



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación
Licenciatura en Psicología Educativa

Propuestas para intervenir en el estrés parental de familias derivadas por la
Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes: PCIT y Taller
"Vida, Estrés y Crianza"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciatura en Psicología Educativa

Presenta:

Nayeli Mendoza Frias

Dirigido por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

SINODALES

<u>Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela</u>	Firma
Presidente	
<u>Dra. Pamela Garbus</u>	Firma
Sinodal	
<u>Mtra. María Isabel García Uribe</u>	Firma
Sinodal	
<u>Mtra. Martha Beatriz Soto Martínez</u>	Firma
Sinodal	
<u>Dr. Agustín Jaime Negrete Cortés</u>	Firma
Sinodal	

Centro Universitario, Querétaro, Qro

Mayo, 2025

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

Resumen

Antecedentes. El maltrato infantil tiene consecuencias en el desarrollo físico y mental de quien lo experimenta, uno de los factores que lo predicen es la presencia de estrés parental. Existen pocos estudios que muestren resultados significativos para disminuir el estrés parental. **Objetivo.** Conocer el efecto de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niñas Niños y Adolescentes (PENNA). **Método.** Esta investigación constó de dos estudios simultáneos: una intervención individual por medio de la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) con un diseño $n=1$ y una intervención grupal en forma de taller psicoeducativo con pre y post-test de diseño pre-experimental. En ambos casos se recogieron datos de tipo cuantitativo y tuvieron una muestra no probabilística por conveniencia. **Resultados.** En la intervención individual participaron 2 familias, sólo una culminó con la intervención y obtuvo una tendencia a la disminución en el estrés parental, aumentó el uso de habilidades parentales positivas y hubo una disminución significativa en la frecuencia de los problemas de conducta. En la intervención grupal, participaron 112 padres, 20 de ellos contestaron de manera oportuna el Cuestionario de Estrés Parental, versión abreviada, antes y después de la intervención por lo que se encontraron diferencias significativas en las subescalas Estrés Parental ($t=3.207$, $g.l.=38$, $p=0.003$), Niño Dificil ($t=2.282$, $g.l.=38$, $p=0.028$) y Escala total ($t=2.222$, $g.l.=38$, $p=0.032$), y una tendencia a la disminución en la subescala Interacción Disfuncional Padres-Niños. **Conclusión.** La PCIT y el taller psicoeducativo tuvieron efectos al disminuir el estrés parental en los cuidadores derivados por la PENNA. Se sugiere que la intervención en el estrés parental debe incluir estrategias grupales e individuales.

Palabras clave. Maltrato infantil, Estrés parental, Terapia de Interacción entre Padres e Hijos.

Abstract

Background. Child maltreatment has consequences on the physical and mental development of those who experience it, and one of the factors that predict it is the presence of parental stress. There are few studies that show significant results in reducing parental stress. **Objective.** To determine the effect of two psychological interventions, one individual and one group, on parental stress in families referred to by the State Attorney's Office for the Protection of Children and Adolescents (PENNA). **Method.** This research consisted of two simultaneous studies: an individual intervention by means of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) with an n=1 study design and a group intervention in the form of a psychoeducational workshop with a pre- and post-test of pre-experimental design. In both cases quantitative data were collected and had a non-probabilistic sample by convenience. **Results.** In the individual intervention, 2 families participated, only one completed the intervention and obtained a tendency to a decrease in parental stress, increased the use of positive parental skills and there was a significant decrease in the frequency of behavioral problems. In the group intervention, 112 parents participated, 20 of them answered in a timely manner the Parental Stress Questionnaire, abbreviated version, before and after the intervention and significant differences were found in the subscales Parental Stress ($t=3.207$, $g.l.=38$, $p=0.003$), Difficult Child ($t=2.282$, $g.l.=38$, $p=0.028$) and Total Scale ($t=2.222$, $g.l.=38$, $p=0.032$), and a tendency to decrease in the subscale Dysfunctional Parent-Child Interaction. **Conclusion.** PCIT and the psychoeducational workshop had effects in decreasing parental stress in caregivers referred by PENNA. It is suggested that parental stress intervention should include group and individual strategies.

Key boards. Child maltreatment, Parental Stress, Parent-Child Interaction Therapy.

Dedicatorias

La dedicatoria principal de este estudio está dirigida a la infancia de mis padres, por el derecho que tenían de ser abrazados, protegidos, escuchados y amados.

Agradecimientos

Gracias a ambos por compartirme su amor en su lenguaje y en su tiempo, a mi papá por demostrarme el valor y alcance de mi voz, a mi mamá por contagiarme su osadía, a mis hermanos por acompañarme en cada paso de vida. Gracias a Juan Jesús por compartir juntos las alegrías y tristezas de los últimos 10 años y que cada día me inspira a ser grande. Gracias a “P” y “F” por su amor incondicional y su compañía en noches de desvelos. A mis sobrinos Andrea, Yasser y Jared porque su esencia le da sentido y significado a mi dedicación y esfuerzo en el día a día.

A todas las personas con las que he coincidido, pero principalmente a las que estuvieron a lo largo de esta travesía llamada universidad, que con su amistad me sostuvieron cuando tuve que irme y luego regresar: Arlette, Julieta, Daniela, Víctor, Karla, Jesús, Areli y Laura.

Gracias infinitas a mis maestras de clase y de vida: Beatriz Soto y Cintli Carbajal, que me han dado la confianza de transformar sueños en realidades y me inspiran día a día para aprender y amar lo que hago.

Y gracias a la vida por permitirme coincidir con todos y cada uno de ustedes.

Tabla de contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Dedicatorias.....	4
Agradecimientos.....	4
1. Introducción.....	10
2.Marco teórico.....	12
2.1. Maltrato infantil.....	12
2.2. Estrés parental.....	22
2.3. Terapia de Interacción entre padres e hijos (TIPH).....	32
3.Antecedentes.....	51
3.1.Intervención individual.....	52
3.2.Intervención grupal.....	57
4.Metodología.....	59
4.1. Planteamiento del problema.....	59
4.2. Justificación.....	60
4.3.Preguntas de investigación.....	61
4.3.1. Pregunta general.....	61
4.3.2. Preguntas específicas.....	62
4.4. Hipótesis.....	62
4.4.1. Hipótesis General.....	62
4.4.2. Hipótesis Específicas.....	62
4.5 Objetivos.....	63
4.5.1. Objetivo general.....	63
4.5.2. Objetivos específicos.....	63
4.6. Método.....	63
4.7. Tipo de estudio.....	64
4.7.1. Intervención individual.....	64
4.7.2. Intervención grupal.....	64
4.8. Muestras.....	64
4.8.1. Muestra de la Intervención individual.....	64
4.9.2. Muestra de la Intervención grupal.....	65
4.8.Instrumentos.....	66

4.8.1. Instrumentos utilizados en la intervención individual	66
4.8.2. Instrumento utilizado en ambas intervenciones	68
4.9. Espacio, equipo y otros materiales	69
4.9.1. Intervención individual.....	69
4.9.2. Intervención grupal	70
4.10. Procedimiento	70
4.10.1. Intervención individual.....	71
4.10.2. Intervención grupal	72
4.11. Elementos éticos	75
5. Resultados	76
5.1. Intervención individual.....	76
5.1.1. Presentación y antecedentes de los casos.....	76
5.1.2. Resultados de la evaluación previa a la intervención	85
5.1.3. Resultados durante la intervención	88
5.1.4. Resultados de la evaluación posterior a la intervención	100
5.2. Intervención grupal: Un taller psicoeducativo “Vida, Estrés y Crianza”	102
6. Discusión	107
6.1. Intervención individual.....	108
6.2. Intervención grupal	117
7. Limitantes del estudio.....	124
8. Conclusiones	127
9. Referencias bibliográficas.....	129
10. Elementos éticos del estudio	139
10.1. Intervención individual.....	139
10.2. Intervención grupal	143
11. ANEXOS.....	148
11.1. Anexo 1. Entrevista Anamnéstica.....	148
11.2. Anexo 2. Tríptico de habilidades CDI	157
11.3. Anexo 3. Habilidades del CDI	158
11.4. ANEXO 4. Hoja de Progreso de la PCIT.....	1
11.5. ANEXO 5. Hoja de codificación de habilidades CDI (DPICS-III).....	1
11.6. ANEXO 6. Registro de tarea en casa para CDI.....	2
11.7. ANEXO 7. Diagramas de funcionamiento de PDI	3

11.8.ANEXO 8. Hoja de tarea PDI	6
11.9.ANEXO 9. Inventario Eyberg de Comportamiento Infantil (ECBI)	7
11.10.ANEXO 10. Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg – Revisado (SESBI-R)	9
11.11.ANEXO 11. Cuestionario de estrés parental, versión abreviada (PSI-SF).....	11
11.12.ANEXO 12. Ficha técnica del taller “Vida, Estrés y Crianza”	14
11.13.ANEXO 13. Lista de asistencia al taller “Vida, Estrés y Crianza”	18
11.14. Anexo 14. Sesión 1	19
11.15.ANEXO 15. Sesión 2	20
11.18.Anexo 18. Sesión 5	23
11.19.Anexo 19. Sesión 6	24
11.20.Anexo 20. Sesión 7	25
11.21.Anexo 21. Sesión 8	26
11.22.Anexo 22. Sesión 9	27
11.23.Anexo 23. Actividad: Mis virtudes como madre/padre	28
11.24.Anexo 24. Actividad: Estereotipos de la parentalidad	29
11.25.Anexo 25. Folletos informativos del desarrollo infanto-juvenil.....	30
11.26.Anexo 26. Actividad Bingo de la parentalidad	31
11.27.Anexo 27. Actividad comunicación asertiva e instrucciones	32

Índice de tablas

Tabla 1. Categorías de Experiencias Adversas en la Infancia.....	14
Tabla 2. Algunos problemas que se presentan y que pueden abordarse usando la PCIT.....	33
Tabla 3. Pasos de la Terapia de Interacción entre Padres, madres y/o cuidadores e Hijos e hijas.....	34
Tabla 4. Sesión típica de CDI.....	42
Tabla 5. Criterios para el dominio de habilidades de CDI.....	43
Tabla 6. Sesión típica de PDI.....	49
Tabla 7. Muestra intervención individual.....	64
Tabla 8. Muestra intervención grupal.....	66
Tabla 9. Puntajes clínicos de los instrumentos de este protocolo.....	69
Tabla 10. Estructura del taller "Vida, Estrés y Crianza"	74
Tabla 11. Resultados pre-intervención en la PCIT.....	86
Tabla 12. Resultados DPICS-III Previo a la intervención en la PCIT.....	87
Tabla 13. Evaluación PDI Mamá MAE01.....	99
Tabla 14. Evaluación PDI Papá MAE01.....	99
Tabla 15. Resultados previo y posterior a la intervención en la PCIT.....	100
Tabla 16. Resultados DPICS-III Posterior a la intervención de la PCIT.....	101
Tabla 17. Datos Descriptivos del Grupo A.....	105
Tabla 18. Datos Descriptivos del Grupo B.....	106

Índice de figuras y gráficas

Figura 1. Protocolo de diseño y aplicación del taller.....	72
Figura 2. Etapas y tareas para el diseño del taller.....	73
Gráfica 1. Frecuencia de los problemas de conducta reportados por mamá MAE01.....	89
Gráfica 2. Número de problemas de conducta reportados por mamá MAE01.....	89
Gráfica 3. Frecuencia de los problemas de conducta reportados por papá MAE01.....	91
Gráfica 4. Número de problemas de conducta reportados por papá MAE01.....	91
Gráfica 5. Frecuencia de los problemas de conducta reportados por mamá CTIE02.....	92
Gráfica 6. Número de problemas de conducta reportados por mamá CTIE02.....	93
Gráfica 7. Resultados DPICS-III Habilidades hacer de Mamá MAE01.....	94
Gráfica 8. Resultados DPICS-III No hacer de Mamá MAE01.....	95
Gráfica 9. Resultados DPICS-III Habilidades hacer de Papá MAE01.....	96
Gráfica 10. Resultados DPICS-III No hacer de papá MAE01.....	97
Gráfica 11. Resultados DPICS-III Habilidades hacer de Mamá CTIE02.....	98
Gráfica 12. Resultados DPICS-III No hacer de Mamá CTIE02.....	98
Figura 3. Ciclo de aplicación del taller.....	102
Figura 4. Recopilación de cuidadores inscritos, graduados y cuestionarios recopilados.....	103
Gráfica 13. Comparación de medias Grupo A (pre y post-intervención).....	105
Gráfica 14. Comparación de medias Grupo B (pre y post-intervención).....	107

1. Introducción

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) son una realidad que acompaña a muchos niños y niñas alrededor del mundo, entre algunas formas en las que se manifiesta se encuentra la disciplina violenta, una de las variantes más típicas y tradicionales que culturalmente ha sido aceptada como método educativo en diferentes etapas de la infancia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial, “cerca del 60% de los niños de 2 a 14 años sufren periódicamente castigos corporales a manos de sus padres u otros cuidadores”, por su parte, han encontrado que este tipo de medios disciplinarios no sólo incrementan los problemas de comportamiento de los niños pues, además de infringir con sus derechos como lo es a la salud, respeto a su integridad física, no ser sometido a torturas o tratos crueles, sus efectos están relacionados a problemas de salud en las esferas física, mental, cognitiva, socioemocional e inclusive en el espacio escolar al manifestar un menor desempeño así como a más posibilidades de presentar respuestas agresivas o violentas (OMS, 2021).

De acuerdo con la campaña “Buen trato” del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en México, 6 de cada 10 niños y niñas, han recibido gritos, golpes y/o humillaciones como método disciplinas para ser educados, es por lo anterior que en la Convención de los Derechos del Niño, la Constitución Mexicana y las recientes reformas de 2021 a la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, se reafirma que “toda forma de violencia contra ellas y ellos es injustificable, por lo que queda prohibido el castigo corporal y humillante como método correctivo” (UNICEF, s.f.).

A pesar de los intentos de algunas instituciones por proteger a esta población, entre las que en nuestro país se encuentran el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF, entre otras., existen factores de riesgo, como lo es la presencia de estrés en los padres, madres y/o cuidadores primarios de la infancia, que aumentan la probabilidad del maltrato infantil.

Comentado [NM1]: Bety: Tal vez incluir quién o quienes intentan protegerlos, de manera muy general

Tal como señalan Pérez et al. (2011) son múltiples estudios los que se han encargado de estudiar al estrés parental desde diferentes perspectivas, por lo que se ha concluido en reiteradas ocasiones que este se trata de un fenómeno multifactorial puesto que la salud mental, así como las condiciones de su entorno, entre otras características en torno a los padres compromete sus habilidades de crianza.

Es así al ser un fenómeno multifactorial sus efectos también son diversos, entre ellos que, al no contar con los recursos necesarios para afrontar las demandas que implica la crianza recurran a métodos disciplinarios violentos, pero también a que aumente el riesgo de desarrollar problemas de comportamiento en los niños si fueron expuestos a estrés parental a lo largo del primer año de vida (Kaaresen, Ronning, Ulvund, y Dahl, 2006, citados en Pérez et al 2011).

En los años 80, la Dra. Sheyla Eyberg desarrolló la Parent Child Interaction Therapy (Terapia de Interacción Padres-Hijos, PCIT por sus siglas en inglés), como un programa de entrenamiento parental de manejo conductual basado en evidencia que implica trabajar la interacción de padres e hijos en tiempo real, se busca que las familias mejoren la relación padres-hijos y la capacidad de los padres para dar instrucciones y evaluar su cumplimiento y, en el niño, aumentar su capacidad para seguir instrucciones y disminuir la manifestación de conductas disruptivas.

Este proceso terapéutico ha demostrado ser eficiente en familias donde la relación padres-hijos está comprometida ya sea por falta de herramientas de crianza positiva en los padres, madres y/o cuidadores o por problemas de conducta en los hijos e/o hijas, incluyendo en casos donde se busca prevenir o intervenir en casos de maltrato infantil.

Por otro lado, las intervenciones tipo taller psicoeducativo han mostrado que son una herramienta útil en el establecimiento de espacios para compartir herramientas del facilitador o facilitadora hacia las y los asistentes, y entre los asistentes, en este caso con cuidadores de las niñas, en especial cuando las poblaciones con las que se debe intervenir son amplias.

Por lo anterior, el presente estudio se cuestiona como pregunta general ¿Cuáles son los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (PENNA)?

Así mismo se propone como objetivo general conocer los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la PENNA, estableciéndose como hipótesis general que las intervenciones psicológicas, individual y grupal, tienen efectos positivos en la disminución del estrés parental de familias derivadas por la PENNA.

2.Marco teórico

2.1. Maltrato infantil

La violencia contra los niños y niñas es un fenómeno que ha sido estudiado a lo largo de los últimos años, su definición suele ser complicada de ubicar dada la magnitud de sus manifestaciones en distintos contextos puesto que pueden ocurrir en el hogar y en la comunidad y puede ser perpetrada por cuidadores, compañeros o extraños (OPS, 2020).

El estudio sistematizado de la violencia en la infancia puede remontarse a 1962 con Kempe y Silverman quienes crearon la expresión “síndrome del niño golpeado” para referirse a la presencia de heridas como abrasiones, contusiones, mordiscos, hematomas, daño cerebral, heridas corporales profundas, articulaciones luxadas, fracturas, entre otras, en niños y niñas que fueron atendidos en los servicios de Pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado (Acevedo, 2010).

El término fue modificado a “síndrome del niño maltratado” por Fontana en 1979 al indicar que los niños y niñas podían ser agredidos no sólo en forma física, sino también emocional o por negligencia (Acevedo, 2010).

En México fue hasta 1965 que en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional se evidenció el primer grupo de niños y niñas maltratados, iniciándose de esta manera los primeros estudios en relación con el fenómeno (Marcovich, 1978).

Para 1992, la Federación Iberoamericana Contra el Maltrato Infantil (FICOMI) llevó a cabo su segundo simposio internacional en México donde reconoció las implicaciones que el maltrato tenía en la infancia representando así una problemática social manifestada como:

“una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos, que afecta el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su socialización, y por lo tanto su conformación personal, y posteriormente social y profesional” (Acevedo, 2010).

Siendo así, el escenario científico buscó conocer las causas y efectos del maltrato en los niños y niñas y en la sociedad, a partir de ello se realizaron estudios como el de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) que fueron estudiadas por primera vez en 1998 por Felitti, V. et. al.

De acuerdo con estos autores, las EAI, se pueden definir como los eventos ocurridos en el ambiente familiar durante el periodo que comprende a la infancia y cuyos efectos son potencialmente negativos para quienes los atraviesan (Felitti, V., et al, 1998).

Con base en Kalmakis & Chandler (2013), las EAI, representan un concepto más amplio y global que la definición de los términos “abuso, negligencia y maltrato infantil”, ya que se incluyen no sólo actos perjudiciales o desatención de las necesidades del niño y niña, sino también de la influencia familiar y socioambiental.

A continuación, se presenta una tabla realizada por Vega, M & Núñez, G., (2017) quienes ubican las EAI en algunas categorías de los principales autores que las han estudiado (tabla 1).

Tabla 1. Categorías de Experiencias Adversas en la Infancia		
Felitti et al. (1998)	Cronholm et al. (2015)	Finkelhor et al. (2015)
Maltrato emocional	Maltrato emocional	Maltrato emocional
Maltrato físico	Maltrato físico	Maltrato físico
Abuso sexual por contacto	Abuso sexual	Abuso sexual
Madre o madrastra tratada violentamente	Negligencia emocional	Negligencia emocional
Abuso de sustancias en el hogar	Negligencia física	Negligencia física
Enfermedad mental en el hogar	Abuso de sustancias en el hogar	Abuso de sustancias en el hogar
Separación de los padres, madres y/o cuidadores o divorcio	Enfermedad mental en el hogar	Madre tratada violentamente
Encarcelamiento de un miembro de la familia	Encarcelamiento de un miembro de la familia	Enfermedad mental en el hogar
	Testigo de violencia doméstica	Separación de los padres, madres y/o cuidadores o divorcio
	Testigo de violencia	Encarcelamiento de un miembro de la familia
	Discriminación	Bajo nivel socioeconómico
	Vecindario inseguro	Victimización por pares
	Matonaje	Aislamiento o rechazo de pares
	Haber vivido en un orfanato	Exposición a violencia en la comunidad

Como puede observarse, el maltrato infantil es una EAI, siendo una de las categorías más estudiadas, este puede entenderse como:

“Los abusos y la desatención de que son objetos los menores de 18 años, incluyen todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil” (OMS, 2020).

Con base en la definición mencionada, a continuación, se describen los tipos de maltrato de acuerdo con diversas fuentes:

“Maltrato físico: toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.” (UNICEF, 2000, p.2)

“Maltrato emocional: el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos.” (UNICEF, 2000, p.2)

“La violencia emocional o psicológica y ser testigos de la violencia: Incluye la restricción de los movimientos de un niño, la denigración, la ridiculización, las amenazas y la intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil. Ser testigo de la violencia, puede implicar forzar a un niño a observar actos de violencia, o presenciar violencia incidental entre dos o más personas.” (UNICEF, 2017, p.5).

“Abuso Sexual: Incluye contacto sexual consumado o intento de contacto sexual no consensuado, actos de carácter sexual no consensuado que no impliquen contacto (como el voyerismo o el acoso sexual), actos de tráfico sexual cometidos contra una persona incapaz de consentir o rechazar y explotación sexual en línea.” (UNICEF, 2017, p.5).

“Negligencia o trato negligente: Se define como la imposibilidad de cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de los niños y niñas para protegerlos del peligro o para obtener atención médica, registro de nacimiento u otros servicios, aun cuando las personas encargadas de su cuidado tienen los medios, los conocimientos y el acceso a los servicios para hacerlo.” (UNICEF, 2017, p.5). De acuerdo con Soriano (2022) entre los principales tipos se encuentran:

“Negligencia física: Omisión de cuidados, supervisión o atención y privación de elementos necesarios para el correcto desarrollo físico (p. ej.: quedarse sin comida, ropa o un lugar para vivir, o no hay nadie que lo proteja).” (p. 49.e2)

“Negligencia emocional: Privación de estimulación afectiva, respuestas inconsistentes por parte de los adultos a las interacciones afectivas del niño (p. ej.: el niño a menudo se siente sin apoyo, sin cariño y/o sin protección.” (p. 49.e2)

De acuerdo con lo recopilado por Pérez, Ordóñez y Amador (2018), hay autores que consideran que, de acuerdo con las manifestaciones clínicas, también se pueden ubicar:

“Negligencia médica: Se considera cuando no se provee el tratamiento médico o de salud mental necesario.” (p.32)

“Supervisión inadecuada. Es frecuente que los niños sometidos a situaciones de negligencia pasen largos periodos de tiempo solos y tengan con frecuencia caídas y golpes difíciles de explicar, ya sea por desconocimiento de lo sucedido por parte del cuidador o por haber ocurrido en condiciones peligrosas o con objetos igualmente peligrosos para la edad. En muchas de las ocasiones estas caídas y golpes son permitidos por el cuidador, por no tomar las medidas protectoras y dejar que esto suceda argumentando un proceso educativo basado en la experiencia, sin medir las consecuencias, o manifestando una escasa capacidad de análisis de los riesgos a que está expuesto el niño.” (p.32)

“Negligencia emocional: Consiste en la inatención a las necesidades emocionales del niño, como cuando no se le da un cuidado psicológico adecuado o cuando se le permite usar el alcohol y las drogas.” (p.33)

“Negligencia educacional: Cuando se niega al niño el derecho a la educación o cuando se ignoran necesidades escolares especiales. Tanto los padres como las escuelas son responsables de cumplir determinados requisitos relativos a la educación de los niños.” (p.33)

“Recién nacido expuesto o con síndrome de abstinencia por drogas: El maltrato negligente al nonato se define como aquellos

actos por acción o inacción capaces de producirle lesiones de forma directa o indirecta. Las mujeres que consumen drogas o alcohol durante el embarazo pueden poner a sus hijos en riesgo de discapacidades físicas y mentales.” (p.33)

“La disciplina violenta: Está relacionada al maltrato infantil que incluye tanto la agresión psicológica como el castigo físico por parte de los padres, cuidadores y otras figuras de autoridad y se puede producir en el hogar, en la escuela y en otros entornos.” (UNICEF, 2017, p.5).

El castigo físico, que, de acuerdo con Ramos (2018), “a diferencia del maltrato físico, el castigo físico se define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta”.

“La violencia del compañero íntimo (o violencia doméstica): Implica la violencia por parte de la pareja o expareja. Aunque los hombres también pueden ser víctimas, la violencia del compañero íntimo afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Habitualmente se produce contra las niñas en las uniones tempranas o en los matrimonios infantiles forzados.” (UNICEF, 2017, p.5).

Siguiendo a Morales, (2017), “se debe reconocer que el maltrato infantil entraña una connotación sociocultural tan arraigada que ha llegado al extremo de considerarse justificable, subestimándose, dramáticamente, la verdadera magnitud de la problemática”.

Algunos grupos de niños y niñas son especialmente vulnerables a diferentes formas de violencia, tales como: los niños y niñas discapacitados, los huérfanos, los indígenas, los pertenecientes a minorías étnicas y otros grupos excluidos, los que viven o trabajan en la calle, los que se encuentran institucionalizados y detenidos, los niños y niñas que viven en comunidades con altos niveles de desigualdad, desempleo y pobreza y los refugiados y desplazados, el género (Pinheiro, 2010), así como el que su edad sea inferior a 4 años o se encuentre en el periodo adolescente, no sea deseado, no cumpla con las

expectativas de los padres, madres y/o cuidadores, lloren mucho o tengan rasgos físicos anormales (OMS, 2020).

A nivel mundial, 1 de cada 2 niñas y niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año. Se estima que el 58% de las niñas y los niños en América Latina y el 61% en América del Norte sufrieron abuso físico, sexual o emocional en el último año (OPS, 2020).

En América Latina y el Caribe, solo una pequeña parte de los niños y niñas menores de cinco años están sujetos a medidas disciplinarias no violentas; dos de cada tres niñas y niños de entre 2 y 4 años experimentan regularmente algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica o castigos corporales) en el hogar (UNICEF, 2017).

En ese sentido, con base en los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados, aunque el número de personas que apoya los castigos corporales es limitado, la disciplina violenta en la primera infancia se produce a gran escala en toda la región y en todos los estratos sociales, incluso contra niños menores de 1 año (UNICEF 2017),

Por su parte, de acuerdo con los datos recopilados por la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, en México:

Cualquier forma de disciplina violenta (física y/o psicológica) fue empleada en 62.4% de las niñas y 62.7% de los niños de 1 a 14 años de edad.

El maltrato físico lo padecen tanto niñas (42.2%) como niños (45.3%), pero son las niñas (61.8%) y los niños (56.9%) de 2 a 4 años quienes reciben más castigos físicos que otros grupos de edad.

Los niños reciben castigos físicos severos en mayor medida que las niñas, al ser de 7.3% y 4.6%, respectivamente, la proporción de quienes fueron disciplinados mediante golpes en la cara, cabeza u orejas, o bien personas adultas les dieron golpes con fuerza y repetidamente.

Los castigos físicos severos son padecidos incluso en edades tempranas: se reporta 2% para las niñas y 4.1% para los niños de 1 a 2 años de edad;

cifras que son de 2.2% y 7.3% en las edades de 3 a 4 años; 5.5% en niñas y 9% en niños de 5 a 9 años; y 5.9% y 7.1% de 10 a 14 años, respectivamente.

Las niñas reciben más agresión psicológica (gritos, descalificaciones o insultos) que los niños, como método de disciplina: (54% y 52.2%, respectivamente).

Por su parte, de acuerdo con los resultados del ENSANUT 2022, se obtuvo que el 55.5% de las niñas y niños de 1 a 14 años fue expuesto a disciplina violenta.

Además de lo anterior, también existen características de los propios padres, madres y/o cuidadoras o cuidadores que los ponen en riesgo de ser maltratadores, entre ellas (OMS, 2020):

- Las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido,

- No cuidar al niño o niña

- Antecedentes personales de maltrato infantil

- Falta de conocimientos o las expectativas no realistas acerca del desarrollo infantil

- Consumo indebido de alcohol o drogas (en especial durante la gestación)

- La participación en actividades delictivas y/o las dificultades económicas,

- Factores relacionales, que tienen que ver con las características de las relaciones familiares o de pareja, amigos o cercanos como lo son:

 - Problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia,

 - La ruptura de la familia o la violencia entre los miembros de ella,

 - El aislamiento en la comunidad o la falta de red de apoyos,

 - La pérdida de apoyo de la familia para criar al niño

La Primera Infancia, que comprende hasta los 8 años de edad, es un período crucial del desarrollo que establece las bases para el bienestar futuro, el

aprendizaje a lo largo de la vida y la participación de las niñas y niños (UNICEF, 2017).

Las consecuencias de las EAI durante la Primera Infancia, incluyendo el maltrato, conforman una serie de problemas conductuales, físicos, mentales y de desarrollo de enfermedades, tal como lo expresan Felitti, et al (1998). Los resultados de haber atravesado conjuntamente EAI pueden manifestarse en:

Enfermedades prevalentes: Cardiopatía Isquémica, Cáncer, Enfermedad Crónica Pulmonar, Fracturas Esqueléticas, Enfermedades de Transmisión Sexual y Enfermedad del hígado,

Factores de riesgo para desarrollo de enfermedades comunes o salud baja: Fumar, abuso en el consumo de alcohol, promiscuidad, obesidad, uso de drogas ilícitas, múltiples síntomas somáticos, salud baja, alto riesgo de contraer el VIH,

Salud Mental: Desórdenes depresivos, ansiedad, alucinaciones, reacciones de pánico, problemas de memoria y del sueño y falta de control de ira

Salud Sexual y Reproductiva: Relaciones sexuales tempranas, alto nivel de promiscuidad, insatisfacción sexual, embarazos adolescentes, embarazos no deseados y muerte fetal.

Estos hallazgos coinciden con lo recopilado por Carbajal-Valenzuela (2021) en donde los efectos del maltrato infantil (MI) y otras EAI pueden ser modificaciones en distintos niveles de la neurobiología:

En la expresión genética en el eje hipotálamo-hipofisiario, mayores niveles de metilación del gen CYP2E1 lo que trae implicaciones en el metabolismo, regulación de conductas, entre otros, por otra parte Yang et al (2013) encontró mayor metilación en los genes del desarrollo cortical, más probabilidad de padecer depresión, así como desarrollar dependencia a sustancias o diabetes mellitus y, en infantes a quienes separaron de sus familiares por MI riesgo de padecer cáncer en comparación a un grupo con similitudes aunque sin dicho antecedente (citado en Carbajal, 2021).

En la morfología celular, aunque se ha probado sólo en animales, principalmente en roedores, se ha encontrado que si estos son sometidos a la separación materna durante los primeros días de vida, las alteraciones se vuelven dependientes de la región y del estado madurativo en el momento en que sucede la experiencia, sin embargo, las principales modificaciones se registran en la densidad de espinas en los segmentos de las dendritas apicales y en los segmentos externos de las dendritas basales de la corteza cingulada, así como una reducción significativa de la densidad de espinas dendríticas en las neuronas piramidales de las capas II y III de la corteza cingulada (cuando se le separa entre el día 1 y 3 de vida) (Bock et al, 2005, citado en Carbajal, 2021).

En cuanto al volumen y estructura cerebral se han realizado investigaciones enfocados en la amígdala, hipocampo, regiones corticales y en tractos de sustancia blanca encontrando, entre otros hallazgos, Tottenham & Sheridan (2009, citado en Carbajal, 2021) señalan que cuando se experimenta EAI al principio aumenta el volumen de las estructuras volviéndolas hiperfuncionales, posteriormente trae consigo la muerte o atrofia celular y disminuye el volumen de la estructura.

Sistema neuroendocrino, se relacionan sobre todo con la respuesta al estrés medido en los niveles de cortisol en saliva (siendo estos menores en niños que pasaron por un hogar adoptivo), en los picos de adrenocorticotropina y cortisol en mujeres que pasaron por abuso durante la infancia y trauma en la adultez, sin embargo, estudios como los de Cassiers et al (2019, citado en Carbajal, 2021) señalaron que, por sí solos, los eventos traumáticos de la infancia no dan explicación de los niveles de cortisol ante tareas estresantes, pero sí la interacción entre estos, el estrés inmunológico y el estrés psicológico.

Función cerebral, analizados a través del uso de imagen por resonancia magnética funcional donde Hein & Monk (2017, citados en Carbajal, 2021), encontraron que el MI está asociado con un incremento bilateral de la activación de la amígdala, el giro temporal superior, el giro parahipocampal y la ínsula, cuyas funciones se asocian a la evaluación de estímulos emocionales y a la generación de una respuesta emocional adecuada.

Por lo anterior, es evidente que las EAI, incluido el maltrato, son factores que cada día cobran más importancia para buscar intervenciones en pro de beneficiar el desarrollo de las infancias lo que ha generado que su estudio continúe; en ese sentido, al analizar las causas del maltrato infantil, la presencia de estrés parental es una de las variables de interés al ser, posiblemente, una de las más constantes en las familias.

2.2. Estrés parental

De acuerdo con Barrio et.al (2006) “El estrés no es un fenómeno reciente. Ha existido siempre íntimamente ligado a la evolución del ser humano y a la vida.” (p.37). Parafraseando lo explicado dichos autores, el estrés no es una respuesta distintiva de los seres humanos, sino que se manifiesta inclusive en el reino animal, pues “es una reacción de lucha (afrentamiento) o de huida del organismo como respuesta a una amenaza para la supervivencia o la autoestima personal. Es decir, se refiere a las consecuencias de las demandas que nos solicita el ambiente. En consecuencia, se produce tanto en condiciones positivas como negativas: la vida cotidiana conlleva indefectiblemente estrés.” (p.40).

Según Barrio et.al (2006), el estudio del estrés puede remitirse al siglo XX, con el trabajo realizado por el Dr. Hans Hugo Bruno Selye en 1973 quien definió el estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce. Lo característico del estrés es el esfuerzo adaptativo frente a un problema y la reacción inespecífica.” (p.38), pues la única definición que se le daba a dicho término era que “se empleaba únicamente en ingeniería para designar los

efectos de una fuerza al actuar en contra de una resistencia” (p. 38), por lo que en la actualidad “solemos identificar la respuesta de estrés como preparación, defensa y activación para enfrentarse de manera más o menos adecuada a las situaciones de vida” (p.38).

Con base en Naranjo (2009), “el estrés ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, por cuanto sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona” (p.171).

Por tanto, según explica, Oblitas (2004) citado por Naranjo (2009), hay distintos enfoques que definen el estudio del estrés, entre ellos:

“Enfoques fisiológicos y bioquímicos se centran en las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante. Por su parte, los enfoques psicosociales hacen énfasis en factores externos; es decir, en los estímulos y eventos productores de estrés. Por su lado, los enfoques con una orientación cognitiva subrayan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta tanto aspectos internos como aquellos propios del ambiente. Por otra parte, los enfoques más integradores consideran que el estrés debe comprenderse desde una perspectiva más amplia, por cuanto en este convergen e interactúan muchas variables.” (p.172).

Es así como el estrés puede observarse como la forma en que reacciona el cuerpo ante ciertas situaciones, como un peligro repentino o un desafío de larga duración. Durante los eventos estresantes, el cuerpo libera químicos llamados hormonas (OASH, 2021).

El mecanismo fisiológico del estrés puede resumirse en que el Sistema Nervioso Central es el primero que identifica la causa del estrés, sin embargo, para

lograr adaptarse a la situación que se atraviesa, libera hormonas y otros agentes químicos al organismo con el fin de responder a las demandas experimentadas (Capdevila, N., & Segundo, M. 2005).

Cuando la situación de estrés se vuelve crónica, los agentes químicos están en continua liberación, se sobreestimula su producción y el cerebro reacciona a través de las glándulas adrenales que responden con la liberación de hormonas como adrenalina, noradrenalina, cortisol y cortisona causando alteraciones cardíacas, inmunológicas o digestivas (Capdevila, N., & Segundo, M. 2005).

Entonces el estrés no puede ser evitado ya que el simple hecho de estar vivo demanda energía por lo que ciertos niveles de ella son necesarios para afrontar las exigencias de la vida cotidiana.

Pérez (2017) también enuncia los estudios realizados por Hans Selye, pionero en los estudios sobre estrés y quien nombró a este como el Síndrome General de Adaptación (SGA) y lo describió en tres fases:

Alarma de reacción. Esta fase se hace presente cuando el cuerpo detecta el estímulo estresor.

Adaptación. Comienza cuando el cuerpo toma medidas defensivas hacia el agresor buscando llegar a un equilibrio.

Agotamiento. Empieza cuando el cuerpo abusa de sus recursos y defensas para mantener el equilibrio.

Por su parte Capdevila, N., & Segundo, M. (2005) hacen una propuesta de clasificación sobre los tipos de estrés mencionando a los siguientes:

Psicológico: se asocia con sucesos problemáticos que pueden ser consecuencia de las presiones a las que somos expuestos día a día. Se manifiesta por sentido de alerta permanente, perturbación de los pensamientos, estado de desequilibrio que impide regular las funciones

vegetativas, toma decisiones y la gestión de los diversos aspectos y esferas de la vida. (p.100).

Físico: “Es la presión o tensión muscular que tiende a aumentaren el cuello y en los hombros. Facialmente, se ven afectados los músculos maxilares (de las mandíbulas), músculos oculares, músculos de las sienes, de la frente y de los labios.” (p.100)

Metabólico: “Está relacionado con el aumento de la producción de radicales libres, debida a una menor eficiencia de una actividad enzimática generalizada, lo que produce un estrés oxidativo.” (p.100)

Las acciones de nuestra vida cotidiana pueden provocarnos sensaciones placenteras o de tensión y son estas últimas, también denominadas estresores, las que nos exigen un grado de adaptación continua para lidiar con sus consecuencias. (Barrio, J, et al. 2006).

Los padres, madres y/o cuidadores de familia se enfrentan a muchas formas de estrés, incluyendo las dificultades económicas, el mantenimiento de las relaciones, el equilibrio entre el trabajo y la escuela y el control continuo de la salud familiar.

Por lo tanto, según recopilan Hennon y Peterson (2006) de autores como Crnic y Low, 2002; Deater-Deckard, 1998; Sepa, Frodi, y Ludvigsson, 2004, “el estrés parental ha sido definido como una reacción emocional adversa por parte del padre a las demandas del desempeño de su rol de cuidador de los hijos, de su socialización y crianza. (p.167)”

Rosario Esteinou (2006) clasifica tres tipos de estresores:

“pueden ser de tipo normativo, cuando son propios de la vida diaria o derivan de transiciones de desarrollo de largo término; de tipo no normativo, cuando se trata de sucesos impredecibles que son sustancialmente desorganizadores del patrón cotidiano de las relaciones padres-hijos; y de tipo crónico, cuando son sucesos que ocurren a lo largo de periodos

extensos de tiempo, son difíciles de enmendar y pueden tener efectos debilitantes tanto para los padres como para las relaciones padres-hijos (p.19)"

Estos estresores de la vida diaria pueden exacerbar los desafíos de la crianza de los hijos e/o hijas al imponer exigencias adicionales a la capacidad de los padres, madres y/o cuidadores para realizar varias tareas a la vez, por ello, se enlistan a continuación algunos de estos:

Ruido,

Aglomeraciones,

Alimentación pobre en minerales y vitaminas,

Alimentación en exceso de azúcares o sales,

Exceso de tabaco, alcohol o café,

Cambios de temperatura bruscos,

Vida en ambientes precarios,

Excesiva velocidad del ritmo de vida,

Tráfico,

Normas en el trabajo,

Normas en las relaciones interpersonales,

Sobrecarga de trabajo, actividad u obligaciones,

Pérdida de un familiar, separaciones traumáticas, despido laboral, jubilación forzosa, bancarrota, problemas judiciales,

Necesidad de emigrar,

Cambios de casa, escuela o trabajo,

Recibir un sueldo que no sustenta las necesidades,

Falta de empleo,

Preocupaciones (económicas, profesionales, excesiva responsabilidad, darle muchas vueltas a un mismo asunto),

Conflictos familiares, personales y sociales,

Inseguridad (miedo a todo, celos, baja autoestima),

Personalidad y carácter que predisponen a reacciones emocionales intensas: ser perfeccionista, ser exigente con uno mismo, introversión, timidez.

Seguindo las ideas de Deater (2004) convertirse en padres, madres y/o cuidadores conlleva asumir nuevas responsabilidades y desafíos. Para algunas personas esto puede tomarse en sentido positivo y, para otras, de manera negativa dado que atraviesan preocupaciones sobre sus hijos e/o hijas, cambios en las relaciones con sus parejas y deterioros en la salud física y mental que afectan el funcionamiento del hogar y de otros ambientes como el laboral.

Las demandas de los hijos e hijas en diferentes etapas pueden ser estresantes para los padres, madres y/o cuidadores, sobre todo para aquellos que no desean serlo o para quienes han tenido que asumir un rol de paternidad o maternidad como los abuelos/as o los tíos/as (Deater, 2004).

El estrés parental incluye los intentos de adaptación a la paternidad que pueden conducir a reacciones psicológicas y fisiológicas negativas. Su aparición se debe a una influencia multifacética. Con respecto a lo que por estrés parental se entiende, encontramos que este ha sido definido como una reacción emocional adversa por parte del padre o la madre a las demandas del desempeño de su rol de cuidador de los hijos e hijas, de su socialización y crianza (Deater, 2004).

De acuerdo con Webster (1990) citado en Pérez (2014), el estrés parental es un proceso complejo en el cual “los progenitores se sienten desbordados ante

las demandas que deben afrontar en su papel como padres, madres y/o cuidadores o madres" (p.27).

Esta sensación de desbordamiento, "se basa tanto en una autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento para solventar las dificultades asociadas a la tarea de educar a los hijos e/o hijas" (Abidin, 1992, citado en Pérez, 2014, p.27).

Abidin distingue entre dos componentes específicos: el estrés asociado en general a las exigencias parentales y el que se deriva específicamente del propio hijo o hija (Abidin, R., 1995).

Los padres, madres y/o cuidadores y las madres con elevados niveles de estrés parental tienden a presentar síntomas depresivos, ansiedad, un locus de control externo y suelen desplegar prácticas educativas y de crianza disfuncionales (Deater, 2004).

De acuerdo con Díaz & Duin (2018), el estrés en la crianza "surge debido a que el proceso de crianza de los hijos e hijas tiene características complejas que demanda un gran consumo energético físico y psicológico en los padres, madres y/o cuidadores, relacionado con el cuidado asistencial del niño/a, la formación de hábitos y las normas disciplinarias con una alta exigencia de tiempo, sabiduría, paciencia, afectividad y amor" (p.53).

Siguiendo las ideas de Rosario Esteinou (2006) que en otros términos habla sobre "el estrés familiar" desarrolla que este no debe verse en un sentido reducido a que es bueno o malo, sino que "el estrés se vuelve problemático sólo cuando los miembros de la familia experimentan una insatisfacción significativa como resultado del cambio percibido como desorganizador del sistema familiar, dañando el funcionamiento efectivo en el cuidado de los niños u otros aspectos de la vida diaria" (p.19).

Según describen Hennon y Peterson (2006), en el estudio sistémico del estrés parental, debe incluirse la percepción del estrés como “presión o tensión para cambiar los patrones de interacción o alterar la organización y funcionamiento familiar” (p.168), ello permitirá entender que al hablar de estrés parental debe considerarse en varios niveles: “el individual, el relacional (subsistema parental, así como las relaciones individuales padre-hijo y las relaciones padres, madres y/o cuidadores-hijos e/o hijas), y el nivel más general del sistema familiar” (p.168).

Siguiendo a estos autores sería importante hacer hincapié en que en cualquier nivel el estrés además de ser una respuesta física a estímulos adversos (como lo hicieron citando a Boss, 2002; Burr y Klein, 1994; Hennon, 1980; Walker, 1985) debe definirse también como “fuertes emociones y sentimientos de ansiedad y presión para cambiar la actual parentalidad no funcional y los comportamientos de los niños y niñas (p.168)”. Por lo tanto, también deberá considerarse “el contexto en que se desenvuelve la familia e incluir aspectos como ubicación geográfica, características de la comunidad, condiciones sociopolíticas, factores económicos, valores y normas religiosos y culturales y los tiempos sociohistóricos más generales” (p.168).

De acuerdo con la UNICEF (2021), “el estrés parental es el factor que con mayor frecuencia se asocia al desarrollo de los niños en diversas áreas, y la salud mental (en concreto los síntomas depresivos) aparecen también como un factor que incide en el desarrollo socioemocional” (p.13).

En Díaz y Duin (2018), recopilan de diversas fuentes a través de las cuales explican que “Los factores estresores dan lugar a la práctica de cuidado y crianza de baja calidad y con frecuencia se relacionan con el desarrollo en los niños de conductas agresivas y de bajo autocontrol” (p.53).

Otro aspecto importante que señalar es lo que Karlen (2004) considera el efecto bidireccional, en el cual los problemas de conducta de los niños y niñas predicen el estrés parental, que a su vez predice los problemas conductuales de los niños y niñas, mostrando que, si los efectos son bidireccionales, reduciendo los problemas conductuales de los niños y niñas, debería existir una reducción del estrés parental.

Por lo tanto, el estrés parental influye tanto en el ajuste de los padres, madres y/o cuidadores como en el de los hijos e hijas, encontrándose relacionado con las percepciones que tienen de sí mismos los progenitores y con las dinámicas que se desarrollan en la familia (Pérez & Menéndez, 2014), siendo así que otro de los efectos que puede tener el estrés parental sobre los hijos e/o hijas es la presencia de negligencia infantil (OMS, 2020).

Dado lo anterior, han surgido diversos modelos para explicarlo a través de su correlación con otras variables como: desarrollo infantil, calidad y sensibilidad en la crianza, problemas de conducta en los niños, entre otros; tal es el caso de la teoría de la coerción de Patterson en la cual se explica que existe un refuerzo mutuo entre los padres y los niños que presentan “comportamientos difíciles” en el que los padres refuerzan inadvertidamente los comportamientos y los niños, a su vez, reaccionan negativamente a través de la ira, resistencia a atender indicaciones o incluso en su entorno escolar sus interacciones suelen ser aversivas (Patterson 1982, Snyder et al 1993, Granic y Patterson 2006; citados en Smith et al 2014).

Por otra parte, este autor propuso un modelo de mediación donde enfatiza que los factores estresantes tienen un efecto directo de los padres y sus habilidades en la crianza, por lo que, de no contar con las habilidades adecuadas aumentarían el riesgo de problemas de adaptación del niño (Conger, Patterson y Ge, 1995), sobre todo si se trata de las prácticas disciplinarias que utilizan.

Por su parte, otros estudios indican que, al observar las relaciones padres-hijos, “los padres estresados exhiben menos habilidades parentales consistentes y efectivas cuyos resultados son el aumento de los problemas de comportamiento en los niños” (Patterson, 1988, citado en Pérez et al, 2011, p.533).

En lo que respecta a las habilidades parentales que resultan más efectivas para abordar el estrés parental y los problemas de conducta resaltan análisis como el realizado por Therani, Yamini y Vazsonyi (2024) donde indagaron acerca de las competencias parentales en las que las intervenciones deben basarse para la reducción de estrés parental entre ellas: Psicoeducación (PE), Manejo del comportamiento (MC), Mejora de las relaciones (MR), Autogestión parental (AP) y Padre como entrenador (PE) y cómo sus combinaciones posibilitan mejores resultados para lograr este objetivo.

Los principales hallazgos se encuentran en que, a excepción de la combinación de Psicoeducación con Manejo del comportamiento, los tratamientos que combinan MC+MR, MC+AP, PE+MC+AP+PE, MC+MR+AP y PE+MC+MR+AP+P dieron mejores resultados en comparación al grupo control para reducir el estrés parental, sin embargo, las intervenciones que se conforman de la combinación de manejo del comportamiento con mejora de las relaciones tienen un mayor efecto significativo en la reducción del estrés parental por encima del resto de intervenciones.

En ese sentido, detrás de la efectividad de éstas intervenciones resaltan algunos criterios importantes que lo avalan, en primer lugar aquellas que enseñan a los padres menos técnicas, es decir que son más sencillos (como MC+MR y MC+AP) permiten que estos se concentren mejor en el contenido más importante y, en segundo lugar, que se sustenten en teorías del aprendizaje social puesto que, cuando los padres logran modificar sus mecanismos de crianza, cambia el comportamiento de sus hijos y, en tercer lugar, “mejorar la relación padres-hijo suaviza sus interacciones y ayuda a amplificar los resultados positivos en el manejo del comportamiento” posibilitando así la reducción de estrés parental (Therani, Yamini y Vazsonyi, 2024, p.30).

Dicho lo anterior, la Terapia de interacción entre padres e hijos (TIPH o PCIT por sus siglas en inglés para Parent-Child Interaction Therapy) es una de las intervenciones que utilizan la combinación de habilidades de manejo del comportamiento y mejora de las relaciones, por tanto, de acuerdo con la evidencia reopilada por Therani, Yamini y Vazsonyi (2024), al tener efectos más significativos para reducir el estrés parental se ha utilizado en ésta investigación como una de las propuestas para abordarlo en familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección de niños, niñas y adolescentes (PENNA).

2.3. Terapia de Interacción entre padres e hijos (TIPH)

La información que a continuación se desarrolla, fue obtenida del manual publicado por los alumnos de la Dra. Sheyla Eyberg, Cheryl Bodiford Mc Neil y Toni L. Hembree-Kigin (2010).

La Terapia de Interacción entre Padres, madres y/o cuidadores e Hijos e/o hijas (TIPH o PCIT por sus siglas en inglés para *Parent-Child Interaction Therapy*), es un programa de entrenamiento para padres y madres basado en evidencia, desarrollado por la Dra. Sheila Eyberg en 1974 y está dirigido para trabajar con estos y sus hijos e hijas de 3 a 6 años.

La Dra. Sheila Eyberg (1988) formó la base teórica de la terapia a partir del trabajo de Diana Baumrind (1966, 1967) sobre los estilos de crianza, donde describe la crianza autoritativa en torno a la importancia de los padres, madres y/o cuidadores en la satisfacción de las necesidades de cuidados y límites de los niños y niñas pequeños, demostrando que, para promover resultados óptimos en los niños y niñas, debemos enfocarnos en promover estilos de crianza óptimos e interacciones entre padres, madres y/o cuidadores e hijos e/o hijas saludables.

También se basó en la teoría del apego, la teoría de la coerción de Patterson (1982) y los trabajos de la Dra. Constance Hand sobre conductismo operante e integró técnicas tradicionales de terapia de juego.

En este programa se busca que el terapeuta entrene a los padres, madres y/o cuidadores en sus interacciones con su hijo/a en tiempo real, por lo que las condiciones para llevar a cabo este proceso consisten en que el terapeuta entrena a los padres, madres y/o cuidadores detrás de un espejo y se comunica con ellos a

El trabajo conjuntado por las distintas propuestas teórico-prácticas que la conforman, y que se mencionaron anteriormente, trajo consigo una perspectiva de desarrollo esencial para que la PCIT sea eficaz, dado que enuncia que muchos de los problemas que surgen en las díadas compuestas de padre-hijo(a)/madre-hijo(a) están relacionados con la necesidad de autonomía de los niños y niñas y las expectativas de desarrollo de los padres, madres y/o cuidadores pues tienden a ser poco realistas sobre lo que sus hijos e/o hijas en edad preescolar pueden hacer.

En la *Tabla 2* se enuncian algunos problemas que se presentan y que pueden abordarse usando la PCIT.

<i>Tabla 2. Algunos problemas que se presentan y que pueden abordarse usando la PCIT</i>
<i>(1) Problemas de externalización como incumplimiento, desafío, agresión verbal y física;</i>
<i>(2) Conductas previas a los trastornos de conducta, como la crueldad hacia los animales, robar, mentir y prender fuego;</i>
<i>(3) Falta de atención e hiperactividad;</i>
<i>(4) Problemas de internalización como tristeza afectiva, baja autoestima y perfeccionismo; y</i>
<i>(5) Problemas de relación entre padres, madres y/o cuidadores e hijos e hijas en el contexto del divorcio y la adopción</i>

Más que modificar una serie de comportamientos problemáticos individuales, el entrenamiento se enfoca en dos patrones de comportamiento disfuncional manifestado en los niños y niñas: la búsqueda de atención negativa y el incumplimiento, de manera que al reducirlos se aborda de manera más eficiente el cúmulo de comportamientos problemáticos en niños y niñas en edad preescolar con trastornos de externalización.

El proceso de intervención propuesto para la PCIT es de corto plazo, tiene una duración aproximada de 12 sesiones semanales de una hora. Ver *Tabla 3*.

Pasos de la terapia de Interacción entre Padres, madres y/o cuidadores-Hijos e/o hijas. Sin embargo, el número de sesiones se puede extender de acuerdo con el avance de cada familia.

<i>Tabla 3: Pasos de la Terapia de Interacción entre Padres, madres y/o cuidadores e Hijos e hijas</i>		
<i>Paso</i>	<i>Descripción</i>	<i>Núm. Sesiones</i>
1	<i>Evaluación previa al tratamiento del funcionamiento del niño y la familia</i>	1-2
2	<i>Enseñanza de habilidades de interacción dirigida por el niño</i>	1
3	<i>Entrenamiento en habilidades de interacción dirigida por el niño</i>	3-4
4	<i>Enseñanza de habilidades de interacción dirigida por los padres, madres y/o cuidadores</i>	1
5	<i>Entrenamiento de habilidades de interacción dirigida por los padres, madres y/o cuidadores</i>	4-6
6	<i>Evaluación posterior al tratamiento del funcionamiento del niño y la familia</i>	1-2
7	<i>Refuerzos</i>	<i>Según sea necesario</i>

El programa inicia a partir de que se realiza una entrevista anamnéstica en la que se busca recopilar información acerca de la situación de la familia, su historia y las problemáticas a las que se enfrenta.

La importancia de la evaluación inicial se encuentra en la responsabilidad que se tiene en el análisis del contexto y las problemáticas que giran alrededor, dado que los juicios clínicos están sujetos a muchos sesgos y no deben ser la fuente exclusiva de información sobre los resultados del tratamiento, para ello se lleva a cabo la aplicación de una serie de técnicas e instrumentos tales como: Entrevista inicial semiestructurada, Aplicación del Inventario de Comportamiento Infantil de Eyberg (ICIE), Aplicación del Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg-Revisado (ICE-SE-R) y codificación de la interacción padre-hijo a través del Sistema de Codificación de Interacción Padre-Hijo - III (SCIPH-III).

Los resultados de las pruebas sirven como medida de referencia del comportamiento del niño o niña y de las habilidades parentales, con las que el terapeuta juzga el progreso de la familia durante el curso del tratamiento.

Al finalizar las sesiones de evaluación se les proporcionan a las familias los resultados de los instrumentos de evaluación y la planificación del tratamiento.

De acuerdo con Sheila Eyberg, la Interacción Dirigida por el Niño (IDN o CDI por sus siglas en inglés para *Child-Directed Interaction*) tiene una regla primordial que consiste en dejar al niño liderar el juego especial, con el fin de fomentar su autonomía y permitir enfocarse en dar atención a los comportamientos adecuados que se busca reforzar.

El siguiente paso es una sesión teórica de la CDI, en la que se enseña a los padres, madres y/o cuidadores el objetivo, alcances y características básicas de la PCIT. En esa sesión se abordan las habilidades EPIDE acrónimo utilizado para nombrar las habilidades Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir, ser Entusiasta. Así mismo, se enseña sobre la capacidad de prestar atención estratégica y de ignorar selectivamente. Por otro lado, se enseña a los padres las conductas que buscaremos evitar durante la fase de CDI: preguntas, comandos y crítica y sarcasmo. Las habilidades consisten en:

Elogiar: los niños y niñas pequeños buscan que se les elogie, al hacerlo se aumentan las probabilidades de mantener la cualidad elogiada en el futuro. Hay dos tipos de elogio, el elogio no etiquetado o general, el cual transmite aprobación y afecto, y el elogio etiquetado, que es el que se práctica con los padres, madres y/o cuidadores en esta fase, ya que especifica qué es lo que ha provocado el elogio, beneficiando el aumento de comportamientos adecuados, propicia una crianza proactiva y mejora la autoestima.

Parafrasear: es una imitación dada en forma verbal que consiste en repetir el mensaje básico de lo que el niño ha dicho. Puede ampliarse, ser más elaborado y con esto permite corregir gramaticalmente lo que ha dicho el

niño o niña de una forma sutil. El uso de esta habilidad permite que los padres, madres y/o cuidadores muestren a los hijos e/o hijas aceptación, atención y comprensión, es un tipo de estimulación verbal, para que el niño/a amplíe lo que quiere comunicar.

Imitar: implica seguir al niño/a en la actividad en curso que se esté dando, mediante una participación activa de los padres, madres y/o cuidadores, aunque se tiene que ser precavido de ir *“uno o dos pasos atrás”* de lo que está haciendo el niño, dando seguimiento al juego de su hijo y no viceversa. Esta habilidad permite demostrar interés, atención, ayuda a la autoestima y funciona como una base para enseñar la toma de turnos.

Describir: consiste en relatar las conductas que se estén dando en el momento, deben dirigirse en segunda persona, ya que se enfoca en la participación activa del papá que muestra interés, pero sin quitar liderazgo al niño. Por ejemplo, si el niño tiene dificultad para construir una torre con cubos, pero se mantiene paciente, el padre utilizará la descripción para decir *“tú estás construyendo una torre siendo muy paciente a pesar de ser difícil”*, por ello fomenta la resolución de problemas con una intervención mínima y permite mostrar atención plena.

Entusiasmarse: se refiere a la demostración de entusiasmo en cuanto a lo que el niño o niña está haciendo, implica un tono de voz animado y motivador, permite que la interacción sea más cálida, creando un ambiente agradable y que envíe mensajes de interés por lo que se está haciendo.

Otras habilidades, dirigidas a la atención, que los padres, madres y/o cuidadores aprenden en esta etapa son:

Atención estratégica: se centra en poner atención a los comportamientos contrarios a las conductas problemáticas; es de suma importancia que los padres, madres y/o cuidadores estén atentos a que se exprese la conducta positiva o prosocial; se recomienda que esta habilidad se use en cada oportunidad posible que se presente durante el día.

Ignorar selectivamente: se aplica en comportamientos problemáticos que se buscan disminuir, sólo se aplica para aquellos comportamientos que buscan atención. Es de suma importancia tener en cuenta que esta estrategia no se aplica a todas las situaciones, tales como comportamientos que ponen en riesgo al niño o a terceras personas.

Así mismo, durante la CDI los padres, madres y/o cuidadores deben evitar:

Comandos: Las órdenes deben evitarse porque quitan liderazgo al niño o niña, y pueden desencadenar situaciones desagradables si desobedece dicha orden. Los comandos están clasificados en dos categorías: comandos directos, en los que la exigencia se evidencia directamente; y los comandos indirectos, que están “disfrazados” por manejar una prosodia interrogativa, por lo que son menos evidentes.

Preguntas: deben evitarse con el objetivo de que los padres, madres y/o cuidadores sigan la conversación de la niña/o, evitando mostrar desaprobación, falta de atención, así como que le permitan seguir liderando y dirigiendo. Es importante que se cuide el tono de la voz, además de tener en cuenta que las preguntas también pueden estimular la creatividad, ser fuentes de información y potencializan el desarrollo de lenguaje, aunque deben ser reflexionadas, elaboradas cuidadosamente, para que favorezcan estas áreas.

Crítica y sarcasmo: la primera es una afirmación negativa o contradictoria sobre lo que hace el niño, donde de forma sutil se le da un tipo de orden negativa respecto a lo que realiza; por su parte, el sarcasmo, es un tipo de crítica dada de forma sutil. Tanto la crítica como el sarcasmo tienden a aumentar algunas conductas que no se desean, en lugar de disminuirlas, usualmente el niño/a suele sentirse avergonzado, y los momentos de interacción entre los padres, madres y/o cuidadores y el niño/a podrían ser desagradables y provocar problemas en la autoestima.

En esta sesión también se les muestran a los padres, madres y/o cuidadores los juguetes apropiados para usar durante el tiempo de juego especial, referidos a juegos de construcción, ya que estos fomentan la creatividad, proporcionan oportunidades para la solución de problemas y además generan una actividad tranquila, fomentando el desarrollo de habilidades pro- sociales.

Por otra parte, se les comunican los juguetes que no se recomienda usar, para evitar ambientes de agresividad, de competencia y de seguimiento de reglas, ya que el juego puede desembocar en conflictos si dichas reglas o turnos no se respetan. Se comunica que la parte disciplinaria para el establecimiento de reglas será trabajada en la siguiente parte de la terapia.

Durante todo el proceso, a partir de su ingreso, los padres, madres y/o cuidadores tendrán que realizar una única tarea en casa: dedicar 5 minutos todos los días para jugar con su hijo o hija y llenar un registro de tareas de acuerdo con la fase del proceso terapéutico en la que se encuentran. Este formato se les proporciona semanalmente y tendrá que ser entregado cada semana en la sesión de entrenamiento.

Estos 5 minutos de juego son denominados “tiempo de juego especial” o “juego especial”, este se realiza con los juguetes que cumplan las características antes mencionadas y en un espacio libre de distracciones, se pide a los padres, madres y/o cuidadores utilizar la atención estratégica e ignorar selectivamente, así como aplicar las habilidades EPIDE y las restricciones de lo que hay que evitar hacer.

Al finalizar, se brinda a los padres, madres y/o cuidadores dos folletos, (anexo 1, anexo 2), que sirvan como recurso extra para realizar las actividades designadas en casa.

En la CDI, los padres, madres y/o cuidadores aprenden este primer conjunto de habilidades que consisten en usar las habilidades tradicionales de la terapia de juego con el fin de mejorar su relación con sus hijos e/o hijas y la atención

contingente, que permite aumentar el comportamiento prosocial con atención y disminuir el comportamiento inapropiado al ignorarlo.

El entrenamiento puede llevarse a cabo utilizando la Cámara de Gesell, el terapeuta hace observación e intervención de y en la interacción entre padres, madres y/o cuidadores e hijos e/o hijas, esto mientras la familia interactúa mediante terapia de juego en la sala de juegos y el terapeuta observa en la sala de observación.

La sala de juegos está escasamente amueblada para evitar distractores, incluye solo una mesa y sillas, tiene interruptores de luz cubiertos y contiene de tres a cinco juguetes apropiados de acuerdo con las especificaciones requeridas; está equipada con un sistema de sonido que le permite al terapeuta, en la sala de observación, escuchar tanto al padre como al niño a través de un altavoz. El terapeuta habla con los padres, madres y/o cuidadores desde la sala de observación a través de un micrófono y un dispositivo auricular transmisor.

Al llegar a cada sesión los padres, madres y/o cuidadores responden al cuestionario ECBI en el área de espera. El terapeuta suma rápidamente la puntuación y la registra en la Hoja de progreso de PCIT (anexo 3) y proporciona retroalimentación a los padres, madres y/o cuidadores sobre los cambios a lo largo del tiempo, a menudo usando un gráfico, para mostrar visualmente los cambios en las puntuaciones de ECBI.

Mientras se encuentren en la etapa de CDI, los terapeutas emplean elogios etiquetados, atención estratégica e ignorar selectivamente con los padres, madres y/o cuidadores antes y durante el tiempo que corresponde al coaching del “juego especial” para modelar las habilidades paternas y maternas y mantener una relación cordial con los padres, madres y/o cuidadores.

Las sesiones de entrenamiento de CDI (ver tabla 4), se dividen en 4 pasos principales: revisión de tarea, observación y codificación, coaching y comentarios y

asignación de tareas, por lo que el tiempo destinado a cada paso dependerá de si asiste sólo uno o los dos padres, madres y/o cuidadores.

Revisión de la tarea: Para poder monitorear la efectividad del entrenamiento previo, es importante revisar la hoja de tarea al comienzo de cada sesión con el fin de tener un enfoque particular sobre qué habilidades deben recibir mayor énfasis durante el entrenamiento, así como indagar en otros factores familiares que resulten estresantes.

Observación y codificación: Después de resolver los problemas que surgen con la tarea, se observa y evalúa a los padres, madres y/o cuidadores durante 5 minutos en una sesión de juego con el niño. El uso de las habilidades EPIDE por parte de los padres, madres y/o cuidadores durante estos 5 minutos se registra en la hoja del SCIPH-III (Anexo 4) y luego se transfiere a la Hoja de progreso de PCIT (Anexo 3) para que los padres, madres y/o cuidadores puedan ver cambios de sesión a sesión.

Se codifican las interacciones entre padres, madres y/o cuidadores e hijos e/o hijas y se recogen los datos de la escala de valoración en cada sesión de coaching para poder evaluar los cambios semanales tanto en los padres, madres y/o cuidadores como en los hijos e/o hijas. Si no se observan mejoras constantes con respecto a las puntuaciones de referencia, lo consideramos una "señal de alarma" que obliga a detenerse en el proceso y evaluar por qué el tratamiento no está progresando como se esperaba. A veces es necesario hacer ajustes en las estrategias de enseñanza. En otras ocasiones, se descubre que se escapó una información clave sobre el funcionamiento de la familia en el momento de la evaluación inicial y que este factor concreto (por ejemplo, el abuso de sustancias, la depresión grave de los padres, madres y/o cuidadores) está interfiriendo en el progreso del tratamiento.

Coaching (entrenamiento): Después de este período de observación, el terapeuta entrena directamente a los padres, madres y/o cuidadores en las

habilidades EPIDE con el niño. Para familias de dos padres, madres y/o cuidadores, la sesión de asesoramiento se divide a la mitad para que cada padre reciba entrenamiento. El padre que no está siendo entrenado aprende a través de la observación y, a menudo, se le enseña a codificar detrás del espejo. El padre observador debe guardar silencio para no interrumpir el entrenamiento.

Se recomienda que las intervenciones del terapeuta durante el entrenamiento sean breves, rápidas y precisas; que se retroalimente cada verbalización de las habilidades de los padres, madres y/o cuidadores; dar más elogios que corrección; entrenar las habilidades más fáciles antes que las difíciles. La jerarquía de fácil a difícil suele ser: describir, imitar, parafrasear, evitar las críticas, evitar las órdenes, evitar preguntas y dar elogios); usar ejercicios especiales para habilidades difíciles; usar las observaciones realizadas para resaltar los efectos; uso del humor, progreso de más a menos directivo de forma que los padres, madres y/o cuidadores puedan utilizar las habilidades de manera autónoma.

Comentarios y Asignación de tarea: Se proporciona a los padres, madres y/o cuidadores comentarios sobre su progreso y se identifican áreas que deben recibir un enfoque especial durante la práctica en el hogar. El terapeuta puede optar por reservar unos minutos adicionales al final de cada sesión de entrenamiento para crear una relación individual según sea necesario con el fin de alentar a los niños y niñas a ver al terapeuta como un aliado en lugar de un conspirador con los padres, madres y/o cuidadores.

Los terapeutas deben mostrar la hoja de progreso para que los padres, madres y/o cuidadores puedan observar la adquisición de habilidades EPIDE de CDI y los cambios referentes a ECBI (anexo 3); con ello pueden ver su progreso semana a semana, así como monitorear qué tan cerca están de alcanzar los criterios de dominio para CDI y pasar a la parte de disciplina de la PCIT.

La retroalimentación debe comenzar señalando las áreas de progreso de los padres, madres y/o cuidadores en las habilidades de "Hacer" y "Evitar", la capacidad de respuesta del niño o niña a estas habilidades y las mejoras en los aspectos cualitativos de la interacción padre-hijo.

Es importante que también se brinden comentarios constructivos que destaquen las áreas que necesitan más trabajo. Sin embargo, al igual que con el entrenamiento, el terapeuta debe prestar especial atención al equilibrio de la retroalimentación positiva y correctiva para que los padres, madres y/o cuidadores terminen la sesión sintiéndose alentados por su progreso y motivados para trabajar duro en la próxima semana.

<i>Tabla 4. Sesión típica de CDI</i>		
<i>Trabajando con un solo padre</i>		
<i>No. Paso</i>	<i>Actividad</i>	<i>Duración</i>
1	Registro y revisión de tareas	10 minutos
2	Codificación de habilidades CDI	5 minutos
3	Coaching de habilidades CDI	35 minutos
4	Comentarios sobre el progreso y la asignación de tareas	10 minutos
<i>Trabajando con dos padres, madres y/o cuidadores</i>		
<i>No. Paso</i>	<i>Actividad</i>	<i>Duración</i>
1	Registro y revisión de tareas	10 minutos
2	Codificación de las habilidades CDI del primer padre	5 minutos
3	Coaching de habilidades CDI del primer padre	15 minutos
4	Codificación de las habilidades CDI del segundo padre	5 minutos
5	Coaching de las habilidades CDI del segundo padre	15 minutos
6	Comentarios sobre el progreso y la asignación de tareas	10 minutos

El progreso de las habilidades de los padres, madres y/o cuidadores ayuda a determinar qué tan cerca han llegado de los criterios para el dominio de las habilidades de CDI (ver *tabla 5*) durante una sesión de juego de 5 minutos, una vez alcanzados serán un criterio aprobatorio para avanzar hacia la siguiente etapa del entrenamiento, Interacción Dirigida por los Padres, madres y/o cuidadores (IDP o PDI por sus siglas en inglés para Parent Directed Interaction).

Además de tener un registro cuantitativo del avance de las habilidades EPIDE, se debe poner atención a los aspectos cualitativos de la interacción padre-hijo, estos incluyen: cercanía y contacto físico, contacto visual, cualidades vocales, expresiones faciales, turnos, compartir, modales educados, enseñanza sensible al desarrollo, persistencia en la tarea y tolerancia a la frustración.

<i>Tabla 5. Criterios para el dominio de habilidades de CDI</i>	
Núm. De Uso	Habilidad
10	Elogios etiquetados
10	Parafraseos
10	Descripciones
3 o menos	Comandos+Preguntas+Críticas y Sarcasmos
N/A	Ignorar los comportamientos que buscan atención negativa
N/A	Imitar el juego del niño
N/A	Ser Entusiasta

El requisito de dominio 10-10-10 está diseñado para promover una relación cálida y comprometida. Si el padre se involucra en el número requerido de verbalizaciones en cada categoría, pero no realiza las habilidades con calidez, autenticidad y entusiasmo, la CDI debe continuar hasta que la relación también mejore.

En la enseñanza de PDI, se muestra a los padres, madres y/o cuidadores el segundo conjunto de habilidades a través de las cuales se busca que mejore el seguimiento de instrucciones de los niños y niñas y disminuyan los comportamientos disruptivos por medio de proporcionar consecuencias consistentes por el incumplimiento.

Los niños y niñas de edad temprana se benefician del control de los padres y madres sobre su comportamiento dado que una parte de la socialización en este periodo es aprender a seguir reglas que está fuertemente ligada a realizarla en los juegos y a tomar turnos.

Usualmente cuando algunos de los niños y niñas presentan problemas de comportamiento, los padres, madres y/o cuidadores suelen realizar tareas de "autoayuda" para sus hijos e/o hijas en lugar de optar por tareas sencillas, esto sucede cuando los padres solicitan tareas sumamente complejas o fuera de las capacidades de los niños o niñas, pero terminan por ayudarlos a completar las tareas quitándoles autosuficiencia e independencia porque no lograron completarla.

Se sabe que los niños y niñas en realidad son quienes quieren que sus padres, madres y/o cuidadores tengan el control porque dependen de ellos para su seguridad y cuidado; este segundo conjunto de habilidades permite, no sólo que se sigan las reglas, sino también que los niños y niñas puedan responder rápidamente a las instrucciones de los padres, madres y/o cuidadores.

Los padres, madres o cuidadores enseñarán a sus hijos e/o hijas a seguir instrucciones estableciendo pequeñas metas de cumplimiento a lo largo del camino. Primero, los niños y niñas aprenderán a seguir instrucciones practicando con órdenes de "jugar" que sean simples y no amenazantes donde los niños y niñas recibirán elogios y la oportunidad de seguir jugando si siguen las instrucciones y una consecuencia negativa si no las siguen.

Al recibir una gran cantidad de elogios entusiastas por estos pequeños logros, el niño o niña comienza a ver el cumplimiento bajo una luz más positiva y se debilita el hábito de desafiar las solicitudes simples. A medida que se alcanzan metas de cumplimiento pequeñas, al niño se le proporcionan tareas más desafiantes. Una vez que se ha mejorado el cumplimiento dentro de un formato de

ejercicio, se entrena a los padres, madres y/o cuidadores en situaciones propias de la vida diaria.

Una gran parte del problema de incumplimiento puede corregirse simplemente dando instrucciones bien formuladas por lo que el papel central del cumplimiento en la PDI es enseñar a los padres, madres y/o cuidadores a dar buenas instrucciones.

Los padres y madres deben aprender qué tipos de instrucciones tienen más probabilidades de provocar el cumplimiento en los niños y niñas pequeños que se oponen. Se explica que los niños y niñas con problemas de comportamiento responden de manera diferente a las instrucciones que los niños y niñas con personalidades más tranquilas y cooperativas.

Hay algunas reglas para dar instrucciones que será muy importante que se cumplan, estas son:

Comandos directos: que los padres, madres y/o cuidadores dejen en claro lo que se espera que el niño o niña haga.

Comandos simples: dado que particularmente muchos preescolares o niños y niñas con problemas de atención no pueden mantener una serie de instrucciones en la memoria puede llevar al incumplimiento o cumplimiento parcial.

Comandos positivos: es importante que los padres, madres y/o cuidadores digan al niño qué hacer en lugar de qué no hacer. Esto hace más probable que los niños y niñas obedezcan instrucciones expresadas de manera positiva y que su autoestima mejore en la medida en que pueden hacer “lo correcto”.

Dar órdenes en un tono de voz neutro: con el fin de que los niños y niñas aprendan a responder a las instrucciones dadas en un tono de conversación normal.

Ser cortés y respetuoso: toda instrucción debe incluir “por favor”; asegurarse de que las instrucciones sean apropiadas para el desarrollo.

Usar gestos al dar instrucciones, usar los comandos directos sólo cuando sea necesario e incorporar opciones siempre que se pueda, a veces puede requerirse una explicación, pero esta debe ser breve.

Además de contar con dichas características, los padres, madres y/o cuidadores aprenderán a identificar si las órdenes están siendo cumplidas:

Las características de incumplimiento se definen a través de los siguientes parámetros: hacer algo diferente a la solicitud de los padres, que lo hagan muy lento o mucho tiempo después de que se dio la instrucción, que el niño o niña se “haga el sordo”.

Sin embargo, el cumplimiento también puede observar en: cumplir sólo parcialmente lo solicitado, cumplir con mala actitud y/o deshacer el proceso que ya había realizado como cumplimiento.

Los padres, madres y/o cuidadores que deben responder de manera distinta frente al cumplimiento y frente al incumplimiento de una instrucción. Si cumple debe usar el elogio y el entusiasmo para reforzar y, en cambio, en el incumplimiento debe existir una consecuencia consistente y aversiva.

Para mejorar la consistencia y apoyar a los padres, madres y/o cuidadores, deben memorizar algunas palabras exactas que se muestran en los diagramas de uso de tiempo fuera (Anexo 6).

La aplicación del tiempo fuera mediante el uso de una silla debe enseñarse toda vez que los padres, madres y/o cuidadores han aprendido a dar órdenes efectivas y logren elogiar el cumplimiento. La justificación de que se utilice este método como consecuencia del incumplimiento se basa en que:

Los niños y niñas que se portan mal están motivados para evitar el tiempo fuera porque les impide actividades estimulantes, incluida la atención de los demás,

Pocas consecuencias son más aversivas para los niños y niñas pequeños que el aburrimiento total,

A diferencia de otras consecuencias (como la restricción de privilegios), el tiempo fuera puede ocurrir a los pocos segundos de la conducta inapropiada,

A diferencia de las medidas coercitivas de corrección como lo son las nalgadas, pellizcos, gritos, u otras agresiones violentas físicas o verbales, los tiempos fuera son cortos y se puede administrar de manera segura varias veces al día, lo que permite que los padres, madres y/o cuidadores sean más consistentes en el cumplimiento de las consecuencias,

A diferencia de las nalgadas, el tiempo fuera no hace que los niños o las niñas se vuelvan más agresivos/as porque los padres, madres y/o cuidadores no son modelo de golpear, y

Es una estrategia disciplinaria comúnmente utilizada en las aulas; el uso en el hogar promoverá una mayor consistencia entre entornos y mejorará el ajuste del comportamiento del niño tanto en la escuela como en el hogar.

Para complementar este proceso, se hará uso de la advertencia de tiempo fuera que promoverá qué y cuál es una consecuencia para el incumplimiento de instrucciones por lo que los padres, madres y/o cuidadores deben estar muy atentos a las características del incumplimiento en el niño/a para poder determinar si la usarán.

Además, se puede emplear el uso de “cargado de barril” que es una técnica en el manejo del comportamiento agresivo cuando los niños y niñas se resisten a ir a la silla de tiempo fuera.

La silla de tiempo fuera debe durar 3 minutos más 5 segundos de completo silencio. Si el niño o niña no se mantiene en silencio por esos 5 segundos, no se vuelven a contar 3 minutos sino, nuevamente, 5 segundos hasta que esta característica se pueda observar en el niño o niña.

Pasado el cumplimiento del tiempo requerido para permanecer en la silla de tiempo fuera, se invita al niño/a a seguir la instrucción como es señalado en los diagramas de tiempo fuera (anexo 6).

Aprender a obedecer no ocurre durante el tiempo fuera o debido al tiempo fuera sino cuando la niña o el niño tiene la oportunidad de “repetir” la situación original con un final diferente.

Hay tres comportamientos de tiempo fuera que no se pueden ignorar: el escape de tiempo fuera, es decir, que los niños o niñas salgan de la silla después de ser colocados ahí, un movimiento como balanceo o mecerse en la silla (es importante saber que por lo menos el 50% de su peso corporal deba permanecer en la silla) y ponerse de pie sobre la silla.

En caso de que se hayan presentado cualquiera de estos comportamientos, la sala de tiempo fuera será un respaldo para el incumplimiento. Esta debe estar completamente vacía y sin objetos que puedan poner en riesgo al niño/a dado que la habitación debe permanecer cerrada.

A partir de que se tiene el conocimiento teórico de PDI, se sumarán de 5 a 10 minutos de tiempo de juego especial en casa en los que se pondrán en práctica las habilidades correspondientes para dar instrucciones y dar respuesta ante el cumplimiento e incumplimiento, para ello se tendrá un formato extra de registro de tarea (Anexo 7).

Las sesiones de entrenamiento de PDI (ver tabla 6), comienzan con la revisión del registro de tarea de CDI y PDI, posteriormente se resuelven las problemáticas que surgieron durante la realización de la tarea, las inquietudes de los padres, madres y/o cuidadores y se les hacen preguntas muy específicas sobre cómo implementaron los procedimientos del tiempo fuera en casa. De esta manera el terapeuta puede reforzar lo que el padre está haciendo correctamente usando elogios etiquetados, entrenando al padre o madre sobre los puntos de confusión y corregir los errores.

Luego viene la observación y codificación de CDI, si las habilidades en CDI han retrocedido el terapeuta toma 10 minutos para entrenar en CDI, sin embargo, si se cumplen los criterios de dominio de CDI se pasa a los 5 minutos de codificación de PDI.

<i>Tabla 6. Sesión típica de PDI</i>		
<i>Un padre participando</i>		
<i>No. Paso</i>	<i>Actividad</i>	<i>Duración</i>
1	Registro y revisión de la tarea	10 min
2	Codificación de habilidades CDI	5 min
3	Codificación de habilidades PDI	5 min
4	Coaching de las habilidades PDI	30 min
5	Comentarios sobre el progreso y tareas asignadas	10 min
<i>Dos padres, madres y/o cuidadores participando</i>		
1	<i>Registro y revisión de la tarea</i>	10 min
2	Codificación de las habilidades CDI del primer padre	5 min
3	Codificación de las habilidades PDI, del primer padre	5 min
4	Coaching de habilidades PDI del primer padre	10 min
5	Codificación de habilidades CDI del segundo padre	5 min
6	Codificación de habilidades PDI del segundo padre	5 min
7	Coaching de habilidades de PDI del segundo padre	10 min

8	Comentarios sobre el proceso y tareas asignadas	10 min
---	---	--------

De acuerdo con la Dra. Eyberg, la codificación de PDI se puede realizar de dos maneras:

Se puede usar la hoja de codificación de PDI que contiene las siguientes categorías: orden directa o indirecta, obedecer o desobedecer la orden original, elogio etiquetado o no etiquetado, advertencia, obedecer o desobedecer advertencia, tiempo fuera, sala de tiempo fuera y si una advertencia u otra frase de tiempo fuera se indica incorrectamente.

O se puede escribir una transcripción de las palabras y comportamientos exactos de los padres, madres y/o cuidadores durante la codificación PDI.

El terapeuta codifica la secuencia de las órdenes: que debería ser Razón, Amabilidad, Instrucción (RAI); si el niño obedece o desobedece; el elogio por el cumplimiento, o la advertencia de tiempo fuera y todas las verbalizaciones de los padres durante el PDI (como los errores en la estructura, repetir órdenes, órdenes indirectas, relación incorrecta de la advertencia, etc.).

En seguida, los padres, las madres y/o los cuidadores son entrenados en las habilidades PDI (coaching de habilidades PDI) conjuntando, a su vez, las habilidades de CDI deben aprender a utilizar una variedad de comandos y elogios para evitar que el PDI se vuelva monótono, lo que puede interferir con la generalización.

Al igual que con CDI, existen criterios de dominio específicos para la parte PDI que serán observados durante los 5 minutos previos al entrenamiento de PDI, estos consisten en:

Durante la codificación de los 5 minutos los padres, madres y/o cuidadores deben dar al menos cuatro órdenes de las cuales al menos el 75% deben ser “eficaces”, es decir órdenes únicas, directas y expresadas de manera positiva que brinden una oportunidad para que el niño o niña cumpla.

Mostrar al menos un 75% de seguimiento correcto después de órdenes efectivas (etiquetadas como elogios después de obedecer y advertencias después de desobedecer).

Si el niño/a requiere un tiempo fuera que comienza durante la observación, el padre debe seguir con éxito el procedimiento PDI (es decir la interacción debe terminar con un reconocimiento por el cumplimiento de la orden original y un elogio etiquetado por el cumplimiento del seguimiento).

El proceso terapéutico concluye con una “sesión de graduación” cuando la mayoría de los problemas presentados se han resuelto o mejorado sustancialmente. Al graduarse los padres, madres y/o cuidadores reciben un certificado y los niños y niñas reciben un premio para reconocer sus éxitos.

Se realiza una sesión de evaluación post-tratamiento en la que se repiten las medidas que se administraron antes de la terapia.

Al final de esta sesión, se proporciona retroalimentación a la familia en la que se revisan las mejoras antes y después del tratamiento. Esta sesión ayuda a los padres, madres y/o cuidadores a consolidar su reconocimiento de las mejoras que se han producido gradualmente durante varias semanas de tratamiento.

Por lo general, se programa una sesión de refuerzo a los 3 meses, pero puede realizarse antes si es necesario o programarse sesiones de refuerzo adicionales para mejorar el mantenimiento de las habilidades de crianza y abordar los problemas que surgen a medida que los niños y niñas enfrentan nuevos desafíos de desarrollo.

3. Antecedentes

Existen diversas estrategias que se han implementado para trabajar con familias en probable situación de maltrato infantil y otras EAI, a continuación, se presentan algunos trabajos publicados respecto a las estrategias utilizadas como lo

es la PCIT y estrategias grupales como programas/talleres para padres, madres y cuidadores.

3.1.Intervención individual

Herschell, A.D *et. al* (2016). En este estudio se capacitó a 7 médicos para implementar la PCIT con padres, madres e hijos de un refugio urbano para víctimas de violencia doméstica, se contó con 21 familias con hijos de 2 a 7 años con problemas de comportamiento externalizantes y/o desregulación emocional y con padres y madres con bajas habilidades parentales y/o que tuvieran una relación tensa con sus hijos.

Se realizaron evaluaciones en tres momentos: al inicio (antes de la sesión de enseñanza de CDI), a mitad de la PCIT (una vez que dominaron las habilidades de CDI) y al finalizar la PCIT (graduación). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de información demográfica, Lista de verificación de factores estresantes de la vida, Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ECBI), Cuestionario para Padres de Alabama (APQ), Cuestionario para padres sobre el locus de control parental (PLOC), Lista de verificación de síntomas 90-R (SLC.90-R), Escala de Barreras para la participación en el tratamiento (BTPS).

De las 21 familias, sólo 9 completaron el tratamiento, 8 abandonaron el tratamiento antes de alcanzar el dominio de las habilidades de CDI y 4 aprobaron el proceso de CDI, pero no completaron la segunda fase del tratamiento (PDI). De las 9 familias que sí completaron todo el proceso de la PCIT, sólo 5 completaron las evaluaciones en el postratamiento, aunque algunas con ítems sin responder.

De las familias que completaron el tratamiento, los resultados indicaron mejoras significativas en las evaluaciones ECBI, APQ, hubo una reducción en los síntomas de los padres (SLC-90-R) e informaron alta satisfacción a mitad del tratamiento y al finalizarlo, por su parte, de acuerdo con el PLOC, hubo mayores percepciones de control por parte de los padres.

Thomas, R. & Herschell, A. D. (2013). Realizaron un estudio de caso sobre una madre soltera con tres hijos e hijas (con edades de 3, 5 y 6 años) quien fue

investigada por los servicios de protección infantil debido a que métodos de disciplina física inadecuada.

La madre expresó haber sido víctima de violencia doméstica por el padre de sus hijos/as, sentirse incompetente en cuanto a las estrategias de disciplina y atravesar por episodios de frustración en relación con la crianza de su hijo menor quien era el que manifestaba mayores problemas de comportamiento, entre ellos: insultar, pegar, rabietas, agresiones en la guardería, entre otras, por lo que esto se volvió su principal preocupación.

En el trabajo durante la PCIT se encontró que, la fase de CDI se alargó a 6 sesiones en las que la madre logró dominar las habilidades EPIDE, así como el Ignorar Selectivamente, encontró estrategias efectivas para el manejo del mal comportamiento, de su estrés y frustración a través de la implementación de ejercicios de respiración.

Al sentirse más segura y tranquila con respecto a su proceso de crianza, los problemas de comportamiento disminuyeron significativamente y se dio lugar a la fase de PDI, donde se llevaron a cabo 7 sesiones para trabajar con los comportamientos más desafiantes, ya en esta etapa el niño fue reiteradas veces a la silla de tiempo fuera en una misma sesión hasta que finalmente asimiló la consecuencia y no necesitó más ir a la silla.

En la guardería se informaron mejoras en el comportamiento del niño, la escuela aplicó la misma metodología al igual que la madre con sus otros dos hijos/as.

Se concluye que en casos donde los padres, madres y/o cuidadores están involucrados en maltrato infantil, el procedimiento debe ser corto, se vuelve necesario incorporar asesoramiento individual y la implementación continua de la PCIT en el hogar.

Thomas, R. & Zimmer, M. (2011) examinaron la eficacia de la PCIT en una muestra de 150 madres residentes de Australia que tenían antecedentes de maltrato

(y fueron remitidas por autoridades de protección infantil) o estaban en riesgo de maltratar a sus hijos, manifestaban problemas de conducta en los niños y/o estrés).

Debido a los múltiples subtipos de maltrato, los investigadores incluyeron sólo a niños, de entre 2 y 8 años que fueron maltratados físicamente, emocionalmente y/o fueron desatendidos (negligencia).

Las 150 madres se dividieron en dos grupos: 99 fueron intervenidas con el protocolo típico de la PCIT (aunque el proceso dependió del logro de objetivos de cada familia, es decir, de alcanzar la maestría de CDI y de PDI) y 51 tuvieron sólo sesiones de atención única.

Para evaluar a los niños se utilizaron el Inventario de Conducta Infantil de Eyberg (ECBI, informe de los padres), el Inventario de Conducta Estudiantil Revisado de Sutter-Eyberg (SESBI-R, informe de los profesores) para medir los problemas de conducta de los niños y la Lista de Comprobación de la Conducta Infantil/4-18 (CBCL, informe de los padres) y el Formulario de Informe del Profesor CBCL/(TRF, informe de los profesores) para medir los síntomas externalizantes e internalizantes.

Para evaluar a los padres se utilizaron el Inventario de Estrés Parental (PSI) compuesto por 101 ítems, el Inventario de Potencial de Maltrato Infantil (CAP) (así como el Sistema de Codificación de la Interacción Diádica Parentesco-Hijo III (DPICS-III) y modificaron una subescala de la Escala de Disponibilidad Emocional (EA).

En cuanto a los síntomas externalizantes e internalizantes del niño, informados por los padres y evaluado a través del ECBI, mejoraron significativamente desde la preevaluación hasta la finalización del protocolo de tratamiento PCIT, en cuanto a lo informado por los profesores no hay una correlación significativa entre su informe y el de los padres.

En cuanto al estrés de las madres que completaron el tratamiento mostraron reducciones significativas en el estrés desde la preevaluación hasta la finalización del protocolo de tratamiento del PCIT tanto en el atribuido al niño como en el de su percepción como padres.

Por su parte, en la evaluación de potencial de abuso de padres e hijos este disminuyó significativamente, además, se observaron mejoras importantes y significativas en las conductas observadas de los padres al interactuar con sus hijos, incluidos aumentos en los elogios, descripciones y parafraseos, así como disminuciones en las preguntas y órdenes. Además, la sensibilidad de los padres mejoró significativamente.

Timmer, S., et al. (2005) trabajaron con 136 díadas padres-hijos biológicos de las cuáles 91 tenían historial de maltrato y 45 díadas sin tal antecedente (haciendo una comparativa entre estos grupos). Entre los tipos de maltrato se encontraban, principalmente, abuso físico y negligencia. Los niños tenían entre 2 y 8 años con problemas de conducta externalizante y habían sido víctimas, principalmente, de abuso físico y negligencia. Se realizaron dos análisis: uno para determinar los factores predictivos de la interrupción precoz del tratamiento y otro para evaluar los efectos del tratamiento y esclarecer si la PCIT era una intervención eficaz para los niños maltratados y sus padres infractores o no infractores.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Potencial de Maltrato Infantil (CAPI), Lista de control de comportamiento infantil (CBCL), Inventario Eyberg de Conducta Infantil (ECBI), Inventario de estrés parental (PSI), Lista de comprobación de síntomas 90-R (SCL-90-R) y la recopilación de los antecedentes de maltrato a partir de las fuentes de registros judiciales es informes de terapeutas y trabajadores sociales.

Se considero que terminaron el tratamiento toda vez que los padres cumplieran el dominio de habilidades de CDI y PDI y que los niños mostraran una

mejora en la regulación emocional (aunque los padres ya dominaran las habilidades necesarias), por ello el número medio de sesiones fue de 15,4.

Se encontró que culminar el tratamiento de manera temprana tenía correlación con: variables demográficas si los niños son afroamericanos; si se añaden medidas de funcionamiento psicológico de los padres, los niveles más altos de síntomas psicológicos en los padres y no completar la medida de funcionamiento psicológico de los padres (SCL-90R).

Por su parte, la gravedad de los problemas de conducta de los niños no predijo significativamente la deserción, sin embargo, cuando se agregaron términos de interacción entre el historial de maltrato de los niños y las medidas de funcionamiento psicológico se encontró que la probabilidad de que los niños con problemas de conducta graves permanecieran en el tratamiento variaba según su historial de maltrato, por lo que cuantos más problemas de conducta tenían los niños maltratados, más probabilidades había de que terminaran el tratamiento temprano.

Un examen más detallado de las frecuencias observadas del estado de finalización del tratamiento de niños maltratados y no maltratados (con niveles clínicamente significativos versus niveles normales de problemas de conducta) mostraron que los niños maltratados tenían más probabilidades de abandonar el tratamiento si sus padres habían informado niveles clínicamente significativos de problemas de conducta antes del tratamiento, por el contrario, los problemas de conducta del niño no parecieron estar relacionados con el abandono de las díadas no maltratadoras.

Los resultados de los análisis sugieren que las díadas que permanecieron en tratamiento tendieron a informar menos síntomas psicológicos y, entre los niños maltratados, tienen menos problemas de conducta.

De acuerdo con los resultados se encontró que en las díadas con y sin antecedentes de maltrato disminuyeron los problemas de conducta en los niños y

niñas (reducciones en puntuaciones del CBCL y ECBI) y el estrés y riesgo de abuso de los padres (cambios en las puntuaciones del PSI, SCL-90-R y CAPI).

3.2. Intervención grupal

García, M. et al (2023) evaluaron los resultados del Programa “Aprender a Crecer” cuyo objetivo fue intervenir en el estrés y capacidades parentales en familias en riesgo psicosocial en una región de Chile. Se realizó un diseño mixto de triangulación concurrente con pre-test (T1), post-test (T2) y seguimiento (T3). Se aplicaron las siguientes técnicas e instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, Entrevista de Apego Adulto (EVA de Barudy y Dantagnan), Evaluación de la parentalidad social, Escala de Estrés Parental de forma abreviada (PSI-4-SF), Escala de Parentalidad Positiva (E2P) y una Guía semiestructurada de preguntas para grupo focal.

Iniciaron 193 cuidadores derivados por orden judicial a un programa de intervención por maltrato, y se encontraban en etapa de diagnóstico, de éstos sólo 34 concluyeron la intervención con evaluación pre y post (PSI-4-SF y E2P). En la etapa de seguimiento, sólo se pudo acceder a 32 cuidadores quienes completaron toda la evaluación de seguimiento, todos tenían a su cargo niños y niñas de 0 a 17 años.

El programa está manualizado y se compone de 15 sesiones divididas en 6 módulos que promueven competencias parentales como: apego seguro, resonancias y autocuidado del interventor, mentalización y empatía, modelos de crianza, autocuidado parental, evaluación parental, por lo que se implementó a través de 3 grupos focales.

Los resultados en los niveles de estrés parental evaluados en las subescalas del instrumento PSI-4-SF mostraron disminución de los puntajes promedio entre T1 y T2 (período de intervención); en todos los casos los tamaños de efecto son significativos, pudiendo atribuirse la disminución al impacto de la intervención.

Entre T2 y T3 (período de seguimiento), se observa un aumento en los promedios de las sub-escalas, exceptuando la sub-escala Niño Díficil (ND) del PSI-4-SF donde disminuye levemente; el aumento solo es relevante en la subescala Estrés Parental (EP) pero de manera muy modesta. En general, pese al tiempo transcurrido desde la intervención y del leve aumento, pareciera ser que el impacto persiste en el tiempo.

En cuanto a los resultados del E2P, hay un aumento en el promedio entre T1 y T2 (período de intervención) en todas las áreas evaluadas, el efecto más alto es de la competencia formativa entre T1 y T2 y T1 y T3 y el más bajo es el de la competencia reflexiva entre T1 y T2.

Por último, Carroll, P. (2022) realizó un estudio aplicando un taller gratuito de Disciplina Positiva con una duración de 7 semanas. Se tomaron dos muestras una con los padres que tomarían este taller y un grupo de comparación de padres que participaban en escuelas locales para adultos por lo que sirvió de grupo control, ambos grupos estaban a cargo de niños y niñas de edad similar (6,89 y 6,95 años respectivamente), eran padres hispanohablantes y tenían información demográfica y tasas de deserción similar.

Se reclutaron 157 participantes aproximadamente a través de diversos medios informativos, se negaron a participar 66 padres, quedaron inscritos 91 de los cuales 59 fueron parte del programa de intervención y 32 parte del grupo control; 37 padres no respondieron a los cuestionarios finales y 9 respondieron hasta 3 semanas después de ser solicitados por lo que la muestra completa estuvo compuesta de 45 padres, 27 fueron parte del programa y 18 del grupo control.

Las pruebas fueron aplicadas antes y después de tres meses, entre las que se incluyeron: Escala de Disciplina positiva para padres (PDPS), Escala de estrés parental (PSS), Cuestionario Revisado de Dimensiones de Crianza (PDQ-R) y la versión breve del Inventario de conducta adaptativa infantil (CABI). El estrés de los padres, el estilo de disciplina de los padres y el comportamiento adaptativo del niño informado por los padres se evaluaron al inicio y después de tres meses.

Cada sesión tenía una duración de 2 horas, la estructura de cada taller era flexible por diseño, pero generalmente incluía actividades experienciales que incluían el uso de accesorios y ayudas visuales, además se promovía que los participantes se involucraran en juegos de roles tanto de niños como de adultos, mientras procesaban diferentes comportamientos de crianza y sus reacciones hacia ellos desde ambas perspectivas

Los resultados concluyeron que la asistencia a talleres de crianza de Disciplina Positiva se relacionó con una disminución del estilo de crianza autoritario, una disminución del estilo de crianza permisivo y una disminución del estrés de los padres. También se relacionó con un aumento en la competencia académica del niño y una disminución en el comportamiento hiperactivo-externalizante (ambos reportados por los padres), pues en el grupo control no se mostraron cambios significativos.

4. Metodología

4.1. Planteamiento del problema

El maltrato infantil es entendido como “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OMS, 2022) y forma parte de lo que se conoce como EAI. De acuerdo con la OMS, 2020, casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años, sufren con regularidad castigos corporales o violencia psicológica por parte de sus padres o cuidadores lo que, de acuerdo con diversas investigaciones, puede traer consecuencias perjudiciales no sólo a nivel social sino en la salud física y mental con modificaciones neurobiológicas.

Por su parte, los padres, madres y/o cuidadores enfrentan una serie de situaciones estresantes propias del rol que desempeñan en la crianza, así como los

estresores o factores ambientales y sociales a los que están sometidos, que aumentan la probabilidad de ser padres maltratadores. En ese sentido el estrés parental que se entiende como “una reacción emocional adversa por parte del padre a las demandas del desempeño de su rol de cuidador de los hijos e/o hijas, de su socialización y crianza”, es “un complejo proceso en el que los progenitores se sienten desbordados ante las demandas que deben afrontar en su papel como padres/madres” (Deater, 2004), teniendo, en su mayoría, efectos negativos al enfrentar las tareas de crianza, la relación con sus hijos, así como un desequilibrio en la estructura familiar y social trayendo consigo prácticas inadecuadas de crianza.

Se han utilizado distintas estrategias individuales y grupales para mejorar las habilidades parentales que simultáneamente disminuyan la probabilidad de una crianza con prácticas de maltrato infantil. Sin embargo, tanto de la PCIT como de intervenciones grupales, los trabajos localizados son pocos y han sido realizados principalmente en poblaciones anglosajonas.

Por lo anterior, este estudio se propone aportar evidencia acerca de la eficacia de una intervención individual como lo es la PCIT y una intervención grupal presentada como talleres para padres, madres y cuidadores, para mejorar las habilidades parentales y disminuir los niveles de estrés parental en población mexicana, específicamente, en familias que pasan por un proceso de denuncia debido a la presencia de posible maltrato infantil y otras EAI como lo son separación de padres, madres y/o cuidadores y/o proceso de adopción.

4.2. Justificación

De acuerdo con los datos del Informe Anual de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de 2019 se conoció que seis de cada diez niños, niñas y adolescentes en México han experimentado algún método de disciplina violenta en el hogar, que uno de cada dos menores a sufrido golpes, patadas o puñetazos en su escuela y que por lo menos hay 4 homicidios de niños, niñas y adolescentes cada día.

Por otra parte, en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, se encontró que en nuestro país: cualquier forma de disciplina violenta (física y/o psicológica) fue empleada en 62.4% de las niñas y 62.7% de los niños de 1 a 14 años de edad y que el maltrato físico lo padecen tanto niñas (42.2%) como niños (45.3%), pero son las niñas (61.8%) y los niños (56.9%) de 2 a 4 años quienes reciben más castigos físicos que otros grupos de edad, además 5% de las madres y 8.4% de los padres creen que el castigo físico es necesario.

Con ello deducimos que las características de crianza que se ejercen pueden aún no ser las más aptas para el desarrollo infantil temprano. Entre otros motivos, las circunstancias de detonadores de estresores en los padres, madres y/o cuidadores de familia pueden ser factores importantes que estén llevándolos a tomar un estilo de crianza que puede no ser el mejor para brindarles las herramientas adecuadas a sus hijos e/o hijas en términos de convivencia social, autoestima, obediencia, regulación emocional, entre otros, y por supuesto volver más estresante su rol de paternidad.

Aunque la PCIT no se diseñó originalmente para abordar el maltrato infantil, aborda factores asociados a él como lo son el estrés parental y el uso de estrategias disciplinarias no adecuadas (muchas veces violentas) debido a las propias demandas de la crianza, su percepción como padres o problemas de conducta en sus hijos.

En ese sentido, se conocen pocas intervenciones para reducir el riesgo de maltrato infantil (Thomas, R. & Zimmer, M., 2011) y aún menos que hayan sido realizadas en México y tengan resultados significativos en cuanto a los efectos producidos en las familias.

4.3.Preguntas de investigación

4.3.1. Pregunta general

¿Cuáles son los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes?

4.3.2. Preguntas específicas

Intervención Individual

¿Cuál es el efecto de una intervención basada en la PCIT en el estrés parental, la percepción del número y la frecuencia de conductas disruptivas y las habilidades parentales en familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes?

Intervención Grupal

¿Cuál es el efecto de una intervención grupal tipo taller que aborde información psicoeducativa sobre el estrés parental y habilidades parentales basadas en la PCIT en el estrés parental de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes?

4.4. Hipótesis

4.4.1. Hipótesis General

Las intervenciones psicológicas, individual y grupal, tienen efectos positivos en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

4.4.2. Hipótesis Específicas

Intervención Individual

Una intervención individual basada en la PCIT disminuye el estrés parental, la percepción del número y la frecuencia de conductas disruptivas y aumenta las habilidades parentales de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

Intervención Grupal

Una intervención grupal tipo taller que aborde información psicoeducativa sobre el estrés parental y habilidades parentales basadas en la PCIT disminuye el estrés parental de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

4.5 Objetivos

4.5.1. Objetivo general

Conocer los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

4.5.2. Objetivos específicos

Intervención individual

Aplicar una intervención basada en la PCIT en familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

Evaluar el efecto de una intervención basada en la PCIT en el estrés parental, la percepción del número y la frecuencia de conductas disruptivas y las habilidades parentales en familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

Intervención grupal

Diseñar y aplicar una intervención tipo taller que aborde información psicoeducativa sobre el estrés parental y habilidades parentales basadas en la PCIT dirigida a padres de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

Evaluar el efecto de una intervención grupal tipo taller en el estrés parental de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

4.6. Método

Esta investigación constó de dos estudios simultáneos. Por un lado, se realizó una intervención basada en la PCIT en dos familias y, por otro, se realizó una intervención grupal por medio de un taller que abordó información psicoeducativa sobre el estrés parental y habilidades parentales basadas en la PCIT con padres, madres y otros cuidadores de niños y niñas que vivían EAI. Ambas

poblaciones fueron derivados por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes.

4.7. Tipo de estudio

4.7.1. Intervención individual

Esta investigación se realizó como estudio de caso, con un diseño $n=1$, se recogieron datos de tipo cuantitativo de forma longitudinal.

4.7.2. Intervención grupal

Esta investigación se realizó con un diseño pre-experimental, se recogieron datos cuantitativos en formato pre-test y post-test.

4.8. Muestras

4.8.1. Muestra de la Intervención individual

No probabilística por conveniencia, es decir, casos disponibles a los cuales tenemos acceso. Se contó con la participación de 2 familias, una conformada por padre y madre y una niña de 4 años y otra conformada por una madre y su hijo de 6 años, ambas derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes con investigaciones por maltrato infantil (véase tabla 7).

Tabla 7. Muestra intervención individual							
Caso	Código	Tipo	Edad de los padres	Estado civil	Edad de los niños	Género de los niños	Núm. hijos
1	MAE01	Triada	Papá 37 años Mamá 31 años	Casados	4 años	Femenino	1
2	CTIE02	Diada	Mamá 36 años	Soltera	6 años	Masculino	1

Criterios de inclusión

Ser familia derivada de la Coordinación de Fortalecimiento Familiar del Estado de Querétaro, con hijos e/o hijas de 2 a 7 años con una investigación abierta por posible maltrato infantil.

Criterios de exclusión

Presencia de Trastornos del Neurodesarrollo

Discapacidades y/o enfermedades que comprometan su desarrollo en la terapia

Criterios de eliminación

Acumular 2 faltas de forma injustificada a las sesiones de intervención

Criterios de suspensión temporal en común acuerdo

Problemas de salud que vulneren el rendimiento de los niños y niñas y padres, madres y/o cuidadores.

Que los padres, madres y/o cuidadores o los niños y niñas/niñas sean portadores de Covid-19 u otro virus contagioso y riesgoso para los terapeutas.

4.9.2. Muestra de la Intervención grupal

Muestra no probabilística por conveniencia, es decir, casos disponibles a los que tenemos acceso. Se tuvieron 112 cuidadores inscritos de los cuáles: para el primer análisis se consideró el total de participantes que contestaron antes y después por lo que se incluyeron 53 participantes en la evaluación pre-test (34 mujeres y 9 hombres) y 27 para el post-test y para el segundo análisis 20 participantes (16 mujeres y 4 hombres, quienes sí contestaron antes y después el PSI-SF). Todos fueron derivados de la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes tras investigaciones de maltrato infantil y/u otros casos de EAI (veáse tabla 8).

Tabla 8. Muestra intervención grupal					
Grupo	Género		Edad promedio		Promedio de niños a su cuidado
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
A	34	19	34 años	37 años	2
B	16	4	34 años	38 años	
					8 años

Criterios de inclusión

Ser padres, madres, cuidadores y/o tutores de niños, niñas y/o adolescentes de 1 mes a 12 años que viven EAI derivadas de la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes

Criterios de exclusión

Tener a cargo hijos mayores de 12 años.

No responder el cuestionario PSI-SF.

Aclaración: estos criterios sólo fueron utilizados para los fines de la evaluación PSI-SF ya que no se negó la participación en el taller a ningún padre, madre o cuidador/a derivado por la PEPNNA.

Criterios de eliminación

Abandonar el taller

Criterios de suspensión temporal

Que los padres, madres y/o cuidadores/as llegaran en común acuerdo con el departamento que los derivó al taller y requirieran suspender su asistencia debido a: procesos jurídicos con fiscalía, situaciones personales, situaciones laborales, etc.

4.8. Instrumentos

4.8.1. Instrumentos utilizados en la intervención individual

Entrevista Semiestructurada (ANEXO 1)

Permite recoger la información sobre la familia y el niño. Es la información base de donde parte la terapia (Mc Neil & Hembree-Kigin, p. 8, 2010). En ella se exploran aspectos como la salud mental de ambos padres, u otros familiares, antecedentes perinatales, alimentación, desarrollo motriz, hábitos; comportamientos sociales, lenguaje, personalidad, motor, sueño, entre otros aspectos en el período de 1 a 2 años y de 3 a 6 años; experiencia escolar, relación con sus pares, temperamento, eventos estresantes, métodos de disciplina usados en casa y percepciones de los padres, madres y/o cuidadores sobre las situaciones de la dinámica familiar y los problemas que enfrentan en el problema de crianza.

Inventario de Comportamiento Infantil de Eyberg (ICIE) (ANEXO 9)

También llamado ECBI por sus siglas en inglés para Eyberg Child Behavior Inventory, es aplicado a los padres, madres y/o cuidadores, consiste en 36 ítems que permiten medir los problemas de comportamiento del niño/a en una escala Likert de 1 a 7 sobre la frecuencia del problema (nunca a siempre, respectivamente) así como la percepción de si es o no un problema para los padres, madres y/o cuidadores. El puntaje clínico se encuentra en 131 para medir la frecuencia del problema de conducta y en 15 para el número de problemas. Este se aplica desde que inicia el tratamiento semanalmente y hasta que este culmina. (Eyberg, S., & Pincus, D. 1999).

Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg - Revisado (ICE-SE-R (ANEXO 10)

O SESBI-R por sus siglas en inglés para Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory Revised, está dirigido al docente. Al igual que el anterior, da cuenta de dos puntuaciones: la puntuación de la frecuencia de los problemas de conducta, con un puntaje clínico de 151 y de 19 para el número de problemas, este se aplica antes y después del tratamiento. (Mc Neil & Hembree-Kigin, p. 8, 2010).

Sistema de Codificación de Interacción Padre-Hijo-III (SCIPH-III) (ANEXO 5)

Se usa durante la observación en tiempo real de la interacción en entre padres, madres e hijos/as, en él se van registrando el uso de las habilidades que se

usan en la terapia, la capacidad de respuesta del padre hacia el niño/a, los límites, etc. (Mc Neil & Hembree-Kigin, p. 8, 2010). A través de este instrumento se evalúa semanalmente si los padres, madres y/o cuidadores se acercan al logro de los objetivos de cada fase del tratamiento, según le corresponde.

4.8.2. Instrumento utilizado en ambas intervenciones

Cuestionario de Estrés parental Versión Abreviada (CEP-VA) (ANEXO 11)

O PSI-SF por sus siglas en inglés para Parenting Stress Inventory-Short Form) Este cuestionario fue diseñado por Richard Abidin (Abidin, 1995) para medir los niveles de estrés en padres y madres con hijos de 1 mes a 12 años, a través de su modelo multidimensional de la relación padre-hijo en el que lo divide en 36 ítems clasificados en tres subescalas:

Sub-escala Estrés Parental (EP): del ítem 1 al 12, mide el nivel de estrés de los padres en su papel, derivado de sus características personales directamente asociadas a su función paterna/materna. Además, se valora la percepción de competencia en sus funciones parentales, la sensación de pérdida de libertad en su vida personal, el soporte social y la presencia de depresión (Abidin, 1995).

Sub-escala Interacción Disfuncional Padres-Niños (IDP-N): del ítem 13 al 24, aborda cuestiones relacionadas con las expectativas y experiencias de los padres en relación con la interacción con sus hijos.

Sub-escala Niño Díficil (ND): del ítem 25 al 36, cuestiona las percepciones de los padres acerca de las características conductuales principales de los niños/as que hacen que sea más fácil o difícil ejercer las funciones parentales. El factor evalúa el temperamento del niño o niña y sus características de comportamiento (Abidin, 1995).

Escala Total (ET): Es la suma de las 3 subescalas anteriores.

En la tabla 9 se resumen los parámetros de calificaciones de los principales instrumentos de evaluación utilizados, ECBI y SESBI-R que corresponden a los inventarios típicos de aplicación de la PCIT, la interpretación de estos

es a través de un puntaje clínico, los parámetros marcados indican que el caso puede ser tratado con la PCIT. El instrumento PSI-SF muestra los puntajes en percentiles de acuerdo con el manual abreviado de dicha prueba (Abidin, 1995).

Tabla 9. Puntajes clínicos de los instrumentos de este protocolo			
Instrumento de evaluación	Sub-escalas	Puntaje Clínico	Percentiles
ECBI	Frecuencia de problemas de conducta	131/252	N/A
	Número de problemas de conducta	15/36	
SESBI-R	Frecuencia de problemas de conducta	151/266	N/A
	Número de problemas de conducta	19/38	
PSI-SF	Alto estrés	N/A	≥85
	Estrés adecuado	N/A	25 a 80
	Bajo estrés	N/A	≤ 25
	Escala total, clínicamente significativo	N/A	>90

4.9. Espacio, equipo y otros materiales

4.9.1. Intervención individual

Cámara de Gesell (sin lámparas, cuadros con marcos de vidrio, muebles tapizados, lavabos, cajas de pañuelos o artículos personales como bolsos)
De 3 a 5 juguetes de construcción o que fomenten la creatividad

Caja para juguetes

Mesa y sillas

Sistema de sonido: altavoz o bocina, micrófono, transmisor de audio y audífonos

Computadora o laptop con programas de grabación de audio y cámara

4.9.2. Intervención grupal

Aula equipada con sillas y mesas

Proyector y pantalla para proyección

Lista de asistencia

Presentaciones digitales (343 diapositivas divididas en 9 presentaciones)

Apoyos (Infografías, folletos, hojas de actividades)

Hojas de colores y blancas

Plumones y plumas

Rotafolios

Papel craft

Tijeras, pegamento, cinta Diurex

Post it de colores

Videos (material audiovisual)

4.10. Procedimiento

El primer contacto se realizó con la Coordinación de Fortalecimiento Familiar de la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes a quien se le propusieron dos estrategias de intervención, una individual en la que se trabajó con familias utilizando una intervención basada en la PCIT y una grupal en la que se desarrolló y aplicó un taller.

Tras obtener el visto bueno de dicha coordinación se elaboraron carteles y otras estrategias de difusión de ambas propuestas de intervención. La coordinación se encargó de difundir dichos carteles y de derivar a las familias que consideraban

cumplían con los criterios de inclusión, tanto para la intervención basada en la PCIT como para la intervención en forma de taller.

4.10.1. Intervención individual

Esta intervención estuvo basada en la Terapia de Interacción Padres-Hijos, se llevó a cabo en 4 fases:

Fase 1. De dos a tres sesiones de evaluación, en las que se aplicaron: entrevista de anamnesis y tres cuestionarios: *Inventario de Comportamiento Infantil de Eyberg*, (*Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI*, por sus siglas en inglés), *Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised, SESBI-R*, por sus siglas en inglés) y el *Índice de estrés parental versión abreviada (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF*, por sus siglas en inglés), con la finalidad de conocer la historia de desarrollo del niño o niña, las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo así como evaluar el nivel de estrés parental en las tres esferas que señala dicho cuestionario.

Fase 2. Seguimiento típico de acuerdo con lo señalado en PCIT (ver marco teórico) como primera fase (teaching y coaching de CDI). Al finalizar se realizará la aplicación intermedia del Cuestionario de estrés parental versión abreviada (*Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF*, por sus siglas en inglés).

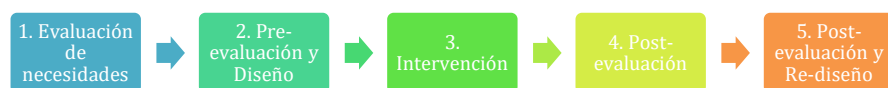
Fase 3. Proceso típico de acuerdo con lo señalado en PCIT (ver marco teórico) como segunda fase (teaching y coaching de PDI).

Fase 4. Se aplicaron los cuestionarios que contestaron en la fase 1 de este proceso, para conocer los resultados del entrenamiento.

4.10.2. Intervención grupal

Se diseñó y aplicó un taller titulado “Vida, Estrés y crianza” a través de 5 fases ilustradas en la figura 1 y que se desarrollan a continuación:

Figura 1. Protocolo de diseño y aplicación del taller



1. Evaluación de necesidades

Hubo una necesidad expresada en el programa de prácticas “Intervención Psicológica basada en la PCIT” respecto a la continuidad de los proyectos en instituciones externas de las cuales se tenía contacto con la PENNA, por otra parte, había una necesidad percibida de innovar la teoría expuesta, por ello, sustentado en el marco teórico de las EAI se encontró que el estrés parental es una de las variables predictoras de la negligencia infantil.

Por lo que la relevancia de desarrollar un taller se suscitó en que los padres, madres y/o cuidadores con los que se realizará el taller son familias en riesgo psicosocial y las funciones parentales que ejercen no son las adecuadas, por lo que diseñar y aplicar un taller que aborde el tema de estrés permitiría crear un espacio informativo y de escucha en el que se pudieran brindar herramientas/técnicas/recursos/estrategias que ayudaran a padres, madres y/o cuidadores estresados por su parentalidad a sobrellevar su rol.

La importancia de abrir este espacio interactivo-teórico-práctico se debe a que con frecuencia los padres, madres y/o cuidadores pueden requerir de la compañía de otros adultos y/o profesionales que les escuchen y orienten respecto al manejo de su propio estrés tanto como de darles apertura a conocer la importancia del propio desarrollo de sus hijos e/o hijas con el fin de transformar y seguir desarrollando las herramientas/técnicas/recursos/estrategias con las que ya

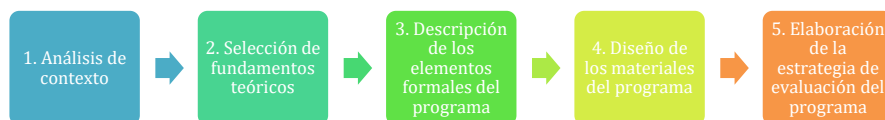
cuentan y poder adquirir nuevas que les posibiliten criar a sus hijos e/o hijas/hijas de manera más responsable buscando su bienestar emocional, físico, psicológico y educativo.

Además, si consideramos que el estrés parental puede derivarse de la falta de recursos (materiales, emocionales, ayuda práctica, conocimiento, red de apoyo, entre otros) entonces podemos provisionarlos de un servicio que los haga sentir acompañados más que juzgados.

2. Diseño y pre-evaluación:

Para el diseño del taller se trabajó en 5 etapas plasmadas en la figura 2 y sus elementos principales se desarrollan a continuación (Álvarez, et al, 2002).

Figura 2. Etapas y tareas para el diseño del taller



1. Análisis de contexto

Contexto próximo: Institucional

Tipo de institución: Gubernamental (Procuraduría Estatal de Protección de niños, niñas y adolescentes (PENNA))

Servicio: Actividades para el programa "Escuela para Padres"

Tipo de intervención: Taller grupal psicoeducativo a padres y madres derivadas por causas diversas

Respaldo institucional previsible: respaldo del DIF, siendo una actividad obligatoria para los padres en sus diferentes procesos legales

Resultados esperados: Contribuir en la mejora de las estrategias de crianza en las distintas dificultades que enfrenta cada participante con el fin de disminuir los niveles de estrés parental.

2. Fundamento teórico

Se estableció que los ejes temáticos principales girarían entorno al marco teórico propuesto para Estrés Parental (Deater, K.,2004; Navarro, F., 2015; Díaz, G. & Duin, A., 2018) así como el uso del marco teórico propuesto por la PCIT (Mc Neil & Hembree- Kingin, 2010).

Este último se utilizó sobre todo para el módulo 1 y 3 del taller debido a las estrategias de crianza que fundamentan la terapia para mejorar la relación padres-hijos y para el módulo 2 con lo relacionado a las estrategias disciplinares puesto que también brinda el tiempo fuera como herramienta para este ámbito.

3. Descripción de los elementos formales del programa (anexo 12 y 14)

El taller estuvo dividido en tres módulos compuestos de tres sesiones presenciales cada uno cubriendo un total de nueve sesiones (ver tabla 8).

Temática: Taller psicoeducativo para padres, madres y cuidadores que atraviesan estrés parental y repercute en su vida y en la crianza.

Tipo de programa: Educativo, ciclo corto, cerrado, de desarrollo, integrado.

Modalidad de Aplicación: Cualquier miembro practicante o de servicio social del programa PCIT.

Destinatarios: Padres y Madres derivados por la Procuraduría Estatal de Protección de niños,niñas y adolescentes (PENNA)

Tabla 10. Estructura del taller “Vida, Estrés y Crianza”

Nombre y Número de Módulo	Sesión	Temas
1 Parentalidad y Crianza	1	<ul style="list-style-type: none">¿Qué es ser padre/madre?
	2	<ul style="list-style-type: none">Mitos y realidades sobre la maternidad y paternidadContexto sociocultural: estereotipos, roles, situación laboral
	3	<ul style="list-style-type: none">Desarrollo evolutivo de los niños y niñas y niñas: necesidades de acuerdo con su edadCrianza positiva: ¿cómo mejorar la relación con mis hijos e/o hijas?

2 Estrés parental	4	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el estrés? • Efectos biológicos-psicológicos del estrés
	5	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el estrés parental? • Conceptos relacionados al estrés parental • Factores que desencadenan el estrés • Consecuencias de mi estrés en mis hijos e/o hijas
	6	<ul style="list-style-type: none"> • Crianza positiva: ¿Cómo poner límites claros?
3 Vida, Estrés y Crianza	7	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia del Vínculo Parental y Emocional
	8	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación asertiva e instrucciones efectivas
	9	<ul style="list-style-type: none"> • La culpa en la parentalidad

4. Materiales del programa

- Ficha técnica del taller (anexo 12)
- Lista de asistencia (anexo 13), pues fue solicitada por la PENNA para verificar la asistencia de los participantes a la actividad.
- Presentaciones digitales (343 diapositivas divididas en 9 presentaciones) (Anexos 14 a 22)
- Apoyos como material para actividades, infografías, folletos, etc., (anexos 23 a 27)
- Hojas de colores y blancas, plumones y plumas, rotafolios, papel craft, tijeras, pegamento, cinta Diurex, post-it de colores
- Vídeos (material audiovisual) obtenido de plataformas audiovisuales como Youtube

5. Estrategias de evaluación

La aplicación del PSI-SF se realizó en la primera sesión (pre-intervención) y en la novena sesión (post-intervención), de acuerdo con el ingreso de cada madre, padre, cuidador y/o tutor al taller.

4.11. Elementos éticos

Intervención individual: Consentimiento y asentimiento informado (consultar apartado 10.1 de este documento)

Con el fin de comunicar a los participantes el procedimiento del estudio, así como lo que conllevaría su participación en el mismo, así mismo, se redactó un asentimiento informado para que los niños y niñas decidieran si querían ser parte.

Intervención grupal: Consentimiento informado (consultar apartado 10.2 de este documento)

Con el fin de que los participantes decidieran o no participar en el llenado del cuestionario PSI-SF que sería la estrategia de evaluación del taller.

5. Resultados

Este capítulo estará dividido en dos apartados, los resultados de la intervención individual y los resultados de la intervención grupal.

5.1. Intervención individual

Por la confidencialidad de este protocolo, los casos serán mencionados con códigos de paciente, MAE01 para el caso 1 y CTIE02 para el caso 2, estos códigos también serán utilizados para sustituir los nombres de los niños que participaron en este protocolo, los datos principales de cada familia se presentan en la tabla 7.

5.1.1. Presentación y antecedentes de los casos

Caso MAE01

A partir del primer contacto con la coordinación de la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes nos dieron a conocer características generales del caso, parafraseando lo dicho, explicaron que "la niña era una tirana, el abuelo está a sus órdenes, ella tiene completamente el control, en la cita que se hizo al abuelo para entrevistarle, después de recibida la denuncia la niña hizo un berrinche que no nos permitió dialogar con el señor. Nosotros creemos que tiene el síndrome del niño tirano".

En la entrevista inicial se conoció que la niña tenía 4 años, era hija única y no estaba escolarizada, su madre era una mujer de 31 años y su padre un hombre

de 37 años, ambos con un nivel educativo de licenciatura, estaban casados y manifestaron ser trabajadores independientes, tener salud física dentro de los estándares normales, aunque en términos de salud mental la madre aclaró sentir cansancio como posible secuela debido a que estuvo contagiada por COVID-19, en cambio, el padre describió tener algunos problemas relacionados con estrés sobre todo en el ámbito laboral ya que no tenía un trabajo fijo y usualmente tenía que buscar ingresos por contratos cortos con empresas.

Refieren que, cuando recibieron la denuncia, ambos padres se encontraban resguardados en casa dado que estaban contagiados por COVID-19, esto durante principios del año 2021. La menor quedó bajo los cuidados de sus abuelos maternos hasta que a los padres les llegó un citatorio de la Procuraduría de Protección de Niños y niñas, Niñas y Adolescentes del Estado de Querétaro al que no pudieron presentarse ya que aún seguían aislados, por lo que el abuelo materno de la niña asistió a las instalaciones para responder a dicho citatorio.

Manifestaron no haber planeado el embarazo, pero al recibir la noticia fue deseada, a pesar de ello, la madre se sentía angustiada y el padre estresado porque él ya quería que vivieran en una casa propia ya que ella aún vivía con sus padres; entre el 6to y 7mo mes de embarazo, el padre tuvo que irse a vivir a otro estado de la República debido a que le ofrecieron trabajo, la madre manifiesta haberse sentido sola y estresada cuando el padre de la niña también presentaba signos de estrés. Según explicaron, no hay antecedentes de condiciones mentales en la familia de ambos padres, madres y/o cuidadores en hasta tres generaciones atrás.

El parto fue a la semana 40 de gestación, sin factores de riesgo, su alimentación fue adecuada, sin alteraciones en los principales hitos del desarrollo, desde los 6 meses la niña contaba con recámara propia, su dinámica familiar podía cambiar mucho si se trataba de convivir con mamá o con papá, sin embargo, la mayor parte del día estaba en casa de los abuelos maternos ya que ahí tienen un taller de trabajo en el que la madre laboraba (hasta la actualidad).

Hasta antes de los 2 años no presentaba llanto excesivo o problemas para dormir, pero cumplida dicha edad había algunas noches en las que se despertaba gritando sin causa aparente, esto duró aproximadamente 4 meses, decía ver un pájaro negro; además notaron cambios drásticos temperamentales, impulsividad, le costaba socializar con otros niños y niñas y relacionarse con sus padres, se empezó a enfermar de manera frecuente.

A los 3 años ingresó a una escuela dirigida por una sola maestra para un grupo de niños y niñas de diversas edades, a partir de ello los padres, observaron que la niña adoptó una manía de morderse las uñas ya que una niña con la que se relacionaba usualmente realizaba esta acción. Observaron que tenía dificultades en la percepción espacial para diferenciar la derecha de la izquierda o adelante y atrás y tuvo un retroceso en el control de esfínteres ya que usualmente se orinaba y pedían cambios de ropa, hasta la actualidad hay momentos en los que evita ir al baño y aguanta mucho la necesidad de orinar.

En este periodo escolar, una compañera de clase le llamaba “fea, no te quiero, no te junto” y la respuesta conductual de la niña ante tal experiencia empezó a ser agredir de manera física a dicha compañera.

La maestra no reportó mal comportamiento, sin embargo, los padres se dieron cuenta de que la niña se quedaba muy concentrada en una actividad cuando la realizaba y si le pedían hacer algo distinto se molestaba lo que dificultaba que atendiera a las indicaciones.

En la actualidad, la niña atraviesa episodios de frustración que acaban en berrinches “por casi nada”, lo justifican argumentando que era una niña muy consentida por su abuelo materno ya que era a quien más frecuentaba debido a que ambos padres, tenían que dedicarse a sus actividades laborales.

Los padres la describen como posesiva en cuanto a los juegos y juguetes con los que se desenvuelve, pues no le gusta compartir, tiende a querer que todos sigan sus ideas. La describen como opositorista, desafiante y “respondona”.

A pesar de esto, tiene buena interacción con los niños y niñas en general, aunque su socialización sigue siendo selectiva, usualmente prefiere los juegos motrices como jugar a correr (no han observado un patrón de “accidentes constantes” ni dificultad motriz) y se relaciona mejor con niños y niñas más grandes, con los bebés es un tanto ambivalente, en cuanto detecta que mamá o papá tienen atención hacia otros niños y niñas ella empieza a tener conductas de una niña más pequeña.

En cuanto a los aspectos temperamentales y emotivos de la personalidad de la niña, la madre manifiesta que su hija es una niña decidida y ordenada, el padre contradice con respecto a ser ordenada ya que declara que en la actualidad ellos como padres se han vuelto más desordenados y la niña ha empezado a imitarlo, por otra parte acepta que es una niña decidida y “fuerte”, firme en sus convicciones con lo que quiere y con lo que no, la califica como sentimental ya que recuerda cuando alguien la molestó o la hizo sentir mal, también la describe como tierna, cariñosa, atenta cuando se trata de aprender números, letras, etc., y divertida.

Perciben que suele llorar mucho cuando va a casa de los abuelos maternos, agregan que no le gusta escuchar nada estruendoso, la caracterizan como una niña independiente y sensible a las palabras, ruidos fuertes y a los cambios drásticos de rutina.

En cuanto a Experiencias Adversas en la Infancia se encontró que atravesó algunos eventos importantes, tales como: violencia intrafamiliar (usualmente agresiones verbales y empujones entre los padres), Bullying (cuando tenía 3 años y asistía a la escuela “informal”, aunque no lo establecieron como esta categoría), Separación de los padres (en el momento de embarazo y también cuando tenía cerca de 1 año o 2).

En cuanto a las problemáticas expresadas por la familia explican que la disciplina utilizada con la niña es, tanto permisiva como autoritaria, por lo que su respuesta ante las normas suele ser que, cuando ella quiere hacer algo y la respuesta que obtiene es “no”, aparece un episodio de enojo. En ese sentido, hay límites distintos entre lo que establece el padre y lo que establece la madre pues no logran establecer acuerdos sobre lo permitido o no permitido.

Refieren que han utilizado el tiempo fuera como medida consecutiva al episodio de berrinche que se manifiesta en la niña, la manera en que lo implementan es ignorando el berrinche y explicarle que no le hablarán hasta que se calme y se retiran del lugar.

Ambos padres manifestaron preocupación por el comportamiento de su hija ya que lo describieron como “su enojo que tiene de pronto con las cosas la hace no escuchar, y eso pueda causarle algún problema, que no escuche y solo quiera hacer su voluntad”, el padre agrega que le preocupa que tenga problemas de autoestima y ello afecte en sus relaciones sociales, sobre todo cuando entre a la escuela, ambos enfatizaron que el principal problema que enfrenta su hija es lo relacionado a su estabilidad emocional.

Caso CTIE02

Por medio de mi asesora de prácticas, la Procuraduría Estatal de Protección de Niños y niñas, Niñas y Adolescentes, se puso en contacto para derivar a una familia más que contaba con los criterios de inclusión para el presente protocolo de investigación.

A partir de ello se contactó por vía telefónica a la madre de familia quien fue muy colaborativa y comentó que estaba teniendo algunas dificultades para criar a su hijo de 6 años, y que estaba dispuesta a que agendáramos una entrevista para conocer más del caso.

El día de la entrevista inicial, la madre llegó muy alterada comentando que si sabíamos por qué ella se encontraba ahí y por qué el DIF la había derivado con nosotros. Según explicó, esta no era la primera vez que la derivaban a un proceso terapéutico, y en esta última ocasión sucedió que una vecina denunció que maltrataba a su hijo debido a que reiteradamente escuchaba gritos en casa (esta tampoco era la primera vez que dicha vecina realizaba tal acto pues la madre expresó que cada vez que ocurría algún suceso de este tipo, el DIF la mandaba llamar o asistían a su domicilio), es así que el DIF asiste a su casa y la revisan completamente, la derivan nuevamente a seguir con un proceso terapéutico y así la derivan con nosotros.

Los padres del niño están separados desde que la madre estaba embarazada, pero el niño convive de vez en cuando con su papá, aunque la madre comenta que la calidad de la relación no es buena.

Su papá se desempeña como gerente de producción es 6 años mayor que la madre del niño y él ya tiene otra pareja, no tiene ningún padecimiento mental y goza de buena salud física. La madre del niño es supervisora de una tienda de trajes de baño, tiene licenciatura concluida, define su salud física como buena, pero con problemas para dormir y algunas manifestaciones de estrés, aunque niega vivir con sintomatología de algún trastorno mental ni tampoco tiene diagnóstico de alguno, por lo que niega antecedentes de psicopatologías en la familia de ambos padres en hasta tres generaciones atrás.

El niño es hijo único y junto con su mamá, viven en casa de la abuela materna (mamá del niño) quien también es la cuidadora primaria de él.

Fue un embarazo no planeado, la madre tenía la esperanza de formar una familia con el padre de su hijo, quien usualmente era posesivo y no se

responsabilizó de la situación hasta el punto de regresar con su expareja, dejándola continuar con el embarazo sola.

Durante el periodo prenatal su ginecólogo detectó riesgo latente de preclamsia, le dio medicamento para que maduraran los pulmones del bebé y tuvo infección en el estómago para lo cual la derivó con una nutrióloga. La madre no consumió ningún tipo de sustancia nociva o que pusiera en riesgo al bebé.

El nacimiento fue realizado a través de cesárea debido a la presencia de sufrimiento fetal por una infección en el estómago de la madre, nació a las 36 semanas. El bebé no requirió RCP, pero sí incubadora durante 1 día completo, posteriormente tuvo un brote de salpullido que fue tratado por varios métodos: imanes, “chochos”, tratamientos naturistas, etc., además presentaba moretones en la piel, en sus manos y tenía los ojos y genitales hinchados.

A los 6 meses le detectaron alergia a la leche, por lo que ahora tenía que consumir leche a base de arroz, durante 1 año completo le retiraron consumo de papillas gerber, galletas y jugos (desde entonces, visita periódicamente al alergólogo para actualizar la dieta que debe seguir), por otra parte, el niño lloraba con frecuencia, no tenía problemas para dormir, pero desde entonces lo define como muy consentido en todo lo que se le daba.

En cuanto a su desarrollo motriz, la madre recuerda que logró sostener su cabeza alrededor de los 5 meses, caminó al año y medio aproximadamente, gateó muy poco a los 8 meses, controló esfínteres completamente a los 4 años.

En el periodo de 3 a 6 años no tuvo ningún problema de hiperactividad o retrasos en el desarrollo motriz y del lenguaje, sólo manifestó dificultad para pronunciar la “r”, su juego simbólico podía durar hasta más de 1 hora, sin embargo, tenía tendencia a ser oposicionista, desafiante, tener obsesiones, rituales y conductas autolesivas cuando estaba muy enojado, podía ser muy perfeccionista,

no puede lidiar con la frustración y no sabe esperar, quiere todo en la inmediatez; no manifestó accidentes constantes, la madre observó que no le gustaba ir al baño en espacios externos, por lo que una vez ingresado en el preescolar tenía que ponerle pañal porque se aguantaba hasta llegar a casa para hacer.

En cuanto a relacionarse con sus pares, antes de los 4 años era retraído, después de ello ya no, socializaba más con los niños,

A los 5 años el niño agredía a su madre, la mordía o le daba patadas, provocando que ella terminara en llanto, en el área de alimentación su dieta empezó a ser más variada, pues se incluyeron a su consumo más frutas, verduras y pollo, de acuerdo con las indicaciones del alergólogo.

Su experiencia escolar fue buena, en el preescolar no tenía problemas de comportamiento, aunque lo catalogaban como “mandón”, con la pandemia, de acuerdo con la madre, el niño “se desmoronó” y presentó resistencia para levantarse y su manera para que hiciera las cosas era “amenazándolo con quitarle la Tablet”.

En la actualidad, de acuerdo con la descripción de la madre, el niño pide todo ordenando incluso cuando juegan él quiere ser el que manda, suele ser un niño perfeccionista que no puede regular su frustración, no sabe esperar y quiere las cosas de manera inmediata, esto le ha generado sentir preocupación por el futuro ya que expresa que se podrían generar otras problemáticas por no “controlarlo” en esta etapa.

Agregó tener problemas para ponerle límites, pues es un niño consentido por su abuela, puesto que viven con ella y es con quien pasa mayor parte del tiempo, ya que la madre trabaja hasta muy tarde.

En tanto a las órdenes que da la madre en casa, el niño suele ser respondón pues dice “¿qué soy tu sirviente?” y no cumple con la instrucción dada,

sobre todo si está su abuelita no suele ser colaborativo, comentó que hubo un tiempo en el que sus berrinches duraban hasta 20 minutos, aun cuando ella utilizaba castigo físico para controlarlo el niño seguía insistiendo, en un tiempo utilizó el abuso emocional de manera que golpeaba la mesa con una cuchara y detectó que el sonido pasmaba al niño, y que así se quedaba quieto.

Entre otras de las experiencias adversas que vivió el niño, tomando en cuenta los últimos acontecimientos antes descritos, se encuentran separación de los padres. Aunque no fue expresado por la madre, su descripción nos parece ser compatible con un abuso emocional crónico, principalmente evidenciado por el uso de amenazas graves como medio de control de la conducta, debido a que la madre empezó a amenazarlo con que el DIF se lo iba a llevar si seguía haciendo berrinches.

Agregó nuevamente que su hijo “era un niño mimado”, que en sesiones anteriores con una psicóloga del DIF le explicaron que el niño tenía “el síndrome del niño emperador” pues “sentía que todos debían atender a sus demandas cuando él las pidiera”, que “exageraba mucho sus berrinches pues apenas con el más mínimo ‘no’ que obtuviera por respuesta él ya se encontraba gritando, llorando, etc.”

Anteriormente había estado en otros programas como la Escuela para Padres, sin embargo, sólo le ponían algunos vídeos de los que luego tenía que responder preguntas, pero no había una intervención más profunda con ella y su hijo, abandonó dicho proceso y permaneció únicamente asistiendo con la psicóloga del DIF de la que luego también dejó de asistir porque tuvieron “algunos problemas”.

Previo a estos acontecimientos con el DIF, la madre ya había asistido con una psicóloga de manera personal y voluntaria ya que tenía algunos conflictos con su maternidad y en relación con su propia persona y a su historia personal.

5.1.2.Resultados de la evaluación previa a la intervención

Los resultados obtenidos en ambas familias pueden observarse de manera resumida en la tabla 11 donde se retoman los puntajes clínicos y los puntajes obtenidos por cada una de ellas.

SESBI-R

Para el caso de MAE01 dado que era una niña no escolarizada se buscó que la “maestra” de apoyo con la que había asistido diera respuesta a este cuestionario a partir de lo que había observado en su estancia, la frecuencia de los problemas de conducta se encuentra dentro del límite del puntaje clínico, mientras que el número de problemas no; en el caso de CTIE02 ninguna de las dos subescalas pertenece al puntaje clínico sugerido por el manual (tabla 9).

ECBI

En esta prueba la frecuencia de los problemas identificados por la madre del caso MAE01 no muestra un puntaje clínico (94/131) y el número de problemas se encuentra en el límite clínico (15/15), por su parte el padre del mismo caso inicia con puntaje clínico en la frecuencia de los problemas de conducta (140/131) y en el número de problemas (27/15). En el caso de la madre de CTIE02 no obtuvo puntaje clínico para frecuencia de los problemas (116/131), pero sí para la subescala de número de problemas apenas rebasando el límite clínico (17/15).

PSI-SF

En las subescalas de estrés parental para la mamá de MAE01 se encontró que la sub-escala de estrés parental (EP) tuvo el puntaje más alto (percentil 95), lo que indica que el estrés experimentado por la madre podría obstaculizar su desempeño y funcionamiento normal. Además, el puntaje de escala total (ET) refuerza que la madre experimentaba niveles clínicamente significativos de estrés, por otra parte, las sub-escalas de Interacción Disfuncional Padres-Niños (IDP-N) y Niño Difícil (ND) se localizaron en la categoría de Estrés adecuado (percentil 50 y

80 respectivamente) aunque este último estaba en el límite de dicha categoría (véase *tabla 9*).

En el papá de MAE01 la sub-escala con puntaje más alto es la Interacción Disfuncional Padres-Niños (IDP-N, correspondiente al percentil 99+), por otra parte, se estimó alto estrés en la subescala de Niño Díficil (ND) y en Escala total (percentil 85 y 95 respectivamente), a pesar de que la escala de estrés parental se encontraba en la categoría de estrés adecuado se deduce, a partir de la entrevista anamésica que, el padre se enfrentaba a retos constantes debido al temperamento fuerte de su hija.

En el caso de la mamá de CTIE02 las cuatro subescalas se ubican en alto estrés, por tanto, el estrés experimentado por la madre podría estar obstaculizando su funcionamiento normal en la parentalidad.

Tabla 11. Resultados pre-intervención en la PCIT					
Prueba	Sub-escala	Puntajes clínicos	CASO		
			Mamá MAE01	Papá MAE01	Mamá CTIE02
SESBI-R	Frecuencia de problemas de conducta	>151	151		87
	Número de problemas de conducta	>19	12		0
ECBI	Frecuencia de problemas de conducta	>131	94	140	116
	Número de problemas de conducta	>15	15	27	17
PSI-SF	EP	Alto estrés (≥ 85)	95	70	95
	IDP-N	Estrés adecuado (25-80)	50	99	99
	ND		80	85	99
	ET	Bajo estrés (≤ 25)	90	95	99

La tabla 11 muestra los resultados obtenidos en ambas familias previo a la intervención, se encuentran sombreados en color gris aquellos puntajes que correspondieron a los puntajes clínicos de acuerdo con cada prueba aplicada.

Codificación de las habilidades hacer y no hacer en CDI

Como se observa en la tabla 12, ninguna de las familias tenía el nivel que se espera alcanzar como “maestría” en las habilidades parentales “hacer” que se entrenan durante la primera fase de la PCIT. Se observa además que a pesar de utilizar “elogios” estos eran del tipo general como “muy bien”, en ambas familias la conducta de “preguntas” tiene la puntuación más alta pues era la manera que tenían de “reafirmar” lo que sus hijos les decían. Las críticas y sarcasmos fueron más altas en la madre del caso CTIE02 del que se tomaron algunas reacciones gestuales que tenía y que podrían interpretarse de manera negativa ante lo que hacía o decía su hijo.

Tabla 12. Resultados DPICS-III Previo a la intervención en la PCIT						
Caso	Habilidades					
	Hacer			No hacer		
	Elogios	Parafraseos	Descripción	Preguntas	Órdenes	Críticas y Sarcasmos
MAMÁ MAE01	1	1.66	0.66	13.33	2	1.66
PAPÁ MAE01	4.33	3.66	2	10.33	8	1.33
MAMÁ CTIE02	3.33	0.66	3.66	8.66	3	8.33

Se muestran en gris oscuro aquellos puntajes que sobrepasaban el puntaje clínico para aquellos comportamientos que no debían hacerse durante el juego (el puntaje clínico corresponde a que la suma de preguntas+órdenes+críticas o sarcasmos no debe ser mayor a 3).

5.1.3.Resultados durante la intervención

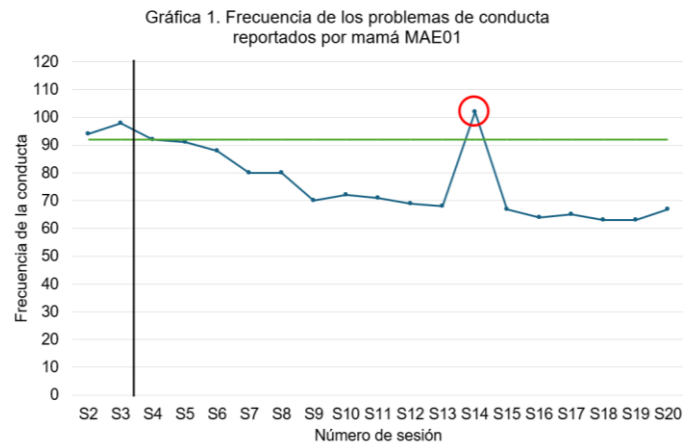
En las siguientes gráficas se observan los resultados obtenidos durante las evaluaciones de CDI y PDI a través de los instrumentos ECBI, DPICS-III y la codificación de instrucciones efectivas en ambas familias.

ECBI

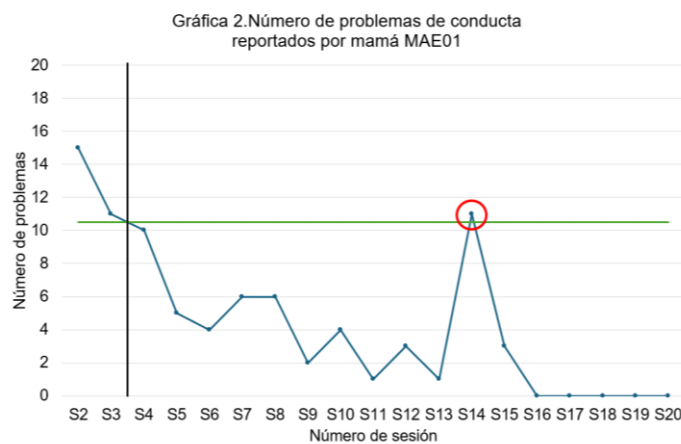
A continuación, se muestran los puntajes obtenidos en los 2 casos representados a través de gráficas que contienen el progreso de los padres a lo largo de cada intervención. En la línea azul se muestran los puntajes obtenidos de acuerdo con la percepción de los padres sobre la frecuencia o número de los problemas (de acuerdo con cada gráfica), la línea negra divide a las sesiones previas a la intervención y a las posteriores, y los círculos rojos a aquellos puntajes que estuvieron por encima de los puntajes clínicos obtenidos durante la intervención cuyos fines estadísticos se describen a continuación.

Se utilizó el Percentage of All Non-overlaped Data (PAND) para saber si el tratamiento estuvo asociado a puntajes más bajos tanto en la frecuencia como en el número de problemas de conducta.

Para el caso de la mamá de MAE01 el resultado señala que esta relación es estadísticamente significativa para la frecuencia (PAND=0.89, $\Phi=0.792$, $p=0.001$), y para el número de problemas de conducta (PAND=0.89, $\Phi=0.793$, $p=0.003$) (véase *gráfica 1* y *gráfica 2*).



S= Número de sesión de la intervención



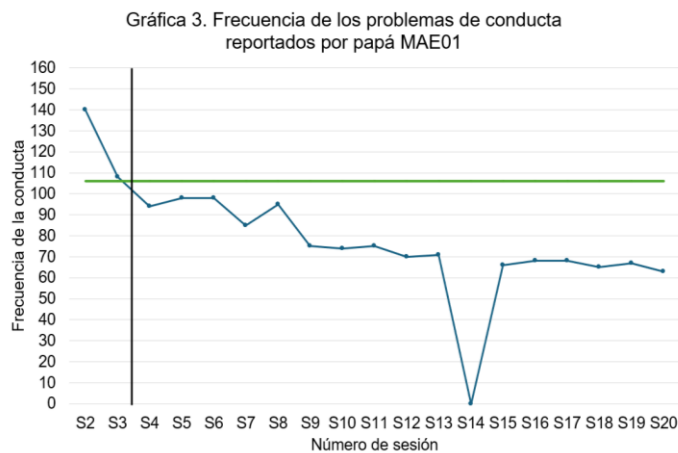
S= Número de sesión de la intervención

Cabe mencionar que en la sesión 14 (S14) donde se observa que aumenta la frecuencia y el número de problemas de conducta, podría explicarse debido a que, según compartió la madre durante la retroalimentación inicial, el papá de la niña se había ausentado puesto que tuvo que visitar a su familia nuclear y salió de viaje a otra ciudad, el contacto con la niña sólo fue a través de videollamadas cortas en las cuales, de acuerdo con la madre, la interacción no era de calidad; aunque se

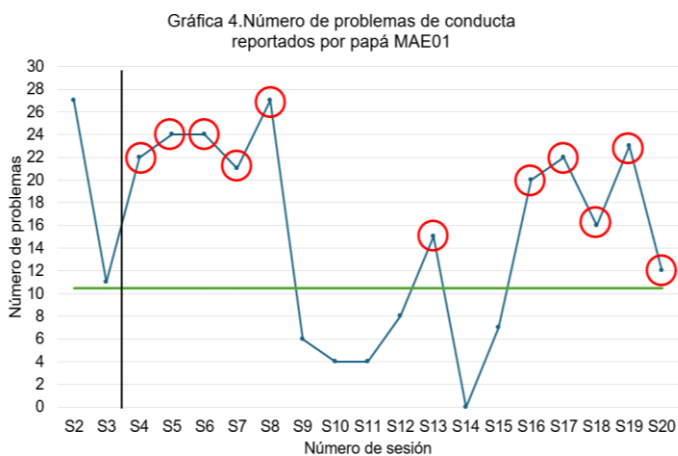
recomendó al padre hacer el juego a través de videollamada, no le fue posible hacerlo, sólo usar elogios específicos con la niña y parafraseo durante la conversación. En esta sesión a la cual sólo asistió la madre, la niña tuvo “accidentes” constantes que terminaban en llanto y tuvo un comportamiento complicado, no quería jugar, se mostraba molesta, entre otros comportamientos.

En cuanto al padre de MAE01, de acuerdo con el PAND para saber si el tratamiento se asoció a puntajes más bajos de la frecuencia y número de problemas se encontró que esta relación es estadísticamente significativa sobre la frecuencia de los problemas de conducta ($PAND=1$, $\Phi=1$, $p=0$), pero no en el número de problemas de conducta ($PAND=-0.222$, $\Phi=0.219$, $p=0.352$) (véase *gráfica 3 y gráfica 4*).

Basado en el número de problemas de conducta, se observa que, pese a que hay una tendencia a la disminución de la percepción del padre sobre las conductas que representan un problema para él, en comparación con la primera evaluación realizada (S2), durante las sesiones S4 a S8 se mantuvo por encima del puntaje clínico, disminuyó de las sesiones S9 a S12 y nuevamente en la S13 se colocó en el puntaje clínico, cabe mencionar que el padre no asistió a la sesión 14 por lo que ésta no fue evaluada y ha sido representada con 0, a su regreso a las sesiones (S15) su puntaje se ubicó por debajo del puntaje clínico y nuevamente aumento a partir de la S16 hasta la S19 sin alcanzar el puntaje clínico.



S= Número de sesión de la intervención



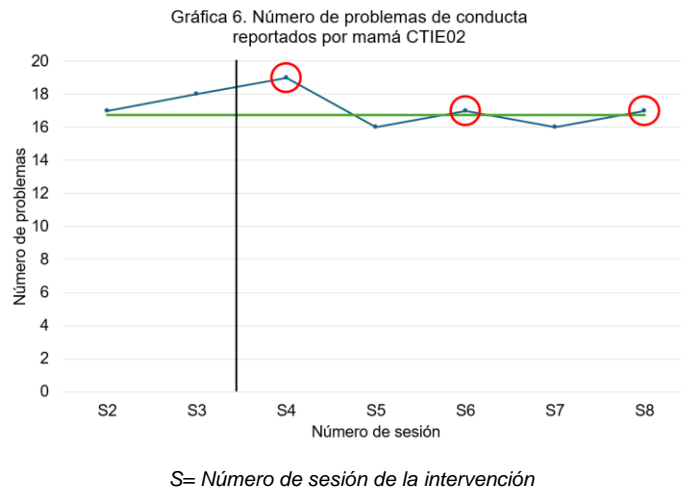
S= Número de sesión de la intervención

De acuerdo con lo evaluado en PAND para la mamá del caso CTIE02, como se observa en las gráficas 5 y 6, no hay diferencias estadísticamente significativas en la relación al tratamiento con puntajes más bajos sobre la frecuencia de los problemas de conducta ($PAND=0.43$, $\Phi=0.548$, $p=0.147$) ni en el número de problemas de conducta ($PAND=-0.714$, $\Phi=0.73$, $p=0.053$)

En lo que respecta al puntaje para número de problemas se mantuvo en puntaje clínico, por su parte, aunque la subescala de frecuencia de los problemas de conducta no alcanzó el puntaje clínico, sesión tras sesión la madre expresaba que su hijo era muy complicado y que las condiciones en las que vivían posiblemente hacían que muchos comportamientos problemáticos del niño perduraran a pesar de sus esfuerzos.

Para este caso se recuperan los datos hasta la sesión 8 debido al abandono del proceso terapéutico por causas de salud del menor que dificultaron la asistencia de ésta diada.





Codificación de habilidades parentales (hacer y no hacer)

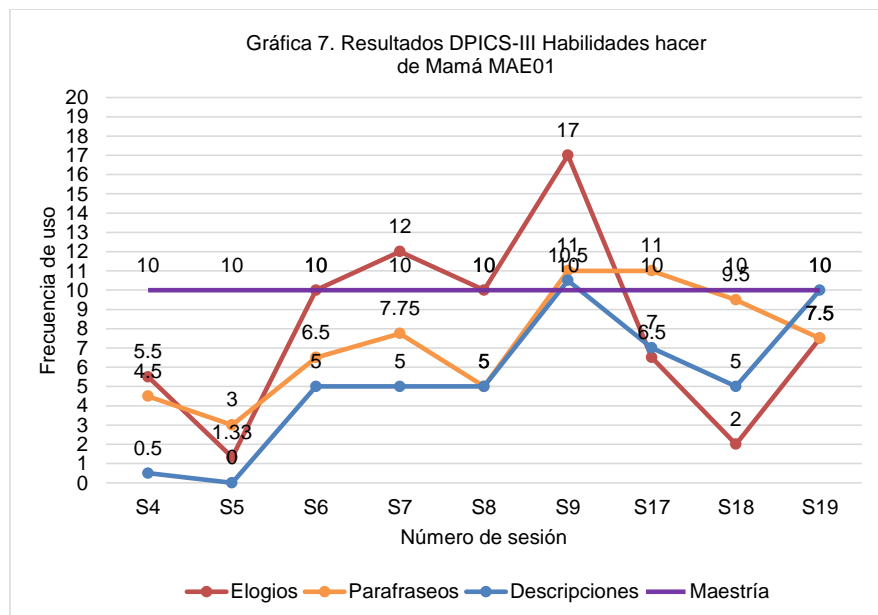
Se muestra a continuación, los resultados de la codificación semanal, a través del instrumento DCPIS-III, de las habilidades parentales entrenadas para CDI, tanto las que se sugiere hacer, como las que se sugiere evitar o no hacer, las sesiones S4 a S9 corresponden a la segunda fase de este protocolo y las sesiones S15 a S19 para la tercera fase. En color naranja se muestran los elogios alcanzados, en verde los parafraseos, en azul las descripciones y en morado la maestría.

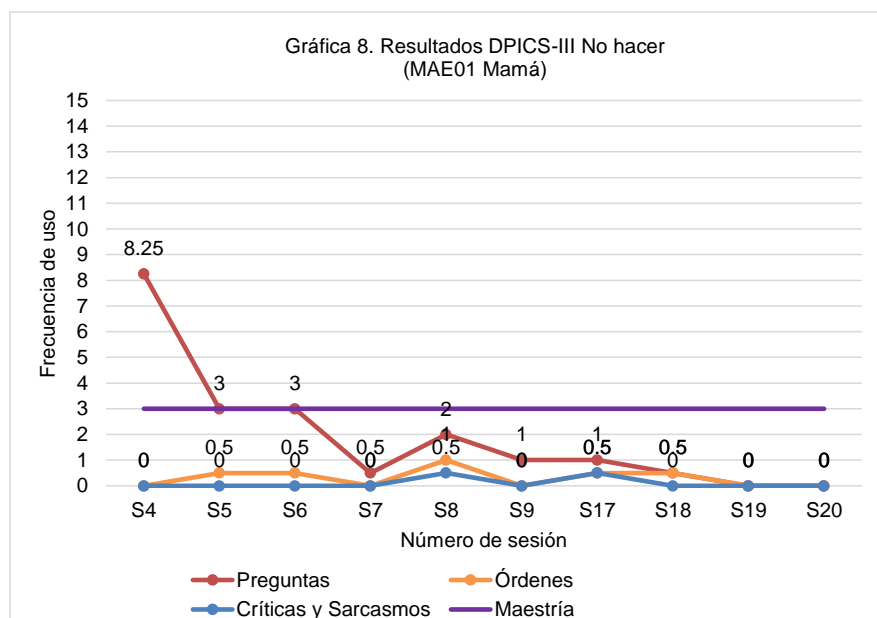
En las gráficas de los padres de MAE01 (gráfica 7, 8, 9 y 10) se muestran únicamente las sesiones en las que se realizó la codificación de las habilidades CDI dado que la S1 se trató de la entrevista, la S2 fue una evaluación previa a conocer las habilidades y la S3 se trató del teaching de CDI. De S4 a S9 se encontraba en la fase 2 del proceso de intervención correspondiente a CDI. Posteriormente de S10 a S12, que no se muestran en la gráfica, se encontraban en teaching de PDI, la S14 correspondió a un coaching de PDI que no implicaba codificación por lo que hasta la S15 este se realizó, la S16 tampoco requería codificación de acuerdo con el

manual, por lo que de la S17 a la S19 se retomó la codificación (con excepción de algunas modificaciones que se realizaron en las sesiones con el papá).

Como se observa en la gráfica 7 la madre alcanzó la maestría de elogios específicos a partir de la sesión 6 y tuvo una disminución en su uso en la sesión 15 (fase 3 en PDI), las habilidades que le implicaron más trabajo fueron parafraseos y descripciones en las que, en el parafraseo y descripción alcanzó la maestría hasta la sesión 9 (S9), sin embargo, a partir de entonces se mostró una tendencia a la disminución en la frecuencia de uso de los elogios y descripciones y aumentando su uso, nuevamente, hasta la sesión 19 (S19).

Por su parte en cuanto a los comportamientos de “no hacer” (Gráfica 8), se observa que el comportamiento que más utilizó fueron las preguntas, aunque en las retroalimentaciones ella explicaba que trataba de parafrasear, pero el tono de su voz estaba “acostumbrado” a emitirse en tono de pregunta, pese a ello, se mantuvo en el no uso para alcanzar la maestría a partir de la sesión 9 donde el objetivo había sido cumplido y, con ello, se daría paso a la fase 3 de este protocolo (PDI).

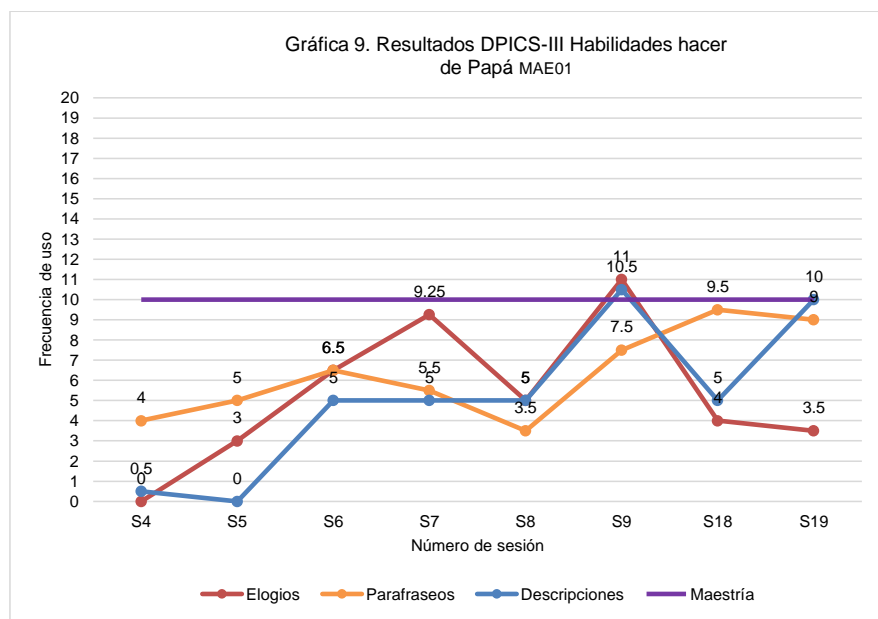


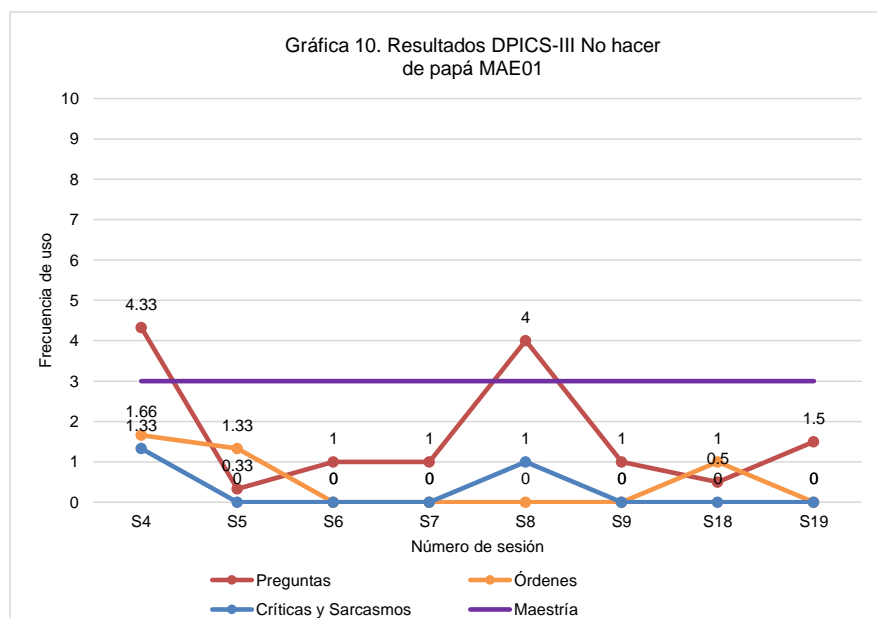


De acuerdo con la gráfica 9, donde se muestran los resultados del papá de MAE01, se observa una tendencia a aumentar el uso de los elogios, puesto que en parafraseos y descripciones las puntuaciones obtenidas variaban, en la S8 (en la cual se tenía planificado alcanzar la maestría para dar lugar a la fase de PDI) los resultados no fueron suficientes, incluso hubo una disminución en el uso de las habilidades en comparación con lo obtenido en la sesión anterior (S7), ello llevó a que él tuviera una sesión extra de CDI (S9) para que pudiera "alcanzar la maestría" en el uso de las habilidades (elogios, parafraseos y descripciones).

Por otra parte, como se observa en la gráfica 10, en cuanto a la codificación de comportamientos "no hacer", hay una tendencia a disminuir el uso de críticas y sarcasmos y órdenes, en cambio, aunque las preguntas también mostraban tendencia a disminuir, tuvieron un aumento en su uso en la S8, pese a esto, de la sesión 5 a la 7 (S5 a S7) y de la 9, 18 y 19 el objetivo de no usar más de 3 de éstos comportamientos en suma (preguntas+órdenes+críticas y sarcasmos no mayor a 3) se cumplió.

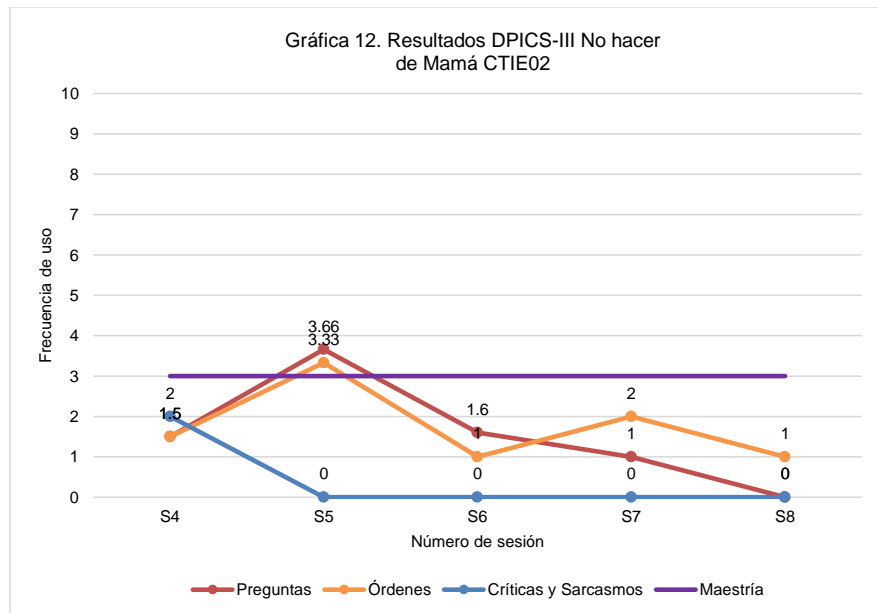
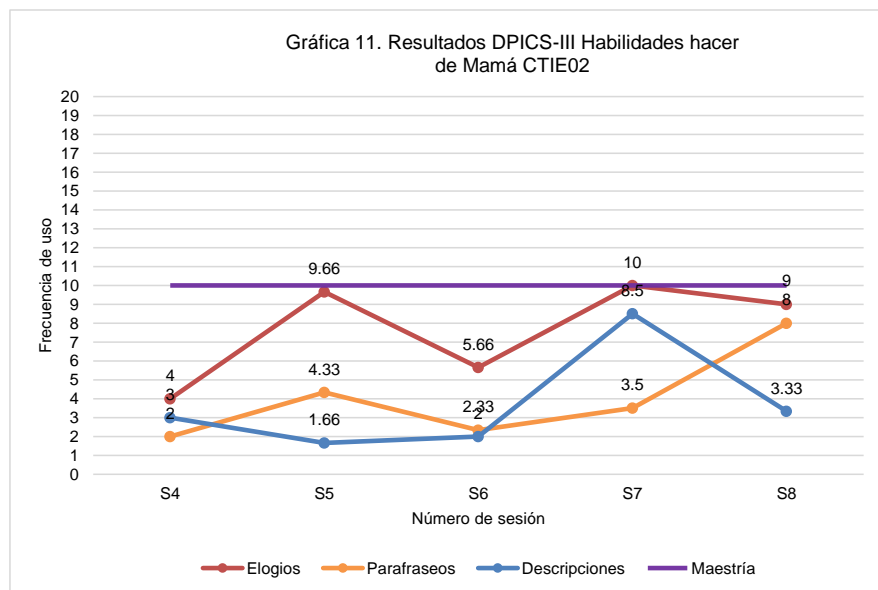
Además, según se observa en las gráficas 9 y 10 se muestran únicamente las sesiones en las que se realizó la codificación de las habilidades CDI dado que la S1 se trató de la entrevista, la S2 fue una evaluación previa a conocer las habilidades y la S3 se trató del teaching de CDI. De S4 a S9 se encontraba en la fase 2 del proceso de intervención correspondiente a CDI, de la S10 a S12 se encontraban en teaching de PDI, la S14 correspondió a un coaching de PDI que no implicaba codificación, en la S15 no hubo codificación ya que el padre asistió a la sesión, pero se encontraba enfermo y decidió no pasar, en la S16 había un desfase dado que no había asistido por lo que sólo se hizo coaching de PDI retomando la codificación en la S18.





Se observa en las gráficas 11 y 12 los resultados obtenidos por la madre de CTIE02, sólo se muestran hasta la S8 debido al abandono del proceso en la terapia. En lo que refiere a las habilidades hacer (gráfica 11) de la S4 a la S5 hubo un aumento en el uso de elogios y parafraseos donde éstos primeros estaban por alcanzar el nivel de maestría, sin embargo, para la S6 disminuyó el uso de las tres habilidades codificadas y nuevamente aumentó su uso para la S7 donde, para la S8, a pesar de que disminuyó el uso de éstas, los elogios y parafraseos se mantuvieron cerca del objetivo de la maestría. El uso de descripciones y parafraseos eran los menos utilizados (con excepción de lo obtenido en la S7 y S8).

En lo que respecta a los comportamientos "no hacer", durante las sesiones S4 a S8 el uso de las órdenes se mantuvo, se dejaron de utilizar las críticas y sarcasmos a partir de la S5 y las preguntas, aunque tuvieron un aumento en la S5 mostraron tendencia a ya no usarlas durante la codificación.



Codificación en PDI

En las tablas 13 y 14 se muestran los porcentajes obtenidos por los padres de MAE01 en la codificación del proceso PDI. De acuerdo con el manual de la PCIT (Eyberg 1998), se espera que los padres dominen en un 75% las habilidades parentales necesarias en esta fase.

Como se observa en la tabla 13 la madre de MAE01 se muestra una tendencia a cumplir con, igual o mayor al 75% del uso efectivo de las instrucciones y de la secuencia propuesta para esta fase, con excepción del cumplimiento de la niña en la S19 y la Secuencia Efectiva de ésta misma sesión.

Sin embargo, ya en la S20 (sesión de graduación) se muestran porcentajes satisfactorios que indican el dominio de estas habilidades y con ello, el término de la terapia.

Por su parte el papá, pese a no haber asistido a la S14, se le realizó evaluación de las habilidades en la S15 donde mostró dominar el número de instrucciones, aunque no de la estructura de éstas (instrucción efectiva) y, por consecuente, tampoco del uso de elogios específicos en el cumplimiento de las instrucciones de la niña. A partir de la S17 se muestra una tendencia a cumplir con, igual o mayor al 75% en la evaluación de NI, C, SE puesto que en el resto de los rubros a evaluar no se alcanzó el porcentaje necesario de maestría, pese a esto último, en la S20 se dio por concluida la terapia.

Tabla 13. Evaluación PDI Mamá MAE01					
Sesión	Evaluación				
	NI	IE	C	EE	SE
S13	NO SE CODIFICA				
S14	50%	33%	100%	25%	50%
S15	50%	41.5%	50%	37.5%	50%
S16	NO SE CODIFICA				
S17	100%	83%	100%	100%	100%
S18	100%	100%	100%	87.5%	100%
S19	75%	75%	50%	75%	62.50%

Tabla 14. Evaluación PDI Papá MAE01					
Sesión	Evaluación				
	NI	IE	C	EE	SE
S13	NO SE CODIFICA				
S14	NO ASISTIÓ				
S15	100%	66%	100%	25%	100%
S16	NO SE CODIFICA				
S17	100%	75%	100%	13%	100%
S18	100%	75%	100%	13%	100%
S19	75%	66.50%	75%	50%	75%

S20	100%	91.5%	100%	87.5%	100%		S20	75%	69%	75%	25%	75%
-----	------	-------	------	-------	------	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

NI=Número de instrucciones; IE= (Instrucción efectiva = Razón + Amabilidad + Instrucción directa), C=Cumplimiento; EE=Elogio específico; SE=Secuencia Efectiva.

5.1.4.Resultados de la evaluación posterior a la intervención

La intervención del caso MAE01 tuvo una duración de 20 sesiones, el caso CTIE02 8 sesiones, en la tabla 15 se retoman los resultados obtenidos previo a la intervención y posterior a la intervención para los instrumentos SESBI-R, ECBI y PSI-SF, en gris se resaltaron aquellos puntajes obtenidos que mostraban puntajes clínicos de acuerdo con los estándares de cada uno de los instrumentos, es así que, al compararlos con lo obtenido después de la intervención ya no hay puntajes que se encuentren dentro del puntaje clínico.

Tabla 15. Resultados previo y posterior a la intervención en la PCIT								
Prueba	Sub-escala	Puntajes clínicos	ANTES			DESPUÉS		
			Mamá MAE01	Papá MAE01	Mamá CTIE02	Mamá MAE01	Papá MAE01	Mamá CTIE02
SESBI-R	Frecuencia de los problemas de conducta	151	151		87	11		N/A
	Número de problemas de conducta	19	12		0	2		
ECBI	Frecuencia de los problemas de conducta	131	94	140	116	67	63	
	Número de problemas de conducta	15	15	27	17	0	12	
PSI-SF	EP	Alto estrés (>=85)	95	70	95	35	10	
	IDP-N		50	99	99	75	55	
	ND	Estrés adecuado (25-80)	80	85	99	30	60	
	ET	Bajo estrés (<=25)	90	95	99	50	30	

En la tabla 15 se observan en color gris se resaltan aquellos puntajes obtenidos que alcanzaron el puntaje clínico.

En cuanto a los resultados del PSI-SF, de la mamá de MAE01 las cuatro subescalas del instrumento obtuvieron resultados que indican niveles de estrés adecuado, en cambio el padre sólo muestra este nivel para las subescalas IDP-N, ND y ET puesto que para la subescala EP el resultado indica bajo estrés.

Pese a estos resultados, al culminar el proceso terapéutico, el padre hizo hincapié en que los principales motivos de su estrés eran por factores externos a la crianza (ámbito laboral, económico, de pareja, entre otros), pero que afectaban su desempeño como padre.

Resultados DPICS-III

En la tabla 16 se retoman los resultados obtenidos en la primera y última evaluación del DCPICS-III para ambas familias donde se observa que ambos padres de la familia de MAE01 aumentaron la frecuencia de uso en los elogios, parafraseos y descripciones y disminuyeron el uso de preguntas, órdenes y críticas y sarcasmos, la madre logró la maestría en parafraseos y descripciones y el padre en elogios y parafraseos.

Para el caso de la mamá de CTIE02 no hay resultados posteriores debido al abandono del proceso.

Tabla 16. Resultados DPICS-III Posterior a la intervención de la PCIT

Tabla 16. Resultados DPICS-III Posterior a la intervención de la PCIT												
Caso	ANTES						DESPUÉS					
	Habilidades											
	Hacer			No hacer			Hacer			No hacer		
	Elogios	Parafraseos	Descripción	Preguntas	Órdenes	Críticas y Sarcasmo	Elogios	Parafraseos	Descripción	Preguntas	Órdenes	Críticas y Sarcasmo
MAMÁ MAE01	1	1.66	0.66	13.33	2	1.66	8.5	11	10.75	0	0	0
PAPÁ MAE01	4.33	3.66	2	10.33	8	1.33	10.25	12.5	8.33	0	0	0
MAMÁ CTIE02	3.33	0.66	3.66	8.66	3	8.33	NO APLICA					

5.2. Intervención grupal: Un taller psicoeducativo “Vida, Estrés y Crianza”

El taller se aplicó en un total de 3 ciclos, el primer ciclo se llevó a cabo de Marzo a Junio de 2022, el segundo ciclo de Junio a Octubre de 2022 y el tercer ciclo de Noviembre de 2022 a Enero de 2023 (véase figura 3), se contó con la participación de 112 padres, madres y cuidadores inscritos de los cuales 44 dejaron de asistir y 68 culminaron el taller (véase figura 4), el ingreso de los participantes se realizaba en cualquier sesión, sin ser necesariamente la primera de la estructura diseñada, por lo que hubo padres que terminaron aún después del tercer ciclo.

Figura 3. Ciclo de aplicación del taller



Dado que el taller fue aplicado por motivos de investigación, en el consentimiento informado se estableció que la participación para responder al

cuestionario PSI-SF (consultar apartado 10.1 de elementos éticos) era opcional, por lo que de los 112 padres inscritos sólo 58 accedieron a responderlo, además se tomaron en cuenta sólo aquellos que tuvieran a su cargo niños o niñas con edades de 1 mes a 12 años edad (de acuerdo con las especificidades de la prueba PSI-SF), por su parte, al concluir, sólo se recopilaron 27 cuestionarios de los 68 cuidadores que culminaron el taller debido a la razón mencionada con anterioridad.

Figura 4. Recopilación de cuidadores inscritos, graduados y cuestionarios recopilados.



**Se recopilaron un total de 53 cuestionarios válidos debido a que 5 de ellos se invalidaron ya que quienes lo respondieron eran abuelos que atravesaban un proceso para tener la custodia de sus nietos, o bien, eran adultos que respondieron pensando en sus hijos (mayores de 20 años) y no en los niños con edades de un mes a 12 años. Los cuestionarios fueron obtenidos de los cuidadores inscritos de Marzo 2022 a Enero de 2023.*

***El periodo de cuestionarios de la post-intervención recopilados fue de Junio 2022 a Marzo de 2023 ya que se consideró desde la primera sesión hasta la última que cursaron los padres inscritos en el periodo Marzo-Diciembre 2022, considerando que muchos iniciaban desfazados a la primera sesión y se tenían que considerar, por lo menos, 8 sesiones cursadas para dar por terminado el taller.*

Por lo anterior, los resultados que se muestran a continuación están divididos en dos grupos: grupo A y grupo B, el primero analiza las respuestas del total de cuidadores que respondieron en la pre-intervención (53 cuidadores) y en la post-intervención (27 cuidadores), por su parte, en el *grupo B* se analizan las respuestas de un grupo extraído de dicha muestra en el que 20 cuidadores contestaron en la pre y la post-intervención, es decir, es el mismo cuidador que respondió antes y después de la intervención.

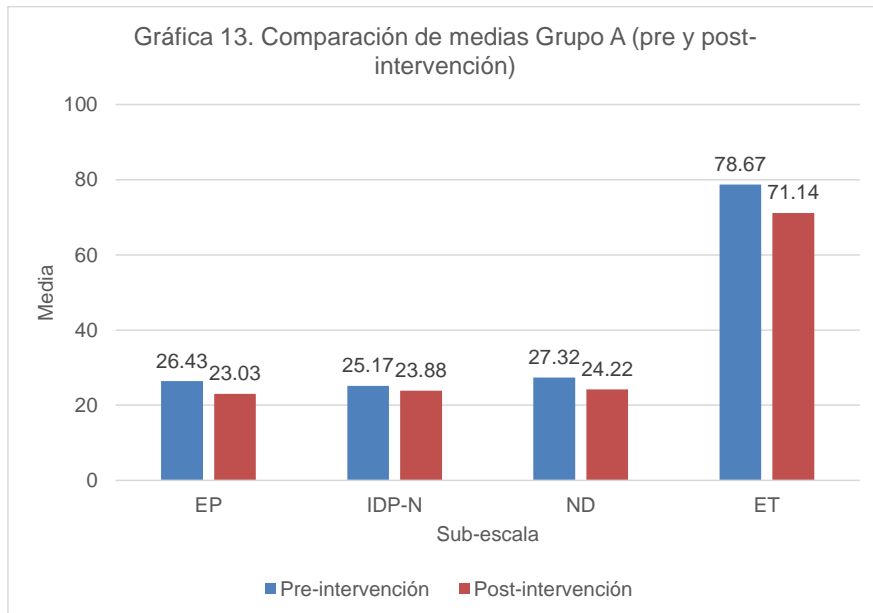
La preevaluación del grupo A se caracterizó por tener un total de 34 mujeres con promedio de edad de 34 años y 19 hombres con promedio de edad de 37 años, así mismo tenían 2 niños en promedio a su cargo con una edad promedio de 8 años y la post intervención de este mismo grupo contó con 20 mujeres y 7 hombres con edad promedio de 35 y 39 años respectivamente (el promedio y edad de niños a su cargo fueron iguales). Por su parte, el grupo B estuvo conformado por 20 participantes divididos en 16 mujeres y 4 hombres con edad promedio de 34 y 38 años respectivamente, con 2 niños a su cargo (en promedio) y con una edad promedio de 8 años (véase tabla 8).

Se utilizó el programa de análisis estadístico JASP V. 0.17.2.1 donde se realizó un Contraste T para Muestras Independientes (véase tabla 17 y 18) y se compararon las medias de los grupos (gráficas 13 y 14) para las 4 subescalas del PSI-SF.

Con respecto a los datos obtenidos para el grupo A, se compararon las medias de cada una de las subescalas del PSI-SF antes y después de la intervención encontrando en EP una media de 26.43 antes de la intervención y una media de 23.03 en la post-intervención (pre \bar{x} =26.43, post \bar{x} =23.03), en IDP-N una media de 25.17 antes de la intervención y una media de 23.88 después de la intervención (pre \bar{x} =25.17, post \bar{x} =23.88), en ND una media de 27.32 antes de la intervención y una media de 24.22 después de la intervención (pre \bar{x} =27.32, post

$\bar{x}=24.22$) y en ET una media de 78.67 antes de la intervención y una media de 71.14 después de la intervención (pre $\bar{x}=78.67$, post $\bar{x}=71.14$) (véase gráfica 13), sin embargo, a pesar de la tendencia a disminuir, no hay diferencia significativa entre los grupos en ninguna de las subescalas EP ($t=1.621$, g.l.=78, $p=0.109$), IDP-N ($t=0.631$, g.l.=78, $p=0.530$), ND ($t=1.602$, g.l.=78, $p=0.113$) y ET ($t=1.392$, g.l.=78, $p=0.168$) (véase tabla 17). Esto puede deberse a la diferencia en el tamaño de la población (N) de cada grupo (pre-intervención y post-intervención).

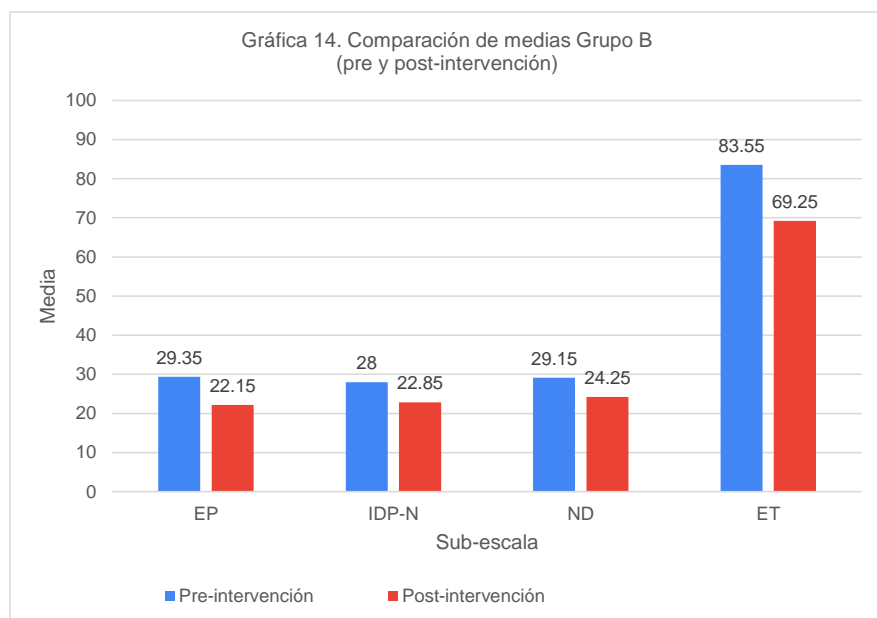
Tabla 17. Datos Descriptivos del Grupo A								
Subescala	Grupo	N	\bar{x}	DT	ET	t	g.l.	P
EP	1	53	26.43	9.72	1.33	1.621	78	0.109
	2	27	23.03	1.31	1.31			
IDP-N	1	53	25.17	1.19	1.93	0.631	78	0.530
	2	27	23.88	1.61	1.61			
ND	1	53	27.32	1.19	1.19	1.602	78	0.113
	2	27	24.22	1.34	1.34			
ET	1	53	78.67	3.36	3.36	1.392	78	0.168
	2	27	71.14	3.68	3.68			



Para el grupo B, se compararon las medias de cada una de las subescalas del PSI-SF antes y después de la intervención encontrando en EP una media de 29.35 antes de la intervención y una media de 22.15 en la post-intervención (pre \bar{x} =29.35, post \bar{x} =22.15), en IDP-N una media de 28.00 antes de la intervención y una media de 22.85 después de la intervención (pre \bar{x} =28.00, post \bar{x} =22.85), en ND una media de 29.15 antes de la intervención y una media de 24.25 después de la intervención (pre \bar{x} =29.15, post \bar{x} =24.25) y en ET una media de 83.55 antes de la intervención y una media de 69.25 después de la intervención (pre \bar{x} =83.55, post \bar{x} =69.25) (véase gráfica 11),

Con ello, se encontró que existen diferencias significativas en las subescalas EP ($t=3.207$, g.l.=38, $p=0.003$), ND ($t=2.282$, g.l.=38, $p=0.028$) y ET ($t=2.222$, g.l.=38, $p=0.032$), antes y después de la intervención, esto puede deberse a la homogeneidad de los grupos evaluados (véase tabla 18).

Tabla 18. Datos Descriptivos del Grupo B								
Subescala	Grupo	N	Media	DT	ET	T	gl	p
EP	Pre-intervención	20	29.35	7.96	1.78	3.207	38	0.003**
	Post-intervención		22.15	6.10	1.36			
IDP-N	Pre-intervención		28.00	9.21	2.08	1.836	38	0.074
	Post-intervención		22.85	8.39	1.87			
ND	Pre-intervención		29.15	7.42	1.67	2.282	38	0.028**
	Post-intervención		24.25	6.00	1.34			
ET	Pre-intervención		83.55	23.20	5.18	2.222	38	0.032**
	Post-intervención		69.25	17.02	3.80			



6. Discusión

El objetivo de este estudio consistió en conocer los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (PENNA) y dio como resultados:

En la intervención individual: Una disminución significativa en la frecuencia de los problemas de conducta en el caso de ambos padres de MAE01, pero no para el caso CTIE02 y una disminución significativa en el número de problemas de conducta para la mamá de MAE01, pero no para papá de MAE01 ni para el caso CTIE02, tendencia a la disminución en el estrés parental y tendencia al aumento de uso de habilidades parentales “hacer” y una tendencia a la disminución en el uso de habilidades parentales “no hacer”.

En la intervención grupal: Una disminución significativa en el estrés parental de un grupo de 20 padres y madres que respondieron antes y después de

la intervención lo que se adjudicó a la homogeneidad del grupo dado que se analizó otro con el total de participantes del taller en el que no se encontró un resultado significativo, aunque sí una tendencia a la disminución.

6.1. Intervención individual

En lo que respecta a esta intervención, los objetivos específicos que se persiguieron consistieron, en primer lugar, aplicar una intervención basada en la PCIT en familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes y, en segundo lugar, evaluar el efecto de una intervención basada en la PCIT en el estrés parental, la percepción del número y la frecuencia de conductas disruptivas y las habilidades parentales en dicha población.

Para medir el estrés parental se utilizó el PSI-SF que mostró una tendencia a la disminución encontrando que:

Para el caso de mamá MAE01 la subescala IDP-N y ND se ubicaban dentro el estándar “estrés adecuado”, la subescala más alta fue EP, seguido de ET, que fueron las únicas ubicadas en alto estrés lo que indicaría, de acuerdo con Abidin (1995) que el estrés experimentado solía obstaculizar su funcionamiento normal. Además, de acuerdo con los puntajes de la subescala EP en relación con la subescala ND, sugiere que era probable que la madre estuviese experimentando problemas de angustia personal que fuesen parcialmente independientes de la relación con su hija (Abidin, 1995), al término del tratamiento los puntajes de estas subescalas se ubicaron dentro del estándar “bajo estrés” lo que indicó que el estrés frente a los cuidados se ubicó en un nivel normal de la población.

Por su parte, el papá de MAE01 mostró alto estrés en las subescalas IDP-N, ND y ET y estrés adecuado en la subescala EP, esto indicaría, de acuerdo con Abidin (1995) que el estrés experimentado por el padre podría obstaculizar su funcionamiento normal y que se encontraba la posibilidad de potencial de maltrato

en forma de negligencia, rechazo o episodios de abuso físico impulsados por frustración, en lo que respecta a esto último, sin realizar una correlación, los padres manifestaron a lo largo de las sesiones que la niña tenía un miedo peculiar a los sonidos fuertes, la madre hacía alusión a que el padre, cuando estaba muy molesto tendía a gritar fuerte e incluso tomar a la niña con el uso de fuerza para darle algún regaño. Al término del tratamiento las subescalas IDP-N, ND y ET se ubicaron dentro del estándar de estrés adecuado, sin embargo, la subescala de EP se ubicó en “bajo estrés” lo que podría relacionarse con conductas de descuido o despreocupación en relación con el cuidado de la niña. Se espera que la persona frente a situaciones de cuidado experimente un nivel mínimo (normal) de estrés, el cual se relaciona con responder adecuadamente a las necesidades del otro (Abidin, 1995).

En cuanto a los resultados iniciales del caso de CTIE02, las cuatro subescalas se ubicaron en alto estrés lo que, de acuerdo con Abidin (1995), indicaría que el estrés experimentado por la madre obstaculizaba su funcionamiento normal y existía un riesgo existencia de potencial de maltrato en forma de negligencia, rechazo o episodios de abuso físico impulsados por frustración, desglosando esto el investigador señala que la subescala de Estrés Parental (EP) está relacionada con el sentido de competencia parental, El estrés asociado con restricciones que se producen en otros roles de la vida Conflictos con el otro madre/padre del niño Falta de soporte social Presencia de depresión (se estima que estaría relacionado con parentalidad disfuncional) (Abidin, 1995); el alto puntaje de la subescala IDP-N sugieren que el vínculo entre madre e hijo ha sido débilmente tratado o nunca se establecido adecuadamente, por último en lo que refiere a la subescala ND, en casos de alto estrés, se sugieren otras investigaciones diagnósticas que permitan dejar de lado la presencia de una psicopatología significativa. Independiente de la causa del problema, si los padres, madres y/o cuidadores que producen altos puntajes en esta sub-escala, usualmente necesitan asistencia profesional, independiente de cuál sea la causa, en ese sentido, a lo largo de las sesiones se sugirió a la madre la toma de terapia individual ya que,

típicamente en las sesiones compartía las problemáticas que le acontecían por sobre las interacciones positivas y significativas con su hijo, el incorporar asesoramiento individual en padres, madres y/o cuidadores involucrados en maltrato infantil como lo sugieren Thomas, R. & Herschell, A. D. (2013).

En ese sentido, otros investigadores utilizaron el PSI-SF, pero en su versión extendida aunque, a pesar de ello, los resultados, por lo menos en el caso MAE01, tienen similitud en cuanto a una tendencia a la disminución en el estrés parental informado por los padres, por ejemplo, Thomas, R. & Zimmer, M. (2011) reportaron que aquellas madres que completaron el tratamiento de la PCIT mostraron reducciones significativas en el estrés desde la preevaluación hasta la finalización del protocolo de tratamiento del PCIT tanto en el atribuido al niño como en el de su percepción como padres así como en lo realizado por Timmer, S., et al. (2005) quienes también encontraron una reducción en el estrés parental evaluado a través del PSI en su versión completa.

Por otra parte, en lo que respecta a la evaluación de problemas de conducta en los niños, los efectos que tuvo la PCIT en el comportamiento percibido por sus docentes a través del instrumento SESBI-R muestra que hay una tendencia a la disminución tanto en la frecuencia como en el número de problemas de conducta en el caso MAE01 en la pre y post intervención, sin embargo, las docentes que respondieron eran distintas puesto que al momento en el que se llevó a cabo la terapia la niña de este caso no estaba escolarizada; pese a ello, el resultado pre-intervención apenas se encontraba dentro del puntaje clínico en la frecuencia del problema.

Para el caso de CTIE02, las respuestas de la docente no refirieron a puntajes clínicos para frecuencia ni número de problemas y no se obtuvo un resultado post-test debido a la suspensión del proceso antes de culminar con el protocolo. Este instrumento sólo fue utilizado en el estudio de Thomas, R. & Zimmer, M. (2011) en donde antes de la intervención encontraron que los puntajes obtenidos

a través del SESBI-R en la preintervención no representaban puntajes clínicos, esto coincide con lo encontrado en el presente estudio, sin embargo, a través del instrumento CBCL, usado por los investigadores antes mencionados, los maestros sí obtuvieron puntajes clínicos en los comportamientos infantiles de sus alumnos para la escala de externalización, aunado a ello realizaron una correlación entre lo informado por los padres y por los docentes en lo referente a los síntomas externalizantes e internalizantes manifestados por los niños encontrando que no había una correlación significativa y no esclareciendo si hubo una disminución en los valores encontrados a través del SESBI-R.

Lo anterior permite reflexionar acerca de la percepción que pueden tener los padres y personas externas, como son los docentes en el entorno escolar, respecto a una misma conducta, su frecuencia y si esta representa un problema sugieren que depende de la construcción y significado que cada uno haya hecho respecto a qué es lo problemático de un comportamiento y con qué recursos cuenta para afrontarlo. Además, para el caso de CTIE02 el único puntaje clínico obtenido fue el de número de problemas de conducta evaluado por la madre a través del ECBI, la docente no obtuvo puntuación clínica y no reportó que algún comportamiento fuera problemático en el salón de clases. Señalo el caso anterior puesto que la madre de este caso era quien más manifestaciones compartía acerca de sus dificultades para criar a un “niño difícil”.

Además, se encontró que la frecuencia y número de problemas de conducta evaluados por medio del instrumento ECBI mostraron una disminución significativa, en la madre del caso de MAE01, una disminución significativa en la frecuencia de los problemas de conducta percibidos por el padre de MAE01, pero no en el número de problemas donde sólo se muestra una tendencia a la disminución y para el caso de CTIE02 ninguna de estas subescalas mostró resultados significativos.

De acuerdo a la duración de su proceso y quienes manifestaron que sus hijos manifestaban problemas de comportamiento externalizantes, desregulación emocional y/o tener una relación tensa con su hijo (como sucedió con el caso de CTIE02, esto coincide con lo estudiado por Herschell, A.D et.al (2016), Thomas, R & Herschell A.D (2013), Thomas, R & Zimmer, M (2011) y Timmer, S., et al (2005) quienes encontraron que disminuyeron la frecuencia y número de problemas de conducta evaluados por medio de este instrumento.

De acuerdo a lo evaluado a través del DPICS-III en el que se propone contabilizar el número de habilidades hacer y comportamientos no hacer, que se traduce en el uso de habilidades parentales positivas, se encontró que, durante las sesiones con respecto a los puntajes obtenidos en la pre-intervención y posterior a la intervención hubo una tendencia a la disminución, aunque en el inter del proceso hubo variaciones en la frecuencia de uso, en ambos casos MAE01 y CTIE02, esto coincide con lo encontrado por Thomas, R. & Zimmer, M. (2011) quienes aunque señalaron aumentos en los elogios, descripciones y parafraseos en la preintervención y tras la culminación del tratamiento, ello explica que a través del uso de éstas habilidades propuestas por la PCIT se obtienen mejoras importantes en cuanto a interacciones más positivas entre los padres y sus hijos.

Por su parte en cuanto a los comportamientos “no hacer” que incluyen preguntas, órdenes y críticas o sarcasmos también hubo una tendencia a la disminución en la pre y post intervención en el caso de MAE01 y para el caso CTIE02 en lo que respecta a la duración de su tratamiento, esto también coincide con el estudio de Thomas, R. & Zimmer, M. (2011) en donde encontraron una tendencia a la disminución en el uso de estos comportamientos, es decir, hubo menos interacciones negativas de los padres a los niños.

La familia de CTIE02, abandonó el proceso antes de alcanzar el dominio de las habilidades de CDI debido a una situación de salud que a través el niño lo cual limitaba su participación activa durante la terapia, posteriormente no hubo interés para volver al tratamiento (hasta 1 año después y de lo que ya no se tomó

en consideración para este estudio) y aunque en el estudio realizado por Timmer, S., et al. (2005) se hacen algunas correlaciones para explicar la probabilidad de abandono del tratamiento de acuerdo a diversas categorías y características de las variables, éstas no incluyen situaciones complejas como, por ejemplo, esta familia en la que la madre trabajaba largas jornadas lo que no permitía una crianza activa y que el niño padecía una serie de alergias que, si se manifestaban de manera significativa, alteraban la participación activa del niño en sus actividades diarias, sobre todo si ello luego detonaba en dificultades respiratorias que lo agravaban.

Por otra parte, en lo que respecta a la fase de PDI de la familia MAE01 coincide con Thomas, R. & Herschell, A. D. (2013) en que se necesitó que la niña pasara en reiteradas ocasiones en la silla de tiempo fuera hasta asimilar la consecuencia del no cumplimiento de instrucciones respecto a los comportamientos más desafiantes que había que trabajar como lo eran la desobediencia.

En tanto a los problemas de conducta, después de haber trabajado con éstas familias se puede referir a teóricos como Smith trabajando con Patterson (2014) en colaboración con otros investigadores puesto que han predecido, a través de la teoría de la coerción, que en las dinámicas familiares influye tanto la reacción de los cuidadores a los comportamientos de los niños, la reacción de los niños hacia el cuidador y que, cuando los niños suelen ser oposicionistas o agresivos es más probable que los padres comiencen a hacer intercambios coercitivos ante el incumplimiento haciendo más fuerte el incumplimiento, por tanto la PCIT toma este referente y promueve a través del reforzador cambiar las directrices de atención de los padres para entrenarlos acerca de los comportamientos que deben ignorar o deben reforzar con el pleno uso de su atención positiva parental (Eyberg, Mc Neil y Hembree-Kigin, 2010).

Es así que, en esta intervención individual al mostrar una disminución significativa o una tendencia a la disminución, se encuentra que a través de la PCIT el efecto también este relacionado con la modificación de esquemas cognitivos construidos en los padres acerca de la conducta de sus hijos, la interpretación que

le dan a ésta y cómo responden a ello, puesto que Vite, Negrete y Miranda (2017) señalan la propuesta de Milner (2003) donde explican que, los padres poseen esquemas cognitivos y que éstos consisten en la evaluación que realizan los padres para atribuir e interpretar las respuestas que manifiestan los niños, en el caso de madres de niños que tienen problemas de conducta y con experiencias de maltrato físico es posible que al interpretar un comportamiento como hostil la respuesta de los padres resulte agresiva.

En los concerniente a cómo se median los esquemas cognitivos en las relaciones entre las áreas de funcionamiento familiar y la frecuencia de problemas de comportamiento infantil Vite, Negrete y Miranda (2017), aplicaron el ECBI, la evaluación de los Padres, la Familia y el Niño y Cuestionario de Esquemas Cognitivos Forma reducida (SQ-SF), su intervención sugiere que la mediación entre dichas variables explicaría que si un niño tiene dificultades para hacer frente a la ira y manifiestan una frecuencia alta en los problemas de conducta, usualmente sus madres tienen estas mismas dificultades de regulación para controlar la ira frente a las reacciones de sus hijos, el vínculo de esto con los esquemas cognitivos de las madres es que la construcción de los esquemas (a través de creencias, valores, contexto, salud mental, entre otros) permiten percibir, evaluar, integrar y responder a los comportamientos de los niños, por tanto, las madres con niños con problemas de conducta o maltrato suelen tener esquemas inadecuados y sesgados posibilitando situaciones como el que las madres más impulsivas perciban más problemas de conducta o que las madres perciban que sus hijos se “portan mal” sólo para molestarla, por mencionar algunos ejemplos.

Una vez dicho esto, aunque esta intervención no se centró en cambiar los esquemas cognitivos de los padres, es cierto que las bases sustentadas en la PCIT permiten cambiar su percepción acerca de los comportamientos de sus hijos acompañándolos a reestructurar su manera de evaluarlos y responder a ellos (con el uso de las habilidades de CDI y PDI).

Éstos hallazgos en conjunto con lo realizado por Vite, Negrete y Miranda (2017) también permiten explicar las diferencias entre los 3 padres que participaron en esta intervención puesto que, para el caso de MAE01 aunque la frecuencia de los problemas de conducta disminuyó significativamente para ambos padres, no ocurrió en la percepción de número de problemas puesto que la madre llegó a manifestar que había comportamientos propios de la edad de su hija y, en reiteradas ocasiones, argumentó que el papá tendía a idealizarla y querer formarla como un adulto, es decir, solía poner expectativas altas en comparación a lo que la niña podía realizar en ese momento; por su parte el caso de CTIE02 no tuvo resultados significativos y, pese a que no obtuvo puntajes clínicos en la frecuencia de los problemas de conducta y apenas rebasaba el puntaje clínico en el número de problemas era una madre que tendía a manifestar muchas inconformidades con las reacciones de su hijo, no se mostraba cariñosa, no lo miraba durante las interacciones, pocas veces tuvo contacto físico, sus elogios al principio tenían una carga particular de sarcasmo, entre otros., esto me parece peculiar después de analizar lo realizado por Vite, Negrete y Miranda (2017) puesto que no hay una similitud entre lo que tienden a manifestar típicamente en la frecuencia de problemas de conducta.

Retomando a Deater (2004), el estrés parental tiene bases fisiológicas, psicológicas y emocionales que se relacionan en cómo los padres reaccionan frente a las demandas de crianza, en ese sentido, podemos encontrar diferentes reacciones en éstos ante, por ejemplo, los problemas de conducta, para ello Karlen (2004) trae consigo el efecto direccional de los problemas de conducta en los niños donde señala que este predice el estrés parental y viceversa, por tanto propone que si uno se reduce el otro, a su vez, también lo hará.

Aunado a ello, de acuerdo con Skowron et al (2023), factores como las propias características de los padres, su capacidad de autorregulación, la reactividad a amenazas, sus cogniciones sesgadas, así como problemas de salud mental proliferan prácticas de crianza problemáticas, por lo anterior, realizaron un

estudio en el que realizaron una intervención con 120 padres y madres basándose en PCIT y que permiten mostrar los efectos de ésta en la mejora del comportamiento, además de otras variables, entre ellas, autorregulación y autopercepción de los padres, esto les permitió encontrar una disminución en los problemas de conducta de niños y, en los padres, entre otros resultados, que lograron aprender a regular sus emociones y ser más selectivos en de qué manera dirigían su atención y gestionaban su propio comportamiento basándose en las conductas de sus hijos, es decir cómo respondían a ellas.

De acuerdo con Deater (2014), los déficits en la autorregulación impiden la capacidad de los padres para brindar un cuidado seguro y receptivo a sus hijos, por lo que, si los padres no cuentan con las habilidades necesarias para hacer frente a la regulación de, entre otros, el estrés en la crianza es muy posible que esto desencadene prácticas coercitivas que traigan consigo problemas de conducta en los niños.

A diferencia de lo realizado por Skowron et al (2023), en este protocolo, se tuvo sólo un estudio de caso, y aunque no se estudió la autorregulación y autopercepción de los padres, el padre del caso MAE01 señaló que reflexionó acerca de que el estrés que experimentaba estaba vinculado a lo que él atravesaba en la esfera personal, pero que eso estaba repercutiendo en su entorno familiar, así mismo, como se muestra en la gráfica X... donde sólo asistió la madre del caso MAE01, se observa un puntaje alto, en comparación de los resultados antes obtenidos respecto a la reducción de problemas de conducta en la niña, que se aludieron a la ausencia del padre durante, por lo menos, 1 semana.

Aunque esta investigación no realizó un estudio correlacional entre el estrés parental, problemas de conducta y habilidades parentales, permite observar que antes de la intervención la madre de MAE01 no mostraba puntajes clínicos en frecuencia y número de problemas de conducta y sólo en las subescalas de EP y ET de estrés parental se mostraba alto estrés, el padre de MAE01 mostraba puntajes clínicos en el caso de frecuencia y número de problemas percibidos y en

las subescalas IDP-N, ND y ET de estrés parental y el caso de la mamá de CTIE02 mostraba puntaje clínico en el número de problemas de conducta así como alto estrés en todas las subescalas de estrés parental, por su parte todos los padres de ambos casos usaban más habilidades negativas que positivas (véase tabla 12).

Al terminar el estudio se mostró que hubo una disminución significativa en la frecuencia y número de problemas de conducta de la madre de MAE01, pero para el padre sólo fue significativo en frecuencia de los problemas de conducta, por su parte, en ambos padres hubo una tendencia a la disminución en las 4 subescalas de estrés parental, así mismo disminuyó el uso de habilidades negativas y aumentó el uso de habilidades positivas en ambos padres.

Es así que entre los alcances de la PCIT se encuentra el acompañamiento a los padres en la autorregulación sobre los comportamientos manifestados por sus hijos, es decir, el tipo de respuesta que deben tener ante ellos pues los terapeutas les acompañan a reconocer en cuáles poner atención y cuáles dejar de reforzar, en qué momentos amerita el uso de cierta habilidad y la justificación de ello, así como acompañarles en la toma de decisiones y en la regulación de su respuesta en la fase de PDI para el uso de la disciplina, ello permite que se posibilite reducir la percepción que se tiene respecto a los problemas de conducta así como disminuir su estrés puesto que se fortalecieron habilidades positivas de interacción con sus hijos (Skowron et al (2023).

6.2. Intervención grupal

Esta intervención tuvo como objetivos, en primer lugar, diseñar y aplicar una intervención tipo taller que abordase información psicoeducativa sobre el estrés parental y habilidades parentales basadas en la PCIT dirigida a padres de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes y, en segundo lugar, evaluar el efecto de una intervención grupal tipo taller en el estrés parental de estas familias.

En lo que respecta al diseño, se estructuró un taller psicoeducativo en el que los padres tuvieran un espacio de escucha, así como herramientas, técnicas, recursos (emocionales, sociales, psicológicos) con los que se abordase el estrés parental mostrándoles cómo este influye en su rol como cuidadores y cómo disminuirlo y/o afrontarlo en beneficio de sí mismos y de la relación con sus hijos.

De acuerdo con Haslam et al (2017) los programas de parentalidad se diferencian de las intervenciones de tipo psicoeducativas porque éstos dotan de un entrenamiento activo a los padres acerca de las habilidades mejoran el funcionamiento del niño y de la familia, por ello, van más allá de la sola transmisión de conocimientos sobre el desarrollo de los niños o del entrenamiento para la modificación de conductas, así mismo sugieren que hay situaciones más graves a las que se enfrentan los padres, entre ellas el maltrato infantil y, por tanto, la mayoría de programas no están recomendados para abordar estas problemáticas.

En cuanto a los programas que están basados en evidencia y han sido manualizados, se encuentran algunos con resultados significativos de su impacto en países hispanohablantes entre ellos el Triple P (Positive parenting program, aplicado en diversos contextos con una duración aproximada de 10 hrs), Crecer felices en familia (aplicado con familias con antecedentes de negligencia, maltrato, insuficiencia en competencias parentales e inestabilidad emocional y trabaja el estrés parental), Formación y Apoyo Familiar (dirigido a familias en riesgo psicosocial moderado con una duración de 15 hrs) y Construir lo cotidiano (aborda la corresponsabilidad familiar, modelos de socialización en la crianza y educación de los hijos con una duración de 10 hrs) (Sáenz, et al., 2022).

El taller que se diseñó para esta investigación, “Vida, estrés y crianza”, constó de 3 módulos con 3 sesiones cada uno, con una duración de 2 horas cada una, es decir tuvo un total de 9 sesiones con una duración de 18 hrs, su estructura permitió abordar temáticas como ¿Qué es ser padre o madre?, mitos y realidades sobre la maternidad y paternidad, indagar en el contexto sociocultural (hablar sobre

los estereotipos de la paternidad, roles de crianza, situación laboral), desarrollo evolutivo de los niños, niñas y adolescentes permitiendo que identificaran sus necesidades, crianza positiva, ¿qué es el estrés?, efectos biológicos y psicológicos del estrés, ¿qué es el estrés parental?, consecuencias del estrés parental en los niños a su cargo, ¿cómo poner límites?, la importancia del vínculo parental, comunicación asertiva, instrucciones efectivas y reflexionar sobre el sentimiento de culpa a la que se enfrentan por ser padres y madres.

El programa “Educar con una sonrisa” implementado por Pérez e Iñiesta (2020), también tuvo entre sus contenidos reflexionar acerca del rol de ser padres, herramientas para una comunicación adecuada, evidenciar la importancia de imponer límites adecuados, así como implementar ejercicios de relajación, puesto que en el caso del taller “Vida, estrés y crianza”, antes de iniciar cada sesión se practicaba una técnica diferente de respiración.

De acuerdo con las temáticas, las bases referentes a la mejora en la relación padres-hijos, así como las de disciplina estuvieron basadas en la PCIT, si bien no se realizó un entrenamiento de éstas en tiempo real con sus hijos (como la propuesta original) se transmitió el uso de habilidades parentales correspondientes a las etapas CDI y PDI a los participantes a través de materiales didácticos y de algunos juegos de rol que permitieron que el taller fuera experiencial, así mismo se siguió la línea de primero trabajar en la mejora de las relaciones a través del uso de dichas habilidades y posteriormente introducirlos a la parte disciplinar.

El uso de recursos experienciales coincide con lo realizado por Carroll (2022) al promover que el taller incluyera estos elementos, así como de ayudas visuales como folletos.

Otro de los elementos considerados de la PCIT fue la durabilidad, promoviendo que el taller “Vida, estrés y crianza” se realizara de manera breve reduciendo así la tasa de deserción, aunque esta no fue evaluada con un

instrumento, pese a ello, varios de los participantes dejaron de asistir a lo largo de los ciclos debido a diversos motivos relacionados a sus procesos legales.

Por otra parte, Haslam et al (2017) recomiendan que, al llevar a cabo una intervención en parentalidad, es importante realizar una evaluación acorde al contexto en el que se llevará a cabo, es decir, realizar un análisis de las principales dificultades a las que se enfrentan los padres, para ello esta intervención se realizó basado en la metodología sugerida por Álvarez et al (2012) para el diseño y evaluación de programas en donde unas de las etapas refiere a un análisis de contexto basado en los elementos: contexto próximo, tipo de institución, servicio a realizar, tipo de intervención, respaldo institucional previsible y resultados esperados. Lo anterior, permitió fundamentar teórica y prácticamente las temáticas y estrategias brindadas para abordar el objetivo general del taller.

Para el segundo objetivo de esta intervención respecto a los efectos en el estrés parental, como se observó, el grupo B tuvo resultados significativos en la disminución de las subescalas de Estrés parental, Niño Difícil y Escala Total, lo cual se atribuyó a la homogeneidad del grupo evaluado. Por otra parte, aunque el grupo A no tuvo resultados significativos, se mostró una tendencia a la disminución en las subescalas del PSI-SF.

Parte de dichos resultados coinciden con lo realizado por García et al (2023) quienes intervinieron usando el programa manualizado, "Aprender a crecer", iniciaron con 193 cuidadores seleccionados tras una orden judicial a un programa de intervención por maltrato con niños, niñas y adolescentes a su cargo de entre 0 a 17 años de los cuales sólo 34 concluyeron la intervención con evaluación pre y post-test, también incluyeron el PSI-SF para evaluar el estrés parental, antes y después de la intervención y realizaron una evaluación más de seguimiento para analizar la perdurabilidad de la intervención en el estrés parental y en las competencias parentales adquiridas encontrando así una disminución significativa en el PSI-SF antes y después de la intervención para las subescalas de estrés parental, interacción disfuncional y escala total, pero no para la subescala de niño

difícil donde sólo se muestra una tendencia a la disminución, así mismo se observó una disminución significativa en comparación con la pre evaluación y la evaluación de seguimiento en las 4 subescalas del PSI-SF.

Además, en la intervención de García et al (2023) se evaluaron las competencias parentales a través del E2P éstas fueron: competencia vincular, competencia formativa, competencia protectora, competencia reflexiva y total E2P encontrando que hubo una tendencia al aumento en los puntajes promedio en dichas competencias, siendo la competencia formativa la que alcanzó un puntaje significativo en lo respectivo a la pre y post evaluación y comparando la pre evaluación con la sesión de seguimiento, así mismo se muestra un resultado significativo para la subescala total en los mismos momentos de evaluación antes mencionados.

Aunado a lo anterior estas investigadoras crearon una categoría de análisis cualitativo en la que crearon cuatro dimensiones: motivación, experiencia, percepción de resultados y sugerencias, para dicha investigación sólo analizaron la tercera categorizándolo de acuerdo con las competencias vinculares, protectoras y reflexivas puesto que no encontraron argumentos que pertenecieran a competencias formativas.

En lo que respecta a lo estudiado por Carroll (2022), este aplicó un taller de Disciplina positiva con una duración de 7 semanas, contó un grupo control y el instrumento que utilizaron para evaluar el estrés parental se trató de la Escala de Estrés Parental compuesta por 12 ítems, así como otros instrumentos como la Escala de Crianza de Disciplina Positiva compuesto por 7 ítems (PDPS) y el Cuestionario de Dimensiones de Crianza Revisado (PDQ-R) de 62 ítems, evaluando así no sólo las habilidades parentales sino también el efecto en algunas esferas de los hijos de los padres que formaron parte del programa

Entre los resultados que Carroll (2020) obtuvo fueron que el estilo de crianza sí cambió significativamente con el taller, disminuyó la dimensión de crianza autoritaria y permisiva, así como el estrés, así mismo en lo que respecta a lo evaluado en sus hijos se encontró hubo una reducción en el comportamiento

hiperactivo externalizante y un aumento en la competencia académica en comparación al grupo control.

Otro caso de implementación de taller es el realizado por Pérez e Inieta (2020) en el que diseñaron, aplicaron y analizaron la eficacia de su programa de entrenamiento para padres "Educar con una sonrisa", comenzaron 98 cuidadores y sólo 68 conformaron la muestra final, todos tenían hijos a su cargo con edades comprendidas entre los 0 y 12 años se estructuró como intervención psicoeducativa compuesto por entrenamientos cognitivo-conductuales, instrucción en habilidades de crianza, dinámica de grupo, reflexiones conjuntas, ejercicios de relajación y movilización que se realizan en todas las sesiones, lo anterior segmentado en 4 sesiones divididas en 3 módulos. El cupo por taller se limitó a grupos de entre 5 y 10 personas.

Este programa tuvo como objetivo mejorar la sintomatología relacionada con la ansiedad, depresión y estrés, aumentar la satisfacción familiar y diversas habilidades y dimensiones cognitivas que se relacionan en el proceso de crianza. Se realizó pre y post test a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Información Sociodemográfica, Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) y del Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA).

Los resultados obtenidos por Pérez e Inieta (2020) indican una mejora significativa en los síntomas clínicos relacionados con la ansiedad, depresión y estrés, un aumento significativo en la satisfacción familiar, así como en las habilidades de crianza tales como: asertividad, independencia, capacidad de resolver problemas, flexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos, sensibilidad hacia los demás y una reducción significativa en la agresividad.

Los estudios antes mencionados incluyeron otros instrumentos referentes a las habilidades parentales, los estilos de crianza y los comportamientos de los niños, además consideraron una evaluación de seguimiento con el fin de valorar la

persistencia del impacto de la intervención a través del tiempo (García et al., 2023., Carroll., 2022., Pérez e Iniesta., 2020).

Pese a los hallazgos obtenidos en este protocolo, Tehrani, Yamini y Vazsonyu (2024) sugieren que aunque existe evidencia de diversos programas de crianza que han reducido de manera eficaz el estrés parental al estimular habilidades parentales como: resolución de problemas, mejora de la regulación emocional, fomento de la motivación, educación para el alivio de estrés, mejora de las relaciones, aumento del conocimiento parental y/o reducción de los problemas de conducta, aún hay varias lagunas en las revisiones sobre la eficacia de éstos debido a: no se han llegado a conclusiones claras sobre la interpretación en estudios primarios con respecto a la magnitud de los efectos de los programas de crianza sobre el estrés parental, en el caso de uno de los programas que más han sido utilizados, el Triple P, los resultados indican un tamaño variado en el efecto que tiene en el estrés evaluado a través del instrumento Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés para Depression Anxiety Stress Scales).

Pese a esto, se conoce que son pocas las intervenciones que han trabajado directamente con estrés parental de familias derivadas por instituciones de protección a la infancia y adolescencia tras casos de maltrato infantil y otras EAI, por lo que, al encontrar que el taller “Vida, estrés y crianza” mostró resultados significativos para disminuir el estrés manifestado por los padres en las subescalas estrés parental, niño difícil y escala total, se propone que futuras intervenciones deben considerar los criterios propuestos por Tehrani, Yamini y Vazsonyu (2024) acerca de los programas de intervención más efectivos, continuar con los criterios de Haslam et al (2017 para adaptar la estructura a las características del grupo a trabajar, así como considerar que es importante evaluar las competencias parentales y mostrar si al aumentar éstas hay un efecto correlacionado a la disminución del estrés parental y de los problemas de conducta, puesto que son diversas propuestas las que parten de que es necesario acompañar a la parentalidad en el proceso de crianza haciendo mayor énfasis en la necesidad de

gestión emocional de los padres y de la toma de conciencia de lo que su rol implica, sobre todo cuando se trata de proteger a la infancia.

Aunado a ambas intervenciones, cabe señalar que la familia del caso MAE01 no sólo formó parte de la intervención individual, sino también de la grupal, ello permitió que tuvieran un acompañamiento más integral, aunque no se alude a que sus efectos son significativos gracias a esto mencionado, sí es importante resaltar éstas familias requieren de un acompañamiento más complejo y se sugiere que en futuras intervenciones los padres puedan contar con los servicios de entrenamientos parentales como la PCIT y de propuestas grupales como en forma de taller o de programa manualizado basados en evidencia.

7.Limitantes del estudio

En lo que respecta a la intervención individual a través de la PCIT resulta importante que los padres puedan tener un espacio de escucha y de acompañamiento individual o de pareja (según se requiera) puesto que al ser casos derivados por la Procuraduría Estatal de Protección de niños, niñas y adolescentes es primordial tener diversas redes de apoyo y sostenimiento psicológico que benefician los procedimientos dado que la mayoría de las retroalimentaciones iniciales de las sesiones solían estar cargadas de argumentos de problemáticas propias más que las que tenían con los niños, por lo que resulta importante que en este tipo de terapias se refuercen los servicios con las instancias que derivan a las familias.

Después de las intervenciones realizadas en esta investigación resulta importante resaltar que el estrés parental es un fenómeno multifactorial por lo que si los padres no gozan de un contexto y condiciones que favorezcan sus procedimientos puede resultar en situaciones como el abandono de este o que la terapia se extienda a más de lo recomendado, en el caso de uno de los padres de MAE01 comentó en una sesión que se dio cuenta que su estrés era provocado, en su mayoría, por agentes externos a la crianza, que si bien había situaciones que sí

le provocaban estrés parental debido a lo que esta implica, en realidad las situaciones ajenas a ella repercutían en su desempeño como padre, por lo que esto refuerza la propuesta de que los padres necesitan de un espacio terapéutico individual.

Aunado a los hallazgos sobre la disminución significativa en algunas subescalas del estrés parental de los padres, así como en los problemas de conducta de los niños, sería importante evaluar los efectos en las esferas de la inteligencia emocional de los niños como lo es el manejo del estrés en relación con el estrés manifestado por los padres.

Aunque la terapia tiene bases conductuales y muestra una tendencia a hacer hincapié en los comportamientos, resulta esencial que para casos en los que se implican elementos emocionales (como el estrés) puedan irse adaptando las habilidades adquiridas a recursos de este tipo, por ejemplo, el uso de elogios al ser modelado en un comportamiento puede expresarse en palabras como “me gusta escuchar que me compartes cómo te sientes con...” o en descripciones como “entiendo que estés enojado”, por mencionar algunos ejemplos.

Como se observó, de las 15 sesiones típicas que propone la PCIT, una de las familias realizó su proceso en 20 sesiones, esto concuerda con algunos de los estudios realizados en otras familias en donde se mostró que usualmente la población con estas características (a traviesan un proceso con una estancia de protección a la infancia y tienen signos de estrés parental) tienden a pasar por un proceso más largo, por lo que es importante que se cuenten con las estrategias adecuadas, en compañía de seguir el manual de aplicación de la terapia PCIT para que, aunque el proceso se alargue, los padres logren adquirir y aplicar las habilidades adquiridas e impacte en su situación de manera significativa.

En el caso de CTIE02, de las 15 sesiones propuestas por la PCIT, sólo se llegó a la 8va sesión, quedando inconclusa una sesión extra de CDI. Durante el

progreso nos enfrentamos a varias dificultades, entre ellas que el niño no tenía comportamientos disruptivos como los expresaba la madre, además era frecuente que la madre tomara la sesión como un espacio terapéutico enfocado en sus problemáticas personales en relación con su percepción como madre y su entorno a pesar de los continuos intentos para derivarla a un espacio individual. Usualmente veíamos que esta diada estaba distante y apenas había entusiasmo y contacto físico, aunque esto último poco a poco fue aumentando.

Por su parte, en tanto a la intervención grupal, a pesar de que el taller tenía una secuencia de evaluación en relación con las temáticas estructuradas no se podía seguir debido a que los cuidadores que ingresaban a este podían hacerlo en cualquier sesión sin que fuera necesariamente la primera de la planeación, esto debido a los diferentes procesos por los que pasaba cada uno, ello implicó un desfase en la evaluación de los mismos y que en el desarrollo de los temas se hiciera una retroalimentación previa para recordar lo visto en la sesión anterior y que pudieran comprender mejor las sesiones.

Las características de las personas que comenzaron a llegar al taller eran diversas, había adultos mayores asistiendo para tener la custodia de sus nietos por lo que medir el estrés parental no fue posible puesto que en la primera sesión dos abuelos contestaron pensando en sus hijos adultos lo cual llevó a no utilizar sus cuestionarios.

Algunas de las estrategias principales que brindamos para métodos de disciplina a través de la crianza positiva y basadas en la terapia de interacción padres-hijos estaban basadas en edades tempranas (por lo menos de los 3 a los 8 años), por lo que se hicieron adecuaciones para pensar en los adolescentes.

En términos del uso del cuestionario de estrés parental, este sólo tiene un alcance de evaluación para niños de 1 mes a 12 años, sin embargo, había padres, madres y tutores de personas mayores a esta edad, por lo que, para responder el

cuestionario se solicitaba que lo respondieran pensando en el niño/niña que tuviera la edad establecida en los estándares del instrumento utilizado para evaluar.

Existen programas de intervención con padres como el triple P que trabajan a través de varios niveles llegando así hasta la edad de 16 años, si bien, muchos autores señalan la importancia de intervenir en los primeros años y dotar de habilidades a los padres, es recomendable que no dejemos desprotegidos a los padres, madres y cuidadores en las diversas etapas que tienen la responsabilidad de crianza puesto que siempre hay nuevos retos que atravesar y las condiciones que tienen alrededor suelen no favorecer que promuevan un estilo de crianza que beneficie el contexto de su parentalidad perjudicando su relación y su propia salud mental.

8. Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo conocer los efectos de dos intervenciones psicológicas, una individual y una grupal, en el estrés parental de familias derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes (PENNA).

Para el caso de la intervención individual los objetivos específicos fueron aplicar una intervención basada en la PCIT en familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la PENNA así como evaluar el efecto de una intervención basada en la PCIT en el estrés parental, en la percepción de la frecuencia y número de problemas de conducta y en las habilidades parentales de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la Procuraduría Estatal de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes, encontrando una tendencia a la disminución en el estrés parental, una disminución significativa en la percepción de frecuencia de problemas de conducta en ambos padres del caso MAE01 y una disminución significativa en el número de problemas de conducta de la madre del caso MAE01, por otra parte se tuvo el abandono del proceso terapéutico del caso CTIE02 donde no se encontraron resultados significativos, en cuanto a las habilidades parentales se muestra una

tendencia al aumento de habilidades positivas y una tendencia a la disminución en el no uso de habilidades negativas.

Por su parte, para la intervención grupal los objetivos específicos perseguidos fueron diseñar y aplicar una intervención tipo taller que aborde información psicoeducativa sobre el estrés y habilidades parentales basadas en la PCIT dirigida a padres de familias de niños y niñas que viven EAI derivadas por la PENNA, así como evaluar el efecto de esta en el estrés parental de dicha población. Los principales hallazgos consisten en: el diseño de un taller compuesto por 3 módulos con 3 sesiones cada uno, en este se permitieron compartir experiencias, creencias y pensamientos sobre su rol como cuidadores, visibilizar las necesidades de los niños, niñas y adolescentes a su cargo de acuerdo a su edad, conocer acerca del estrés parental y las consecuencias de este en la relación con los niños, niñas y adolescentes a su cargo así como concientizar acerca de la importancia de la regulación de este en el cuidado de sí mismos y de los menores de edad a su cargo, todo ello a través de brindarles recursos, estrategias y herramientas que pudieran aplicar en sus respectivos contextos sustentándolo en las bases teóricas y procedimentales de la PCIT acerca de la mejora en la relación e interacción entre padres-hijos y en sentar las bases de una disciplina positiva. Por su parte, el taller se aplicó en un total de 3 ciclos, teniendo un total de 112 padres, madres y cuidadores inscritos de los cuales sólo 58 lo respondieron tomando en cuenta los criterios de inclusión del presente estudio por lo que se tuvieron 58 respuestas del PSI-SF antes de la intervención y 27 después de la intervención, el análisis estadístico no encontró resultados significativos lo que supone que no todos los padres que respondieron al inicio lo respondieron al final, por lo que se extrajeron las respuestas de un grupo de 20 padres, madres y cuidadores que sí contestaron en ambos tiempos encontrando así resultados significativos en la disminución del estrés parental .

Lo anterior supone que, para intervenciones grupales de tipo taller es necesario que éstos sean breves, que transformen las bases de la “psicoeducación” donde el tallerista sólo transmite conocimiento sino que se complementa

posibilitando que los padres adquieran recursos, herramientas y estrategias que se puedan adaptar a sus contextos, en ese sentido resulta beneficioso para las familias el contar con espacios que les brinden, redes de apoyo, escucha y empatía, así como que potencien sus habilidades parentales en pro de una crianza respetuosa.

Muchos padres, madres y cuidadores en situaciones como éstas temen por ser juzgados, sin embargo, este taller posibilitó que encontraran en otros sus mismas inquietudes, problemas, dificultades y no saberse solos ni solas, sin embargo, esto no sustituye un proceso terapéutico, es importante que, al trabajar con familias derivadas por instancias de protección infantil, se trabaje en red con otros servicios de acompañamiento psicológico, así mismo que se pueda complementar el trabajo terapias breves de entrenamiento parental como lo es la PCIT.

Esta investigación también permite reflexionar acerca del acompañamiento que los padres, madres y cuidadores deben recibir durante procesos de investigación como lo es el maltrato infantil y otras EAI, sensibilizarnos con las tareas y demandas de la crianza, así como reconocer los contextos en los que hoy en día se desenvuelven.

9. Referencias bibliográficas

- Abidin RR. (1995). Parenting Stress Index (Short Form). Odessa, USA: Psychological Assessment Resource.
- Acevedo, J. (2010). El castigo infantil en México: las prácticas ocultas. México D.F: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouag/38914>
- Álvarez, V., et al. (2002). Diseño y evaluación de programas. Madrid: EOS.
- Barragán, A. (2021). El 90% de las violaciones contra niñas en México sucede en el entorno familiar. El país. <https://elpais.com/mexico/2021-11-03/el-90-de-las-violaciones-contraninas-en-mexico-sucede-en-el-entorno-familiar.html>

- Barrio, J.A.; García, M.R.; Ruiz, I.; Arce, A. EL ESTRÉS COMO RESPUESTA International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 1, 2006, pp. 37-48 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Capdevila, N., & Segundo, M. (2005). Estrés. Elsevier. Vol. 24. Núm. 8. páginas 96-104 (Septiembre 2005). <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-13078580>
- Carroll, P. (2022). Effectiveness of Positive Discipline Parenting Program on Parenting Style, and Child Adaptive Behavior. Child Psychiatry & Human Development. 53:1349-1358. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01201-x>
- Carbajal, C. (2021). Efectos Neurobiológicos del Maltrato Infantil y otras Experiencias Adversas de la Infancia: Una Revisión Bibliográfica. *Salud y Administración*, 8(23), 15-28. <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/213/166>
- Conger, RD, Patterson, GR y Ge, X. (1995). It Takes Two to Replicate: A Mediational Model for the Impact of Parents' Stress on Adolescent Adjustment. Child Development, 66(1), 80–97. [doi:10.1111/j.1467-8624.1995.tb00857.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00857.x)
- Deater, K. (2004). Parenting Stress. https://books.google.com.mx/books?id=TNq4mAEACAAJ&dq=Deater-Deckard%20estres%20parental&hl=es&lr&source=gbs_book_other_versions
- Díaz, G. & Duin, A. (2018). Propuesta de un programa psicoeducativo de estrategias de afrontamiento ante el estrés de crianza dirigido a padres, madres y/o cuidadores y representantes. Boletín Médico de Postgrado 2018; 34(2): 52-57. ISSN: 0798-0361. <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/download/2535/1522/2557>

- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- García, M., et al. (2023). Diseño y evaluación del Programa de intervención en competencias parentales Aprender a Crecer. Límite (Arica) vol.18 Arica 2023 Epub 29-Mar-2023. <https://doi.org/10.4067/s0718-50652023000100203>
- García, M., Romero, C., & Chesta, S. (2023). Diseño y evaluación del Programa de Intervención en Competencias Parentales Aprender a crecer. *Límite (Arica)*, 18(3). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50652023000100203&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Haslam D., et al. (2017). Programas de parentalidad (Irrázaval M & Martin A, eds. Fernanda Prieto-Tagle, Mercedes Fernández, trad.). En Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017. <https://iacapap.org/Resources/Persistent/00dfd543be9980105dbdefb443309b9d0143beeb/A.12-Programas-de-Parentalidad-Spanish-2017.pdf>
- Herschell, A.D., Scudder, A.B., Schaffner, K.F. et al. Factibilidad y efectividad de la terapia de interacción entre padres e hijos con Víctimas de Violencia Doméstica: Un Estudio Piloto. *J Child Fam Stud* 26, 271–283 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0546-y>

- INEGI. (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf
- INEGI. (2019) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Diseño conceptual. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf
- INMUJERES. (2020). Maltrato infantil. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil.pdf
- Karlen, R. (2004). La disociación y el diálogo infantoparental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre apego. Revista Internacional de Psicoanálisis, 17. Disponible en <http://www.aperturas.org/terminos.php?t=neu>
- Lansford, J., E., and K. Deater Deckard, 'Childrearing Discipline and Violence in Developing Countries', Child Development, vol. 83, 2012, págs. 62-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22277007/>
- Marcovich, J. (1978) El maltrato a los niños y niñas. México: Ed. Edicol.
- McNeil, C., & Hembree-Kigin, T. (2010). Parent Child Interaction Therapy (2.a ed.). Springer Publishing. Acevedo, J. (2010). El castigo infantil en México: las prácticas ocultas. México D.F: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouaq/38914>
- Menéndez D., Hidalgo, M., & Pérez, J. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales de Intervención Psicosocial, 23 (1),25-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179830185004>
- Morales, A. (2017). El maltrato infantil desde la perspectiva de los derechos humanos. Violencia en la infancia. Algunas miradas desde los derechos humanos y la psicología. <https://www.codhem.org.mx/localuser/codhem.org/difus/infancia.pdf>

- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171. <https://doi.org/10.15517/revedu.v33i2.511>
- Navarro, F. (2015). Cómo se origina el estrés. Revista Digital INESEM. <https://www.inesem.es/revistadigital/gestion-integrada/como-se-origina-el-estres/#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20b%C3%A1sicamente%20es%20un,que%20no%20tenemos%20suficientes%20recursos>
- OASH (2021). El estrés y tu salud. Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/good-mental-health/stress-and-your-health#:~:text=El%20estr%C3%A9s%20es%20la%20forma,y%20responder%20ante%20el%20estr%C3%A9s>
- OMS. (2021). *Castigos corporales y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/corporal-punishment-and-health>
- OMS. (2020). Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- OPS. (2020) Violencia contra las niñas y los niños y niñas. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contraninas-ninos>
- Pérez, C., & Iniesta, M. (2020). Eficacia de un programa de entrenamiento a padres para la mejora del bienestar psicológico y la satisfacción familiar: Educar con una sonrisa ("Parenting with a Smile"). *European Journal Of Education And Psychology*, 13(2), 201. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i2.361>
- Pérez, J., & Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental*; Vol 37, no. 1 , enero-febrero 2014. Scielo. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n1/v37n1a4.pdf>
- Pérez, J., et al. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales infantiles percibidos por sus progenitores. *International Journal of Developmental and*

Educational Psychology, vol. 1. No.1. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328054.pdf>

Pérez, J. (2017). Capítulo 1: ¿qué es el estrés?. Trata el estrés con PNL.
<https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-1677.pdf>

Pérez, J., Ordóñez, M. & Amador, V. (2018). Maltrato infantil por negligencia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(1):25-36. https://fapap.es/files/639-1604-RUTA/07_Maltrato_negligencia.pdf

Pinheiro, P. (2010) Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas y niñas.
https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/document_files/world_report_on_violence_against_children_sp.pdf

Ramos, P. (2018). Maltrato infantil: conocimiento y prevención (2a. ed.). Málaga: Editorial ICB. <https://elibro.net/es/ereader/bibliouaq/106180>

Sáenz, A., et al. (2022). Programa virtual de parentalidad positiva para cuidadores de infantes juarenses. Enseñanza e Investigación en Psicología, 4(2), 542-553. <https://revistacneipne.org/index.php/cneip/article/view/147>

Sierra, A. V., Cortés, A. N., & García, D. M. (2012). Relación mediacional de los esquemas cognitivos maternos en los problemas de comportamiento infantil. *Psicología y Salud*, 22(1), 27-36.
<https://doi.org/10.25009/pys.v22i1.555>

Skowron, E. et al. (2023). Randomized trial of parent–child interaction therapy improves child-welfare parents' behavior, self-regulation, and self-perceptions. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 92(2), 75-92.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000859>

Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., & Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems

- from age 2 to school entry. *Development And Psychopathology*, 26(4pt1), 917-932. <https://doi.org/10.1017/s0954579414000169>
- Soriano, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral*. SEPEAP. *Programa de Formación Continuada En Pediatría Extrahospitalaria*, XXVI(1) ene-feb 2022. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/02/Pediatria-Integral-XXVI-1_WEB.pdf
- Souza, J., & Ramallo, M., (2015). Desarrollo Infantil: análisis de un nuevo concepto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 23 (6) Nov-Dec 2015. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Straus, M. A. (1979), "Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflicts Tactics (CT) Scale", *Journal of Marriage and the Family*, num. 41, pp. 75-88. <https://www.jstor.org/stable/351733>
- Tacca, D., Alva Rodríguez, M., & Chire, F. (2020). Estrés parental y las actitudes de las madres solteras hacia la relación con los hijos e/o hijas. *Revista de investigación psicológica*, (23), 51-66. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000100005&lng=es&tlng=es
- Tehrani, H. D., Yamini, S., & Vazsonyi, A. T. (2024). Effects of parenting program components on parental stress: A systematic review and component network meta-analysis. *Journal Of Family Psychology*, 38(2), 320-332. <https://doi.org/10.1037/fam0001161>
- Thomas, R. & Herschell, A. D. (2013). Parent–child interaction therapy: A manualized intervention for the therapeutic child welfare sector. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.02.003>
- Thomas, R. y Zimmer-Gembeck, MJ (2011). Evidencia acumulada para la terapia de interacción entre padres, madres y/o cuidadores e hijos e/o hijas en la

- prevención del maltrato infantil. *Desarrollo infantil*, 82(1), 177–192. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x
- Timmer, S., et al. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 825-842. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.003>
- UNICEF (2021). Análisis de la escala de disciplina infantil. Síntesis de principales resultados. <https://www.unicef.org/chile/media/4776/file/Disciplina%20ELPI.pdf>
- UNICEF, PROSPERA & INSP. (2017) Desarrollo infantil temprano de niñas y niños y niñas de tres y cuatro años en hogares beneficiarios de PROSPERA: identificación de factores de riesgo y protección. https://www.insp.mx/resources/images/stories/2017/Avisos/docs/170531_Desarrollo_infantil.pdf
- UNICEF. (2013). Disciplina y violencia hacia los niños y niñas, niñas y adolescentes en Uruguay. https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=150#:~:text=En%20Uruguay%20existe%20una%20ley,a%20ni%C3%B1os%2C%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes.&text=promover%20formas%20de%20disciplina%20positivas,otras%20formas%20de%20trato%20humillante
- UNICEF. (2015). Encuesta Nacional de niños y niñas, niñas y mujeres 2015. https://www.unicef.org/mexico/media/1001/file/UNICEF_ENIM2015.pdf
- UNICEF. (2016). La violencia contra niños y niñas, niñas y adolescentes en el ámbito del hogar. Análisis de la encuesta de condiciones de vida. <https://www.unicef.org/argentina/media/5156/file/La%20Violencia%20contra%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20el%20%C3%A1mbito%20del%20hogar.%20.pdf>
- UNICEF. (2000). UNICEF Responde. Maltrato infantil en Chile. https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf

UNICEF. (2017). La primera infancia importa para cada niño.
https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf

UNICEF. (2017). La violencia en la primera infancia.
https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf

UNICEF. (2019). Identificar las desigualdades para actuar: Resultados y determinantes del Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe.
<https://www.unicef.org/lac/media/9806/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Identificar%20las%20desigualdades%20para%20actuar:%20Resultados%20y%20determinantes%20del%20desarrollo%20de%20la%20primera%20infancia%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.pdf>

UNICEF. (s. f.). Crianza positiva. <https://unicef.org.mx/crianza-positiva/>

UNICEF. (s.f.). Buen trato. <https://www.unicef.org/mexico/buentrato>

UNICEF. (s.f.). Prohibición del castigo corporal y trato humillante.
<https://www.unicef.org/mexico/prohibici%C3%B3n-del-castigo-corporal-y-trato-humillante>

Vázquez A, Hubert C, Villalobos A, Sánchez J, Ortega C, Romero M y Barrientos, T. (24 de noviembre de 2020). Características infantiles y contextuales asociadas con el desarrollo infantil temprano en la niñez mexicana. Salud pública de México, 62(6), 714-724. <https://doi.org/10.21149/11869>

Vázquez-Salas, R. A., Villalobos, A., Del Rocío Pérez-Reyes, M., Barrientos-Gutiérrez, T., & Hubert, C. (2023). Desarrollo infantil temprano, sus determinantes y disciplina en la niñez mexicana: Ensanut 2022. Salud Publica de Mexico, 65, s45-s54. <https://doi.org/10.21149/14824>

Yepes, A., & Gallego, M. (2007). Procesos cognitivos de los niños y niñas con maltrato y abandono de la localidad de Usaquén. (Una mirada comparativa). <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/39190.pdf4>

10.Elementos éticos del estudio

10.1. Intervención individual

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación - Área de Psicología Educativa

Intervención a través de la PCIT en familias con dificultades en la relación padres-hijo

Procedimiento

El presente estudio se titula *"Intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT por sus siglas en inglés) en familias con dificultades en la relación padres-hijo."* Tiene como objetivo conocer la eficacia de la PCIT en padres y madres que manifiesten dificultades para interactuar con sus hijos de 2 a 7 años tras pasar un proceso de adopción, separación de los padres o se tenga sospecha de exposición a violencia y a su vez de evaluar el nivel de estrés parental antes, durante y después del tratamiento terapéutico. Su participación y la de su hijo o hija, constará de **4 fases** que a continuación se describen con detalle.

Fase 1. Implica de dos a tres sesiones de evaluación, en las que se aplicarán una entrevista de anamnesis y tres cuestionarios que se componen de: Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, por sus siglas en inglés), Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised, SESBI-R, por sus siglas en inglés) y el Índice de Estrés Parental-Versión abreviada (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF, por sus siglas en inglés); con la finalidad de conocer la historia de desarrollo de su hijo o hija, las principales dificultades que enfrentan en su proceso de desarrollo y si algunas de las conductas de su hijo o hija pueden representar una situación de estrés parental.

La segunda y tercera fase se compone de aproximadamente 15 sesiones en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro, en el día y hora acordados.

Fase 2. Implica 5 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), en la primera sesión se enseñarán de forma teórica las habilidades de la Interacción Dirigida por el Niño o Niña, (CDI por sus siglas en inglés para Child-Directed Interaction). Posterior a esta se realizarán 4 sesiones prácticas donde se llevará a cabo el entrenamiento de estas habilidades. Al finalizar se realizará la aplicación intermedia del Cuestionario de estrés parental versión abreviada (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF, por sus siglas en inglés).

Fase 3. Consta de aproximadamente 5 sesiones (la duración dependerá del avance que se tenga), una será una presentación en donde se enseñarán las habilidades de la Interacción Dirigida por el Padre (PDI por sus siglas en inglés para Parent-Directed interaction), las 4 sesiones restantes son prácticas, en donde se entrenarán estas habilidades.

Durante todo este proceso tendrá que realizar una única tarea en casa: dedicar 5

minutos todos los días para jugar con su hijo o hija y llenar un registro de tareas de acuerdo con la fase del proceso terapéutico en la que se encuentran, este formato se lo facilitaremos semanalmente y tendrá que ser entregado cada semana en la sesión de entrenamiento.

Fase 4. Concluiremos con dos sesiones aproximadamente en las que volveremos a aplicar algunos de los cuestionarios que contestaron en la *fase 1* de este proceso, estos son: Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI, por sus siglas en inglés), Inventario de Conducta para Profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised, SESBI-R, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de estrés parental versión abreviada (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF, por sus siglas en inglés), para conocer los resultados del entrenamiento.

Es muy importante para nosotros que usted y su hijo o hija sigan los lineamientos de seguridad e higiene durante el trabajo presencial, los cuales son: el uso obligatorio de cubrebocas y el uso de gel antibacterial al inicio y al final de la sesión. Además, le hacemos mención de que las salas y los materiales a las cuales tengamos acceso serán previamente sanitizadas para su seguridad y la de su hijo o hija.

Algunas de las sesiones serán grabadas, pero los datos que obtendremos durante las 4 fases tienen como único fin realizar la investigación mencionada, por lo que toda información personal será absolutamente confidencial, el nombre de los integrantes de la diada o triada solo se escribirán en dos documentos que serán resguardados bajo llave por los responsables de la investigación, Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela y Nayeli Mendoza Frías, y a partir de ello se trabajará únicamente con códigos de participante.

Es muy importante que usted sepa que su participación no será remunerada y que puede decidir no formar parte de esta investigación en cualquier momento sin que eso implique alguna consecuencia de ningún tipo.

Dos o más faltas continuas al proceso terapéutico sin aviso causará baja definitiva como participante de la investigación. Si usted necesita faltar por causas de fuerza mayor, le solicitamos dar aviso al menos 24 horas antes de su cita con justificante de por medio.

Consentimiento Informado

Para padres:

Yo declaro que he sido informado del procedimiento de la investigación denominada "*Intervención a través de la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT por sus siglas en inglés) en familias con dificultades en la relación padres-hijo*" y que las responsables de este proyecto son la Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela y Nayeli Mendoza Frias. Entiendo que este estudio busca conocer la eficacia de la PCIT en padres y madres que manifiesten dificultades para interactuar con sus hijos de 2 a 7 años tras pasar un proceso de adopción, separación de los padres o se tenga sospecha de exposición a violencia y a su vez de evaluar el nivel de estrés parental.

Sé que mi participación se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la Universidad Autónoma de Querétaro en la Facultad de Psicología, los días de cada semana, en horario durante las 15 sesiones que implique el procedimiento.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados al código de identificación, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento de que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio. Asimismo, sé que puedo negar mi participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, únicamente explicando al equipo la razón o razones.

Estoy consciente de que dos o más faltas continuas al proceso terapéutico sin aviso causará baja definitiva como participante de la investigación y que si necesito faltar por causas de fuerza mayor, daré aviso al menos 24 horas antes de mi cita con justificante de por medio.

☐ Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Fecha: _____

Nombre y Firma participante

Nombre y Firma del testigo

Nombre y firma de los Investigadores Responsables

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Nayeli Mendoza Frias

Asentimiento informado

Se le ha explicado al/la menor,
con código de identificación, de qué trata la investigación en la
cual participará y el tipo de actividades que realizará durante este procedimiento.

- ☐ El niño/La niña asintió participar, expresó esto mediante un *Asintió/Remitió verbalmente un "Sí"*, en la investigación.
- ☐ El niño/La niña se negó a participar, mediante *negación verbal de un "No"/ movimiento de cabeza* en la investigación.

Fecha: _____

Nombre Firma del Padre/Madre:

Nombre Firma del investigador(es):

10.2. Intervención grupal

Universidad Autónoma de Querétaro Área de Psicología Educativa

Procedimiento del taller “Vida, Estrés y Crianza”

El taller de “Vida, Estrés y Crianza” es parte del programa “Escuela para Padres” de la Coordinación de Fortalecimiento familiar, tiene como objetivo principal crear un espacio de escucha para padres y madres por medio de un taller psicoeducativo que les brinde herramientas/técnicas/recursos (emocionales, sociales, psicológicos), donde se aborde el estrés parental y puedan reflexionar sobre cómo influye en su rol como cuidadores, cómo disminuirlo y/o afrontarlo en beneficio de sí mismos y en la relación con sus hijos.

Algunos objetivos específicos que persigue el taller son:

1. Compartir las experiencias, creencias y pensamientos que tienen sobre su rol como cuidadores, así como reflexionar sobre las características del ambiente en el que se desenvuelven y visibilizar las necesidades y demandas de sus hijos de acuerdo a su edad para que puedan responder a ellas de manera positiva mejorando su relación.
2. Conocer acerca del estrés parental y las consecuencias que puede tener en su parentalidad para que puedan desarrollar estrategias o recursos que les permitan a padres y madres responder adecuadamente ante situaciones estresantes que se originan en la relación con sus hijos.
3. Concientizar cómo beneficia el control del estrés parental en el cuidado de sí mismos y de sus hijos a través de herramientas/estrategias/recursos de una gestión adecuada de este.

El taller se llevará a cabo los días lunes en horario de 15:00-17:00 hrs, en el aula de literatura, acceso B, Planta Baja del Gómez Morín.

Estructura del taller

Estará dividido en tres módulos compuestos de tres sesiones presenciales cada uno cubriendo un total de nueve sesiones:

Nombre y Número de Módulo	Temas
1. Parentalidad y Crianza	1.1 ¿Qué es ser padre?
	1.2 Mitos y realidades sobre la maternidad y paternidad
	1.3 Contexto sociocultural: estereotipos, roles, situación laboral
	1.4 Desarrollo evolutivo de los niños y niñas: necesidades de acuerdo a su edad
	1.5 Crianza positiva: ¿cómo mejorar la relación con mis hijos?
2. Estrés parental	2.1 ¿Qué es el estrés?
	2.2 Efectos biológicos-psicológicos del estrés
	2.3 ¿Qué es el estrés parental?
	2.3.1 Conceptos relacionados al estrés parental
	2.3.2 Factores que desencadenan el estrés
3. Vida, Estrés y Crianza	2.3.3 Consecuencias de mi estrés en mis hijos
	2.4 Crianza positiva: ¿Cómo poner límites claros?
	3.1 La importancia del Vínculo Parental y Emocional
	3.2 Comunicación asertiva e instrucciones efectivas
	3.4 La culpa en la parentalidad

Para poder determinar la efectividad de las estrategias de afrontamiento, convivencia y manejo de estrés parental se aplicará el Índice de Estrés Parental versión abreviada (por sus siglas en inglés PSI-SF, "Parenting Stress Index-Short Form") a los padres y madres participantes al inicio y final del taller.

Para que el taller se lleve a cabo en armonía, se puedan alcanzar los objetivos y sean acreedores de una constancia de participación que valide sus conocimientos y compromiso consigo mismos y con sus hijos, es indispensable que cumplan con las siguientes reglas:

1. **Protocolo de salubridad:** Seguir las recomendaciones e indicaciones generales de seguridad sanitaria como: portar cubrebocas todo el tiempo, traer un gel antibacterial personal, mantener la sana distancia de 1.5 m, no consumir alimentos durante la sesión, si presentan algún síntoma avisar con anticipación y en medida de lo posible, si los síntomas permanecen, recibir atención médica y hacer llegar su comprobante médico.
2. **Asistencia:** Se tomará asistencia por medio de una lista donde cada uno de los padres y/o madres escribirá su nombre, firma y la hora en que llega y se va. La asistencia dependerá de incorporarse antes de las 15:20 hrs y retirarse después de las 16:40 hrs, de lo contrario contará como inasistencia. Solicitamos, por tanto, se comprometan a permanecer en el taller en el horario establecido.

NOTA: En caso de no asistir a una sesión deberán reponerla en la siguiente fecha en que se vaya a impartir la sesión correspondiente.

3. **Confidencialidad:** Este lugar es para escucharnos y compartir experiencias, ideas, emociones, por lo que les invitamos a ser respetuosos con lo que compartan los participantes en este espacio. Por nuestra parte tampoco se dará a conocer la información personal que nos brinden, por lo que nos comprometemos a salvaguardar todo lo necesario a excepción de que el programa solicite conocer sobre su participación y asistencia.
4. **Respeto:** Para las participaciones les pedimos respeto cuando alguien esté hablando, esto implica guardar silencio, evitar decir comentarios negativos o en tono de burla. Todos merecemos respeto, este es un lugar seguro para todos nosotros,

hagamos que sea agradable. Así mismo es indispensable cuidar las instalaciones y los materiales ya que otras personas también los ocupan.

5. Participación activa: Es importante que todos puedan participar en las actividades propuestas, ello implica la revisión de materiales que podamos compartirles, externalizar sus experiencias u opiniones sobre los temas impartidos.

El equipo de facilitadoras se compromete a:

1. Garantizar y seguir los lineamientos establecidos por el protocolo de salubridad.
2. Garantizar la confidencialidad de la información obtenida a todo lo largo del taller.
3. No dar a conocer su información personal a excepción de que el programa solicite conocer sobre su participación y asistencia.
4. Utilizar la información recopilada sólo con fines educativos y académicos.
5. Dirigirse con respeto hacia los/las participantes del taller.

Sobre la entrega de constancia de participación

Es requisito indispensable contar con **8 asistencias registradas**, es decir, haber cubierto el 80% de las 9 sesiones que componen este taller y haber cumplido con los señalamientos mencionados en el reglamento.

Consentimiento informado

Fecha: __/__/__

Por este medio, yo, _____ expreso mi consentimiento para participar activamente en el taller “Vida, Estrés y Crianza”, cuyo procedimiento y características me fueron informadas. Asimismo asumo la responsabilidad y el compromiso que implica asistir a todas las sesiones que componen este taller así como el reponer mi asistencia a las sesiones en que no haya asistido o anteriores a mi integración al taller.

Entiendo, por otra parte, que mi participación en el taller y en la evaluación de estrés parental es voluntaria, sin remuneración, y que tengo el derecho de decidir si no quiero participar, sin que se me intente forzar ni se coaccionen mis respuestas en la evaluación del mismo. Entiendo que toda la información que les proporcione a las facilitadoras quedará resguardada confidencialmente y no podrá usarse con otros objetivos que no sean los evaluativos del propio objetivo del taller.

En caso de tener dudas, consultas o inconvenientes, puede contactarse con las facilitadoras responsables del taller a través del correo electrónico: nmendoza14@alumnos.uaq.mx

Nombre y Firma del participante

11.ANEXOS

11.1.Anexo 1. Entrevista Anamnésica

Entrevista Anamnésica	
Código Paciente:	_____
Papá:	_____
Mamá:	_____
1. Información General	
Fecha:	_____
Hora:	_____
Persona que aplicó:	_____
Nombre del niño o niña:	_____
Lugar y Fecha de Nacimiento:	_____
Edad:	_____
Sexo:	_____
Estatura:	_____
Peso:	_____
Grado Escolar:	_____
Padre	
Nombre del Padre:	_____
Edad:	_____
Ocupación:	_____
Estado Civil:	_____
Grado de estudios:	_____
Estado general de Salud Física:	_____
Salud mental	
¿Tiene algún padecimiento mental?	_____
¿Cuál?	_____
¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado?	_____
¿Lleva algún tratamiento?	_____
¿Cuál?	_____
Madre	
Nombre de la Madre:	_____
Edad:	_____
Ocupación:	_____
Estado Civil:	_____
Grado de estudios:	_____
Estado general de Salud Física:	_____
Salud mental	
¿Tiene algún padecimiento mental?	_____
¿Cuál?	_____
¿Desde hace cuánto le fue diagnosticado?	_____
¿Lleva algún tratamiento?	_____
¿Cuál?	_____

2. Familia

¿Tiene hermanos o hermanas? _____ ¿Cuántos? _____

Nombres de los hermanos y edades: _____

¿Cómo se lleva con sus hermanos o hermanas? _____

¿Con quién vive el niño o niña? _____

¿Quién cuida al niño o niña? _____

¿Con quién duerme el niño o niña? _____

¿Cuál es la dinámica familiar del niño en un día común? _____

3. Antecedentes de Salud Mental Familiar

¿Existen precedentes de condiciones mentales en la familia hasta tres generaciones atrás?

4. Información Perinatal

¿Fue planeado/deseado? _____

Dependiendo de la respuesta anterior preguntar si hubo maniobras de interrupción _____

¿Cómo se tomó la noticia del embarazo? _____

¿Cuál era la situación familiar/de pareja durante el embarazo? _____

¿Durante el embarazo la gestación fue completa o interrumpida? _____

¿Cuánto tiempo duró el parto? _____

Si fue interrumpida ¿Por qué? _____

¿Prematuro de cuántas semanas de gestación? _____

¿Requirió Reanimación (RCP)? _____ ¿Requirió Oxígeno? ____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Requirió Incubadora? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Presentó sufrimiento Fetal? _____ ¿Cuál? _____

¿Tuvo algún problema de salud, después del parto? _____ ¿Cuál? _____

5. Información Prenatal

¿Cuál era el estado de salud de la madre al momento de la concepción? _____

¿Consumía algún medicamento durante la gestación o al momento de la concepción? _____

¿Cuál? _____

¿Consumía alguna de las siguientes sustancias (Alcohol, Marihuana, Cigarro/Tabaco, Drogas Sintéticas, ¿Otra) durante el período de gestación? _____ ¿Cuál? _____

¿Hubo alguna situación en cuestión de salud, que afectara al bebé antes o durante su nacimiento?

6. Información Postnatal

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____

Parto Natural _____ Cesárea _____ ¿Por qué? _____

7. Alimentación

¿Fue alimentado con leche materna o fórmula? _____ ¿Por qué? _____

Edad de ablactación (introducir alimentos no lácteos) _____

¿Fue integrado a la dieta familiar al cumplir un año? _____ ¿A qué edad? _____

¿Considera usted que el niño o niña comía bien o se queda con hambre? _____

¿Por qué? _____

¿Identificó algún problema referente a su alimentación? _____

8. Desarrollo motriz

¿A los cuántos meses logró sostener su cabeza? _____

¿A qué edad logró sentarse? _____

¿A qué edad logró gatear? _____

¿A qué edad logró deambular solo? _____

¿A qué edad logró el control de esfínteres? _____

¿Tuvo alguna dificultad para lograrlo? _____

9. Hábitos

¿Lloraba en exceso en los primeros 6 meses de vida? _____

¿Por qué? _____

¿Tiene problemas para dormir? _____ ¿Cuál? _____

¿Cuáles son sus hábitos de sueño? _____

10. Período 1 a 2 años

¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?

Cambios drásticos temperamentales _____

Impulsividad _____

Le cuesta socializar con otros niños o niñas _____

Le cuesta relacionarse con papá o mamá _____

No obedece _____

No respeta las normas _____

Le molestan las normas _____

Tiene algún trastorno del sueño _____ ¿Cuál? _____

Tiene algún trastorno del lenguaje _____ ¿Cuál? _____

Tiene alguna alteración del desarrollo motor _____ ¿Cuál? _____

Tiene algún problema con su alimentación _____ ¿Cuál? _____

¿Cómo fue el logro del control de esfínteres? ¿Tuvo dificultades? ¿Cuáles? _____

11. Período de 3 a 6 años

¿Ha detectado o detectó los siguientes síntomas en el niño a esta edad?

Inquietud Motriz (Hiperactividad) _____

Juego Simbólico _____ Tiempo de duración del juego _____

Nota retrasos en el desarrollo _____ ¿Qué clase de retrasos? _____

Dificultad en la coordinación motora _____ ¿Qué clase de dificultad? _____

Comportamientos inusuales (oposicionismo, desafiante, obsesiones, rituales, autolesivas) _____

¿Qué clase? _____

Integración Social en el grupo de edad _____

Accidentes constantes _____ ¿Qué clase de accidentes? _____

12. Experiencia Escolar

¿Cuál ha sido la experiencia escolar del niño o niña durante estos años? _____

¿Los profesores le han reportado algún mal comportamiento en específico en el niño o niña? _____

13. Relación con los pares

¿Qué ha observado en el comportamiento de su hijo o hija cuándo interactúa con niños o niñas de su edad? _____

¿Tiene problemas para socializar con otros niños de su edad? _____

¿A qué juega su hijo o hija con otros niños o niñas? _____

14. Temperamento (rasgos emotivos de la personalidad) del niño o niña

¿Cómo definiría el temperamento de su hijo o hija? _____

15. Eventos Estresantes

¿El niño o niña ha vivido momentos estresantes?

Indicación: A continuación vamos a enlistar algunos eventos, pueden responder con sólo sí o no, pueden explicar el evento o evitar decirlo, si no comprenden a qué se refiere alguno pueden preguntar.

Abuso emocional (maldecir, insultar, humillar, menospreciar, rechazar, aislar, amenazas de abandono) _____

Abuso Físico (empujar, agarrar, abofetear, golpear o arrojar algún objeto al niño) _____

Abuso Sexual _____

Violencia Intrafamiliar (Vio agresiones entre los padres física o verbalmente o peleas con estas características)

Bullying _____

Antecedentes familiares de consumo de sustancias _____

Antecedentes familiares de cargos penales _____

Antecedentes familiares de trastornos mentales (depresión, ansiedad, esquizofrenia, demencia, etc) _____

Separación de los padres _____

Muerte de alguno de los padres _____

Muerte de alguno de los familiares _____

Violencia Colectiva (Un hecho como lo sucedido en el estadio, guerra, a nivel país o de la ciudad) _____

Violencia Comunitaria (No sentirse seguro/a en su colonia por asaltos, desapariciones, violaciones) _____

Omisión de cuidados (no proporcionar alimento, vestido, dejarlo llorar mucho tiempo, atención médica, educación formal)

16. Disciplina en casa

¿Se disciplina al niño o niña en casa? _____

¿Qué clase de disciplina se ejerce sobre él o ella? _____

¿Cómo actúa el niño o niña ante la disciplina que se le impone? _____

¿Se utiliza dentro de la disciplina el tiempo fuera? _____

¿Cuál ha sido su experiencia con esta estrategia? _____

17. Situaciones en Casa y en Relación con los Padres

¿Qué es lo que, como padre, le preocupa principalmente sobre el comportamiento de su hijo en casa? _____

¿Cuál considera que es el principal problema que enfrenta su hijo o hija? _____

¿Cuál es la relación del niño o niña con usted como madre o padre? _____

¿Considera que tiene una buena relación con el niño o niña? _____

¿Cuáles son los intereses del niño o la niña? _____

No notamos que hay un problema de conducta específico como desobediencia, también preguntar por el autoestima del niño

11.2. Anexo 2. Tríptico de habilidades CDI

Habilidades a Evitar

- 1. Dar órdenes:** directas donde se le pide algo e indirectas que usualmente se presentan en forma de preguntas.
- 2. Hacer preguntas:** evitar formular preguntas al usar un tono de pregunta cuando se habla con el niño o niña
- 3. Criticar:** evitar un tono de crítica hacia lo que el niño o niña está haciendo.
- 4. Sarcasmo:** cuidar el tono de voz que exprese burla hacia lo que dice el niño o niña.

Habilidades a Hacer

- 1. Elogiar:** **Generales;** de aprobación y **Específicos;** para remarcar algo.
- 2. Parafrasear:** Repetir verbalmente lo que el niño o niña va diciendo o parte de lo que dice sin perder la esencia del mensaje.
- 3. Imitar:** realizar una actividad o movimiento similar a la que el niño o niña hace.
- 4. Describir:** relatar las acciones que el niño o niña va realizando.
- 5. Entusiasmo:** expresar entusiasmo a las actividades que el niño o niña lleva a cabo.

Atención Selectiva

Recuerda identificar las conductas y cualidades como las mejores y dirigidas a mejoras en las relaciones sociales en el niño o la niña, para que a través del uso de las habilidades del CDI es decir EPIDE, puedas ir reforzandondalas. De esta forma conseguirás que sean más frecuentes en su día a día.

Ignorar Selectivo

Recuerda identificar las conductas y cualidades que deseas disminuir en tu hijo o hija, sabemos que te costará trabajo, pero ¡estamos seguros de que lo lograras! Ignorar estas conductas, permitirá que vayan apareciendo con menos frecuencia.

Sabemos que la prioridad principal es tu hijo o hija y que ya haces un gran trabajo. Reconocemos tu enorme esfuerzo por mejorar la relación que llevas con tu pequeño o pequeña ¡Muchas Felicidades!

Contacto:
Karla Domínguez, Correo: kdominguez@alumnos.usg.mx
WhatsApp: 946 399 2747
Móvil: 946 399 2747
Correo: kdominguez@alumnos.usg.mx
WhatsApp: 946 422 5360



PCIT
Terapia de Interacción de Padres
Madres e Hijos (as)

Guía CDI

El Juego

Jugar 5 minutos al día

En un espacio libre de distracciones

Donde tanto el niño o niña como Papá/Mamá estén cómodos

Recuerda llenar tu hoja de tarea



Juguetes

SÍ



No



11.3. Anexo 3. Habilidades del CDI

Habilidades del CDI			
Habilidad a Hacer	Definición	Motivos	Ejemplo
Elogiar	Decir específicamente lo que te gusta acerca del: juego del niño o niña, cumplidos, palabras, apariencia o personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Añade calidez a la relación padre/madre-Hijo/Hija • Provoca que el comportamiento se incremente • Incrementa la autoestima • Le deja ver al niño lo que a usted le gusta • Hace que tanto padres como hijo/hija se sientan bien 	<p>¡Estás haciendo un gran trabajo coloreando dentro de las líneas!</p> <p>¡Muy bien contado!</p> <p>¡Me gusta que estés jugando tranquilamente!</p> <p>¡Gracias por pedirlo de manera amable!</p>
Parafrasear	Repetir o parafrasear lo que el niño o niña dice	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que el niño lidere la conversación • Le demuestra al niño o niña que estás realmente interesada (a) • Demuestra que aceptas y comprendes lo que el niño dice • Incrementa la comunicación verbal 	<p>Niño (a): el caballo se hará amigo de la vaca. Padre: el caballo se hará amigo de la vaca.</p> <p>Niño (a): El camello tiene joroba arriba. Padre: El camello tiene dos jorobas en su espalda.</p>
Imitar	Hacer exactamente lo que el niño hace, o acompañar al niño o niña en el juego	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que el niño o niña lidere el juego • Le enseña al niño como jugar con otros • Demuestras aprobación por la elección del juego del niño o niña • Incrementa la imitación del niño de ti 	<p>Niño (a): Voy a hacer un círculo.</p> <p>Padre: Voy a hacer un círculo también, así como el tuyo.</p>
Describir	Hablar acerca de lo que el niño o niña está haciendo	<ul style="list-style-type: none"> • Le permite al niño o niña mantener el liderazgo • Se le enseñan conceptos • Se moldea el habla • Mantiene la atención del niño • Organiza los pensamientos y actividades del niño o niña 	<p>Padre: Estás metiendo el carro en el garaje.</p> <p>Padre: Dibujaste una cara sonriente.</p>
Entusiasmo	Mostrar esta emoción, entusiasmo, alegría e interés	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene al niño interesado • Ayuda a distraer al niño cuando se ignora 	<p>La voz tiene muchas formas de expresión.</p> <p>La voz suena alegre.</p> <p>El habla se escucha animada y emocionada.</p>

Habilidad a Evitar	Definición	Motivos	Ejemplo
Preguntas	Muestra inseguridad y solicita información	<ul style="list-style-type: none"> Lidera la conversación en lugar de seguirla En muchas ocasiones son comando que necesitan una respuesta Puede parecer que no se escucha al niño o niña Puede parecer que estás en desacuerdo con el niño o niña 	<p>Padre: ¿Qué estás haciendo?</p> <p>Padre: ¿Ese es azul verdad?</p> <p>Padre: ¿Quieres jugar con el carrito?</p> <p>Padre: ¿Te la estás pasando bien verdad?</p>
Órdenes	<p>Comandos Directos le dicen al niño o niña que hacer</p> <p>Los comandos indirectos preguntan o sugieren que el niño o niña haga algo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le quita el liderazgo al niño Provoca que la interacción se vuelva desagradable 	<p>Directos</p> <p>Padre: Pon los bloques en la caja</p> <p>Padre: Ven aquí</p> <p>Indirectos</p> <p>Padre: ¿Puedes pasarme ese papel?</p> <p>Padre: ¿Puedes enseñarme el carrito naranja?</p>
Crítica y Sarcasmo	Los comentarios que encuentran fallas en el niño o niña o expresan desaprobación. A menudo incluyen las palabras "no", "no lo hagas", "detente" y "deja".	<ul style="list-style-type: none"> A menudo incrementa los comportamientos críticos Hace que la autoestima del niño o niña se vea disminuida Crea una interacción displacentera 	<p>Padre: Así no es como debes de hacerlo.</p> <p>Padre: Te has portado muy mal el día de hoy.</p> <p>Padre: No me gusta cuando respondes.</p> <p>Padre: No garabatees en la hoja de papel.</p> <p>Padre: No cariño, eso no está bien</p>
<p>Ignorar el Comportamiento Inapropiado</p> <p>(a menos que ponga en peligro al niño o niña o se comporte de forma destructiva)</p> <p>a) Evita mirar a tu hijo, hablar, sonreír, hacer gestos, etc.</p> <p>b) Ignora siempre los comportamientos negativos que ocurran</p> <p>c) Esperar que estos comportamientos se incrementen al principio.</p> <p>d) Espera hasta que el niño o niña haga algo apropiado.</p> <p>e) De manera entusiasta elogia o describe al niño o niña en algún comportamiento apropiado</p>	Quita la atención de la conducta negativa que busca la atención en la ejecución de dicha conducta.	<ul style="list-style-type: none"> Evitar incrementar el comportamiento negativo. Disminuir la atención de las conductas negativas que buscan la atención de los padres. Ayuda a que el niño se dé cuenta de la diferencia entre las reacciones de los padres de aquellas que son apropiadas a las que no lo son. 	<p>Niño (a): payasea ante el padre, mientras recoge el juguete.</p> <p>Padre: ignora el payaseo y elogia cuando recoge el juguete.</p> <p>Niño (a): Golpea a los padres.</p> <p>Padre: DETIENE EL JUEGO; no puede ignorarse.</p>

11.4.ANEXO 4.Hoja de Progreso de la PCIT

Hoja de progreso de la PCIT																
Código del/la niño/a:																
Madre																
Sesión																
Fecha																
																Maestría
Elogio etiquetado																10
Parafraseo																10
Descripción																10
Preguntas																< 3 Q+C+C/S
Comandos																< 3 Q+C+C/S
Crítica/Sarcasmo																< 3 Q+C+C/S
Puntuación ECBI																< 114

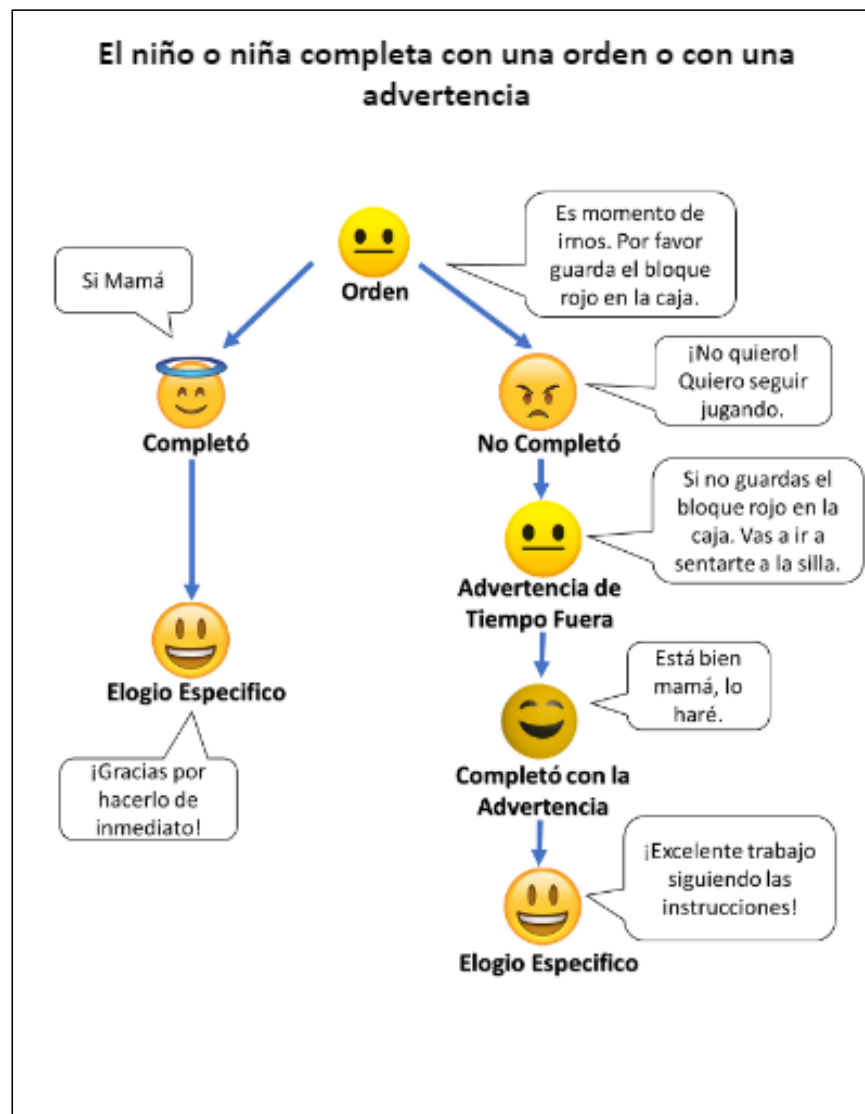
11.5.ANEXO 5.Hoja de codificación de habilidades CDI (DPICS-III)

Fecha:		Trimestre:		Código:		Aplicó:						
Evaluación antes y después de tratamiento:		CLP		PLP		CDI						
CDI- Habilidades para Hacer												
Habilidad	Codificación										Total	Muestra
Ilusiones repetitivas											0	10
Parafasias											0	10
Recepción											0	10
Ente	Satisfactorio		Necesita Práctica									
Se Satisfactorio	Satisfactorio		Necesita Práctica									
Ignora Comportamiento Disruptivo	Satisfactorio		Necesita Práctica			No Aplica						
* Muestra= Satisfactorio o no aplicable para la muestra, el estudiante y la observación.												
Habilidades parentales	Codificación										Total	Muestra
Mala Neutral											0	No Aplica
Ilusiones parentales											0	No Aplica
CDI- Habilidades parentales												
Habilidades	Codificación										Total	Muestra
Comentarios											0	1-24 Polyc
Preguntas											0	1-24 Polyc
Comentarios negativos (dramático y crítico)											0	1-24 Polyc
Cumplimiento infantil (Codificado antes y después sólo en el lugar de los comandos anteriores)												
Categoría	Directo		Indirecto		Total							
	No de Cumplimiento											
Cumplimiento												
No Cumplimiento												
No Oportuno												
Total de Comandos												

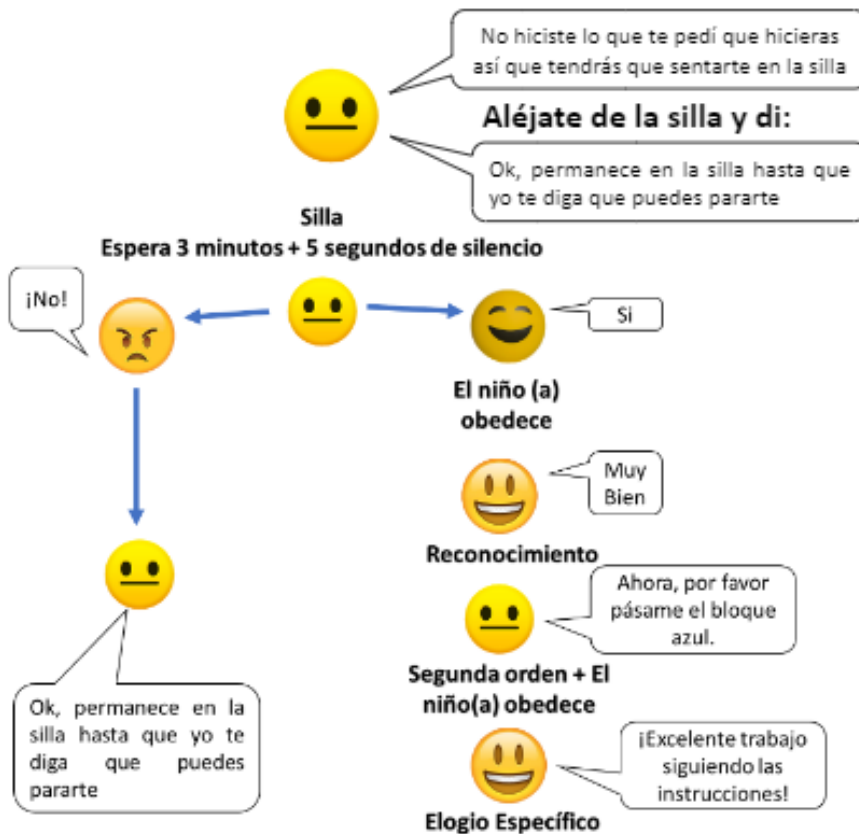
11.6.ANEXO 6. Registro de tarea en casa para CDI

Registro de tarea en casa				
Código de Diada:				
Día	¿Realizaste los 5 min de juego especial?		Actividad realizada	Problemas o dudas durante el juego especial
	Si	No		
Lunes				
Martes				I
Miércoles				
Jueves				

11.7.ANEXO 7. Diagramas de funcionamiento de PDI



Tiempo fuera para niños y niñas que permanecen en la silla



Escapar del Tiempo Fuera

Toma al niño(a) y
regrésalo a la silla



Te fuiste de la silla antes de que te dijera que podías hacerlo si te levantas de la silla otra vez, vas a tener que ir a la habitación de tiempo fuera. (dar una advertencia del cuarto de tiempo fuera por primera vez al niño(a))

Regrésalo(a) a la silla y di:

Permanece en la silla hasta que yo diga que puedes pararte



El niño(a) se levanta

Toma al niño y llévalo al tiempo fuera en
la habitación mientras dices



Te levantaste de la silla antes de que yo dijera que podías así que tienes que ir a la habitación del tiempo fuera

Habitación de Tiempo Fuera

Espera 1 minuto + 5 segundos de silencio,
regresa entonces al niño(a) a la silla y di:



Permanece en la silla hasta que yo te diga que puedes levantarte

Silla del Tiempo Fuera

Comienza el tiempo otra vez 3 minutos + 5 segundos de silencio. Si la niña(o) vuelve a levantarse, repetir estos pasos hasta que permanezca en la silla

11.8.ANEXO 8. Hoja de tarea PDI

Hoja de Tarea del PDI					
Código:		Nombre de Papá o Mamá:			
Día de la Semana	Si Practicó PDI	No Practicó PDI	# de Tiempo Fuera en la Silla	# de Tiempo Fuera en la Habitación	Preguntas Problemas Preocupaciones
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

11.9.ANEXO 9. Inventario Eyberg de Comportamiento Infantil (ECBI)

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

La escala ECBI (Inventario Eyberg de Comportamiento Infantil) mide los problemas de conducta de niños y adolescentes entre 2 y 16 años. Es completado por los padres o cuidadores y provee información sobre la frecuencia y severidad de los problemas de conducta y sobre cuáles son difíciles para ellos.

Este test consiste en un listado de 36 ítems que investiga la conducta de los 3 últimos meses desde dos puntos de vista: Primero con una escala tipo Likert del 1 (nunca) al 7 (siempre) que indica la frecuencia de dichas conductas, y en segundo lugar, la percepción como problema, según los padres, de cada uno de los ítems, respondiéndose como sí o no.

<i>Nunca (1); casi nunca (2); ocasionalmente (3), usualmente (4), frecuentemente (5), casi siempre (6); siempre (7).</i>								<i>¿Esto representa un problema para usted?</i>	
1. Tarda en vestirse.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
2. Tarda a la hora de comer.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
3. Tiene malos modales en la mesa.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
4. Se niega a comer los alimentos entregados.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
5. Se niega a hacer quehaceres cuando se lo piden.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
6. Se demora en alistarse para dormir.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
7. Se niega a ir a la cama a tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
8. No obedece las reglas del hogar.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
9. Se niega a obedecer hasta que es amenazado con un castigo.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
10. Actúa de manera desafiante al darle una orden.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
11. Discute con sus padre sobre las reglas.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
12. Se enoja cuando no se sale con la suya.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
13. Tiene berrinches.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
14. Es respondón con los adultos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
15. Se queja.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No

16. Lloro fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
17. Grita o chilla.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
18. Golpea a sus padres.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
19. Destruye juguetes y otros proyectos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
20. Es descuidado con juguetes y otros objetos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
21. Roba.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
22. Miente.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
23. Molesta o provoca a otros niños.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
24. Pelea verbalmente con amigos de su edad.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
25. Pelea verbalmente con sus hermanos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
26. Pelea físicamente con amigos de su edad.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
27. Pelea físicamente con sus hermanos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
28. Requiere atención constantemente.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
29. Interrumpe.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
30. Se distrae fácilmente.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
31. Tiene un período corto de atención.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
32. No puede terminar tareas o proyectos.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
33. Tiene dificultad para entretenerse a sí solo.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
34. Tiene dificultad para concentrarse en una cosa.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
35. Es muy activo o incansable.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
36. Moja la cama.	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No

11.10.ANEXO 10. Inventario de Comportamiento Estudiantil de Sutter-Eyberg
– Revisado (SESBI-R)

SESBI-R

**Sutter-Eyberg Student
Behavior Inventory-Revised™**

SPANISH
VERSION

Teacher Rating Form by Sheila Eyberg, PhD, and Joseph Sutter, PhD

Nombre del calificador _____
 Nombre del niño _____

Horas/semana de contacto con el niño _____
 Sexo del niño _____

Fecha de hoy ____/____/____
 Fecha de nacimiento del niño ____/____/____

Instrucciones: Las siguientes son frases que describen la conducta infantil. Por favor, (1) marque con un círculo el número que **describe la frecuencia** con la que se da **actualmente** la conducta indicada en este estudiante, y (2) marque con un círculo "sí" o "no" para indicar si la conducta es **actualmente** un **problema para usted**.

Por ejemplo, si lo hace pocas veces, marque con un círculo el número 2 en respuesta a la siguiente afirmación:

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Siempre		¿Es esto un problema para usted?	
1. Escribe de manera descuidada	1	2	3	4	5	6	7	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>

Marque sólo una respuesta por cada afirmación y conteste a todas las preguntas. **¡NO BORRE NADA!** Si necesita hacer algún cambio, marque la respuesta incorrecta con una "x" y marque con un círculo la respuesta correcta. Por ejemplo:

1. Escribe de manera descuidada	1	2	x	4	5	6	7	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

	¿Con qué frecuencia ocurre esto con este estudiante?							¿Es esto un problema para usted?	
	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Siempre			Sí	No
1. Tiene rabietas	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hace malas caras	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Molesta o provoca a otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Miente	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se frustra con las tareas difíciles	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. No obedecer las reglas de la escuela por su cuenta	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Exige la atención del maestro	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pierde el tiempo cuando tiene que seguir las reglas u obedecer instrucciones	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Es un mandón con los otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Se enfada cuando no se sale con la suya	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Interrumpe al maestro	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Impulsivo, actúa sin pensar	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Se niega a obedecer hasta que lo amenazan con un castigo	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le cuesta concentrarse en las tareas	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Culpa a los demás de problemas de conducta	1	2	3	4	5	6	7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page 1
 Subtotal:

CONTINÚA →

PAR • 16204 N. Florida Ave. • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com
Copyright © 1986, 1999, 2014 by PAR. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of PAR. This form is printed in purple ink on white paper. Any other version is unauthorized.
 987654321 Form #RO-10737 Printed in the U.S.A.

WARNING! PHOTOCOPYING OR DUPLICATION OF THIS FORM WITHOUT PERMISSION IS A VIOLATION OF COPYRIGHT LAWS.

	¿Con qué frecuencia ocurre esto con este estudiante?							¿Es este un problema para usted?	
	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Siempre			Sí	No
16. Le cuesta meterse en grupos	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
17. Se distrae fácilmente	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
18. Le cuesta aceptar críticas o correcciones	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
19. No termina tareas o proyectos	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
20. Le replica al maestro	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
21. Discute con otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
22. Se queja	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
23. Es demasiado activo o no se está quieto	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
24. Se pelea con otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
25. Hace ruidos en clase	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
26. Responde cuando le dicen que haga algo	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
27. Discute con los maestros sobre las reglas o instrucciones que le dan	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
28. Interrumpe a los otros estudiantes	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
29. Es ruidoso	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
30. Le cuesta esperar su turno	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
31. Habla demasiado	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
32. Pierde las cosas que necesita para las actividades escolares	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
33. No se está quieto cuando está sentado	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
34. No atiende a las instrucciones	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
35. Se ofende o se molesta por cualquier cosa	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
36. Molesta a los demás a propósito	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
37. Le cuesta prestar atención	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No
38. Le cuesta permanecer sentado en su sitio	1	2	3	4	5	6	7	Sí	No

Page 2
 Subtotal
 Subtotal from page 1

Scores	Raw score	T score	Exceeds Cutoff (✓)
Intensity			
Problem			

Comments:

11.11.ANEXO 11. Cuestionario de estrés parental, versión abreviada (PSI-SF)

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL, VERSIÓN ABREVIADA (PSI-FS)

Por favor indique los siguientes datos:

- **Edad:** _____
- **Género:** Femenino (1) Masculino (2)
- **Número de hijos:** _____
- **Edad de los hijos** (coloque del mayor al menor en caso de tener más de 1 y sepárelo con comas):

- **Cuenta con cuidadora adicional/nana/niñera:** Sí (1) No (2)

Instrucciones:

Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo(a).

En cada una de las oraciones siguientes le pedimos que indique, por favor, **rodeando con un círculo**, la respuesta que **mejor describa sus sentimientos**. Si encuentra que una respuesta *no describe con exactitud* sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos.

DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA ORACIÓN.

Las posibles respuestas son:

MA= Si está **muy de acuerdo** con el enunciado

A= Si está **de acuerdo** con el enunciado

NS= Si **no está seguro**

D= Si está en **desacuerdo** con el enunciado

MD= Si está **muy en desacuerdo** con el enunciado

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

(Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, debería rodear con un círculo alrededor de la letra A)

Si se equivoca, marque la respuesta equivocada con una **X** y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta.

MA=Muy de acuerdo A=De acuerdo NS=No estoy seguro D=En desacuerdo MD=Muy en desacuerdo						
1.	Á menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones	MA	A	NS	D	MD
2.	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s)	MA	A	NS	D	MD
3.	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	MA	A	NS	D	MD
4.	Desde que he tenido este hijo(a), no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	MA	A	NS	D	MD
5.	Desde que he tenido este hijo(a), siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	MA	A	NS	D	MD
6.	No me siento contento(a) con la ropa que me compré la última vez	MA	A	NS	D	MD
7.	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	MA	A	NS	D	MD
8.	Tener un hijo(a) me ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación de mi pareja	MA	A	NS	D	MD
9.	Me siento solo y sin amigos	MA	A	NS	D	MD
10.	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	MA	A	NS	D	MD
11.	No estoy tan interesado por la gente como antes	MA	A	NS	D	MD
12.	No disfruto de las cosas como antes	MA	A	NS	D	MD
MP						
13.	Mi hijo(a) casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	MA	A	NS	D	MD
14.	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo(a) ni quiere estar cerca de mí	MA	A	NS	D	MD
15.	Mi hijo(a) me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
16.	Cuando le hago cosas a mi hijo(a), tengo la sensación de que mis esfuerzos son despreciados	MA	A	NS	D	MD
17.	Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia	MA	A	NS	D	MD
18.	Me parece que mi hijo(a) no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	MA	A	NS	D	MD
19.	Me parece que mi hijo(a) no sonríe tanto como los otros niños	MA	A	NS	D	MD
20.	Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
21.	Mi hijo(a) tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas	MA	A	NS	D	MD
	Marque una sola opción	1	2	3	4	5
22.	Siento que soy: 1. No muy bueno(a) como padre/madre 2. Una persona que tiene problemas para ser padre/madre 3. Un(a) padre/madre normal 4. Un(a) padre/madre mejor que el promedio 5. Muy buen(a) padre/madre					
23.	Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo(a) de los que tengo, y eso me molesta	MA	A	NS	D	MD
24.	Algunas veces, mi hijo(a) hace cosas que me molestan sólo por el mero hecho de hacerlas	MA	A	NS	D	MD
ID P-H						
25.	Mi hijo(a) parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de los niños	MA	A	NS	D	MD
26.	Mi hijo(a) generalmente se despierta de mal humor	MA	A	NS	D	MD
27.	Siento que mi hijo(a) es muy caprichoso(a) y se enoja con facilidad	MA	A	NS	D	MD
28.	Mi hijo(a) hace algunas cosas que me molestan mucho	MA	A	NS	D	MD
29.	Mi hijo(a) reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta	MA	A	NS	D	MD
30.	Mi hijo(a) se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes	MA	A	NS	D	MD

31.	El horario de dormir y comer de mi hijo(a) fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
32.	He observado que lograr que mi hijo(a) haga o deje de hacer algo es: 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba 2. Algo más difícil de lo que esperaba 3. Como esperaba 4. Algo menos difícil de lo que esperaba 5. Mucho más fácil de lo que esperaba	1	2	3	4	5
33.	Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo(a). Por ejemplo: pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado. Por favor, indique alguna: _____ _____ _____	10+	9-8	7-6	5-4	3-1
34.	Algunas cosas de las que hace mi hijo(a) me fastidian mucho	MA	A	NS	D	MD
35.	Mi hijo(a) se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
36.	Mi hijo(a) me exige más de lo que exigen la mayoría de niños	MA	A	NS	D	MD
ND						
Faltan datos						

En las cuestiones siguientes escoja entre "S" para "Sí" y "N" para "No"

Durante los últimos 12 meses ha sucedido en su núcleo familiar directo alguno de los siguientes acontecimientos:

37.	Divorcio	S	N
38.	Reconciliación con la pareja	S	N
39.	Matrimonio	S	N
40.	Separación	S	N
41.	Embarazo	S	N
42.	Otro pariente se ha mudado a su casa	S	N
43.	Los ingresos han aumentado sustancialmente (20% o más)	S	N
44.	Me he metido en grandes deudas	S	N
45.	Me he mudado a un nuevo lugar	S	N
46.	Promoción en el trabajo	S	N
47.	Los ingresos han descendido sustancialmente	S	N
48.	Problemas de alcohol o drogas	S	N
49.	Muerte de amigos íntimos de la familia	S	N
50.	Comenzó un nuevo trabajo	S	N
51.	Entró alguien en una nueva escuela	S	N
52.	Problemas con un superior en el trabajo	S	N
53.	Problemas con los maestros en la escuela	S	N
54.	Problemas judiciales	S	N
55.	Muerte de un miembro cercano de la familia	S	N

Muchas gracias por su colaboración

11.12.ANEXO 12. Ficha técnica del taller “Vida, Estrés y Crianza”

FICHA TÉCNICA DEL TALLER

“Vida, Estrés y Crianza”

Temática: Estrés parental

Objetivo: Crear un espacio de escucha para padres y madres por medio de un taller psicoeducativo que les brinde herramientas/técnicas/recursos (emocionales, sociales, psicológicos), donde se aborde el estrés parental y puedan reflexionar sobre cómo influye en su rol como cuidadores, cómo disminuirlo y/o afrontarlo en beneficio de sí mismos y en la relación con sus hijos.

Introducción: El estrés es una respuesta normal de los seres vivos a estímulos que los ponen en desequilibrio, razón por la cual pueden desencadenar múltiples respuesta tanto a nivel biológico como psicológico, sin embargo, si la duración es prolongada y con una alta intensidad puede convertirse en un problema de salud importante.

Los padres y madres de familia se enfrentan diariamente con las exigencias que conlleva el cuidado de menores así como atender las distintas esferas en que estos se desenvuelven. Todo este conjunto de experiencias puede ser abrumador cuando algo de la rutina diaria cambia o cuando no se cuenta con las herramientas/técnicas/recursos/estrategias para enfrentar los retos de la parentalidad, por lo que el estrés se vuelve una forma de adaptación que en su mayoría tiene repercusiones negativas al enfrentar las demandas de crianza o bien generando un desequilibrio en la estructura familiar y social.

Contenidos del Programa:

1. Parentalidad y crianza

1.1 ¿Qué es ser padre?

1.2 Mitos y realidades sobre la maternidad y paternidad

- 1.3 Contexto sociocultural: estereotipos, roles, situación laboral
- 1.4 Desarrollo evolutivo de los niños y niñas: necesidades de acuerdo a su edad
- 1.5 Crianza positiva: ¿cómo mejorar la relación con mis hijos?

2. Estrés parental

- 2.1 ¿Qué es el estrés?
- 2.2 Efectos biológicos-psicológicos del estrés
- 2.3 ¿Qué es el estrés parental?
 - 2.3.1 Conceptos relacionados al estrés parental
 - 2.3.2 Factores que desencadenan el estrés
 - 2.3.3 Consecuencias de mi estrés en mis hijos
- 2.4 Crianza positiva: ¿Cómo poner límites claros?

3. Estrés y vida

- 3.1 El sentido del estrés
- 3.2 Formas de adaptación al estrés: prácticas para la gestión
- 3.3 Estrategias/herramientas para el control/gestión del estrés parental
- 3.4 Crianza positiva en función de las herramientas que tenemos
- 3.5 Efectos en el control del estrés en la parentalidad

Destinatarios:

- Padres y madres con hijos de entre 3 y 12 años e hijos adolescentes.

Duración:

- La intervención comprende 9 sesiones, en jornada completa (2 horas) los días lunes de las 15:00 a las 17:00 hrs en el aula A5, acceso A, Planta Baja del Gómez Morín.
- Fecha de inicio con el primer grupo 28 de marzo de 2022
- Sólo se aceptarán padres y madres nuevos en la primera sesión de cada inicio de módulo

Nombre y Número de Módulo	Sesión	Temas
1 Parentalidad y Crianza	Sesión 1	1.1 ¿Qué es ser padre?
	Sesión 2	1. 2 Mitos y realidades sobre la maternidad y paternidad 1.3 Contexto sociocultural: estereotipos, roles, situación laboral
	Sesión 3	1.4 Desarrollo evolutivo de los niños y niñas: necesidades de acuerdo a su edad 1.5 Crianza positiva: ¿cómo mejorar la relación con mis hijos?
2 Estrés parental	Sesión 4	2.1 ¿Qué es el estrés? 2.2 Efectos biológicos-psicológicos del estrés
	Sesión 5	2.3 ¿Qué es el estrés parental? 2.3.1 Conceptos relacionados al estrés parental 2.3.2 Factores que desencadenan el estrés 2.3.3 Consecuencias de mi estrés en mis hijos
	Sesión 6	2.4 Crianza positiva: ¿Cómo poner límites claros?
3 Estrés y vida	Sesión 7	3.1 La importancia del Vínculo Parental y Emocional
	Sesión 8	3.2 Comunicación asertiva e instrucciones efectivas

	Sesión 9	3.4 La culpa en la parentalidad
--	----------	---------------------------------

Materiales para el taller:

- Serán proporcionados por las moderadoras del taller

Modalidad de aplicación:

- El taller estará diseñado para ser aplicado de forma presencial por las moderadoras Nayeli Mendoza Frías y Valeria Sánchez

11.13.ANEXO 13. Lista de asistencia al taller “Vida, Estrés y Crianza”



LISTA DE ASISTENCIA
Taller “Vida, Estrés y Crianza”

MÓDULO 2 - Sesión 5			
Nombre		Lunes 11 de julio 2022	
		Hora de entrada	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

11.14. Anexo 14. Sesión 1

Objetivo del Taller

Crear un espacio de escucha para padres y madres por medio de un taller psicoeducativo que les brinde **herramientas/técnicas/recursos** donde se aborde el estrés parental y puedan reflexionar sobre cómo influye en su rol como cuidadores, cómo disminuirlo y/o afrontarlo en beneficio de sí mismos y en la relación con sus hijos.

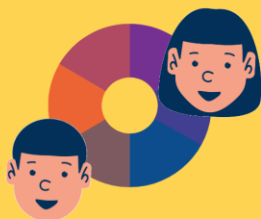
Actividad 2: Galería fotográfica



¡Manos a la obra!

- Observen las fotografías que les serán entregadas
- Elijan la que más represente su sentir cómo mamás y como papás
- En la parte de abajo escriban un título a su foto por ejemplo "mis hijos y yo"
- Coloquen su imagen en su escritorio
- Hagan un recorrido por el resto de fotos

Actividad 4: Mis virtudes



¿Cómo reconocer mis virtudes?

- Les entregaremos un formato con algunas oraciones
- Deben completar cada una de acuerdo con sus características personales
- Si consideras que tienes alguna que no está, puedes agregarla
- Piensa: ¿Qué virtudes me sirven como padre?

11.15.ANEXO 15. Sesión 2

SESIÓN 2: **EXPECTATIVAS Y REALIDADES SOBRE SER MADRE Y SER PADRE**



TEMAS DEL DÍA

1. Crianza
2. Roles
3. Género
4. Estereotipos
5. Expectativas y realidades

CRianza



Es un conjunto de acciones que los padres realizan para brindar a sus hijos todo lo que garantice su supervivencia, bienestar y aprendizaje.

PENSEMOS Y COMPARTAMOS



¿Qué pienso de las expectativas que tienen de mí como mamá/papá y lo que sí quiero y puedo hacer?

¿Qué pienso sobre las expectativas que tiene el rol opuesto al mío?

¿Qué pienso sobre las realidades que tiene el rol opuesto al mío?



11.16. Anexo 16. Sesión 3



HISTORIA DE LA INFANCIA

EDAD MEDIA (S.V - S.XV)
 Se piensa que los niños son malos de nacimiento, además de seres indefensos que deben estar el cuidado de alguien
 También era concebido como propiedad del adulto



ACTIVIDAD 2: ENTRE RECUERDOS Y HUELLAS *



INSTRUCCIONES:

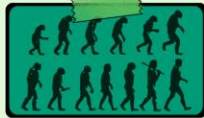
1. Repartir papelitos y plumones
2. Escribir en pocas palabras **¿cómo quiero que mis hijos recuerden su infancia a partir de este momento?**
3. Pasar a pegar el papelito a los carteles

Temas del día

- Antecedentes históricos del estrés
- ¿Qué es el estrés?
- El estrés en la vida cotidiana
- Impactos del estrés
- ¿Cómo combatir el estrés?



EL ESTRÉS ...



Ha sido **PARTE DE NOSOTROS** desde el origen de nuestra especie



Es **NECESARIO PARA SOBREVIVIR**
Peligros naturales por enfrentar y recursos que conseguir



De la Incertidumbre a la "Seguridad" de la Sociedad Moderna

Ha garantizado nuestra **SOBREVIVENCIA, EVOLUCIÓN Y SER "DOMINANTES" EN EL PLANETA**

Actividad 1: Ubicando al estrés

Indicaciones

1. Se reunirán en equipos de 4-6 personas
2. Les daremos un papel bond
3. En cada papel bond dibujarán una silueta de una persona
4. Les daremos papelitos recortados y plumones
5. En cada papelito primero escribirán qué sienten cuando están estresados
6. Luego pegarán el papelito en el lugar donde sienten lo escrito anteriormente
7. En otro papelito escribirán qué hacen para calmar el estrés y lo colocarán alrededor de la silueta
8. Les daremos cinta para pegar su papel bond a las orillas del aula



11.18. Anexo 18. Sesión 5

¿Qué es el estrés parental?

Reacción emocional adversa por parte de los padres y madres a las demandas de su rol como cuidador, de su socialización y crianza.

Se manifiesta como una sensación de desbordamiento.



Actividad 1: El cartero

INSTRUCCIONES:



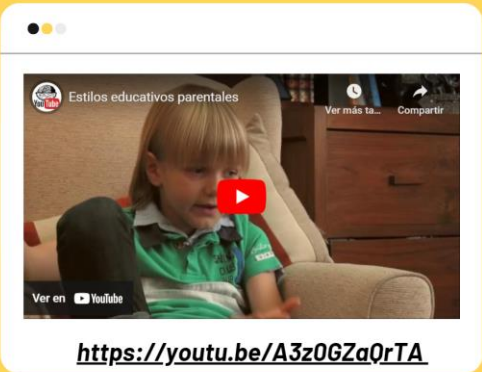

1. Formaremos un círculo de sillas en el centro de la sala
2. Quitaremos una silla
3. Cada mamá o papá pensará en una situación que le provoca estrés dentro de la crianza. Por ejemplo: El cartero trajo cartas para los papás y mamás a quienes les estresa que sus hijos no recojan sus juguetes
4. Los papás que estén de acuerdo con esta afirmación tendrán que cambiarse de lugar, si no están de acuerdo quédense en su lugar
5. El que se quede sin lugar será el próximo en decir una oración, deben tener cuidado en qué la situación que digan NO se repita

Por lo tanto:



Si se reducen los problemas conductuales de los niños, debería haber una reducción del estrés parental, y al mismo tiempo, la reducción del estrés parental estará seguido de una reducción en los problemas conductuales de los niños.

11.19. Anexo 19. Sesión 6



<https://youtu.be/A3z0GZa0rTA>



"Antecedentes de la Disciplina"

¿Miedo o Respeto por la Autoridad?

¿Recuerdas cómo fuiste criado?
¿Cómo te disciplinaban?
¿Quién te disciplinaba?

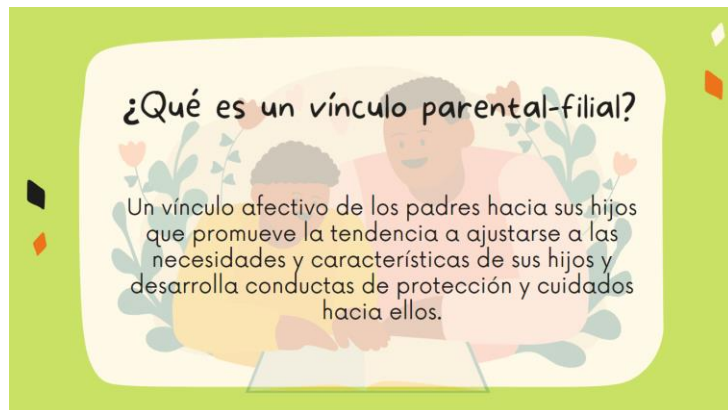
●●● Actividad 3: Entre dibujos y frases

Instrucciones:

A veces nos enfocamos más en lo negativo que en lo positivo, hoy queremos que puedan realizarle un dibujo a sus hijos/hijas/nietos/nietas con frases o palabras que incluyan lo siguiente:

- ¿Qué me gusta de mi hijo/hija, nieto/nieta?
- ¿Qué quisiera decirle hoy?
- ¿Qué cualidades veo en él/ella?
- ¿Qué fortalezas veo en él/ella?
- ¿Qué admiro de él/ella?

11.20. Anexo 20. Sesión 7



**ACTIVIDAD I:
EL BINGO DE LA PARENTALIDAD**

Instrucciones:

1. Se repartirá una hoja con el formato de "BINGO" y una pluma
2. Las talleristas haremos 12 preguntas sobre diferentes características sobre sus hijos/hijas/nietos/nietas
3. Los papás y mamás escribirán en los espacios sólo la respuesta de acuerdo con el número de pregunta
4. El que haya logrado responder todas las preguntas, será el ganador y se le dará un pequeño premio, si hay empate, se hará una pregunta especial

11.21. Anexo 21. Sesión 8

Emociones y comunicación asertiva



- Una emoción intensa afectará tu comunicación asertiva (no estamos calmados y no tenemos el control)
- Es ideal esperar a que las emociones pasen para establecer una comunicación asertiva
- Puedes usar la respiración para ayudar a que las emociones disminuyan su intensidad y te permitan la claridad, la confianza y el control.



Estilos de comunicación

AGRESIVO

Se tienen en cuenta sólo los propios sentimientos y pensamientos, y se ignoran los del otro. Se caracteriza por acusaciones, peleas, amenazas, culpa a los demás de lo que ocurre.

PASIVO

Se tienen en cuenta los sentimientos y las opiniones de los otros y se ignoran los propios. Se caracteriza por utilizar muchos asentimientos, silencios y dar la razón a los demás.

ASERTIVO

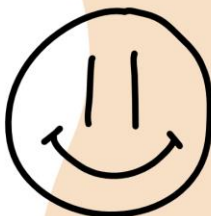
- Claridad
- Control
- Confianza
- Respeto



ACTIVIDAD 4: DICTADO DE DIBUJOS

Instrucciones:

1. El grupo se dividirá en parejas
2. Se sentarán de modo que sus espaldas se encuentren, no pueden mirarse frente a frente
3. A uno se le asignará una hoja en blanco
4. Al otro se le asignará un dibujo al azar,
5. Quien tenga el dibujo le dictará al otro los pasos a seguir para realizar esa imagen, sólo debes hacerlo paso a paso, no se pueden decir estructuras completas como "dibujar un oso", "dibujar una casa"
6. No pueden mirarse en ningún momento, ni voltear a ver el dibujo original o el resultado
7. Tendrán 3 minutos para llevar a cabo la actividad



11.22. Anexo 22. Sesión 9



¿Qué es la culpa?

Tiene como funciones:

- **Regular** la conducta social indeseable.
- **Promover** el autocontrol.
- **Motivar** a la persona a reparar el daño causado a otras personas.



La culpa **permite el reconocimiento** de algo que se ha hecho mal y **facilita los intentos de reparación**.



Principales causas de la culpa en la crianza:

EL TRATO CONDENATORIO

- Bajo el cual los padres y madres fueron criados por sus cuidadores,
- Donde no se apreciaba este sentimiento por tales errores



SOBREDOSIS DE INFORMACIÓN

- Sobre la función parental:
- Puede hacer sentir incompetencia y culpabilidad por tantas "fallas"

Claves para manejar la culpa

Suben el nivel de ansiedad y potencia los pensamientos negativos



Examina hasta dónde eres responsable de verdad

- ¿qué parte es tuya?
- ¿qué parte de la otra persona?

Reconocer la culpa y reparar con conductas directas

11.23. Anexo 23. Actividad: Mis virtudes como madre/padre

MIS VIRTUDES COMO MADRE/PADRE

Soy amorosa/o cuando _____

Soy amable cuando _____

Soy responsable cuando _____

Soy noble cuando _____

Soy divertida/o cuando _____

Soy bondadosa cuando _____

Soy inteligente cuando _____

Soy fuerte cuando _____

Soy empática/o cuando _____

Soy sincera/o cuando _____

Soy alegre cuando _____

Soy persistente cuando _____

Soy mamá/papá cuando

Crea una frase que te ayude a recordarte que eres capaz de lograr los objetivos que te planteaste y reconozcas **TUS VIRTUDES** como madre o padre.

11.24. Anexo 24. Actividad: Estereotipos de la parentalidad



11.25. Anexo 25. Folletos informativos del desarrollo infanto-juvenil

LA CRIANZA POSITIVA ES:

Un conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía que ayudan al desarrollo, bienestar y crecimiento saludable y armonioso de las niñas, niños y adolescentes.

TOMA EN CUENTA:

1. Promover y estimular el desarrollo
2. La evolución de las capacidades y habilidades de los niños
3. La edad y la etapa en la que se encuentra cada niño o niña
4. Las particularidades de cada niña, o niño

¿EN QUE NOS AYUDA LA CRIANZA POSITIVA?

Promover en los niños y niñas:

- Confianza en sí mismos
- Herramientas necesarias para su sano desarrollo
- Nutrir su autoestima y creatividad
- Fomentar relaciones respetuosas

Cuando los niños sienten una fuerte conexión con sus padres, es más probable que se comporten apropiadamente y crezcan para ser adultos resilientes, seguros de sí mismos, afectuosos y responsables.

CONTACTO
Facultad de Psicología, UAQ
mmendoza14@alumnos.uaq.mx
hsanchez1119@alumnos.uaq.mx

"VIDA, ESTRÉS Y CRIANZA"

TALLER PARA PADRES Y MADRES

Crianza Positiva y Desarrollo de la Primera Infancia (1-5 años)

LA CRIANZA POSITIVA ES:

Un conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía que ayudan al desarrollo, bienestar y crecimiento saludable y armonioso de las niñas y niños.

TOMA EN CUENTA:

1. Promover y estimular el desarrollo
2. La evolución de las capacidades y habilidades de los niños y niñas
3. La edad y la etapa en la que se encuentra cada niño o niña
4. Las particularidades de cada niña o niño

¿EN QUÉ NOS AYUDA LA CRIANZA POSITIVA?

Promover en los niños y niñas:

- Confianza en sí mismos
- Herramientas necesarias para su sano desarrollo
- Nutrir su autoestima y creatividad
- Fomentar relaciones respetuosas

Cuando los niños sienten una fuerte conexión con sus padres, es más probable que se comporten apropiadamente y crezcan para ser adultos resilientes, seguros de sí mismos, afectuosos y responsables.

CONTACTO
Facultad de Psicología, UAQ
mmendoza14@alumnos.uaq.mx
hsanchez1119@alumnos.uaq.mx

"VIDA, ESTRÉS Y CRIANZA"

TALLER PARA PADRES Y MADRES

Crianza Positiva y Desarrollo de la Infancia (6-11 años)

LA CRIANZA POSITIVA ES:

Un conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía que ayudan al desarrollo, bienestar y crecimiento saludable y armonioso de las niñas, niños y adolescentes.

TOMA EN CUENTA:

1. Promover y estimular el desarrollo
2. La evolución de las capacidades y habilidades de los niños y niñas
3. La edad y la etapa en la que se encuentra cada adolescente
4. Las particularidades de cada adolescente

¿EN QUÉ NOS AYUDA LA CRIANZA POSITIVA?

Promover:

- Confianza en sí mismos
- Herramientas necesarias para su sano desarrollo
- Nutrir su autoestima y creatividad
- Fomentar relaciones respetuosas

Cuando los adolescentes sienten una fuerte conexión con sus padres, es más probable que se comporten apropiadamente y crezcan para ser adultos resilientes, seguros de sí mismos, afectuosos y responsables.

CONTACTO
Facultad de Psicología, UAQ
mmendoza14@alumnos.uaq.mx
hsanchez1119@alumnos.uaq.mx

"VIDA, ESTRÉS Y CRIANZA"

TALLER PARA PADRES Y MADRES

Crianza Positiva y Desarrollo de los Adolescentes (12-17 años)

11.26.Anexo 26. Actividad Bingo de la parentalidad

BINGO

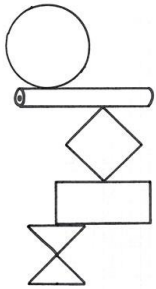
¿QUÉ TANTO SÉ DE MIS HIJOS/AS NIETOS/AS?

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

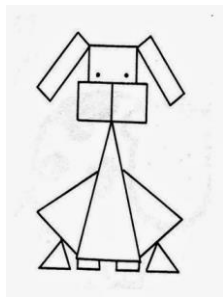
PUNTO EXTRA: _____

11.27. Anexo 27. Actividad comunicación asertiva e instrucciones

Dibujo 1



Dibujo 2



Dibujo 3

