

PONENCIAS 2016

5°
Congreso
Internacional

PSICOLOGÍA
Y EDUCACIÓN

BOGOTÁ
COLOMBIA

2 AL 6 DE NOVIEMBRE DE 2016



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON DIADA MADRE-HIJA PARA MEJORAR PROBLEMAS CONDUCTUALES Y ROL PARENTAL

Alyson Chomina López. Karla Janeth Mc. Grew Hernández
Estudiantes Universidad de Sonora
México

RESUMEN

Ante la llegada de un hijo(a) con discapacidad, la familia debe aprender a afrontar las dificultades y a apreciar las competencias que se van adquiriendo como una forma de ajuste a la nueva situación. Por ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica para recopilar información sobre cómo se afecta la vida familiar ante la discapacidad. Se trabajó con la diada madre-hija, partiendo de la hipótesis de que la dificultad del rol parental, los sentimientos negativos de culpa, el estrés y la falta de límites y reglas de la madre, contribuyen a la aparición de conductas problemáticas en la menor, sean éstas tanto de carencia de precursores como de presencia de berrinches. Esta intervención parte de la detección de la presencia de estrés de la madre como resultado de sus propias características y situaciones de vida, y el estrés de crianza percibido por las características de su hija menor. Por lo que el objetivo central de esta intervención es que la madre aplique de manera efectiva la técnica de modificación de conducta de Economía de Fichas en situaciones cotidianas con la hija menor, mediante el Entrenamiento Asertivo, Manejo de Contingencias y Ensayo Conductual en situaciones ejemplo. Asimismo, que la menor identifique diferencialmente las contingencias y sus consecuencias agradables o desagradables, a través de la técnica de modificación de conducta de Economía de Fichas en situaciones cotidianas.

PALABRAS CLAVE: discapacidad, intervención psicológica, estrés de crianza, rol parental, competencias, conductas.



ANTECEDENTES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad constituyen la minoría más numerosa y desfavorecida del mundo. Esta población incluye a personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su plena y efectiva participación en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás (SEP, 2009).

A pesar de los esfuerzos mundiales en materia de inclusión social y lo que ella representa, se estima que más del 90% de los niños con discapacidad no asisten a la escuela, disminuyendo así sus posibilidades de ser en un futuro individuos activos y productivos para la sociedad. De acuerdo con la OMS (2015), un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente más de mil millones de personas. Si a esta cifra se agregan las personas directamente involucradas con la discapacidad asciende a más de dos mil millones de habitantes, lo que representa aproximadamente un tercio de la población mundial.

El análisis de la información disponible en México, sugiere que un porcentaje importante de la población con discapacidad es víctima de discriminación y exclusión y a menudo se encuentra al margen del ejercicio de sus derechos humanos consagrados en la Constitución. Además, más del 60% de la población con discapacidad se encuentra en los dos quintiles más bajos de ingreso de los hogares del país, lo que muestra la vulnerabilidad de este grupo de población (SEP, 2009). Desde esta perspectiva, la discapacidad cobra cada vez mayor importancia debido a los múltiples factores ambientales que directa o indirectamente inciden en la presentación del evento, como lo son: sectores de servicios, sistemas de comunicación, actividades culturales y de recreación (Cervantes, 2011).

La discapacidad física en la población infantil tiene implicaciones biológicas y socioafectivas. En la primera, el compromiso de los segmentos corporales afectan la capacidad funcional y postural del niño durante la realización de las actividades básicas cotidianas; la segunda, afecta la visión personal de sí mismo y cómo lo ven los otros ante la ejecución de una actividad. En este sentido, Cervantes (2011) refiere que la discapacidad física interfiere con la capacidad del niño

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

para utilizar el cuerpo y su movimiento como estrategias de aprendizaje social, afectando su conducta en contextos familiares y escolares, la participación social, el ejercicio de los derechos y el desarrollo integral, entre otros muchos factores que lo vincularían a relacionarse con sus iguales en un entorno definido.

Cuando las Necesidades Educativas Especiales (N.E.E.) están asociadas a algún tipo de discapacidad física, sensorial o intelectual, el término no representa problemas para la mayoría de las personas, sin embargo, cuando aluden a niños con discapacidad para acceder a los conocimientos, pero con manifestaciones conductuales que dificultan su adaptación al trabajo escolar y que impiden sus aprendizajes sociales y personales para su permanencia en el aula regular, los problemas de conceptualización aparecen (Hernández, 2005). Según algunas investigaciones de Serrano (2009), las manifestaciones conductuales representan una dificultad para el aprendizaje social y adaptación al trabajo escolar.

Las conductas conocidas como “conductas problema” son las de agresividad, de oposición, desobediencia o desafío, y se encuentran a menudo en la población infanto-juvenil con N.E.E (Sierra, 2012); y/o muy variadas como menciona Serrano (2009): chuparse las manos, hacer rabietas, autolastimarse, etc. Establecer los límites para acudir a un profesional es difícil de concretar. La señal se encuentra en la frecuencia, magnitud y perseverancia en el tiempo de la conducta en cuestión en función de la edad del niño (Sierra, 2012), dependiendo de las causas, finalidad y respuestas al entorno (Junta de Anda Lucía, s.f.). El hecho de que se considere la manifestación de dicha conducta como leve o severo, tiene una importancia vital ya que de ello va a depender el tipo de intervención (Sierra, 2012). Las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, precisan de una intervención especializada, ajustada y regulada, ya que la interacción de éstas con su entorno suele plantear graves dificultades personales y de inclusión social y familiar (Junta de Anda Lucía, s.f.).

En la mayoría de los casos, una intervención psicológica, logra encaminar al niño en especial con alguna discapacidad, junto con su familia, a lograr una mejor adaptación al entorno y un cambio de su conducta; llevándolo así, a tener una mejor calidad de vida (SEP, 2009; OMS, 2012). Zondek, Zepeda, González & Recabarren (2006), proponen varias dimensiones para

evaluar la calidad de vida de los niños con discapacidad que reflejan las condiciones de vida deseadas por la persona a través de indicadores. Entre ellas, *bienestar emocional* con sus indicadores seguridad, felicidad, autoconcepto, espiritualidad, estrés y satisfacción; *relaciones interpersonales* con indicadores como: intimidad, familia, amistades, afecto, interacciones y apoyo; *desarrollo personal* con los indicadores de educación, satisfacción, actividades significativas, habilidades, competencias personales, progreso; *autodeterminación*, cuyos indicadores son: autonomía, decisiones, autodirección, valores personales y metas, control personal y elecciones; e *inclusión social* con los indicadores de aceptación, apoyos, ambientes, actividades, voluntariado, roles sociales y posición social.

El estudio de la población con discapacidad víctima de discriminación y exclusión ha logrado identificar diversos factores de riesgo y protección asociados, en especial en el contexto familiar y educativo. Estos factores han sido clasificados en personales, familiares y sociales (Jadue Galindo & Navarro, 2005).

Dentro de los *factores de riesgo* se encuentra discriminación, estigma social e ignorancia que llevan a esta población a considerarse como una de las más vulnerables (OMS, 2012). El ingreso o nivel socioeconómico funge como mediador en la familia entre la economía y las satisfacciones de las necesidades personales (Contreras, 2007; Tordecilla, 2014). Del entorno que habitan las familias de este grupo, dependen las posibilidades de acceso a los recursos, su participación y sus relaciones sociales; los elementos culturales incrementan los niveles de exclusión, condicionando los derechos y oportunidades de estas personas desfavoreciendo el desarrollo en los procesos de inclusión entre las personas (Núñez, 2004; Tordecilla, 2014).

Asimismo, los factores de un estudio de Jadue, et. al. (2005) asociados a escenarios educativos controlados para este tipo de usuarios son indisciplina, rabietas, vocabulario inadecuado y desmotivación por falta de apoyo familiar. También, el nivel socioeconómico y sociocultural, baja escolaridad, hábitos de vida, poca o nula comunicación, uniparentalidad y la falta de disciplina, autoridad y dificultad en el rol parental en el hogar como factor de riesgo familiar; y, la desmotivación como factor de riesgo social (Jadue, et. al., 2005; Tordecilla, 2014; Contreras, 2007). Siendo la falta de educación o bajo nivel de escolaridad las que contribuye a no tener un

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

acceso a la formación que los capacite para tener empleos y así obtener los recursos para una intervención apropiada (Redpapaz, 2011).

Algunos otros factores de riesgo son la condición biológica, temperamento difícil, conductas problema, actividades antisociales, baja autoestima, sentimientos negativos, vulnerabilidad (Tordecilla, 2014); negatividad, duelo (Núñez, 2004); familias inestables, uniparentalidad (Contreras, 2007); estrés y sobreprotección (González y Reyes, s.f.).

Sin embargo, también se encuentran los factores protectores que giran en torno a las familias con algún integrante con discapacidad. Tordecilla (2014), Jadue, et, al. (2005), Núñez (2004), Contreras (2007) y González y Reyes (s.f.) coinciden en algunos factores protectores como competencias cognitivas, motivación, disposición, optimismo, afrontamiento de situaciones, autoestima, resiliencia, confianza, economía, ambiente familiar cálido, cohesión familiar, relación emocional, nivel sociocultural y educativo, comunicación, independencia, apoyo social, habilidades sociales, entre otros.

Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños, Cuervo (2010), plantea la importancia de identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia.

Para Cuervo (2010), existen diversos factores biopsicosociales relacionadas a la salud de los padres y cuidadores que generan estrés, depresión u otras alteraciones que a su vez afectan los estilos de crianza y/o la relación con sus hijos. Asimismo, refiere que estos factores plantean la relación entre estrés parental y problemas comportamentales, de lenguaje y conductas adaptativas en niños preescolares, que pueden conllevar a la exclusión de estos niños en este ámbito educativo. Las familias con hijos con discapacidades, trastornos del lenguaje, autismo o problemas comportamentales, presentan mayores niveles de estrés y esto afecta la conducta parental. Cuando los problemas propios de la discapacidad o trastorno del desarrollo emergen en presencia de estresores familiares, los padres se sienten más abrumados y experimentan un mayor

estrés en su rol parental (en especial las madres), lo que les pone más difícil el presentar un estilo de crianza afectuoso al mismo tiempo que disciplinariamente adecuado (Raya, 2008).

Solís-Cámara et, al. (Citado en Cuervo, 2010), definieron la crianza como “las actitudes y comportamientos de los padres”. Han sido varias las denominaciones otorgadas a estilos de crianza, como prácticas educativas familiares o prácticas de crianza. No obstante, en cualquiera de sus formas todos se relacionan con variables de apoyo, control, ambiente comunicativo y poder (Vásquez, 2015). Estos mismos autores retoman la definición de Coloma (1993) sobre estilos educativos, entendidos como “esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas pautas educativas paternas a unas pocas dimensiones básicas, que cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” pg. 15. Asimismo, retoman la definición de estilo parental propuesta por Darling y Steinberg (1993), el cual se refiere a una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen las conductas y deberes de paternidad y otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones de afecto, etc.

ESTILOS DE CRIANZA

Es difícil encasillar a las familias en una tipología como tal, sin embargo, se pueden describir los siguientes estilos de crianza (Vásquez, 2015; Navarrete, 2011):

ESTILO AUTORITARIO. Se caracteriza por altos niveles de control y exigencia, poca atención a las necesidades, intereses y opiniones de los hijos, mantienen una disciplina rígida e intransigente, valoran la obediencia y utilizan el poder para conseguirla.

ESTILO INDIFERENTE. Se caracteriza por ausencia de control de disciplina y exigencias, distanciamiento emocional y rechazo en la relación con los hijos. Poca restricción y límites a sus hijos ya sea porque sencillamente no les interesa, o porque sus propias vidas son tan tensionantes que no tienen suficiente energía de sobre para dirigir sus hijos.

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

ESTILO DEMOCRÁTICO. Se caracteriza por dirigir a los niños, explicar las razones del establecimiento de normas, roles y conductas maduras adecuadas a la edad, posibilidades y necesidades del niño, y si es necesario, recurren a sanciones en la reflexión; parten de la negociación y la participación conjunta de la toma de decisiones.

ESTILO PERMISIVO. Se caracterizan por padres que evitan el control y la corrección, indiferencia ante las actitudes y conductas de sus hijos sean positivas o negativas, existe mucha condescendencia hacia los hijos, aceptan la ira, los berrinches y la agresividad; hay pasividad como padres para actuar en la guía y control, son tolerantes y acceden fácilmente a sus deseos.

Para Vásquez (2015), es importante considerar que las familias se adaptan y se reestructuran a través del tiempo, dependiendo de la situación que atraviesen. En el caso de la crianza de los hijos, depende de la estructura, factores sociales y externos y los propios recursos de la familia para que puedan ser funcionales para el desarrollo de los niños y de la familia en general. De tal manera, que se eviten problemas que conlleven a depresión, ansiedad, estrés, etc.

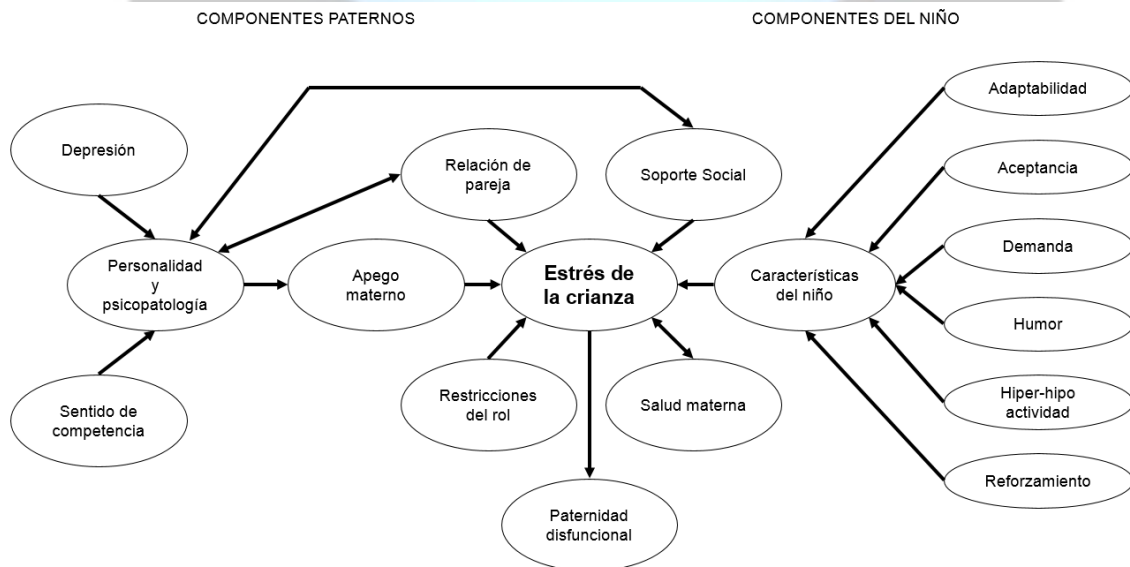
Numerosos trabajos destacan que el estrés generado por la vida diaria, por el nivel económico y/o por la vivencia parental, determinan el funcionamiento y las relaciones familiares. Genera un mayor nivel de tensión dentro del entorno familiar puesto que el nacimiento de un hijo siempre supone una serie de cambios y reorganizaciones (Pérez-López, Pérez-Lag, Montealegre & Perea, 2012). Ha sido abordado desde múltiples perspectivas (Pérez-López, et, al., 2012), coincidiendo con la defendida por Abidin (1995). Afirma que el estrés parental es el grado de ansiedad o malestar que tienen los progenitores a la hora de ejercer su rol como padres o madres.

Diversos estudios citados en Cuervo (2010) refieren que se ha encontrado que los padres de niños con discapacidades presenten incremento en los niveles de estrés parental que varía dependiendo de la percepción de las situaciones. De tal manera que, se plantea que las alteraciones en la conducta parental resultante de estrés se relacionan con problemas en el desarrollo durante la infancia. Además, los problemas de comportamiento de los niños también alteran el comportamiento parental, estableciéndose así, una relación bidireccional.

Raya (2008) resalta la importancia de las intervenciones psicológicas, la educación y el apoyo a padres y/o cuidadores de niños con discapacidades y alteraciones del desarrollo. Es decir, orientar e intervenir con estas familias y cuidadores con estrategias para disminuir el estrés parental, sus relaciones y prácticas de crianza inadecuadas que no favorecen el desarrollo socioafectivo durante la infancia.

En la perspectiva teórica interconductual se ha planteado la necesidad de contar con modelos que permitan vincular el conocimiento teórico con su aplicación (Ribes y López, 1985). Atendiendo a ello, Richard R. Abidin (1995) elaboró un modelo guía (Figura 1.0) acompañado de su respectivo instrumento. Parte de un modelo ecológico y sistémico de las relaciones familiares para evaluar el estrés experimentado en el ejercicio de la paternidad, asumiendo que éste puede producirse por las características de los padres, por rasgos conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental.

FIGURA 1.0. MODELO DE RICHARD R. ABIDIN (1995).



El estrés parental a su vez puede estar moderado por otras variables como el apoyo social que se recibe en su entorno (Vera, Heras & Pérez – López, 2009). Es decir, el modelo propone que

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

los padres que perciben a sus hijos como más difíciles y con interacciones paterno-filiales más disfuncionales, muestran mayores niveles de estrés; y ésto, a su vez, influye de manera directa sobre el comportamiento el niño causando problema de ajuste temporal.

Por esta razón, el objetivo de la elaboración e implementación de este programa de intervención es coadyuvar en la corrección de conductas problema referidos por la Institución y por la Madre. Se llevaron a cabo una serie de estrategias bajo el enfoque del modelo cognitivo-conductual partiendo de un diagnóstico congruente para la inclusión y formación de los niños con discapacidad en el contexto escolar. Es decir, en este enfoque, la problemática se centra en el presente y puede ayudar a cambiar la forma de pensar y de actuar. Además, permite desglosar los problemas complejos para un diagnóstico más preciso; ayudando así, a reconocer las variables involucradas y la relación que éstas tienen (Royal College of Psychiatrists, 2009).

Los participantes del estudio fueron dos, una mujer de 33 años de edad, quien actualmente se encuentra en una relación de unión libre con hombre de 35 años. Ambos con dos hijas en común, una niña de cinco años de edad aparentemente sana, de quien se refiere un excelente comportamiento, y, una menor de tres años de edad, quien es la segunda participante y es atendida hace aproximadamente dos años en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Sonora (CRIT Sonora) por Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria e Hipotonía.

La menor fue el producto de segunda gesta, con adecuado control prenatal (ingesta de ácido fólico a tiempo), obtenida a término sin complicaciones. Al año, madre nota retraso en el desarrollo de la menor en comparación con su otra hija, ya que no realizaba marcha, por lo que es llevada con especialista, el cual la remitió al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) para recibir estimulación temprana; donde logra la marcha independiente, a los 18 meses. Después de ese avance es inscrita y recibida en CRIT Sonora.

El motivo de consulta fueron los problemas de conducta de difícil manejo (berrinche) de la hija menor, así como también la poca habilidad para la adquisición del lenguaje. Por otra parte, se refiere el hecho de que el problema de comportamiento se presenta más en presencia de la madre, por lo que ella se anticipa a este tipo de situaciones desencadenando una serie de respuestas

emocionales, así como también, dolor de cabeza y preocupación ante la circunstancia descrita. Además se describe un sentimiento de culpa por el diagnóstico de la menor, por lo que se suele dar más atención a ella que a la primogénita mayor.

Para este trabajo, se partió de la hipótesis de que la dificultad del rol parental, los sentimientos negativos de culpa, el estrés y la falta de límites y reglas de la madre, contribuyen a la aparición de conductas problemas en la menor, sean éstas tanto de carencia de precurrentes como de presencia de berrinches. Por ello, el objetivo general al término de esta intervención fue que la madre aplique de manera efectiva técnicas de modificación de conducta en situaciones cotidianas con la hija menor, mediante situaciones ejemplo. Asimismo, que la menor identifique diferencialmente las contingencias y sus consecuencias agradables o desagradables, a través de la técnica de modificación de conducta de Economía de Fichas en situaciones cotidianas.

MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó el diseño de reversión o de ABA, con el fin de comprobar los cambios en el comportamiento de ambas partes.

- A. Registro sobre la manifestación de la conducta de berrinche antes de la intervención (línea base).
- B. Aplicación del programa de intervención a las participantes, se realizaron varios registros bajo la condición implementada.
- A. Volver a la línea base para verificar los cambios en el comportamiento, se mide sin aplicar la intervención.

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

PARTICIPANTES

Madre de 33 años de edad, de complexión delgada, tez morena, cabello castaño oscuro, aparentemente sana; con una educación a nivel de Licenciatura culminada, y con una condición socioeconómica media.

Hija de tres años de edad, complexión delgada, tez blanca, cabello castaño claro, con una condición biológica diagnosticada como Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria; acude a guardería.

INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO APLICADOS POR CRIT SONORA.

ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA (RESI-M). La escala fue diseñada por Joaquina Palomar Lever y Norma E. Gómez Valdez en 2010. Fue convalidada por la población mexicana obteniendo un alpha de Cronbach de 0.87, teniendo en cuenta la totalidad de los factores evaluados. Consta de 43 reactivos y cuatro opciones de respuesta tipo Likert: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Contiene cinco dimensiones: Fortaleza y confianza en sí mismo, Competencia Social, Apoyo Familiar, Apoyo Social y Estructura. Permite medir el grado de resiliencia en los sujetos, en los cuales se agrupan algunas características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social (Palomar, Gómez, 2010; Velasco, Suarez, Córdova, Luna y Mireles, 2015).

INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS

ENTREVISTA. Se utilizó una entrevista semiestructurada diseñada *ex profeso* para la recopilación de información relevante para la intervención psicológica con una duración de 40 minutos aproximadamente. La entrevista fue una conversación profesional dirigida entre dos

personas que constó de preguntas abiertas y con el objetivo de explorar el problema para obtener información individual y familiar, facilitando información sobre aspectos conductuales, sociales, educativos, sentimentales, emocionales y opiniones.

DOCUMENTOS HISTÓRICOS. Se utilizó expediente clínico de usuario, el cual es el resultado de entrevistas y consultas por parte de cada uno de los servicios que ha brindado la Institución. Contiene datos clínicos, personales y familiares que se han recabado y acumulado a partir de opiniones diagnósticas.

REGISTROS OBSERVACIONALES. Se utilizaron plantillas de registro diseñadas *ex profeso* que contienen la fecha de observación, hora de inicio y fin de observación, número de carnet (identificación institucional), interacción a observar, código de personas involucradas en la interacción y resultados de la observación. Permitió obtener información que requiere la percepción deliberada del comportamiento emitido en la interacción madre-hija, realizada por las dos observadoras.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS.

INSTRUMENTOS DE CARÁCTER GENERAL.

ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL (*PSI por sus siglas en inglés*). Fue elaborado por Abidin y colaboradores (Burke y Abidin, 1980; Loyd y Abidin, 1985); proporciona una medida de malestar relacionado con la labor de crianza de los padres (Abidin, 1995). Se trata de un cuestionario o medida de autoinforme compuesto por 114 afirmaciones a las que los padres y madres responden en una escala tipo Likert de 5 puntos. Distingue entre el estrés derivado de un progenitor sobrepasado o insatisfecho del derivado por las características de un niño percibido como problemático. El PSI está indicado para padres y madres con menores de 12 años.

Para este caso, se empleó una versión adaptada para familias sonorenses, en el norte de México (Montiel y Vera, 1998) que contiene tres dimensiones. Son 38 reactivos de la dimensión

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

del hijo, 35 de la dimensión del padre y 21 de estresores relacionados con eventos vitales. La consistencia interna muestra los siguientes valores de α de Cronbach: $r = 0.75$ para la dimensión de las características del niño, $r = 0.78$ para la dimensión de las características de la madre y $r = 0.84$ para la totalidad del instrumento (Cortés y Méndez, 2011).

Las dos primeras dimensiones se componen de las siguientes subescalas: 1) dimensión del niño: adaptabilidad, aceptabilidad, demanda, humor, distractibilidad y reforzamiento de los progenitores, y 2) dimensión de los progenitores: depresión, apego, restricción del rol, sentido de competencia, aislamiento social, relación con el cónyuge y salud parental.

PROCEDIMIENTO

La valoración de los pacientes empezó con una entrevista inicial individual para la madre, recolectando datos socio demográficos, investigando tanto el diagnóstico de la menor así como la historia inmediata del problema reportado por la madre, las variables y factores implicados, formas de respuesta, duración y frecuencia del problema, e intentos previos de solución. La impresión clínica permitió identificar las principales áreas implicadas: área cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual. De igual manera, se observó apariencia física, conductas durante la entrevista, habilidades sociales, cooperación y motivación para el tratamiento de la diada.

Se realizaron registros de observación, antes, durante y después de la intervención. Así como también, la administración del Índice de Estrés Parental. Lo anterior, con el fin de complementar el diagnóstico y abrir el panorama sobre la problemática detectada. Por último, de acuerdo a Abidin (1995), se desarrolló un modelado de variables contemplando las características de la madre y de la menor.

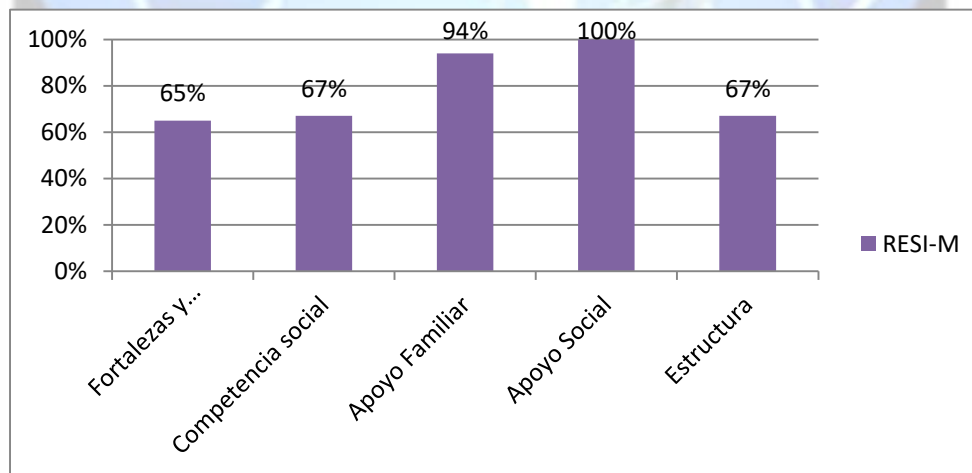
La duración de la intervención fue de dos meses aproximadamente, con un total de 10 sesiones efectivas, individuales para la madre, en conjunto e individuales para la hija.

RESULTADOS

INSTRUMENTOS APLICADOS CON ANTERIORIDAD EN CRIT

En cuanto a la Escala RESI-M arrojó los siguientes datos en figura materna. Como se puede apreciar en la Figura 2.0, las dos dimensiones que puntuaron más alto fueron las de Apoyo social con un 100% y Apoyo familiar con un 94%. El apoyo social está referido a los vínculos existentes entre la Madre y un conjunto definido de personas significativas a ella como amigos, familiares, terapeutas, etc. con las cuales es probable el intercambio de comunicación, solidaridad y confianza. Mientras que el Apoyo familiar se refiere al tiempo y lealtad que comparte la Madre con los miembros de su familia y la fortaleza de los lazos familiares.

Figura 2.0. Resultados de Escala RESI-M en Madre.



Ahora bien, las dimensiones más bajas fueron las de Fortalezas y Confianza en sí mismo con un porcentaje de 65% y Competencia social y Estructura con un 67 % por igual. La dimensión de Fortalezas y Confianza en sí mismo es el sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia que tiene la Madre respecto al afrontamiento de los retos y amenazas que se presentan en su vida. Por otra parte, la dimensión de Competencia Social es la capacidad o habilidad de la Madre para interactuar exitosamente con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades. Al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tomado en cuenta), es

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

una cualidad muy relacionada con la salud, el ajuste emocional y el bienestar que la Madre tiene. Por último, Estructura se entiende como las reglas y las actividades que llevan a cabo la Madre y que le facilita tener organización y orden en su vida.

Por lo anterior, la resiliencia global de la Madre puntuó en un 75%, lo cual sin duda alguna es un foco rojo de alerta, sobre todo en las dimensiones donde puntuó bajo, ya que de cinco fueron tres las que estuvieron por debajo de lo esperado.

INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS

REGISTRO OBSERVACIONAL.

Se realizaron dos registros observacionales con una duración de 20 minutos cada uno. El primero se llevó a cabo durante Terapia Física, en el cual estuvieron presentes la Madre, el terapeuta, practicante fisioterapéutica y G. El segundo, se llevó a cabo durante la espera de consulta psicológica y la estancia de G en cuarto de niños, en el cual estuvo presente la Madre durante la espera y una voluntaria en el cuarto de niños con G.

Para llevar a cabo los registros anteriormente mencionados, se consideraron las siguientes categorías para G (ver Tabla 1.0): cuando se le solicita hacer alguna actividad, cuando se le da una orden, cuando quiere algo y cuando hace berrinche. Por otra parte, las categorías consideradas para la Madre fueron: cuando G quiere algo y cuando G busca cercanía.

Tabla 1.0. Definición de categorías.

Categorías de G	Respuesta
-----------------	-----------

Inicia cuando se le indica que actividad hacer y cómo hacerla.

Cuando se le solicita hacer alguna actividad terapéutica

-Busca ayuda

-Lo hace sola

-No lo hace

Finaliza cuando se cambia de actividad.

Cuando se le da una orden

Inicia cuando se le da una orden.

-Obediencia

-Desobediencia

Finaliza cuando cumple la orden o se le da otra orden.

Cuando quiere algo

Inicia cuando se expresa verbalmente, cuando apunta y emite sonidos, cuando hace berrinche exaltándose, llorando, gritando y apuntando.

Finaliza cuando consigue lo que quiere o es ignorada.

Inicia cuando comienza a llorar o gritar, insistiendo en lo que busca obtener.

Cuando hace berrinche

-Se calma sola

-Madre la calma

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

-Madre ignora

Finaliza cuando logra calmarse.

Categoría de la Madre	Respuesta
	Inicia cuando Madre atiende
	-Volteando a ver inmediatamente
Cuando G quiere algo	-Madre ignora
	Finaliza cuando cumple lo que se le pidió o cuando G deja de solicitar lo que pidió.
Cuando G busca contacto físico	Inicia cuando hay contacto físico y finaliza cuando ya no hay contacto físico.

En el primer registro durante terapia, se observó un mal comportamiento en G, no obedecía señales de terapeutas, corría por toda el área de trabajo, terapeutas gritaban su nombre y ella no atendía. Madre le decía a G que hiciera caso, sin embargo ella no la obedecía. Al finalizar al registro G no siguió a mamá, yéndose por el camino contrario a ella, cuando Madre se percató de que G no la seguía grito su nombre varias veces sin que G volteara a verla. Finalmente, G se dio cuenta que Madre iba del otro lado y se fue con ella.

En el segundo registro durante la espera de la consulta psicológica, se observó un berrinche de G, llorando y gritando porque Madre no le quería dar el celular. Consecuentemente, Madre accedió a dárselo, pocos minutos después G deja el celular y sale corriendo, al avanzar unos metros G se percató de que su Madre no la sigue y comienza a llorar y gritar su nombre; Madre varias veces grita “aquí estoy G”, G no atiende ante ese grito por lo que su Madre tiene que correr tras ella para alcanzarla. En el cuarto de niños, voluntaria da una serie de órdenes a G,

ella no hace caso y sigue jugando. Voluntaria grita por su nombre en varias ocasiones y G no responde. Fue casi al final cuando G comienza a hacer caso de las indicaciones de voluntaria.

INDICE DE ESTRÉS PARENTAL.

En la Figura 3.0 se pueden observar los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento PSI a la Madre de G en la pre prueba y la pos prueba, lo cual permite ver los cambios favorables a consecuencia de la intervención, comparados con la media poblacional para la población mexicana.

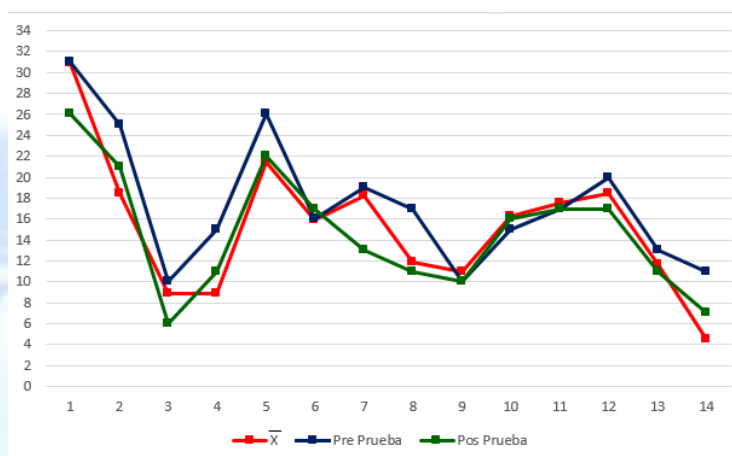
Como se aprecia, la mayoría de las áreas son de oportunidad. Sin embargo, los puntajes más significativos en la pre prueba son Aceptabilidad y Humor (Componentes de la Niña), siendo los puntajes más alejados de la media poblacional. En cuanto a los componentes Maternos, el puntaje más alejado de la media poblacional es Apego.

En cuanto a los resultados obtenidos en la pos prueba se encuentra que de las trece áreas, diez son las que presentaron cambios en comparación con los resultados de la pre prueba. Sin embargo, en lo que respecta a las tres áreas de oportunidad detectadas en la pre prueba, el puntaje fue modificado favorablemente, acercándose más a la media poblacional.

Por otra parte, otras de las áreas que presentaron cambios significativos es Depresión, puntuando por debajo de la media poblacional. Las áreas que en la pos prueba son las más cercanas a la media son Distracción (Componente de la Niña), Competencia, Salud y Apego (Componentes Materno).

Finalmente, la subescala de estresores vitales, permite identificar que en los últimos doce meses, la Madre ha presentado estresores aditivos al estrés de crianza que repercuten en la práctica parental. Los resultados permiten identificar la disminución en la cantidad de estresores, pues en la pre prueba se obtuvieron 11 y en la pos prueba 7.

FIGURA 3.0. RESULTADOS OBTENIDOS DE PSI APLICADO A MADRE.



Discusión

Partiendo de un diagnóstico psicológico se identificó que Madre presenta una disfuncionalidad en su rol parental, lo cual puede ser verificado por los resultados de la escala PSI. Es relevante mencionar que estos datos corresponden con las áreas de oportunidad obtenidas de la Escala RESI-M, aplicada dos años antes de la intervención. Las áreas de oportunidad que resaltaron fueron: Fortaleza y Confianza en sí mismo, Competencia Social y Estructura.

La disfuncionalidad parental que presenta la Madre, se debe a una serie de estresores de la vida diaria que conllevan a un estrés de crianza, dificultando así la práctica parental funcional, optando por un estilo permisivo y sobreprotector, desencadenando en la menor, problemas en el comportamiento por la falta de establecimiento de límites y reglas y un pobre manejo conductual de la Madre. En cuanto a la menor, se le observa alerta y activa, manejándose a través del berrinche e irritabilidad constante con madre.

Con base al diagnóstico y apoyándose en la literatura, se aplicó un programa de intervención en Rehabilitación para la Madre, alterando la propia conducta y utilizando el criterio de Relación de Efecto por las consecuencias que tiene la incompetencia del rol parental de la figura materna en G. Implementando tres técnicas: Entrenamiento Asertivo, Manejo de Contingencias y el Ensayo

Conductual. El factor de riesgo a nivel personal con el que se trabajó fue la dificultad en el rol parental (atendiendo al modelo de Abidin, 1995).

Por otra parte, se aplicó un programa de intervención en Rehabilitación para la menor. Alterando, de igual manera la propia conducta, utilizando el criterio de relación de efecto por las consecuencias que tiene el mal comportamiento de la menor en su Madre. Por lo que se utilizó la técnica de Economía de fichas. En este caso, el factor de riesgo con el que se trabajó fue el de conducta problema, en este caso el berrinche, de forma indirecta. Aunado a esto, se atendieron otros aspectos relevantes de forma directa, como los precurrentes básicos (periodos de atención, seguimiento de instrucciones e imitación) y retraso de lenguaje.

Asimismo, la intervención se apoyó de distintos factores protectores, para la Madre a nivel personal como la motivación al cambio, su disposición, su optimismo y el afrontamiento a la situación problema. A nivel familiar, el ambiente familiar cálido, la cohesión familiar, la relación emocional y familia estable, su afecto, resiliencia y confianza. Y, a nivel social, el apoyo institucional y la motivación por parte de otros. Por otra parte, los factores protectores para hija G son el ambiente familiar cálido, la cohesión familiar, la relación emocional con madre y familia estable; el apoyo institucional y la estimulación modelada en institución.

A lo largo del proceso de intervención ambas participantes se mostraron cooperativas durante las sesiones y en la ejecución de las tareas asignadas, mostrando una alta motivación al cambio. Los resultados mostraron cambios clínicamente significativos en la interacción de la diada.

Con respecto a la eficacia del tratamiento, se encontró un incremento en las competencias parentales, así como una disminución en las respuestas emocionales de la Madre. De igual forma, en la menor se mostraron mejoras significativas tanto en su lenguaje como en su conducta. Por su parte, la familia, al descentralizar la discapacidad han mejorado y unificado el modelo de crianza, lo que ha dado orden y estructura a las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (3th Edition). Odessa: Psychological Assessment Resources. (Adaptada y reproducida al castellano con el permiso especial del editor, Psychological Assessment Resources, Inc., Brito de la Nuez A. G., 2001).

Cervantes, K. (2011). Caracterización de la discapacidad física en niños menores de 6 años matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (Tesis de Maestría). Recuperado de: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/227/Tes_CervantesDeLaTorreKJ_CaracterizacionDiscapacidadFisica_2011.pdf?sequence=1.

Contreras, J. (2007). Evaluación de Riesgo Familiar. Recuperado de: <http://cambiodemodelo.blogspot.mx/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>

Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología, 6(1), 111-121.

González, A. & Reyes, S. (s.f.) El apoyo de la familia en la inserción laboral. Recuperado de: http://www.down21.org/?option=com_content&view=category&id=103:el-apoyo-de-la-familia-en-la-insercion-laboral-&Itemid=2175&layout=default

Hernández, O. (2005). Hacer Psicología. Reporte de un caso en el marco de las necesidades educativas especiales. Revista Procesos Psicológicos y Sociales, 1(1), 2-15. Jadue, G., Galindo, A. & Navarro, L. (2005). Estudios Pedagógicos, 31(2), 43-55.

Junta de Anda Lucía. (s.f.) Protocolos de Intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento. España: Junta de Anda Lucía.

López, J. & Monge, L. (2011). Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastorno generalizados del desarrollo. Revista Pediatría Atención Primaria, 13(20).

Montiel, C.M., y Vera, J. (1998). Análisis de las propiedades psicométricas del índice de estrés de la crianza en una población rural. *La Psicología Social en México*, VII, 86-90.

Navarrete, L. (2011). *Estilos de crianza y calidad de vida en padres de preadolescentes que presentan conductas disruptivas en el aula*. Chile: Universidad de Bío-Bío.

Núñez, B. (2004). Un cambio de mirada de la patología a las fortalezas de las familias que tienen un hijo con discapacidad. *Revista de Interés General*, 12(20).

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Discapacidad y Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Palomar, J. & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.

Pérez - López, J., Pérez - Lag, M., Montealegre, M. & Perea, L. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *Infancia y adolescencia en un mundo en crisis y cambio*, 1(1), 123-132.

Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis de Maestría). Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Redpapaz. (2011). ¿Cuáles son los factores de riesgo de exclusión? Recuperado de: http://www.redpapaz.org/inclusion/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=129.

Secretaría de Educación Pública. (2009). *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012*. México: SEP.

Serrano, B. (2009). *Trastornos del Comportamiento en Personas con Discapacidad Intelectual Grave*. Recuperado de: <http://belenserrano.blogia.com/2009/030901-trastornos-del-comportamiento-en-personas-con-discapacidad-intelectual-grave.php>.

MEMORIAS V CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION

Tordecilla, C. (2014). Factores Protectores y de Riesgo Familiar “[Diapositivas de PowerPoint]”. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/carmencmontes9/factores-protectores-y-de-riesgo-familiar>

Vásquez, V. (2015). Estilos de Crianza en Familias Monoparentales con hijos únicos. Ecuador: Universidad de Cuenca.

Vera, M., Heras, M. & Pérez - López, J. (2009). Niveles de estrés de madres de niños atendidos en un centro de desarrollo infantil y atención temprana y de niños de población general. Revista de Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia, 1(1), 159-166.

Zondek, A., Zepeda, M., González, F. & Recabarren, E. (2006). Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. Chile: FONADIS.

RESEÑA

ALYSON CHOMINA LÓPEZ

Estudiante tiempo completo en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Sonora. Practicante en Programas de Entrenamiento Cognitivo-Conductual, modificación de conducta e intervención psicopedagógica en Colegio EDIA. Practicante en Intervención Psicosocial y áreas socioemocionales y socio afectivas en Escuela Primaria “Juan Enrique Pestalozzi”. Residentes en el área de Psicología Familiar del Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Sonora.

KARLA JANETH Mc. GREW HERNÁNDEZ

Estudiante tiempo completo en la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Sonora. Practicante en Programas de Entrenamiento Cognitivo-Conductual, modificación de conducta e intervención psicopedagógica en Colegio EDIA. Asistente de Investigación en el Posgrado Integral en Ciencias Sociales de la Universidad de Sonora. Practicante en Intervención

Psicosocial y áreas socioemocionales y socio afectivas en Escuela Primaria “Juan Enrique Pestalozzi”. Residente en el área de Psicología Familiar del Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón Sonora.

