal el enfoque epistémico escogido y descrito con anterioridad, es justamente este enfoque la base ética, política y valórica que fundamenta el proceso, ya que se comprende desde una visión política la importancia que tiene la familia en el desarrollo del ser humano. “En particular, las familias han debido asumir nuevas responsabilidades como consecuencia de la existencia de sistemas de seguridad social con escaso desarrollo” (Guerra, R. 2011. Pág. 5)

Chile ha crecido económicamente de manera sustantiva, pero no ha habido políticas públicas que velen para que este crecimiento sea equitativo hacía su población, por lo que las familias han debido hacerse cargo de este cargo contemporáneo en donde la globalización ha abierto puertas para el aumento de consumo, el aumento en el valor de la vida que lamentablemente no se condice con el aumento de salarios en el país, ni en las mejoras de problemáticas como la salud que es la que nos convoca.

Desde el ámbito valórico es el valor de la igualdad el que sustenta ambos procesos, por una parte la intervención buscó generar nuevos espacios formativos a los padres, los cuales por el modelo desigual de crecimiento no tuvieron la posibilidad de educación que les permita comprender de mejor manera el proceso de salud que enfrentan sus hijos. Desde la investigación se buscó conocer la realidad de las familias desde sus propios hogares, con el fin de presentar una propuesta de intervención atinente a la necesidad existente por parte de las Familias del Centro Suyai.

- Articulación de metodología: Ambos procesos fueron articulados, siendo imprescindible el uno para el otro, más aún la investigación para la intervención, ya que metodológicamente el proceso se diseñó de tal manera que las visitas domiciliarias sería la técnica por la que se aplicaría la encuesta y se trabajaría el proceso formativo. Fue la visita considera la mejor opción por diversos motivos, uno de ellos la precariedad y falta de recursos de las familias para costear los pasajes del transporte público, la falta de espacio dentro del Centro Suyai para poder atender en sus dependencias, pero la más importante fue poder conocer a las familias, dentro de su espacio de seguridad, con el fin de generar un espacio de distensión y confianza, y de este modo poder conocer realmente las situaciones específicas de cada familia.

B. Vincular esta articulación con los resultados del proceso de investigación e intervención desarrollados

En relación a los resultados obtenidos en ambos procesos es posible establecer que de ambos procesos se obtuvo resultados positivos para esbozar futuras intervenciones dentro del Centro Suyai, ya que se levantó información y construyó una nueva línea de intervención social, en un espacio médico en donde nunca antes se contó con este recurso, el cual al finalizar el proceso, fue valorado de manera positiva por el equipo de trabajo, ya que permitió ampliar el conocimiento en cada caso.

Desde el proceso de intervención, fue posible formar al menos a un adulto responsable y en otros casos al grupo familiar en relación a diversas características que ellos como grupo pueden abordar, como lo son el tiempo de estudio, el tiempo de distracción del NNA, el higiene personal, y dentro del mismo proceso fue posible evidenciar y buscar líneas de intervención para problemáticas que surgieron desde el acompañamiento formativo, tales como depresión de alguno de los padres, problemas de negligencia infantil por adultos responsable en situación de consumo de alcohol o drogas, abandono por parte de los adultos responsables, y lamentablemente la tan dolorosa problemática de infancia, como lo es el abuso sexual infantil. En base a lo anterior, es que se utilizó la estrategia de redes para movilizar distintas aristas de trabajo en cada caso, desde el apoyo con las redes comunales y la escuela.

En base a lo anterior se articula el proceso y resultados de la investigación, ya que abrió el espacio para conocer el interior de los hogares, las dinámicas originadas en cada uno de ellos, la problemáticas que afrontan a diario sin ningún tipo de apoyo. Permitted conocer como la mayoría de las madres mantienen como único ingreso la asignación familiar que les entrega el gobierno, la cual no superar los ocho mil pesos por cada beneficiado, desde el espacio de investigación se levantó la información necesaria para justificar la necesidad e importancia de integrar a un Trabajador Social al Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai, con el fin de tener a un profesional que trabaje de manera exclusiva con los casos que allí asisten, pues las duplas psicosociales de los colegios de la REDUCA, no dan abasto con la las múltiples problemáticas que surgen al interior de la escuela, por

lo que el Centro Suyai tampoco tiene la libertad de exigir mayor preocupación o un trabajo más ágil en los que a sus casos específicos compete.

En base al proceso de investigación y como se verá a lo largo del análisis de datos de la presente tesis, es posible afirmar la necesidad urgente de que el Centro Suyai, pueda hacerse cargo de las problemáticas sociales de los NNA que allí son atendidos desde un enfoque médico.

Ambos procesos fueron articulados también desde que las variables consultadas en la encuesta las que a su vez fueron trabajadas desde la intervención formativa con las familias, pudiendo ver los resultados del proceso, en mejoras sustantivas de casos complejos en relación al higiene personal, niños con horas del sueño más regulado, grupos familiares con disminución de discusiones familiares frente a los niños, esto fue evidenciado por psiquiatras y psicólogos del Centro Suyai.

C. Revisar y reinterpretar el fenómeno, identificando con claridad los aprendizajes disciplinares en Trabajo Social

El fenómeno fue comprendido desde ambos procesos como lo que ya se ha nombrado “Niños, niñas y adolescentes con TDA-H y/o trastornos asociados, pertenecientes a familias en situación de vulnerabilidad social”, se ha considerado que el fenómeno, es dinámico, ya que se pudiese transformar la situación de tratamiento por TDA-H y/o trastornos asociados, si existiese un proceso de intervención de manera paralela con la familia, con el propósito de conocer cuáles son las problemáticas familias no tratadas las que pudiesen estar afectando en el comportamiento del sujeto de intervención.

El fenómeno fue re-significado a lo largo del proceso, ya que en primera instancia se responsabilizaba a la familia de la situación del NNA, pero por medio del proceso fue posible establecer, que la familia es una víctima también del sistema económico desigual establecido en Chile, por lo que el proceso de re-significa, para apoyar a la familia en su situación y buscar líneas de acción de acuerdo a las necesidades específicas que pudiesen presentar cada familia.

Con el proceso de Investigación/Intervención, fue posible establecer la importancia existente dentro de la disciplina de investigar y conocer desde nuestro enfoque los fenómenos sociales en los que luego se interviene, y generar este conocimiento desde los mismos sujetos de intervención, y de este modo diseñar propuestas de intervención provenientes de los mismos sujetos, ya que el problema en Chile, es el hecho de que las políticas sociales se diseñan desde un

escritorio, por lo que al momento de implementarlas se genera el descontento social, por no ver reflejadas sus reales necesidades en estas políticas. “La intervención en lo social básicamente se vincula con el conocimiento a posteriori, su saber proviene de la práctica cotidiana, la intervención se funda en el hacer y es desde allí de donde debe abreviar el conocimiento y especialmente las preguntas a otros campos de saber” (Carballeda, A. S/F .Pág. 5)

Desde la reinterpretación del fenómeno de intervención, surgió el conocimiento por la importancia que tiene instaurar la intervención social dentro de los procesos de salud mental, y proponer el trabajo paralelo entre la intervención médica y la intervención social, pues al menos dentro de este proceso fue posible conocer que si bien existen diagnósticos de Coeficiente intelectual limítrofe, Déficit intelectual en distintos niveles, Trastornos generalizados del desarrollo, hay muchos de los trastornos con los que trabaja el centro, los cuales tienen como base de desarrollo las problemáticas socio-familiares en las que se encuentran inmersos los NNA, con esto se quiere establecer que por medio de esta tesis en ningún caso se quiere negar la existencia de características biológicas que generan el desarrollo de TDA-H y/o trastornos asociados, pero si se quiere establecer que hay de manera efectiva características familiares que generan y potencian de manera negativa el desarrollo de la enfermedad.

Es necesario desde el rol del Trabajador Social, situarse en el ámbito de la salud mental con el fin de dar a conocer y exponer aristas del paciente que para el ambiente médico son desconocidas, y que evidentemente pueden ser influyentes a la hora de realizar un diagnóstico. “La Intervención, implica una serie de acciones, mecanismos, procesos que construyen representaciones y construcción de ese “otro” sobre el que se interviene. Desde esta perspectiva, la Intervención como campo es un lugar de construcción de creencias, hábitos, y modalidades de hacer. La intervención es también un lugar de certezas e incertidumbre. De ahí que la Intervención involucre un compromiso ético. Dado que se interviene no solo sobre los problemas sociales, sino en función del padecimiento que estos generan” (Carballeda, A. S/F .Pág. 7)

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

“Conocer de qué manera las características familiares de los niños, niñas y adolescentes, del Centro Suyai favorecen una evolución positiva del tratamiento biopsicosocial del TDA-H”

Objetivos específicos:

- Conocer las características familiares de los niños, niñas y adolescentes insertos en el programa de intervención del Centro Suyai.
- Construir categorías de familias en relación a las características familiares contrastado con el tratamiento biomédico que se realiza.

1.4 HIPOTESIS DE TRABAJO

La hipótesis de trabajo bajo la cual se enmarca la presente investigación es, **“Existen características familiares que favorecen de mejor manera la evolución del tratamiento biomédico para el TDA-H”**.

CAPITULO II

2 Marco Teórico

Dentro del presente apartado se desarrolla la fundamentación teórica bajo la cual se realizó el análisis de datos del presente estudio, cabe señalar que como ya se ha enunciado en el apartado de articulación, la presente investigación se desarrolló desde una mirada epistémica basada en la teoría de sistemas desde un enfoque ecológico.

2.2 Salud mental

Para comenzar a conocer el fenómeno de intervención planteado se establece que pertenece al foco de la Salud mental, ya que el TDA-H es tratado desde la psiquiatría principalmente a nivel mundial por lo que se comenzará por establecer que es la Salud Mental.

En primera instancia se conocerá lo que la OMS plantea en relación a los que es Salud. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946)

Desde el planteamiento conceptual de la OMS, es posible establecer que entonces la salud es vista ya de manera biopsicosocial a partir del año 1946, por ende el bienestar del ser humano tiene que ver con su relación con el ambiente que integra.

“La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental adolecen de una grave escasez de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema

integrado de salud mental. En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la promoción de la salud mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental. El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica figuran entre los objetivos de esas estrategias.

La promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez” (OMS, 2007)

“La salud mental va más allá de los trastornos mentales. La salud mental es un recurso esencial de la vida diaria y se moldea con las experiencias personales, individuales y colectivas. En las familias, escuelas, en las calles, etc. Existe una clara evidencia de que las experiencias en los primeros años de vida, tienen un impacto crucial sobre la salud mental de la vida adulta. El desarrollo de estrategias para promover la salud mental de los niños es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social. La promoción de la salud mental es relevante para todo el mundo, sin distinción de edad, raza, religión, género, estado de salud, habilidades o discapacidades. No hay salud sin salud mental” (Asociación Española de Neuropsiquiatría. S/A)

A raíz de los apartados que exponen desde lo que es la salud visto desde la OMS como una temática de corte biopsicosocial, reconociendo que el ambiente en que se desarrolla el ser humano tiene total correlación con las problemáticas de salud mental que este pudiese desarrollar a lo largo de la historia, y finalmente se establece la importancia de la familia para la contención y el desarrollo pleno de la salud mental de un niño, debido a que esta etapa es en la que se está más propenso a desarrollar trastornos que afectaran en el futuro de la adultez.

El TDA-H acopla consigo trastornos asociados, los cuales también son de relevancia para conocer dentro de este proceso de investigación.

3.1.1 Trastornos de conducta

“La expresión “trastornos de conducta” se ha utilizado para abarcar distintos tipos de comportamiento disruptivos, agresivos o antisociales. Algunos autores creen en la necesidad de una sub-clasificación en la cual se podría incluir como sub-grupo el TDA-H (...) entre los trastornos más citados se encuentran: la conducta desafiante, la agresividad y los problemas de relación” (Rutter en Farré,A. y Narbona, J. 2000. Pág. 16)

3.1.2 Dificultades de aprendizaje

“Se ha visto que la impulsividad puede afectar la actividad cognitiva del niño con TDA-H haciendo que las estrategias utilizadas para el aprendizaje sean ineficaces. Sin embargo, no hay acuerdo sobre la inclusión de este problema de la descripción del TDA-H. Y en caso de considerarlo como constitutivo del síndrome, no se habla de dificultades específicas para este tipo de trastorno (...) para Rutter, es obvio que el término “dificultades de aprendizaje” no tiene valor diagnóstico. Los niños fracasan escolarmente por muy distintos motivos: baja inteligencia, inadecuada escolaridad, poco apoyo y motivación por parte de la familia” (Rutter en Farré, A. y Narbona, J. 2000. Pág. 18)

Es necesario detenerse dentro en este punto, debido a que existen varios casos derivados al Centro Suyai, como TDA-H con trastorno de dificultades del aprendizaje, pero el autor presenta claramente que el TDA-H no necesariamente conlleva los trastornos de aprendizaje de manera asociada, sino que hay múltiples situaciones, entre ellas el bajo apoyo familiar, hecho por el que los NNA fracasan escolarmente. Dentro del trabajo de campo se dio énfasis al apartado de apoyo escolar por parte de los padres, lo cual es posible revisar en el apartado de análisis de datos, en donde las cifras son preocupantes.

3.1.3 Alteraciones perceptivo-motrices

“Se han descrito algunas alteraciones en la motricidad gruesa: andan de modo desgarbado, son poco hábiles para los deportes, chocan a menudo con objetos, caen con facilidad. En general parece que sus movimientos no son armónicos, sino más bien torpes y sin ritmo. Estas características provocan a menudo la marginación y el rechazo por parte de sus compañeros con lo que se agravan sus relaciones sociales (...) sus dificultades también se manifiestan en problemas en el vestir como abrocharse los botones, o en manejar los cubiertos a edades en que ya deberían hacerlo correctamente. Existe además una inadecuada adaptación en el espacio y el tiempo. Le cuesta comprender los conceptos de derecha, izquierda, antes y después. (Gillberg en Farré, A. y Narbona, J. 2000. Pág. 19)

3.1.4 Trastornos emocionales

“El concepto que engloba una gran parte de estas alteraciones es el de inestabilidad afectiva. Bajo esta inestabilidad encontramos como característica frecuente la labilidad emocional. Cambios continuos de humor que van de la euforia a la tristeza y de la tranquilidad a la irritación de una manera impredecible. Además sus reacciones suelen ser exageradas y contradictorias; puede enfadarse exageradamente por una menudencia o quedarse inalterable ante un premio o castigo. La inestabilidad hace que la convivencia sea difícil con estos niños, y poco motivadora incluso para los propios padres, para los que su hijo les resulta incomprensible. (De Negri en Farré, A. y Narbona, J. 2000. Pág. 20)

3.2 Factores que influyen en la evolución del TDA-H

3.2.1 Características sociodemográficas

“De entrada hay que decir que no depende de la situación económica de la familia en que un niño tenga más posibilidades de ser hiperactivo. Que este sano despende, en primer lugar, de que en su casa no le falte el cariño necesario y de que tenga una familia equilibrada, y eso no está en función de la riqueza. Sin embargo es cierto que las dificultades económicas generan más de un conflicto en el hogar, porque los padres están angustiados y eso hace que peleen continuamente o que vivan en un estado de continua amargura asociado a su situación precaria.

A esto se añade por lo general que las familias que viven con pocos recursos viven en barrios marginales y conflictivos, por lo que los centros escolares y el ambiente que rodea al niño son los menos adecuados” (Sibón, A. 2010, pág. 4)

Dentro del contexto social de las familias del Centro Suyai, existen muchas experiencias traumáticas en los NNA, relacionadas con problemáticas graves de consumo de alcohol y/o drogas, temáticas de VIF, maltrato, etc. Y esto ligado con el nivel de pobreza en el que viven las personas claramente pueden ser características las que afecten más que las causas biológicas e incidan en el diagnóstico planteado desde la medicina.

3.2.2 Características de la alimentación

“Ha habido investigadores que han asegurado que una alimentación inadecuada produce hiperactividad. Hoy se tiende a aceptar que la alimentación puede aumentar la hiperactividad, pero no provocarla. Por lo que respecta a las dietas que restringen la ingesta de cierto tipo de alimentos, que tengan azúcares, conservantes o aditivos” (Sibón, A. 2010, pág. 3)

3.3 La familia y salud mental

“En el contexto Latinoamericano y del Caribe, la familia probablemente sea el factor más importante de desarrollo y salud de las/os adolescentes. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir y fijar límites. Asimismo, las relaciones significativas con adultos o pares, constituyen una importante fuente de apoyo. A través de estas relaciones las/os jóvenes amplían factores de resiliencia para su desarrollo y salud” (Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. 2003. Pág. 20)

“La evidencia muestra que la gente joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce

considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo” (Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. 2003. Pág. 20)

Desde los apartados anteriores se establece la importancia de la contención de un núcleo familiar para el desarrollo favorable del ser humano.

“Las normas sociales tienen la fuerza de la ley no escrita (...) Hay ciertos códigos profundos en una sociedad que no necesitan estar escritos porque están inscriptos en ella. Por ejemplo: el criterio de Salud /Salud Mental vigente, en tanto hegemónico, parece ser un criterio de competencia social. Un criterio de competencia social que en esta relación sujeto-mundo lo requiere todo del sujeto, le reclama todo al sujeto en términos adaptativos y no interroga a los sistemas sociales” (Arito, S. 2001, Pág. 6)

3.3.1 Dinámicas familiares

“Así como antes hemos concluido que son mayores las posibilidades de que un niño padezca el trastorno de hiperactividad si vive en un barrio marginal y sus padres atraviesan dificultades económicas, ahora nos referimos a los hogares donde la convivencia no es nada fácil, con independencia de los factores socioeconómicos.

En muchos casos los padres no disponen de mucho tiempo para satisfacer las necesidades del hogar. En este sentido se han hecho ensayos que demuestran que en el grupo de los niños hiperactivos es más elevado el porcentaje de padres depresivos que en el de los niños que no padecen el trastorno.

Un niño que vive en un hogar problemático tiene más posibilidades de desarrollar trastornos que uno que reside en un hogar feliz. Padres que se pelean, que se están separando, que no tienen en cuenta a sus hijos, que los maltratan, progenitores alcohólicos, o que padecen ansiedad por trabajos estresantes son factores de trastornos para los niños” (Sibón, A. 2010, pág. 4)

Las dinámicas familiares, pueden ser un factor de riesgo o un factor protector de acuerdo a como se desarrollen dentro del hogar, cabe destacar que dentro del contexto histórico y social, en general en Chile la infancia es una etapa invisibilizada por los adultos, no se le presta el cuidado ni la importancia necesaria al desarrollo del niño, desentendiendo la importancia que tiene esa etapa del desarrollo, pues en donde se pueden desarrollar la mayor cantidad de traumas y trastornos en pequeños seres humanos, que sin verlo son el futuro de una sociedad, por ende debiese ser la etapa más importante en relación al cuidado del desarrollo, se naturaliza la infancia como un periodo sin mayor relevancia por el nivel de inocencia e inconciencia, y los resultados de esta situación son los que actualmente podemos visualizar desde las problemáticas de SENAME, en donde los niños pasan de la vulneración de derechos en sus hogares para luego ser vulnerados por el Estado, que es la institución que mayor protección y reguardo debiese brindar.

Las dinámicas familiares son parte sustancial del comportamiento y desarrollo de trastornos del NNA, es por esta razón que se incluyen dentro del

marco teórico, ya que serán parte importante a indagar por medio de la investigación.

2.3 Modelo Biopsicosocial v/s Modelo Biomédico

Actualmente en el Centro Suyai se implementa un modelo de intervención basado en un modelo biomédico que entiende “la enfermedad causada por un desorden en el funcionamiento corporal” (Laham, M. S/F). Se trabaja por medio de una intervención basada en la causa y el efecto bajo el alero de la teoría positivista.

Se entiende que el Centro Suyai, se acoge a la forma de intervención y diagnóstico a la cual adhiere el modelo chileno en su totalidad para la intervención de TDA-H, vista como enfermedad.

Cabe destacar que es el mismo Centro el que a partir del año 2012 solicita a la CORMUP, el integrar a un(a) Trabajador(a) Social, ya que de parte de la psiquiatría que trabaja en el Centro hay un reconocimiento de aspectos sociales que ellos no pueden abordar y que impiden la evolución favorable de la intervención, se cae en una contradicción por parte de los profesionales de la salud, ya que ellos reconocen la incidencia de causas sociales asociadas al comportamiento sin embargo continúan regulando los casos con medicamentos.

Ya en 1977 Engel en Borrell, afirmaba la necesidad de un modelo holístico para el análisis de las enfermedades, ya que el modelo biomédico no era capaz de dar respuesta a todo, es a este nuevo modelo el que denomina biopsicosocial, establece las siguientes razones para el cambio de paradigma:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: de alteraciones psicosociales pueden derivarse enfermedades o «dolencias» que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica.

2. La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última de los síntomas para el paciente, ni asegura tampoco las actitudes y habilidades del clínico para recoger la información y procesarla de manera adecuada.

3. Las variables de índole psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento más biológico que pudiera considerarse.

4. La aceptación del rol de enfermo no viene determinado de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.

5. El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito influido directamente por variables psicosociales, tal como deja patente el llamado efecto placebo, entre otros.

6. Además, la relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico, aunque sólo sea por la influencia que pueda tener sobre el cumplimiento del tratamiento.

(Engel en Borrell, F. 2010, pág, 1)

Es precisamente a los postulados anteriores a los que apunta la investigación, ya que si bien se encuentra explorada la información en relación al TDA-H por parte de la ciencia médica, existe un desconocimiento absoluto desde el ámbito social en qué situación se encuentran las familias a las que pertenecen los niños del Centro Suyai. Por lo tanto la investigación busca encontrar un sustento basado en los datos empíricos que puedan dar sustento al trabajo bajo el paradigma biopsicosocial.

3.5 TDA-H en contextos de pobreza

Sin lugar a dudas, el TDA-H, está muy constituido por los factores sociales y contextuales en los que se inserta familiarmente el NNA, es posible establecer estos contextos como muy violentos simbólicamente, mucha pobreza, la cual sin duda afecta de manera violenta la crianza y madurez de un ser humano.

“La noción de violencia simbólica invita a pensar en ese concepto, el de violencia, junto a la idea de lo simbólico como un espacio en el que necesariamente los agentes sociales se encuentran en una relación de percepción y reconocimiento. Esta dimensión simbólica de lo social no sería, desde este punto de vista, un aspecto accesorio sino, muy por el contrario, un componente esencial de la realidad en la que los agentes viven y actúan. Ya al considerar que el mundo funciona a través de lenguajes, códigos más y menos desarrollados, la dimensión simbólica de la existencia en el mundo se hace patente” (Calderone, M. 2004. Pág. 1)

“El ser humano se halla sumergido desde su nacimiento en un medio social que actúa sobre él del mismo modo que el medio físico. Más aún, en cierto modo, que el medio físico, la sociedad transforma al individuo en su estructura misma, en virtud de que no sólo le obliga a reconocer hechos sino que le da un sistema ya construido de signos que modifican sus pensamientos, le propone valores nuevos y le impone una sucesión indefinida de obligaciones”. (Marti-Tusquets, 1976. Pág. 63)

4 El rol del Trabajo Social en Salud Mental

El rol del Trabajo Social dentro de esta problemática tiene que ver con un deber ético y un enfoque de Derechos, debido a que sería muy fácil culpabilizar a las familias, y generar intervenciones dirigidas únicamente al NNA como individuo, pero desde el rol de la disciplina es posible establecer que tampoco existen

políticas que velen por la igualdad social, generando dentro de las poblaciones más pobres, familias con todo tipo de factores de riesgo para los niños, debido a la desesperanza que existe por un vivir mejor.

La desescolarización, analfabetismo y deserción escolar son preocupantes dentro de contextos como los de Peñalolén, es por este motivo que el rol desde la profesión va por dos ámbitos.

En primer lugar se debe abrir y establecer el espacio de trabajo en Salud Mental, como parte esencial y en paralelo con el tratamiento médico que lleve un paciente, ya que necesariamente dentro de este tipo de contextos, es necesario indagar en la realidad social de las familias, con el fin de conocer hasta qué punto la problemática es biológica y desde donde comienza a formarse como una problemática social.

En segundo lugar y desde el deber ético que nos convoca el creer en la transformación social, es que se debe trabajar en el diseño de nuevas políticas públicas que busquen aplacar la desigualdad social tan abismante existe dentro de un país con tanta riqueza económica, como lo es Chile. Pues de seguir perpetuando los círculos de pobreza, se está convirtiendo en cómplice de este sistema económico perverso al cual le conviene tener personas desescolarizadas, le convienen perpetuar la mano de obra barata a costa de la vida del ser humano.

Es por los motivos anteriores que se debe poner fuerte énfasis en los planteamientos de acciones a seguir desde el Trabajo Social en la problemática de la salud mental.

CAPITULO III

Marco Metodológico

3.1 Perspectiva epistemológica

La presente investigación tendrá como base epistemológica la teoría de sistemas específicamente desde el funcionalismo sistémico de Luhmann comprendiendo de que no existe lo normal, la intervención que se desarrolla actualmente en la institución se desarrolla desde la perspectiva positivista, desde un enfoque médico se trabaja bajo la lógica de causa y efecto.

Por lo anterior es que se propone el trabajo de investigación bajo una lógica sistémica en donde comprenderemos al niño como un sujeto de derechos el cual se encuentra permeado por un sistema familiar, “el sistema no es sino un conjunto de reglas o principios sobre una materia enlazados entre sí, o bien como un conjunto de cosas que ordenadamente interrelacionadas contribuyen a un determinado objeto” (Villegas, E., Bellido, A. 1992, pág. 182)

Se desarrollará la teoría sistémica desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner, debido a que este enfoque permitirá encuadrar la influencia que tienen los ambientes en el desarrollo del ser humano. “Los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrecen poco de la realidad humana...tener en cuenta el ambiente ecológico que circunscribe al sujeto, esto lleva al autor a considerar el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos (también cambiantes). Pero este proceso, además, se ven influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos entornos. (Bronfenbrenner en Torrico, E. 2002, pág. 46)

Si bien la teoría de sistemas nos sitúa en una jerarquía esto no tiene que ser necesariamente negativo, sino que es posible desde la investigación ver esta jerarquía como un traspaso de responsabilidades entre sistemas, en donde existe

una sociedad de corte capitalista que ha sometido a ciertos sistemas familiares a desvincularse de la vida familiar por la falta de tiempo, por jornadas laborales muy extensas, sueldos muy bajos que obligan a familias a doblar jornadas laborales, etc. Es decir un sistema afecta al otro hasta llegar al niño/a o adolescente, y es por esta razón que la conducta del niño asociada a un TDA-H no tenga relación biológica como biología solo desde lo que entiende la medicina, sino social debido al contexto familiar en el cual se encuentra inserto.

3.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación será exploratoria-descriptiva, teniendo en cuenta que las investigaciones de este tipo “miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar” (Hernandez, R. 1991. Pág. 68) las características familiares a fin de levantar uno o más perfiles de familias de las cuales son integrantes los niños/as y adolescentes del Centro Suyai.

Por otro lado tendrá un corte exploratorio, debido a que existe escasa información o sustento teórico que hable acerca de características sociales familiares y en cómo inciden en el comportamiento de los niños con diagnóstico de TDA-H, es por eso que la investigación se abordara desde la perspectiva de familia y salud mental. "Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes" (Hernandez, R. 1991. Pág 69).

3.3 Metodología de investigación

Para la presente investigación se utilizó un enfoque metodológico mixto, ya que se utilizó tanta metodología cuantitativa para la entrega y análisis de datos duros, y metodología cualitativa para el análisis información de estas características.

Se analizó desde el enfoque cuantitativo debido a que es un enfoque explicativo que nos permitirá obtener conclusiones precisas en primera instancia del conocimiento del perfil y la caracterización familiar con la cual se trabaja y en una segunda etapa de cómo estas características pudiesen determinar cierto comportamiento en el niño/a o adolescente. Como método de investigación nos proporciona datos objetivos, “utiliza preferentemente información cuantitativa o cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia, en las formas que es posible hacerlo en el nivel de estructuración lógica en el cual se encuentran las ciencias sociales actuales” (Briones, G. 2002)

Paralelo a lo anterior se utilizó la metodología cualitativa, en base al análisis de las bitácoras etnográficas utilizadas por la investigadora, “los métodos cualitativos son los que enfatizan conocer la realidad desde una perspectiva de *insider*, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, y de contemplar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático. Nada de todo ello es apreciado como importante por la metodología cuantitativa” (Ruiz, J. 2003. Pág. 17)

Se utilizó este modelo mixto de investigación con el fin de enriquecer por medio de datos cualitativos la investigación cuantitativa, generando una articulación que se retribuya entre sí, y de esta manera sacar la mayor utilidad posible al trabajo de campo realizado.

3.4 Técnica de recolección de información

La presente investigación contó con dos técnicas de recolección de datos.

- **Encuesta dirigida:** “la técnica cuantitativa más habitual en la recolección de datos es la encuesta. Esta técnica mediante la utilización de un cuestionario estructurado o conjunto de preguntas permite obtener, información sobre una población a partir de su muestra (...) las preguntas del cuestionario suelen ser cerradas en su mayoría, esto es, no se da opción a que quien responde se exprese con sus propias palabras (como en una entrevista) sino que se enmarcan unas opciones de respuesta limitadas entre las cuales elegir”. (Hueso, A., Cascant, M. 2012, Pág. 21)

Se utilizó una encuesta, la cual cuenta con 52 preguntas de respuestas cerradas, con el fin de obtener información concreta y empírica que permita realizar una caracterización familiar.

- **Bitácora etnográfica:** Se utilizó durante el trabajo de campo una bitácora de campo, la cual permitió llevar un registro en base a la observación y conversaciones surgidas de manera espontánea con las familias, esta bitácora de campo presenta material cualitativo que favorece y le brinda mayor información validez a la investigación. Se utilizó y registró anotaciones de observación directa y anotaciones interpretativas, en el primer caso se hace referencia a “descripciones de los que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando en el contexto y de las unidades observadas. Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos” y en el segundo caso como su nombre lo dice son “comentarios personales sobre los hechos, es decir, nuestras interpretaciones a lo que estamos percibiendo (sobre significados, emociones, reacciones, interacciones)”. (Universidad de Colima. S/F. Pág. 6)

Con ambas técnicas de recolección de análisis se busca comprender, justificar y validar de mejor manera el estudio realizado.

3.5 Muestra

Se trabajó con una muestra intencionada, denominado muestreo por cuotas “lo que distingue el muestreo por cuotas respecto del estratificado, es la libertad que se da al entrevistador para la elección de las unidades finales de la población a entrevistar (...) la selección de los elementos concretos de la población total es totalmente arbitraria. Es el propio entrevistador quien elige al entrevistado, en cualquier momento y lugar. La única condición que se le impone es que la cuota se ajuste a las cuotas fijadas por el equipo” (Cea, Ma. Ángeles, 1999. Pág. 198) En este caso la única condición de la cuota será ser una familia perteneciente al proceso de intervención en el Centro Suyai. Se plantea una muestra intencionada de 52 casos de los 221 con los cuales trabaja la institución. Se escogerán los casos más complejos de cada uno de los 13 colegios con los que el Centro Suyai trabaja, con el fin de articular por medio de estas visitas el plan de intervención en donde se realizó un trabajo a la vez formativo con las familias, en relación a las sub-categorías con las cuales trabaja el estudio.

Se optó por 52 casos utilizando la fórmula matemática posible de observar en siguiente recuadro, ya que de un total de 221 casos para obtener un 90% de confianza y al mismo tiempo el máximo de error utilizable, es decir un 10%. El total de la muestra arroja 52, en el mejor de los casos se hubiese querido ampliar la muestra, pero contemplando tiempo y recurso esto no fue posible.

N [tamaño del universo]	221
-------------------------	------------

p [probabilidad de ocurrencia]	0,5
--------------------------------	------------

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 221 con una p de 0,5										
Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0 %	9,0 %	8,0 %	7,0 %	6,0 %	5,0 %	4,0 %	3,0 %	2,0 %	1,0 %
90 %	52	60	71	85	101	121	145	171	195	214
95 %	67	77	89	104	121	140	162	183	202	216
97 %	77	88	100	115	132	150	170	189	206	217

99 %	95	106	119	134	150	166	182	197	210	218
------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

3.6 Plan de análisis

El plan de análisis a utilizar para el presente estudio, cuenta en una primera instancia, con el uso del programa informático SPSS, en el cual se realizó la tabulación de los datos obtenidos por medio de las encuestas, y se busca conocer la frecuencia en cada una de las preguntas para luego relacionarlas entre sub-categorías.

“En el análisis de contenido cuantitativo el énfasis no recae en los aspectos semánticos o sintáctico de los textos, sino en la “cuantificación” de sus integrantes (palabras, expresiones, frases, temas); es decir en la medición de su “frecuencia” (Cea, Ma. Angeles, 1999. Pág. 252).

Se utilizará análisis de tipo descriptivo, para esto se incluyen tablas de frecuencia que nos permiten observar cuales son las respuestas más frecuentes en base a cada respuesta. También se adjuntas tablas de moda, media, y gráficos de desviación estándar.

Por otro lado se realizara un trabajo interpretativo y vinculado y articulado con la información obtenida por medio de las bitácoras etnográficas con la información cuantitativa.

El objetivo es vincular la información con las categorías y subcategorías registradas en el marco teórico, pero al mismo tiempo conocer categorías emergentes, las cuales son explicitas por medio del registro de bitácoras.

TESTEO DE INSTRUMENTO

Como fue señalado con anterioridad en el apartado de marco metodológico, la técnica e recolección de datos escogida fue la encuesta de preguntas cerradas, la cual fue realizada a 52 familias de la comuna de Peñalolén y que tienen al menos a un hijo en proceso de intervención por diagnóstico de TDAH en el Centro Suyai.

Para el testeo de instrumento se seleccionaron 3 familias de manera intencionada, que no pertenecían a la muestra seleccionada para la presente investigación, de esta experiencia se optó por excluir del instrumento una pregunta correspondiente al ítem de caracterización alimenticia, la cual hacía referencia a la capacidad del NNA de comer solo, se excluyó por no considerarse relevante para el estudio, al igual que la pregunta que hacía referencia a que comidas consumía en mayor cantidad (Carbohidratos, verduras, lácteos, proteínas), ya que no era comprendida y tampoco presenta relevancia para el estudio.

También se realizaron ajustes a ciertas preguntas que quedaron abiertas, cerrándolas con grupos que agruparan ciertos rangos, esto con el fin de facilitar el entendimiento de la encuesta y al mismo tiempo facilitar el trabajo del investigador al ingresar e interpretar los datos obtenidos.

Del proceso de testeo fue posible percibir la existencia de una conversación espontánea con las familias, y observación del contexto que resultarían enriquecedoras para el estudio, por lo que se decidió crear una bitácora etnográfica, en la cual quedaron plasmadas las diversas experiencias y realidades de cada hogar.

El instrumento cuantitativo final fue validado por la docente a cargo del proceso de Seminario de título, y también por la coordinadora del Centro Suyai, psicóloga y experta en TDA-H.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Para comenzar se presenta el cuadro de categorías y sub-categorías de análisis.

Categoría	Sub-categoría	Indicadores
Perfil Socioeconómico familiar	Socio	1. Número de integrantes familiares
	Demográficas	2. Tipo de familia 3. Ingreso del grupo familiar 4. Ausencia de padre o madre 5. Bajo que condición la habitan 6. De que material es la vivienda que habitan 7. Cuantos dormitorios tiene 8. Cuantas camas tiene 9. Con que servicios básicos cuenta la propiedad 10. De que es el suelo 11. Cuántas horas al día trabaja la mamá 12. Cuántas horas al día trabaja el papá 13. Cuánto tiempo se demora en el traslado del trabajo al hogar la madre 14. Cuánto tiempo se demora en el traslado del trabajo al hogar la padre 15. Quién acompaña al niños el tiempo en que los padres o tutores del niño no se encuentran en el hogar
	Dinámicas familiares	16. Comparten al menos una comida al día todos juntos en la mesa 17. Realizan al menos una vez a la semana alguna actividad todos juntos 18. Comparten sus vivencias durante la semana entre el grupo familiar 19. Algún miembro de la familia tiene reacciones

		violentas hacia los demás 20. Algún miembro de la familia es verbalmente hiriente o agresivo con los demás 21. Han existido problemas de alcoholismo o drogadicción con algún miembro de la familia
	Expectativas de la escuela	22. Grado escolar de la madre 23. Grado escolar del padre 24. Hasta dónde cree que completara los estudios su hijo 25. Hasta donde le gustaría que completara su hijo los estudios 26. Que tan importante es la escuela para aprender 27. Con cuánta frecuencia el niño falta a clases 28. Bajo qué argumentos falta a clases 29. Alguien supervisa que el niño asista a la escuela
Variables de apoyo familiar	Características del sueño	30. Cuántas horas duerme el niño al día 31. A qué hora se levanta 32. A qué hora se acuesta 33. Duerme de corrido 34. Duerme siesta 35. Comparte la cama con alguien 36. A qué hora toma el último fármaco asociado al TDA-H
	Características alimenticias	37. Cuántas comidas come al día 38. Como hartito entre comidas 39. En qué lugar físico come 40. Con quién come 41. A qué hora come su última comida 42. A qué hora ingiere el último bebestible 43. Cuánta bebida cola consume en la semana
	Características del estudio	44. Cuántas horas al día estudia, sin contar las horas de escuela 45. Con quien estudia 46. Dónde estudia físicamente 47. Le gusta estudiar
	Características del juego	48. Cuántas horas al día juega 49. Dónde juega 50. Con quién juega 51. Supervisa alguien al niño mientras juega 52. Tiene amigos en el barrio

Categorías emergentes

En base al trabajo de campo realizado, se levantaron nuevas categorías que dan fundamento también al proceso de análisis, y se plantean como nuevos ejes de investigación dentro de la temática ligada al TDA-H.

Las siguientes categorías surgen y destacan tendencia dentro de las familias, y se consideran dentro del análisis de datos, debido que para las conclusiones de este estudio son relevantes, más aún a la hora de rotular a un

NNA con alguna enfermedad como es considerado el TDA-H, las inquietudes de cómo estas categorías influyen en el comportamiento humano son de gran relevancia a la hora de desarrollar estudios relacionados a la presente temática.

Categoría	Concepto	Sub-categoría
Pobreza	Altos niveles de pobreza económica, material. Existe reconocimiento por parte de las familias de su condición y es vista como perpetua.	1. Bajo ingreso familiar per-cápita 2. Hacinamiento 3. Falta de dormitorios y camas 4. Carencia alimenticia 5. Reconocimiento de la pobreza
Falta de proyección educacional	No se percibe la educación como fundamental para romper los círculos de la pobreza, ya que no son visibles verdaderas oportunidades para continuar más allá de 4to medio.	1. No existe la noción de estudios superiores 2. Falta validación a la escuela
Negligencia parental	Problemas de alcoholismo, drogadicción y VIF genera que los NNA se tengan que hacer cargo de ellos mismos, en algunos casos de sus hermanos menores y peor aún, de sus propios padres.	1. Alcoholismo y drogadicción 2. Sometimiento a violencia intrafamiliar 3. Abandono

Análisis de datos e información

Características sociodemográficas

Se establecieron como características sociodemográficas, la cantidad de integrantes por grupo familiar, esto considerando el tipo de familia, la ausencia de padre o madre que pudiese existir, considerando como ausencia el hecho de que no existen en ningún sentido dentro de la vida del NNA, el material del que fue construido o del que prepondera la construcción de la vivienda, el material del suelo de la vivienda, el número de dormitorios y camas con los que cuenta el grupo familiar y los servicios básicos con los que viven.

Lo anterior se definió, considerando la importancia de estas características y la incidencia que pudiesen tener en el día a día del NNA, a continuación se presenta el análisis de datos que nos muestra las mayores frecuencias existentes dentro de la muestra.

Tabla 1

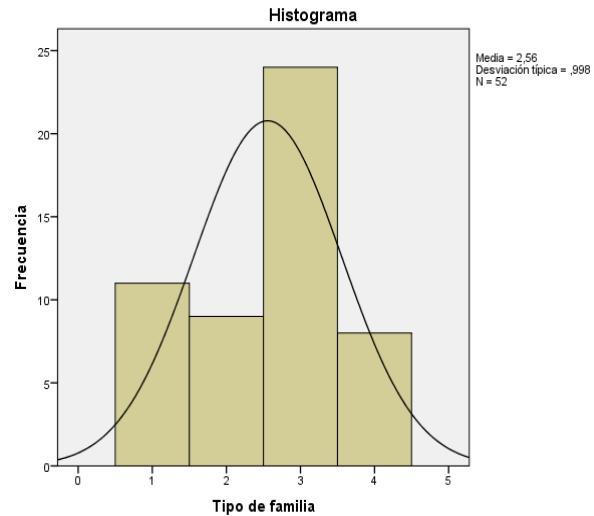
Tipo de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nuclear	11	21,2	21,2	21,2
	Ensamblada	9	17,3	17,3	38,5
	Extendida	24	46,2	46,2	84,6
	Monoparental	8	15,4	15,4	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Tipo de familia

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,56
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,998



Es posible observar en la tabla de frecuencia que de un total de 52 familias, 24 de ellas pertenecen a tipos de familias extendidas, es decir, grupos familiares compuesto no solo por madre padre e hijos, sino que también integran, tíos, en la mayoría de los casos abuelos, nietos, primos, y mediante la bitácora etnográfica se observan registros allegados al grupo familiar que son amigos a algún miembro de la familia y se ha integrado al hogar. “Se ha encontrado que tener una familia extendida también es un factor altamente protector” (Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. 2003. Pág. 20) Dentro de las familias que integran la muestra son casi un 50% las extendidas, y como se nombra en la cita anterior, resulta un factor protector, en este caso debido, a que cuando los padres de los NNA han presentado características negligentes, ha sido posible contar con tíos, abuelo o primos que apoyan el tratamiento, ya que para poder recibir tratamiento en el Centro Suyai es la principal exigencia contar con un adulto responsable, la tendencia ante la falta de compromiso de los padres es buscar familia extendida que pueda apoyar el tratamiento.

Tabla 2**Número de integrantes familiares**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	3	5,8	5,8	5,8
3	4	7,7	7,7	13,5
4	7	13,5	13,5	26,9
5	12	23,1	23,1	50,0
Válidos 6	13	25,0	25,0	75,0
7	6	11,5	11,5	86,5
8	2	3,8	3,8	90,4
9	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos**Número de integrantes familiares**

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		4,52
Mediana		4,50
Moda		5
Desv. típ.		1,831

De un total de 52 familias el promedio de integrantes son 6 personas por grupo familiar, cabe observar que existen grupos familiares de 7 integrantes o más y que el promedio de dormitorios fluctúa entre 2 y 3 por familia (Revisar tabla en anexos)

Tabla 3

Ausencia de madre o padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	25	48,1	48,1
	No	27	51,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Estadísticos

Ausencia de madre o padre

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,54
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,541

Como información relevante se observa que casi un 50% de las familias, cuentan con padre o madre ausente, teniendo en cuenta que ausencia hace referencia a la del padre o madre biológico, son muchas veces las abuelas las que se hacen cargo de los nietos, criándolos como hijos, y dentro del presente estudio en la encuesta se marcó la opción de ausencia de madre, pero al momento de exponer la opción de quien cuida al niño se puso como “la madre”, ya que es el rol que como abuela se decidió actuar.

Tabla 4

Cantidad de camas

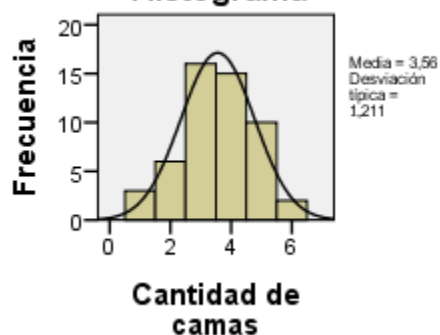
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	3	5,8	5,8	5,8
2	6	11,5	11,5	17,3
3	16	30,8	30,8	48,1
Válidos 4	15	28,8	28,8	76,9
5	10	19,2	19,2	96,2
6	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Cantidad de camas

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,56
Mediana		4,00
Moda		3
Desv. típ.		1,211

Histograma



Recordando los datos anteriores en que el promedio de integrantes familiares por vivienda son 6 personas cabe destacar que el promedio de camas por vivienda es de 3, lo que nos habla de hacinamiento, y falta de espacio para el desarrollo normal de las prácticas de descanso ligadas a las horas de sueño, espacio para el estudio, o simplemente los horarios de distracción tan necesarios para el desarrollo evolutivo de los NNA.

Tabla 5

Ingreso familiar

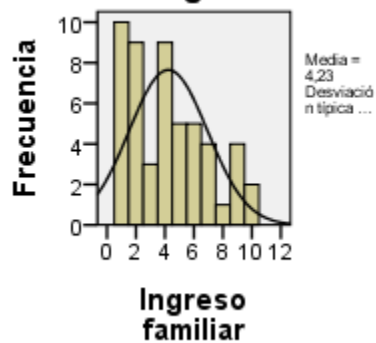
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
150.000 o Menos	10	19,2	19,2	19,2
Entre 150.000 y 200.000	9	17,3	17,3	36,5
Entre 200.000 y 250.000	3	5,8	5,8	42,3
Entre 250.000 y 300.000	9	17,3	17,3	59,6
Entre 300.000 y 350.000	5	9,6	9,6	69,2
Válidos Entre 350.000 y 400.000	5	9,6	9,6	78,8
Entre 400.000 y 450.000	4	7,7	7,7	86,5
Entre 450.000 y 500.000	1	1,9	1,9	88,5
Entre 550.000 y 600.000	4	7,7	7,7	96,2
600.000 o más	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Ingreso familiar

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		4,23
Mediana		4,00
Moda		1
Desv. típ.		2,712

Histograma



De las 52 familias 10 de ellas viven con menos del salario mínimo, como veremos en el siguiente apartado hay altos niveles de cesantía. Y solo 2 de ellas viven con más de \$600.000, haciendo el cálculo pertinente, si en el mejor de los casos una familia con 6 integrantes que es el promedio familiar, ingresa \$600.000 al mes, corresponderían a \$100.000 per-cápita, esto en el mejor de los escenarios posibles, llevado a la realidad la mayoría de las familias no vive con más de \$30.000 mensuales per-cápita.

Es posible revisar las tablas de condiciones y situación de ocupación de la vivienda en las tablas anexadas.

El apartado de condiciones socioeconómicas también se vincula al registro etnográfico, en el cual fue posible obtener recurrencia de cierta información, ligado a la categoría de pobreza, la cual se ha definido como una categoría emergente dentro del presente estudio.

Existe por parte de las familias el reconocimiento de su situación de pobreza lo preocupante dentro de este punto, es que esta situación se encuentra totalmente normalizada por las familias y al mismo tiempo se asimila como una condición perpetua, en la mayoría de los casos.

“Nosotros somos pobres, ojala termine el 4to medio el Bairon y no se me pierda en la calle como su hermano, pero lo veo difícil porque no le gusta estudiar, y yo mucho no puedo ayudarle, porque con suerte termine el 4to básico” (Registro bitácora etnográfica en conversación espontanea con madre)

Desde lo anterior es posible interpretar la desesperanza y aceptación de su situación y la de su hijo, es decir, se asocia la pobreza económica al proyecto de vida existente, no hay mayores anhelos, porque se entiende que por ser pobres su hijo está condenado a repetir la experiencia de vida y en el mejor de los casos no seguir el camino del hermano mayor, el cual se encuentra recluido por micro-tráfico.

Existen altas tasas de hacinamiento, la falta de camas por cantidad de integrantes es preocupante.

“La abuela de Darío se encuentra muy enferma por lo que ya no puede compartir la cama con él, Darío debe dormir en el sillón, ya que en su casa viven 17 personas, su hermana se encuentra embarazada, y el dejo de ser prioridad para la madre, su padre vive en otro lado pero no puede llevarlo a vivir con él, pues tampoco tiene las condiciones, falta con frecuencia a clases, por los menos dos veces por semana, no existe supervisión de un adulto para que el asista. Esto se condice con la realidad que perciben los profesionales de Suyai, ya que Darío

llega al taller de los miércoles con su carpeta de tareas pero no sigue las instrucciones, ya que no sabe leer y no tiene ayuda de adulto responsable, Darío asiste a Suyai porque lo ve como un espacio de protección y cariño, e intenta cumplir con sus tareas por el cariño que se ve tiene hacia la profesionales, pero al visitar el hogar es posible comprender de mejor manera cuál es su realidad, y el nivel de soledad y abandono en el que se encuentra, que es más grave que él que se pensaba” (Anotación interpretativa por medio de visita domiciliaria)

Vinculado al hacinamiento, al bajo ingreso per-cápita por familias, también se puede vincular con la categoría de abandono, en donde encontramos a niños altamente vulnerados por su realidad socio-familiar.

Se encuentra también dentro de la presente categoría el trabajo y horarios de ambos padres, la compañía del NNA, y las dinámicas familiares presentes en la muestra.

Tabla 6

Cuántas horas al día trabaja la madre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 6 y 8 horas	11	21,2	21,2	21,2
Entre 9 y 10 horas	6	11,5	11,5	32,7
Entre 10 y más	4	7,7	7,7	40,4
Válidos Horario independiente	6	11,5	11,5	51,9
No trabaja	20	38,5	38,5	90,4
No hay madre	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Cuántas horas al día trabaja la madre

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,63
Mediana		4,00
Moda		5
Desv. típ.		1,772

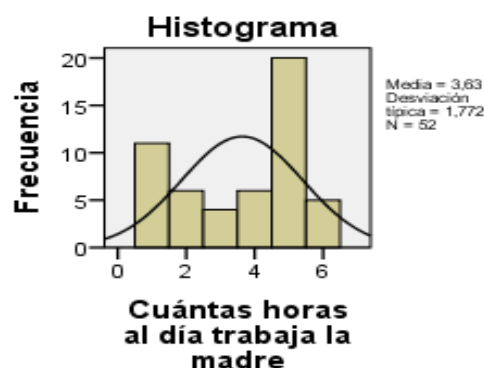


Tabla 7

Cuántas horas al día trabaja el padre

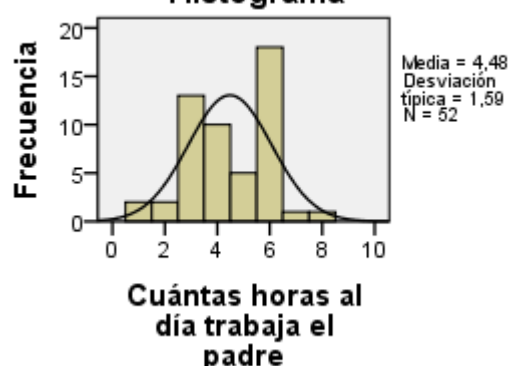
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 6 y 8 horas	2	3,8	3,8	3,8
Entre 9 y 10 horas	2	3,8	3,8	7,7
Más de 10 horas	13	25,0	25,0	32,7
Horario independiente	10	19,2	19,2	51,9
Válidos No trabaja	5	9,6	9,6	61,5
No hay padre	18	34,6	34,6	96,2
Trabaja fuera durante la semana	1	1,9	1,9	98,1
No aplica	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Cuántas horas al día trabaja el padre

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		4,48
Mediana		4,00
Moda		6
Desv. típ.		1,590

Histograma



Es posible observar que la tendencia en el caso de las madres corresponde a que no trabajan, esto hace referencia a fuera del hogar, ya que son dueñas de casa lo que es considerado como un trabajo no remunerado, en el caso de los padres, la tendencia nos habla de la ausencia, seguido por jornadas laborales que exceden las 10 horas de trabajo, en base al trabajo de campo realizado en terreno las madres que trabajan se desempeñan en su mayoría como asesoras del hogar y lo realizan en el transcurso del día en que sus hijos se encuentran en el colegio, complementan ese sueldo más el subsidio familiar que le dan por los menores de edad, un equivalente a un poco más de \$7.000.

“La madre de Giovanni no puede trabajar debido a que su esposo no se lo permite, él tiene problemas de alcoholismo por lo que le da semanalmente a la

madre \$10.000 pesos para comprar la comida de la semana, ella me cuenta que con el familiar que recibe por sus tres hijos más ella junta cerca de \$30.000, lo que destina a comprar frutas porque o sino su marido no le da para la feria y ella considera importante integrar frutas y verduras a las comidas de los niños, también les paga un plan de internet de \$10.000 mensual para que no tengan que salir a buscar información para sus trabajos a otro lugar. La hija mayor de 13 años, fue abusada sexualmente el año pasado por un vecino, aún están esperando la determinación de la investigación, su vecino quedo en libertad. La madre sufre de depresión y no ha podido recibir tratamiento, ya que no cuenta con los medios económicos para trasladarse al consultorio en donde la atendería un psicólogo, me comenta sentirse sola y desamparada, sus ganas de vivir solo se las dan su instinto de protección hacia sus hijos”

Fue posible observar en muchos casos la dependencia económica existente por parte de las mujeres hacia sus esposos, pese a sufrir de violencia intrafamiliar ellas prefieren quedarse al lado de sus maridos o parejas con tal de brindar protección a sus hijos, la mayoría de los casos de dueñas de casa es más una imposición del marido que una decisión propia.

Los casos de padres con trabajo independiente, corresponden en su mayoría a vendedores como coleros en ferias libres, en otros casos se observó desgano por trabajar.

“Yo no trabajo apatronado, eso es pa’ los giles” Anotación bitácora etnográfica.

En otro caso la respuesta fue, *“No encuentro nada que me guste”*

Existe una gran diferencia entre las respuesta espontaneas que entregaban los padres en relación a porque no trabajaban que las de las madres, para las mujeres era una imposición del marido, para los hombres era una opción el permanecer desempleados.

“El padre de Brian dice trabajar independiente en su carro de comida rápida, pero los ingresos que dice recibir (\$400.000), no son asociables a lo que del carro pudiese ingresar, ya que lo abre solo jueves, viernes y sábado, y dentro de la misma cuadra hay 2 carros de los mismos, son 4 integrantes en el hogar y cada uno cuenta con un lpad, cuentan con dos notebook a la vista, un televisor Led que ocupa casi la mitad del muro del comedor, cabe la duda en relación al trabajo que está realizando en realidad el padre” (Anotaciones interpretativas)

Dentro de estas dinámicas familiares es posible observar mucho de lo repasado como violencia simbólica, ya que para que esta tipo de relaciones sean llevadas a cabo es necesaria la predisposición de un dominado, en este caso las mujeres que son dominadas por el hombre, no necesariamente por medio de

agresividad física, sino que simbólicamente por medio del poder que le confiere ser el que lleva el ingreso económico al hogar.

Es posible revisar en tablas anexas los horarios de desplazamiento hacia los lugares de trabajo.

Existen dos casos en donde existe falta de padre y madre, y los abuelos son quienes se hacen cargo de los NNA.

“Los abuelos de Jeremy se han hecho cargo de sus 5 nietos, la abuela no trabaja debido a que se hace cargo de los niños durante el día, el abuelo de Jeremy cumple jornadas laborales de 17 horas, sin días libres a la semana más que la noche del día miércoles, debido a que debe mantener dos trabajos para poder llevar el sustento económico al hogar de 8 am. A 18:00 hrs. trabaja en una empresa de cobranza, y de 20:00 a 1:00 am. Se desempeña en una pizzería” (Anotaciones interpretativas)

Nuevamente es posible observar como las realidades dentro de los contextos de estas familias son violentas con el ser humano, ya que las remuneraciones para los empleos de menor calificación son demasiado bajas para las realidades sociales existentes en el país, en este caso hablamos de un promedio de 6 integrantes por familias, en donde solo el padre trabaja, y con el sueldo mínimo no le alcanzaría para pagar ni siquiera la comida del día a día, es de este modo que se comienza a perpetuar la pobreza, dejando de ser una condición y pasando a ser una imposición por parte de los distintos gobiernos que han existido por no hacerse cargo de los pobres más que de una manera asistencialista.

Dinámicas familiares

“Minuchin concibe a la familia como un conjunto de miembros que a través de interacciones redundantes se agrupa en subsistemas (conyugal, parental, frater nal) que están separados por fronteras simbólicas y que manteniendo su identidad a través del ejercicio de roles, de las funciones y de las tareas necesarias para la existencia del conjunto, contribuyen al funcionamiento familiar” (Altonaga, I. 2011. Pág. 8) A continuación se exponen tres tipos de dinámicas que afectan negativamente el funcionamiento del sistema familiar, esto debido al estrés que genera en el ambiente, el convivir con personas violentas ya sea de manera verbal o física, al mismo tiempo convivir con algún integrante de la familia que tiene algún

problema de drogas o alcohol no resuelto, también genera cambios en las dinámicas familiares.

Tabla 8

Hay miembros violentos dentro de la familia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	12	23,1	23,1
	no	38	73,1	96,2
	A veces	2	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Estadísticos

Hay miembros violentos dentro de la familia

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,81
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,487



Tabla 9

Hay miembros dentro de la familia verbalmente hiriente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	26	50,0	50,0	50,0
no	21	40,4	40,4	90,4
A veces	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Hay miembros dentro de la familia verbalmente hiriente

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,60
Mediana		1,50
Moda		1
Desv. típ.		,664

Histograma

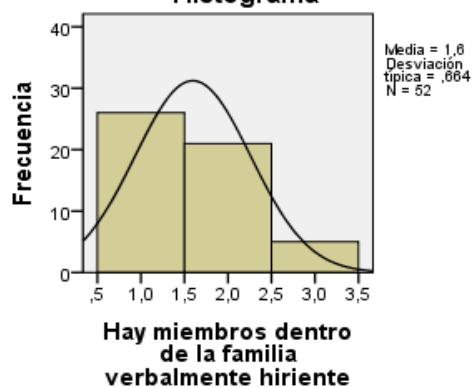


Tabla 10

Han existido problemas de alcohol o drogas dentro de la familia

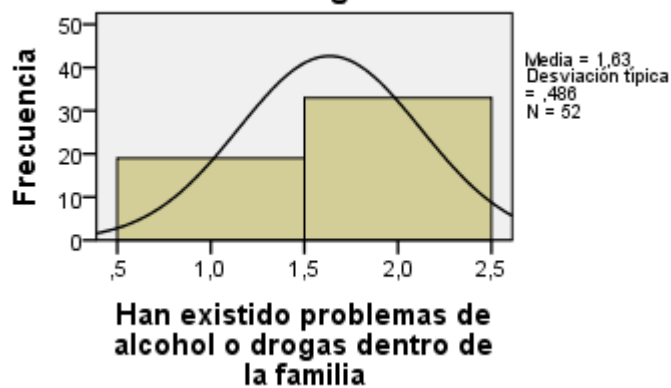
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	19	36,5	36,5	36,5
no	33	63,5	63,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Han existido problemas de alcohol o drogas dentro de la familia

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,63

Histograma



Mediana	2,00
Moda	2
Desv. típ.	,486

Dentro de este apartado el 64,5% de las familias reconoce comer al menos una comida juntos, generalmente es la hora de once en la cual se consume té y pan, dentro de esta instancia compartes sus vivencias del día a día que es una dinámica repetitiva dentro de los grupos familiares, ya que un 87,2% reconoce compartir sus vivencias diarias con el grupo. Al mismo tiempo un 50% declara realizar al menos una actividad a la semana junto al grupo familiar, entre las actividades más frecuentes se encuentra el ir a las cancha a ver fútbol o visitar el parque de la comuna en familia, es posible revisar esta información en las tablas adjuntas en anexos.

Se puso especial énfasis en las tablas que representan las familias con índices de violencia ya sea verbal o física y problemas con alcohol o drogas.

Existen doce casos en los que se declara la existencia de violencia en el presente o en algún momento pasado de la relación, en los doce casos la violencia proviene del marido o pareja o padre del hogar, y se ejerce hacia la pareja e hijos.

“El papá del Felipe cada vez que toma se pone tonto, ahí la agarra conmigo, pero yo no dejo que se tire a pegarle a los cabros, porque ellos no tienen la culpa, yo me pongo al medio aunque me lleguen a mí las patadas. Siempre voy a proteger a mis hijos” (Anotación bitácora, relato de una madre)

Existen de un total de 52 familias 19 casos en los que existe o han existido problemas de alcohol, los 12 casos de violencia física son coincidentes con los casos de consumo, en el relato se observa como el alcohol conlleva las reacciones violentas en la pareja.

“Sí, mi papá llega el viernes y sale a tomar, ahí no lo vimos hasta el domingo, a veces no le deja ni plata a mi mami pa’ la comida, más encima después llega terrible agresivo con los otros” (Anotación bitácora, relato de un hijo 11 años (Niño Suyai))

“Al llegar a la casa de Amaro nadie abre la puerta, son las 16:00 hrs. y después de 5 minutos golpeando aparece la madre, se encontraba durmiendo, asume haber vuelto a consumir, se realiza el encuadre de la visita. La madre no se encuentra con ningún trabajo hace más de un año, acaba de regalarle a Amaro un Led de 50’ pulgadas con un Play Station 3, la madre no recuerda si Amaro fue o

no a clases, “me quedo dormida tía, se me olvida llevarlo” (Anotación bitácora, relato de una madre) *y al momento de la visita tampoco sabía en donde se encontraba, pero suponía que jugando a la pelota”* (Anotación interpretativa)

“La mamá de los chiquillos se fue porque le gustaba el copete po, ahí me quede yo solo con mis cabros. Yo todavía la amo y le digo que vuelva nomas, que aquí la vamoh’ ayudarla y a cuidarla, pero ella no quiere” (Anotación bitácora, relato de un padre)

“Es súper fácil drogarse acá en la Causiño po tía, si yo tengo amigos que andan con la mascarilla y el balón de gas en la calle y así se drogan, acá en 1 minuto consigo una chela y en 30 segundos un pito” (Anotación bitácora, Niño Suyai, 10 años)

Es posible desde las experiencias dadas a conocer y las estadísticas, que los casos ligados al consumo de alcohol y drogas son generadores de violencia, al mismo tiempo sin la necesidad de tener actos violentos representan un problema para la crianza del NNA, ya que se genera mucho abandono al comenzar el consumo de manera problemática, es un generador de negligencia en los cuidados parentales que los NNA necesitan, sobre todo en los casos en donde no hay familia extensa y son solo las madres o los padres junto a sus hijos, ya que se le transmite la responsabilidad de hacerse cargo de sí mismos a muy temprana edad, impidiendo el desarrollo normal de la infancia, transgrediendo todo derecho.

Expectativa escolar

A continuación se presenta un análisis en relación al grado escolar alcanzado por los padres y al mismo tiempo el grado educacional que creen y que les gustaría que alcanzaran sus hijos.

Al mismo tiempo se expone información en relación a la relevancia que le dan los padres al colegio, niveles de ausencia, y principales motivos.

Tabla 11

Hasta donde completo los estudios la madre				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Básica completa	13	25,0	25,0	25,0
Básica incompleta	9	17,3	17,3	42,3
Media completa	15	28,8	28,8	71,2
Media incompleta	8	15,4	15,4	86,5
Válidos Técnico/universitaria incompleta	1	1,9	1,9	88,5
No aplica	5	9,6	9,6	98,1
No fue al colegio	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Hasta donde completo los estudios la madre

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,02
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		1,894

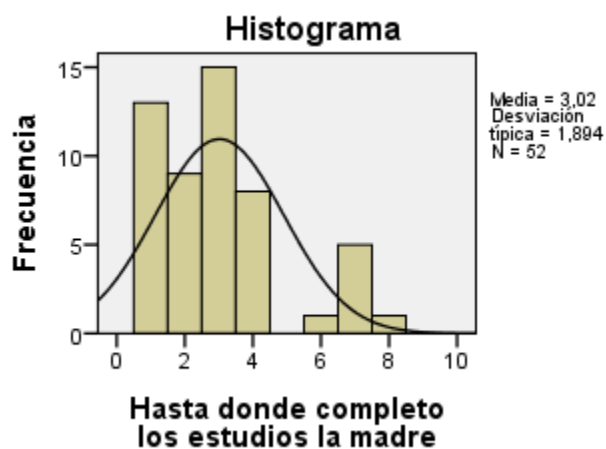


Tabla 12

Hasta donde completo los estudios la madre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Básica completa	13	25,0	25,0	25,0
Básica incompleta	9	17,3	17,3	42,3
Media completa	15	28,8	28,8	71,2
Media incompleta	8	15,4	15,4	86,5
Válidos Técnico/universitaria incompleta	1	1,9	1,9	88,5
No aplica	5	9,6	9,6	98,1
No fue al colegio	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Hasta donde completo los
estudios el padre

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		4,44
Mediana		4,00
Moda		7
Desv. típ.		2,244

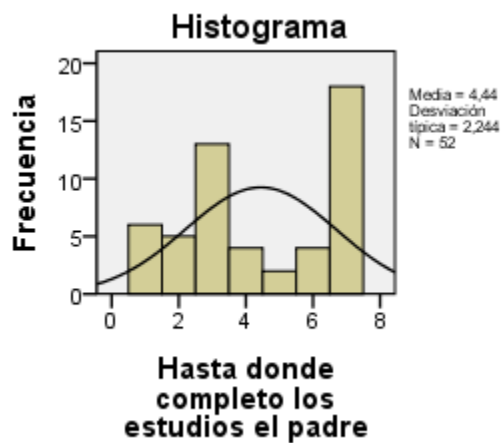


Tabla 13

Hasta donde cree que completara los estudios su hijo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Básica completa	1	1,9	1,9	1,9
Media completa	25	48,1	48,1	50,0
Válidos Técnica	15	28,8	28,8	78,8
Universitaria	11	21,2	21,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Hasta donde cree que completara los estudios su hijo

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,69
Mediana		2,50
Moda		2
Desv. típ.		,829



Tabla 14

Hasta donde le gustaría que completara los estudios su hijo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Media completa	10	19,2	19,2	19,2
Válidos Técnica	17	32,7	32,7	51,9
Universitaria	25	48,1	48,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Hasta donde le gustaría que completara los estudios su hijo

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,29
Mediana		3,00
Moda		4
Desv. típ.		,776



Tabla 15

Que tan importante es la escuela para aprender

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy importante	37	71,2	71,2	71,2
Importante	8	15,4	15,4	86,5
Válidos Indiferente	6	11,5	11,5	98,1
No es importante	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Que tan importante es la escuela para aprender

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,44
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,777



Tabla 16

Con cuánta frecuencia el niño falta a clases				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mucho	9	17,3	17,3	17,3
Poco	37	71,2	71,2	88,5
Válidos Regular	5	9,6	9,6	98,1
No ha faltado en todo el año	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Con cuánta frecuencia el niño
falta a clases

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,96
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,593

Histograma

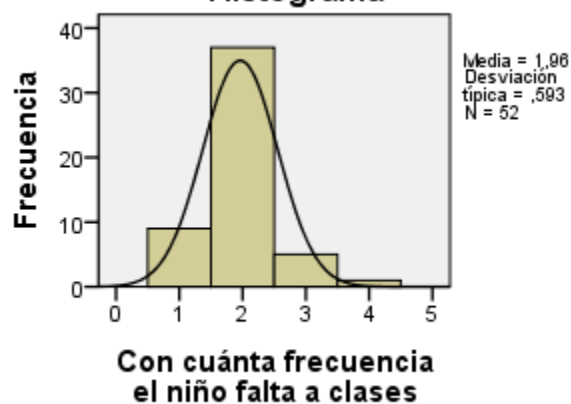


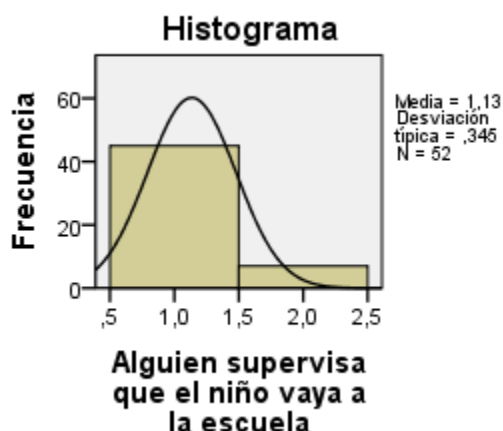
Tabla 17

Alguien supervisa que el niño vaya a la escuela				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	45	86,5	86,5	86,5
Válidos No	7	13,5	13,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Alguien supervisa que el niño
vaya a la escuela

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,13
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,345



En el caso de las madres, 15 de ellas completaron la educación media y la segunda frecuencia se encuentra en los casos de básica completa en donde existiendo 13 casos, siguiéndole con 9 casos quienes no terminaron la educación básica. Pese a lo anterior las madres eran las que mayor interés mostraban en que sus hijos al menos completaran su educación medio, ponían mucho más énfasis en la importancia de acceder y aspirar a más educación para poder acceder a empleos mejor calificados.

“Yo sé que la gente como nosotros, como el Luis no va a la universidad, porque nosotros somos pobres y aunque tuvieras créditos o becas no nos daría para el pasaje” (Anotaciones bitácora, relato papá niño Suyai de 13 años)

“Yo quiero ir a la universidad como mi primo, así después puedo trabajar y ganar harta plata para comprarle cosas a mi mami y mi abuelita” (Anotación bitácora, relato niño Suyai de 8 años)

“Ah, a mí no me gusta el colegio, después no voy a ir más, voy a ser como mi papi y voy a hacer palomas para los candidatos cuando grande, así trabaja mi papi y yo le ayudo” (Anotación bitácora, relato niño Suyai 11 años)

En el caso de los padres la gran mayoría posible de analizar en la muestra completo la educación media, y como segunda mayoría se completó la educación básica, sin desconocer que la primera mayoría no analizable desde la valoración escolar la marco la ausencia de padre en 18 casos.

De los relatos de los niños es posible recalcar que el caso niño que quiere asistir a la universidad fue muy aislado, en su mayoría la opción es completar la enseñanza media, al llegar a la adolescencia el mayor temor es la deserción escolar, debido a que son niños a los que les cuesta más no solo por su diagnóstico médico, sino que la estigmatización bajo la cual son sometidos por parte de los colegios.

La prevalencia de apoyo de los padres responde en su mayoría a terminar hasta cuarto medio, no así las madres que en su mayoría apuntaban hacia una carrera técnica y en el mejor de los casos universitaria, en total un 50% de las familias creen que sus hijos obtendrán estudios superiores, pero un total de 80,8% quisiera que sus hijos obtuviesen estudios superiores, se infiere por tanto que producto de la realidad económica en la que viven hay un 30,8% de la muestra que si bien le gustaría que su hijo completara estudios superiores no podrán hacerlo.

La mayoría de los casos falta muy poco a clases y existe algún adulto que se encarga de la supervisión de que el NNA asista al colegio. Muchos de los casos no faltan a clases debido a que el desayuno y almuerzo son comidas seguras que pueden recibir.

Características del sueño

Es importante en toda etapa y contexto de vida dormir bien, y contar con las horas de descanso necesarias, esto en el caso del TDA-H, es un tema importante, ya que una dosis de remedio mal entregada puede generar desordenes importantes en el sueño de los NNA.

Tabla 18

Cuántas horas duerme el niño al día				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 5 y 6 horas	2	3,8	3,8	3,8
Entre 6 y 7 horas	3	5,8	5,8	9,6
Válidos Entre 7 y 8 horas	10	19,2	19,2	28,8
Entre 8 y más horas	37	71,2	71,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Cuántas horas duerme el niño al día

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,58
Mediana		4,00
Moda		4
Desv. típ.		,776



Tabla 19

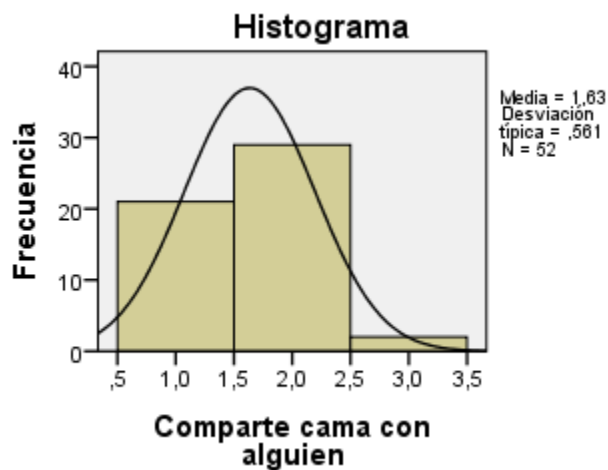
Comparte cama con alguien

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	21	40,4	40,4	40,4
Válidos No	31	59,6	59,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Comparte cama con alguien

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,63
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,561



En su mayoría los NNA duermen más de 8 horas diarias por lo que no se encuentra ninguna anomalía en las características del sueño, pero si es preocupante el hecho de que 40,4%, es decir, 21 casos debe compartir la cama, en algunos casos con hermanas/os, primos/as, mamá, abuela o tía.

“En la casa de Jordy viven 7 personas, la madre se encuentra embarazada, tienen solo 3 dormitorios, uno en donde duerme el abuelo y dueño de la propiedad, otro para los padres, y otro para Jordy, sus dos primas y su hermano mayor. Jordy debe compartir su cama de plaza y media con sus dos primas situación que me deja muy preocupada, debido a que los tres son pre-adolescentes, y temo iniciación sexual temprana. Jordy dice que en la noche no duerme bien por lo que llega a dormir siesta después del colegio” (Anotaciones interpretativas)

En general en relación a las características del sueño, hay patrones repetitivos, la mayoría duerme más de 8 horas, siendo preocupante dos casos que pasan muchos días sin dormir, se tratan de casos que no se encuentran medicados hace más de dos años, y cuando terminan la receta los niños dejan de dormir.

El hecho de tener que compartir la cama también no refiere nuevamente a los altos niveles de pobreza y hacinamiento en los que viven estas familias.

Características de alimentación

La importancia de mantener una alimentación equilibrada, y en lo posible sana en la etapa del desarrollo humano es fundamental para el funcionamiento diario, el TDA-H es muchas veces generador de obesidad, debido a que el medicamento afecta el sistema nervioso generando ansiedad, por otro lado dentro de estos contextos la alimentación suele basarse en carbo-hidratos, por tratarse de alimentos más económicos y que al mismo tiempo alcanzan para alimentar a muchas más personas. Como se ha visto con anterioridad la mayoría de los niños Suyai, reciben el desayuno y almuerzo en los colegios.

El análisis se basara en las tablas que nos hablas de la cantidad de alimentos diarios, la entre comidas, y el consumo de bebidas cola, ya que no debiesen consumir ningún tipo de bebida cola por la alteración y el nivel de aceleración que genera en los niños.

Tabla 20

Cuántas comidas come al día				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre 1 y 2 comidas	9	17,3	17,3	17,3
Entre 2 y 3 comidas	27	51,9	51,9	69,2
Entre 3 y más comidas	16	30,8	30,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos		
Cuántas comidas come al día		
N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,13
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,687



Tabla 21

Come mucho entre comidas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	40	76,9	76,9	76,9
No	11	21,2	21,2	98,1
3	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Come mucho entre comidas

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,25
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,480

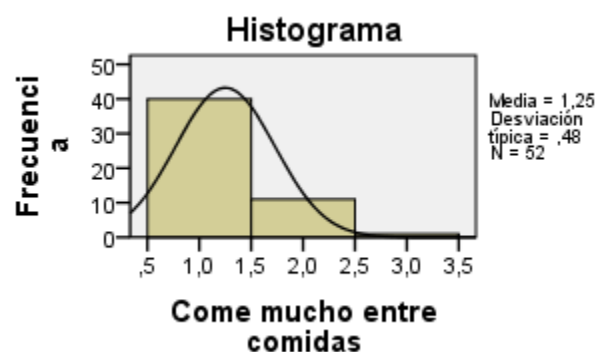


Tabla 22

En qué lugar físico come

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mesa	25	48,1	48,1	48,1
Cama	11	21,2	21,2	69,2
Sillón	5	9,6	9,6	78,8
Frente al televisio o computador	11	21,2	21,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

En qué lugar físico come

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,04
Mediana		2,00
Moda		1
Desv. típ.		1,204



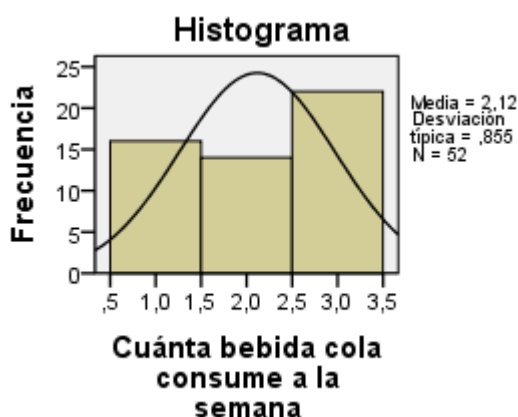
Tabla 23

Cuánta bebida cola consume a la semana				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mucho	16	30,8	30,8
	Poco	14	26,9	57,7
	Nada	22	42,3	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Estadísticos

Cuánta bebida cola consume a la semana

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,12
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,855



En el caso de las comidas, 27 casos afirman que su hijo consume 3 comidas al día, es decir considera el desayuno del colegio, el almuerzo del colegio y la hora del té. Hay tendencia a comer en la mesa pero le sigue el comer en la cama, lo que está más orientado hacia los pre-adolescentes que de por si prefieren comer solo y buscar sus propios espacios, por el sentido de encuentro consigo mismo, también marca la tendencia el consumo de alimentos frente al televisor o computador, costumbre que es aún peor, ya que el cerebro al procesar la información de la pantalla, no procesa la información alimenticia, por lo que no hay sensación de saciedad. La mayoría de los padres resaltan que sus hijos son buenos para comer entre comidas, principalmente consumo de golosinas.

Las tendencias en consumo de bebidas cola apuntan hacia Nada de consumo y hacia Mucho consumo, se trabajó con los padres la necesidad de cambiar el hábito.

Características de estudio

Se considera necesario el repaso estudiantil en el hogar, aunque sean 15 minutos al día, debido a que los NNA necesitan tener hábitos de estudios y metódicamente repasar a diario con el fin de poder nivelar el aprendizaje con el de sus compañeros.

Tabla 24

Cuántas horas estudia al día, sin contar las horas de escuela				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 15 a 30 minutos	10	19,2	19,2	19,2
De 30 a 45 minutos	7	13,5	13,5	32,7
45 minutos a 1 hora	9	17,3	17,3	50,0
1 hora o más	5	9,6	9,6	59,6
Solo para hacer tareas	21	40,4	40,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Cuántas horas estudia al día, sin contar las horas de escuela

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		3,38
Mediana		3,50
Moda		5
Desv. típ.		1,586



Tabla 25

Con quien estudia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mamá	19	36,5	36,5	36,5
Papá	5	9,6	9,6	46,2
Hermanos	5	9,6	9,6	55,8
Válidos Solo	19	36,5	36,5	92,3
Otra persona	3	5,8	5,8	98,1
No aplica	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Con quien estudia

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,71
Mediana		3,00
Moda		1 ^a
Desv. típ.		1,513

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.



Tabla 26

Le gusta estudiar				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mucho	9	17,3	17,3	17,3
Regular	20	38,5	38,5	55,8
Poco	23	44,2	44,2	100,0
Válidos Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos		
Le gusta estudiar		
N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,27
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,744



La tendencia de estudio se orienta a realizarlo solo cuando hay tareas que hacer, lo hacen solos o en compañía de la madre, y los padres declaran que les gusta poco estudiar.

“Este otro saca los cuadernos cuando tiene tarea si es que, es responsabilidad de él poh’ si él va al colegio no yo” (notación bitácora, relato de una madre)

“Yo no le puedo ayudar al Felipe porque no sé ni cuantos años tengo, cuando empieza el Rumpy en la radio yo sé que tengo que ir a buscar al Felipito. Él ahora está aprendiendo a leer y escribir, así es que él marca sus cuadernos y libros con su nombre. Me dice que él me cuidará y me enseñará a leer” (Anotaciones bitácora, relato de una madre)

Como se revisó en el apartado de valoración escolar, son las madres las que ponen más énfasis y preocupación en el aspecto de los estudios, más que los mismos NNA, el problema radica en que tienen un nivel de escolaridad tan bajo, que no pueden ayudar a sus hijos a estudiar, la mayoría de las madres que acompañan a sus hijos a estudiar, declaran que lo hacen más como compañía que como un aporte, ya que no es mucho lo que pueden aportar a estudio.

Características del juego

Los momentos de dispersión en la niñez y adolescencia también son fundamentales, los NNA del Centro Suyai, tienen una gran cantidad de energía, y este es un discurso repetitivo entre los padres.

“Póngalo a jugar, ahí puede estar todo el día”

Tabla 27

Dónde juega				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dentro de la casa	23	44,2	44,2	44,2
En el patio	12	23,1	23,1	67,3
Válidos Casa de amigos	5	9,6	9,6	76,9
En la calle	12	23,1	23,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Dónde juega

N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		2,12
Mediana		2,00
Moda		1
Desv. típ.		1,215

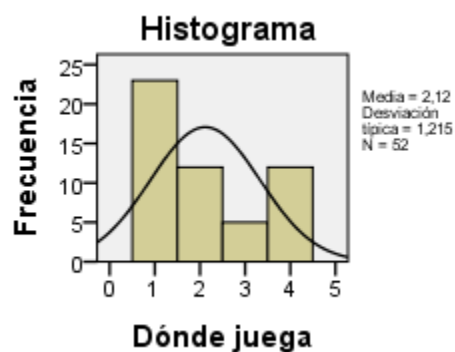


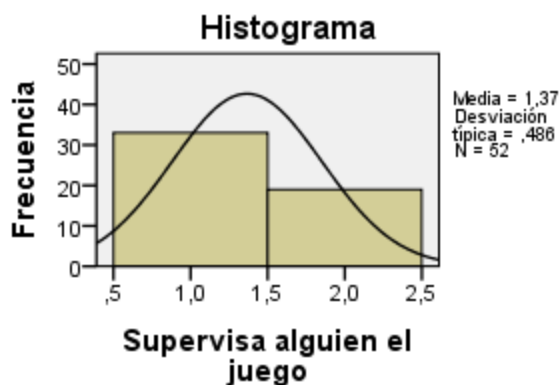
Tabla 28

Supervisa alguien el juego				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	33	63,5	63,5	63,5
Válidos No	19	36,5	36,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos

Supervisa alguien el juego

N	Válidos	52
	Perdidos	0



Media	1,37
Mediana	1,00
Moda	1
Desv. típ.	,486

Tabla 29

Tiene amigos en el barrio				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	23	44,2	44,2	44,2
Válidos No	29	55,8	55,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Estadísticos		
Tiene amigos en el barrio		
N	Válidos	52
	Perdidos	0
Media		1,56
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,502



La mayoría juega dentro de la casa, de los NNA que juegan dentro de la casa lo realizan en su mayoría frente al computador o jugando video juegos, 29 de los padres declaran que sus hijos no tienen amigos en el barrio.

“No, yo aquí donde mis ojos te vean, las juntas por acá no son buenas tía. Yo por lo menos prefiero tener a mis hijos acá, cerquita mío”

Existe mucho temor entre los padres en relación al barrio en el que habitan por lo que prefieren tener a sus hijos jugando dentro de la casa y el fin de semana llevarlo a un parque a correr.

Los padres que no supervisan el juego se interrelacionan con los niños que juegan en casas de sus amigos o en la calle, no consideran importante supervisar el juego, ya que dicen conocer el sector y a sus hijos.

CATEGORIZACIÓN MÉDICA Y FAMILIAR

En base al tratamiento médico que se lleva a cabo en el Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai, y a las características familiares que se han podido revisar con anterioridad, se han formulado tres categorías de familias, en las cuales se generaliza, pues hay que tener claro que hay casos muy específicos.

Para comenzar se entrega una síntesis de los medicamentos más utilizados:

- A. Metilfenidato: “El metilfenidato se usa como parte de un programa de tratamiento para controlar los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés; más dificultad para concentrarse, controlar sus acciones y quedarse quieto o callado que otras personas de la misma edad) en adultos y niños. El metilfenidato (Ritalin, Ritalin SR, Methylin, Methylin ER) también se usa para tratar la narcolepsia (un trastorno del sueño que provoca somnolencia excesiva durante el día y ataques de sueño repentinos). El metilfenidato pertenece a una clase de medicamentos llamados estimulantes del sistema nervioso central (SNC). Actúa modificando la cantidad de determinadas sustancias naturales presentes en el cerebro” (MedLineplus. S/F)
- B. Risperidona: “La risperidona se usa para tratar los síntomas de esquizofrenia (una enfermedad mental que causa pensamientos perturbados o fuera de lo común, pérdida de interés en la vida y emociones intensas o inapropiada) en adultos y adolescentes de 13 años en adelante. También se usa para tratar episodios de manía (estado de ánimo eufórico, anormalmente entusiasta o irritado) o episodios mixtos (síntomas de manía y depresión que se presentan juntos) en adultos, adolescentes y niños a partir de los 10 años con trastorno bipolar (trastorno maniaco depresivo; una enfermedad que causa episodios de depresión, manía y otros estados de ánimo anormales). La risperidona también se usa para tratar problemas

de conducta como agresividad, autolesiones y cambios repentinos de estado de ánimo en adolescentes y niños de 5 a 16 años de edad con autismo (una afección que causa comportamientos repetitivos, dificultad para interactuar con los demás y problemas de comunicación). La risperidona pertenece a una clase de medicamentos llamados antipsicóticos. Actúa modificando la actividad de ciertas sustancias naturales en el cerebro” (MedLineplus. S/F)

- C. Sertralina: La sertralina se usa para tratar la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo (pensamientos perturbadores que no desaparecen y la necesidad de realizar ciertos actos una y otra vez), los ataques de pánico (ataques súbitos e inesperados de terror extremo y la preocupación por esos ataques), el trastorno de estrés postraumático (síntomas psicológicos perturbadores que aparecen después de una experiencia aterradora) y el trastorno de ansiedad social (temor excesivo a interactuar con otras personas o a presentarse ante ellas, lo que interfiere con la vida normal). También se usa para aliviar los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, como cambios bruscos de estado de ánimo, irritabilidad, hinchazón abdominal y sensibilidad en los senos. La sertralina pertenece a una clase de antidepresivos llamados inhibidores selectivos de la reabsorción de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés). Actúa aumentando las concentraciones de serotonina, una sustancia natural del cerebro que ayuda a mantener el equilibrio mental” (MedLineplus. S/F)
- D. Flores de Bach: “Las Flores de Bach son una serie de esencias naturales utilizadas para tratar diversas situaciones emocionales, como miedos, soledad, desesperación, estrés, depresión y obsesiones. Fueron descubiertas por Edward Bach entre los años 1926 y 1934” (Flores de Bach. S/F)

Atención ofrecida por el Centro Suya

- A. Hora con psiquiatra una vez al mes, hay excepciones de sobrecupo y atención semanal para los casos de mayor complejidad y ajuste de medicamentos.
- B. Atención psicológica de acuerdo a las necesidades establecidas por el equipo para cada caso.
- C. Atención psicopedagógica para quienes se encuentran con mayor retraso en su proceso de aprendizaje escolar.

- D. Taller de lectoescritura para niños entre 6 a 9 años que aún no saben escribir ni leer, o van más retrasados que el promedio de su curso.
- E. Taller de habilidades sociales para niños entre 8 a 12 años, para aquellos niños con mayor complejidad para relacionarse con sus pares.
- F. Taller de Yoga para niños entre 6 a 9 años y 10 a 12, con problemas de trastornos de adaptación al ambiente.
- G. Taller de apoyo escolar para adolescentes entre 13 y 16 años, se trabaja con estudiantes que han sido calendarizados en su año escolar, y con aquellos estudiantes que necesitan mayor apoyo y orientación en sus tareas escolares.

Conociendo la metodología de intervención del Centro Suyai, es que se establecen las tres siguientes categorías en relación al trabajo de campo realizado.

Tratamiento Farmacológico	Intervención	Diagnóstico y Familia
Metilfenidato Flores de Bach	Atención psiquiátrica - Atención psicológica - Atención psicopedagógica - Distintos talleres	Dentro de la primera categoría encontramos a los NNA diagnosticados con TDA-H, que es la principal causa de atención dentro de Centro Suyai. Para esto se utiliza el Metilfenidato, antes descrito, y en casos de menor complejidad o menores de 6 años se trabajan con Flores de Bach. Dentro de esta categoría se centra la mayor cantidad de casos, familias extendidas con ausencia de uno de los padres, principalmente dentro de esta categoría la mayor problemática son las carencias económicas, lo que podríamos considerar situación de pobreza y desescolarización de los padres.

Segunda categoría:

Tratamiento Farmacológico	Intervención	Diagnóstico y Familia

Metilfenidato Risperidona Sertralina	Atención psiquiátrica - Atención psicológica - Atención psicopedagógica - Distintos talleres	Dentro de los diagnósticos que se encuadran dentro de esta categoría encontramos TDA-H y sospechas de TGD (Trastornos generalizados del desarrollo), Trastornos ansiosos depresivos, intentos suicidas. Son el segmento de casos más complejo. Dentro de esta categoría es posible integrar a las familias que por sobre las carencias económicas prevalecen otro tipo de problemáticas, como intentos suicidas de los padres, consumo de alcohol o drogas, abuso sexual infantil, negligencia parental y abandono. Es esta categoría la que refuerza la necesidad de integrar un Trabajador/a Social al Centro Suyai.
---	---	--

Tercera categoría:

Tratamiento Farmacológico	Intervención	Diagnóstico y Familia
Sin Fármacos	-Atención psiquiátrica - Atención psicológica - Atención psicopedagógica - Distintos talleres	Dentro de esta categoría es posible situar a los niños en su mayoría con DI Leve, Trastornos adaptativos, TDA. Dentro de esta categoría se encuentran las familias más reticentes al tratamiento farmacológico, y abiertamente lo rechazan, los psiquiatras suelen abandonar estos casos, quedando el NNA, solo con atención psicológica y en caso de necesitar algún otro tipo de apoyo de los que ofrece el Centro Suyai, se prioriza, teniendo en cuenta que no se cuenta con el tratamiento psiquiátrico. Si el comportamiento del NNA, es en exceso desregulado se le da el alta al paciente por negarse al tratamiento con fármacos y no ser capaz de autorregularse. Dentro de los casos enmarcados en esta categoría se encuentran en su mayoría, problemas de violencia hacia la mujer, familias con predominio machista, en donde cuesta mucho integrar al padre a la adhesión de la intervención.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

A lo largo del documento se ha expuesto como el TDA-H y/o trastornos asociados, son una problemática recurrente en la infancia, y por la que más casos llegan para recibir atención de psiquiatría infantil, es un fenómeno que aqueja a distintas clases sociales, pero en particular para la investigación se basó en contextos de vulnerabilidad social, siendo participes familias pertenecientes a los sectores más complejos social y económicamente de la comuna de Peñalolén.

Se propuso por medio de la investigación conocer las características familiares de 52 casos de estudio de un universo de 221 casos, entregándose el análisis de las características de mayor complejidad y vinculación para el tratamiento de intervención propuesto por el Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai.

Como eje central de la investigación se centró el hecho de que las problemáticas familiares, desencadenan en ciertas características familiares y esta a su vez afectan al NNA, potenciando reacciones o actitudes que afectan de manera negativa la evolución de un diagnóstico por TDA-H y/o trastorno asociado.

Es posible afirmar la hipótesis planteada, ya que coincidentemente en los ambientes de mayor resguardo familiar el TDA-H se encuentra reducido netamente a factores biológicos, los cuales con tratamiento farmacológico en dosis bajas, principalmente una vez al día durante la mañana, es posible conseguir la autorregulación durante el paso a la adolescencia.

En los ambientes familiares con mayor desregulación también se encuentran los casos de mayor complejidad, en donde el diagnóstico pasa de TDA-H a trastornos depresivos, trastornos de aprendizaje, entre otros, los NNA pertenecientes a esta categoría familiar, son en su mayoría regresivos en el tratamiento, por lo que se opta solicitar a las escuelas la petición de medidas de protección a tribunales, con este accionar se afirma entonces la hipótesis de que el TDA-H y/o trastornos asociados tienen un fuerte componente social que de no ser regularizado tampoco sirve el tratamiento medicamentoso.

La teoría también plantea que se debe regular en el marco de la ley nuevas políticas sociales enfocadas hacia el ámbito de derecho en familia, “en lo referente a las políticas hacía las familias, se recomendó que desde un enfoque de derechos, se avance en mayores grados de universalidad y calidad de los servicios; que estas políticas atiendan la diversidad de arreglos familiares existentes así como a la diferenciación social y étnica; la puesta en marcha de políticas participativas, que articulen trabajo y familia, y consideren el cuidado de niños, adultos, discapacitados y enfermos; promuevan la corresponsabilidad y la democracia dentro de la familia” (Arriagada, I. 2008. Pág. 10)

Es posible establecer muchas cosas en las que ya se puso énfasis durante el análisis, pero son preocupantes los índices de pobreza, la situaciones tan carentes en las que viven los niños del Centro Suyai, las relaciones y dinámicas familiares, los bajos índices de escolaridad de los padres.

Existe mucha desesperanza de sus propias situaciones, desesperanza que los NNA del Centro Suyai, son capaces de leer y comprender desde su corta edad e inocencia.

Dentro del discurso se encuentra muy marcada la palabra pobreza por parte del grupo familiar, los niños asumen desde pequeños su condición de pobreza, y la naturalizan validando poca importancia e interés a los estudios, ya que la universidad es algo impensable para ellos, no solo por un aspecto económico, sino que se sienten distintos en capacidades cognitivas.

Se observan muchos círculos constantes, en donde los padres y madres no han terminado el colegio, al ver sus hijos que de todos modos se puede vivir de este modo pierden el interés y no le toman importancia al estudio.

Se observa que el contexto social en el que se insertan las familias es similar en los 52 casos, en relación a sub-categorías como variables de sueño, alimentación, estudio y juego.

Las familias que mejores condiciones económicas tienen son las que menos valoración le dan a los estudios de sus hijos, al contrario, las familias más carentes ponen gran preocupación en que sus hijos puedan terminar el colegio y si fuese necesario con esfuerzo pagarían estudios técnicos, los NNA pertenecientes a las familias más carentes, son las que al mismo tiempo asisten mensualmente a la hora con el psiquiatra en el Centro Suyai, los padres hacen el esfuerzo también de llevarlos a los diversos talleres que el Centro ofrece, al contrario de esta realidad se encuentran las familias con mejores condiciones económicas, las cuales parecen responder al tratamiento solo por el compromiso.

Los problemas de violencia, ligado a los problemas de drogas y alcohol, y esto al mismo tiempo a las carencias económicas que rodean a los NNA del centro Suyai, pueden servir de gran ayuda para comprender cierto tipo de comportamiento dentro de la sala de clases, ya que evidentemente un niño que no durmió bien, que se quedó dormido llorando por los problemas familiares, que no es escuchado dentro del hogar, querrá llamar la atención en el espacio de confianza más cercano que corresponde al colegio.

Si por medio de la investigación es posible ver que las características basadas en alimentación, sueño, juego y estudio, se encuentra medianamente reguladas en los niños, esto a su vez se encuentra regulado por los medicamentos, pero de todos modos el TDA-H persiste sin bajar los índices y en algunos casos empeorando, es porque claramente existe la necesidad de poner énfasis en los contextos sociales y situacionales de los NNA, ya que es ahí en donde puede radicar la problemática central de cualquier tipo de comportamiento humano.

Por medio del presente estudio no se desconoce que existan causas biológicas que pudiesen generar y potenciar el TDA-H, pero si se establece que hay muchas características ligadas a las dinámicas familiares y características sociodemográficas influyentes en la prevalencia de la enfermedad, y si no se trabaja de una manera integral en los centros de salud, problemáticas como el TDA-H seguirán prevaleciendo en los mismo índices, ya que el foco debe abordarse desde las necesidades sociales que tienen estas familias, de este modo, apoyando y trabajando con las familias sus problemáticas internas se podrá ayudar y apoyar al NNA como individuo, pero no se puede entender el TDA-H como una enfermedad biológica e individual, ya que es más bien un trastorno que afecta a la familia en su totalidad, y desde la totalidad de la familia se puede potenciar o disminuir las situaciones de estrés para bajar el índice de TDA-H.

Y más allá de la familia está el sistema social desde lo económico y la justicia social, ya que las familias que pertenecen a este tipo de contexto, son las olvidadas por el sistema, no es que llegaron ahí por falta de perseverancia en la vida, sino que por falta de oportunidades, y todo actúa como un círculo, ya que los padres y madres, de los NNA del Centro Suyai, son hijos también de familias pobres, es por este motivo que las propuestas deben dirigirse hacia la mejora de las políticas públicas en relación a la familia.

Por los motivos anteriores, es que se debiese trabajar el TDA-H desde una perspectiva integral no solo en modo de disciplinas profesionales, sino que de manera integral con las familias, conociendo más allá de un genograma familiar, la realidad social en la que se encuentran insertas.

Como nuevos desafíos desde la profesión es necesario plantear la necesidad de intervención integral en Centros de Salud Mental con el Centro Suyai, debido a que si la intervención se disminuye solo al sujeto de atención, siempre existirán otros factores incidentes en el acrecentamiento del diagnóstico, como fue posible conocer por medio de la presente investigación.

Al no contar con apoyo en intervención social dentro de estos casos, se hace mucho más expedito el camino hacia los medicamentos, ya que si no se puede trabajar con la familia el único camino viable es la intervención con fármacos sobre el NNA. En base a lo anterior es que el desafío para la disciplina es posicionar la profesión dentro del campo de la salud mental, como un medio de intervención que debe acoplarse a la intervención médica considerando el enfoque de derecho.

Es necesario y labor de la disciplina velar por diseñar nuevas propuestas de intervención, desde todos los lugares en donde se integra la profesión, en base a la protección de la infancia, en un país como Chile, en donde la infancia se encuentra tan vulnerada, no puede la disciplina ser un cómplice más del daño e infracción de derechos de infancia. En el año 1990 Chile suscribe a la Convención de los Derechos del Niño, pero hasta hoy en día la infancia es vista como una etapa sin mayor importancia, debido a la sociedad adultocéntrica que se ha construido.

Es trabajo desde esta disciplina levantar nuevamente la bandera de lucha por aquellos que están siendo vulnerados en sus derechos básicos, en el presente estudio es un sector de la infancia de Peñalolén, en donde se interviene con NNA diagnosticados con TDA-H y/o Trastornos asociados, sin una mirada compleja de la situación, conociendo el contexto social de las familias, pero sin intervenir de manera directa, paralela y organizada con las problemáticas, por lo que se

propone el diseño de un área social dentro de la institución, con el fin de generar este espacio de trabajo en donde la intervención médica individual del NNA vaya acompañada de la intervención familiar, abordando las problemáticas que afectan directamente al NNA, esto con el fin de no perder los procesos de intervención con las familias, y que tampoco exista una sobre intervención de instituciones en cada familia, que es algo que se da regularmente en este tipo de contextos, la falta de trabajo en red entre las instituciones comunales generan finalmente la sobre manipulación de casos y se expone de manera exacerbada la privacidad familiar, es por este motivo que la propuesta de trabajo se basa en que el Centro de Apoyo al Aprendizaje Suyai cuente con su propia área social, con el fin de coordinar redes de trabajo e intervenga directamente con la familia, sin la necesidad de caer en la derivación en donde finalmente los casos se van perdiendo.

El cumplimiento de objetivos del presente estudio se encuentra abalado con la construcción presentada con anterioridad, de categorías familiares, las cuales se construyeron en base a la información enmarcada en el análisis y las fichas personales de cada NNA, en donde se registra su tratamiento medicamentoso.

Se espera que en base a la información recabada sea posible generar el espacio para la intervención social familiar dentro del Centro Suyai, ya que como fue expuesto en la presente investigación, existen muchas carencias a nivel contextual que están afectando directamente a los NNA de la comuna.

Siempre quedara algo por hacer, nuevas propuestas, eso es lo importante de la disciplina no perder el foco de la profesión y trabajar día a día por la justicia social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altonaga, I. (2011). "Teoría del apego, paradigma sistémico e intervención en desprotección infantil". Extraído el día 14 de Octubre del 2013 desde: <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Altonaga,%20I.%20Trabajo%203%C2%BA%20online%2010.pdf> Pág. 8
2. Arriagada, I. (2008). "Futuros para las familias y desafíos para las políticas". División de Desarrollo Social. Santiago de Chile. Pág. 10
3. Arito, S. (2001). "Del concepto de Necesidad al concepto de Derecho: ¿Una cuestión ética?" Pág. 6 Extraído el día 10 de noviembre del año 2013 desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000050.pdf>
4. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (S/A). "La salud mental de los niños es lo primero". Pág. 1.
5. Aylwin, N., M° Olga Solar. (2002). Trabajo Social Familiar. Ediciones UC. Santiago. Pág. 107-108

6. Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Madrid. 1ra edición. Pág. 23
7. Biblioteca del congreso Nacional. (S/F). "La familia: concepto". Extraído el día 2 de Julio del 2013 desde: <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>
8. Borrell, F. (2010). "El modelo biopsicosocial en evolución". Grupo de comunicaciones y salud. España. Pág. 1. Extraído el día 2 de junio desde: <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>
9. Briones, G. (2002). "Metodología de investigación cuantitativa en ciencias sociales". Bogotá, Colombia.
10. Calderone, M. (2004). "Sobre violencia simbólica en Pierre Bourdieu". Extraído el día 13 de octubre del 2013 desde: http://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/487/Calderone%20-%20Violencia%20Simb%C3%B3lica%20en%20Bourdieu_A1a.pdf?sequence=1
Pág. 1
11. Carballada, A. (S/F). "La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas". Pág. 5, 7 Extraído el día 14 de noviembre de 2013 desde: <http://www.margen.org/carballada/Problematicas%20sociales.pdf>
12. Cea, M. (1999). "Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social". Madrid. 2da edición. Pág. 352.
13. Farré, A., Narbona, J. (2000). "Escala para la evaluación del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Tercera edición. Madrid, España. Pág. 16 - 20.
14. Fisher, B. (2007). "Attention deficit disorder: Practical coping mechanisms". Segunda edición. New York and London.
15. Flores de Bach. (S/F). "¿Qué son las Flores de Bach?". Extraído el día 9 de noviembre del 2013 desde: <http://www.floresdebach.info/>
16. Guerra, R. (2011). "La familia en América Latina y el cambio epocal contemporáneo". Pontificia Universidad Católica de Chile. Pág. 5
17. Hernandez, R. (1991). "Metodología de la investigación". México. Pág. 68-69
18. Hueso, A., Cascant, M. (2012). "Metodología y técnicas cuantitativas de investigación". Primera edición, Valencia, España. Pág. 21
19. Laham, M. (S/F). "El modelo biopsicosocial". Psicología de la salud. Extraído el día 25 de junio del 2013

desde: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/42-el-modelo-biopsicosocial.html>

20. Lila, M., Gracia, E. (2013). "Determinantes de la acción-rechazo parental". Valencia, España. Pág. 108. Extraído el día 13 de noviembre del 2013 desde: <http://www.psicothema.com/pdf/3072.pdf>
21. López, I. & Forester, J. (1998). "Síndrome de déficit atencional". Santiago de Chile. Pág. 43.
22. Maddaleno, M. y Schutt, J. en Sadler, M. y Aguayo, F. (2003). "Gestación adolescente y dinámicas familiares". Universidad de Chile. Santiago, Chile. Extraído el día 14 de octubre de 2013 desde: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/07-Gestacion-adolescente-y-dinamica-familiar.pdf> Pág. 20
23. Mardones, J. (2003). "Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica. Barcelona: Anthropos. Pág. 29
24. MedLineplus. (S/F). "Metilfenidato, Risperidona, Sertralina". Extraído el día 9 de noviembre del 2013 desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682188-es.html>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a694015-es.html>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a697048-es.html>
25. Perona, N., Crucella, C., Rocchi, G., Silva, R. (S/F). "Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares". Congreso internacional. Extraído el día 2 de julio del 2013 desde: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>
26. OMS. (2007). "Qué es la Salud Mental". Extraído el día 10 de noviembre del 2013 desde: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
27. Orjales, I. (2002). "Deficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores". Cuarta edición, Madrid, España.
28. Ruiz, J. (2003). "Metodología de investigación la cualitativa". Quinta edición, Bilbao, España. Pág. 17
29. SUYAI, (2013). "Informe de gestión 2013". Documento institucional.
30. Sibón, A. (2010). "Qué es el TDA-H". Extraído el día 13 de mayo del 2013 desde: <http://www.csi->

csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/ANA_M_SIBO_N_1.pdf

31. Soutullo, C. (2008). "Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)". Segunda edición, Buenos Aires, Argentina. Pág. 3
32. Torrico, E., Santin, C., Andrés, M., Mendez, S., López, M. (2002). "El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología". Extraído el día 7 de noviembre del 2013 desde: http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf
33. Marti-Tuesquets, J. (1976). "Psiquiatría Social". Editorial Herder, Barcelona, España. Pág. 63.
34. UNICEF, (2013). "Tus derechos son". Extraído el día 20 de Junio del 2013 desde: <http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Derechos-de-los-Ninos>
35. Universidad de Colima. (S/F). "El uso de la bitácora en la práctica investigativa". Extraído el día 12 de octubre de 2013 desde: http://digeset.ucol.mx/psicologia/pi/el_uso_de_la_bitacora_en_la_pi.pdf Pág. 6
36. Urzúa, A., Dominic, M., Cerda, A., Ramos, M., Quiroz, J. (2009). "Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Niños Escolarizados". Revista chilena de pediatría. Extraído el día 13 de mayo del 2013 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062009000400004&script=sci_arttext
37. Villegas, E., Bellido, A. (1992). "La teoría sistémica en Trabajo Social: criterios de aplicación y observaciones críticas". Alicante. Pág. 182
38. Wedye, M. (2012). "Why french kids don't have ADHD". Extraído el día 20 de mayo del 2013 desde, <http://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>

ANEXOS

Nombre de su hijo:

Su nombre:

Fecha:

Instrumento: Encuesta familia

Encuesta familiar

Recuerde al responder que no hay respuestas buenas o malas, se ruega máxima veracidad en sus respuestas.

I. Información sociodemográfica:

1. Cantidad de integrantes familiares:

Nombre	Ingresos	
		Ingreso total familiar

2. Tipo de familia:

- Nuclear _____
- Ensamblada _____
- Extendida _____
- Monoparental _____
- Otra _____

3. Bajo que condición habitan la vivienda:

- Propietarios _____
- Arrendatarios _____
- Allegados _____
- Herederos _____
- Ocupación ilegal _____
- Otra _____

4. De que material es la vivienda:

- Ladrillo _____
- Concreto _____
- Madera _____
- Adobe _____
- Otro _____

5. Cuantos dormitorios tiene:

6. Cuantas camas tiene:

7. Con que servicios básicos cuenta la propiedad:

- Agua _____
- Luz _____
- Gas _____
- Desagüe _____
- Otro _____

8. De que es el suelo:

- Cemento _____
- Cerámica _____
- Madera _____
- Tierra _____
- Otro _____

10. Cuántas horas al día trabaja la mamá fuera del hogar:

- Entre 6 y 8 _____
- Entre 9 y más _____
- Entre 9 y 10 _____
- Horario independiente _____

11. Cuántas horas al día trabaja el papá fuera del hogar:

- Entre 6 y 8 _____
- Entre 9 y más _____
- Entre 9 y 10 _____
- Horario independiente _____

12. Cuánto tiempo se demora en el traslado del trabajo al hogar la madre:

- Entre 15 min y 1 hora _____
- Más de 1 hora _____

13. Cuánto tiempo se demora en el traslado del trabajo al hogar el padre:

- Entre 15 min y 1 hora _____
- Más de 1 hora _____

14. Quién acompaña al niño el tiempo en que los padres o tutores del niño no se encuentran en el hogar:

- Hermanos mayores _____
- Hermanos menores _____
- Tíos o abuelos _____
- Otro familiar _____
- Otro ¿Quién? _____

I. Dinámicas familiares

Responda según corresponda: Sí—No—A veces

1. Comparten al menos una comida al día todos juntos en la mesa
2. Realizan al menos una vez a la semana alguna actividad todos juntos

3. Comparten sus vivencias durante la semana entre el grupo familiar
4. Algún miembro de la familia tiene reacciones violentas hacia los demás
5. Algún miembro de la familia es verbalmente hiriente con los demás:
6. Han existido problemas de alcoholismo o drogadicción con algún miembro de la familia:

III. Valoración de la escuela, responda según corresponda

1. Grado escolar de la madre:

- Básica completa _____	- Media completa _____
- Básica incompleta _____	- Técnico/Universitaria completa _____
- Media incompleta _____	- Técnico/Universitaria incompleta _____

2. Grado escolar del padre

- Básica completa _____	- Media completa _____
- Básica incompleta _____	- Técnico/Universitaria completa _____
- Media incompleta _____	- Técnico/Universitaria incompleta _____

3. Hasta dónde cree que completara los estudios su hijo:

- Básica _____	
- Media _____	
- Técnica _____	
- Universitaria _____	

4. Hasta donde le gustaría que completara su hijo los estudios:

- Básica _____	
- Media _____	
- Técnica _____	
- Universitaria _____	

5. Que tan importante es la escuela para aprender

Muy importante – Importante – Indiferente -No es importante -Nada de importante

6. Con cuánta frecuencia el niño falta a clases

Mucho – Poco – Regular– Otro motivo

7. Bajo qué argumentos falta a clases

No le gusta- Enfermedad- Cansancio- No hay supervisión – Otros

8. Alguien supervisa que el niño asista a la escuela

Sí – No

IV. Características del sueño

1. Cuántas horas duerme el niño al día:
 - Entre 5 y 6 horas _____
 - Entre 6 y 7 horas _____
 - Entre 7 y 8 _____
 - Entre 8 y más _____
2. A qué hora se levanta:
3. A qué hora se acuesta:
4. Duerme de corrido:
5. Duerme siesta:
6. Comparte la cama con alguien:
7. A qué hora toma el último fármaco asociado al TDA-H:

V. Características alimenticias

1. Cuántas comidas come al día:
 - Entre 1 y 2 _____
 - Entre 2 y 3 _____
 - Entre 3 y más _____
 2. Suele comer mucho entre comidas ____ En qué lugar físico come:
Mesa-Cama-Sillón-Frente al televisor o computador- otro ¿En dónde?
 3. Con quién come:
 - Mamá _____
 - Papá _____
 - Hermanos _____
 - Solo _____
 - Otro ¿Quién? _____
- A qué hora come su última comida o té:
- Entre las 18:00 y 19:00 hrs. _____
 - Entre las 19:00 y 20:00 hrs. _____
 - No hay horarios establecidos _____
 - Otro horario _____

4. Hasta que hora ingiere líquidos:
5. Cuánta bebida cola consume en la semana:

VI. Características del estudio:

1. Cuantas horas al día estudia, sin contar las horas de escuela:
 - 15 a 30 minutos _____
 - 30 a 45 minutos _____
 - 45 min a 1 hora _____
 - 1 hora o más _____
2. Con quien estudia:
 - Mamá _____
 - Papá _____
 - Hermanos _____
 - Solo
 - Otro
3. Dónde estudia físicamente:
 - Escritorio _____
 - Mesa _____
 - Sillón _____
 - Cama _____
 - Otro _____
4. Le gusta estudiar:
 - Mucho _____
 - Regular _____
 - Poco _____

VII. Características del juego

1. Cuantas horas al día juega:
 - 15 a 30 minutos _____
 - 30 a 45 minutos _____
 - 45 min a 1 hora _____
 - 1 hora o más _____
2. Dónde juega:
 - Dentro de la casa _____
 - En el patio _____
 - Casa de amigos _____
 - En la calle _____
 - Otro ¿Dónde? _____
3. Con quién juega:
 - Hermanos _____
 - Amigos _____
 - Solo _____
 - Con otro ¿Con quién? _____
4. Supervisa alguien al niño mientras juega:
 - Sí _____
 - No _____
5. Tiene amigos en el barrio
 - Sí _____
 - No _____

¡Muchas Gracias!

Tablas frecuencias

Tabla 1

Condición en que habitan la vivienda				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Propietarios	13	25,0	25,0
	Arrendatarios	9	17,3	42,3
	Allegados	25	48,1	90,4
	Herederos	3	5,8	96,2
	Ocupación ilegal	2	3,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Tabla 2

Material de la vivienda				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ladrillo	10	19,2	19,2
	Concreto	19	36,5	55,8
	Madera	22	42,3	98,1
	Adobe	1	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Tabla 3

Material del suelo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cemento	13	25,0	25,0
	cerámica	24	46,2	71,2
	Madera	7	13,5	84,6
	Tierra	7	13,5	98,1
	Flexi	1	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0

Tabla 4

Servicios básicos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Luz	1	1,9	1,9	1,9
Desague	11	21,2	21,2	23,1
4 servicios básicos	32	61,5	61,5	84,6
Válidos Más de 4 servicios	5	9,6	9,6	94,2
Menos de 4 servicios básicos	3	5,8	5,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 5

Número de dormitorios				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	6	11,5	11,5	11,5
2	17	32,7	32,7	44,2
3	21	40,4	40,4	84,6
Válidos 4	5	9,6	9,6	94,2
5	3	5,8	5,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 6

Tiempo de traslado de la madre al trabajo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 15 min y 1 hora	21	40,4	40,4	40,4
Más de 1 hora	4	7,7	7,7	48,1
No trabaja	21	40,4	40,4	88,5
Válidos No aplica	5	9,6	9,6	98,1
Trabaja desde la casa	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 7

Tiempo de traslado del padre al trabajo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 15 min y 1 hora	11	21,2	21,2	21,2
Más de 1 hora	17	32,7	32,7	53,8
Válidos No trabaja	12	23,1	23,1	76,9
No aplica	12	23,1	23,1	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 8

Acompaña al niño(a) en tiempo solo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hermanos mayores	10	19,2	19,2	19,2
Hermanos menores	5	9,6	9,6	28,8
Tíos o abuelos	19	36,5	36,5	65,4
Válidos Otro familiar	2	3,8	3,8	69,2
Siempre esta con la madre	15	28,8	28,8	98,1
Solo	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 9

Comparten una comida al día todos juntos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	34	65,4	65,4	65,4
Válidos no	13	25,0	25,0	90,4
A veces	5	9,6	9,6	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 10

Realizan al menos una actividad en familia en la semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	26	50,0	50,0	50,0
Válidos no	19	36,5	36,5	86,5
A veces	7	13,5	13,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 11

Comparten sus vivencias durante la semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	43	82,7	82,7	82,7
Válidos no	9	17,3	17,3	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 12

Con cuánta frecuencia el niño falta a clases

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mucho	9	17,3	17,3	17,3
Poco	37	71,2	71,2	88,5
Válidos Regular	5	9,6	9,6	98,1
No ha faltado en todo el año	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 13

Bajo que argumento falta a clases

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	----------------------	-------------------------

Válidos	No le gusta ir al colegio	11	21,2	21,2	21,2
	Enfermedad	29	55,8	55,8	76,9
	Cansancio	4	7,7	7,7	84,6
	No hay supervisión	4	7,7	7,7	92,3
	El manipula la desición de asistir	1	1,9	1,9	94,2
	Otro motivo	3	5,8	5,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Tabla 14

Alguien supervisa que el niño vaya a la escuela

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	45	86,5	86,5	86,5
No	7	13,5	13,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 15

A qué hora se duerme

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre las 20:30 y las 21:30	7	13,5	13,5	13,5
Entre las 21:30 y las 22:30	29	55,8	55,8	69,2
Entre las 22:30 y más tarde	16	30,8	30,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 16

A que hora se levanta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Entre 6 y 7 de la mañana	19	36,5	36,5	36,5
Entre 7 y 8 de la mañana	32	61,5	61,5	98,1
3	1	1,9	1,9	100,0

Total	52	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Tabla 17

Duerme de corrido				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	44	84,6	84,6	84,6
No	8	15,4	15,4	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 18

Duerme siesta				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	14	26,9	26,9	26,9
No	36	69,2	69,2	96,2
A veces	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 19

Cuándo toma el último fármaco asociado al TDA-H				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos En el colegio	24	46,2	46,2	46,2
Antes de dormir	15	28,8	28,8	75,0
Sin medicamentos	13	25,0	25,0	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 20

Quien lo acompaña a comer				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mamá	11	21,2	21,2	21,2

Papá	2	3,8	3,8	25,0
Hermanos	15	28,8	28,8	53,8
Solo	19	36,5	36,5	90,4
Otra persona	3	5,8	5,8	96,2
En familia	2	3,8	3,8	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 21

A qué hora come su última comida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre las 18:00 y 19:00 hrs.	8	15,4	15,4	15,4
Entre las 19:00 y 20:00 hrs.	26	50,0	50,0	65,4
Válidos No hay horario establecido	17	32,7	32,7	98,1
4	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 22

Hasta que hora ingiere líquidos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta las 20:00 hrs.	4	7,7	7,7	7,7
Hasta las 21:00 hrs.	28	53,8	53,8	61,5
Válidos Hasta las 22:00 hrs. y más tarde	20	38,5	38,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 23

Dónde estudia físicamente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Escritorio	9	17,3	17,3
	Mesa	27	51,9	69,2
	Sillón	2	3,8	73,1
	Cama	12	23,1	96,2
	No aplica	2	3,8	100,0
	Total	52	100,0	