



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE MANUAL PARA INSTRUCTORES DEL
TALLER GUÍA PARA MAMÁS Y PAPÁS AGOTADOS**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
KARINA DAYAMI PACHECO ARANDA**

DIRECTORA: MTRA. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO
REVISORA: DRA. EDITH ROMERO GODINEZ
SINODALES: MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA
DRA. MARÍA TERESA MONJARÁS RODRÍGUEZ
MTRA. NANCY ANGELICA GARCÍA BARAJAS



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Gracias infinitas a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por permitirme desarrollar académica, profesional y personalmente; así como a los docentes que forman parte de esta comunidad y que fueron parte de mi formación, con su sabiduría me inspiran para seguir creciendo en esta vocación.

A la **Mtra. Laura Hernández**, por confiar en mí y permitirme participar en su programa de servicio social *Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños*, en donde pude desarrollarme profesional y personalmente. Gracias por ayudarme a guiar este trabajo, por motivarme e inspirarme con cada uno de tus conocimientos y experiencias, además de ser una gran profesora, eres un gran ser humano. Todo mi respeto y admiración para ti, Lau.

A mi asesor de servicio social **Lic. Ulises Vela**, por inspirarme a realizar este proyecto de titulación, a partir de sus observaciones en mis reportes del servicio me ayudó a guiar este trabajo. Muchas gracias por su dedicación, paciencia y compromiso como asesor.

A mi revisora **Dra. Edith Romero**, y a mis sinodales **Mtra. Laura Somarriba**, **Dra. Tere Monjarás** y a la **Mtra. Nancy García**, muchas gracias por su compromiso, paciencia y disposición para conmigo y mi trabajo, así como cada una de las observaciones que me brindaron para enriquecer este informe.

¡GRACIAS!

A mi mamá, **Paty Aranda**, no tengo palabras para agradecer todo lo que haces por mí, eres mi inspiración y motivación en la vida, desde pequeña me enseñaste a luchar por mis sueños, ahora estamos aquí cumpliendo uno más de ellos. Gracias por estar en todo momento conmigo, por escucharme cuando estoy feliz, emocionada, triste o enojada, por cada palabra de apoyo, pero sobre todo por nunca soltar mi mano. Te amo muchísimo, mami.

A mi papá, **Victor Pacheco**, eres mi refugio y mi protección, gracias por apoyarme en cada una de las decisiones que he tomado, muchas veces no tan acertadas, pero valoro mucho que me des la libertad y confianza, por dejarme equivocarme y aprender de mis errores, gracias porque a pesar de mis caídas estas ahí para levantarme, junto con mi mamá me das la fuerza para seguir adelante.

A mi hermano, **Diego Pacheco**, eres lo que más anhelaba en la vida, un compañero con el cual pudiera divertirme, hacer travesuras, ser cómplices, pero también apoyarnos en los momentos tanto buenos, como malos. Sin darte cuenta me ayudaste a no rendirme en este proceso de titulación, cuando me sentía más triste y estresada, ahí estabas tú para hacerme reír con tus ocurrencias, pero sobre todo a motivarme para seguir adelante.

A mi novio, **Ari Barrientos**, gracias por tu compromiso, por toda tu confianza, por tu amor, pero sobre todo por tu tolerancia y paciencia conmigo en este proceso de titulación. No tengo palabras para agradecer tu compañía a altas horas de la noche, escuchándome redactar cada párrafo de este trabajo, por tus observaciones y por tus palabras de motivación para no rendirme. Te amo incondicionalmente.

A **Judy**, por su hermosa compañía día y noche mientras realizaba este informe, porque cuando necesitaba una mano, encontré tu patita.

A mis abuelitos, **Antonio, Rosa, Humberto y Lupe**, por motivarme a crecer profesionalmente, pero sobre todo por criarme desde la humildad, responsabilidad, respeto y amor.

ÍNDICE

RESUMEN	5
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	6
CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	6
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	8
DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL	19
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO	19
PARENTALIDAD Y MARENTALIDAD	19
AGOTAMIENTO PARENTAL	34
MANUAL DE PROCEDIMIENTO	51
RESULTADOS OBTENIDOS	55
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	78
REFERENCIAS	83
ANEXOS	88

RESUMEN

En el presente trabajo se reportan las actividades realizadas a lo largo de la prestación de servicio social en el programa *Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños*. Como el nombre del programa lo indica, se trabajó con población adulta e infantil, específicamente, con madres y padres que presentaban sintomatología de agotamiento parental y con infantes que presentaban síntomas de ansiedad, a través de talleres a nivel preventivo primario, con el objetivo de reforzar y brindar recursos psicológicos para una mejor gestión de sus emociones, así cada uno de los solicitantes pueda hacer frente a las demandas del medio de una forma adecuada.

También se explican las actividades realizadas durante el servicio social, así como los conocimientos adquiridos a lo largo de este periodo y durante la carrera, por parte de la prestadora, tomando en cuenta los aprendizajes teóricos y prácticos.

Finalmente, y como parte esencial de este informe se expone una propuesta al programa de servicio social para futuros prestadores. Esta propuesta consiste en realizar un manual para introducir a los prestadores del servicio social a la intervención *¿Cómo tratar el agotamiento parental?* de Brianda, Roskam y Mikolajczak (2019) con el objetivo de favorecer su comprensión sobre la estructura del taller y sus contenidos, de esta manera ofrecer un mejor servicio a los padres y madres de familia.

Palabras clave: parentalidad y marentalidad, agotamiento parental, recursos psicológicos, intervención psicológica.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El programa de servicio social *Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños (2021-12/23-4892)*, es uno de los programas disponibles que se ofrece en el Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, de la Facultad de Psicología, UNAM.

Este programa se encuentra dentro del área de Psicología Clínica y de la Salud, y tiene como objetivo general elaborar material didáctico especializado para talleres en los que se promueven las competencias parentales de madres y padres, con el fin de fortalecer sus habilidades y competencias que impacten de forma positiva en el ámbito familiar y en la crianza, de esta forma tener una mejor calidad de vida.

Dentro de este programa las actividades designadas a los prestadores de servicio social son:

- Evaluación a grupos de madres, padres y/o niños.
- Elaboración de materiales para llevar a cabo las intervenciones.
- Realizar investigación documental sobre el desarrollo de competencias parentales.
- Buscar y analizar características psicométricas de diversos instrumentos relacionados con la parentalidad.
- Planeación de talleres en línea para mamás y papás.
- Evaluación de la implementación y el impacto de las intervenciones que se lleven a cabo.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

La UNAM brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología, la oportunidad de desarrollar sus habilidades profesionales en algunos de sus centros, en este caso es el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, ubicado al sur de la Ciudad de México, localizado en la calle Tecacalo, colonia Adolfo Ruíz Cortines, delegación Coyoacán, por lo que se encuentra fuera del campus de

Ciudad Universitaria, teniendo mayor interacción con la comunidad para atender y prevenir de forma inmediata las principales problemáticas psicosociales (García, 2021). De tal forma que los servicios brindados a la comunidad consisten en la promoción de la salud mental a través de diferentes talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas, cine-debates, tratamientos psicológicos para adultos y niños, parejas y familias.

De acuerdo con el Manual de Calidad de la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, se ha establecido que (2019; como se citó en García, 2021):

- El objetivo general del centro es brindar servicios de atención psicológica a través de la práctica supervisada, tesis y prestadores de servicio social de la Facultad de Psicología, UNAM, que ofrecen diferentes servicios psicológicos para atender y promover la salud mental de la comunidad.
- La misión del centro es desarrollar las habilidades profesionales de los y las estudiantes a través de la atención psicológica, brindando un servicio de calidad a la comunidad.
- La visión es formar psicólogos y psicólogas debidamente capacitados para atender las demandas de salud mental de la comunidad.
- Los valores con los que el centro trabaja son el respeto, profesionalización, sensibilización y responsabilidad. Con ellos garantiza el bienestar de las personas que hacen uso de los servicios ofrecidos, así como en la promoción de actividades académicas y profesionales.

Los servicios que otorga el Centro Comunitario están dirigidos tanto a población marginada, como no marginada, así también a la comunidad UNAM (administrativos, académicos y estudiantes) y al público externo (Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, 2017; como se citó en Brocca, 2022).

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

A continuación se describen una serie de actividades que fueron realizadas a lo largo del periodo de prestación del servicio social dirigidas a padres, madres, niños y niñas en edad escolar, en la *tabla 1* se muestra un cronograma de las actividades realizadas a modo de resumen.

➤ ***Entrevista de historia clínica con niños y padres, como parte del proceso de reclutamiento para el taller “Gato Valiente”***

La intervención “Gato Valiente” de Philip Kendall (2010) es un taller con enfoque cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Como parte del proceso de reclutamiento de los participantes que conformaron este taller, se realizaron entrevistas semiestructuradas a cuatro niños de entre 7 a 8 años de edad y a sus padres, con el objetivo de obtener más datos significativos para evaluar si la sintomatología referida por los menores y sus padres correspondía con ansiedad. Estas entrevistas se llevaron a cabo una semana antes de iniciar con el taller y así poder trabajar con la información brindada.

En esta actividad, específicamente realicé la entrevista a una niña de 7 años y a su madre, con ayuda de los formatos de *Entrevista clínica infantil* para padres (adaptado de Becerril, Sánchez & Esquivel, 2008; como se citó en Esquivel & Vasconcelos, 2020) y *Entrevista clínica para niños* (adaptado de Morales, 2007; como se citó en Esquivel & Vasconcelos, 2020) estos formatos se pueden encontrar en el anexo 1 y 2 de este informe.

Estas entrevistas se aplicaron a distancia a través de zoom. Primero la entrevista fue aplicada a la madre y posteriormente a la menor, en donde se asignó una hora para hacer las preguntas pertinentes a cada una y por separado.

Esta actividad me ayudó a poner en práctica la escucha y observación activa, así como la formulación de preguntas para obtener información relevante.

Tabla 1.

Cronograma de actividades realizadas durante la prestación del servicio social

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Entrevista de historia clínica a niños y padres							
Evaluación psicológica a niños							
Observadora del taller "Gato Valiente"							
Seminario de competencias parentales							
Facilitadora del taller "Guía para mamás y papás agotados"							
Colaboración en un manual socioemocional							

➤ ***Evaluación psicológica pre y post a niños que participaron en el taller “Gato Valiente”***

De igual forma como parte de la intervención “Gato Valiente”, para evaluar la ansiedad en los niños se aplicaron dos escalas:

1. *Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados a Niños* (CPIEN) que es parte de la *Batería de Evaluación Infantil* (BEI) (Lucio, Durán, Heredia & Romero, 2020) para identificar los síntomas internalizados y externalizados en los niños.
2. *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada* (CMASR-2) de Reynolds y Richmond (2012) para observar los niveles de ansiedad de los menores.

Esta evaluación se aplicó en la misma sesión que se realizó la entrevista, es decir una semana antes de iniciar con el taller.

Posteriormente en la última sesión del taller (sesión 13) se volvieron a aplicar estas mismas escalas, para evaluar el impacto de esta intervención en los niños. Con esta actividad aprendí el procedimiento de la aplicación, calificación e interpretación de las escalas CPIEN y CMARS-2, al mismo tiempo fortalecí mis habilidades de escucha activa, atención, comunicación asertiva, análisis y sobre todo adaptarme a la modalidad de realizar evaluaciones psicológicas a distancia debido a la pandemia por SARS COV 2.

➤ ***Observadora en el taller “Gato Valiente” para el manejo de la ansiedad en niños***

Debido a la pandemia por SARS COV 2 el taller “Gato Valiente” se realizó en línea a través de la plataforma de Zoom, una vez a la semana los días viernes de 3:00 a 5:00 pm a partir del día 24 de septiembre de 2021 y hasta el 17 de diciembre de 2021.

El formato original del manual del taller “Gato Valiente” realizado por Philip Kendall (2010) tiene una duración de 16 sesiones, pero para concluirlo en tiempo y forma de acuerdo con la duración del semestre 2021-2, se tuvo que hacer una adaptación a 13 sesiones y los objetivos en cada una de ellas fueron los siguientes:

1. **Sesión 1:** las facilitadoras del taller crearon alianza terapéutica con los niños que participan en la intervención, esto con la finalidad de construir un vínculo de confianza y empatía psicólogo-participante.
2. **Sesión 2:** explicar las características cognitivas, conductuales y fisiológicas de los diferentes sentimientos, de esta forma ayudarlos a distinguir entre los sentimientos de ansiedad y los demás sentimientos.
3. **Sesión 3:** ayudar a los niños a recordar cómo pueden identificar las pistas somáticas de la ansiedad, para después abordar técnicas de relajación a nivel físico así como la respiración diafragmática, tensión-distensión e imaginación, para controlar la tensión causada por la ansiedad.
4. **Sesión 4:** esta sesión estuvo dirigida a los papás y/o mamás de los participantes, para fomentar la cooperación de los padres con el programa de intervención y resolución de dudas.
5. **Sesión 5:** reconocer la importancia de que los pensamientos influyen en lo que hacemos, sentimos y las emociones que experimentamos.
6. **Sesión 6:** que los niños aprendan a afrontar malestares y preocupaciones, teniendo en cuenta alternativas o un plan de acción para resolver problemas.
7. **Sesión 7:** entender que las situaciones que se afrontan con éxito son recompensadas y no tienen que ser perfectas.
8. **Sesión 8:** identificar situaciones que provocan temor y elaborar un plan para afrontar dichas situaciones, para disminuir la ansiedad experimentada.
9. **Sesión 9:** esta sesión estuvo dirigida a los padres y/o madres de los participantes, en la cual se abordaron aspectos generales del desarrollo de los niños respecto a sus conductas a partir de la última sesión que se tuvo con los padres.
10. **Sesión 10:** establecer situaciones que no sean fáciles, ni tan difíciles y afrontarlas con el plan TEMOR el cual fueron desarrollando a lo largo de las sesiones anteriores.
11. **Sesión 11:** establecer situaciones que provocan mucha ansiedad y pensar cómo afrontarlas con ayuda del plan TEMOR.

12. **Sesión 12:** detener pensamientos negativos para evitar situaciones no deseadas, teniendo en cuenta los sentidos para imaginar dicha situación.
13. **Sesión 13:** finalmente los niños tienen un plan que formaron a lo largo de todas las sesiones para afrontar experiencias que dan miedo o provocan ansiedad. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación del *Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados a Niños (CPIEN)* que es parte de la *Batería de Evaluación Infantil (BEI)* (Lucio, Durán, Heredia & Romero, 2020) y de la *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2)* de Reynolds y Richmond (2012) para observar el impacto que tuvo esta intervención con los niveles de ansiedad que mostraron los niños una semana antes de iniciar con el taller.

Formar parte de esta intervención como observadora me sirvió para aprender a sintetizar la información, observar, escuchar y analizar los mensajes verbales y los no verbales, así como reforzar mi pensamiento crítico.

➤ **Participación en seminarios de agotamiento parental**

Como parte del servicio social formé parte de las prácticas extracurriculares *Consejería para la promoción de competencias parentales*. La supervisora del programa asignaba a las prestadoras de servicio social y a las alumnas de prácticas extracurriculares diferentes temas relacionados con el agotamiento parental, es aquí donde se realizaban búsquedas de información verídica y confiable. Posteriormente con esta información recabada, se realizaba una presentación para exponer al grupo de servicio social y al de prácticas extracurriculares. Esto se hacía con el objetivo de tener más conocimiento acerca del agotamiento parental, y así poner en práctica estos aprendizajes en la intervención de *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*.

En el primer período de estos seminarios expuse junto con otra de mis compañeras del servicio social el *Capítulo 1 Parentalidad buenos tratos y*

competencias parentales del libro “*Los desafíos invisibles de ser madre o padre*” de Barudy y Dantagnan (2010), en dónde principalmente se describen las competencias que los padres deben tener para llevar a cabo una buena crianza, así como las finalidades de la parentalidad, para que ésta sea considerada como bien tratante, que son: aportes nutritivos de afecto, aportes socializadores, aportes protectores y promoción de la resiliencia. En el anexo 3 de este informe se encuentra el material realizado para esta presentación.

Posteriormente en el segundo periodo de estos seminarios realicé una infografía (anexo 4), junto con otra de mis compañeras del servicio social, sobre “*Principios básicos de la terapia filial para las sesiones de juego*”. En donde se describe la terapia filial como una técnica terapéutica que tiene como objetivo que a través del juego el niño comunique pensamientos y emociones. Esta terapia no solo involucra a los niños, sino que se capacita a los padres para aprender a jugar junto con sus hijos y al mismo tiempo los cuidadores comuniquen la comprensión hacia los niños, fortaleciendo la relación padre-hijo. Para que esta terapia sea eficaz se deben cumplir cuatro principios (Landreth & Bratton, 2020):

1. Crear un espacio seguro que permita el juego.
2. Empatizar y crear confianza en el menor.
3. El padre comunica la comprensión al niño.
4. El terapeuta establece límites que deben llevarse a cabo durante la sesión: la consistencia de las sesiones es muy importante, por lo que deben realizarse el mismo día, a la misma hora cada semana. Por otro lado, la duración de estas sesiones tendrá una duración aproximada de 30 minutos.

Con la información que se exponía en los seminarios y las investigaciones llevadas a cabo para la presentación de los diferentes temas abordados, lograba comprender mejor el tema de agotamiento parental, de esta forma tenía las herramientas teóricas necesarias para explicar el tema en el taller “Guía para mamás y papás agotados”. Así como brindar recursos a los padres con el fin de mejorar la relación padres-hijos fortaleciendo diferentes habilidades en ambos individuos como la comprensión y empatía.

➤ ***Intervención psicológica en el taller “Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental***

Se llevó a cabo el taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*, dirigido a madres y padres con agotamiento parental. En el que se registraron siete mamás con niveles de agotamiento alto de acuerdo con los resultados del cuestionario *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam & Mikolajczak, 2018) en dónde las puntuaciones mayores a 76 indican que la persona se encuentra en agotamiento parental.

Este taller se llevó a cabo en línea a través de la plataforma Zoom, debido a la pandemia por SARS COV 2, una vez a la semana los días jueves de 4:00 a 6:00 pm, del 21 de octubre al 9 de diciembre de 2021, con un total de 8 sesiones.

Específicamente las actividades que realicé para este taller fueron: la elaboración de un cartel (Anexo 4) para el reclutamiento y registro de padres y madres que quisieran participar en el taller. Este cartel fue publicado en la página de Facebook “Gánale a la cuarentena-Guía de supervivencia para padres e hijos”. Durante el registro, las madres y padres contestaron cuatro cuestionarios a través de google forms:

1. Cuestionario sociodemográfico,
2. *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam & Mikolajczak, 2018): evalúa los niveles de agotamiento.
3. *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003): evalúa las estrategias utilizadas por los individuos para la regulación de emociones tanto positivas como negativas.
4. *Parenting Sense of Competence Scale* (PSOC; Johnston & Mash, 1989; versión adaptada al español Hernández et al, 2019): evalúa el sentido de competencia parental, es decir, los sentimientos de seguridad de los individuos respecto a su rol como padre o madre.

Asimismo al finalizar con la intervención se aplicaron los mismos cuestionarios para evaluar el impacto del taller sobre las participantes.

Otra de las actividades realizadas en esta intervención fue como instructora del taller, junto con otra compañera de prácticas extracurriculares, siempre se seguía la misma estructura, la cual consistía en: apertura, tema de la sesión, caja de herramientas, cierre de la sesión y práctica para la semana. A continuación se describen más a detalle:

Apertura: consistía en dar la bienvenida, el resumen de la sesión anterior y revisar la práctica en casa que eran actividades sobre la sesión previa.

Tema de la sesión: se destacaba el objetivo de la sesión, se exponía la teoría dependiendo del tema de cada sesión, siempre se trataba de hablar con un lenguaje claro y evitando tecnicismos, de no ser así, los términos tenían que ser explicados detalladamente a las mamás para que no quedaran dudas y pudieran realizar la parte práctica de la sesión. A continuación se presentan los temas y objetivos tratados en cada una de las sesiones (*Tabla 2*) de acuerdo con la intervención planteada por Brianda, Roskam y Mikolajczak (2019) *¿Cómo tratar el agotamiento parental?*

Caja de herramientas: esta es la parte práctica, para que las participantes hicieran actividades de acuerdo con la teoría del tema que se les había explicado previamente, al finalizar cada una de las actividades se hacía una reflexión por parte de las integrantes del taller.

Cierre de la sesión: se hacía un pequeño resumen de lo visto y se les preguntaba a las participantes qué habían aprendido.

Práctica en casa: se les dejaba a las mamás algunas actividades con respecto a lo visto en la sesión para que ellas pudieran realizarlo de acuerdo con las situaciones que estuvieran pasando.

Esta actividad me ayudó a fortalecer mis habilidades de escucha activa, el manejo de mi atención, empatizar con cada una de las participantes del taller a través de la comunicación asertiva y validación de emociones, la capacidad de análisis, ser consciente de los mensajes no verbales que transmitía a través de mi tono de voz, postura y gestos, así como sintetizar la información para brindar una retroalimentación adecuada y finalmente fortalecer el trabajo en equipo.

Tabla 2.

Temas y objetivos tratados en las sesiones del taller Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental

Sesión	Objetivo
1.Ser madres/padres en el siglo XXI	Que los padres y madres tomen conciencia del ideal parental y lo real en el siglo XXI.
2.Cada agotamiento tiene su historia	Reconocer la historia de su propio agotamiento, reflexionando sobre cómo inició su agotamiento de ser madres o padres y cómo pueden iniciar un cambio.
3.En torno al perfeccionismo de los padres	Ser conscientes del perfeccionismo y cómo reducirlo.
4.Desarrolle sus habilidades socioemocionales	Mejorar la identificación y aprender a regular las emociones.
5. Revalorar la relación con nuestros hijos	Promover lo positivo en la relación de padres e hijos mejorando las prácticas educativas.
6.El equipo coparental	Trabajar en la relación de la coparentalidad, la repartición de responsabilidades y la comunicación.
7.Pedir ayuda	Generar nuevos recursos pidiendo ayuda.
8.Prevenir la recaída	Equilibrar la balanza entre estresores y recursos para continuar de forma independiente.

➤ ***Colaboración en la elaboración del manual “Modelo de Atención Socioemocional” dirigido a profesionales de la salud, niños y niñas de 1er año de primaria***

Esta tarea consistió en redactar y elaborar diversas actividades que ayudarán al desarrollo socioemocional de niños y niñas de primer año de primaria. Estas actividades deben ser implementadas por profesionales de la salud y formarán parte del manual *Modelo de Atención Socioemocional*, dirigido por la Dra. Susana Castaños.

Este manual está dividido en cinco módulos, cada uno de ellos tiene una temática diferente, pero con la misma estructura:

- Actividad de integración
- Apertura
- Objetivo
- Introducción al tema principal
- Serie de actividades psicoeducativas relacionadas con los subtemas de cada módulo. Cada una de las actividades contiene: objetivo, descripción de la actividad, instrucciones, reflexión grupal y reflexión del profesional de la salud.
- Actividad de cierre de módulo: arte terapia.
- Cierre de tema: actividad de integración

Por otro lado, los temas y subtemas a desarrollar en cada módulo fueron los siguientes:

Módulo 1: *Recorriendo mi yo interior.*

- Tema principal: Las emociones
- Subtemas: Qué son las emociones, cuáles son las emociones, identificar y reconocer las emociones, regulación emocional, emociones y su relación con pensamientos, reacciones fisiológicas y comportamientos.

Módulo 2: *Comprendiendo lo que hay en mi cabeza*

- Tema principal: Los pensamientos
- Subtemas: Qué son los pensamientos, reconocer e identificar los pensamientos adaptativos y desadaptativos, relación de los pensamientos con las emociones, relación de los pensamientos

con los comportamientos y relación de los pensamientos con las señales del cuerpo.

Módulo 3: Recorriendo mis conductas

- Tema principal: Comportamientos
- Subtemas: qué son los comportamientos, relación entre comportamientos con emociones, pensamientos y señales del cuerpo.

Módulo 4: Comprendiendo lo que le pasa a mi cuerpo

- Tema principal: Señales del cuerpo.
- Subtemas: reconocer e identificar las señales del cuerpo, emociones y señales del cuerpo, señales del cuerpo y pensamientos, pensamientos, emociones y sensaciones corporales, señales del cuerpo y comportamiento.

Módulo 5: El tren de las 4 C's

- Tema principal: relación entre emociones, pensamientos, comportamientos y señales del cuerpo.

Específicamente los módulos en los que colaboré fueron: módulo 1 *Recorriendo mi yo interior* y el módulo 4 *Recorriendo mis conductas*. Para realizar las actividades de estos módulos primero tuve que realizar una investigación bibliográfica sobre el tema de las emociones y conductas, posteriormente hice una exploración sobre diferentes actividades con las cuales los niños pudieran aprender el tema de las emociones: a través del juego, obras de teatro, clasificación de colores, cuentos, manualidades, etc. para que les fuera más fácil comprender y procesar la información. Siendo que mi colaboración en este manual fue el desarrollo de información teórica de los temas abordados en estos módulos, que son emociones y conductas, adaptándolo a un lenguaje sencillo, para que los

menores puedan comprenderlo, así como la construcción de actividades psicoeducativas.

DETERMINAR OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

El presente informe tiene como objetivos explicar las actividades realizadas durante la prestación de servicio social en el programa *Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños*. Así como describir los resultados obtenidos en las intervenciones realizadas durante este periodo. Y finalmente crear una propuesta sobre la realización de un manual para introducir a los prestadores de servicio social a la intervención *¿Cómo tratar el agotamiento parental?* de Brianda, Roskam y Mikolajczak (2019) con el objetivo de favorecer su comprensión sobre la estructura del taller y sus contenidos, de esta manera ofrecer un mejor servicio a los padres y madres de familia.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

PARENTALIDAD Y MARENTALIDAD

De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2010) la parentalidad y marentalidad se refiere a las capacidades que padres y madres poseen para llevar a cabo una buena crianza de sus hijos e hijas, y así garantizarles un desarrollo saludable.

Por lo tanto, la principal función de la parentalidad y de la marentalidad es cumplir con las necesidades básicas de sus hijos entre las cuales podemos encontrar: apego, resiliencia, aportes socializadores, protección y educación (Barudy & Dantagnan, 2010) a continuación se describen cada una de estas necesidades.

➤ Apego

El apego es la relación emocional que se genera entre las personas significativas de la vida de un individuo. En este apartado es importante hacer mención de la *teoría del apego*, que de acuerdo con Sroufe (2018) ésta es una teoría transcultural propuesta por Bowlby, que busca el bienestar humano y generalmente es usada en la práctica clínica.

Pero para entender mejor esta teoría es necesario explicar qué es el *apego*; de igual forma Sroufe (2018) menciona que el apego se desarrolla en la infancia y es una conexión emocional y coordinación conductual entre el niño y el cuidador, éste último es el que se identifica como la figura de apego.

También es importante destacar que existen varios tipos de apego según Sroufe (2018) que se pueden observar en la práctica clínica:

- **Apego seguro:** cuando el niño crea lazos de confianza con el cuidador.
- **Apego evitativo:** el niño muestra baja preferencia hacia los cuidadores bajo estrés, asociado a la falta de disponibilidad emocional, hostilidad o rechazo.
- **Apego desorganizado:** asociado a abuso físico y conducta amenazante de los cuidadores.
- **Apego resistente:** resultado de un cuidado inconsistente o negligente.

Por lo tanto, el mismo niño puede estar seguro en su apego con un cuidador y ansioso con otro (Sroufe, 2018) es decir, que la calidad de estas relaciones será variable, aunque algo es seguro, todos los infantes se apegan si una persona se hace cargo constantemente de ellos, sin importar si los cuidados son adecuados o no.

Varias investigaciones han permitido esclarecer la importancia de la teoría del apego en el ámbito clínico, principalmente para comprender la etiología de los problemas, así como la prevención e intervención temprana (Sroufe, 2018).

Por lo que la teoría del apego puede llegar a predecir características de la personalidad de los hijos, así como (Sroufe, 2018):

- **Autoestima:** deriva del trato valioso o no que se le dé al niño.
- **Autoconfianza:** deriva de la efectividad dentro de la relación.
- **Competencia social:** desarrollo adecuado de la empatía.

- **Autorregulación:** gestión adecuada de las emociones.

De esta manera se puede decir que el apego es una característica de la relación entre el cuidador y el niño; es muy importante para el desarrollo y maduración de los menores, por lo tanto una crianza adecuada generará historias de apego seguro, lo cual se asocia con un niño que desarrolla autoestima alta, confianza en sí mismo, facilidad para resolver problemas y relaciones sociales estables.

Por otro lado, si se genera apego ansioso es probable que los niños expuestos a esto generen problemas de conducta, baja autoestima, inseguridad o patologías, que de acuerdo con Sroufe (2018) una patología es el resultado del desarrollo y se considera como un proceso acumulativo. Como se mencionó anteriormente, si se produce un apego ansioso en el niño podría producir alguna patología, es decir, el niño es criado en un ambiente con apego ansioso ya sea evitativo o resistente, para él será muy normal ser rechazado, ser maltratado, ser desconfiado, etc. y así puede crecer y desarrollarse en la pubertad, adolescencia y adultez, en este caso existe una mayor probabilidad que generar un trastorno, porque se inician vías de desarrollo que si se siguen conducen a algún tipo de patología que pudo ser evitada con intervención temprana.

Los apegos evitativos y resistentes se asocian con problemas futuros y específicos. Por un lado el evitativo se asocia con problemas de conducta y depresión. El resistente se relaciona con ansiedad y depresión. Asimismo el apego desorganizado es un predictor fuerte de patología, desde problemas de conducta, hasta síntomas de la personalidad limítrofe (Sroufe, 2018).

A pesar de esto, existe algo llamado resiliencia, que es la capacidad que tienen algunas personas para superar situaciones perturbadoras. Dentro de esto el apego puede promover la resiliencia de dos formas:

- La capacidad de funcionar adecuadamente aún frente a la adversidad
- Niños que se recuperan de un periodo de dificultad.

A continuación se hablará más a detalle sobre la resiliencia.

➤ Resiliencia

Uriarte (2005) menciona que el término resiliencia proviene del latín *resilio* y significa saltar, rebotar, reanimarse. Principalmente fue utilizado en la ingeniería civil y metalurgia, ya que describe la capacidad de ciertos materiales para volver a su forma original después de haber sido expuesto a presiones, fuerzas o impactos bruscos.

Por lo que este término fue adoptado por las ciencias sociales en los años 60's, para describir a las personas que a pesar de vivir en situaciones de riesgo o haber experimentado algún evento traumático, pueden desarrollarse psicológicamente sanas, logrando salir adelante, haciendo frente a los desafíos que se les presenten con éxito (Rutter, 1993; Werner, 2003; como se citó en Uriarte, 2005).

Como se mencionó anteriormente, el término resiliencia comenzó a usarse hace mucho tiempo por varios autores como se verá a continuación:

-Rutter, 1993: la resiliencia es una capacidad que se construye mediante la interacción sujeto-contexto, es decir, que se forma a través de las relaciones sociales y los medios intrapsíquicos. Esta interacción permite vivir sanamente en un medio patógeno (Rutter, 1993; como se citó en Uriarte, 2005).

-Grotberg, 1995: la resiliencia es la capacidad del ser humano para enfrentar los desafíos de la vida, dominarlos y ser transformados por ellos (Grotberg, 1995; como se citó en Munist et al., 1998).

-Vanistendael, 2002: la resiliencia es una cualidad humana universal, utilizada en situaciones desfavorables, para hacer frente a estos desafíos, transformando estas experiencias en aprendizajes haciendo más fuerte al individuo (Vanistendael, 2002; como se citó en Uriarte, 2005).

-Uriarte, 2005: la resiliencia es la capacidad del ser humano para resistir y superar las situaciones desfavorables. Además poder desarrollarse con integridad a pesar de haber atravesado por eventos traumáticos (Uriarte, 2005).

-Barudy, 2010: la resiliencia es el conjunto de capacidades para hacer frente a los desafíos de la vida, ya sean situaciones traumáticas, desarrollándose sanamente. (Barudy & Dantagnan, 2010).

Con todas las definiciones anteriores de resiliencia que diferentes autores han descrito a lo largo de los años, se puede decir que son bastante similares y coinciden en que la resiliencia es la capacidad de los seres humanos para enfrentar las adversidades o factores de riesgo que se presentan a lo largo de la vida, sin que estos logren afectar su desarrollo, por el contrario, generan un nuevo aprendizaje para emplearlo más adelante.

Por lo tanto, la resiliencia es el resultado de la interacción entre los individuos, las circunstancias en las que vive la persona y el medio en el que se desarrolla. Teniendo en cuenta que esta capacidad de resiliencia se construye con ayuda del reconocimiento y la estimulación constante de la madre, padre e integrantes del entorno social, ya que estos proporcionan nutrientes afectivos, cognitivos y morales que formarán los recursos necesarios para que cada individuo pueda afrontar las demandas del medio (Barudy & Dantagnan, 2005).

Lo anterior ha sido ejemplificado por Vanistendael con el modelo de *La Casita*, donde se menciona que la resiliencia es como construir una casa por niveles: hasta abajo como parte del suelo donde se construirá la casa encontramos las necesidades básicas como el cuidado de la salud, alimentación y sueño. Como parte de los cimientos se encuentra la red de relaciones informales, así como la familia o amigos. Estas personas tendrán gran impacto en la vida del individuo, ya que de ellas surge la afectividad. En la planta baja de la casa se encuentra la capacidad de darle sentido a la vida. Luego en el primer piso habrá cuatro habitaciones que hacen referencia a la autoestima, aptitudes, competencias y estrategias de adaptación. Por último, el ático representa las experiencias que están por venir (Vanistendael, 2000; como se citó en Barudy & Dantagnan, 2005).

Asimismo Barudy y Dantagnan (2005) han observado que en varios estudios longitudinales coinciden con ciertas características de niños que logran hacer frente a las adversidades con éxito así como:

- Acercamiento activo hacia el problema a resolver, que les permite experimentar emociones.
- Atención positiva de los otros durante la infancia.
- Visión optimista de sus experiencias.
- Una vida significativa, con propósito.
- Autonomía e independencia
- Buscar nuevas experiencias.
- Proactividad
- Sociabilidad

Con toda la explicación anterior pareciera que solo los niños o niñas que se desarrollan en un ambiente sano podrán adaptarse y resolver las adversidades que se les presenta. Sin embargo hay que recordar que un mismo niño o niña puede tener un tipo de apego con su padre y otro tipo de apego con su madre, es decir con el padre puede tener un tipo de apego evitativo y con la madre puede desarrollar apego seguro. Y de acuerdo con Guédeney (1998, como se citó en Barudy & Dantagnan, 2005) las características resilientes como componentes protectores del desarrollo, a pesar de las situaciones traumáticas son: una buena relación por lo menos con uno de los padres, el apoyo de sus amigos o familiares cercanos, así como la educación y cumplimiento ético con la sociedad, forman parte de los factores protectores para crecer sanamente y enfrentar las demandas del medio o las situaciones traumáticas.

También es necesario mencionar una característica importante de la resiliencia y es que esta no es estable, ya que los individuos se encuentran en un ambiente de constante cambio y desarrollo, por lo tanto no es una capacidad permanente de los seres humanos, puede variar según las circunstancias en las que nos encontremos, esto puede suceder ante niveles de estrés muy altos (Munist et al., 1998).

Por lo que la promoción de la resiliencia es muy importante, ya que a través de ella se puede reconocer e identificar la fortaleza, las habilidades y aptitudes con las que cuentan las personas para hacer frente a la adversidad y mejorar su calidad de vida.

➤ **Aportes socializadores**

Los padres y madres participan en la construcción del autoconcepto de sus hijos e hijas, esto se va formando a partir de la afectividad que los padres les brindan; por lo tanto, hay que recordar que el autoconcepto se va construyendo desde la infancia, y es considerado como la percepción que cada individuo tiene de sí mismo como parte de un proceso relacional, ya que, su construcción se basa en la representación que las personas significativas del individuo tienen de él o ella, es decir, lo que una madre o padre piensa, siente o hace por sus hijos y sobre todo la manera en que lo trasmite, va a nutrir en el concepto de sí mismo de su hijo y/o hija (Barudy & Dantagnan, 2010).

De esta forma los padres o cuidadores principales del niño hacen los aportes socializadores para el desarrollo de éste, por lo que los hijos de padres con competencias adecuadas pueden desarrollar un autoconcepto sano, el cual va relacionado con un autoestima alto, esto es gracias a los mensajes positivos que les transmiten a sus hijos a través de la comunicación y afecto. Sin embargo se considera que los padres que ejercen malos tratos hacia sus hijos generan en éstos un autoconcepto negativo, ocasionando problemas de autoestima (Barudy & Dantagnan, 2005).

El concepto de sí mismo se ha estudiado desde hace muchos años y existen dos teorías que validan lo anterior. La primera es la *teoría del espejo* conocida también como el *modelo de interaccionismo simbólico*, que comienza con las observaciones de William James (1890; como se citó en Oñate, 1989) él decía que las imágenes que otros generan se reflejan en uno, estas imágenes se integran para construir el autoconcepto. Del mismo modo, Cooley (1902; como se citó en Oñate, 1989) menciona que el concepto de sí mismo nace de la interacción con

los otros, la persona se ve reflejada en la imagen, que son las descripciones y evaluaciones que otros hacen sobre él o ella.

La segunda es la *teoría del aprendizaje social* propuesta por Bandura (1982; como se citó en Barudy & Dantagnan, 2005) donde se explica que durante la infancia se va desarrollando el autoconcepto a través de la imitación de conductas de personas cercanas al niño o la niña, a esto se le conoce como aprendizaje vicario, es decir, que aprenden observando los actos de los demás, reproduciéndolos ellos mismos en su vida cotidiana.

Esta última teoría hace énfasis en la importancia que juega la cognición y la interacción social en el proceso de aprendizaje como parte de la formación del concepto de sí mismo; y haciendo referencia a esto Barudy y Dantagnan (2010) mencionan que el autoconcepto se puede analizar a partir de tres niveles:

- Nivel cognitivo: guían la forma normal de ser y comportarse de una persona.
- Nivel afectivo: se refiere a los afectos, emociones y evaluaciones que explican la definición de uno mismo, en pocas palabras es la autoestima.
- Nivel conductual: corresponde a las conductas cotidianas, guiadas por los valores y actitudes.

Por lo tanto, se puede decir que el autoconcepto es el resultado de las interacciones sociales y se va desarrollando desde la infancia, siendo las principales experiencias socializadoras en el hogar, por lo que los padres, madres o principales cuidadores del niño o la niña contribuyen en la formación del concepto de sí mismo, y esto a su vez al desarrollo de la autoestima, personalidad y la forma de interacción con la sociedad de su hijo o hija. De tal manera que los aportes socializadores son en gran medida competencia de padres y madres.

➤ **Protección**

Debido a la inmadurez del cerebro y en general del sistema nervioso que presenta la especie humana al momento de nacer, es que somos totalmente dependientes

de otros, especialmente se requiere de los cuidados y protección de los padres. De acuerdo con Mas (2019) el neurodesarrollo es un proceso lento que dura alrededor de 20 años, es decir que empieza desde la gestación, forma parte de la infancia y alcanza la madurez al final de la adolescencia. Otros autores como Giedd (2004; como se citó en Güemes et al., 2017) menciona que no es hasta los 25-30 años que se desarrolla completamente la corteza prefrontal, la cual se encarga de la planificación y gestión emocional. Por lo que los cuidados de los padres en estas etapas de la vida de sus hijos son indispensables, así estos pueden desarrollarse de forma exitosa en las etapas posteriores y en todos los ámbitos que éstas involucren.

Barudy y Dantagnan (2010) explican que los cuidados protectores se aplican en dos niveles:

- Protección de los hijos en el medio externo, que puedan hacerles daño directo, dañando su proceso de desarrollo y maduración.
- Protección de los hijos de los riesgos de su propio desarrollo, así como la atención y prevención de enfermedades.

Como podemos observar, los aportes protectores de los cuidadores son otro elemento esencial para el desarrollo adecuado de los hijos, de esta forma disminuye la probabilidad de sufrir alteraciones durante el desarrollo.

➤ **Educación**

La educación que los padres brinden a sus hijos va a depender en gran medida de los aportes afectivos y la relación que tengan con ellos. Como mencionan Barudy y Dantagnan (2010) los padres que ejercen buenos tratos hacia sus hijos demuestran una autoridad afectuosa en donde se hace presente la empatía y dominancia o autoridad vinculada. Ésta última es lo que le hace saber a los hijos que la familia es una representación de espacio seguro, de protección y la fuente principal de aprendizaje para hacer frente a las demandas que se le presenten a lo largo de la vida. Estos mismos autores afirman que para asegurar los objetivos educadores de la parentalidad deben tener en cuenta cuatro contenidos básicos:

- El afecto: el cariño de los padres hacia sus hijos refleja un modelo educativo con buenos tratos y enriquecedor para su desarrollo.
- Comunicación: la escucha mutua, respeto, empatía y la jerarquía entre padres e hijos demuestran una educación bien tratante.
- Apoyo en los procesos de desarrollo y las exigencias de la madurez: los cuidadores principales brindan estímulos a sus hijos dándoles apoyo, reconocimiento y recompensas que motiven a los niños y niñas para enfrentar los retos que se les presenten.
- Control: los niños y las niñas necesitan del apoyo de sus padres y madres para aprender a gestionar sus emociones y para mantener relaciones sociales gratificantes. Los padres logran esto al estar pendiente de las necesidades de sus hijos, estableciendo límites y normas, promoviendo espacios de reflexión que les ayude a comprender la responsabilidad de sus actos y las consecuencias de éstos, así como aprender de los propios errores y cómo solucionarlos.

De acuerdo con lo anterior los aportes educadores que los padres y madres brindan a sus hijos son esenciales para pertenecer a una sociedad y convivir en armonía, así como también prepararlos para ser personas autónomas, integrando las normas y leyes establecidas por la sociedad.

➤ **Parentalidad y marentalidad sana**

La parentalidad sana es la relación positiva entre padres, madres e hijos, en la cual la tarea principal de los cuidadores es atender las necesidades principales de los niños y niñas (Barudy & Dantagnan, 2005) que como se mencionó anteriormente, son los aportes nutritivos de afecto, educación, protección, socializadores y la promoción de resiliencia, todo esto con el propósito de asegurar el desarrollo sano de los hijos.

Por lo que los padres, madres o bien cuidadores principales, tienen una gran responsabilidad, la de preservar la vida de sus hijos, esto lo pueden llevar a cabo gracias a las **competencias parentales**, que como mencionan Barudy y

Dantagnan (2010) son habilidades y capacidades que se adquieren de forma innata, pero también a través de la experiencia por las mismas vivencias de los padres, especialmente en sus infancias, así como de los aprendizajes brindados por el contexto histórico social y cultural. Estos mismos autores describen a profundidad los dos componentes fundamentales de la parentalidad antes mencionados, los cuales son:

- **Habilidades parentales:** son las prácticas que llevan a cabo los padres para cuidar y educar a sus hijos. Estas habilidades se refieren a los modelos de crianza y la habilidad para participar en redes sociales y utilizar los recursos comunitarios. Tomando en cuenta que:
 - *Modelos de crianza:* guía cultural que se transmite de generación en generación, lo que se relaciona con el aprendizaje social.
 - *Habilidad para participar en redes sociales y utilizar los recursos comunitarios:* la parentalidad es considerada una práctica social que requiere de la ayuda de redes de apoyo, que fortalezcan y brinden recursos para la vida familiar.
- **Capacidades parentales:** son los recursos emocionales, cognitivos y conductuales que los padres brindan a sus hijos como respuesta a sus necesidades. Estas capacidades principales corresponden al apego y la empatía (Barudy & Dantagnan, 2010):
 - Apego: que como ya se describió en el capítulo anterior, esta capacidad responde a las necesidades afectivas de sus hijos y al mismo tiempo los estimulan. Recordemos que un apego seguro brinda seguridad, confianza y una personalidad sana.
 - Empatía: comprensión del mundo interno de los hijos reconociendo sus mensajes verbales y no verbales, esto ayuda a los padres a brindar respuestas acorde con las necesidades de sus hijos, a lo cual se le conoce como *capacidad empática*

parental. Esto a su vez se compone de la **consciencia social parental** y la **aptitud relacional**.

La *consciencia social* se refiere a la comprensión de emociones, pensamientos y comportamientos de los hijos e hijas. Y esto se complementa con la *aptitud relacional*, que es la capacidad de responder adecuadamente a las actitudes y relatos que incluye las emociones y pensamientos de los hijos, esto permite una mejor interacción entre padres e hijos, ya que estos últimos se sienten escuchados, aceptados y comprendidos por la figura de apego (Barudy & Dantagnan, 2010).

Las habilidades y capacidades parentales son muy complejas, pero ayudan a responder a las necesidades de los hijos, para que ellos tengan un desarrollo sano. Barudy y Dantagnan (2005) afirman que para este desarrollo eficaz de los hijos y sobre todo llevar a cabo una crianza sana y adecuada, es importante brindarle a los hijos contextos relacionales que sean:

- **De disponibilidad múltiple:** en donde los hijos e hijas puedan tener diferentes experiencias, así como:
 - *Espacios de afecto:* donde se desarrolle un apego seguro y empatía, lo cual es fundamental para que el niño o la niña se sienta valioso, querido y protegido.
 - *Espacios íntimos:* para reforzar sus habilidades y capacidad, así como hacer frente a las dificultades que se le presentan.
 - *Espacios lúdicos:* los padres impulsan el juego, los niños y las niñas aprenden a través del juego, es una forma de comprender la realidad.
 - *Espacios de aprendizaje:* en edades tempranas los niños aprenden de lo que los adultos hacen y dicen, por lo tanto, los padres y madres con competencias parentales adecuadas deben ser congruentes con lo que dicen y su comportamiento, esto es mejor si se hace en un ambiente de respeto y afecto.

- **Estables:** garantizarles a los hijos seguridad, protección y cuidados para un desarrollo sano.
- **Accesibles:** se refiere a la presencia y disponibilidad de la persona significativa para el niño o la niña.
- **Perspiciacia:** los cuidadores principales son observadores del desarrollo de los niños, por lo que muestran satisfacción por los logros realizados.
- **Eficacia:** para llevar a cabo una crianza sana, los padres y las madres debieron ser criados adecuadamente durante su infancia y adolescencia.
- **Coherencia:** una comunicación analógica es fundamental para brindar buenos tratos a los hijos.

Como se observa, los niños y las niñas deben ser criados y educados en un ambiente afectivo donde se les brinde respeto y empatía, de esta forma los hijos se sientan valiosos y aceptados por sus cuidadores principales. Además de esto los padres deben brindar a sus hijos e hijas los recursos necesarios para brindarles buenos tratos durante la crianza, y así asegurarles un desarrollo sano.

➤ **Parentalidad y marentalidad maltratante**

Lamentablemente muchos de los padres y madres no cuentan con los recursos necesarios para asegurar una crianza positiva a sus hijos e hijas, esto debido a su historia de vida, al contexto social, económico o de salud en el que viven, teniendo como resultado malos tratos infantiles por un lado, pero también agotamiento parental (Barudy & Dantagnan, 2010).

De acuerdo con Barudy y Dantagnan (2005) la parentalidad maltratante es aquella que carece de competencias y habilidades parentales, lo que impide que haya una buena relación entre padres/madres e hijos. Muchas de las veces los padres no pueden cubrir las necesidades básicas de los hijos, como el afecto, protección, educación, socialización y resiliencia. Lo cual puede llegar a tener un impacto negativo en el desarrollo de los hijos. Estos mismos autores mencionan que por lo general se presentan deficiencias en tres áreas:

1. **Deficiencias afectivas:** los padres y madres carecen de recursos afectivos y empáticos para brindarles a sus hijos un apego seguro, desarrollando en su lugar apego evitativo, desorganizado y resistente, los cuales se han descrito anteriormente.

Esta incapacidad puede aparecer como una *intoxicación de cuidados*, que son las conductas sobreprotectoras, donde los padres viven preocupados por la existencia de sus hijos, impidiéndoles que vivan experiencias que para ellos sean peligrosas.

Por otro lado también se encuentra el *incesto psicológico*, que es el exceso de gratificaciones y evitación de cualquier tipo de frustración a los hijos.

Todo lo anterior puede causar dependencia, baja autoestima, trastorno de apego desorganizado, y más adelante en la adolescencia se puede presentar agresión u hostilidad.

2. **Deficiencia socializadora:** los padres y madres no tienen la capacidad de transmitir a sus hijos evaluaciones positivas, es decir, son incapaces de reconocer las habilidades y cualidades, por lo que los niños desarrollan un autoconcepto pobre. Los padres y madres con estas deficiencias tienen una identidad desvalorizada, porque durante su infancia nadie los reconocía como personas valiosas y posiblemente desarrollan un trastorno de identidad, donde su autoconcepto se ve perjudicado a nivel cognitivo, ya que, probablemente recibieron mensajes negativos y los hacían sentir culpables por las situaciones desagradables que pasaban en su ambiente. A nivel afectivo desarrollan baja autoestima, despreciándose ellos mismos; esta es la razón por la que no pueden brindar afecto a sus hijos.

Y a nivel conductual, ejercen malos tratos a las personas de su alrededor, especialmente a las que tienen menos poder, como lo son sus hijos.

3. **Deficiencias educativas:** en este caso las incompetencias de los padres y madres se manifiestan en agresión como amenazas, golpes, insultos, manipulación, no dejándolos hablar o incluso ignorándolos, esto con el fin de causar miedo y que los hijos aprendan a “comportarse” o seguir las reglas. Estos mismos autores, Barudy y Dantagnan (2010) describen dos

tipos de modelos educativos característicos de la parentalidad incompetente, los cuales son: el *modelo autoritario* y el *modelo permisivo*. Además de estos dos se reconoce otro modelo educativo que podría añadirse a esta lista, *modelo negligente*; estos tipos de modelos educativos se describen en la tabla 3.

Los malos tratos durante la crianza son el resultado de la historia de vida de los padres y madres, del contexto social, económico o de salud por el que las familias atraviesan. Estas incapacidades parentales afectan directamente la relación entre hijos y sus cuidadores principales, además que se llega a perjudicar el desarrollo adecuado de los hijos en los diferentes ámbitos de sus vidas. Pero hay que ser conscientes de algo, la parentalidad y marentalidad no es una tarea fácil, como se ha descrito en los párrafos anteriores, implica tener varias habilidades y capacidades para hacer frente a este desafío; no existe una guía específica que enseñe a las personas a ser papás o mamás, por lo que en el camino de esta experiencia se llegan a cometer errores, que pueden perjudicar a padres y madres haciéndolos sentir insuficientes para llevar a cabo su rol como cuidadores, teniendo como resultado estrés, en este caso mejor conocido como agotamiento parental, de lo cual se hablará a continuación.

Tabla 3.

Tipos de modelos educativos disfuncionales

	Afecto	Comunicación	Control
Modelo autoritario	Escaso o nulo	Escaso; para transmitir miedo	Exagerado; amenazas y manipulación
Modelo permisivo	Intoxicación afectiva	No existe una jerarquía	Inexistente
Modelo negligente	Nulo	Unidireccional	Inexistente

AGOTAMIENTO PARENTAL

Socialmente existen expectativas sobre lo que se espera que una madre o un padre debe hacer para llevar a cabo una buena crianza de los hijos, cubriendo las necesidades básicas antes mencionadas que son apego, resiliencia, aportes socializadores, protección y educación, con el fin de que los hijos tengan un buen desarrollo en las diferentes etapas de su vida. Si se cumplen todos estos aspectos durante la crianza se puede decir que estamos hablando de una parentalidad y marentalidad sana en donde existe un apego seguro entre el cuidador y los hijos, así como empatía para comprender el mundo interno de estos últimos y así brindar respuestas acorde con sus necesidades.

Desafortunadamente no siempre todo es "color rosa" ya que muchos padres y madres no cuentan con los recursos necesarios para asegurar una crianza positiva a sus hijos e hijas, esto debido a su historia de vida, al contexto social, económico o de salud en el que viven, teniendo como resultado malos tratos infantiles por un lado, pero también agotamiento parental (Barudy & Dantagnan, 2010), esto debido a que los cuidadores comienzan a observar y comparar su situación con el de otros padres, en dónde surgen pensamientos intrusivos como "¿por qué esa mamá/papá es perfecto y puede con todo pero yo no?", esto a su vez empieza a generar en los padres y madres inseguridad y culpa, lo que comenzaría a elevar sus niveles de estrés, que si no se atienden a tiempo podría evolucionar a lo que se le conoce como agotamiento parental (Torres, 2022).

A continuación se explicará qué es el estrés y cómo es que puede desarrollarse en las madres y padres, a tal grado de convertirse en agotamiento parental, y para que quede más claro de qué trata este síndrome se describe la historia de cómo surge el término "agotamiento parental", sus características, los factores que lo originan, las consecuencias de padecerlo y cómo tratarlo.

➤ Estrés

Antes de iniciar a explicar qué es el agotamiento parental, es conveniente hablar sobre el estrés como introducción a este tema.

El término *strain* fue utilizado por primera vez en el siglo XIX, dentro de la física para describir la materia que era deformada por fuerzas del medio.

Posteriormente, muchas ciencias como la medicina o psicología han adaptado este término para explicar diferentes reacciones de los individuos y su organismo. Uno de los pioneros que utilizó el término *estrés* fue Hans Selye, en 1936, que lo definió como una respuesta adaptativa ante la amenaza del equilibrio interno del organismo, a esto lo denominaba como *reacción general de alarma* o *síndrome de adaptación general* (Galan & Camacho, 2012).

Actualmente autores como Juárez (2019) describen el estrés como el conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales que ocurren en presencia de una amenaza externa (del medio) o interna (del propio organismo o mente, como los pensamientos), por lo que el estrés es una alerta tanto física como mental y prepara a nuestro organismo para responder ante una demanda y de esta forma poder adaptarnos a diferentes situaciones, así como nuestros antepasados en la prehistoria lo hacían para sobrevivir (Barudy & Dantagnan, 2010). agregar cita

Por lo tanto, una cantidad adecuada de estrés es buena para los individuos, ya que, nos permite reaccionar ante posibles amenazas y sobrevivir, por lo que causa un bienestar (Juárez, 2019). A este estrés idóneo para la salud se lo conoce como ***eutrés***.

Por el contrario, cuando el estrés se presenta de forma prolongada, causa emociones y pensamientos negativos, afectando la salud física y mental de la persona, por lo que estaríamos hablando de ***distrés*** (Juárez, 2019).

El estrés es causado por muchos factores, denominados estresores, éstos pueden ser físicos, psicológicos y/o sociales que afectan el equilibrio de la persona. Hay que tener en cuenta que estos estresores tienen un peso diferente para cada individuo, lo cual va a depender de la situación por la que cada uno esté pasando, así como de los recursos con los que se cuenten para afrontarlo, por lo que no a todos les va a estresar del mismo modo (Peralta, 2019). De esta forma también podemos clasificar diferentes tipos de estrés:

- **Estrés agudo:** es el más común. Se desarrolla a partir de las exigencias del pasado (reciente) y del futuro (cercano), es de mucha intensidad pero de corto plazo (Juárez, 2019).
- **Estrés crónico:** altos niveles de estrés prolongado por largos periodos de tiempo, provocando un estado de hiperactivación continua en el organismo, agotando a la persona que lo padece tanto física como mentalmente. Si no es tratado adecuadamente puede tener consecuencias negativas como el suicidio, violencia y enfermedades degenerativas (Juárez, 2019).

➤ **Agotamiento Parental**

Como parte de la evolución de la conceptualización del *Burnout*, en 1974 el psicólogo Herbert J. Freudenberger utilizó el término *Burnout*, para describir sus observaciones del comportamiento de su equipo de trabajo en una clínica para toxicómanos. Después de un periodo laboral de más de 3 años en el cual carecían de un horario fijo, muchas horas de trabajo, sueldo escaso y ambiente laboral exigente, la mayoría de ellos mostraban pérdida de energía, desmotivación, falta de interés en las actividades realizadas en el trabajo, acompañado de varios síntomas de depresión y ansiedad (Quintero et al., 2020).

Luego, en los años 80's, la psicóloga Cristina Maslach retomó el término *Burnout* para describir el agotamiento profesional o laboral como: "El burnout es un síndrome psicológico que surge en respuesta a estresores crónicos, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en profesionales que trabajan de cara al público o en trabajadores que no tienen contacto con otras personas..." (Maslach, 2009; como se citó en Quintero et al., 2020, p. 100).

Por lo que este término se desarrolla dentro del ámbito laboral, siendo que el burnout es una respuesta al estrés laboral, ya que, refleja las características de las personas que han estado sometidas a un estrés crónico debido a las condiciones laborales, que también afectan diversas áreas de la vida de los individuos.

Una de las aportaciones más relevantes de Maslach junto con Susan E. Jackson fue el desarrollo de un instrumento para medir el síndrome de burnout llamado *Maslach Burnout Inventory* (1982).

Tiempo después, varias investigaciones planteaban que muchos padres y madres presentaban cansancio y agotamiento debido a las altas demandas que exigía su rol parental. Estos malestares eran asociados al burnout porque conducen al agotamiento y que podría denominarse *síndrome de burnout parental*, ya que coincidía con algunas características del *burnout laboral* (Lindahl, 2007; Lindström et al., 2011; Mikolajczak & Roskam, 2018; Roskam et al., 2017; como se citó en Pérez & Oyarce, 2020). Así que algunos pioneros del burnout parental como Pelsma (1989, como se citó en Pérez & Oyarce, 2020), sugirió que el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) podría ayudar a construir un instrumento para medir el agotamiento de los padres, sin embargo, sólo encontró resultados significativos para dos de las tres escalas que componen el MBI, agotamiento emocional y falta de realización personal. Por lo tanto, las autoras Isabelle Roskam, Emilie Raes y Moïra Mikolajczak (2017) analizaron la importancia de este tema y como punto de partida aceptaron la existencia del agotamiento de los padres, para ello realizaron un instrumento para medirlo, con la finalidad de que los investigadores tuvieran evidencia teórica y empírica que probara la existencia del burnout parental (Roskam et al., 2017).

Ahora bien, de acuerdo con Mikolajczak y Roskam (2018) el **agotamiento parental** es un síndrome específico que es consecuencia de la exposición prolongada al **estrés parental crónico**, caracterizado por:

- **Agotamiento:** estar abrumado y fatigado física y emocionalmente, a causa de las actividades relacionadas con la crianza (Begum et al., 2022).
- **Distanciamiento emocional con los hijos:** los padres y madres se involucran muy poco en la crianza de los hijos, por lo que no existe una buena relación padre/madre e hijo/a. Este distanciamiento está fuertemente vinculado con el maltrato hacia los hijos, así como la negligencia y violencia (Begum et al., 2022)

- **Sentimiento de hartazgo:** pérdida de placer en su rol como padres/madre y el pasar tiempo con los hijos lo relacionan con sentimientos negativos (Begum et al., 2022).
- **Contraste con el yo parental anterior:** los padres y madres comparan lo que eran antes con lo que son ahora. Antes se sentían alegres y productivos en la crianza de sus hijos, ahora sienten vergüenza y culpa por desempeñarse inadecuadamente en su rol de padres, como antes lo hacían (Begum et al., 2022).

Estas variables no actúan individualmente, sino que trabajan entre sí como un sistema de redes, teniendo como resultado el agotamiento parental (Begum et al., 2022).

La *Teoría de Riesgos y Recursos del Agotamiento Parental* de Mikolajczak y Roskam (2018) explica que el desequilibrio entre los riesgos y recursos de la crianza da como resultado un agotamiento tanto físico como mental en los padres, a su vez esto genera una serie de pensamientos y sentimientos negativos hacia ellos mismos, pero también hacia sus hijos (Begum et al., 2022).

Mikolajczak y Roskam (2018) consideran que los factores de riesgo son aquellos que aumentan el estrés. Y los recursos son los factores de protección que ayudan a combatir los estresores.

De tal forma que el agotamiento parental se desarrolla cuando los recursos de los padres son insuficientes para cubrir las necesidades de sus hijos. Por lo tanto, en este desequilibrio los factores de riesgo o estresores pesan más que los factores de protección o recursos.

Por esta razón, se considera que este síndrome tiene un origen multifactorial, es decir, que hay muchos factores de riesgo que dan origen al agotamiento de los padres y madres, así como factores sociodemográficos, personales, familiares, educativos y circunstanciales (Mikolajczak et al., 2018):

- **Factores sociodemográficos:**

- Ser madre vs ser padre: exigencia de los roles de género, muchas veces la mujer está más involucrada en la crianza de los hijos, lo cual aumenta más el estrés (Norberg, 2007; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
- Tener el primer hijo antes de los 24 años o después de los 35 años: existen ciertos riesgos biológicamente para la mujer, que pueden poner en peligro su vida o salud de ella y la del producto (Mikolajczak et al., 2018).
- Tener varios hijos: cada hijo adicional aumenta las exigencias sobre el papá y/o mamá (Ludberg et al., 1994; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
- Tener hijos menores de 5 años de edad: ya que necesitan más cuidados y dependen totalmente del cuidador principal (Baxter et al., 2004; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
- Ser una familia monoparental: ser padre o madre soltero/a es otro factor de riesgo, ya que muchas veces las responsabilidades no se pueden compartir (Baxter et al., 2004; como se citó en Mikolajczak et al., 2018)
- Ser una familia reconstruida: esta es una familia en la cual uno de los miembros (padre, madre o ambos) tienen hijos de una relación anterior. Muchas veces la relación entre hijastros, padrastro, madrastra no es buena y existe cierto rechazo por parte de los hijastros hacia las figuras de autoridad (Baxter et al., 2004; como se citó en Mikolajczak et al., 2018)
- Tener bajos recursos económicos: no cumplir con las necesidades o servicios necesarios para la familia (Zick & Bryant, 1996; como se citó en Mikolajczak et al., 2018)
- Tener un nivel educativo alto: por los conocimientos que los padres profesionistas tienen existe una autoexigencia por cumplir adecuadamente con su rol de padre o madre (Mikolajczak et al., 2018).

➤ Ser una madre o un padre que se queda en casa o trabaja a tiempo parcial: el primer caso indica que los padres dedican más tiempo al cuidado de los hijos. El segundo caso se refiere a que los padres trabajan más de 9 horas al día, por lo que no tienen el tiempo suficiente para estar con sus hijos (Baxter et al., 2004; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).

● **Factores personales:**

- Habilidades emocionales débiles: los padres no pueden manejar adecuadamente sus emociones, es decir, les cuesta trabajo identificarlas, reconocerlas y expresarlas (Mikolajczak et al., 2018).
- Personalidad perfeccionista neurótica: planear cada detalle para que todo salga bien o “perfecto”. Si algo no sale bien o se cometen errores, el padre o la madre llega a tener reacciones emocionales desproporcionadas a la situación (Vermaes et al., 2008; como se citó en Mikolajczak et al., 2018)
- Personalidad poco abierta a la experiencia: los padres o madres no pueden adaptarse a las situaciones novedosas o les cuesta mucho trabajo (Mikolajczak et al., 2018)
- Apego ansioso: los padres son inseguros y dependen emocionalmente de los demás (Mikolajczak et al., 2018).
- Apego evitativo: los padres o madres tienen relaciones distantes con sus hijos y también con su pareja (Mikolajczak et al., 2018),

Estos dos tipos de apego están asociados con estilos de crianza inadecuados (Adam et al., 2004; Pearson et al., 1994; como se citó en Mikolajczak et al., 2018) y mayor probabilidad de que los hijos padezcan problemas internalizados y externalizados (Cowan et al., 1996; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).

- **Factores familiares:**

- Desorganización familiar: ausencia de rutinas, no respetar límites o acuerdos (Dumas et al., 2005; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
- Conflicto interparental: se refiere a los desacuerdos entre los padres, esto debido a la diferencia de opiniones tanto negativas como positivas (Cummings & Davies, 2010; como se citó en Oliva et al., 2016). Estos conflictos pueden ser de dos tipos, constructivos y destructivos. El primero se caracteriza por llegar a la solución exitosa del problema, con ayuda de las estrategias de negociación. Y las destructivas se refieren a conductas violentas, agresión verbal y/o física, así como el ignorar el conflicto, lo que ocasiona que no se llegue a ninguna solución. Estos conflictos interparentales constructivos no alteran el desarrollo de los hijos, en cambio los de tipo destructivo sí, ya que afectan las prácticas de crianza directamente: aumento del estrés y distancia entre los padres e hijos, así también ejercer estrategias disciplinarias negativas (Oliva et al., 2016) como la violencia o negligencia (Begum et al., 2022).
- Coparentalidad inadecuada: no existe un trabajo en equipo (papá/mamá) para llevar a cabo la crianza de los hijos. Dentro de esto se incluyen los conflictos de pareja frente a los hijos, desacuerdo de los valores educativos, falta de apoyo y cooperación y desvalorización de la pareja cuando no se reconoce lo que el otro hace (Mikolajczak et al., 2018).

- **Factores de parentalidad y educativos:**

- Sentimientos de no ser un buen padre: desarrollando sentimientos de culpa (Mikolajczak et al., 2018).
- Sentir que ser padre o madre impide sus actividades en otras áreas de su vida: piensan mucho en su vida antes de ser padres (Abidín et al., 1990; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).

- Falta de consistencia: los castigos o límites no son coherentes ni respetados tanto por los hijos como por los padres (Mikolajczak et al., 2018).
 - Falta de reforzamiento positivo: no dar gratificaciones o reconocer los logros de los hijos (Mikolajczak et al., 2018).
 - Falta de demanda de autonomía: no dejar que los hijos tomen sus propias decisiones o querer hacer todo por ellos (Mikolajczak et al., 2018).
- **Factores circunstanciales:**
 - No tener tiempo para uno mismo: hacer todo por los demás y dejarse a uno mismo en último lugar (Abidín et al., 1990; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
 - Tener un hijo gravemente enfermo o con alguna discapacidad: los cuidados aumentan, así como las constantes preocupaciones por la incertidumbre, además de esto los tratamientos costosos (Lindahl et al., 2014; como se citó en Mikolajczak et al., 2018).
 - Haber experimentado un duelo recientemente: así como la muerte de algún familiar cercano, pérdida o cambios materiales y/o de rutinas, como cambio de casa, un divorcio (Mikolajczak et al., 2018).
 - Estar laboralmente estresado: las dificultades en el trabajo o la sobrecarga de actividades aumentan el estrés (Mikolajczak et al., 2018).

Como se observa, los factores de riesgo presentes en las diversas áreas de la vida de los padres son bastantes, por lo que es evidente que la acumulación y el peso de estos estresores involucrados en la crianza de los hijos guían al desequilibrio con respecto a los factores de protección, teniendo como resultado un estrés crónico que genera agotamiento parental. A su vez esto puede ocasionar que los padres ejerzan prácticas educativas disfuncionales, bloqueando el desempeño exitoso de éstos, pero también de sus hijos (Pérez et al., 2010).

Varias investigaciones han arrojado que el estrés parental se relaciona con bajos niveles de afecto y comunicación, los cuales son factores importantes de las competencias parentales, y sin ellos la crianza positiva podría estar en riesgo (Pérez et al., 2010).

Así también la baja percepción de autoeficiencia parental, los problemas de relación en pareja que afectan la coparentalidad compartida (Raikes & Thompson, 2005; como se citó en Vázquez et al., 2016) y las habilidades emocionales débiles, que no le permite a los padres regular sus niveles altos de estrés, están estrechamente relacionados con el agotamiento parental y con conductas parentales poco eficientes (Respler et al., 2011; Burke et al., 2008; como se citó en Vázquez et al., 2016).

Por lo que se puede decir que no todos los padres y madres cuentan con las competencias parentales adecuadas, o no hacen un buen uso de los recursos con los que cuentan debido a las altas demandas del medio al que están expuestos y como consecuencia de esto tenemos el agotamiento parental.

2.3 ¿Cómo tratar el agotamiento?

La buena noticia de este síndrome es que puede ser tratado con intervenciones psicológicas, tal es el caso de dos propuestas de intervenciones grupales que se pusieron a prueba en Bélgica, una con enfoque directivo y otra no directivo que a continuación se describen (Brianda et al., 2020).

La intervención con enfoque directivo guía a los padres a reducir los factores estresantes dentro de la crianza y al mismo tiempo les permite aumentar sus recursos y/o habilidades para hacer frente a los estresores (Brianda et al., 2020). En esta intervención se trabajó sobre los principales **estresores** de los padres que son el perfeccionismo, la presión social y la falta de apoyo coparental. Así como en los **recursos** que hay que fortalecer o agregar: habilidades emocionales, el control del estrés, prácticas de crianza efectivas y redes de apoyo (Mikolajczak & Roskam, 2018; como se citó en Brianda et al., 2020). Los temas específicos que se abordaron por sesión fueron:

- Presiones sociales
- Equilibrio entre riesgos y recursos
- Perfeccionismo
- Competencias emocionales
- Relación padre-hijo
- Apoyo coparental
- Pedir ayuda
- Prevención de recaídas

En total fueron 8 sesiones, una sesión a la semana, por dos horas, con un total de 77 participantes divididos en siete grupos. Al ser una intervención directiva cada sesión involucró psicoeducación donde se abordaron cada uno de los temas anteriores, actividades estructuradas durante las sesiones y práctica en casa (Brianda et al., 2020). Cabe mencionar que esta intervención es la que se llevó a cabo durante la prestación del servicio social, a la cual se le llamó *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*.

Por otro lado, la intervención grupal no directiva consistió en brindarle a los padres con agotamiento, un espacio en el cual pudieran compartir sus problemáticas y ser escuchados sin sentirse juzgados, para que ellos mismos encontraran su camino y sobre todo los recursos necesarios para hacer frente a sus estresores (Lambert & Cebada, 2001; Rogers & Wood, 1974; como se citó en Brianda et al., 2020)

De igual forma, la intervención no directiva tuvo una duración de 8 sesiones, una sesión a la semana, por dos horas, con un número total de 65 participantes divididos en siete grupos (Brianda et al., 2020).

En ambos grupos se tomaron medidas tres veces: antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y 3 meses después de la intervención. Estas medidas fueron de tres tipos:

- Autoinformadas: evaluaciones contestadas por los mismos participantes.

- Informadas por informantes: cuestionarios adaptados para que fueran contestados por la pareja del participante o por alguna persona cercana a éste que lo frecuentara por lo menos tres veces a la semana.
- Biológicas: se midieron los niveles de cortisol capilar.

Ahora bien, los instrumentos empleados para las evaluaciones autoinformadas fueron:

- Parental Burnout Assesment (PBA) para conocer los niveles de agotamiento (Roskam et al.,2018; como se citó en Brianda et al.,2020)
- Escala de negligencia parental (Mikolajczak et al, 2018; como se citó en Brianda et al.,2020)
- Escala de violencia parental (Mikolajczak et al, 2018; como se citó en Brianda et al.,2020)
- Programa de afecto positivo y negativo (PANAS), para evaluar las emociones negativas y positivas (Watson et al.,1988; como se citó en Brianda et al., 2020)
- Equilibrio de riesgos y recursos (BR2) (Mikolajczak & Roskam, 2018; como se citó en Brianda et al.,2020)

Por otro lado las evaluaciones aplicadas a los informantes fueron:

- Adaptación del PBA para conocer la percepción de la pareja sobre los síntomas del agotamiento parental del participante (Brianda et al., 2020).
- Adaptación de PANAS para evaluar la percepción de la pareja sobre las emociones negativas y positivas del participante (Brianda et al., 2020).
- Adaptación del Carer's Irritability Questionnaire (CIRQ) (Craig et al., 2008; como citado en Brianda et al., 2020) para evaluar la percepción de la pareja sobre el nivel de irritabilidad del participante.

Y finalmente, las pruebas biológicas que consistieron en la medición de los niveles de cortisol capilar, por cada participante se extraía una muestra de cabello cercana al cuero cabelludo, se envolvía en papel aluminio para protegerlo de humedad y demás agentes del medio, para posteriormente enviarla a un

laboratorio donde se harían las pruebas pertinentes, para detectar los niveles de cortisol en cada participante.

Los resultados pre intervención arrojaron que los padres que se inscribieron a la intervención no sufrían un estrés parental ordinario, pero se encontraban gravemente angustiados, lo cual se observa en el puntaje promedio que es 85, que se encuentra por encima de la puntuación media de los padres belgas. Esto también se reflejaba en los niveles de cortisol capilar, en el cual los participantes de los grupos experimentales tenían un nivel medio de cortisol en el cabello, dos niveles más alto que el grupo control.

Otros resultados encontrados fueron que:

- Los síntomas de agotamiento parental tenían correlaciones moderadas a altas con las demás variables medidas, especialmente con negligencia y violencia parental.
- Los resultados del autoinforme tenían mucha coincidencia con las medidas del informante.
- En cuanto al cortisol capilar: entre más disminución en las puntuaciones del PBA, menos síntomas de agotamiento y disminución en los niveles de cortisol.

Por otro lado los resultados post intervención y de seguimiento, tres meses después de la intervención, fueron los siguientes (Brianda et al., 2020):

- Ambas intervenciones fueron efectivas en la reducción de los síntomas de agotamiento parental (-37%)
- Los síntomas continuaron disminuyendo tres meses después de la intervención.
- La negligencia disminuyó en ambas intervenciones.
- Tres meses después la negligencia se mantuvo estable, pero se encontró mayor reducción en la intervención directiva.
- La violencia parental disminuyó en ambas intervenciones y se mantuvo estable tres meses después de finalizar la intervención.

- Aumentó la afectividad positiva y la afectividad negativa disminuyó en ambas intervenciones, tres meses después se mantuvieron igual.
- En cuanto al equilibrio de recursos y riesgos al final de la intervención no se encontraron efectos significativos, pero tres meses después en ambas intervenciones hubo un equilibrio entre los recursos y riesgos.
- El cortisol capilar disminuyó un 52%

Por lo que este estudio brinda evidencia de que el agotamiento parental puede ser tratado con intervención psicológica grupal donde se brinde a los padres escucha, aceptación, validación de sus emociones y empatía. De esta manera los padres puedan encontrar los recursos necesarios para hacer frente a los estresores y desechar aquellos factores que no les permite avanzar, para tener una mejor calidad de vida.

Por otro lado, en México se ha implementado la misma intervención directiva que se mencionó anteriormente bajo el nombre de *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental* que es la misma intervención directiva descrita por Brianda et al. (2020) llevada a cabo en Bélgica. La intervención en México que vamos a describir a continuación fue dirigida por las psicólogas Ana G. Méndez y Cecilia Santiago. Ellas expusieron la intervención en la conferencia "*sesiones académicas y clínicas*", que fue transmitida a través de la página de facebook Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos en el año 2022 (Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, 2022).

Esta intervención fue llevada a cabo con dos participantes que se describen a continuación:

1. **Participante L:** femenina, 40 años, grado escolar licenciatura y su ocupación era ama de casa e investigadora social. El motivo de consulta era que se sentía cansada y estresada constantemente en su rol como madre y percibía su día como insuficiente.

2. **Participante A:** masculino, 43 años, grado escolar licenciatura y era desempleado. El motivo de consulta era que quería adquirir habilidades para involucrarse más en la crianza de sus hijos.

La evaluación pre y post de esta intervención se llevó a cabo a través de cuatro cuestionarios:

- **Escala de cooperación coparental del Inventario de Coparentalidad** (Teubert & Pinquart, 2011; como se citó en Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, 2022), para evaluar el nivel percibido de cooperación coparental de los padres. Consta de cuatro reactivos, con respuestas de tipo likert que va desde 1= completamente falso a 4= completamente verdadero.
- **Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)** (Johnston & Mas, 1989; adaptado de Hernández & Lucio, 2019; como se citó en Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos, 2022), evalúa la satisfacción y eficacia de los padres respecto a su rol parental. Esta compuesta de 17 reactivos, con respuestas que van desde 1= totalmente en desacuerdo a 6= totalmente de acuerdo.
- **Parental Burnout Assessment (PBA)** (Roskam & Mikolajczak, 2018). Consiste en 23 reactivos cuyo objetivo es la medición del nivel de agotamiento parental, a través de cuatro dimensiones:
 - Agotamiento emocional: 9 ítems
 - Distanciamiento emocional hacía los hijos: 3 ítems
 - Sentimiento de hartazgo: 5 ítems
 - Contraste con el yo parental anterior: 6 ítems

Cuentan con siete opciones de respuesta tipo Likert, desde 0=nunca, hasta 6= cada día. El total de las cuatro dimensiones darán el resultado del nivel de agotamiento parental, que va de:

- 30 o menos: no hay agotamiento.
- 31 a 45: riesgo bajo.
- 46 a 60: riesgo moderado

- 62 a 75: riesgo alto
- Más de 76: agotamiento
- **Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)** (Gross & John, 2003), que evalúa las estrategias de regulación emocional, con opciones de respuesta que van desde 1= totalmente en desacuerdo, hasta 7= totalmente de acuerdo.

Los resultados obtenidos de esta evaluación de forma previa a la intervención fue:

Caso L:

- Alta cooperación coparental, es decir que había una repartición de responsabilidades equivalente, para llevar a cabo la crianza de los hijos.
- Buen manejo de las emociones.
- Cansancio y estrés en el rol parental, lo que indicaba un riesgo moderado en padecer agotamiento parental.
- A pesar de esto, L reportaba tener confianza en su rol como madre y acercamiento con sus hijos.

Caso A:

- Cansancio respecto a la crianza y la necesidad de reconectar con sus hijos, lo que indica un nivel moderado de padecer agotamiento parental.
- Pocas estrategias de comunicación asertiva.
- Cuenta con la cooperación de su pareja y una buena regulación emocional, además de confiar en su rol como padre.

Debido a los resultados obtenidos, se decidió llevar a cabo la intervención de forma preventiva primaria, justamente para evitar que el riesgo moderado de padecer agotamiento parental escalara. Al igual que la intervención descrita por Brianda et al. (2020) cuenta con 8 sesiones que se imparten semanalmente con una duración de dos horas siguiendo la estructura de apertura, tema de la sesión, caja de herramientas, cierre y práctica en casa. Los temas que se impartieron durante la psicoeducación fueron los mismos que se mencionaron antes:

- Presiones sociales
- Equilibrio entre riesgos y recursos
- Perfeccionismo
- Competencias emocionales
- Relación padre-hijo
- Apoyo coparental
- Pedir ayuda
- Prevención de recaídas

Cuando se concluyó con la intervención se llevó a cabo la evaluación post, con los mismos cuestionarios utilizados en la evaluación pre, en donde se obtuvieron resultados significativos:

Caso A

- Disminuyó el nivel de agotamiento, la puntuación obtenida indicaba que A ya no presentaba ningún riesgo de tener agotamiento parental.
- Mejoraron sus habilidades de regulación emocional.
- Aumentó la satisfacción respecto a su parentalidad.

Caso L

- Disminuyó el nivel de agotamiento, la puntuación obtenida indicó que L ya no presentaba ningún riesgo de padecer agotamiento parental.
- Mejoraron sus habilidades emocionales.
- Aumentó su percepción en la eficacia y satisfacción de su rol como madre.

Como se observa, se obtuvieron resultados significativos en cuanto a los niveles de agotamiento, ya que los padres presentaron **niveles de riesgo moderado** de padecer agotamiento parental antes de iniciar con la intervención, después de 8 sesiones en las que se trató el agotamiento, los resultados de las evaluaciones post arrojaron que tanto A como L **no presentaban ningún riesgo de tener agotamiento parental**.

MANUAL DE PROCEDIMIENTO

Los manuales son una guía que describen a profundidad instrucciones para llevar a cabo una tarea específica; así que entre más detalladas, claras y precisas sean las instrucciones, existe más probabilidad de que el trabajo a realizar sea coherente con la administración y calidad para cumplir con los objetivos planteados (Caroll & Rounsaville, 2008).

En este apartado se comienza describiendo la historia del desarrollo e introducción de los manuales en el área administrativa de las empresas, posteriormente se explica qué es un manual y cuáles son sus funciones tanto en el área administrativa y un poco más específico en la práctica clínica; finalmente se habla sobre el manual de procedimientos, qué es, propósitos y contenido, para luego retomarlo en la sección *sugerencias y/o recomendaciones* de este informe.

➤ Historia

Durante la segunda guerra mundial se comenzó a desarrollar y formalizar la introducción de los manuales en el ámbito administrativo, en especial en las instituciones financieras y de servicio público, para brindar información e instrucciones al personal sobre las actividades a realizar, ya que la escasez y necesidad de contratar nuevos empleados en esta época, obligaron a las empresas a crear manuales más organizados y específicos, para poder introducir y capacitar al personal (Duhalt, 1977). Como los manuales eran una herramienta prácticamente reciente carecían de cierta metodología, claridad y sistematización (Rodríguez, 2012).

Pero con el paso de los años, aproximadamente en los 70's se comenzó a trabajar en el diseño y funcionamiento de estos documentos, aplicando poco a poco metodología, haciéndolos cada vez más claros, organizados y sistemáticos. Obteniendo como resultado el control del personal, control de la estructura organizacional, procedimientos y políticas del organismo social de la institución de una forma compleja, pero sencilla (Rodríguez, 2012).

Posteriormente en los 90's con la llegada del control de calidad en las empresas, aumentó la creación de los manuales, con el propósito de que las instituciones

cumplan con sus funciones y al mismo tiempo se detecten deficiencias para trabajar en la mejora de los servicios (Rodríguez, 2012).

Actualmente los manuales se siguen empleando y son de gran importancia dentro de las instituciones, ya que permiten organizar, informar, orientar y describir procedimientos, para cumplir de forma más eficiente con los objetivos de la empresa y brindar mejores servicios (Rodríguez, 2012).

➤ **¿Qué es un manual?**

Un manual es una guía que contiene información e instrucciones de forma ordenada y concisa (Duhalt, 1977) sobre el funcionamiento de algo.

Para Duhalt (1977) dentro de la administración, los manuales representan un medio de comunicación que tiene como propósito:

- Presentar una visión del organismo social (Montero, s.f.).
- Establecer organización (Montero, s.f.).
- Facilitar la comprensión de los objetivos y procedimientos que se deben llevar a cabo (Montero, s.f.).
- Brindar información para la implementación de actividades específicas (Duhalt, 1977).
- Explicar las responsabilidades de los participantes de la organización (Montero, s.f.).
- Integrar y orientar a las personas en proceso de inducción, facilitando su incorporación (Duhalt, 1977).
- Aprovechar los materiales y recursos para brindar un mejor servicio (Duhalt, 1977).
- Evitar el desorden y el establecimiento de procedimientos incorrectos (Duhalt, 1977).

Como se observa los manuales se desarrollan en el área administrativa, pero a lo largo de los años la práctica clínica ha necesitado adoptar estos manuales, así que cada vez están más presentes en este ámbito, principalmente para evaluar la eficacia de los servicios que se brindan a la población (Addis, Wade & Hatgis,

1999; como se citó en Carroll & Rounsaville, 2008). Entre otras funciones específicas dentro del área clínica se encuentran:

- Facilitar la formación de profesionales del área clínica, a través de la definición detallada de las intervenciones que se llevarán a cabo, así como del establecimiento de normas para su aplicación (Carroll & Rounsaville, 2008).

Cabe mencionar que el manual no trabaja por sí solo para la formación de profesionistas, sino que se complementa con la revisión detallada y constante del manual, observación de grabaciones sobre la aplicación eficaz de la terapia, realizar juego de roles para practicar la intervención, y por último la práctica en escenario real debe ser supervisada (Davis et al., 1999; Miller et al., 2004; Sholom-skas et al., 2005; como se citó en Carroll & Rounsaville, 2008).

- Establecer normas que garanticen la calidad de la intervención (Carroll & Rounsaville, 2008).
- Garantía de adherencia por parte del profesional (Carroll & Rounsaville, 2008). La adherencia se refiere al grado en el que el profesional usó las técnicas y procesos que se describen en el manual (Waltz et al., 1993; como se citó en Carroll & Rounsaville, 2008). Varios estudios han concluido que una mayor adherencia a los manuales que describen intervenciones, guían a una mejora en los resultados de los participantes del proceso que se lleve a cabo (Yeaton & Sechrest, 1981; como se citó en Nezu & Nezu, 2008).
- Desarrollar las competencias del profesional en la práctica clínica. Por competencia se entiende que son las habilidades con las que el clínico lleva a cabo las intervenciones, para realizarlo de forma eficaz (Carroll & Rounsaville, 2008).

Por lo tanto, desarrollar un manual bien estructurado y definido, aumenta la probabilidad de que los profesionistas del área clínica se adhieran más al manual, y con la formación adecuada desarrollen las competencias que les permitan

obtener resultados favorables en las intervenciones que brinden (Nezu & Nezu, 2008).

Existen varios tipos de manuales pero en este informe nos centraremos en el manual de procedimientos que se describe a continuación.

➤ **Manual de procedimientos**

Este tipo de manual es un documento de consulta, que se caracteriza por su organización secuencial y cronológica, en donde se describen a detalle las actividades que se llevan a cabo durante la intervención en las etapas de un proceso específico. El propósito de este manual es que el personal pueda consultarlo y apoyarse de él para conocer sobre el funcionamiento de las actividades que tiene que desarrollar, lo cual es muy útil para las personas de nuevo ingreso (Montero, s.f.).

Todo manual tiene un contenido propio, en este caso se compone por (Montero, s.f.):

1. Carátula: se insertan los logos de la institución, nombre de la institución, lugar y fecha de elaboración y las unidades responsables.
2. Índice: contiene todos los apartados del manual de forma secuencial, con su respectiva página.
3. Introducción: presenta de forma resumida el contenido del manual, así como la necesidad de su creación, el objetivo, población a la que está dirigido y las recomendaciones para su consulta.
4. Enlistado de los procedimientos: se redactan cada uno de los procedimientos en orden cronológico añadiendo objetivos, análisis de la información e instrucciones de las actividades.
5. Diagrama de flujo: ilustración que acompaña al texto sobre el procedimiento general de las actividades a realizar.

Con estos elementos se puede desarrollar una guía la cual explica los procedimientos por etapas, para lograr determinadas metas y de esta manera orientar al personal sobre cómo ejecutar una actividad con éxito, sobre todo este

manual es de gran ayuda en los procesos de inducción de los nuevos empleados (Duhalt, 1977).

Es importante mencionar que, cualquier tipo de manual incluyendo el de procedimientos debe ser renovado constantemente, para mantener al personal actualizado y motivado, de esta forma cumplan con sus responsabilidades en la institución. No existe un tiempo determinado para hacer estas correcciones, va a depender de los procedimientos de cada empresa y de las supervisiones rutinarias por parte de la persona encargada del área, la cual debe analizar si cada una de las operaciones realizadas cumplen con los objetivos, de no ser así es cuando se necesita actualizar los métodos de las actividades que contiene el manual (Duhalt, 1977).

RESULTADOS OBTENIDOS

A continuación se muestran los resultados que se obtuvieron en las actividades realizadas durante la prestación del servicio social, centrándose en mayor parte en los resultados del taller *Guía para mamás y papás agotados*, ya que la propuesta de este informe, que se expondrá más adelante, se basa en este taller.

➤ ***Entrevista de historia clínica con niños y padres, como parte del proceso de reclutamiento para el taller "Gato Valiente"***

Como parte del proceso de reclutamiento para el taller "Gato Valiente" de Philip Kendall (2010) para atender la ansiedad en niños, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de historia clínica a cuatro niños y sus padres. Por motivos de confidencialidad el nombre de cada participante fue modificado en este informe para facilitar la redacción y comprensión.

Para realizar la entrevista de historia clínica se usaron los formatos de *Entrevista clínica infantil* para padres (adaptado de Becerril, Sánchez & Esquivel, 2008, como se citó en Esquivel & Vasconcelos, 2020) y *Entrevista clínica para niños* (adaptado de Morales, 2007, como se citó en Esquivel & Vasconcelos, 2020) estos formatos se pueden encontrar en el anexo 1 y 2 de este informe.

Como se mencionó en el apartado “*Actividades realizadas en el servicio social*”, específicamente realicé dos entrevistas semiestructuradas de historia clínica, con ayuda de los formatos mencionados en el párrafo anterior, a una niña de 8 años llamada Frida y a su madre, cada una se entrevistó de forma separada.

Los resultados que se obtuvieron de estas entrevistas fueron datos sobre la dinámica familiar, historia de salud, historia de desarrollo, historia escolar de la menor y el motivo de consulta. En esta última sección la madre reportó que Frida tiene dificultades para dormir y cuando consigue hacerlo despierta llorando, lo cual ha impedido que la menor quiera dormir sola. Además de esto, Frida le ha mencionado a sus padres que tiene mucho miedo de perderlos (por causas de muerte debido a COVID) o que la abandonen (por preferir a su hermano menor, de 2 meses de edad). De igual forma, la madre menciona algunas sospechas de bullying hacia su hija por parte de sus compañeros de la escuela, ya que Frida le ha mencionado que sus amigos se burlan de ella, esto ha provocado que la menor no quiera asistir a clases, de hecho ella misma mencionó que prefería las clases en línea. Además de esto la profesora de la escuela ha mandado a llamar a la madre de Frida para reportarle que frecuentemente llora debido a las burlas de sus compañeros.

De igual forma, como mencioné en las actividades realizadas en el servicio social, la menor a la que le realicé la entrevista de historia clínica, dejó de asistir a las sesiones, por lo tanto al final de la intervención del *Gato Valiente* me asignaron a otro niño de 9 años (Mario), para aplicar las evaluaciones post. Por esta razón es importante mencionar los resultados de la historia clínica de Mario.

La historia clínica que se le aplicó a Mario fue semiestructurada, para obtener datos sobre la dinámica familiar, historial de salud, historia de desarrollo, historia escolar del menor y el motivo de consulta, en donde los padres reportaron que habían observado en su hijo poca tolerancia a la frustración y perfeccionismo al realizar actividades escolares. Las reacciones del menor ante esto es desesperación, enojo, llanto, gritos, golpea objetos y sobre todo no puede

expresar lo que siente o lo que necesita para solucionarlo. Además de esto Mario mencionó que le da mucho miedo la muerte de alguno de sus familiares cercanos.

Esta actividad me ayudó a poner en práctica la escucha y observación activa, así como la formulación de preguntas que no se encontraban en los formatos empleados para obtener información relevante, también puede fortalecer las habilidades para establecer un buen rapport, poniendo en práctica la comunicación, empatía y atención.

➤ ***Evaluación psicológica pre y post a niños que participaron en el taller "Gato Valiente"***

Instrumentos

Los instrumentos que se describen a continuación fueron empleados para la evaluación pre y post de los participantes del taller "Gato Valiente", esto para observar los niveles de ansiedad que presentaban los niños antes y después de formar parte del taller y así analizar si éste tuvo algún impacto en los menores.

-Cuestionario de Problemas Internalizados y Externalizados para Niños (CPIEN)

(Romero, Gómez-Maqueo, & Durán, 2020): evalúa tres dimensiones

1. problemas internalizados: depresión, ansiedad.
2. problemas externalizados: comportamiento disruptivo, agresión y autolesiones.
3. comportamiento adaptativo.

Está dirigido a niños y niñas de entre 8 a 12 años de edad, aunque también se puede aplicar en edades de 6 a 7 años pero apoyando al menor a leer y comprender los reactivos. Se compone por 60 reactivos de cuatro opciones: nunca, pocas veces, muchas veces, siempre.

Según el percentil obtenido en cada factor, en *Problemas externalizado* y *Problemas internalizados* se obtiene el grado de riesgo de desarrollar problemas que afecten la salud mental del menor:

- 0-40=No presenta problemas
- 41-59= Rango promedio

- 60-69= Riesgo bajo
- 70 o más= Riesgo significativo

Por otro lado, el grado de comportamiento adaptativo se interpreta de acuerdo a la puntuación del percentil que se obtenga:

- 0-40= No se adapta
- 41-59= Se adapta en forma promedio
- 60-69= Frecuentemente se adapta
- 70 o más= Casi siempre logra adaptarse

El cuestionario cuenta con un nivel de confiabilidad total de 0.82.

-Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2) (Reynolds y Richmond, 1985): Esta escala busca evaluar los niveles de ansiedad en niños y adolescentes, entre los 6 y 19 años de edad. Es una prueba breve de autoinforme, que contiene 49 reactivos en los cuales el evaluado debe responder:

- Sí: cuando el reactivo describa los sentimientos o las acciones del niño.
- No: cuando los reactivos no describan los sentimientos del niño.

La prueba consta de 6 escalas:

1. Índice de respuestas inconsistentes (INC): 9 reactivos
2. Defensividad (DEF): 9 reactivos
3. Ansiedad Total (TOT): 40 reactivos
4. Ansiedad Fisiológica (FIS): 12 reactivos
5. Inquietud (INQ): 16 reactivos
6. Ansiedad Social (SOC): 12 reactivos

En donde la interpretación de las puntuaciones obtenidas es:

- 71-más= Extremadamente problemático
- 61-70= Moderadamente problemático
- 40-60= No más problemático que para la mayoría de los estudiantes
- 39 o menos= Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes

Esta escala tiene un nivel de confiabilidad total de 0.92.

Resultados (Frida)

Los resultados obtenidos en la prueba CPIEN indican que Frida no reporta ningún problema conductual o emocional, ya que, las dimensiones que componen esta escala muestran un percentil menor a 40 (tabla 4), lo cual indica que la menor no reporta ningún problema conductual o emocional, por lo que no se encuentra en riesgo de presentar problemas internalizados y/o externalizados (Romero, Gómez-Maqueo, & Durán, 2020).

Tabla 4.

Resultados pre de la prueba CPIEN de Frida

	Puntuación natural Pre	Percentil Pre
Comportamiento disruptivo	16	1
Agresión	6	1
Autolesiones	4	1
Depresión	14	22
Ansiedad	9	6
Comportamiento adaptativo	55	67
Total problemas externalizados	26	1
Total problemas internalizados	23	6

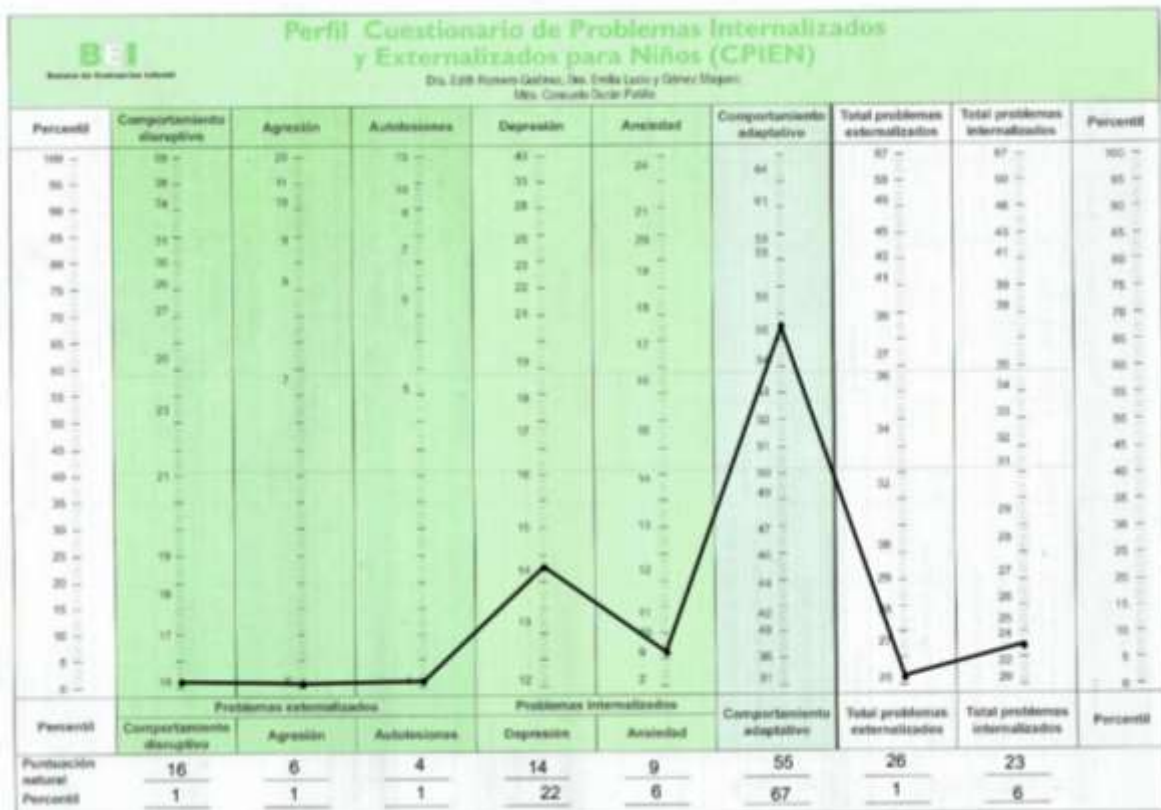
Esto se comprueba con la puntuación obtenida en la dimensión *comportamiento adaptativo* con un percentil de 67 (tabla 4) el cual indica que Frida reporta adaptarse socialmente al ambiente con frecuencia, siguiendo las normas establecidas (Romero, Gómez-Maqueo, & Durán, 2020).

Al tener una puntuación por encima de la norma en la dimensión *comportamiento adaptativo* (*Figura 1*) aparentemente Frida refiere tener las habilidades necesarias para hacer frente a las demandas del medio siguiendo las reglas estipuladas, lo

que podría indicar que por esta razón las dimensiones de problemas externalizados e internalizados se encuentran muy por debajo de la norma, como se puede apreciar en la *Figura 1*.

Figura 1.

Gráfica de los resultados pre CPIEN de Frida



Nota. En la figura 5 se observa la puntuación natural y el percentil gráficos de los resultados de la prueba CPIEN de Frida. No se encuentra ninguna alteración para problemas internalizados y externalizados.

Otra de las pruebas empleadas para complementar la evaluación y conocer el grado de ansiedad en los menores fue el instrumento CMASR-2.

Ahora bien, las escalas en las que se encontró alguna dificultad con la ansiedad es la *defensividad* con un puntaje natural de 9 y una T de 60, como se aprecia en la *tabla 5*, lo que puede indicar que a Frida le cuesta trabajo admitir imperfecciones o errores, esto puede ser debido a una necesidad de aceptación,

sentimientos de rechazo constantes, por lo que busca ser aceptada, esto también se asocia con problemas emocionales en la escuela y/o familia (Reynolds y Richmond, 1985) de hecho esta última parte se relaciona con lo que la madre y Frida mencionan en la entrevista sobre las burlas por parte de los compañeros de la menor.

Tabla 5.

Resultados pre de la prueba CMASR-2 de Frida

	Puntuación natural pre	Puntuación T pre
Defensividad	9	60
Ansiedad fisiológica	6	37
Inquietud	2	37
Ansiedad social	6	47
Ansiedad Total	14	39

Otra de las escalas que se encuentra elevada pero dentro de la norma (como se aprecia en la *figura 2*) es la ansiedad social con una puntuación natural de 6 y una T de 47 (*tabla 4*), esto podría indicar que Frida refiere tener algunas dificultades con la ansiedad en el ámbito social.

Las escalas restantes, *Ansiedad fisiológica e Inquietud* muestran una puntuación T menor a 40 y una puntuación natural menor a 39, lo cual indica que estas escalas son menos problemáticas para Frida, que para la mayoría de los niños (Reynolds y Richmond, 1985) ya que se encuentran por debajo de la norma como se muestra en la *figura 2*.

Figura 2.

Gráfica de los resultados pre de la prueba CMASR-2 de Frida



Nota. La escala de ansiedad total (TOT) da una puntuación T igual a 39, lo cual indica que la ansiedad es menos problemática para Frida, que para la mayoría de los niños. En esta gráfica se observa lo antes mencionado, ya que TOT está por debajo de la norma.

Resultados (Mario)

Los **resultados pre** obtenidos en la prueba CPIEN, indican que Mario reporta tener autolesiones y síntomas de depresión, ya que estas dimensiones se encuentran por encima de la norma (*figura 3*), lo cual se ve reflejado en los problemas externalizados e internalizados, que indican un percentil de 48 y 42 respectivamente, estas puntuaciones se encuentran dentro del promedio, lo que significa que los comportamientos y síntomas mencionados por Mario, forman parte del desarrollo, llegan a generar molestias y preocupación tanto para el menor como para sus padres, pero no representa un riesgo para la salud mental del niño (Romero, Gómez-Maqueo, & Durán, 2020). Sin embargo es importante supervisar esos comportamientos y síntomas que se reportan, para ver si se mantienen o aumentan, afectando la salud mental del menor. Por otro lado, no se reportan problemas en las dimensiones de comportamiento disruptivo, agresión y

ansiedad, de hecho ésta última tiene un percentil de 22 (*tabla 5*) que se encuentra muy por debajo de la norma, es decir que Mario reporta tener menos ansiedad que la mayoría de los niños.

Tabla 5.

Resultados pre y post de la prueba CPIEN de Mario

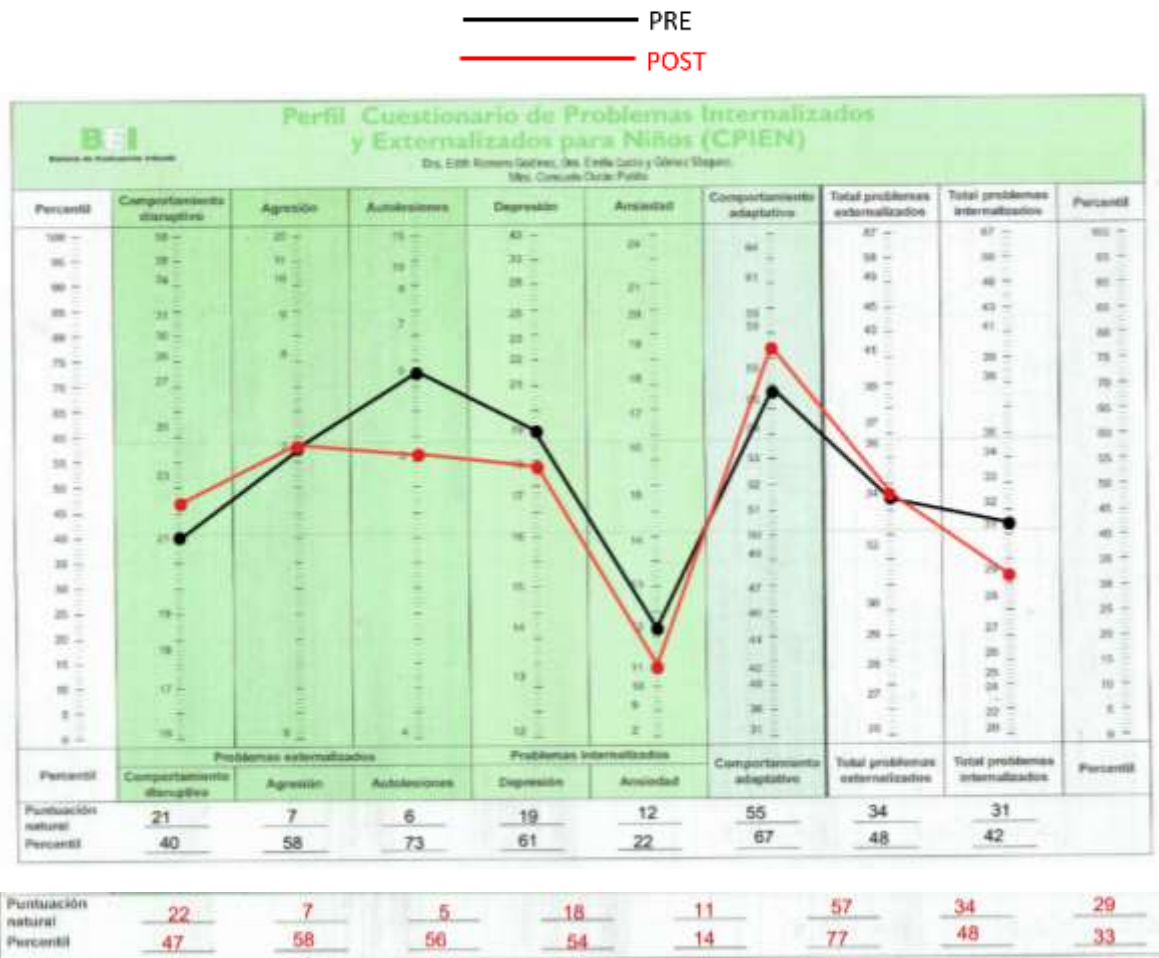
	Puntuación natural pre	Percentil pre	Puntuación natural post	percentil post
Comportamiento disruptivo	21	40	22	47
Agresión	7	58	7	58
Autolesiones	6	73	5	56
Depresión	19	61	18	54
Ansiedad	12	22	11	14
Comportamiento adaptativo	55	67	57	77
Total problemas externalizados	34	48	34	48
Total problemas internalizados	31	42	29	33

Dentro de esta misma prueba el comportamiento adaptativo que Mario indica, tiene un percentil de 67 (*tabla 5*), que se encuentra por encima de la media, esto

puede indicar que el menor constantemente se adapta a las situaciones del medio (Romero, Gómez-Maqueo, & Durán, 2020).

Figura 3.

Gráfica de los resultados pre y post de la prueba CPIEN de Mario



También se aplicó la prueba CMASR-2, los puntajes pre más altos que se obtuvieron de esta prueba fueron *defensividad* (T=50), *ansiedad fisiológica* (T=42) e *inquietud* (T=51), estos puntajes se pueden observar en la tabla 6, y se encuentran dentro del promedio (*figura 4*), es decir que no es más problemático para Mario, que para la mayoría de los niños (Reynolds y Richmond, 1985) es lo esperado de acuerdo con la etapa de desarrollo de Mario.

Tabla 6.

Resultados pre y post de la prueba CMASR-2 de Mario

	Puntuación natural pre	Puntuación T pre	Puntuación natural post	Puntuación natural post
Defensividad	6	50	4	42
Ansiedad fisiológica	9	42	9	42
Inquietud	6	51	6	51
Ansiedad social	1	29	0	29
Ansiedad total	16	38	15	37

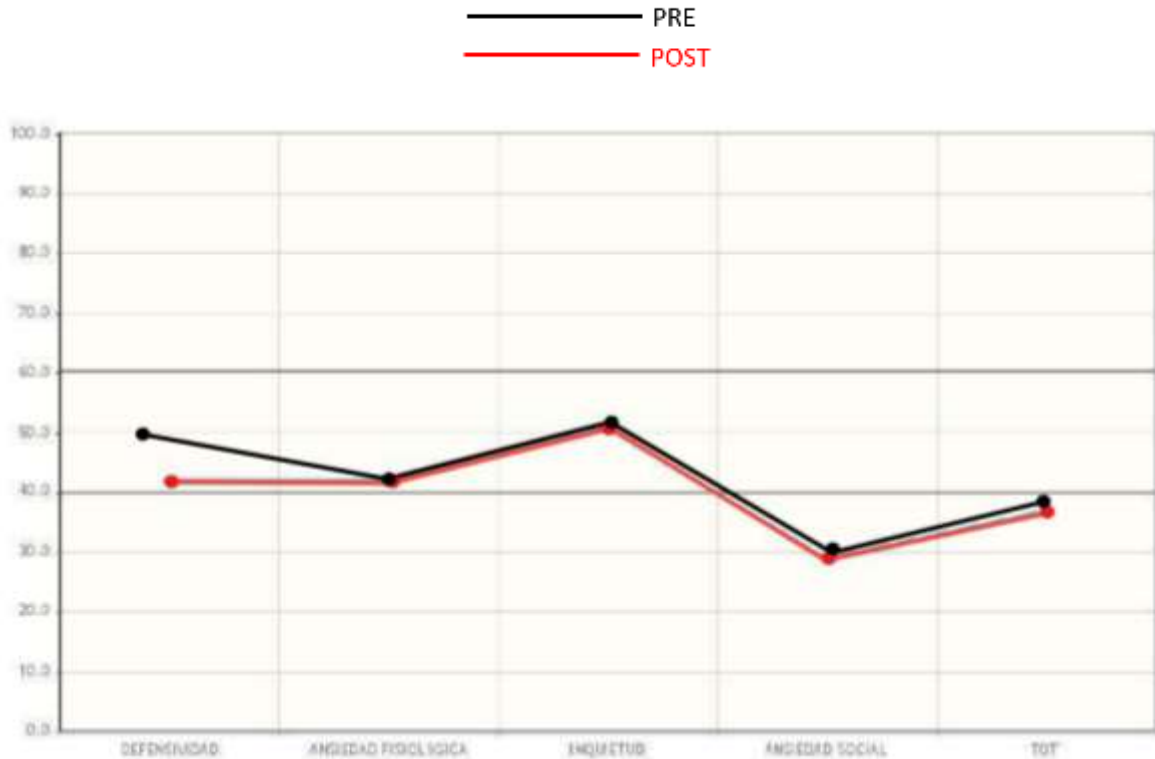
Los resultados de los puntajes T de las escalas restantes, *ansiedad social* y *ansiedad total* se muestran por debajo de la norma, es decir que son menos problemáticas para Mario, que para la mayoría de los niños (Reynolds y Richmond, 1985).

La escala de *ansiedad total* de la prueba *CMASR-2* y la dimensión *ansiedad* de la prueba *CPIEN* coinciden, ya que, se encuentran por debajo de la media, lo que indica que Mario no reporta síntomas elevados de ansiedad.

Ahora bien, los resultados post para la prueba *CPIEN* indican una disminución en las dimensiones de *autolesiones* y *depresión*, las cuales en la evaluación pre se encontraban arriba de la media siendo un indicador importante que podría estar afectado la salud mental de Mario. Sin embargo las puntuaciones de estas dimensiones en la evaluación post intervención bajaron (*tabla 5*) y como se observa en la *figura 3* las autolesiones y depresión se encuentran dentro de la norma y ya no son un riesgo que podrían afectar el desarrollo del menor.

Figura 4.

Gráfica de los resultados pre y post de la prueba CMASR-2 de Mario



En cuanto a las otras dimensiones que componen esta escala se encontró que:

- La puntuación de *comportamiento disruptivo* aumentó, colocándose dentro de la norma, por lo que no es considerado un riesgo.
- La puntuación de *agresión* se mantuvo igual que al inicio de la intervención, no se reportó ningún cambio.
- La puntuación de *ansiedad* en la evaluación pre intervención se encontraba muy por debajo de la norma; en el post esta puntuación bajó aún más.
- La puntuación de *comportamiento adaptativo* aumentó aún más por encima de la media, lo cual indica que Mario reforzó habilidades durante el periodo que se brindó la intervención, para adaptarse socialmente al ambiente.

En conclusión, los *problemas externalizados* se mantuvieron con la misma puntuación (puntuación natural=34; percentil=48), pero dentro de la norma establecida, lo que indica que los comportamientos reportados forman parte del desarrollo, pueden llegar a generar malestar o preocupación, pero no representan ningún riesgo para la salud mental del menor. Por otro lado, los *problemas internalizados* en la evaluación pre se encontraban dentro del promedio (puntuación natural=31; percentil=42) y no representaban ningún riesgo para la salud de Mario. En la evaluación post se observa una disminución en las puntuaciones de esta dimensión (puntuación natural=29; percentil=33) situándose por debajo del promedio, indicando que no se encontró ningún problema o poco nivel reportado por el niño, no se encuentra en riesgo de presentar problemas emocionales o de comportamiento.

Con esta actividad aprendí el procedimiento de la aplicación, calificación e interpretación de las escalas CPIEN y CMARS-2, al mismo tiempo fortalecí mis habilidades de escucha activa, atención, comunicación asertiva, análisis y sobre todo adaptarme a la modalidad de realizar evaluaciones psicológicas a distancia debido a la pandemia por SARS COV 2.

➤ **Colaboración como observadora en el taller “Gato Valiente” para el manejo de la ansiedad en niños**

En conclusión con los resultados obtenidos de las evaluaciones pre, no se observó que los niños tuvieran algún problema de ansiedad, sin embargo en las entrevistas los padres resaltaron su preocupación al observar sintomatología ansiosa en sus hijos y cómo esto afectaba en varios ámbitos de la vida de los menores, por lo tanto se continuó con la intervención de una forma preventiva.

En esta actividad mi participación consistía en estar presente en las sesiones del taller “*Gato Valiente*”, a través de zoom, con cámara y micrófono apagado, solo observando cómo se llevaba a cabo la intervención por parte de mis compañeras de servicio social, así como las conductas que los niños tenían durante las sesiones: participación, distracciones, movimientos inusuales, si apagaban la cámara, si realizaban las actividades o no, o si de repente salían de la sesión. Al final de las sesiones tenía que reportar mis observaciones a las instructoras y

supervisora del taller, la información recolectada a partir de las observaciones era tomada en cuenta por las instructoras para luego utilizarlas durante las sesiones posteriores con los niños.

Formar parte de esta intervención como observadora me sirvió para aprender a sintetizar la información, observar, escuchar y analizar los mensajes verbales y los no verbales, así como reforzar mi pensamiento crítico. Además aprendí sobre el tema de ansiedad infantil, y cómo implementar intervenciones cognitivo-conductuales para atender esta problemática.

➤ **Seminario de competencias parentales**

Al participar en los seminarios pude conocer a profundidad el tema de la parentalidad dentro de los cuales se abordaron: concepto de parentalidad, las competencias y habilidades que se consideran necesarias para que un padre o madre desarrolle una crianza adecuada. Y como todos estos desafíos para los padres los guían hacia el agotamiento, afectando la forma en la que crían a sus hijos dando como resultado malas prácticas parentales. De igual forma, en este seminario se abordó la cuestión de *¿Cómo tratar el agotamiento?*, está fue una inducción para comprender cómo se llevaba a cabo el taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*, que es una adaptación del taller directivo *¿Cómo tratar el agotamiento?* descrito por Brianda y colaboradores (2018).

Lo aprendido en este seminario me sirvió como introducción al taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*, que posteriormente dirigí, para aprender más sobre el agotamiento que afecta a los padres, así poder brindarles un mejor servicio de esta intervención, que tiene el propósito de reducir los síntomas del agotamiento parental, para que los padres refuercen, identifiquen y desarrollen habilidades y/o recursos que les permitan hacer frente a los estresores que hay en su medio, de esta manera mejorar su calidad de vida.

➤ **Facilitadora del taller “Guía para mamás y papás agotados”**

Participantes

Para atender la problemática de agotamiento parental se implementó el taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*, ofertado por el Centro Comunitario Dr. Julian MacGregor y Sánchez Navarro como parte del programa de servicio social *Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños (2021- 12/23-4892)*. El taller fue dirigido a padres y madres de familia que tuvieran sintomatología de agotamiento parental. Al inicio de la intervención se contó con 7 participantes, tres de ellas dejaron de asistir a las sesiones más de tres veces consecutivas, de acuerdo con el reglamento del Centro Comunitario Dr. JMSN, a las tres faltas se les dió de baja. Otra participante faltó a la última sesión, por lo que no se le pudo aplicar las evaluaciones post. La lista de asistencia de las participantes se puede visualizar en el anexo 6 de este informe. Por estos motivos sólo se tomaron en cuenta los resultados de las evaluaciones de tres participantes, las cuales cumplieron con la asistencia y contestaron las evaluaciones pre y post, esto para hacer un comparativo de los resultados obtenidos antes y después del taller.

Tabla 3.

Datos de los participantes de la intervención de agotamiento parental

Nombre	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado civil	Tipo de familia	Número de hijos
Sofía	29	F	Licenciatura	Profesionista	Separada	Recompuesta	1(8 años)
Daniela	43	F	Licenciatura	Ama de casa	Casada	Biparental	2(19 y 10 años)
Emilia	35	F	Licenciatura	Ama de casa	Casada	Biparental	2(4 y 5 años)

Instrumentos

Se aplicaron cuatro cuestionarios antes y después de la intervención:

Factores sociodemográficos y condiciones familiares: Los participantes completaron una encuesta que incluyó datos sociodemográficos e información respecto a su situación familiar. La información que incluye es: nombre, curp, lugar de residencia, edad, estado de salud, escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de familia, ingreso mensual, número de hijos, edades de los hijos y estado de salud de sus hijos.

Agotamiento Parental: Parental Burnout Assessment (PBA; Roskam y Mikolajczak, 2018). Consiste en 23 reactivos cuyo objetivo es la medición del nivel de agotamiento parental, a través de cuatro dimensiones:

- Agotamiento emocional: 9 ítems
- Distanciamiento emocional hacía los hijos: 3 ítems
- Sentimiento de hartazgo: 5 ítems
- Contraste con el yo parental anterior: 6 ítems

Cuentan con siete opciones de respuesta tipo Likert, donde 0=nunca, 1=algunas veces al año, 2=Una vez al mes o menos, 3=Algunas veces por mes, 4=Una vez por semana, 5= Algunas veces a la semana y 6= Cada día.

El total de las cuatro dimensiones darán el resultado del nivel de agotamiento parental, que va de:

- 30 o menos: no hay agotamiento.
- 31 a 45: riesgo bajo.
- 46 a 60: riesgo moderado
- 62 a 75: riesgo alto
- Más de 76: agotamiento

Este instrumento tiene una confiabilidad de .93 medida por el coeficiente alpha de cronbach.

Regulación emocional: Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross & John, 2003). El objetivo general del ERQ es la evaluación de las estrategias utilizadas por los individuos para la regulación de emociones tanto positivas como negativas, a través de dos dimensiones:

1. Revalorización cognitiva: intento de reinterpretar una situación que provoca emociones de manera en que altera su significado y cambia su impacto emocional/conductual.
2. Supresión expresiva: intento de ocultar, inhibir o reducir comportamientos emocionales expresivos continuos.

La dimensión que tenga el puntaje más alto es la estrategia más utilizada por el sujeto. Cuenta con una escala tipo Likert que consta de 10 reactivos con siete opciones de respuesta, que van desde 1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ligeramente en desacuerdo, 4= ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 5=Ligeramente de acuerdo, 6= De acuerdo y 7= Totalmente de acuerdo.

Esta escala cuenta con una confiabilidad de $>.70$ medida por el coeficiente alfa de cronbach.

Competencia parental percibida: Parenting Sense of Competence Scale (PSOC-E; Johnston & Mash, 1989, versión adaptada al español Hernández et al, 2019).

Evalúa el sentido de competencia parental, es decir, los sentimientos de seguridad de los individuos respecto a su rol como padre o madre. Se divide en dos dimensiones:

1. *Eficacia percibida*: hace referencia a las expectativas sobre el nivel en que un individuo se siente capaz de actuar competente y eficazmente en su rol como madre o padre (Coleman & Karraker, 2000; Farkas, 2008; Raikes & Thompson, 2005. Citado por Menéndez, Jiménez e Hidalgo, 2011)
2. *Satisfacción parental*: Es la percepción de una relación positiva entre los resultados obtenidos en el ejercicio de la paternidad en

comparación con las expectativas (Sabatelli & Waldron, 1995; Menéndez et al., 2011)

Cuenta con 17 reactivos tipo Likert en total, 8 para *Eficacia* que va de 1=Totalmente en desacuerdo, 2=Bastante en desacuerdo, 3= En desacuerdo, 4= De acuerdo, 5= Bastante de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Y 9 reactivos para *Satisfacción* que va de 1= Totalmente de acuerdo, 2= Bastante de acuerdo, 3= De acuerdo, 4=En desacuerdo, 5= Bastante en desacuerdo y 6=Totalmente en desacuerdo.

Cuentan con $\alpha = .75$ para la escala de satisfacción y con $\alpha=.76$ para la escala de eficiencia, cualidades psicométricas aceptables.

Procedimiento

Para el reclutamiento de las participantes se realizó un cartel (*Anexo 4*) el cual fue publicado en la página de Facebook "Gánale a la cuarentena-Guía de supervivencia para padres e hijos" invitando a los padres y madres a formar parte del taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*. Ahí mismo se les proporcionaba un link de registro, para que proporcionarán sus datos, aceptaran el consentimiento y contestaran cinco cuestionarios: Cuestionario sociodemográfico y condiciones familiares, *Escala de Cooperación coparental del Inventario de Coparentalidad* (Teubert y Pinquart, 2011), *Parental Burnout Assessment* (PBA; Roskam y Mikolajczak, 2018), *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003), *Parenting Sense of Competence Scale* (PSOC; Johnston & Mash, 1989, versión adaptada al español Hernández et al, 2019). Estos instrumentos se describen a detalle más adelante.

Luego de la evaluación, se llevó a cabo la intervención que consistió en el taller antes mencionado: *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*. Con una extensión de 8 sesiones, una sesión a la semana, con una duración de dos horas cada una.

Cuando finalizó la intervención, en la sesión 8 se realizó la evaluación post, que consistió en aplicar los mismos cuestionarios que al inicio del tratamiento psicológico, para verificar si los niveles de agotamiento habían disminuido.

Es importante aclarar que este proceso se llevó a distancia debido a la pandemia por SARS COV 2.

Escenario

Debido a la pandemia por SARS COV 2, la intervención se llevó a cabo a través de la plataforma Zoom, los días jueves de 16:00 a 18:00, a partir del 21 de octubre de 2021 y hasta el 9 de diciembre de 2021.

Resultado de evaluaciones

En primer lugar se expondrán los resultados pre y post del *Parental Burnout Assessment*, seguido de los resultados pre y post del *Cuestionario de Regulación Emocional* y por último se describen los resultados pre y post de la Escala de competencia parental percibida.

Parental Burnout Assessment (PBA)

Resultados PBA Sofía

En la evaluación pre Sofía obtuvo una puntuación total de **96**, lo cual indica que antes de participar en el taller se encontraba en **agotamiento parental**. Las puntuaciones obtenidas de cada escala fueron: Agotamiento emocional= 37, Contraste con el yo parental anterior= 26, Saturación= 21 y Distanciamiento=12.

Por otro lado en la evaluación post Sofía obtuvo una puntuación de **10**, que de acuerdo con las puntuaciones de la escala, la participante **no reporta tener agotamiento parental** después de la intervención, se puede decir que el nivel de agotamiento pre (96) disminuyó significativamente (10). Esto se puede notar en las puntuaciones obtenidas de cada escala: Agotamiento emocional= 6, Contraste= 1, Saturación= 2 y Distanciamiento= 1.

Resultados PBA Daniela

En la evaluación pre Daniela reporta tener **agotamiento parental**, ya que la puntuación total que se obtuvo del PBA es igual a **105**. Las puntuaciones de cada escala fueron: Agotamiento emocional= 46, Contraste= 26, Saturación 22 y Distanciamiento= 11.

En cuanto a las puntuaciones que se obtuvieron de la evaluación post se observó una gran disminución en los puntajes de las escalas: Agotamiento emocional= 7, Contraste= 4, Saturación= 4 y Distanciamiento= 3, teniendo un total de **18** puntos, lo cual indica que Daniela **no presentaba agotamiento parental** al final de la intervención.

Resultados PBA Emilia

Con los resultados obtenidos en la evaluación pre, Emilia **reporta tener agotamiento parental**, ya que el puntaje total del PBA es de **97**. De forma individual los puntajes arrojados en cada escala fueron: Agotamiento emocional= 42, Contraste= 20, Saturación= 25 y Distanciamiento = 10.

Por otra parte en la evaluación post se observó una disminución en las escalas: Agotamiento emocional= 14, Contraste= 7, Saturación= 6 y Distanciamiento= 1, teniendo una puntuación total de **28**, lo que indica que Emilia **no presentaba agotamiento parental** después de la intervención.

La comparación de estos resultados pre y post de las tres participantes se pueden apreciar en la tabla 4.

Tabla 4.

Resultados pre y post PBA

Participante	Agotamiento		Contraste		Saturación		Distanciamiento		Total	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Sofía	37	6	26	1	21	2	12	1	96	10
Daniela	46	7	26	4	22	4	11	3	105	18
Emilia	42	14	20	7	25	6	10	1	97	28

Cuestionario de Regulación Emocional (EQR)

En cuanto al *Cuestionario de Regulación Emocional (EQR)*, la suma de los puntajes obtenidos se encuentra en la *tabla 5*, en donde se encontró que:

Sofía: indica que utiliza más la revalorización cognitiva antes y después de la intervención (pre=19/ post=36) en comparación con la supresión (pre=11/ post=4), es decir, que Sofía cuenta con más estrategias para regular sus emociones.

A pesar de que Sofía contaba con mayores recursos de estrategias para la regulación emocional antes de la intervención, en los resultados post se encontró un aumento de la revalorización, así como una reducción de la supresión, es decir que aumentaron las estrategias de regulación emocional y se redujeron los intentos de inhibir sus emociones después de la intervención.

Daniela: indica que tanto antes como después de la intervención hace más uso de la revalorización (pre=31/post=22) que de la supresión (pre=14/post=14), como se observa hubo una disminución en la puntuación de revalorización después de la intervención. En cuanto a la supresión no se encontró ningún cambio, se mantuvo igual antes y después de la intervención.

Emilia: reporta que antes y después de la intervención hace más uso de la revalorización (pre=27/ post=29) que de la supresión (pre=13/post=13), como se aprecia en la *tabla 5*, la revalorización aumentó ligeramente después de la intervención. En cuanto a la supresión, no se encontró ningún cambio, pero se mantuvo igual antes y después de la intervención.

Tabla 5.

Resultados pre y post EQR

Participante	Revalorización		Supresión	
	Pre	Post	Pre	Post
Sofía	19	36	11	4
Daniela	31	22	14	14
Emilia	27	29	13	13

Escala de competencia parental percibida (PSOC-E)

Por otro lado, los resultados obtenidos de la prueba PSOC-E, que mide el sentido de competencia percibido por los padres, se interpreta que a mayor puntuación mayor percepción de competencia parental, teniendo en cuenta que el máximo de puntuación es 102 y el mínimo 17. Como se observa en la *tabla 6*, en la última columna que indica el *total* de las puntuaciones, las cuales se pueden describir de la siguiente manera:

Resultados PSOC-E Sofía

En la evaluación pre, Sofía obtuvo una puntuación de 45, mientras que en la evaluación post el puntaje fue de 80, es decir que hubo un aumento de la

percepción de Sofía en cuanto a las competencias parentales con las que contaba para llevar a cabo la crianza de sus hijos.

Resultados PSOC-E Daniela

Por otro lado, el puntaje total de la evaluación pre que obtuvo Daniela para esta escala fue de 56, y en la evaluación post la puntuación aumentó a 70, lo cual puede indicar que el sentido de competencia parental de Daniela aumentó después de la intervención.

Resultados PSOC-E Emilia

En cuanto a los resultados pre de Emilia se obtuvo una puntuación de 58, y al igual que en las otras dos participantes esta puntuación aumentó en los resultados de la evaluación post, teniendo un puntaje de 77, o cual puede indicar que el sentido de competencia parental de Emilia aumentó después de la intervención.

Tabla 6.

Resultados pre y post PSOC-E

Participante	Eficacia		Satisfacción		Total	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Sofía	25	38	20	42	45	80
Daniela	31	30	25	40	56	70
Emilia	29	29	29	48	58	77

Esta actividad me ayudó a fortalecer mis habilidades de escucha activa, el manejo de mi atención, empatizar con cada una de las participantes del taller a través de la comunicación asertiva y validación de emociones, la capacidad de análisis, ser

consciente de los mensajes no verbales que transmitía a través de mi tono de voz, postura y gestos, así como sintetizar la información para brindar una retroalimentación adecuada, fortalecer el trabajo en equipo, y finalmente la aplicación, calificación e interpretación de los cuestionarios PBA para conocer los niveles de agotamiento parental, EQR Y PSOC.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

El programa de servicio social "*Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños*" brinda a los prestadores actividades completamente relacionadas con la psicología clínica para poner en práctica la teoría desde evaluación, entrevista e intervención psicológica dirigida a población adulta e infantil. De esta forma los prestadores de servicio social pueden desarrollar y adquirir habilidades para la práctica clínica, lo cual ayuda a la formación profesional del psicólogo.

Asimismo, en cada una de las actividades realizadas, la Mtra. Laura Hernandez Trejo, supervisora del programa, introducía a las alumnas a los temas de forma teórica y simulaciones de la práctica. De igual forma supervisaba cada uno de los talleres que se llevaban a cabo como "*El Gato Valiente*" y en el taller "*Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental*" de esta forma la Maestra reatrolimentaba las actividades implementadas para su mejora continua y brindar un mejor servicio al público. Específicamente estas supervisiones me ayudaron a aplicar y fortalecer mis conocimientos teóricos a la práctica en un escenario real, también a fortalecer habilidades como la empatía y comunicación, además de asumir el compromiso ético como profesional en formación, de igual forma me ayudó a reflexionar sobre el proceso de aprendizaje a lo largo de las prácticas.

De manera general las habilidades y competencias profesionales que el servicio social me ayudó a mejorar fueron:

- Aplicación de instrumentos psicológicos para evaluar los niveles de ansiedad en infantes y agotamiento parental.

- Se aprendió a plantear preguntas para rescatar información relevante sobre los participantes.
- Dirigir intervenciones para tratar el agotamiento parental: dentro de esta actividad se reforzaron habilidades como la escucha y observación activa, la comunicación asertiva, el manejo de la paráfrasis, empatía a través de la alianza terapéutica, manejar adecuadamente la información teórica para poder aplicarla a la práctica profesional.
- Control de grupo para fomentar la participación y el respeto entre los miembros del taller, a través del establecimiento de reglas.
- Fortalecer la actitud y responsabilidad ética al dirigir una intervención.

Aunque se obtuvieron resultados favorables en cada una de las actividades llevadas a cabo durante la prestación del servicio social, se encontraron algunas limitaciones, específicamente en mi participación como instructora del taller *Guía para mamás y papás agotados*:

- Principalmente mi inexperiencia brindando talleres y todo lo que esto conlleva:
 - Control de grupo: mantener la concentración de los participantes durante la sesión, respeto de las reglas establecidas, manejo del tiempo en las actividades y participaciones.
 - Contenido de los temas: muchas veces los temas abordados durante las sesiones eran extensos y complejos, había conceptos que no se lograban comprender bien por parte de las facilitadoras del taller, por lo tanto no lo podíamos transmitir de forma clara a los participantes.
 - Falta de desarrollo de ciertas competencias como la observación, escucha activa y el saber brindar retroalimentación a cada uno de los participantes sintetizando la información.
- La misma poca experiencia brindando talleres que yo tenía, también se presentaba en mis compañeras que eran instructoras del mismo taller, lo cual dificultaba el trabajo en equipo.

- Llevar a cabo las intervenciones a distancia, ya que muchas veces las participantes del taller de padres agotados mantenían sus cámaras y micrófonos apagados, esto impedía que tuviéramos una mejor interacción y también nos limitaba a observar los mensajes no verbales de las madres, esto debido a falta de un reglamento adaptado para la intervención en línea.

Por esta razón la propuesta para el programa de servicio social "*Desarrollo de y evaluación de intervenciones psicológicas con madres, padres y niños*" está dirigida específicamente al taller "*Guía para mamás y papás agotadas: estrategias para combatir el agotamiento parental*", se trata de un manual dirigido a los prestadores del servicio social que participen como instructores u observadores de este taller, para introducirlos a esta intervención con el objetivo de favorecer su comprensión sobre la estructura del taller y sus contenidos, de esta manera ofrecer un mejor servicio a los padres y madres de familia.

Este manual describe cada una de las 8 sesiones de este taller, siguiendo la misma estructura para cada una de ellas: apertura, tema, caja de herramientas, cierre de la sesión y práctica para la semana.

Asimismo se compone por los siguientes puntos que son recomendados por Montero (s.f):

1. Carátula: se insertan los logos de la institución, nombre de la institución, lugar y fecha de elaboración y las unidades responsables.
2. Índice: contiene todos los apartados del manual de forma secuencial, con su respectiva página.
3. Introducción: presenta de forma resumida el contenido del manual, así como la necesidad de su creación, el objetivo, población a la que está dirigido y las recomendaciones para su consulta.
4. Enlistado de los procedimientos: se redactan cada uno de los procedimientos en orden cronológico añadiendo objetivos, análisis de la información e instrucciones de las actividades, esto es por cada una de las sesiones, en donde se sigue la estructura antes mencionada: apertura, tema, caja de herramientas, cierre y práctica para la semana.

5. Diagrama de flujo: ilustración que acompaña al texto sobre el procedimiento general de las actividades a realizar, estos diagramas se encuentran al inicio de cada una de las sesiones descritas.

Para que los instructores puedan comprender mejor el contenido del manual se indica el **TIEMPO TOTAL** aproximado para llevar las actividades al final de cada apartado (*Figura 5*).

Además de esto, dentro de los apartados **Apertura** y **Caja de Herramientas** se describen actividades que necesitan de un **TIEMPO ESPECÍFICO** para que los instructores puedan organizarse y medir sus tiempos, de esta forma concluir cada sesión en el horario establecido (*Figura 5*).

También se incluyen recomendaciones y/o notas en puntos específicos para facilitar la explicación y aplicación de cada una de las actividades que se llevan a cabo durante las sesiones. Estas notas/recomendaciones se pueden identificar con el símbolo (*).

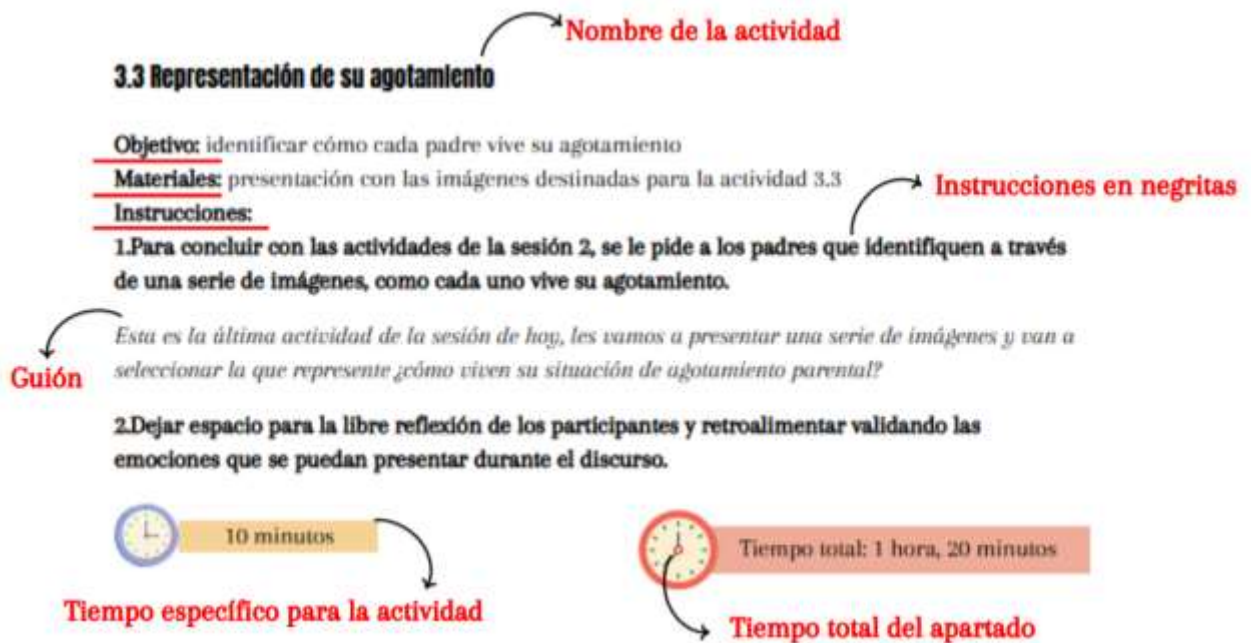
Por otro lado, las instrucciones que los facilitadores deben seguir para llevar a cabo el taller se encuentran **enumeradas y en negritas** (*Figura 5*). Y a modo de ejemplo de lo que los facilitadores podrían decir en su discurso al brindar el taller se incluye un guión en *cursivas* (*Figura 5*).

Por otro lado, para el apartado **Caja de Herramientas** se implementó la siguiente estructura (*Figura 5*):

- Nombre de la actividad
- Objetivo de la actividad
- Materiales para realizar la actividad
- Instrucciones

Figura 5.

Ejemplo de la estructura para el apartado Caja de Herramientas.



Esperando que la organización y estructura de este manual sea de utilidad para futuros prestadores de servicio social, para que puedan comprender la estructura del taller y sus contenidos para brindar un mejor servicio a las madres y los padres en agotamiento.

El manual se puede consultar en el siguiente enlace:

<https://drive.google.com/file/d/1dQe5bcOus7oaCIJYZWhwnCLeyqeSYkFK/view?usp=sharing>

REFERENCIAS

- Barudy, J y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Begum, R., Blanchard, A., Mikolajczak, M., Roskam, I. & Heeren, A. (2022). *Emotional Exhaustion and Feeling Fed Up as the Driving Forces of Parental Burnout and its Consequences on Children: Insights from A Network Approach*. Recuperado de [OSF | A Network Approach to Parental Burnout: Probing the role of contrast with the previous parental self](#)
- Brianda, M., Roskam, I., Gross, J., Franssen, A., Kapala, F., Gérard, F. y Mikolajczak, M. (2020). Treating Parental Burnout: Impact of Two Treatment Modalities on Burnout Symptoms, Emotions, Hair Cortisol, and Parental Neglect and Violence. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1-53. https://www.burnoutparental.com/files/ugd/5660ec_ecfc0b1f77154fa6b59146b166df48f1.pdf
- Brianda, M., Roskam, I. & Mikolajczak, M. (2019). Comment traiter le burn out parental?. *Manuel de intervention clinique*. De Boeck Supérieur.
- Brocca, N. (2022). *Propuesta sobre una intervención cognitivo conductual grupal para el manejo de la ansiedad en niños en edad escolar*. [Informe profesional de servicio social, para obtener el título de licenciada en psicología]. UNAM.
- Carroll, K. & Rounsaville, B. (2008). Eficacia y efectividad en la elaboración de manuales de tratamiento. En *Evidence- Based Outcome Research*. United States of America: Oxford University.

- Coordinación de Centros de Formación Familiar y Servicios Psicológicos. (6 de abril de 2022). *Sesión clínica "Agotamiento parental en una madre y un padre"* [Video]. Recuperado de <https://www.facebook.com/CoordinacionCentrosUNAM/videos/417964636712083>
- Duhalt, M. (1977). *Los manuales de procedimiento en oficinas públicas*. México: Fondo editorial FCA.
- Esquivel, F. & Vasconcelos, M. (2020). Entrevista clínica infantil. En *Entrevista Clínica: infantil, adolescente, de la salud, familiar y grupal*. Manual Moderno.
- Galan, S. & Camacho, F. (2012). *Estrés y salud, investigación básica y aplicada*. México: Manual moderno.
- García, L. (2021). *Memoria e identidad del centro comunitario*. [Informe profesional de servicio social que para obtener el título de licenciado en psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Güemes, M., Ceñal, M.J e Hidalgo, M.I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. En *Revista Pediatría Integral*, 21 (4), pp. 233-244.
- Hernández, L. & Lucio, E. Validación de la Escala Parental Sense of Competence en Madres de Preescolares (2019, 9-10 de octubre) [Presentación de cartel]. XIII Congreso de Posgrado de Psicología, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México.
- Juárez, C. (2019). *Todo lo que querías saber sobre el estrés de la A a la Z*. México: Manual moderno.
- Landreth, G. & Bratton, C. (2020). CPRT Training session2: Basic Principles for Play Sessions. In *Child-Parent Relationship therapy (CPRT): an evidence-*

based 10- session filial therapy model. New York: Taylor & Francis Group.
117-206

Lucio, C. Durán, Romero, E. y Heredia C. (2020). *Batería de Evaluación Infantil. Manual de aplicación*. México: Manual moderno.

Mas, MJ. (2019). *Detección de trastornos del neurodesarrollo en la consulta de atención primaria*. En: AEPap, Congreso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones. p. 143-147.

Mikolajczak, M., Raes, M., Avalosse, H. & Roskam, I. (2018). Exhausted parents: sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. In *Journal of Child and Family Studies*. 27 (2), 602-614.

Mikolajczak, M. & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: the balance between risks and resources (BR²). In journal *Frontiers in Psychology*. 9 (886), pp. 1-11.

Menéndez, S., Jiménez, L. e Hidalgo, M. (2011). Estructura factorial de la escala PSOC (Parental Sense of Competence) una muestra de madres usuarias de servicios de preservación familiar. En *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 32 (2), pp. 187-204.

Montero, G. (s.f.). *El manual de procedimientos*. Unidad de apoyo para el aprendizaje. Recuperado el 21 de febrero de 2023 de https://programas.cuaed.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/1232/mod_resource/content/2/contenido/index.html

Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M., Suárez, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.

Nezu, A., & Nezu, C. (2008). Garantizar la integridad del tratamiento. En *Evidence- Based Outcome Research*. United States of America: Oxford University.

- Oliva, A., Romero, L., Antolín, L., & Parra, Á. (2016). Conflictos interparentales, estilos parentales y problemas internalizados en hijos e hijas adolescentes. En *Revista Mexicana de Psicología*, 33 (2), 101-110.
- Oñate, M. (1989). El autoconcepto. Madrid: NARCEA.
- Peralta, M. (2019). *Un villano llamado estrés. Cómo impacta en nuestra salud*. Madrid: PIRÁMIDE.
- Pérez, J., Lorence, B. y Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. En *Revista Suma Psicológica*, 17 (1), 47-57.
- Pérez, P. y Oyarce, D. (2020). Burnout parental en Chile y género: un modelo para comprender el burnout en madres chilenas. En *Revista de psicología*, 29 (1), 1-14.
- Phillip, K. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Manual para el terapeuta*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Rodríguez, J. (2012). *Cómo elaborar y usar los manuales administrativos*. México: CENGAGE Learning.
- Romero, E., Gómez-Maqueo, L. & Durán, C.(2020) Cuestionario de problemas internalizados y externalizados para niños con base en la clasificación dimensional. *Psicología Iberoamericana*, 24 (2), 8-16
- Roskam, I. & Mikojlaczak, M. (2018) Parental Burnout Assessment.
- Roskam, I., Raes, M. y Mikolajczak, M. (2017). Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8 (163), 1-12. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163
- Rynolds, C. y Richmond, B. (2012) *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2*. Manual Moderno.
- Sroufe, L. (2018). La teoría del apego: una manera humanista de abordar la investigación y la práctica a través de las culturas. En Gojman, S., Herreman, C. y Sroufe, L (Eds), *La teoría del apego: investigación e intervención en distintos contextos socioculturales* (pp 20-46). Fondo de Cultura.

Torres, L. (2022). Coparentalidad y agotamiento en madres mexicanas [Tesis DE licenciatura en psicología]. UNAM

Uriarte, J. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. En *Revista de Psicodidáctica*, 10 (2), pp. 61-79.

Vázquez, N., Ramos, P., Cruz, M. y Artazcoz, L. (2016). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*. 2016; 16(2): 137-147. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2

Quintero, J., Reyes, G., Suárez, P. y Rodríguez, M. (2020). Estrés y burnout, evolución histórica. En *Revista EGLE*, 7 (16), pp. 92-104.

ANEXOS

ANEXO 1

(Adaptado por Becerril, Sánchez y Esquivel, 2008, como se citó en en Esquivel y Vasconcelos, 2020)

HISTORIA CLÍNICA INFANTIL FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____

Nombre del niño(a): _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Nacionalidad: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Situación laboral actual: _____ Nacionalidad: _____

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Situación laboral actual: _____ Nacionalidad: _____

Estado civil de los padres: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Escriba brevemente las razones por las cuales solicita (n) atención psicológica:

Nombre de la(s) persona(s) que contesta(n):

Fecha de la entrevista:

1. DATOS DEL NIÑO(A)

Nombre: _____

Edad: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Mano con que escribe: _____

Grado escolar (último o actual): _____

Lugar(es) de residencia de los últimos 6 meses: _____

2. ESTRUCTURA FAMILIAR

	Nombre	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación
Padre					
Madre					
Hermano(a)					
Hermano(a)					
Hermano(a)					

3. DATOS SOCIOECONÓMICOS (subrayar o tachar)

a) Procedencia: Rural Urbana

b) Tipo de vivienda actual: Casa Departamento

c) Servicios: Luz Drenaje Asfalto Teléfono
Automóvil TV Radio Gas Agua entubada

d) Número de personas que habitan en su casa (incluyendo al evaluado/a): _____

e) Número de personas que duermen en la misma habitación que el niño(a): _____

4. HISTORIA DE SALUD

a) Motivo de evaluación (razón por la que es enviado(a) a atención psicológica)

b) Persona o institución que lo refiere: _____

c) Fecha de inicio de la conducta/padecimiento: _____

d) Circunstancias del descubrimiento (por el paciente, por los familiares, por el médico, el profesorado, entre otros): _____

e) Curso de la conducta/ padecimiento (inicio, mantenimiento, cambio, mejoras):

f) ¿Qué opina mamá, papá o tutores sobre el padecimiento del niño(a)?

g) ¿Qué opina el niño(a) sobre el motivo de consulta?

h) ¿Cómo se sienten tanto la familia como el niño respecto con el motivo de consulta? _____

i) Alteraciones visuales:

j) Alteraciones auditivas:

k) Alteraciones motoras:

l) Alteraciones sensitivas:

m) Le han realizado estudios neurofisiológicos (EEE, TAC, IRM, otro)?

n) Problemas de sueño:

o) Enfermedades que ha presentado:

Enfermedades	Sí	No	Complicaciones
Poliomielitis			
Sarampión			
Varicela			
Paperas			
Cardiopatías			
Hepatitis			
Encefalitis			
Parasitosis			
Amigdalitis			
Accidentes			
Golpes en la cabeza			
Cirugías			
Gripas fuertes			
Fiebres mayores a 40°C			
Convulsiones			
Otras			

p) Medicamentos (dosis, tiempo de ingesta): _____

q) ¿Dónde reciben atención médica? Atención pública Atención privada

r) En general ¿cuál es su estado de salud? Bueno Regular Malo

5. HISTORIA DEL DESARROLLO

Condiciones prenatales

a) Parentesco entre los padres (casados, noviazgo, unión libre, entre otros):

b) Enfermedades en el momento de la concepción:

c) Reacción de ambos padres ante la noticia del embarazo:

d) Sexo esperado (ambos padres): _____

e) Situación emocional de la madre durante el embarazo:

f) Complicaciones durante el embarazo (enfermedades, accidentes, problemas emocionales, uso de sustancias, toma de medicamentos, tabaquismo, alcoholismo, exposición a rayos X, otros):

g) Alimentación adecuada durante el embarazo: SÍ NO

h) Atención prenatal: SÍ NO ¿Dónde?: _____

i) Abortos previos (indicar cuantos y causa): _____

Condiciones perinatales

a) Nacimiento: A término Prematuro Posttermino

b) Semanas de gestación: _____

c) Forma de nacimiento: Parto normal Uso de fórceps Cesárea
Otros: _____

d) Peso: _____ Talla: _____ APGAR:

e) Lloró al nacer: Hipoxia: _____ Incubadora: _____

f) Alimentación: Leche materna Leche artificial Hasta qué edad: _____

g) Dificultades u otros datos relevantes sobre el nacimiento: _____

Condiciones postnatales

a) Estado emocional y de salud de la madre después del nacimiento:

b) Descripción de la conducta y características del recién nacido durante las primeras semanas de vida:

c) Persona(s) responsables del cuidado del recién nacido durante el primer año de vida: _____

Desarrollo motor (indicar edad en que lo logró)

a) Sostén encefálico: _____ b) Sentarse solo: _____

c) Gateo: _____ d) Ponerse de pie solo: _____

e) Caminar: _____ f) Correr: _____

Controles de esfínteres

a) Anal (excremento): _____ Vesical (orina): _____

Diurno: _____ Nocturno: _____

b) Describa el método utilizado para el entrenamiento: _____

c) Describa si hubo dificultades: _____

Desarrollo del lenguaje (proporciones ejemplo de las palabras y edades)

a) Balbuceo _____ b) Monosílabas: _____

c) Trató de darse a entender con palabras: _____

d) Primer palabra: _____ e) Primera frase: _____

f) Edad en la que habló bien: _____

g) Siguió instrucciones orales: _____

h) Dificultades actuales en el lenguaje: _____

i) Peculiaridades: _____

Desarrollo socioafectivo

a) Sonrisa social (imitación de la sonrisa de un adulto): _____

b) ¿Cuántos amigos(as) tiene?: _____

c) ¿Qué opinan sobre los amigos de su hijo(a)? _____

d) Actividades que realiza con sus amigos:

e) ¿Con quién se relaciona mejor su hijo(a)?

Niños de su edad Niños mayores Niños menores Adultos

f) ¿Con quién de los padres se identifica más el niño/ la niña?

g) ¿Con quién de los padres convive más?

h) ¿Qué actividades realiza la madre con el niño/ la niña?

i) ¿Qué actividades realiza el padre con el niño/ la niña?

j) ¿Qué actividades realizan como familia?

Métodos	Conducta	Frecuencia	Reacción (obedece/ no obedece)
Regaños			
Castigos			
Golpes			
Sobornos			
Amenazas			
Explicaciones			

Otros			
-------	--	--	--

k) ¿Cómo se acostumbra a corregir la conducta de su hijo(a)? _____

l) ¿Cuáles y para qué conductas utiliza los siguientes métodos para mejorar la conducta de su hijo(a)? _____

m) ¿Ante cuál método responde mejor el niño/la niña? _____

n) ¿Cómo se otorgan los premios? _____

o) ¿Cuáles son sus juegos o juguetes favoritos? _____

p) ¿Pertenece o participa en alguna actividad deportiva o artística, además de la escuela? _____

q) ¿Qué actividades le gusta hacer? _____

r) Su hijo(a) ¿tiene hábitos o conductas problemáticas? _____

Conducta	Sí	No	Atención recibida
Dificultad para dormir			
Comerse las uñas			
Morderse o chuparse el dedo			
Movimientos de la cabeza			
Enuresis			
Tocar constantemente sus genitales			
Conductas sexualizadas			
Otros			

s) ¿Cómo describiría la conducta de su hijo(a):

sociable retraída agresiva servicial nerviosa hiperactiva

dócil alegre tranquila distraída deprimida

¿Por qué? _____

Desarrollo sexual

a) A qué edad se dio cuenta se hijo(a) que es niño(a)? _____

b) ¿Se identifica bien su hijo(a) con niños(as) de su mismo sexo? _____

c) ¿Le han proporcionado información sobre sexualidad? _____

d) ¿Qué tipo de información? _____

e) ¿Su hijo(a) muestra interés por tocarse los genitales? _____

f) ¿Con qué frecuencia y en qué situación? _____

g) ¿Cómo lo manifiesta? _____

h) ¿Cuál es la reacción de usted(es) cuando lo hace? _____

6. Historia escolar

a) Edad a la que ingresó a: Guardería: _____ kínder: _____

Primaria: _____ Secundaria: _____ Preparatoria: _____

¿Cuál es la actitud del niño hacia la escuela? _____

¿Ha reprobado algún grado escolar? _____ ¿Por qué? _____

b) ¿Ha habido cambios frecuentes de escuela? _____

c) ¿En qué ciclos escolares? _____

d) ¿Cuál es la opinión de la maestra respecto con el niño? _____

e) ¿Hay quejas de la conducta del niño en la escuela? _____

f) ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Por qué? _____

g) ¿Qué materia le gusta más y cuál menos? _____

h) ¿Qué materias se le facilita y cuál se le dificulta? _____

i) ¿Cuál ha sido su promedio en los últimos años? _____

j) ¿Le gusta participar en actividades escolares? _____

Ejemplo: _____

k) ¿Cuál considera que es el problema más importante de su hijo?

En su casa: _____

En la escuela: _____

En otros lugares: _____

ANEXO 2

(Adaptado de Morales, 2007, como se citó en Esquivel y Vasconcelos, 2020)

ENTREVISTA CLÍNICA PARA NIÑOS (4 A 12 AÑOS)

1. Nombre: _____
2. Sexo: _____
3. ¿Cuándo es tu cumpleaños? _____ Edad _____
4. ¿Dónde naciste? _____
5. ¿Cómo se llama tu mamá? _____
6. ¿Cómo se llama tu papá? _____

INTERESES

7. ¿Qué pasatiempos, juegos o intereses tienes? (¿Qué haces en tu tiempo libre o cuando no estás en la escuela?)

Videojuegos () Ver tele () Jugar en el celular () Deportes () Jugar ()

Otros () _____

HABLEMOS DE LA ESCUELA *En los espacios en blanco pedir ejemplos

8. ¿En qué año estás? _____
9. ¿Cómo te llevas con tus compañeros?
Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

* _____

10. ¿Cómo te llevas con tus maestros?
Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

* _____

HOGAR

11. ¿Quiénes viven contigo en casa?

12. ¿En qué trabajan tus padres? ¿Qué hacen cuando no están en casa?

Mamá:

Papá:

13. ¿Cómo te llevas con tu mamá?

Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

*

14. ¿Cómo te llevas con tu papá?

Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

*

15. ¿Cómo te llevas con tus hermanos y hermanas?

Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

*

16. ¿Cómo te llevas con otras personas que viven en casa?

Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

*

17. ¿Qué te dejan hacer tus papás y qué no en casa?

*

18. ¿Cómo te llevas con los adultos (tíos, abuelos, vecinos, otros) en general?

Muy bien () Bien () Regular () Mal () Muy mal ()

*

AMIGOS

19. ¿Cómo se llaman tus amigos?

20. ¿Qué te gusta hacer con tus amigos?

21. ¿Cuándo ves a tus amigos?

Diario () Fines de semana () En la escuela () Saliendo de la escuela ()

Otros (fiestas, parque) () _____

ESTADO DE ÁNIMO (SENTIMIENTOS)

22. ¿Qué haces para sentirte feliz o contento?

23. ¿Qué cosas o situaciones te ponen triste? ¿Qué haces cuando te sientes triste?

24. ¿Qué cosas o situaciones te hacen sentir enojado? ¿Qué haces cuando te sientes enojado? _____

25. ¿Con quién te gusta estar? ¿Por qué?

Papá() Mamá() Hermanos() Abuelos() Amigos() Maestros()

Otros (tíos, primos) () _____

26. ¿Con quién no te gusta estar?
Papá() Mamá() Hermanos() Abuelos() Amigos() Maestros()
Otros(tíos, primos) ()

TEMORES/PREOCUPACIONES

27. ¿Qué cosas te asustan o te dan miedo?

28. ¿Qué haces cuando estás asustado/a?

AFECCIONES SOMÁTICAS

29. ¿Has tenido dolores de cabeza alguna vez o algún tipo de dolor?

Sí () No ()

En caso afirmativo:

¿Cada cuándo? _____

¿Cómo te sientes cuando eso sucede? _____

¿Qué haces generalmente? _____

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

30. ¿Alguna vez has visto cosas que nadie más ve? Sí () No ()

En caso afirmativo:

¿Cada cuándo? _____

¿Cómo te sientes cuando eso sucede? _____

¿Qué haces generalmente? _____

DESARROLLO SEXUAL

31. ¿Qué ves diferente entre niños y niñas?

32. ¿Qué ves parecido con niñas/niños de tu edad? (según género de la niña/niño entrevistado)

33. ¿Cómo te imaginas que nacen los bebés?

34. ¿Alguna vez alguien te ha hecho algo que no te gusta o te hace sentir mal?
*En caso de sospecha de abuso

RECUERDOS – FANTASÍAS

35. ¿Cuáles son tus personajes favoritos de la televisión o caricaturas?

36. ¿Cuánto tiempo al día ves televisión / juegas en el celular / juegas en la Tablet / usas videojuegos?

1 hora () 2 horas () 3 horas () Más de 4 horas () No veo tele ()

37. ¿Cuáles son tus animales favoritos?

¿Por qué? _____

38. ¿Cuál es tu recuerdo más feliz?

*

39. ¿Cuál es tu recuerdo más triste?

*

40. Si pudieras pedir tres deseos ¿Cuáles serían?

ASPIRACIONES

41. ¿Qué te gustaría ser o hacer cuando seas grande?

PREGUNTA DE CONCLUSIÓN

42. ¿Hay alguna pregunta que me quieras hacer?

OBSERVACIONES

Anexo 3.

Material de seminario, exposición *Parentalidad buenos tratos y competencias parentales*

PARENTALIDAD, BUENOS TRATOS Y COMPETENCIAS PARENTALES

Pacheco Aranda Karina Dayami
Soria Rodríguez Karla Alejandra



- Los bebés humanos necesitan de sus padres durante largos períodos
- Nace con el cerebro inmaduro y de esto determina la dependencia de los cuidados necesarios



¿Para qué los cuidados?



Cuidar
Estimular
Proteger
Educar



- Comunicar estados internos
- Explorar su entorno
- Mamar el pecho de la madre
- Desplazarse

autonomía

¿A qué le llamamos
parentalidad?

Conjunto de
competencias que
harán posible el
desarrollo infantil



- Bienestar infantil
- Buenos tratos hacia el niño o niña
- Desarrollo sano
- Satisfacción de necesidades
- Respeto a sus derechos

COMPETENCIAS PARENTALES - NECESIDADES INFANTILES

Satisfacer las
necesidades
evolutivas, donde los
padres se adaptan a
estos cambios de sus
hij@s

Cuando los padres no poseen las competencias necesarias y les hacen daño, l@s hij@s crecerán con necesidades especiales. Será necesario un programa de protección con recursos a los que tienen por derecho.

PARENTALIDAD SOCIAL

Interés en que los niños y niñas obtengan:

- Cuidados
- Protección
- Educación garantizada
- Integridad
- Estimulación necesaria



PARENTALIDAD BIOLÓGICA

Capacidad de procrear o dar la vida a una cría



- No cuentan con las competencias parentales necesarias
- Producen situaciones de carencia en diferentes contextos
- Abusos y malos tratos hacia el niño o niña
- Las incompetencias pueden ser compensadas por otras figuras de cuidado

¿Quiénes pueden ser otras personas cuidadoras?

- Padres adoptivos
- Padres de acogida
- Miembros de la familia extensa
- Miembros significativos del vecindario
- Profesoras o profesores
- Profesionales de la infancia: educadores familiares o terapeutas infantiles



LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARENTALES



La adquisición de competencias parentales es el resultado de procesos complejos

- 1 Posibilidades personales innatas: factor hereditario.
- 2 Procesos de aprendizaje: contexto social y cultural.
- 3 Experiencias personales de buen trato o mal trato de de la madre o padre durante su infancias y adolescencia.

"PILOTO AUTOMÁTICO"

Conducta espontanea e inconsciente

Permite responder a las necesidades de sus hijos, para que tengan un buen desarrollo en todos los ámbitos de su vida

Las Finalidades de la Parentalidad



Objetivos para que la parentalidad se considere competente

- 1 Aporte nutritivo de afecto, cuidados y estimulación
- 2 Aportes educativos
- 3 Aportes socializadores
- 4 Aportes protectores
- 5 Promoción de la resiliencia

1

Aporte nutritivo, de afecto, cuidados y estimulación

Genera un **apego seguro**, así los niños perciben el mundo familiar y social como un espacio adecuado para su desarrollo y adaptación.

Las sensaciones emocionales entre padres e hijos permite el desarrollo de una **impronta adecuada**.



Factores que afectan el apego seguro y la impronta

- Pobreza
- Exclusión social
- Violencia intrafamiliar
- Consumo de tóxico
- Enfermedades

Esto a su vez afecta el desarrollo de la empatía la cual es básica para el adulto pueda generar una parentalidad competente



2

Aporte Educativo

Los cuidadores principales de las niñas y los niños asumen la responsabilidad de ser los educadores principales de sus hijos.



Autoridad afectuosa: empatía y dominancia

Modelos educativos



1. Afecto: cariño y ternura
2. Comunicación: escucha mutua, respeto y empatía.
3. Apoyo en los procesos de desarrollo y exigencias de la madurez
4. Control: inteligencia emocional y relacional

3

Aportes socializadores



Las experiencias relacionales sirven como modelos de aprendizaje para vivir de forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad.

Las improntas parentales son fundamentales para que los niños y niñas construyan el concepto de sí mismos.

El autoconcepto es la reunión de las ideas que la persona tiene de sí respecto de las ideas que otras personas tienen de él.



a) Nivel cognitivo: conjunto de rasgos con los que el niño o la niña se describe.

b) Nivel afectivo: autoconcepto.

c) Nivel conductual: acciones cotidianas.

4

Aportes protectores



Proteger a los niños y niñas de los contextos externos que pueden dañarlos, alterando su proceso de maduración y desarrollo

Proteger de riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo

5

Promoción de la resiliencia

Resiliencias Primarias: hacer frente a los desafíos como experiencias traumáticas, manteniendo un proceso sano de desarrollo

Resiliencia secundarias: niños con malos tratos logran salir adelante, teniendo una vida sana gracias a la afectividad de otros adultos de su entorno.



Componentes de la parentalidad social



Emotivos

Cognitivos

Conductuales



Vínculos

Apego

- Desarrollo que genere seguridad base y una personalidad sana
- Relaciones basadas en confianza
- Ejercer una parentalidad competente



Empatía

Reconocer manifestaciones emocionales y gestuales de los hijos, permitiéndoles un acercamiento a sus necesidades





Habilidades parentales

1. **Modelos de crianza:** modelos culturales que se transmiten de generación en generación.
2. **Habilidad para participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios:** redes de apoyo que fortalezcan y brinden recursos para la vida familiar.

Anexo 4.

Cartel para promocionar el taller Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental



El Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, te invita al

TALLER:

GUÍA PARA MAMÁS Y PAPÁS AGOTADOS

Estrategias para combatir el agotamiento parental



DIRIGIDO A MADRES Y PADRES DE FAMILIA
VÍA ZOOM
CUPO LIMITADO A 15 PARTICIPANTES

Facilitadoras:
Verónica Vázquez Cortés
Karina Dayami Pacheco Aranda

Responsable académica:
Mtra. Laura Amada Hernández Trejo

CONTENIDO

1. Las presiones de la parentalidad en el s. XXI
2. Cada agotamiento tiene su historia
3. Perfeccionismo parental
4. Desarrolle sus habilidades socioemocionales
5. Revalorar la relación con nuestros hijos
6. El equipo coparental
7. Pedir ayuda
8. Cerrar paréntesis y prevenir recaídas

**8 SESIONES
JUEVES DE 4 A 6 PM
DEL 21 DE OCTUBRE AL
9 DE DICIEMBRE**



REGÍSTRATE EN: <https://forms.gle/T8AjoihLB4w4X2Tb7>

Anexo 5.

Infografía de terapia filial



Logo of the Government of Peru, the Ministry of Health, and the National Institute of Child and Adolescent Psychiatry (INIA). The infographic is titled "Principios básicos de la terapia filial para las sesiones de juego". It includes the names of the authors: Laura Annelis Hernández Trigo and the coordinators: Psic. Karla Deyanira Pacheco Anzola and Psic. Karla Alejandra Sotelo Rodríguez.

Principios básicos de la terapia filial para las sesiones de juego

Programa: Conceptos para la promoción de competencias parentales.
Supervisor: Laura Annelis Hernández Trigo
Coordinadoras: Psic. Karla Deyanira Pacheco Anzola, Psic. Karla Alejandra Sotelo Rodríguez

Terapia Filial

La terapia filial tiene como objetivo que a través del juego, el niño comunique pensamientos y emociones, donde los padres también comuniquen la comprensión hacia el niño. Experimentarán sentimientos positivos, fortaleciendo la relación padre-hijo: seguridad y confianza. En ambos, aumentará el nivel de alegría y diversión durante las sesiones.

Principios básicos

1. Crear un espacio seguro que permita el juego
2. Empatizar y crear confianza con el niño
3. El padre comunica la comprensión al niño
4. El terapeuta establecerá límites que se llevarán a cabo durante la sesión

Selección de juguetes

- No necesariamente deben ser juguetes nuevos
- El kit de juguetes solo debe usarse durante la sesión de juego filial.
- Pueden hacer los juguetes, o sustituirlos por artículos domésticos que no provoquen algún daño

Para preparar el escenario para una sesión de juego exitosa: planificar con anticipación **dónde** y **cuándo** los padres tendrán sus sesiones de juego.

Lugares que aseguren:

- La privacidad
- La ausencia de distracciones
- La mínima preocupación por el desorden
- La rotura de artículos caros o preciados.

Es importante la consistencia en realizar sesiones de juego **el mismo día y a la misma hora cada semana, se recomienda que sea de 30 minutos aproximadamente**. Debe ser un tiempo al que los padres puedan comprometerse sin falta e idealmente, será un momento libre de interrupciones por parte de otros miembros de la familia.

El **juego de roles** permitirá que el niño o niña se encuentre en la libertad de dirigir el juego, donde los padres seguirán el ejemplo de su hijo o hija. Los padres abandonan el papel de su experiencia como padres: que es su trabajo estar a cargo, tener todas las respuestas, tomar las decisiones y decirle al niño qué hacer

Referencia:
Lendreth, G. & Bolton, C. (2023). CPTI Training session2: Basic Principles for Play Sessions, in Child-Parent Relationship therapy (CPRT): an evidence-based 10-session filial therapy model. New York: Taylor & Francis Group. 117-206.

Anexo 6.

Lista de asistencia del taller *Guía para mamás y papás agotados: estrategias para combatir el agotamiento parental.*

	21/10/21	28/10/21	4/11/21	11/11/21	18/11/21	25/11/21	2/12/21	9/12/21
Nombre	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
Emilia	★	★	★	★	★	★	★	★
Sofia	★	★	★	★	★	★	★	★
Andrea	★	★						
Camila	★	★						
Carla	★	★	★	★	★		★	
Lucia	★	★	★					
Daniela	★		★	★	★	★	★	★

★ = Asistieron a la sesión

Blanco= participantes que se tomaron en cuenta sus resultados obtenidos de las evaluaciones pre y post descritos en este informe.

Amarillo= participantes que se dieron de baja por más de tres faltas consecutivas.

Azul= asistió pero faltó a la última sesión, por lo que no se cuenta con su evaluación post.