



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Estudio de la relación entre el nivel de integración de
la estructura de personalidad, el estrés parental y la
síntomatología clínica infantil en tríadas madre-padre-
hijo/a entre 1 y 3 años**

MARÍA SOLEDAD RIQUELME LASO

Profesor Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de Trabajo de Grado: Marcela Aracena, Claudia Cerfogli

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad
Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Junio 2018
Santiago, Chile**



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

Estudio de la relación entre el nivel de integración de la estructura de personalidad, el estrés parental y la sintomatología clínica infantil en tríadas madre-padre-hijo/a entre 1 y 3 años

MARÍA SOLEDAD RIQUELME LASO

Profesor Guía: Marcia Olhaberry Huber

Comité de Trabajo de Grado: Marcela Aracena, Claudia Cerfogli

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

**Junio 2018
Santiago, Chile**

AGRADECIMIENTOS:

Quisiera agradecer a Marcia Olhaberry por su guía y acompañamiento durante este proceso de aprendizaje, con el cual me confirma no sólo su calidad como profesional en investigación, clínica y docencia, sino también su calidad como persona. Gracias por tu disposición, asesoría y trato humano.

Además me gustaría agradecer a mis padres por su apoyo e inspiración para formarme en el área de la Salud Mental y por la educación que me entregaron que hicieron de mí una mujer apasionada por el conocimiento y las ciencias humanistas.

También agradezco a mi compañero incondicional, mi marido Francisco y a nuestros dos maravillosos niños Sebastián y Nicolás, ustedes son mi mayor fuente de inspiración para querer aprender y trabajar en estos temas y son mis mayores maestros en esta vida. Gracias a su apoyo, paciencia y amor he podido crecer en lo personal y profesional.

Me gustaría agradecer también al Dr. Rafael Torres y Dra. Carla Inzunza del Departamento de Psiquiatría PUC por creer en mí y apoyarme en la persecución de este proyecto de formación.

Y por último, pero no menos importante, a mis pacientes por todo lo que me han enseñado en estos años de práctica y por entregarme la motivación a querer aprender y seguir en formación para entregar un mejor servicio de ayuda y acompañarles en sus procesos de sanación.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Antecedentes Teóricos.....	9
1. Personalidad y Parentalidad.....	9
2. Nivel de integración de la estructura de personalidad.....	11
3. Estrés Parental.....	12
4. Sintomatología infantil en primera infancia.....	13
5. Estrés Parental, Estructura de personalidad y sintomatología infantil.....	16
Objetivos e Hipótesis.....	17
Método.....	18
1.Diseño.....	18
2.Participantes.....	18
3.Instrumentos.....	21
4.Procedimientos	25
5.Análisis de datos.....	25
Resultados	27
Discusión	38
Limitaciones	44
Referencias.....	46
Anexos.....	55

Resumen

Durante las últimas décadas se ha puesto énfasis en el estudio de la primera infancia, dado que se ha comprobado la relevancia de esta etapa en el desarrollo y la salud mental posterior. En cuanto a los determinantes de la salud mental infantil, estudios han manifestado la relevancia de la presencia de conflictos en los primeros vínculos que se establecen con los cuidadores primarios, como una de las variables más importantes en la aparición de sintomatología clínica en la niñez.

Particularmente, se ha puesto énfasis en el estudio de la relación entre problemas de salud mental parental y dificultades en el desarrollo infantil, evidenciándose una asociación significativa entre psicopatología en padres y/o madres y problemas en el desarrollo emocional y cognitivo de sus hijos(as). Sin embargo, la mayoría de los estudios han evaluado síntomas parentales que requieren de múltiples evaluaciones en el tiempo para conocer su relación con los síntomas infantiles, lo que implica diseños longitudinales de alto costo y difícil replicabilidad.

Por esta razón, en el presente estudio se buscó examinar la relación entre variables clínicas de padres, madres e hijos(as) pequeños medidas en un solo momento. En concreto, se evaluó el nivel de integración de la estructura de personalidad – medido por el eje IV del instrumento OPD (Grupo de trabajo OPD, 2008), el estrés parental – medido por el Parental Stress Index Short Form versión chilena (Abidin, 2012)- y la aparición de síntomas de salud mental infantil en sus hijos(as) entre 1 y 3 años de edad medidos por los cuestionarios ASQ:SE y ASQ-3 (Squires, Bricker, & Twombly, 2006) y los apartados de ansiedad y depresión del Manual Diagnóstico DC 0-3 (Zero to Three, 1994).

Se desarrolló un estudio cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal, de tipo correlacional. Se estudiaron 80 tríadas pertenecientes a una muestra clínica, compuestas por el padre, la madre y su hijo(a) menor a 3 años, participantes en el proyecto Fondecyt de iniciación N°11140230.

Los resultados muestran una asociación significativa positiva entre Estrés Parental del grupo total de padres y madres (EPTG) y el puntaje total del Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad ($r=.525$, $p=.000$) tanto en madres como en padres y una correlación significativa positiva entre Estrés Parental de ambos progenitores y porcentaje de problemas en el desarrollo socioemocional de sus hijos(as) ($r=.343$, $p=.002$), particularmente en los ítems: porcentaje de problemas en obediencia (*compliance*) ($r=.270$, $p=.015$); porcentaje de problemas en autorregulación ($r=.339$, $p=.002$) y porcentaje de problemas de interacción con personas ($r=.227$, $p=.043$).

Asimismo, aparece una correlación significativa positiva entre EPTG con número de síntomas de ansiedad de separación ($r = ,316$, $p = ,004$), número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,419$, $p = ,000$) y número de síntomas de depresión ($r = ,251$, $p = ,025$) en sus hijos(as).

Por otro lado, se observó correlación positiva y significativa entre el puntaje total del Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad del grupo total con número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,244$, $p = ,029$) y número de síntomas de depresión ($r = ,255$, $p = ,022$).

Al analizar la función del estrés parental en la relación entre el nivel de integración de la estructura de personalidad y la presencia de síntomas infantiles, se encontró que en las madres cumple un rol mediador en la relación entre la estructura y los síntomas infantiles de ansiedad generalizada, lo que no se observó en los padres. Se desarrollan hipótesis comprensivas en torno a los resultados y se discuten sus implicancias clínicas.

Palabras clave: *Nivel de Integración de Estructura de personalidad, Estrés parental, Sintomatología Clínica Infantil, Primera Infancia.*

Keywords: *Personality Level of Structure Integration, Parental Stress, Childhood Mental Health symptoms, Infants and Toddlers, Early Infancy.*

Introducción

En las últimas décadas, ha surgido un auge en torno a la aparición de estudios en salud mental y física de niños y niñas en las diversas disciplinas que trabajan en infancia (Schores, 2001). Sumado a lo anterior, también se observa que la detección temprana de sintomatología infantil en el ámbito de la salud mental comienza a tener más relevancia y el foco se dirige cada vez hacia edades más tempranas, pues el 90% del desarrollo cerebral ocurre entre los cero y cinco años (Kieling et al., 2011; Sunderland, 2006) además la evidencia muestra efectos positivos cuando se interviene tempranamente (Engle et al., 2009; Kieling et al., 2011).

En vista de lo anterior, en los últimos años en Chile se han realizado esfuerzos por conocer el estado actual de la salud mental en la niñez y adolescencia. Entre estos estudios, destaca la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI, 2010) donde se encontró que un 10,8% de los niños entre 6 meses y 4 años 11 meses presentaban dificultades clínicamente significativas en su desarrollo socioemocional, y 10,9% presentaría riesgo de desarrollarlas. En cuanto al desarrollo cognitivo, un 7,2% presentaba problemas y 17,4% de los niños estaría en riesgo de presentar problemas en esta área. Por último, el 30% de los niños y niñas evaluados, presentaba rezagos en su desarrollo (Centro de Microdatos-Universidad de Chile, 2014).

Los resultados nacionales estarían acorde a los encontrados en Estados Unidos, donde se estima que entre un 10 y un 14 por ciento de los niños y niñas entre cero y cinco años presentan un desorden emocional o conductual, sin embargo, muchos casos no son identificados o reportados (Boydell & Bowers, 2006). Pese a esto, llama la atención que entre los casos que son identificados como candidatos a recibir intervención, más de la mitad no la recibe (Resource Center for Child and Adolescent Health, 2012).

Por otro lado, entre los estudios de prevalencia en trastornos mentales infantiles en Chile, contamos con algunos como el estudio realizado en niños y niñas de primer año básico residentes en Santiago, otro llevado a cabo en población infanto-juvenil de la provincia de Cautín y otro más representativo (N=1558) llevado a cabo en cuatro provincias de nuestro país. Los resultados de dichos estudios, arrojan prevalencias de desórdenes mentales entre un 22,5% y un 28,1% (De la Barra et al., 2012).

En el primer estudio, se encontró que el trastorno psiquiátrico más prevalente era el Trastorno por déficit atencional con un 6,2% (Vicente et al., 2011) mientras que en el segundo estudio (Vicente et al., 2010), lideraban los trastornos ansiosos (19%). En este último, en el análisis por patologías específicas, mostraron prevalencias más altas los trastornos por ansiedad de separación (9,6%) y el trastorno de ansiedad generalizada (6,4%) en el grupo de 4-11 años

(Vicente et al., 2010). En el tercer estudio (De la Barra et al., 2012), los trastornos disruptivos (14,6%) fueron los más prevalentes, seguidos por los trastornos de ansiedad (8,3%).

Por otro lado, en un estudio transcultural de población general donde se evaluaron síntomas conductuales y emocionales en niños preescolares en 24 países, Chile fue el país que contó con una media de Problemas Totales significativamente mayor a todos los demás países encuestados (Rescorla et al., 2011).

En vista de la situación en salud mental en nuestro país, caracterizada por la alta prevalencia de problemas en el desarrollo en primera infancia, sumado a la presencia de psicopatología en edades posteriores, se vuelve relevante profundizar en la comprensión de las relaciones entre variables parentales e infantiles. Esto permitirá una mayor precisión diagnóstica y el diseño de intervenciones específicas dirigidas a la primera infancia, favoreciendo así el desarrollo y la salud mental futura.

A pesar de esto, existen múltiples barreras para acceder a la atención en salud mental, pues se requiere de profesionales capacitados que diagnostiquen a tiempo en centros de atención primaria, además de concientizar a la población para que reconozca oportunamente signos y síntomas de problemas de salud mental en infancia temprana que motiven a consultar a tiempo (Cole et al., 2017).

Para poder contribuir a los conocimientos empíricos sobre el tema en cuestión, es necesario revisar las principales teorías que explican actualmente la aparición de síntomas clínicos de salud mental en infancia temprana, para enmarcar la comprensión de este fenómeno.

En este ámbito, se ha comprobado empíricamente la importancia que tienen las interacciones tempranas entre niños(as) pequeños(as) y sus figuras significativas en el desarrollo de aspectos de la salud mental como son la neurobiología, cognición y emociones (Cicchetti, 2002; Heinz, 2014; Sunderland, 2006).

Por lo demás, se ha observado que los problemas en las interacciones durante los primeros años, serían factor de riesgo para el desarrollo de posterior psicopatología en el individuo a lo largo del ciclo vital (Di Bártolo, 2016; Heinz, 2014). Estos hallazgos han generado un auge en los estudios que incluyen la perspectiva vincular para estudiar este tema. No obstante, la gran mayoría de los estudios que han buscado indagar en las dificultades en la construcción de los vínculos tempranos se han centrado principalmente en la figura materna, dejando de lado al padre (Pérez et al., 2017; Valdés, 2009).

Adicionalmente, tienden a centrarse en la medición de aspectos de la salud mental materna que son sensibles a los cambios, como la sintomatología depresiva, los síntomas de ansiedad, el estrés, y aspectos específicos de su personalidad, entre otros (Belsky, 1984),

Existe menos información disponible sobre la relación entre variables más estables en el tiempo, como la personalidad parental y elementos de la crianza como sensibilidad parental y sus efectos en el desarrollo infantil (Karreman et al., 2007; Kochanska et al., 2004; Smith et al., 2007).

Probablemente, dicho sesgo se explica, por un lado, a partir de la dificultad para medir variables parentales más estables en el tiempo por medio de instrumentos estandarizados (ej: estructura de personalidad), y por otro, la influencia de los factores culturales sobre roles de género, dado que las madres suelen ser quienes dedican más tiempo como a la crianza de los hijos pequeños (Brooks-Gun et al. 2002; Geary, 2010; Herrera, 2000; Valdés, 2009).

No obstante, actualmente observamos que muchos países desarrollados presentan roles de género más equitativos tanto en lo laboral como en lo familiar, donde la mujer está más integrada al mercado laboral a la vez que el hombre participa más en tareas domésticas y de crianza (Pérez et al. 2017; Valdés, 2009).

En vista de la importancia del rol del padre en la crianza para el sano desarrollo de sus hijos (Choi, 2010; Pérez & Olhaberry, 2014; Yogman & Garfield, 2016), parece fundamental su incorporación tanto en el ámbito de la investigación como en la clínica. Por lo tanto, si se busca comprender más profundamente las dinámicas relacionales que están a la base de la construcción de los vínculos tempranos y el desarrollo de sintomatología infantil en salud mental, es necesario estudiar tanto a padres como a madres.

Personalidad y parentalidad

Por esta razón, y en vista de la importancia que implica el rol de ambos progenitores para el sano desarrollo de sus hijos(as) se requiere analizar los diferentes factores que inciden en las conductas parentales al momento de interactuar con sus hijos(as). Desde esta perspectiva, el estudio de la personalidad parental y el rol que ésta cumple en la crianza se vuelve un tópico relevante.

En los últimos años, se ha intentado abordar la relación entre desórdenes de la personalidad parental y cualidades parentales empobrecidas, las cuales pondrían en riesgo el desarrollo del *self* del infante por medio de una baja función reflexiva parental e interacciones de menor calidad (Fonagy, 2000). Asimismo, hay quienes plantean que la personalidad adulta predice los comportamientos con el infante y el tipo de vínculo que el niño establece con sus figuras

significativas (Belsky & Barends, 2002; Fonagy, 2000), así como elementos de la personalidad materna como la calidez y flexibilidad se relacionan con un mayor desarrollo cognitivo (Molfese et al., 2010).

En esta línea, Kohut (1971) al plantear el constructo *self*-objeto, enfatizó que el desarrollo del bebé se constituye en la interdependencia entre el *self* del infante y la madre, sembrando las bases para la perspectiva intersubjetiva del desarrollo psíquico. De esta manera, el rol de la madre sería de regular al bebé para favorecer su homeostasis interna en términos fisiológicos como afectivos.

En consecuencia, el bebé experimenta los estados afectivos del *self*-objeto como si fueran propios (Kohut, 1977) y por esta razón, destacó la importancia de factores ambientales como la personalidad de los padres y los eventos traumáticos en la génesis de la detención del desarrollo del *self*, particularmente cuando las respuestas de los cuidadores son evidentemente poco empáticas y poco confiables.

Por otro lado, se plantea también una asociación entre trastornos de personalidad límite en las madres y dificultades en la regulación emocional del infante (Whalen et al. 2015). Sin contar a los autores mencionados, sorprende que hay escasa bibliografía sobre estudios empíricos que relacionen variables parentales de mayor estabilidad en el tiempo, como la estructura de personalidad, con la parentalidad y los síntomas infantiles (Belsky & Barends, 2002). Los mismos autores defienden la importancia que tiene el estudio de la personalidad en relación con la conducta parental y el desarrollo infantil, ya que tiende a ser un mejor predictor de la conducta de crianza y puede ser medida en múltiples situaciones y contextos a lo largo del tiempo. Por el contrario, variables parentales como psicopatología, estrés u otras que son evaluadas en un momento único, no actúan necesariamente como predictores de variables infantiles (Belsky & Barends, 2002).

No obstante, cuando se considera a los padres y madres en los estudios, es más bien una excepción a la regla el que se consideren sus personalidades como variable (Belsky & Barends, 2002). Además, la mayor parte de los estudios que toman en cuenta la personalidad parental y la relacionan con el desarrollo infantil, toman aspectos de ésta como el locus de control, autoestima y la confianza interpersonal, entre otros, sin considerar una concepción más integral del concepto que se asocie con el funcionamiento general del sujeto (Belsky, 1984; Clark, Kochanska & Ready, 2000).

Asimismo, los escasos estudios empíricos que consideran la personalidad parental y su relación en la crianza y desarrollo del niño, se basan en mediciones de personalidad que distan de la

estabilidad que posee este constructo cuando se lo concibe desde la teoría psicoanalítica.

Posiblemente, se ha preferido ocupar otro tipo de instrumentos, dado que medir en términos cuantitativos la estructura de personalidad y el nivel de integración de la misma, ha sido un desafío, pues desde el psicoanálisis las evaluaciones de este tipo de constructo son principalmente a través de entrevistas clínicas, como la entrevista estructural de Kernberg (1987) la cual requiere un entrenamiento específico, y es difícil de replicar y medir a través de diseños cuantitativos con muestras de mayor tamaño.

Es probable que por la misma razón, la bibliografía desde esa teoría se centra más en estudios cualitativos y de casos. No obstante, la concepción de la personalidad desde el psicoanálisis es enriquecedora para el quehacer clínico y tiene la complejidad necesaria para comprender más profundamente al sujeto y su funcionamiento vincular. Por esta razón, interesa el poder relacionarla con el estilo de crianza y el desarrollo infantil.

Nivel de integración de la estructura de personalidad

Uno de los primeros intentos por operacionalizar conceptos psicodinámicos, se lo podemos atribuir a Otto Kernberg (1987) quien fue pionero en proponer que la personalidad se organiza en distintos niveles. Posteriormente, aparece otra propuesta que busca operacionalizar los constructos psicodinámicos observados en la clínica -el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)- dada la necesidad desde la clínica y la investigación de contar con un sistema que tuviera en cuenta aspectos psicodinámicos del individuo y que permitiera compartir un lenguaje científico común respecto a éstos (Cierpka et al., 2006). El protocolo del OPD, consiste en una entrevista semi estructurada, de tipo multiaxial que se divide en cinco ejes: I. Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, II. Diagnóstico de la conducta relacional disfuncional habitual, III. Los conflictos del paciente, IV. La estructura psíquica del paciente, V. Diagnóstico Sintomático (Cierpka et al., 2006). En el presente estudio, se utilizó como variable el eje IV del protocolo, el Nivel de Integración de la Estructura de la Personalidad (NIEP).

La Estructura de la Personalidad describe las capacidades de un individuo, que definen un estilo personal para relacionarse y regular su *self* en relación a objetos internos y externos: la vulnerabilidad de la personalidad, su predisposición a la enfermedad y su capacidad para elaborar conflictos (Cierpka et al., 2006). Este constructo estaría compuesto por cuatro dimensiones: capacidades cognitivas, de manejo y regulación, emocionales y de formar vínculos (Cierpka et al., 2010). Por consiguiente, evaluar la estructura permite describir un modo de

funcionamiento transversal que subyace a la presencia de sintomatología. Esto la convierte en una variable relevante de integrar al analizar estrés parental y sintomatología clínica infantil. Además las dimensiones del NIEP se asemejan a otros constructos que han sido descritos como predictores de un adecuado ejercicio parental, por ejemplo, la función reflexiva (Fonagy, 2000). Pese a esto, en la literatura no suele aparecer esta variable asociada al desarrollo infantil. En este sentido, determinar el tipo de relación existente entre el nivel de integración de la estructura de la personalidad, la sintomatología infantil y el estrés parental, sería un aporte para quienes se dedican a la clínica, dando orientación sobre qué variables de los cuidadores priorizar en la evaluación e intervención temprana.

Adicionalmente, esta información favorecería la planificación de tratamientos focalizados en las variables asociadas a la aparición de sintomatología infantil, lo cual incidiría en el tipo de tratamiento asignado, la duración del mismo, el pronóstico y la eficacia de la intervención, entre otros aspectos.

Por último, comprobar una relación significativa entre las variables mencionadas, podría orientar al clínico sobre la gravedad de los casos, priorizando la atención oportuna y previniendo tempranamente la aparición de sintomatología infantil por medio de intervenciones a nivel familiar.

Estrés parental

Considerando la evidencia empírica que muestra el efecto negativo del Estrés Parental (EP) en las tareas de la crianza y en la aparición de dificultades en sus hijos(as) (Abidin, 1983; Cappa et al., 2011; Deater-Deckard 1998; Durtschi et al., 2016) este estudio incluyó esta variable para evaluar su rol en la relación entre el Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad (NIEP) y la sintomatología infantil.

Además se plantea que los primeros tres años de vida constituyen un período crítico en cuanto al impacto que el estrés parental puede tener en el desarrollo infantil cognitivo, emocional y conductual, siendo de suma importancia el estudio temprano de esta variable (Burke & Abidin, 1980; Molfese et al. 2010).

En suma a lo anterior, Molfese et al. (2010) describen que el estrés parental puede incrementar en presencia de hijos(as) con temperamento difícil. Otros autores plantean que los padres y madres con hijos(as) con dificultades en su desarrollo tienden a reportar más altos índices de estrés parental debido a los desafíos y complejidades asociadas a su crianza (Robinson & Neece, 2014). Esto mismo se daría en relación a la edad de los hijos(as), observándose mayores niveles de ansiedad y estrés en padres y madres de niños(as) más pequeños (Reitman et al., 2002;

Aracena et al., 2016).

De acuerdo con Abidin, (2012) el Estrés Parental (EP) se refiere al estrés total que un padre o madre experimenta como resultado de características de su hijo(a), características del progenitor y situaciones que están directamente ligadas al rol parental. Éste correspondería a un elemento activador que fomenta el uso de los recursos disponibles para afrontar satisfactoriamente el ejercicio del rol parental, siendo perjudicial la falta absoluta de activación, así como niveles extremadamente altos.

En el Modelo de EP de Abidin (1992) éste se plantea como una forma específica de estrés que estaría basado en una valoración del rol como progenitor compuesto por la autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en el uso de estrategias de afrontamiento para resolver las dificultades asociadas a la tarea de crianza. Abidin (1992) señala que el rol parental está formado por un conjunto de creencias y expectativas que todo progenitor tiene sobre sí mismo las cuales pueden actuar de amortiguador entre los potenciales estresores y la respuesta de estrés (Pérez-Padilla, 2014).

Existe vasta bibliografía que reporta la relación entre el estrés materno, sensibilidad parental y desarrollo infantil, señalando que interfiere en las competencias parentales, pues las madres que presentan altos niveles de estrés se sienten sobrepasadas frente a las demandas de sus hijos(as), y muestran menor disponibilidad para responder a sus necesidades (Cappa et al. 2011, Jennings & Dietz, 2010; Molfese et al. 2010; Pérez & Santelices, 2016). Por su parte el estrés paterno también tiene un impacto negativo en la relación madre-hijo(a) (Pelchat, Lefebvre y Perreault, 2003), en el desarrollo infantil de sus hijos (Ionio et al., 2018) y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Cappa et al. 2011).

Esto resulta relevante si se considera que la depresión y los niveles subclínicos de ésta, representados a través de los niveles de estrés, se encuentran en aumento en la población general, y son particularmente prevalentes y tienden a correlacionar entre madres y padres de infantes y niños en edad preescolar (Pérez & Santelices, 2016).

Sintomatología infantil en primera infancia

La literatura científica muestra el impacto negativo de altos montos de estrés parental en la salud mental de los hijos, asociándose a una mayor presencia de sintomatología clínica infantil (Olhaberry & Farkas, 2012; Cole et al, 2017).

Adicionalmente, durante las últimas décadas, se ha observado un interés por el conocimiento sobre la identificación y tratamiento de los desórdenes en salud mental en escolares y

adolescentes (Egger & Emde, 2011), sin embargo, ha tomado más tiempo reconocer la presencia de sintomatología psíquica en infancia y niñez temprana. El campo de la salud mental en infancia temprana ha surgido en los últimos años a partir del reconocimiento creciente sobre niños y niñas pequeños que experimentan problemas de salud mental y requieren intervención clínica y social (Egger & Emde, 2011). Por lo tanto, se ha vuelto necesario generar criterios válidos para identificar factores de riesgo y determinantes en salud mental infantil, tanto como evaluar los síntomas de salud mental y desórdenes mentales en infancia temprana (Egger & Emde, 2011).

Los primeros tres años de vida se han vuelto foco de interés debido a los hitos y logros que se adquieren durante este periodo en términos cognitivos, emocionales y en el desarrollo psicomotor entre otros (Olhaberry et al., 2018, inédito; Shonkoff et al., 2000). Además, la literatura enfatiza la relevancia de las experiencias emocionales tempranas y los vínculos que se construyen en la primera etapa del ciclo vital para el desarrollo cerebral y la salud mental infantil (Fonagy, 2008; Nelson, Kendall & Shields, 2014).

En esta línea, los estudios en neurociencias revelan que la plasticidad neuronal es más prolífera durante los períodos críticos o sensibles, los cuales comienzan en el período gestacional, llegando a su punto más alto durante los primeros años de vida y disminuyen a medida que aumenta la edad del sujeto (Hertzman, 2012).

Estos antecedentes permiten afirmar que las relaciones tempranas son fundamentales en el desarrollo cerebral del individuo, el cual es sensible tanto a inputs de experiencias positivas como negativas (Hertzman, 2012; Schore, 2010). Esto conlleva a que el estrés y las fallas en los cuidados parentales tempranos, puedan afectar la arquitectura del cerebro del bebé - particularmente del hemisferio derecho y sistema límbico del cerebro- al igual que la pérdida de funciones corticales frontotemporales (Fonagy, 2008; Perry, 1997; Schore, 2010) y también interfiere en el desarrollo de los sistemas regulatorios, generando consecuencias permanentes a nivel cognitivo, conductual, fisiológico y emocional (Shonkoff y Garner, 2012).

Por lo descrito anteriormente, se ha convertido en prioridad promover el adecuado desarrollo infantil, entendido como el proceso de cambio que ocurre a lo largo de toda la vida (Papalia & Feldman, 2012) el cual transcurre en el contexto de las relaciones interpersonales en las cuales los niños y niñas participan moldeando su cerebro y desarrollo en general (Greenspan et al., 2001; Olhaberry et al., 2018, inédito).

Actualmente se sostiene que el desarrollo infantil es multidimensional y depende de variables constitucionales, madurativas y del ambiente que interactúan de una manera determinada en el

contexto de las relaciones cercanas entre el niño(a) y sus cuidadores (Greenspan et al., 2001; Greenspan, 2007; Ministerio de Desarrollo Social, 2017; Olhaberry et al., 2018, inédito).

Por esta razón, la evaluación temprana en centros de atención primaria se ha vuelto una práctica habitual y costo efectiva, que permite a los profesionales que trabajan en población infantil ser entrenados para diferenciar niños(as) que siguen trayectorias del desarrollo adaptativas en relación a su contexto y según lo esperado para determinada edad, de aquellos que no, por medio de instrumentos de tamizaje que son rápidos de aplicar y permiten detectar sintomatología clínica en salud mental oportunamente.

En Chile esto se ha realizado principalmente a través del Programa Chile Crece Contigo, el cual ha tenido la misión de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de niños y niñas hasta los nueve años de edad a través de la articulación intersectorial (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Adicionalmente, el foco en la promoción y prevención en salud mental en edades tempranas se ha vuelto cada vez más importante a nivel mundial, y comienza a ser tendencia en nuestro país debido a las alarmantes cifras con las cuales Chile se posiciona respecto a otros países del mundo en temas de salud mental. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo (Vicente, Kohn, Saldivia & Rioseco, 2009; Vicente, Saldivia & Pihán, 2016).

Los estudios de prevalencia nacionales en población adulta, revelan que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, seguidos por depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol. (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Se estima que la mitad de estos trastornos mentales que sufren los adultos provienen de la infancia, generando problemas en el desarrollo emocional, intelectual y social, además de alterar la dinámica familiar entre otras dificultades relevantes (Ministerio de Salud, 2015). En cuando a los niños(as) y adolescentes, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas) liderados por los trastornos de ansiedad y disruptivos (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016).

Por esta razón, si se tienen en cuenta los altos índices de prevalencia en nuestra población adulta de depresión mayor, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias y de trastornos disruptivos y ansiosos en la niñez, se vuelve prioridad el evaluar e intervenir oportunamente, particularmente en los trastornos que generan mayor invalidez (depresión mayor) y en los que muestran trayectorias más crónicas en el tiempo (trastornos de ansiedad) (Yoon, Yoon, Wang, Tebben, Lee & Pei, 2017). Si se detecta su aparición durante la primera infancia, es posible contribuir por medio de estrategias de promoción y prevención que involucren una perspectiva familiar, a

reducir las alarmantes cifras en salud mental que caracterizan a Chile y que son un reflejo del malestar que viven muchas familias.

Dado que la literatura plantea que durante esta etapa temprana, un ambiente nutritivo y padres responsivos promueven el desarrollo saludable, y por el contrario, un contexto de riesgo puede impactar negativamente el desarrollo infantil (Olhaberry et al., 2018, inédito) en este estudio, se escogió evaluar la variable Sintomatología Infantil y determinar si se observa relación con las variables de sus cuidadores como se reporta en la literatura.

Para efectos de este estudio se tomó la definición de sintomatología clínica en salud mental infantil como la presencia de problemas emocionales y/o conductas atípicas clínicamente significativas reportadas por los adultos cercanos al niño (Egger & Emde, 2011). Éstas serían lo opuesto a la definición de salud mental infantil temprana entregada por los autores del Manual DC 0-3R quienes la definen como: la capacidad en desarrollo del niño/a desde el nacimiento hasta los cinco años de edad para formar relaciones cercanas, manejar y expresar sus emociones, explorar el ambiente y aprender (Zero to three, 2016).

Estrés parental, personalidad y sintomatología infantil

Con respecto al Estrés Parental (EP) hay amplia evidencia empírica que lo relaciona con las prácticas en la crianza y sintomatología infantil temprana. En este punto, Olhaberry & Farkas (2012) describen que el estrés durante los tres primeros años de vida es especialmente crítico en relación con el desarrollo emocional y conductual del niño, así como para el desarrollo de la relación padres-niño (Frontini, 2016). El EP influiría negativamente en las competencias parentales y en la calidad de las interacciones parento-filiales (Aracena et al., 2016; Jennings & Dietz, 2010;).

En adición, Cole et al. (2017) sostienen que cuando los estresores de los padres les impiden responder a las necesidades de sus hijos, el desarrollo de estos últimos se ve afectado al igual que la relación parento-filial. Asimismo, Farkas y Valdés (2010) plantean que la cantidad y calidad de los recursos disponibles para afrontar los estresores pueden determinar la aparición de parentalidad disfuncional.

Recalcan además que los problemas en salud mental temprana son reales y que los bebés pueden padecer trastornos de salud mental, los cuales tienen una forma particular de presentarse en edades tempranas..

Por otro lado, Molfese et al. (2010) encontraron una relación significativa entre la personalidad de la madre, el nivel de estrés parental y el desarrollo infantil. Concluyendo que una

personalidad materna más positiva (menos retirada (*less withdrawal*), menos rígida y con un ánimo más positivo), tiene niveles más bajos de estrés, lo cual se relaciona con un mejor desarrollo del niño medido por la escala de Bayley III (Molfese et al. 2010).

Considerando lo anteriormente expuesto, es relevante desarrollar estudios en muestras clínicas con niños/as pequeños, para evaluar la relación descrita entre la aparición de sintomatología infantil temprana y variables parentales, contribuyendo al desarrollo de modelos explicativos. . Esto podría ser una aporte para la labor clínica en el ámbito de la promoción, prevención e intervención en infancia temprana.

Considerando los antecedentes anteriormente expuestos, que sostienen la existencia de una relación entre el estrés y la psicopatología parental con la presencia de sintomatología en los hijos(as), así como la relación entre elementos de la personalidad parental y las competencias y conductas parentales en la crianza, este estudio buscó responder a la pregunta ¿ Que tipo de relación se observa entre el nivel de integración de la estructura de personalidad de ambos padres, sus niveles de estrés en la crianza y la sintomatología ansiosa y depresiva en sus hijos(as) entre 1 y 3 años?

Objetivos e Hipótesis

Objetivo general

Como objetivo general se buscó determinar si existía relación entre las variables mencionadas y entender si las variables de ambos padres: Estrés Parental -que es una variable sensible a cambios contextuales- y Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad -la cual es una variable más estable- medidas en un momento tanto en madres como en padres, tenían relación y de qué tipo con la variable Sintomatología Infantil de sus hijos(as).

Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar los niveles de las tres variables. Las dos variables parentales Estrés Parental del grupo total y de madres y padres por separado junto a sus subescalas y Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad del grupo Total y de madres y padres por separado. Además caracterizar las variables de los niños/as de desarrollo psicomotor y socioemocional medidas por los ASQ-3 y ASQ:SE y síntomas de Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno depresivo mayor medidas por DC 0-3.
- 2) Comparar variables estudiadas (Estrés Parental y NIEP) entre padres y madres.
- 3) Examinar si existía una relación significativa entre NIEP, EP y presencia de sintomatología infantil,

4) El último objetivo fue determinar y caracterizar el rol del NIEP en la relación entre EP y sintomatología infantil en niños y niñas de 1 a 3 años de edad.

Hipótesis

1) Respecto a las variables parentales, se esperaba encontrar NIEP principalmente medios y altos en ambos progenitores y niveles de estrés parental principalmente en rangos “normal” y “límite” en padres y madres. Por otro lado, se hipotetizó niveles de sintomatología clínica de leves a moderados en los niños/as al tratarse de población clínica.

2) Se esperaba encontrar NIEP similares entre padres y madres y niveles de EP significativamente mayores en las madres que en padres acorde a lo reportado en la literatura.

3) Se esperaba encontrar correlaciones significativas entre las variables parentales EP y NIEP y entre éstas y las variables de sus hijos/as.

4) En cuanto al rol del NIEP, se esperaba que fuese un moderador en la relación entre EP y sintomatología infantil, es decir, que padres y madres con NIEP menos integrados y mayor EP tuvieran niños con mayor sintomatología infantil; y padres y madres con NIEP más integrados y mayor EP tuvieran niños con menos síntomas de salud mental infantil. *

* Luego de realizar los análisis de regresión, se planteó una nueva hipótesis de relación entre las variables donde el EP tendría un rol mediador en la relación entre NIEP y síntomas de salud mental infantil.

Método

Diseño.

Este estudio contó con un diseño cuantitativo, no experimental y transversal. Es de tipo descriptivo (se caracterizó a los participantes en las variables estudiadas); comparativo (se evaluaron diferencias entre padres y madres); correlacional y explicativo (se evaluó la posible relación entre las variables y su valor explicativo). Considerando la literatura, se controlaron las variables: nivel educacional, jornada laboral, edad y sexo infantil.

Participantes

En este estudio se utilizó una muestra clínica compuesta por 80 tríadas padre-madre-hijo(a). Se utilizaron datos secundarios del Proyecto Fondecyt N°11140230, titulado “Implementación y Evaluación de una Intervención con Videofeedback focalizada en la Calidad Vincular y la Función Reflexiva Parental, dirigida a tríadas Madre-Padre-Hijo/a con dificultades en el

desarrollo Socioemocional Infantil”. Los criterios de inclusión definidos fueron: integrar una familia con padre y madre en una relación de pareja heterosexual actual, padres y madres mayores de 18 años, tener al menos un(a) hijo(a) entre uno y tres años de edad con dificultades en el desarrollo socioemocional; residir en la Región Metropolitana de Santiago de Chile y pertenecer a distintos niveles socioeconómicos.

Como criterios de exclusión, se establecieron: la presencia de psicosis o adicciones diagnosticadas en alguno de los padres y alguna patología física grave en alguno de los padres y/o en su hijo(a).

Las dificultades socio-emocionales en los niños(as) fueron evaluadas con el Ages and Stages Questionnaire-SE (Squires, Bricker y Twombly, 2002). El promedio de dificultades en el desarrollo socio-emocional obtenido por los niños/as participantes en el estudio fue de 13,66. El instrumento define puntos de corte de acuerdo a la edad que varían desde 12,69 hasta 14,54; mostrando el promedio obtenido dificultades significativas en el desarrollo socioemocional.

El estudio realizado contó con certificación de los comités de ética institucionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. En cuanto a las consideraciones éticas del estudio, la totalidad de las familias participantes recibieron una intervención con video-feedback focalizada en la calidad de las interacciones, el vínculo y el desarrollo infantil. Los datos utilizados para este estudio corresponden a la primera medición de la muestra clínica.

Respecto a las características de los participantes, en las madres, la edad promedio fue de 32,26 ($S.D=4,97$) y el puntaje promedio que obtuvieron en el BDI-I para medir síntomas depresivos fue de 10,28 ($S.D= 6,53$) teniendo el 10% de las madres un puntaje correspondiente a depresión moderada. Respecto a su jornada laboral, el 76,3% tiene trabajo remunerado, y la mayoría (48,8%) trabaja en jornada completa, 20% trabaja media jornada, 7,5% lo hace menos que media jornada y un 23,7% no trabaja. Respecto al nivel educacional de las madres, la mayoría (75,1%) posee estudios de Educación Superior (58,8% estudios Universitarios y 16,3% Estudios Técnicos), seguidas por las madre con Educación media completa (17,5%), Educación básica completa (3,8%), Educación media incompleta (2,5%) y Educación básica incompleta (1,3%) (para más detalles ver Tablas 1 y 2).

En cuanto a los padres, la edad promedio fue de 34,66 ($S.D=6,34$) y el puntaje promedio que obtuvieron en el BDI-I para medir depresión fue de 6,45 ($S.D= 5,39$) donde 2,5% tendría depresión moderada, una cifra significativamente menor a la de sus parejas [$t_{(158)}=4.037$; $p=.000$]. Respecto a la jornada laboral de los padres, un 93,8% trabaja jornada completa, 1,3% lo

hace media jornada, el 3,8% trabaja menos que media jornada, y un 1,3% no trabaja, observándose diferencias significativas respecto a las madres en este aspecto ($\chi^2_{3=41,80}$; $p<,001$)

En cuanto al nivel de escolaridad de los padres, la mayoría tiene nivel de estudios Superiores (53,3% Universitaria y 22,5% Educación Técnica), seguido por educación media completa 12,5%, media incompleta 6,3% y básica completa 2,5% (Tablas 1 y 2).

Respecto a los hijo/as de las diadas, la edad promedio del hijo/a de las parejas del estudio es de 24.7 meses ($S.D=7,569$). El 40% son mujeres y el 60% hombres. Y la mayoría (71%) es primogénito, asistió a Sala Cuna (53,8%) y tuvo lactancia materna (95%) (Tabla 3).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos edad del grupo de padres y madres

n = 160,	Media (D.E)	Mín-Máx
Edad madres	M = 32,26 (S.D= 4,97)	20 – 43
Edad padres	M = 34,66 (S.D= 6,34)	22 – 54
Puntaje Total en BDI-I madres	M = 10,28 (S.D= 6,53)	0 – 29
Puntaje Total en BDI-I padres	M = 6,45 (S.D= 5,39)	0 - 23

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas del grupo de padres y madres

n=160	F	%
Trabajo remunerado de la madre	61	76,3
Trabajo remunerado del padre	78	97,5
Jornada laboral completa de la madre	39	48,8
Jornada laboral completa del padre	75	93,8
Nivel de Escolaridad de la madre		
Media completa	14	17,5
Técnico Profesional	13	16,3
Superior Universitaria	47	58,8
Nivel de Escolaridad del padre		
Media completa	10	12,5
Técnico Profesional	18	22,5
Superior Universitaria	45	56,3

Tabla 3*Estadísticos descriptivos del grupo de niños y niñas de 1 a 3 años de edad*

	<i>F</i>	<i>%</i>
n=80		
Niños	48	60
Niñas	32	40
Tuvo lactancia materna	76	95
Primogénito	57	71
Asistió a Sala Cuna	43	53,8

Instrumentos

Ficha de Antecedentes: Cuestionario sociodemográfico para recopilar información de los participantes. Considera datos como el nivel educacional, ocupación, estado civil, número de hijos, historia de tratamientos psicológicos y psiquiátricos actuales y anteriores de padres y madres.

OPD-SF versión corta: (Grupo de trabajo OPD, 2008). El OPD-SF corresponde al eje IV del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. Evalúa estructura de la personalidad teniendo en consideración cinco funciones: percepción de sí mismo y los objetos, regulación de sí mismo y de sus relaciones, comunicación con el mundo interno y externo, y apego a objetos internos y externos. Es un cuestionario de auto reporte, de 12 ítems que describen diferentes características. El evaluado debe elegir en qué medida las afirmaciones (ej: “*A veces me siento como un extraño conmigo mismo*”) lo representan, con una escala de Likert de 1 al 4, siendo 1: *totalmente de acuerdo*, 2: *levemente en desacuerdo*, 3: *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, 4: *totalmente de acuerdo*. El puntaje va de los 12 a los 48 puntos y clasifica el nivel de integración de la estructura de la personalidad según el puntaje obtenido: a mayor puntaje, peor nivel de integración. Los niveles de integración son cuatro: Nivel Alto (0 a 12 puntos), Nivel Medio (13 a 24 puntos), Nivel Bajo (25 a 36 puntos) y Nivel Desintegrado (37 a 48 puntos). La confiabilidad del instrumento es de un alfa de Cronbach de 0.7 (Cierpka, Stasch & Dalhbender et al., 2006). En Chile, se están llevando a cabo estudios de validación del instrumento, por el momento obteniendo la escala un alfa de 0.88 (Valdés et al., manuscrito en preparación). En este estudio, el instrumento tuvo un alfa de Cronbach de 0,82.

PSI-SF (versión abreviada)

Instrumento de versión abreviada del Parenting Stress Index que provee una medición de los niveles de estrés parental asociados a las demandas de la crianza e identifica la parentalidad

disfuncional (Aracena et al. 2016). Abidin (1990) propuso un modelo de tres escalas en la versión original del PSI-SF: Malestar Personal (MP), Interacción disfuncional padre-hijo (IDPH) y Niño difícil (ND). El PSI-SF es un cuestionario de auto reporte de 36 ítems, que toma alrededor de 15 minutos en contestar. Las respuestas son en base a una escala de Likert de 5 puntos que va desde 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente desacuerdo). Los puntajes se presentan como puntaje total y el puntaje de cada subescala (Abidin 1995). La subescala Malestar Personal (MP: $\alpha=.87$) mide la ansiedad debido a factores personales relacionados con en el ejercicio del papel de progenitor y su reacción frente a las restricciones de la parentalidad (ej.: *“Me encuentro atrapado por las responsabilidades de ser padre/madre”*); la subescala Interacción Disfuncional Padres-Hijo (IDPH: $\alpha=.80$) se centra en la percepción del progenitor frente al cumplimiento de sus expectativas por parte del hijo, el reforzamiento que le proporciona en tanto padre y la medida en que se siente aceptado y vinculado a su hijo (ej.: *“Cuando hago algo por mi hijo, tengo la sensación de que no me lo reconoce lo suficiente”*); y la subescala Niño Difícil (ND: $\alpha=.85$) se centra en algunas conductas del niño que hacen que sea fácil o difícil lidiar con él y mide su aceptación, humor y adaptabilidad (ej.: *“Mi hijo parece llorar y ponerse tonto más a menudo que la mayoría de los niños”*). El puntaje Estrés Total (ET) del PSI-SF es un indicador de la experiencia global de estrés parental y se convierte a un puntaje tabla y así es posible clasificarlo en distintos niveles: clínico, límite, normal o sobre lo normal . La validación chilena, realizada por Aracena et al. (2016), reportó una estructura compatible con el instrumento original, de tres factores y adecuada consistencia interna (ET: $\alpha=.92$; MP: $\alpha=.81$; IDPH: $\alpha=.89$; ND: $\alpha=.88$). En la presente investigación, se reportan niveles adecuados de confiabilidad: en madres (ET: $\alpha=.92$; MP: $\alpha=.87$; IDPH: $\alpha=.80$; ND: $\alpha=.87$) y en padres (ET: $\alpha=.88$; MP: $\alpha=.78$; IDPH: $\alpha=.80$; ND: $\alpha=.83$).

Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ:SE)

El ASQ:SE es un cuestionario diseñado para evaluar el desarrollo socioemocional en niños/as entre los 6 y 60 meses. Consta de versiones clasificadas por rangos de edad del niño/a (que difieren en preguntas y puntajes de corte), donde se aplica la que corresponda a la edad del niño/a en cuestión. Se completa con la información otorgada por la/el cuidador principal, por medio de preguntas y afirmaciones (ej.: *“¿Se sonríe su bebé con usted y con otros miembros de la familia?”*). El cuidador debe contestar según la alternativa que más se ajuste a lo observado en su niño/a *“la mayoría de las veces”*, *“algunas veces”* o *“rara vez o nunca”*. Además aparece una casilla adicional donde puede marcar si ese aspecto de su hijo/a le preocupa. Finalmente hay una sección de “Observaciones generales” con preguntas abiertas sobre el desarrollo socio-emocional

del niño/a que permite anotar cualquier preocupación.

Este cuestionario permite identificar posibles problemas en el desarrollo social y afectivo. En promedio la aplicación demora 20 minutos por niño y evalúa siete áreas del desarrollo socioemocional: Autorregulación (habilidad o disposición del niño/a para calmarse o adaptarse a condiciones o estímulos fisiológicos o ambientales), Cumplimiento de órdenes (habilidad o disposición a seguir instrucciones y respetar reglas), Comunicación (habilidad o voluntad de interactuar con otras personas, ya sea iniciando o respondiendo a señales tanto verbales como no verbales para mostrar sus intereses, necesidades, y sentimientos), Funcionamiento Adaptativo (habilidad de lidiar con sus necesidades fisiológicas, como dormir, comer, ir al baño, y mantenerse seguro/a), Autonomía (habilidad para tener iniciativa o de responder a situaciones sin instrucciones), Afectividad (habilidad o voluntad de un/a niño/a de demostrar sentimientos y empatía hacia los demás), Interacción con personas (capacidad o disposición a responder o a iniciar contacto con sus padres, otros adultos y otros niños/as) (Squires, Bricker, & Twombly, 2006).

Los puntajes obtenidos se suman y se compara con el puntaje límite establecido para cada edad. Si el puntaje obtenido por el niño supera el puntaje límite establecido se califica al niño con problemas socioafectivos (Squires, Bricker, & Twombly, 2006).

Se han realizado diversos estudios psicométricos en los últimos años que han incluido niños y niñas desde los 6 meses hasta los 60 meses de edad. Se ha reportado consistencia interna del instrumento que va desde $\alpha=.67$ a $\alpha=.91$, indicando una relación fuerte entre los puntajes totales del cuestionario y los ítems (Squires, Bricker, & Twombly, 2006).

La confiabilidad test-retest medida como el acuerdo entre dos cuestionarios respondidos por los padres en un intervalo de tres semanas de diferencias fue de 94%. Esto sugiere que los puntajes fueron estables a través del tiempo (Squires, Bricker, & Twombly, 2006).

Para efectos de este estudio, dado que se evaluaron niños/as de diversas edades para los cuales se utilizaron plantillas diferentes con diversos puntos de corte, se calculó y utilizó la variable Porcentaje de Problemas por cada una de las siete áreas para poder comparar los resultados entre los distintos sujetos. La confiabilidad de este instrumento en este estudio fue de $\alpha=.71$.

Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3)

Es una herramienta de monitoreo que fue diseñada para detectar niños y niñas con retrasos en su desarrollo a partir del 1er mes de vida hasta los cinco años y medio. Evalúa áreas como la comunicación (habilidades lingüísticas del niño/a, tanto lo que entiende como lo que puede

decir), habilidades motoras finas (movimiento y coordinación de las manos y dedos) y gruesas (manera en que usa brazos, piernas y otros músculos mayores para sentarse, gatear, caminar, correr y hacer otras actividades), sociales (habilidades que tiene para ayudarse a sí mismo/a y la interacción con los demás) y de resolución de problemas (manera en que juega y resuelve problemas). El método consiste en que el cuidador principal responde un cuestionario con preguntas sobre las habilidades que presenta el niño o niña (ej: “¿*Algunas veces su bebé produce balbuceos o sonidos suaves con la garganta?*”) eligiendo entre las alternativas “sí”, “a veces” o “todavía no”. Termina con una sección de “Observaciones generales” de preguntas abiertas sobre el desarrollo del niño/a que permite anotar cualquier preocupación que tenga en relación al desarrollo de su hijo/a. Permite identificar fortalezas y debilidades que requieran de mayor necesidad de evaluación especializada. (Squires & Bricker, 2009).

En nuestro país fue validado en 2013 por Schonhaut, Armijo, Schönstedt, Alvarez, & Cordero quienes lo utilizaron en una muestra de 306 bebés a los 8, 18 y 30 meses de edad que asistían a atención ambulatoria al control de niño sano en una clínica de Santiago. Compararon los resultados de las mediciones con la escala de Bayley III y reportaron un 75% de sensibilidad y 81% de especificidad. La confiabilidad de este instrumento en este estudio fue de $\alpha=.62$.

Clasificación Diagnóstica sobre la Salud Mental y los Trastornos del Desarrollo en la infancia y la niñez cero a tres (DC: 0-3)

Publicada en 1994, se diseñó para resolver la necesidad de sistematización y para el acercamiento a la clasificación de la salud mental y las dificultades del desarrollo en los primeros cuatro años de vida. La creación del DC: 0-3 representa la primera tentativa por un grupo de clínicos experimentados en formular un esquema útil para complementar, pero no reemplazar, los marcos médicos y del desarrollo existentes (DC 0-3, 1994).

Por acuerdo general de expertos, emergió un método inicial de categorías diagnósticas de clasificación descriptiva , representativo del modelo de síntoma significativo. El resultado fue un esquema basado en cinco ejes: Eje I: Diagnóstico Primario, Eje II: Clasificación de trastornos de la relación, Eje III: Trastornos y condiciones médicas y del desarrollo, Eje IV: Estresores psicosociales, Eje V: Nivel de desarrollo funcional emocional.

Evaluación y clasificación diagnóstica son guiadas por la conciencia de que todos los infantes pueden tener su propia progresión del desarrollo, y muestra las diferencias individuales en su motricidad, sensorialidad, lenguaje, cognición, afección y patrones de interacción (DC 0-3, 1994).

Para este estudio, se utilizaron las categorías diagnósticas para los Trastornos de Ansiedad de Separación (ej: *“Preocupación excesiva y persistente respecto de que un evento no anticipado (p.e. perderse o ser secuestrado) llevará a la separación con sus principales figuras de apego”*), Trastorno de Ansiedad Generalizada (ej: *“El niño/a experimenta excesiva ansiedad y temores la mayoría de los días, por al menos 6 MESES.”*) y Trastorno de Depresivo Mayor (ej: *“Ánimo depresivo o irritable la mayor parte del día, la mayoría de los días, ya sea observado en las expresiones directas del niño (ej: “Tengo pena”) o por observaciones hechas por otros (ej: el niño aparece triste o con ganas de llorar)”*); las cuales fueron adaptadas para conformar un cuestionario cuantitativo donde cada criterio clínico reportado por el cuidador/a sumaba un punto. Se estableció que los puntos de corte para realizar el diagnóstico de cualquiera de los tres trastornos era de 6 puntos o más (ver Anexos).

Procedimiento

La selección y evaluación de la muestra fue realizada por el equipo de evaluadores del Proyecto Fondecyt mencionado, compuesto por psicólogos clínicos capacitados previamente para el uso de los instrumentos utilizados y las mediciones se llevaron a cabo durante los años 2015 y 2016. Los participantes fueron derivados desde Centros de Salud Familiar (CESFAM), personal de Salas Cunas y Jardines Infantiles Públicos de Santiago y por demanda espontánea. Luego de la derivación se les contactó telefónicamente y se les informó sobre el estudio se les invitó a participar.

Aquellas familias que aceptaron participar, firmaron una carta de consentimiento informado para el padre y para la madre.

Realizado lo anterior, se procedió a la aplicación de los instrumentos en los domicilios de los participantes o en salas de clases de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, según la preferencia de los participantes. Estas evaluaciones fueron realizadas por duplas de psicólogos, en las que uno cumplía el rol de terapeuta principal y el otro de apoyo.

El uso de los datos, su resguardo y manejo de la confidencialidad se ajusta a las exigencias establecidas por los protocolos de los comités de ética de CONICYT y de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Análisis de datos

Se realizaron los análisis estadísticos utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) siguiendo los siguientes pasos:

1. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra, por medio de un análisis de frecuencia y de estadísticas descriptivas bivariadas con el objetivo de caracterizar a las madres, padres e hijos/as. Se describieron las variables de los progenitores (NIEP del grupo total y de madres y padres por separado; y puntajes de Estrés Parental del grupo total y separados por madres y padres). Además se tomaron los puntajes de las subescalas del PSI Malestar Personal, Interacción Disfuncional M/Padre-Hijo/a y Niño Dificil para madres y padres.
2. Se describieron las variables infantiles (Número de síntomas de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Depresión Mayor, además de los puntajes totales y de las subescalas de los ASQ-3 y ASQ:SE) se caracterizó la muestra del estudio a través del análisis de frecuencias y estadísticos descriptivos.
3. Posteriormente se calcularon correlaciones lineales de Pearson entre las variables parentales (Puntaje total NIEP del grupo y separado por madres y padres; Puntaje total EP grupal y separado entre madres y padres con sus respectivas subescalas) y variables infantiles (Número de síntomas de TAS, TAG y TDM, puntajes totales ASQ-3 y de sus subescalas y porcentaje de problemas en el ASQ:SE con sus respectivas subescalas) con el fin de observar la relación entre las mismas.
4. Además se aplicaron pruebas *T* para muestras independientes para comparar las diferencias entre padres y madres en las variables Estrés Parental y Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad.
5. Después se realizaron análisis de regresión múltiple para determinar si existía un efecto de moderación del NIEP en la relación entre EP y síntomas infantiles.
6. Finalmente, dado que no se encontró el efecto de moderación esperado, se propuso una nueva hipótesis y se realizaron análisis de regresión múltiple, para conocer el valor explicativo de la interacción entre las variables Nivel de Integración de la Estructura de la Personalidad y Estrés Parental – para determinar efectos de mediación – en la Sintomatología infantil y se utilizó la prueba de Sobel.

Resultados

Análisis descriptivo de la sintomatología infantil

La media de porcentaje de problemas en el desarrollo socioemocional en el grupo de niños y niñas de 1 a 3 años fue de 17% ($S.D= 9,76$) en un rango que va desde los 2,3% a 51,61%. En cuanto al desarrollo general medido por el ASQ-3, el promedio de áreas en las que los niños/as se encontraban sobre el punto de corte fue de 4,4 ($S.D= 0,92$) de un total de cinco áreas. Además la mayoría de los niños/as evaluados (63,8%) se encontraron en una trayectoria de desarrollo sobre el punto de corte en las cinco áreas evaluadas, lo que indica desarrollo adecuado o adelanto. Se reportaron los siguientes resultados en relación al porcentaje de niños/as ubicados sobre el punto de corte en cada subescala: Comunicación 81,3%, Movimientos amplios 95%, Movimientos finos 93,1%, Resolución de problemas 93,1% y Socio-individual 81,3%. En esta muestra no hubo casos que no tuviesen ningún área sobre el punto de corte. (Ver Tabla 4).

Respecto al número de síntomas y diagnósticos de trastornos medidos por el DC:0-3, los trastornos de ansiedad mostraron mayor prevalencia en la muestra, liderados por el Trastorno de Ansiedad de Separación donde 12 casos fueron diagnosticados, correspondiente a un 15% de la muestra, presentando un promedio de síntomas de 1,91 ($S.D= 1,84$) en un rango de 0 a 8 puntos. En segundo lugar se encuentra el diagnóstico de Ansiedad Generalizada que fue encontrado en 4 casos (5%), presentando este diagnóstico un promedio de 1,3 ($S.D= 1,56$) síntomas por niño/a en un rango de 0 a 6 síntomas.

En tercer lugar, se encontró el Trastorno Depresivo Mayor, que no fue diagnosticado en este grupo de niños/as, sin embargo, sí se pesquisaron en promedio 0,2 ($S.D=0,56$) síntomas con un rango de 0 a 3 (ver tablas 4 y 5). Con estos resultados se confirma la hipótesis del primer objetivo, donde se esperaban niveles de sintomatología infantil de leve a moderada.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de sintomatología infantil en grupo de niños/as de 1 a 3 años de edad

n = 80	Media (S.D)	Mín-Máx
Porcentaje de problemas de desarrollo socioemocional (ASQ:SE)	M = 17 ($S.D= 9,76$)	2,3 - 51,61
Número de áreas en que el niño está sobre el punto de corte (ASQ-3)	M = 4,4 ($S.D= 0,92$)	2 - 5
Número de síntomas de ansiedad de separación en el bebé	M = 1,91 ($S.D= 1,84$)	0 - 8
Número de síntomas de ansiedad generalizada en el bebé	M = 1,3 ($S.D= 1,56$)	0 - 6
Número de síntomas de depresión en el bebé	M = 0,2 ($S.D=0,56$)	0 - 3

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes de la variable sintomatología infantil: diagnósticos

n=80	Frecuencia	%
Diagnóstico de Ansiedad de Separación	12	15
Diagnóstico de Ansiedad Generalizada	4	5
Diagnóstico de Depresión Mayor	0	0

Análisis descriptivo y comparativo del nivel de integración de la estructura de la personalidad en padres y madres

La media en el nivel de integración de la estructura de la personalidad en el grupo total de padres y madres (n=160) fue de 22,66 ($S.D=7,51$). La media del nivel de integración de la estructura de la personalidad en las madres fue de 23,65 ($S.D= 7,83$) y en los padres de 21,68 ($S.D= 7,08$) lo cual significa que tanto padres como madres tendrían en promedio un nivel medio de integración de la estructura de la personalidad (para mayor detalle, ver tabla 6) sin observarse diferencias significativas entre ambos ($t_{158}=1,672$; $p=,096$) cumpliendo parcialmente lo esperado en el primer objetivo respecto al NIEP principalmente medios y altos (ver Tablas 7 y 8).

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de padres y madres con categorías altas y medias ($t_{72}=-,448$; $p=,487$) ni entre el grupo de padres y madres con categorías bajas y desintegradas ($t_{84}=-,847$; $p=,603$).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos del nivel de integración de la estructura de la personalidad del grupo total, madres y padres.

	N	Mín-Máx	Media (S.D)
Estructura de personalidad total	160	12 - 43	M =22,66 (S.D= 7,51)
Estructura de personalidad madres	80	12 - 43	M =23,65 (S.D=7,83)
Estructura de personalidad padres	80	12 – 39	M = 21,68 (S.D= 7,08)

Tabla 7

Distribución del nivel de integración de la estructura de la personalidad en madres

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Desintegrado 37 a 48	7	8,8
	Bajo 25 a 36	27	33,8
	Medio 13 a 24	43	53,8
	Alto 0 a 12	3	3,8
	Total	80	100

Tabla 8

Distribución del nivel de integración de la estructura de la personalidad en padres

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Desintegrado 37 a 48	4	5,0
	Bajo 25 a 36	19	23,8
	Medio 13 a 24	54	67,5
	Alto 0 a 12	3	3,8
	Total	80	100

Análisis descriptivo y comparativo del nivel de Estrés Parental en el grupo total, en madres y padres

Para el análisis descriptivo y comparativo del estrés parental y sus sub-escalas se realizó prueba *T* para muestras independientes y el test de Levene para igualdad de varianzas.

La media del grupo total en el nivel de Estrés Parental fue de 73,8 (*S.D* = 19,3), la media del nivel de Estrés Parental en madres fue de 76,34 (*S.D*=21,9) y de los padres de 71,33 (*S.D*=16,12) (ver tabla 9) sin observarse diferencias significativas entre ambos ($t_{79}=2,079$; $p=,041$).

Tanto padres como madres tendrían en promedio un nivel medio de Estrés Parental total según los rangos otorgados por Abidin (1995) donde 0-20 indican niveles leves de estrés; 21-84 niveles medios de estrés; 85 o más puntos indican altos niveles de estrés . Esto concuerda con los resultados obtenidos en el estudio de Santelices y Pérez (2016).

Respecto a la sub-escala Malestar Personal, las madres mostraron niveles más altos de estrés (media: 28,27) que los padres (media: 25,06), observándose diferencias significativas entre ambos ($t_{79}=2.768$; $p=.007$). Lo cual indica que las madres del estudio se sentían más estresadas en comparación a sus parejas debido a factores personales relacionados con en el ejercicio del papel de madres y su reacción frente a las restricciones de la parentalidad

Por otra parte, en la sub-escala Interacción Disfuncional Padres-Hijo las madres obtuvieron una media de 19,44 (*S.D*=6,48) y los padres una media de 19,61 (*S.D*=6,24), ubicándose ambos

grupos en un nivel de estrés adecuado, sin diferencias significativas entre ellos ($t_{79}=-.217$; $p=.829$).

Finalmente, en la sub-escala Niño Dificil, las madres obtuvieron un puntaje medio de 28,62 ($S.D.= 9,82$) y los padres de 26,65 ($S.D.=7,91$). Ambos grupos presentaron niveles medios de estrés asociado a las características del hijo(a) sin diferencias significativas entre padres y madres ($t_{79}=2,134$; $p=,163$) (ver Tabla 9).

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de variable Estrés Parental en padres y madres

	Media Madres N= 80	S.D. Madres	Mín – Máx	Media Padres N= 80	S.D. Padres	Mín – Máx
Estrés total	76,34	21,91	36 - 143	71,32	16,12	36 - 104
Malestar Personal	28,27	9,9	12 - 55	25,06	6,83	12 - 46
Interacción Disfuncional	19,44	6,48	12 - 45	19,61	6,24	12 - 33
Niño Dificil	28,62	9,82	12 - 51	26,65	7,91	12 - 46

Análisis correlacionales

Correlaciones entre estrés parental, nivel de integración de la estructura de la personalidad y sintomatología infantil

Con el fin de conocer la relación entre las variables analizadas en este estudio, se calculó una matriz de correlaciones de Pearson entre las variables del niño(a) con las variables del grupo total y luego las variables del niño(a) y los padres y madres por separado.

Tabla 10

Matriz de correlaciones de Pearson de las variables sintomatología infantil, estrés parental y nivel de integración de la estructura de la personalidad en padres y madres por separado.

	Correlación de Pearson	Sig. (Bilateral)	N	Puntaje OPD Madre	Puntaje EP Madre	Puntaje OPD Padre	Puntaje EP Padre	Nº de síntomas AS	Nº de síntomas TAG	Nº de síntomas de DM	% de problemas de DSE
Puntaje OPD Madre											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Puntaje EP Madre											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Puntaje OPD Padre											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Puntaje EP Padre											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Número de síntomas AS											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Número de síntomas TAG											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
Número de síntomas de DM											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										
% de problemas de DSE											
	Correlación de Pearson										
	Sig. (Bilateral)										
	N										

Fuente: OPD= Puntaje total Estructura de Personalidad; EP= Estrés Parental; AS= Ansiedad de Separación, TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada, DM= Depresión Mayor, DSE= Desarrollo Socioemocional

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

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

Correlaciones Estrés Parental Total del grupo padres y madres, Puntaje OPD total de grupo y Sintomatología Infantil

En primer lugar, en el grupo total hay una correlación positiva estadísticamente significativa entre el puntaje de Estrés Parental total del grupo (EPTG) (n=160) y el puntaje total de la estructura de personalidad ($r=.525$, $p=.000$) lo que indicaría que una mayor presencia de estrés parental, tendería a asociarse a una estructura de personalidad más frágil, dado que mayor

puntaje en el OPD se relaciona con un nivel más bajo de integración de la estructura de personalidad.

El puntaje de EPTG también correlaciona con el porcentaje de problemas en el desarrollo socioemocional del niño(a) ($r = ,343$, $p = ,001$), particularmente con los ítems porcentaje de problemas en obediencia (*compliance*) y porcentaje de problemas en autorregulación, ambos con la misma correlación ($r = ,291$, $p = ,009$). Asimismo, aparece una correlación entre esta variable EPTG con número de síntomas de ansiedad de separación ($r = ,264$, $p = ,018$), número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,266$, $p = ,017$) y número de síntomas de depresión ($r = ,281$, $p = ,011$) en sus hijos(as).

Tabla 11

Matriz de correlaciones de las variables Estrés Parental del grupo total, Categoría Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad en el grupo total y Sintomatología Infantil

		EPTG Total	NIEP Total	Problemas en el DSE	Síntomas AS	Síntomas TAG	Síntomas DM
EPTG Total	Correlación de Pearson	-	-,481**	,295*	,264*	,266*	,281*
	Sig.		,000	,008	,018	,017	,011
	(Bilateral)		160	160	160	160	160
	N						
NIEP Total	Correlación de Pearson		-	-,049	-,023	-,036	-,080
	Sig.			,667	,839	,749	,483
	(Bilateral)			80	80	80	80
	N						
Problemas en el DSE	Correlación de Pearson			-	,135	,354**	,179
	Sig.				,233	,001	,113
	(Bilateral)				80	80	80
	N						
Síntomas AS	Correlación de Pearson				-	,519**	,336**
	Sig.					,000	,002
	(Bilateral)					80	80
	N						
Síntomas TAG	Correlación de Pearson					-	,292**
	Sig.						,009
	(Bilateral)						80
	N						
Síntomas DM	Correlación de Pearson						-
	Sig.						
	(Bilateral)						
	N						

Fuente: EPTG =Estrés Parental del Grupo Total; NIEP= Nivel de integración de la -Estructura de la Personalidad; SI= Sintomatología Infantil.

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

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

Correlaciones variables de las madres

En cuanto al Puntaje Total de Estrés Materno (EPTM), éste correlacionó significativamente con el puntaje en la estructura de personalidad materna ($r = ,568$, $p = ,000$) como se esperaba en el

segundo objetivo, indicando una tendencia entre madres con mayor estrés parental y estructuras de personalidad más frágiles.

Además se observa una correlación significativa entre el EPTM y Estrés Parental total del padre como se esperaba, particularmente con las sub-escalas de Niño Dificil (ND) ($r = ,459$, $p = ,000$) y la de Interacción Disfuncional Padre-Hijo (IDPH) ($r = ,223$, $p = ,046$), indicando que los padres emparejados con mujeres más estresadas por la parentalidad, podrían reportar un nivel de estrés total similar al de sus parejas y además describirían a sus hijos como más difíciles y considerarían que la relación que desarrollan con ellos tiene más dificultades.

Respecto a la correlación del estrés total materno con sintomatología infantil, se encontró que correlaciona significativamente con porcentaje de problemas de desarrollo emocional, particularmente con el porcentaje de problemas de sumisión ($r = ,270$; $p = ,015$), el porcentaje de problemas de autorregulación ($r = ,339$; $p = ,002$) y problemas de interacción con personas ($r = ,227$; $p = ,043$). Asimismo, se observó correlación entre EPTM y número de síntomas de trastornos de ansiedad y de depresión mayor. Estos resultados indicarían que madres más estresadas, tendrían hijos(as) que presentan síntomas clínicos significativos, corroborando la hipótesis de relación entre EP y sintomatología infantil.

Respecto a la subescala Malestar Personal (MP) de la madre correlacionó significativamente con número de síntomas de ansiedad de separación ($r = ,308$; $p = ,005$) y número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,260$; $p = ,020$). Además correlacionó con la subescala MP del padre ($r = ,273$; $p = ,014$), y el estrés total paterno (EPTP) ($r = ,251$; $p = ,025$).

La sub-escala Interacción Disfuncional Madre-Hijo (IDMH) correlaciona significativamente con problemas en el desarrollo socioemocional general ($r = ,428$; $p = ,000$) especialmente con los ítems porcentaje de problemas de obediencia ($r = ,300$; $p = ,007$) y porcentaje de problemas de autorregulación ($r = ,456$; $p = ,000$). Adicionalmente, correlaciona negativamente con la variable puntaje sobre el punto de corte en el ASQ-3 ($r = -,248$, $p = ,027$) lo que quiere decir que las madres que percibían una relación disfuncional con su hijo(a) éstos presentaron problemas en el desarrollo general, particularmente en el área de comunicación ($r = -,251$; $p = ,025$).

Por lo demás, esta sub-escala, correlaciona también con los número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,399$; $p = ,000$) y número de síntomas de depresión ($r = ,261$; $p = ,019$).

Por otro lado, madres que percibieron mayor disfuncionalidad en la relación con su hijo(a), se asoció con elementos de una personalidad más desintegrada, basado en la correlación significativa de la variable IDMH con el puntaje NIEP de la madre ($r = ,519$; $p = ,000$).

Finalmente, las sub-escala del estrés materno, Niño Dificil (ND) correlaciona significativamente con la variable porcentaje de problemas en el desarrollo socioemocional total ($r = ,454$; $p = ,000$) medido por el ASQ:SE, particularmente con las siguientes sub-escalas: porcentaje de problemas de interacción con personas ($r = ,350$; $p = ,001$), porcentaje de problemas en la función adaptativa ($r = ,341$; $p = ,032$), porcentaje de problemas de obediencia ($r = ,313$; $p = ,005$) y porcentaje de problemas de autorregulación ($r = ,360$; $p = ,001$). Asimismo, correlaciona con número de síntomas de ansiedad generalizada ($r = ,409$; $p = ,000$), y número de síntomas de depresión ($r = ,267$; $p = ,017$). De lo anterior se podría desprender, que el estrés parental materno asociado a aspectos del niño(a) correlaciona con la presencia de múltiples dificultades en el desarrollo emocional y síntomas infantiles.

Por último, la sub-escala materna ND además correlaciona positiva y significativamente con el NIEP en las madres ($r = ,344$; $p = ,002$) lo cual significa que las madres con un NIEP más bajo, reportaron más estrés asociado a características del niño.

En el caso de la variable NIEP de las madres, se observaron correlaciones significativas y positivas respecto a las variables de estrés total en las madres y sus sub-escalas y el puntaje de estrés total en el padre ($r = ,244$; $p = ,029$) y las subescalas de MP y IDMH, confirmando la hipótesis de relación significativa entre NIEP y síntomas infantiles.

El puntaje total de NIEP materno correlaciona con: número de síntomas de ansiedad generalizada y de depresión. También con puntaje total de estrés materno y sus sub-escalas y con el puntaje total de estrés paterno y dos sub-escalas. (ver Tabla 10).

Correlaciones variables de los padres

En cuanto a la variable Estrés Paterno Total Paterno (EPTP) éste presentó una correlación positiva y significativa con problemas de obediencia de sus hijos(as), ($r = ,291$; $p = ,009$) indicando que altos niveles de estrés parental del padre se relacionan con hijos(as) que siguen menos indicaciones y reglas.

A su vez, el Puntaje Total de Estrés Paterno (EPTP) en relación con variables de la madre, presentó una correlación positiva y significativa con el puntaje total de estructura de personalidad materna ($r = ,244$; $p = ,029$) y con puntaje de estrés parental total materno ($r = ,389$; $p = ,000$) y también con las tres sub-escalas de estrés materno Malestar Personal ($r = ,251$; $p = ,025$), Interacción Disfuncional ($r = ,389$; $p < ,01$), Niño difícil ($r = ,359$; $p = ,001$). Esto significa que el estrés paterno relacionado con su rol de padres tiene una importante relación con el estrés de la

madre y con características de la personalidad materna, siendo mayor cuando ella tiene una estructura de personalidad menos integrada.

Por otro lado, la variable EPTP correlacionó de forma significativa con el puntaje de estructura de personalidad del padre ($r=.447$; $p=.000$) donde padre con estructuras de personalidad más desestructuradas tienden a reportar mayor estrés parental.

Finalmente la variable EPTP correlacionó con las siguientes variables de los niños(as): número de síntomas de ansiedad de separación ($r=.264$; $p=.018$), número de síntomas de ansiedad generalizada ($r=.266$; $p=.017$), número de síntomas de depresión ($r=.281$; $p=.011$), porcentaje problemas desarrollo socioemocional ($r=.295$; $p=.008$), porcentaje problemas autorregulación ($r=.291$; $p=.009$) y porcentaje problemas de sumisión ($r=.291$; $p=.009$). Revelando, por lo tanto, que en esta muestra el estrés total del padre tendría una relación significativa con diversas dificultades en el desarrollo socioemocional de sus hijos(as).

Adicionalmente la sub-escala IDPH del padre, correlaciona positiva y significativamente con porcentaje de problemas de obediencia ($r=.379$, $p=.001$), porcentaje problemas desarrollo socioemocional ($r=.289$, $p=.009$), y número de síntomas de depresión en el niño(a) ($r=.261$, $p=.019$).

Finalmente, respecto a la sub-escala ND, se observó que correlaciona positiva y significativamente con las siguientes dificultades en el niño: porcentaje de problemas de obediencia ($r=.291$, $p=.009$), porcentaje problemas autorregulación ($r=.399$, $p=.000$), porcentaje problemas desarrollo socioemocional ($r=.347$, $p=.002$), número de síntomas de ansiedad generalizada ($r=.457$, $p=.000$), número de síntomas de ansiedad de separación ($r=.335$, $p=.002$) y número de síntomas de depresión en sus hijos(as) ($r=.230$, $p=.040$).

En cuanto al NIEP de los padres, éste sólo correlaciona con variables del padre como el nivel de estrés total ($r=.447$; $p=.000$) y sus sub-escalas Malestar Personal ($r=.612$; $p=.000$) e Interacción Disfuncional ($r=.300$; $p=.000$) (Para detalles ver Tabla 10).

Análisis de regresión lineal multiple

Para examinar en mayor profundidad la relación entre las variables Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad, Estrés Parental y Sintomatología Infantil, y cumplir con el segundo objetivo de este estudio, se realizó un modelo de regresión múltiple jerárquico.

Se realizaron tres ecuaciones de regresión para cada modelo obteniendo coeficientes separados. La primera, incluyó la variable independiente Nivel de Integración de la Estructura de la Personalidad de las madres, con Estrés Parental Total de las madre como variable dependiente; la

segunda ecuación incorporó la variable independiente Nivel de Integración de la Estructura de la Personalidad de las madres y Número de síntomas de ansiedad generalizada como variable dependiente; y finalmente se realizó una ecuación con las siguientes variables independientes: NIEP de la madre, NIEP del padre, EP materno, EP paterno y la variable dependiente Número de síntomas de ansiedad generalizada el cual explica el 44,3% de la varianza de los niveles de sintomatología infantil ($F=,458$; $p=,002$).

Tabla 12

Análisis de regresión para predecir la varianza del NIEP de madres con la variable Estrés Parental de las madres y su mediación en la interacción con la variable Sintomatología Infantil.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)					
	-1,346	,859		-1,567	,121
Puntaje total NIEP Madre	,005	,025	,024	,185	,854
Puntaje total EP Madre	,024	,010	,331	2,369	,020*
Puntaje total NIEP Padre	-,023	,027	-,105	-,860	,392
Puntaje total EP Padre	,017	,013	,179	1,369	,175

Variable dependiente: número de síntomas de ansiedad generalizada en el bebé

Fuente: NIEP = Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad; EP= Estrés Parental

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

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

Tabla 13

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,443 ^a	,196	,153	1,43751

a. Variables predictoras: (Constante), Puntaje total Estrés Parental Padre, Puntaje total NIEP Madre, Puntaje total

NIEP Padre, Puntaje total Estrés Parental Madre

Tabla 14

ANOVA^a

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1 Regresión	37,818	4	9,455	4,575	,002 ^b
Residual	154,982	75	2,066		
Total	192,800	79			

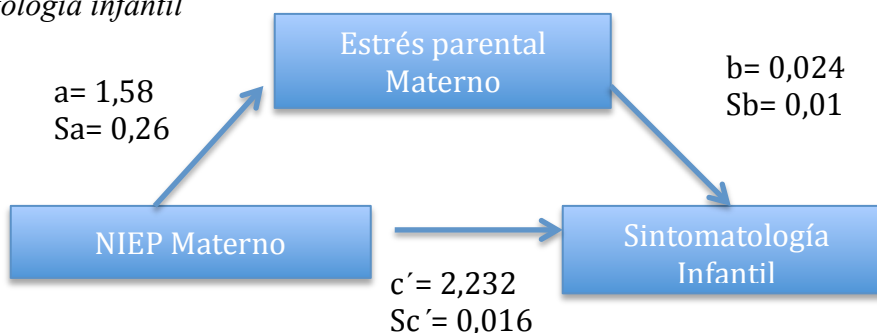
a. Variable dependiente: número de síntomas de ansiedad generalizada en el bebé

b. Variables predictoras: (Constante), Puntaje total Estrés Parental Padre, Puntaje total NIEP Madre, Puntaje total NIEP Padre, Puntaje total Estrés Parental Madre

Es relevante considerar que un modelo de mediación será válido, si se dan las siguientes condiciones: (1) La variable independiente (NIEP) debe influenciar directa y significativamente a la variable dependiente (Sintomatología infantil) (2) Debe existir una relación significativa entre la variable independiente (NIEP) y la variable mediadora (EP) (3) Existe una influencia significativa del mediador (EP) sobre la variable dependiente (Sintomatología infantil). (4) La influencia directa del predictor (NIEP) sobre la variable dependiente (sintomatología infantil) deja de ser significativa cuando se introduce el mediador (EP) en la ecuación de regresión (Cuéllar-Flores et al., 2014).

A partir de este modelo, se observó las variable independiente NIEP en las madres tenía relación con la aparición de sintomatología ansiosa en el bebé, particularmente con la aparición de síntomas del Trastorno de ansiedad generalizada. Esta relación no se observó en los padres de forma significativa. Sin embargo, al introducir la variable Estrés Parental materno, dicha relación deja de ser significativa, indicando un efecto de mediación del EP en la relación entre NIEP materno y síntomas de trastorno de ansiedad generalizada en los bebés. Este efecto de mediación no se observó en otros síntomas infantiles. Para probar mecanismos intermedios se ocupó el test de Sobel (Figura 1).

Figura 1: Diagrama de mediación del EP materno en la relación entre NIEP materno y sintomatología infantil



En base a los resultados obtenidos de este estudio, se puede reportar que el Estrés Parental materno, tendría un efecto mediador en la relación entre Nivel de Integración de la Estructura de Personalidad en las madres y síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada en los niños/as. Esto quiere decir que en nuestra muestra, madres con una estructura de personalidad menos integrada, tendrían una tendencia a reportar niveles de Estrés Parental más altos y esto se relacionaría con la aparición de síntomas de ansiedad generalizada en sus hijos(as) de entre 1 y 3 años de edad.

Discusión

En primer lugar, los resultados del estudio coinciden con lo reportado en la literatura respecto a la relación entre estrés parental y sintomatología infantil (Cappa et al. 2011; Cole et al, 2017; Deater-Deckard 1998; Durtschi et al., 2016; Molfese et al. 2010; Olhaberry & Farkas, 2012). Como se evidenció previamente, dicha relación se confirma tanto en madres como en padres de forma significativa, destacando la relación del EP en padres y en madres con la presencia de síntomas en el desarrollo socioemocional -principalmente en dificultades de autorregulación y obediencia- y con la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en sus hijos/as.

Los síntomas infantiles evaluados en este estudio fueron de trastornos de salud mental de mayor prevalencia en edades posteriores según el reporte de la literatura (trastornos de ansiedad, trastorno depresivo y síntomas conductuales) (De la Barra, 2012) por lo tanto, sería interesante para estudios futuros de tipo longitudinal, investigar el curso de estos síntomas, pues podría ser que éstos tengan un origen temprano relacionado con factores parentales y su manifestación en edades posteriores sea la manifestación de un trastorno que se ha cronificado en el tiempo.

En cuanto al Trastorno de Ansiedad Generalizada, los estudios nacionales antes mencionados lo reportan entre los trastornos más prevalentes (De la Barra et al, 2012) y diversos autores (Jimenez, 2003; Yoon et al., 2017) plantean que tiene un curso crónico y suele tener comorbilidades, haciéndolo un trastorno multisintomático que es complejo de abordar a nivel de intervención. Por lo tanto, identificar síntomas de ansiedad en edades tempranas permitiría intervenir oportunamente con el objetivo de prevenir que dichos síntomas se vuelvan crónicos y alteren el funcionamiento general de las personas en edades posteriores.

Por un lado, los resultados presentados en este estudio que plantean la asociación entre estrés parental materno y síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada, se asemeja a lo reportado previamente por otros autores (Cappa et al., 2011; Deater-Deckard 2004; Gross et al. 1999) quienes relacionaron síntomas externalizantes y conductuales en sus hijos(as) con el estrés

parental. En adición, el estudio plantea posibles efectos que el estrés parental en ambos progenitores tendría en la aparición de diversidad de síntomas infantiles.

Esta relación entre Estrés Parental y Sintomatología Infantil ha sido abordada en diversas investigaciones, donde algunos plantean que los síntomas infantiles se deberían a la dificultad que tendrían progenitores estresados para poder identificar y regular las emociones de sus hijos/as de modo sensible. Lo anterior sumado a la percepción de un entorno estresado e incluso hostil desde la perspectiva del niño/a le impediría poder desarrollar los mecanismos biológicos de autorregulación de forma esperable (Buss, 2011; Sunderland, 2006), porque un adulto estresado no sólo estará menos disponible, sino además puede ser amenazante, elevando los niveles de cortisol en el niño/a (Habersaat et al., 2014; Pérez-Padilla, 2014; Sunderland, 2006).

Por otro lado, la literatura reporta que niveles altos de EP son factor de riesgo para relaciones parento-filiales disfuncionales, caracterizadas por conductas hostiles y malos tratos a los hijos (Seah & Morawska, 2016) por lo tanto, estos niños/as no sólo estarían más abandonados en la regulación de sus emociones, además sufrirían más estrés producto de la relación con adultos que son potencialmente amenazantes, impacientes, irritables e inconsistentes (Pérez-Padilla, 2014).

En cuanto al estrés materno generado por la disfuncionalidad en la relación madre-hijo(a) – medido por la sub-escala IDMH del PSI-SF- se observó una relación significativa inversa entre éste y aspectos del desarrollo de los niños(as) medidos por el ASQ-3, particularmente el área de Comunicación. Este hallazgo resulta congruente con los resultados obtenidos en otros estudios como el de Noel, Peterson & Jesso (2008) quienes también observaron una relación inversa significativa entre el estrés parental y el desarrollo del lenguaje en niños(as) pre-escolares.

En su estudio plantean que las interacciones parento-filiales tendrían un posible rol de mediadoras en la relación entre el Estrés Parental y el desarrollo del lenguaje y entre sus resultados reportan que niños con madres y padres más estresados tienen mayores dificultades en el desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo. También mencionan que niños(as) con alta emocionalidad tendrían menos habilidades receptivas.

Es posible que la interferencia emocional ocasionada por el estrés parental merme el desarrollo del lenguaje, el cual es un aspecto fundamental del desarrollo cognitivo. Esto podría deberse a que madres que se encuentran con niveles de estrés elevados debido a la relación con sus hijos/as, se asocia con menos interacciones positivas con sus bebés (Karam et al., 2017) de lo cual se infiere que podrían disfrutar menos de los momentos de encuentro, y probablemente los estimulen menos que otras madres que no se encuentran interferidas por el estrés. En consecuencia, esto se traduciría en menor desarrollo del lenguaje por falta de oportunidades

vinculares de estimulación de la comunicación. Otros estudios han encontrado además que el Estrés Parental materno tiene efectos negativos en el desarrollo motor en bebés de un año (Crnic et al., 2005; Karam et al, 2017)

Por otro lado, la relación significativa entre el estrés parental de ambos padres concuerda con lo reportado por otros autores (Pérez & Santelices, 2016; Seah & Morawska, 2016) y daría cuenta del nivel de estrés que se vive a nivel familiar. En el presente estudio se observó que padres emparejados con mujeres más estresadas por la parentalidad, suelen reportar un nivel de estrés total similar al de sus parejas y además describen a sus hijos como más problemáticos y consideran que la relación que desarrollan con ellos tiene más dificultades.

Esta relación plantea la necesidad clínica de evaluar e intervenir en el estrés parental de ambos progenitores, cuando éste se encuentra en altos niveles al trabajar con familias con niños(as) pequeños(as), dado que se demuestran las múltiples repercusiones que éste tendría en el desarrollo temprano de sus hijos/as y en la aparición de sintomatología infantil. Por lo demás, futuro estudios podrían tener en cuenta otras variables que pueden tener influencia en los niveles de estrés parental, por ejemplo, la satisfacción de pareja, el nivel socioeconómico y calidad de vida familiar para identificar otros factores asociados al estrés parental y así diseñar intervenciones psicosociales más específicas para este segmento en particular de la población.

Considerando la vasta evidencia que demuestra que la presencia de problemas de salud mental en edades tempranas tiene un efecto nocivo para la salud mental posterior (Di Bártolo, 2016; Heinz, 2014; Hertzman, 2012; Schore, 2010) se vuelve necesario integrar una mirada sistémica y psicosocial cuando se trabaja en infancia temprana, particularmente porque la presencia de psicopatología y problemas de salud mental en sus cuidadores es un factor de riesgo para la salud mental de los niños(as) y eso se traduce no sólo a nivel de psicopatología en niños, adolescentes y adultos, sino además repercute en índices de calidad de vida, por lo tanto se requiere relevar este tema en la ideación de políticas públicas en Salud Mental.

Por lo tanto, se hace más evidente el peso que los elementos ambientales y variables de sus cuidadores tienen para el desarrollo infantil, particularmente el estrés parental. Por lo tanto, se debería incorporar la evaluación e intervención de esta variable parental en el trabajo clínico para el manejo eficaz de los síntomas infantiles, además de intervenir en los aspectos que cada niño(a) individualmente requiera.

Como se reportó anteriormente, en este estudio se observó una relación entre NIEP materno y sintomatología infantil ansiosa y depresiva, a la vez que esta variable estaría relacionada de forma significativa y positiva con la presencia de estrés parental tanto en madres como en

padres. De todas formas, el que la muestra fuese de un tamaño reducido y el que el mayor porcentaje de las madres tuviese niveles medios de NIEP, podría explicar la escasa relación que se observó entre esta variable y los síntomas infantiles de ansiedad y depresión. Es posible que de contar con una muestra que tenga mayor representación de madres y padres con NIEP más bajos, se observe una relación más significativa entre NIEP y Síntomas Infantiles, particularmente síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Por otro lado, se esperaba encontrar que el NIEP de ambos padres funcionara como moderador en la relación entre EP y síntomas infantiles. No obstante, esta relación no se observó al realizar los análisis. Por consiguiente, se exploraron nuevas alternativas de relaciones entre las variables basadas en la literatura disponible, dando como resultado una relación donde el EP materno actúa como mediador en la relación entre las variables NIEP materno y síntomas infantiles. La mediación hace referencia a la influencia indirecta que una variable independiente ejerce sobre una dependiente. Posibilita identificar los mecanismos de acción, a través de los cuales el NIEP materno logra sus efectos en el desarrollo y síntomas de los niños y niñas (Etchebarne, O'Connell & Roussos, 2008).

Por lo tanto, si bien existía una relación entre las variables estudiadas, se encontró que la relación entre NIEP materno y síntomas infantiles de Trastorno de Ansiedad Generalizada era mediada por el EP materno. Esto nos lleva a inferir que finalmente es el EP como variable el que tiene mayor peso a la hora de predecir la aparición de sintomatología infantil de ansiedad generalizada.

Por ende, en base a los resultados de este estudio se podría pensar que madres con estructuras de personalidad menos integradas tendrían mayor dificultad para la regulación del estrés parental, lo cual podría generar una predisposición en sus hijos(as) a desarrollar síntomas de ansiedad generalizada a temprana edad. En este sentido, un NIEP bajo, sería factor de riesgo en la aparición de dificultades en la regulación del estrés parental. Sin embargo, en este estudio se contó con un porcentaje reducido de madres y padres con NIEP bajos, lo cual podría explicar el por qué no se observó relaciones significativas entre esta variable en padres y madres y síntomas infantiles de ansiedad generalizada. De todas maneras, esta propuesta debiese ser confirmada mediante estudios longitudinales con muestras más grandes, que permitan profundizar en qué aspectos de la personalidad materna tendrían mayor relevancia para explicar la aparición de síntomas de ansiedad generalizada para poder planificar intervenciones clínicas más específicas dirigidas a reducir los factores de riesgo.

En este ámbito, Molfese et al. (2010) también reportaron relación de mediación del EP en la relación entre Personalidad materna y desarrollo infantil, indicando una relación inversa significativa donde una personalidad materna más sana correlacionaba con menor nivel de estrés. Si bien en el presente estudio se ocupó otro instrumento para medir personalidad -el cual se enfocó particularmente en medir el nivel de integración de la misma- observamos también que características positivas de la personalidad, es decir una personalidad más integrada, se correlacionaba con menores niveles de estrés parental en ambos progenitores.

Sin embargo, estos hallazgos no se dieron en los padres, lo cual permite reflexionar sobre las posibles explicaciones al respecto.

El hecho que los resultados reporten que las variables maternas suelen correlacionar más con los síntomas infantiles medidos en este estudio -a la vez que el EP aparece como mediador sólo en madres- lleva a reflexionar sobre la preponderancia que tienen las variables maternas sobre la aparición temprana de síntomas de salud mental en sus hijos(as).

Parece importante considerar que en nuestra muestra, la mayoría de las madres cumplía el rol de cuidadora principal de sus hijos(as) y se encontraban trabajando fuera del hogar. Esto situaba a sus parejas como cuidadores secundarios y quienes además cumplían -en su mayoría- jornadas laborales completas, lo cual implicaba que compartían menos horas con sus hijos(as) en comparación con las madres.

Estos roles que se presentaron predominantemente en las familias del estudio, se condicen con los roles habituales de la cultura chilena, donde existe una evidente sobrecarga de responsabilidades en las madres, quienes deben compatibilizar roles de crianza, labores domésticas y labores fuera del hogar, teniendo en promedio jornadas laborales más recargadas respecto a sus parejas, por lo tanto, menos tiempo de ocio (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), 2017).

Este fenómeno psicosocial, permitiría explicar por qué las mujeres en el estudio desarrollado presentarían niveles de estrés significativamente más altos en la sub-escala Malestar Personal (resultados también reportados en la muestra de Pérez y Santelices, 2016), porque es probable que la inequidad de acceso a tiempo libre para dedicar a sí mismas, pueda generar mayor frustración con el rol parental, lo cual se traduciría en mayores índices de estrés en esta sub-escala con la consecuente repercusión para sus hijos.

En vista que los resultados expuestos en este estudio están alineados con lo reportado por otros estudios similares y con muestras más grandes, se vuelve necesario reflexionar sobre los riesgos que implica para el desarrollo infantil la inequidad en los roles de género y los efectos que podría

tener para la salud mental de niños y niñas el que sus cuidadoras principales estén experimentando dificultades importantes en su propia salud mental.

Por consiguiente, la relevancia clínica de este hallazgo sería enfatizar la importancia de apoyar a los progenitores –especialmente a las madres- con estrategias de afrontamiento y regulación del estrés parental, lo cual sería una intervención más sencilla y eficaz que intentar modificar el nivel de integración de su estructura de personalidad. Para esto se podrían revisar las propuestas de intervención en estrés mencionadas por algunos autores (Vásquez et al. 2015; García & Grau, 2018) y observar si éstas son efectivas en padres y madres con estructuras de personalidad más frágiles.

A su vez, sería importante considerar las diferencias de género en el diseño de las intervenciones, dado que los elementos que tienen mayor peso en el estrés parental son diferentes entre padres y madres (Seah & Morawska, 2016). Pérez y Santelices (2016) sugieren que las madres se estresan más por elementos vinculares, mientras los padres lo hacen por aspectos del entorno.

Lo anterior permite enfatizar en la importancia del rol del padre en la co-parentalidad, para poder amortiguar los efectos que puede tener el estrés y la depresión en las madres para el desarrollo socioemocional de sus hijos(as). El aumento en el involucramiento paterno en la crianza podría favorecer la regulación emocional de las madres a través de la percepción de mayor alianza parental y un mejor funcionamiento familiar, disminuyendo la sobrecarga de las madres y mejorando las interacciones triádicas, con ello favoreciendo el contexto emocional para el desarrollo del bebé.

Además un padre involucrado y competente es un importante factor para el desarrollo saludable de sus hijos. Por ejemplo, el juego padre-hijo/a se asocia a mejores competencias sociales y regulación emocional y conductual en niños/as (Karam et al., 2017; Parke 1996; Pettit et al. 1998) y las interacciones de calidad entre padres e hijos/as favorece el desarrollo del autoestima, socialización, empatía y confianza (Culp et al. 2000; Downer et al. 2008; Karam et al., 2017). Por esta razón, incluir a padres en procesos de evaluación e intervención en Salud Mental Infantil es fundamental para el quehacer clínico.

Además de lo mencionado, los resultados de este estudio permiten reforzar lo propuesto en la literatura sobre la importancia de evaluar la presencia de psicopatología parental al momento de trabajar con población infantil temprana que consulta por síntomas de salud mental, particularmente por síntomas de ansiedad, dado que en el estudio de De la Barra et al. (2012) reportan que la psicopatología parental aumenta tres veces el riesgo de presentar trastornos de

ansiedad, el cual se plantea como un trastorno que tiene una evolución crónica en el tiempo (Yoon et al., 2017).

Por esta razón, aunque la muestra de este estudio se trata de población clínica, como es reducida en tamaño y los participantes representan principalmente individuos con NIEP medios, con niveles de Estrés Parental medios que espontáneamente se interesan por participar del estudio (lo cual puede ser un indicador de su motivación por recibir ayuda e insight respecto a las dificultades que observan en sus hijos/as) se podría pensar que no representa principalmente familias disfuncionales o más vulnerables, especialmente dado que el nivel educacional es alto en la mayoría de los participantes. Se podría esperar entonces, que de contar con una muestra más representativa, la relación entre las variables estudiadas sería más significativa.

Respecto a este tema, Dickstein et al. (1998) proponen que la salud del funcionamiento familiar es un mediador significativo en la relación entre el desarrollo infantil y la exposición a psicopatología materna. De hecho mencionan que en familias con algún progenitor con psicopatología, el desarrollo del niño(a) depende más del nivel de funcionamiento familiar que de la interacción diádica entre el niño(a) con dicho progenitor, por ende, el buen funcionamiento familiar sería un factor protector para la salud mental infantil.

Resultados similares son reportados por De la Barra et al. (2012) quienes mencionan que la percepción de un buen funcionamiento familiar disminuye de manera significativa la presencia de cualquier trastorno psiquiátrico en la infancia.

Limitaciones

Si bien los resultados dan cuenta que hay relación entre las variables estudiadas, también contamos con ciertas limitaciones que debiesen ser controladas en estudios futuros sobre el tema. En primer lugar, sería necesario replicar los resultados con una muestra más grande que permita generalizar los resultados a la población. Futuros estudios con muestras de mayor tamaño podrían indagar si hay variables que medien esa relación, como por ejemplo, el temperamento infantil.

En segundo lugar, nuestra muestra estaba compuesta principalmente por padres y madres con estudios superiores y que en un alto porcentaje trabaja fuera del hogar, los cuales serían factores protectores para el desarrollo infantil. Probablemente, sería importante encontrar una muestra con características más similares a las de la población general donde los índices de ocupación son menores a los de nuestra muestra, repercutiendo en el ingreso total familiar, los cuales se sabe que influyen en los niveles de estrés según lo expuesto en otras investigaciones (Pérez & Santelices, 2016).

Por lo demás, sería importante buscar si estos resultados se pueden replicar en muestras con mayor presencia de factores de riesgo: como niveles de integración de la personalidad más bajos, NSE bajo, monoparentalidad, entre otros y ver si la relación expuesta en este estudio se presenta de la misma manera.

Por otro lado, es importante considerar que los instrumentos utilizados en este estudio eran en su mayoría de autorreporte, lo cual a pesar de su confiabilidad, podrían no reflejar las variables de forma completamente fidedigna. Esto particularmente para las variables parentales, las cuales pudiesen estar interferidas en el reporte por elementos de la personalidad como la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y describir sus emociones, pensamientos y características a través del instrumento.

Sería interesante realizar un estudio con muestra clínica de padres y madres que sufren niveles altos Estrés Parental y tengan mayor gravedad de síntomas, pues posiblemente la presencia de Trastornos de ansiedad generalizada en hijos/as aumente.

Finalmente, como el presente estudio es de tipo transversal, se sugiere un estudio longitudinal para investigar en mayor detalle los efectos del estrés parental sobre el desarrollo de los niños y niñas, para determinar cómo se da esta relación entre las variables parentales e infantiles a lo largo del tiempo.

En términos clínicos, este estudio plantea lineamientos sobre posibles focos a evaluar e intervenir en la familia que consulta por sintomatología temprana, uno de éstos sería el Estrés Parental en ambos progenitores.

Los métodos para reducir esta variable pueden ser diversos, desde talleres de habilidades para afrontamiento del estrés, talleres psicoeducativos sobre parentalidad positiva, los cuales han demostrado efectos positivos en la reducción del estrés parental en Europa y Norteamérica (Vásquez et al., 2015); intervenciones psicoeducativas para mejorar la percepción de autoeficacia, pues mayor sensación de competencia en el rol de padre, menor estrés parental (McBride, 1989); a prácticas que permitan mejorar la regulación del estrés y la relación parento-filial a través del Mindfulness (García & Grau, 2018).

Referencias

- Abidin R. R. (2012). Parenting Stress Index–Fourth Edition (PSI-4). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association. (2014) DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- Aracena, M; Gómez, E; Undurraga, C; Leiva, L; Marinkovic, K, Molina, Y. (2016). Validity and Reliability of the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF) Applied to a Chilean Sample. *Journal of Child Family Studies*, 25, 3554–3564
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky, J., & Barends, N. (2002). Personality and parenting. En M.H Bornstein (Ed.) *Handbook of parenting* (2da ed. *Children and parenting*. Vol. 1, pp. 415-438. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M., & van Ijzendoorn, M. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 300–304.
- Bowlby, J. (1989) Una base segura. Editorial Paidós, Barcelona
- Boydell, C & Bowers, C. (2006), Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorders. *Public Health Reports*, 121(3), 303–310
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525276/>.
- Burke, W. T., & Abidin, R. R. (1980). Parenting stress index (PSI): A family system assessment approach. In R. R. Abidin (Ed.), *Parenting education and intervention handbook* (pp. 516–527). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Buss, K. (2011) Which Fearful Toddlers Should We Worry About? Context, Fear Regulation, and Anxiety Risk. *Developmental Psychology* . 47(3), 804–819

- Cappa, K., Begle, A., Conger, J., Dumas, J., & Conger, A. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: Findings from the Pace Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 334–342.
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social (2017). Extraído de <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
- Choi, J. (2010) Father-involvement and child behavior and cognitive development in poor and near-poor African American single-mother families. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 70(7-A), 2754.
- Chorot, P., Valiente, R.M., Magaz, A.M., Santed, M.A., Sandin, B. (2017). Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: The mediational role of attachment. *Psychiatry Research*, 253, 287-295
- Cicchetti, D. & Hinshaw, S. (2002). Editorial: Prevention and intervention, *Development and Psychopathology*, 14, 667–671
- Cierpka M., Stasch, M; Dahlbender, R; y el grupo de trabajo OPD. (2006) El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*; 44(2), 105-125
- Cierpka M; Stasch, M; Grande, T; Schauenburg, H; de la Parra, G; Rost, R. y miembros del Grupo de Trabajo OPD. (2010) La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e investigación relacional*, 4(1), 221-235
- Clark, L.A, Kochanska, G., y Ready, R. (2000). Mother's personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 274-285.
- Crnic, KA., Gaze C., Hoffman, C. (2005) Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant Child Dev* 14,

- De la Barra, F.; Vicente, B; Saldivia, S.; Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica las Condes*; 23(5) 521-529
- Di Bártolo, I. (2016). El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Lugar Editorial, Buenos Aires
- Durtschi, J.A., Soloski, K.L., & Kimmes, J. (2016). The Dyadic Effects of Supportive Coparenting and Parental Stress on Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 308-321. doi: 10.1111/jmft.12194
- Egger, H. & Emde, R. (2011). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, the research diagnostic criteria-preschool age, and the diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood-revised. *The American Psychologist*; 66(2), 95-106
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 4.
- Fonagy, P. (2008) Attachment and Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1147
- Freud, S. (1996) Obras completas. Amorrortu, Buenos Aires.
- Frontini, R., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2016). Parenting stress and quality of life in pediatric obesity: The mediating role of parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, 25(3), 1011–1023
- Geary, D. C. (2010). Male, female: The evolution of human sex differences (2nd ed.).

Washington, DC: American Psychological Association.

Greenspan, S., DeGangu, G., & Wieder, S. (2001). *The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical and research applications*: Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.

Herrera, P. (2000). Rol de Género y Funcionamiento Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573

Hertzman, C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(2), 17160-17167. doi:10.1073/pnas.1202203109

Ionio, Ch., Mascheroni, E., Banfi, A., Olivari, M.G., Colombo, C., Confalonieri, E. & Lista, G. (2018). The impact of paternal feelings and stress on mother-child interactions and on the development of the preterm newborn. *Early Child Development and Care*.

Jennings, K. & Dietz, L. (2010). Stress of parenting. En G. Fink (editor) *Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic* (pp.561-565). UK: Elsevier.

Jiménez, L. (2003). Epidemiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Trastornos infantiles y de la adolescencia. <https://psiquiatria.com/ansiedad/epidemiologia-del-trastorno-de-ansiedad-generalizada/>

Karam, F., Sheehy, O., Huneau, M-C., Chambers, C., Fraser, W., Johnson, D. ... Bérard, A., (2016) Impact of maternal prenatal and parental postnatal stress on 1-year-old child development: results from the OTIS antidepressants in pregnancy study. *Arch Womens Ment Health* ,19.,835–843

Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, A. y Dekovic, M. (2007). The relation between parental personality and observed parenting: The moderating role of preschooler's effortful control. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 723-734.

- Kochanska, G., Clark, L.A y Sitrin, M. (1997). Implications of Mother's Personality for Their Parenting and Their Young Children's Developmental Outcomes. *Journal of Personality*, 65(2), 387-420.
- Kohut H (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press, New York
- Kohut H (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press, New York
- Lecannelier, F. (2006) Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. LOM Ediciones, Santiago
- McBride B. A. (1989) Stress and Fathers' Parental Competence: Implications for Family Life and Parent Educators. *Family Relations*, 38(4), 385-389
- Ministerio de Salud, Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División Atención Primaria (2015). Salud mental en la atención primaria de salud: orientaciones dirigidas a los equipos de salud
- Molfese, V; Moritz Rudasill, K; Beswick, J; Jacobi-Vessels, J; Ferguson, M; White, J. (2010) Infant Temperament, Maternal Personality, and Parenting Stress as Contributors to Infant Developmental Outcomes. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(1), 49-79.
- Nelson, H.J., Kendall, J.E., & Shields, L. (2014). Neurological and biological foundations of children's social and emotional development: An integrated literature review. *The Journal of School Nursing*, 30(4), 240-250. doi: 10.1177/1059840513513157
- Noel, M., Petersen, C., & Jesso, B. (2008). The relationship of parenting stress and child temperament to language development among economically disadvantaged preschoolers. *Journal of Child Language*, 35(4), 823-843
- Olhaberry, M., León, M., Sieverson, C., Escobar, M., Iribarren, D., Morales-Reyes, I., ... Leyton, F. (2018). *Is it possible to improve early childhood development with a video-feedback intervention directed at the mother-father-child triad?* Manuscrito aceptado para publicación en *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*.

- Olhaberry M, Farkas C. (2012) Estrés Materno y Configuración Familiar: Estudio comparativo en Familias Chilenas Monoparentales y Nucleares de bajos ingresos. *Univ Psychol.* 11(4), 1317-26.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2012). Desarrollo humano (12th ed.). Santiago, Chile: McGraw Hill Education.
- Pelchat, D., Lefebvre H., & Perreault M. (2003). Differences and similarities between mothers' and fathers' experiences of parenting a child with a disability. *Journal of Child Health Care*, 7, 231-247. doi: 10.1177/13674935030074001.
- Pérez, F; Brahm, P; Riquelme, S; Rivera, C; Jaramillo, K; Eickhorst, A. (2017) Paternal postpartum depression: How has it been assessed? A literature review. *Mental Health & Prevention.* 7, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.07.001>
- Pérez, F & Olhaberry, M. (2014). Involucramiento del Padre en la Crianza: Una Mirada Triádica de las Relaciones Familiares Tempranas. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 9-18
- Pérez, F. & Santelices. P. (2017). Alianza Triádica Familiar y Salud Mental Parental. *Terapia Psicológica*, 35(1), 23-33.
- Pérez-Padilla, J. (2014) El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial . Memoria para optar al grado de doctor presentada por: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social . Universidad de Huelva, Huelva
- Perry, B. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the “cycle of violence.” In *Children in a Violent Society*, ed. J. Osofsky. New York: Guilford Press, pp. 124–149.
- Reitman, D., Currier, R., & Stickle, T. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index–Short Form (PSI–SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 384–392.
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Harder, V., Otten, L., Bilenberg, N. ... Verhulst, F. (2011). International Comparisons of Behavioral and Emotional Problems in Preschool

Children: Parents' Reports From 24 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456–467

Resource Center for Child and Adolescent Health (2012). "National Survey of Children's Health,". Extraído de www.childhealthdata.org.

Robinson, M. & Neece, C. (2014). Marital Satisfaction, Parental Stress, and Child Behavior Problems among Parents of Young Children with Developmental Delays. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(1), 23- 46.

Sameroff, A.J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. En J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.) WAIMH handbook of infant mental health: Vol. 4. Infant mental health in groups at high risk (pp.1-33) New York: John Wiley & Sons.

Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22

Seah, C., Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictor of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 45–55

Schonhaut, L., Armijo, I., Schönstedt, M., Alvarez, J., Cordero, M. (2013) Validity of the Ages and Stages Questionnaires in Term and Preterm Infants. *Pediatrics*, 131(5), pp. 1468-1474. DOI: 10.1542/peds.2012-3313

Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.

Schore, A. (2010). El Trauma Relacional y el Cerebro Derecho en Desarrollo: Interfaz entre Psicología Psicoanalítica del Self y Neurociencias. *Psiquiatría Universitaria*, 6(3), 296-308.

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A., & National Research Council. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academies Press.

- Shonkoff, J.P., & Garner, A.S. (2012). *The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress* (129)1, 232-248. doi:10.1542/peds.2011-2663
- Smith, C., Spinrad, T., Eisenberg, N., Caertner, B., Popp, T. y Maxon, E. (2007). Maternal Personality: Longitudinal Associations to Parenting Behavior and Maternal Emotional Expressions toward Toddlers. *Parent Sci Prac*, 7(3), 305-329.
- Spitz, R. (1972) El primer año de vida del niño. Aguilar ediciones, Madrid
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2006). The ASQ:SE User's Guide. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Squires, J. & Bricker, D. (2009). Ages & Stages Questionnaires in Spanish: a Parent-Completed Child Monitoring System. Third Edition. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Sunderland, M. (2006) The science of parenting. DK Publishing Inc. New York.
- Valdés, C., Dagnino, P., Crempien, C., de la Parra, G., Undurraga, C., Gómez-Barris, E. (manuscrito en preparación). Características Psicométricas de la versión abreviada del OPD-SQ en una muestra chilena.
- Valdés, X. (2009). El lugar que habita el padre en Chile contemporáneo: Estudio sobre las representaciones sobre la paternidad en distintos grupos sociales. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 8(23), 385-410
- Vázquez N, Ramos P, Molina MC, Artazcoz L. (2016) Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*, 16(2), 137-147. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2
- Vicente, Saldivia & Pihán, (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22 (1), 51-61
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998) The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61. doi: 10.1542/

peds.102.5.SE1.1298.

Winnicott, D. (1971) Realidad y juego. Gedisa Editorial. Barcelona

Whalen, D; Tull, M; Gratz, K; Kiel, E; Latzman, R. (2015) Maternal Borderline Personality Disorder Symptoms and Convergence Between Observed and Reported Infant Negative Emotional Expressions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 229–238

Yoon, S., Yoon, D., Wang, X., Tebben, E., Lee, G., & Pei, F. (2017). Co-development of internalizing and externalizing behavior problems during early childhood among child welfare-involved children. *Children and Youth Services Review*. 82, 455-465

Yogman, M., Garfield, C. (2016). Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. [*Pediatrics*](#),138(1), 1-15

Zero to Three. (1994) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio, titulado: ***“Implementación y Evaluación de una Intervención con Videofeedback focalizada en la Calidad Vincular y la Función Reflexiva Parental, dirigida a Tríadas Madre-Padre-Hijo/a con dificultades en el Desarrollo Socioemocional Infantil”***, forma parte del proyecto FONDECYT de Iniciación N° 11140230 y del Núcleo MILENIO: Intervención y cambio en depresión y cuenta con el patrocinio de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La presente carta tiene por objetivo ayudarle a tomar la decisión de participar o no en este estudio junto a su hijo/a.

La investigación propuesta consiste en una intervención psicoterapéutica que utiliza la grabación en video de interacciones entre adultos y niños como herramienta. Se dirige a tríadas compuestas por la madre, su hijo(a) pequeño y su padre u otro adulto que desempeñe el rol de cuidador primario. Busca favorecer la comprensión del comportamiento infantil y las relaciones familiares, contribuyendo positivamente a mejorar los vínculos y la salud mental.

Los resultados de esta investigación serán utilizados sólo para este estudio y contribuirán al desarrollo de herramientas para el trabajo con familias con niños/as pequeños/as que presentan alguna dificultad en sus vínculos, su comportamiento o sus relaciones familiares. Una vez finalizado el estudio, si usted lo desea, se le entregarán los resultados cualitativos obtenidos en la evaluación final y se les invitará a una presentación de los resultados generales. En caso de identificar alguna dificultad que implique riesgo para su salud física y/o mental o la de su hijo/a, esta le será comunicada y posteriormente informada a un profesional competente del Centro de Salud en el cual ustedes se atienden.

Si decide participar en el estudio, se le solicitará a usted y al padre/madre de su hijo (u otro adulto en el rol parental) que firmen esta carta de consentimiento. La participación consistirá en ser parte de 2 evaluaciones de aproximadamente una hora y media de duración y de una intervención en apego y en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos, deseos y necesidades en uno mismo y los otros o función reflexiva. Será realizada por 1 Psicólogo Clínico y 1 Estudiante de Psicología en su último año. Las 2 evaluaciones se realizarán al comienzo y luego de terminada la intervención. La intervención estará compuesta por al menos 5 sesiones de frecuencia semanal, de una hora y media de duración. Las 2 evaluaciones mencionadas consisten en: una grabación de juego madre-padre-niño/a de aproximadamente 10 minutos, dos grabaciones de 3 minutos de juego libre adulto niño/a (madre-niño y padre-niño), contestar preguntas sobre el comportamiento y las emociones de su hijo(a), responder preguntas sobre sus sentimientos y sobre sus vínculos significativos. Las evaluaciones y la intervención podrán ser realizadas en el Consultorio en el que ustedes se atienden o en su domicilio, pudiendo usted elegir el lugar.

Su participación no implica riesgos para usted y su hijo(a), salvo la posibilidad de sentirse incómoda/o al contestar algunas preguntas. En relación a los beneficios de participar, muchos estudios muestran el efecto positivo para la madre, el padre y sus hijos/as pequeños de ser parte de un programa de apoyo en apego y función reflexiva, especialmente cuando los niños/as muestran dificultades en su comportamiento (lloran mucho, les cuesta dormir, no comen bien, entre otros). Una vez finalizada la intervención y en caso de que usted, su hijo/a o su padre (u otro adulto en el rol parental) lo requieran, recibirán contención emocional y se les orientará para que accedan a atención profesional de mayor duración para abordar sus dificultades.

A pesar de lo anterior, su participación es voluntaria y usted es libre de dejar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte en nada la atención que su hijo(a) y su familia reciben en el Centro de Salud al que asisten.

Toda la información que usted entregue, así como la información obtenida en la observación de su hijo(a) es **confidencial**. Sólo la investigadora responsable tendrá acceso a los nombres de los participantes, el equipo de investigación y quienes analicen los videos, accederán a los datos identificando a los participantes por un número de folio, lo cual asegurará su anonimato. No obstante, es importante considerar que en el caso de los videos el anonimato no puede asegurarse. Por lo mismo, los miembros del equipo de investigación que accedan a los datos firmarán también un compromiso de confidencialidad. No se compartirá con nadie la información particular de usted o su hijo(a), sin embargo la información general que se obtenga del estudio puede ser publicada en el ámbito científico si usted lo autoriza.

Muchas gracias por su valiosa cooperación.

CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste esta investigación y mi participación en la misma, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas y tomo libremente la decisión de participar en la Intervención en videofeedback para mejorar la calidad de mis relaciones familiares, a cargo de la Psicóloga Marcia Olhaberry Huber. Además se me ha dado entrega de un duplicado firmado de este documento.

Acepto que los videos e información obtenida sean usados con fines de investigación, resguardando nuestras identidades.

Sí ☐ No ☐

Acepto que la información obtenida en el estudio sea usada con fines de publicación científica resguardando nuestras identidades.

Sí ☐ No ☐

Acepto que los videos sean usados con fines de docencia especializada, resguardando nuestros nombres y verificando que ninguno de los presentes tenga conocimiento personal de la familia videada.

Sí ☐ No ☐

Nombre Participante

Firma Participante

RUT Participante

Relación con el niño/a

Firma Investigador Responsable

Fecha

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Marcia Olhaberry Huber, mpolhabe@uc.cl o al teléfono 23341262, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Comuna de Macul, Santiago. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, E-mail comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.

N. Folio:	Grupo:
FECHA:	
Evaluador/a:	

FICHA DE ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Datos de la madre

Nombre madre:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	Nacionalidad:
Trabajo remunerado SI ___ NO ___		Jornada: Completa ___ Media ___ Menos que media ___	
Actividad:			
Vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Allegada ___		Nº habitaciones:	Nº Camas:
Dirección Particular:			
Nº personas que viven en esa dirección:			
Nº de hijos:		Teléfonos de contacto:	
Embarazo deseado: SI ___ NO ___		Parto: Normal ___ Cesárea ___ Fórceps ___	

Estado Civil Actual

1	Soltero/a
2	Conviviente
3	Casado/a
4	Anulado/a/Separado/a
5	Viudo/a

Escolaridad

1	Analfabeto/a
2	Básica Incompleta
3	Básica Completa
4	Media Incompleta
5	Media Completa
6	Superior Técnico-profesional
7	Superior Universitaria

MADRE:

Tratamiento psicológico actual SI ___ NO ___
 Tratamiento psicológico anterior SI ___ NO ___ Motivo _____
 _____ Fecha _____ Duración _____
 Cantidad de sesiones _____
 Tratamiento farmacológico actual SI ___ NO ___

Tratamiento farmacológico anterior SI ____ NO ____

Motivo

Fecha _____ Duración _____

2. Datos del padre

Nombre padre:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
Trabajo remunerado SI ____ NO ____	Jornada: Completa ____ Media ____ Menos que media ____	
Actividad	Nº hijos:	
Contacto con el niño SI ____ NO ____	Frecuencia: Diaria ____ Semanal ____ Mensual ____ Trimestral ____ Semestral ____ Anual ____ Otro ____	
Actividades que realiza con el niño: Alimentación ____ Baño y aseo ____ Juego y estimulación ____ Otra: _____		

Estado Civil Actual

1	Soltero/a
2	Conviviente
3	Casado/a
4	Anulado/a/Separado/a
5	Viudo/a

Escolaridad

1	Analfabeto/a
2	Básica Incompleta
3	Básica Completa
4	Media Incompleta
5	Media Completa
6	Superior Técnico-profesional
7	Superior Universitaria

PADRE:

Tratamiento psicológico actual SI ____ NO ____

Tratamiento psicológico anterior SI ____ NO ____ Motivo

Fecha _____ Duración _____

Cantidad de sesiones _____

Tratamiento farmacológico actual SI ____ NO ____

Tratamiento farmacológico anterior SI ____ NO ____ Motivo

Fecha _____ Duración _____

3. Datos del niño

Nombre del niño:	Edad:
Fecha de nacimiento	Lactancia Materna:

		SI ____ NO ____ Desde ____ Hasta ____
Lugar en la Fratría:	Asistencia a Sala Cuna: SI ____ NO ____ Desde ____ Hasta ____	
Dónde duerme:		
Enfermedades Trazadoras: SI ____ NO ____ Digestivas ____ Respiratorias ____ Cutáneas ____		
Otros antecedentes relevantes:		

4. Composición familia de la tríada (con quienes viven):

NOMBRE	EDAD	ACTIVIDAD	PARENTESCO CON EL NIÑO(A)

Nivel educacional de quien aporta el ingreso principal del hogar

1	Educación básica incompleta o inferior
2	Básica Completa
3	Media incompleta (incluyendo Media Técnica)
4	Media completa o técnica incompleta.
5	Universitaria incompleta. Técnica completa
6	Universitaria completa.
7	Post Grado (Magíster, Doctorado o equivalente)

¿Cuál es la profesión o trabajo de la persona que aporta el principal ingreso de este hogar? Por favor describa.

1	Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, "pololos", cuidador de autos, limosna).
2	Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
3	Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosko, taxi,

		comercio menor, ambulante).
4		Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor primario o secundario.
5		Ejecutivo medio (gerente, subgerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
6		Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

Basado en Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, *Zero to Three*

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

Durante el último mes, ha observado en su hijo/a lo siguiente:

I. El niño experimenta ansiedad de manera inapropiada y excesiva según su etapa del desarrollo, respecto de la separación con su hogar o con alguno de los adultos a los que se encuentra apegado. Al menos parte del tiempo, el niño no puede controlar la ansiedad. Esta ansiedad se evidencia a través de 3 o más de los siguientes aspectos:	
a. Estrés recurrente y excesivo cuando ocurre o se anticipa la separación del hogar o de sus figuras de apego principales. Ej: pueden llorar de manera persistente e inconsolable y rechazar el cuidado o la contención de un cuidador sustituto. Pueden ser agresivos o autoagresivos durante la separación (ej: golpear al cuidador sustituto o pegarse en la cabeza). Preocupación persistente y excesiva sobre perder sus principales figuras de apego o sobre ser dañados.	SÍ NO
b. Preocupación excesiva y persistente respecto de que un evento no anticipado (p.e. perderse o ser secuestrado) llevará a la separación con sus principales figuras de apego	SÍ NO
c. Rehusarse o rechazar persistentemente ir a sala cuna o jardín por miedo a la separación	SÍ NO
d. Miedo persistente o excesivo o rechazo a estar solo o sin las principales figuras de apego en el hogar o en otros entornos (ej: un niño pequeño puede rechazar quedarse solo en una pieza de su casa y puede seguir al cuidador alrededor de la casa).	SÍ NO
e. Negación o rechazo persistente a irse a dormir sin la presencia de una figura de apego principal.	SÍ NO
f. Pesadillas repetidas sobre separación. Nota: niños preverbales o con poco lenguaje pueden tener pesadillas sin poder reconocer el contenido.	SÍ NO
g. Quejas repetidas o expresión de síntomas físicos durante la separación de sus principales figuras de apego o cuando ésta se anticipa. (Ej: niños con lenguaje pueden quejarse de dolores de cabeza, estómago o náuseas. Algunos niños ansiosos por la separación pueden vomitar, tener hipo excesivo o babear).	SÍ NO

1. ¿Contestó SÍ a 3 o más ítems de la pregunta I? Si marca SÍ continúe con las siguientes:	SÍ NO
2. Esta alteración causa un malestar clínicamente significativo para el niño/a o lleva a evitar actividades o entornos asociados a la ansiedad o el miedo.	SÍ NO
3. La alteración impide el funcionamiento del niño/a o la familia y/o el desarrollo esperado del niño/a.	SÍ NO

¿Contesta SÍ en las 3 preguntas anteriores?

SÍ NO



DIAGNÓSTICO:
Trastorno
Ansiedad de Separación

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Ha observado en su hijo/a lo siguiente:

1. El niño/a experimenta excesiva ansiedad y temores la mayoría de los días, por al menos 6 MESES.	SÍ NO
2. Al niño/a se le hace muy difícil controlar su ansiedad o sus temores (ej: el niño puede solicitar contención en repetidas ocasiones).	SÍ NO
3. La ansiedad o los temores aparecen durante DOS O MÁS actividades distintas o en DOS O MÁS relaciones.	SÍ NO
4. La ansiedad y las preocupaciones están asociadas a UNO (O MÁS) de los siguientes seis síntomas: a) Agitación o inquietud, o sentirse hiperactivado b) Fatigabilidad c) Dificultades para concentrarse d) Irritabilidad o pataletas e) Tensión muscular f) Perturbación del sueño (dificultades para conciliar o mantener el sueño, o un sueño insatisfactorio).	SÍ NO
5. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos interfieren significativamente con el funcionamiento del niño/a y/o con el desarrollo esperado.	SÍ NO
6. La alteración no se debe al uso de algún medicamento o no se explica por otro trastorno ansioso o por un trastorno del desarrollo.	SÍ NO

¿Contesta SÍ en las 6 preguntas anteriores?

SÍ NO



DIAGNÓSTICO:
Trastorno
Ansiedad Generalizada

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Durante las últimas dos semanas se observó lo siguiente por la mayor parte del día, la mayoría de los días.

1. Ánimo depresivo o irritable la mayor parte del día, la mayoría de los días, ya sea observado en las expresiones directas del niño (ej: “Tengo pena”) o por observaciones hechas por otros (ej: el niño aparece triste o con ganas de llorar).	Sí NO
2. Disminución notoria del placer o el interés en todas, o casi todas, las actividades como iniciar el juego y la interacción con sus cuidadores, la mayoría de los días (indicado por el reporte directo del niño o por observaciones hechas por otros. Ej: “Nada (o casi nada) es entretenido”)	Sí NO

¿Contestó “SÍ” en las preguntas 1 o 2?
NO



Pasa a la
pregunta 3

SÍ



No
continua

3. Pérdida o aumento significativo de peso (ej: un cambio de más de 5% en un mes) o un aumento o disminución significativa del apetito, o no poder tener el peso correspondiente para la edad.	Sí NO
4. Insomnia o hipersomnia.	Sí NO
5. Agitación psicomotora o lentitud psicomotora observable por otros (no la mera percepción subjetiva de sentirse el niño lentificado o agitado).	Sí NO
6. Fatiga o pérdida de energía.	Sí NO
7. Evidencia de sentimientos de desesperanza o culpa inapropiada en el juego (ej: acciones autocastigadoras en el juego) o en la expresión directa del niño.	Sí NO
8. Disminución de la habilidad para pensar o concentrarse o indecisión (tanto por expresión de la experiencia subjetiva del niño u observado por otros) durante varios días. En niños muy pequeños estos síntomas pueden aparecer como una dificultad para resolver problemas, responder a los cuidadores y/o mantener la atención	Sí NO
9. Alusiones recurrentes a temáticas relacionadas con la muerte o el suicidio o intentos de hacerse daño. Los niños pueden demostrar estos síntomas a través de los pensamientos, de las actividades, del juego o de comportamientos potencialmente letales.	Sí NO

¿Contesta SÍ a 5 o más preguntas de la 1 a la 9?

SÍ NO



DIAGNÓSTICO:
Trastorno Depresión Mayor

CUESTIONARIO DE AUTODESCRIPCIÓN OPD-SF (versión corta) (P)

En la siguiente página se encuentra una serie de afirmaciones con las que se describen diferentes características de las personas. Por favor, indique cuánto lo representan a usted estas afirmaciones. Marque con una cruz aquella respuesta que, en general, se aplique mejor a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas debido a que cada persona es diferente en su forma de ser.

	Totalmen te en desacuer do	Levemen te en desacuer do	Ni de acuerdo ni en desacuer do	Totalmen te de acuerdo
1. A veces me siento como un extraño conmigo mismo.				
2. Cuando pienso mucho sobre mí mismo tiendo a confundirme.				
3. Si uno deja que los demás se le acerquen demasiado, puede resultar peligroso.				
4. Muchas veces me es difícil darme a entender frente a los demás.				
5. Muchas veces tengo tal caos emocional en mi interior, que no podría ni siquiera describirlo.				
6. A veces juzgo mal cómo mi conducta afecta a los demás.				
7. A menudo me siento observado y controlado cuando los otros saben mucho de mí.				
8. Mis emociones son a veces tan intensas que me asustan.				
9. Me han dañado mucho por haberme equivocado con respecto a una persona.				
10. Me resulta difícil establecer contacto con otras personas.				
11. Tengo una baja autoestima.				
12. Mi experiencia es que cuando se confía demasiado en las personas, uno puede tener sorpresas desagradables.				

CUESTIONARIO DE AUTODESCRIPCIÓN OPD-SF (versión corta) (M)

En la siguiente página se encuentra una serie de afirmaciones con las que se describen diferentes características de las personas. Por favor, indique cuánto lo representan a usted estas afirmaciones. Marque con una cruz aquella respuesta que, en general, se aplique mejor a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas debido a que cada persona es diferente en su forma de ser.				
	Totalment e en desacuer do	Levement e en desacuer do	Ni de acuerdo ni en desacuer do	Totalm ente de acuerd o
13. A veces me siento como una extraña conmigo misma.				
14. Cuando pienso mucho sobre mí misma tiendo a confundirme.				
15. Si uno deja que los demás se le acerquen demasiado, puede resultar peligroso.				
16. Muchas veces me es difícil darme a entender frente a los demás.				
17. Muchas veces tengo tal caos emocional en mi interior, que no podría ni siquiera describirlo.				
18. A veces juzgo mal cómo mi conducta afecta a los demás.				
19. A menudo me siento observada y controlada cuando los otros saben mucho de mí.				
20. Mis emociones son a veces tan intensas que me asustan.				
21. Me han dañado mucho por haberme equivocado con respecto a una persona.				
22. Me resulta difícil establecer contacto con otras personas.				
23. Tengo una baja autoestima.				
24. Mi experiencia es que cuando se confía demasiado en las personas, uno puede tener sorpresas desagradables.				

PARENTING STRESS INDEX: SHORT FORM (P)

Instrucciones:

Al contestar las siguientes preguntas piense en lo que más le preocupa de su niño o niña.

En cada una de las siguientes preguntas favor de indicar la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una respuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que mas se parezca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUES DE LEER CADA PREGUNTA.**

Las posibles respuestas son:

MD=Muy en desacuerdo D=En desacuerdo NS=No estoy segura A=De Acuerdo MA=Muy de Acuerdo

Ejemplo: Me gusta ir al cine. MD D NS A MA

(Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, haga un círculo alrededor de la letra A. Si se equivocó marque la respuesta equivocada con una X y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

MD=Muy en desacuerdo D=En desacuerdo NS=No estoy segura A=De Acuerdo MA=Muy de Acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones muy bien.	MD	D	NS	A	MA
2. Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo que lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
3. Me encuentro atrapado/a con las responsabilidades de ser padre.	MD	D	NS	A	MA
4. Desde que mi hijo nació no he podido hacer ni cosas nuevas ni cosas diferentes.	MD	D	NS	A	MA
5. Desde que tuve a mi hijo encuentro que casi nunca puedo hacer las cosas que desearía hacer.	MD	D	NS	A	MA
6. No estoy contento con la ropa que me compré la última vez.	MD	D	NS	A	MA
7. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	MD	D	NS	A	MA

8.	Tener un hijo a causado más problemas de lo que esperaba en mis relaciones importantes.	MD	D	NS	A	MA
9.	Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	MD	D	NS	A	MA
10.	Cuando voy a una fiesta usualmente no espero divertirme.	MD	D	NS	A	MA
11.	No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar.	MD	D	NS	A	MA
12.	No disfruto tanto las cosas como antes.	MD	D	NS	A	MA
13.	Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	MD	D	NS	A	MA
14.	Casi siempre siento que mi hijo no me quiere y no quiere estar cerca de mí.	MD	D	NS	A	MA
		1	2	3	4	5
15.	Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
16.	Cuando yo hago algo para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	MD	D	NS	A	MA
17.	Mientras juega mi hijo en general no se ríe.	MD	D	NS	A	MA
18.	Mi hijo no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
19.	Mi hijo no parece sonreír tanto como los otros niños.	MD	D	NS	A	MA
20.	Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo desearía o esperaría.	MD	D	NS	A	MA
21.	Mi hijo tarda mucho y le es difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	MD	D	NS	A	MA
22.	Siento que yo soy	1	2	3	4	5
	1. Muy buen padre.					
	2. Mejor que el promedio de los padres.					
	3. Como una del promedio.					
	4. Una persona que tiene alguna dificultad siendo padre.					
	5. No muy buena siendo padre.					
23.	Yo había esperado tener una más estrecha y cálida relación con mi hijo que la que tengo y esto me molesta.	MD	D	NS	A	MA
24.	Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	MD	D	NS	A	MA
25.	Mi hijo parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
26.	Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.	MD	D	NS	A	MA
27.	Yo siento que mi hijo es muy malhumorado y se enoja fácilmente.	MD	D	NS	A	MA
28.	Mi hijo hace algunas cosas que me molestan bastante.	MD	D	NS	A	MA
29.	Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando ocurre algo que no le gusta.	MD	D	NS	A	MA
30.	Mi hijo se enoja fácilmente por la menor cosa.	MD	D	NS	A	MA
31.	El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba.	MD	D	NS	A	MA
32.	He notado que cuando pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es:	1	2	3	4	5
	1. Mucho más fácil de lo que yo esperaba.					
	2. Algo más fácil de lo que yo esperaba.					
	3. Igual a lo que yo esperaba.					
	4. Algo más difícil de lo que yo esperaba.					
	5. Mucho más difícil de lo que yo esperaba.					

33. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace y que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea ectra. Por favor marque el número que incluya el número de cosas que contó.	1-3	4-5	6-7	8-9	10+
34. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.	MD	D	NS	A	MA
35. Mi hijo ha sido más problema de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
36. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA

PARENTING STRESS INDEX: SHORT FORM (M)

Instrucciones:

Al contestar las siguientes preguntas piense en lo que más le preocupa de su niño o niña.

En cada una de las siguientes preguntas favor de indicar la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una repuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que mas se parezca a ellos. **DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUES DE LEER CADA PREGUNTA.**

Las posibles respuestas son:

MD=Muy en desacuerdo D=En desacuerdo NS=No estoy segura A=De Acuerdo MA=Muy de Acuerdo

Ejemplo: Me gusta ir al cine. MD D NS A MA

(Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, haga un círculo alrededor de la letra A. Si se equivocó marque la respuesta equivocada con una X y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

	MD=Muy en desacuerdo Acuerdo	D=En desacuerdo	NS=No estoy segura	A=De MA=Muy de Acuerdo
	1	2	3	4 5
37. Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones muy bien.	MD	D	NS	A MA
38. Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo que lo que esperaba.	MD	D	NS	A MA
39. Me encuentro atrapado/a con las responsabilidades de ser madre.	MD	D	NS	A MA
40. Desde que mi hijo nació no he podido hacer ni cosas nuevas ni cosas diferentes.	MD	D	NS	A MA
41. Desde que tuve a mi hijo encuentro que casi nunca puedo hacer las cosas que desearía hacer.	MD	D	NS	A MA
42. No estoy contenta con la ropa que me compré la última vez.	MD	D	NS	A MA
43. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	MD	D	NS	A MA

44. Tener un hijo a causado más problemas de lo que esperaba en mis relaciones importantes.	MD	D	NS	A	MA
45. Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	MD	D	NS	A	MA
46. Cuando voy a una fiesta usualmente no espero divertirme.	MD	D	NS	A	MA
47. No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar.	MD	D	NS	A	MA
48. No disfruto tanto las cosas como antes.	MD	D	NS	A	MA
49. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	MD	D	NS	A	MA
50. Casi siempre siento que mi hijo no me quiere y no quiere estar cerca de mi.	MD	D	NS	A	MA
	1	2	3	4	5
51. Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
52. Cuando yo hago algo para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	MD	D	NS	A	MA
53. Mientras juega mi hijo en general no se ríe.	MD	D	NS	A	MA
54. Mi hijo no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
55. Mi hijo no parece sonreír tanto como los otros niños.	MD	D	NS	A	MA
56. Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo desearía o esperaría.	MD	D	NS	A	MA
57. Mi hijo tarda mucho y le es difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	MD	D	NS	A	MA
58. Siento que yo soy	1	2	3	4	5
2. Muy buena madre.					
6. Mejor que el promedio de las madres.					
7. Como una del promedio.					
8. Una persona que tiene alguna dificultad siendo madre.					
9. No muy buena siendo madre.					
59. Yo había esperado tener una más estrecha y cálida relación con mi hijo que la que tengo y esto me molesta.	MD	D	NS	A	MA
60. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	MD	D	NS	A	MA
61. Mi hijo parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA
62. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.	MD	D	NS	A	MA
63. Yo siento que mi hijo es muy malhumorado y se enoja fácilmente.	MD	D	NS	A	MA
64. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan bastante.	MD	D	NS	A	MA
65. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando ocurre algo que no le gusta.	MD	D	NS	A	MA
66. Mi hijo se enoja fácilmente por la menor cosa.	MD	D	NS	A	MA
67. El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba.	MD	D	NS	A	MA
68. He notado que cuando pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es:	1	2	3	4	5
6. Mucho más fácil de lo que yo esperaba.					
7. Algo más fácil de lo que yo esperaba.					
8. Igual a lo que yo esperaba.					
9. Algo más difícil de lo que yo esperaba.					

10. Mucho más difícil de lo que yo esperaba.

	1-3	4-5	6-7	8-9	10+
69. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace y que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no escucha, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea ectra. Por favor marque el número que incluya el numero de cosas que contó.					
70. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.	MD	D	NS	A	MA
71. Mi hijo ha sido más problema de lo que esperaba.	MD	D	NS	A	MA
72. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños.	MD	D	NS	A	MA