

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y**  
**SALUD MENTAL**

**TÍTULO**

**ADAPTACIÓN AL ESPAÑOL DE LAS GUÍAS DE EVALUACIÓN DE  
LA CAPACIDAD PARENTAL**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN  
EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**PRESENTA LA ALUMNA**

**DRA. ISABEL MEDRANO ORTÍZ DE ZÁRATE.**

**TUTOR TEÓRICO**

**TUTOR METODOLÓGICO**

---

**DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN**

---

**DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES.**



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.

**A mis padres, Lic. Miguel Medrano F. y Virginia Ortiz de Zarate de Medrano por su inmenso amor y apoyo constante.**

**A mis Hermanos Virginia, Paulina, María Elena, Martha, Miguel, Eduardo, Rafael y Carlos, por estar siempre conmigo.**

**A mis sobrinos Jorge Miguel, Roberto, Arantza, Rafael, Melissa, Eduardo, Alberto, Mónica Fernanda y Montserrat por los gratos momentos.**

**A mis cuñados Mónica, Blanca, Reto y muy en especial a Jorge, por su persistente ayuda.**

**A todos y cada uno de mis profesores Dra. Silvia Ortiz, Dra. Ulloa, Dra. Padrón, Dr. Higuera, Dr. Salles, Dr. Kats, Dr. Hemerich, Dra. Márquez, Dra. Beltrán, Dra. Cortes, Dra. Palma, Dra. Chávez, Dra. Roldán, Dra. Gómez, Dr. Rivera Quintero y Dr. Rodríguez por su enseñanza.**

**A mis amigas Dra. Ada Emma Aguirre, Dra. Anayancy Guevara, Luz María Tello, por su constante y desinteresada aportación para que mi residencia fuese llevadera.**

**A la Srita. Gabriela López, por su tiempo y dedicación para que finalizase este proyecto.**

**A la Psicóloga Eloisa Rodríguez Ch., A. Cecilia Calderón L. y al Sr. Isaías Palacios U., por el soporte durante mi residencia.**

**Y por último a mis pacientes, sin ellos este trabajo no hubiese sido posible.**

## **MARCO TEÓRICO**

### **DEFINICIÓN PROBLEMA:**

En México no se cuentan con instrumentos para evaluar la capacidad parental, y los que se cuentan a nivel internacional están en otros idiomas<sup>1</sup>.

### **ANTECEDENTES**

Ser padres es tal vez la labor más complicada que debe realizar el ser humano, pero también puede ser muy gratificante. Los padres, durante los últimos años, han tenido que improvisar y cambiar con ensayos y errores los modelos de paternidad que ellos vivieron, encontrando algunas veces funestos resultados los hijos han padecido los errores de sus padres, su inmadurez aparte de las circunstancias de su medio. Los hijos nacidos en los últimos años han sido afectados por los efectos de la era moderna, que evidencia frecuentes errores educativos cometidos por los padres.

Lynn Hoffman analizó los distintos intentos que se efectuaron para tratar de vincular determinadas estructuras de interacción familiar con psicopatologías específicas<sup>2</sup>.

A partir de las primeras aproximaciones a la esquizofrenia, se supo que existía un tipo determinado de estructura para cada tipo de patología, este enfoque inicial fue desplazado por el énfasis puesto en la organización familiar y su tipología. Posteriormente se comprobó, no obstante, que determinados tipos de organización generaban cierto tipo de patología en particular<sup>3</sup>.

La disfuncionalidad parental tal como inconsistencia en la disciplina, negligencia, estilos de crianza de rechazo, exposición a la crítica y exposición a la violencia, se han asociado a la falla en el control de los afectos en los hijos. Esta diversidad podría actuar en diferentes niveles produciendo estrés excesivo en el individuo e interfiriendo con el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento<sup>4</sup>. A lo largo del tiempo estos procesos pueden afectar el desarrollo neural y una potencial disminución de la flexibilidad afectiva y conductual, que más tarde se traducirá en psicopatología.<sup>5</sup>

## **Contexto de la Evaluación de la Capacidad Parental en México.**

Muchos de los niños mexicanos afectados por cualquier Psicopatología, no reciben tratamiento. Muchos de éstos casos están involucrados en investigaciones para delitos por abuso físico, sexual, negligencia o maltrato emocional intra o extra domiciliario<sup>1</sup>. Algunos están disputándose la custodia debido a una separación marital o por incompetencia de los padres para su crianza.

Cada día aparece mayor información derivada de los tribunales, de la experiencia clínica y de las investigaciones en la literatura, acerca de las necesidades básicas de los niños que no son cumplidas. Este conocimiento señala la necesidad de actuar urgentemente en la evaluación de los niños y sus padres para proveer soporte y mejorar sus habilidades parentales para cumplir con los estándares compatibles con el desarrollo normal. Esto es especialmente significativo en relación a la competencia social, la cual es considerada, en buena parte, una función de las relaciones interpersonales a temprana edad la cual, debido a que es acumulativa, es difícil de rehabilitar en etapas tardías<sup>6</sup>.

Una estrategia de manejo para niños y adolescentes involucrados en el sistema judicial, es el ponerlos bajo la custodia de hogares sustitutos. Esto hace necesaria la evaluación de la habilidad de los padres, cuidadores, padres adoptivos y otras personas encargadas de la custodia del niño.

Operativamente se hace una distinción entre "Habilidad Parental" y "Capacidad Parental".

- ∅ Habilidad parental se define como las destrezas y debilidades de los padres.
- ∅ Capacidad parental es el rendimiento potencial que los padres pueden desarrollar en el futuro, tomando en cuenta la forma en que el individuo ha desarrollado el paternaje en el pasado, y la probabilidad de que mejore el paternaje si recibe orientación y apoyo<sup>7</sup>

La enfermedad mental en los padres y las consecuencias de sus tratamientos, pueden modificar la capacidad parental<sup>4</sup> El grado en que la enfermedad mental podría afectar la disponibilidad para el ejercicio parental en un caso dado podría variar dependiendo de:

- ∅ El trastorno psiquiátrico (diagnóstico y síntomas)

- ∅ La presencia de otro cuidador en casa disponible para compensar los efectos del funcionamiento parental afectado por la enfermedad.
- ∅ El estatus del desarrollo del niño en la familia.

No es raro el desacuerdo entre los profesionales de la salud mental de niños, psiquiatras generales o psicólogos para determinar cual es la capacidad parental mínima aceptable. Para subsanar este desacuerdo, se ha propuesto la creación de guías de evaluación de capacidad parental.

### **Guías de Evaluación de la Capacidad Parental** <sup>8,9</sup>

Mucha de la literatura existente sobre la evaluación de la capacidad parental se relaciona con la toma de decisiones por la corte sobre los arreglos de custodia , modelos de consenso de la evaluación de la capacidad parental trazan factores comúnmente aceptados por los profesionistas y concebidos como importantes en la evaluación de la capacidad parental. Los modelos también abordan el proceso de conducir la evaluación de la capacidad tutelar que son considerados importantes; así como lo es la metodología utilizada, las fuentes potenciales de información y la administración de las medidas. Todos los modelos incluyen la consideración del uso empírico, apoyado por herramientas psicológicas para informar los aspectos de la evaluación

Cada modelo provee una toma ligeramente diferente en la evaluación de la capacidad tutelar.

### **Guía de Capacidad Parental de Toronto**

Estas guías fueron desarrolladas por el Dr. Paul Steinhauer y están enfocadas a ayudar al bienestar del niño y a la comprensión por parte de los clínicos profesionales, al desarrollo de planes e intervención exitosa con niños difíciles y sus familias. No son una escala de riesgo, pero están elaboradas con la intención de proporcionar una evaluación más amplia de las fortalezas y debilidades generales en el proceso tutelar incluyendo el potencial de abuso y negligencia, y la capacidad de cambio en respuesta a una intervención. Estas guías fueron diseñadas para abordar tres preguntas claves:

1.-¿Ha crecido y ha sido cuidado este niño(a) un nivel razonable y consistente con el desarrollo normal y con su bienestar, o algo cercano a este parámetro? Si la respuesta es sí la meta debe de ser la de ayudar a los padres a mejorar el proceso de responsabilidad parental sin remover al niño del seno familiar .Si es no, la siguiente pregunta es :

2.-¿Cuál es el plan a largo plazo que con mayor probabilidad provea de seguridad y continuidad a las necesidades del niño, además de ser realista y consistente con el trabajo hacia la restauración de cuidado del niño por los padres biológicos dentro de un rango de tiempo razonable? Si la respuesta es no, la siguiente pregunta es:

3.-¿Que tan pronto es probable establecer que la búsqueda de un lugar de reemplazo tiene menor impacto negativo a comparación de que permanezca en el seno de su familia biológica?

Estas guías fueron creadas en Canadá y no han sido adaptadas al español. Las guías de evaluación de la capacidad parental reúnen y organizan información que podría servir para tomar decisiones clínicas cuando se identifican riesgos en el estilo de crianza y desarrollo de los niños y adolescentes.

La evaluación incluye los siguientes factores:

1. Evaluación del contexto psicosocial.
2. Progreso del desarrollo del niño.
3. Patrones predominantes de interacción paternofilial.
4. Observación de la habilidad parental.
5. Control de impulsos en los padres.
6. Aceptación de responsabilidades de los padres.
7. Conductas que afectan el paternaje.
8. Estilos de relación con la sociedad.
9. Uso de servicios de salud.

En la evaluación de la capacidad parental Steinhauer propone lo siguiente:

Excepto por la minoría de casos en los que los signos de abuso severo y repetido sean obvios, como fracturas, hematomas etc.; debemos basarnos en la evidencia de un patrón de interacción entre

padres e hijos considerados de riesgo. Esto surgirá principalmente de la evaluación y deberá clasificarse el caso en una de estas tres categorías.

Grupo A: El desarrollo del niño no está, y nunca ha estado en riesgo serio. Los padres están cumpliendo adecuadamente las necesidades del niño. No es necesario intervención alguna, y preguntarse si es necesario una intervención futura deberá ser una tarea asignada a la familia.

Grupo B: El ajuste actual del niño y el estatus del desarrollo sugieren problemas serios, aunque hasta ahora la tutela haya parecido correcta y el desarrollo parezca satisfactorio. Dada la oportuna y adecuada intervención, el pronóstico para que estos padres cumplan de nuevo con las necesidades de desarrollo es bastante bueno.

Grupo C. El desarrollo del niño y su actual ajuste muestran y lo han hecho por mucho tiempo, un desequilibrio significativo. Los padres han demostrado ser incapaces de cumplir con las necesidades del desarrollo de los niños, y existe poca evidencia de que vaya a cambiar la situación, aún cuando exista un tratamiento adecuado.

Estas guías se asemejan a las áreas de función evaluadas en el marco para la evaluación de niños en necesidad y sus familias, adoptado tanto en el Reino Unido como en varias partes de Canadá, incluyendo Ontario.



## **JUSTIFICACIÓN**

La propuesta del presente trabajo es contar con las guías de evaluación para conocer el funcionamiento parental y que puedan servir para las siguientes áreas:

Departamentos de trabajo social, psicología clínica, psiquiatría infantil y en dependencias gubernamentales que trabajan con niños y adolescentes. También proveerá información para los abogados y jueces en los juzgados familiares.

El uso de estas guías podría proporcionar al profesionalista con experiencia en cualquiera de los campos arriba mencionados un modelo por medio del cual puedan conceptualizar la información de manera integral. También podría proporcionar un formato para organizar y archivar la información y ser útil para establecer objetivos de intervención y proporcionar una medición basal para futuras evaluaciones.

En el campo forense, el uso de estas guías podría ayudar a los asesores en la selección y organización del material que podría presentarse en la corte. Esto podría incrementar en los asesores confidencialidad, efectividad, y credibilidad en uno de los múltiples aspectos que demanda éste trabajo.

En investigación, las guías de evaluación pueden servir como criterios indicadores en estudios de evaluación de la capacidad parental. Esto asume, por supuesto que las guías pueden tener confiabilidad y que los métodos específicos sugeridos de la colección de datos son validos para esos propósitos. Estos criterios, a través de las preguntas de interés clínico, y la utilidad y uso de las guías son por sí mismas pueden ser recursos para la investigación.

En el manejo de la contratrasferencia, el uso de las guías podría ayudar a proveer suficiente distancia que permita a los evaluadores evitar conclusiones prematuras y hacer juicios subjetivos.

## **OBJETIVOS**

1. Adaptar las Guías al lenguaje utilizado en nuestro medio
2. Adaptar el formato de las Guías para ser llenado en forma sencilla y clara

3. Realizar un estudio piloto para verificar su aplicabilidad en los niños y adolescentes de población clínica de nuestro medio

**Diseño:**

Es un estudio clínico, observacional, transversal, descriptivo.

**Definición del Universo:**

Padres y pacientes que acudan a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”.

**Tamaño de la muestra:**

Se seleccionaron en forma aleatoria 10 sujetos de cada uno de los siguientes grupos de edad :de 0 a 2 años; de 2 <sup>1</sup>/<sub>12</sub> a 5 años <sup>11</sup>/<sub>11</sub>; 6 <sup>1</sup>/<sub>11</sub> a 12 años y 12 <sup>1</sup>/<sub>12</sub> a 17 <sup>11</sup>/<sub>12</sub> años. Las guías se aplicaron tanto a los pacientes como a sus cuidadores.

**Criterios de Inclusión:**

- ⊗ Ambos padres cuando se cuente con ellos, o padre y paciente que acudan al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N Navarro
- ⊗ Persona legalmente responsable del menor.
- ⊗ Pacientes mujeres o varones.
- ⊗ Los pacientes deberán tener una edad desde el nacimiento hasta los 17 <sup>11</sup>/<sub>12</sub> años.
- ⊗ Consentimiento informado por los padres

**Criterios de Exclusión:**

- ⊗ Cuando no asistan a las entrevistas subsecuentes.

⊗ Padres y pacientes que estén bajo tratamiento farmacológico que modifique el estado mental.

### **Criterios de Eliminación:**

⊗ Corresponderá a aquellos sujetos que una vez iniciadas las evaluaciones no las terminen, o queden incompletas.

### **Definición de las variables:**

Variable dependiente: Grado de comprensión de las preguntas incluidas en las guías

Variables Independientes: Edad de los pacientes evaluados, sexo de los pacientes evaluados, adulto responsable del paciente que contesta la guía.

## **INSTRUMENTO**

Estas guías fueron desarrolladas por el Dr. Paul Steinhauer<sup>8,9</sup> y están enfocadas a ayudar al bienestar del niño y a la comprensión por parte de los clínicos profesionales, al desarrollo de planes e intervención exitosa con niños difíciles y sus familias. No son una escala de riesgo, pero están elaboradas con la intención de proporcionar una evaluación más amplia de las fortalezas y debilidades generales en el proceso tutelar incluyendo el potencial de abuso y negligencia, y la capacidad de cambio en respuesta a una intervención. Estas guías fueron diseñadas para abordar tres preguntas claves:

1.-¿Ha crecido y ha sido cuidado este niño(a) un nivel razonable y consistente con el desarrollo normal y con su bienestar, o algo cercano a este parámetro? Si la respuesta es sí la meta debe de ser la de ayudar a los padres a mejorar el proceso de responsabilidad parental sin remover al niño del seno familiar .Si es no, la siguiente pregunta es :

2.-¿Cuál es el plan a largo plazo que con mayor probabilidad provea de seguridad y continuidad a las necesidades del niño, además de ser realista y consistente con el trabajo hacia la restauración de

cuidado del niño por los padres biológicos dentro de un rango de tiempo razonable? Si la respuesta es no, la siguiente pregunta es:

3.-¿ Que tan pronto es probable establecer que la búsqueda de un lugar de reemplazo tiene menor impacto negativo a comparación de que permanezca en el seno de su familia biológica

Son nueve guías divididas en cuatro secciones: Contexto (guía 1) ,El niño; El niño (guía 2); La relación niño tutor ( guía 3 y 4), y las de los padres ( guía 5 a 9 ). Contienen un total de 369 reactivos La tabla provee una visión general de la temática de éstas. Las guías se aplican por personal capacitado

#### Tabla GUÍAS DE CAPACIDAD PARENTAL DE TORONTO

Contexto
1a Estatus actual (inmigrante/desplazado/étnico)
2a Factores estresantes actuales.
El niño
2 Progreso del desarrollo del infante.
Relación niño padre o tutor
3 Patrón predominante en la relación niño-tutor
4 Observaciones sobre la habilidad tutelar actual.
De los padres.
5 Control impulsivo ( capacidad de contener la tensión).
6 Aceptación y responsabilidades
7 Conductas que afectan la capacidad tutelar.
8 Manera de relacionarse con la sociedad
9 Uso de la intervención clínica

Estas guías fueron creadas en Canadá y no han sido adaptadas al español. Las guías de evaluación de la capacidad parental reúnen y organizan información que han servido para tomar decisiones clínicas cuando se identifican riesgos en el estilo de crianza y desarrollo de los niños y adolescentes.

En la evaluación de la capacidad parental Steinhauer propone lo siguiente:

Excepto por la minoría de casos en los que los signos de abuso severo y repetido sean obvios, como fracturas, hematomas etc.; debemos basarnos en la evidencia de un patrón de interacción entre padres e hijos considerados de riesgo. Esto surgirá principalmente de la evaluación y deberá clasificarse el caso en una de estas tres categorías.

Grupo A: El desarrollo del niño no está, y nunca ha estado en riesgo serio. Los padres están cumpliendo adecuadamente las necesidades del niño. No es necesario intervención alguna, y preguntarse si es necesario una intervención futura deberá ser una tarea asignada a la familia.

Grupo B: El ajuste actual del niño y el estatus del desarrollo sugieren problemas serios, aunque hasta ahora la tutela haya parecido correcta y el desarrollo parezca satisfactorio. Dada la oportuna y adecuada intervención, el pronóstico para que estos padres cumplan de nuevo con las necesidades de desarrollo es bastante bueno. Casos en este grupo generalmente conforman el siguiente perfil: Inicio reciente del problema, conduciendo a descompensación del funcionamiento de la familia y de la habilidad de los padres para cumplir las necesidades de desarrollo del niño. Habilidad de los padres para aceptar de manera significativa la responsabilidad de su contribución al desarrollo del problema o sus fracasos para resolverlos o enfrentarlos. Los miembros de la familia han mantenido relaciones adecuadas con sus vecinos y la comunidad de quienes pueden recibir ayuda y soporte.

Grupo C. El desarrollo del niño y su actual ajuste muestran y lo han hecho por mucho tiempo, un desequilibrio significativo. Los padres han demostrado ser incapaces de cumplir con las necesidades del desarrollo de los niños, y existe poca evidencia de que vaya a cambiar la situación, aún cuando exista un tratamiento adecuado. Los casos en este grupo generalmente encajan en el perfil siguiente: Evidencia de alteraciones en el desarrollo físico, cognitivo, verbal, académico, emocional o social. Problemas con el desarrollo y ajuste han estado presentes por años. Uno o ambos padres sufren de una enfermedad psiquiátrica que afecta significativamente su habilidad como tutores, y se ha asociado a un pobre pronóstico. Fracaso de los intentos pasados por ayudar. Los padres carecen de cooperación y disposición, y se resisten a involucrarse en el proceso terapéutico. Falta de aceptación de la responsabilidad por parte de los padres, aún de manera parcial, de generar y mantener la situación problemática, o de su fracaso de obtener resultados benéficos de la terapia. La familia está aislada e indispuesta a aceptar ayuda o apoyo emocional de la familia, amigos, vecinos o personal profesional de instituciones mentales.

Estas guías se asemejan a las áreas de función evaluadas en el marco para la evaluación de niños en necesidad y sus familias, adoptado tanto en el Reino Unido como en varias partes de Canadá, incluyendo Ontario., con buenos resultados.

La Guía de la Capacidad Parental de Toronto fue creada por Steinhauer, reúnen y organiza información que podría servir para tomar decisiones clínicas cuando se identifican riesgos en el estilo de crianza y desarrollo de los niños y adolescentes.

## **PROCEDIMIENTO**

De acuerdo a la anterior, la evaluación incluyó varias fases.

### Fase I

Traducción de los cuestionarios Assessing parenting capacity por un grupo de clínicos bilingües expertos en psiquiatría infantil y de la adolescencia

### Fase II

Comprendió la capacitación de los evaluadores en un seminario de homogeneización, se analizó el contenido de los cuestionarios y se implementaron estrategias para las entrevistas con los padres.

### Fase III

- a. Se seleccionó a los padres de pacientes que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- b. Se aplicaron los cuestionarios a padres e hijos la parte que es aplicable a cada quien según la guía de evaluación de la capacidad parental no importando los diagnósticos psiquiátricos
- c. Se realizó el pilotaje.

### Fase IV

- a. En la primera valoración, se seleccionaron a los pacientes que presentaron diagnóstico psiquiátrico.
- b. Una vez otorgado el consentimiento informado por los padres o la persona legalmente responsable, se llenó la ficha de identificación que incluye el nombre del sujeto a estudio, edad, sexo, escolaridad, fecha de ingreso al estudio, dirección, teléfono, nombre de los padres o persona responsable, nivel socioeconómico, estado civil, diagnóstico psiquiátrico establecido y observaciones.
- c. Con la valoración clínica se procedió a la aplicación de las guías de evaluación de la capacidad parental, por medio de los cuestionarios y se tomó el tiempo de aplicación de cada una de las guías y se consideró la comprensión de los padres a las preguntas realizadas y se tomo nota de las dificultades específicas de cada una de las guías.

## **Análisis Estadístico.**

Se realizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y promedios.

## **RESULTADOS**

Como primera parte del trabajo se procedió a revisar la traducción de las Guías de Evaluación de la Capacidad Parental, por parte de un grupo de clínicos bilingües expertos en psiquiatría Infantil y de la Adolescencia posteriormente, un equipo de expertos se dio a la tarea de adaptar la redacción de las Guías de manera que se obtuviera un lenguaje comprensible y adaptado a la población mexicana, discutiendo y evaluando los contenidos y criterios de aplicación de cada una de las 9 Guías.

Habiendo llevado a cabo esta tarea, se diseñó el formato que mejor se adaptara a los investigadores para la aplicación sencilla de la entrevista, creando barras de división, cuadros, anexar renglones para escribir notas, y el dejar espacio para realizar familiograma al momento de la aplicación de las Guías. Este procedimiento se llevó a cabo a lo largo de 11 meses.

Posteriormente, se implementaron las estrategias para pilotear la entrevista en grupos representativos divididos por edad.

Los datos sociodemográficos se incluyen en el texto

El pilotaje se realizó dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro”, entrevistando tanto a pacientes como hermanos de pacientes. La muestra total del pilotaje se compuso de 37 pacientes, de 0 a 199 meses, con una edad promedio de 92.84 y una desviación estándar de  $\pm 64.13$  meses.

Con una frecuencia por sexo de 25 pacientes (67.6 %) masculinos, 12 pacientes femeninos (32.4%). Durante la entrevista se aplicaron 9 guías las cuales fueron contestadas tanto por los pacientes cuando era posible como por sus familiares.



Con respecto a quien contestó la guía se pudo observar que en 29 casos (78.4 %) la persona que contestó las guías junto con el paciente fue la madre. En 2 casos (2.7 %) quien contestó fue el padre. En 3 casos (8.1 %) contestaron los abuelos.

La distribución de sujetos por grupo de edad se muestra en la tabla 1:

Grupo	n	Distribución por Sexo	
		Hombre	Mujer
I De 0 a 24 meses	7	1	6
II De 2 años 1 mes a 5 años 11 meses	10	8	2
III De 6 años a 11 años 11 meses	9	8	1
IV De 12 años a 18 años	11	8	3

En cada Guía aplicada se registró si fue realizada, el tiempo que tomó completarla, si existieron dificultades para su comprensión o para su llenado así como el tipo de dificultades encontradas. El comportamiento de cada Guía durante la fase de pilotaje se muestra a continuación:

Guía 1 Estresores Actuales (evaluación del contexto psicosocial). Se aplicó a 37 pacientes (100%).

El tiempo promedio para su aplicación fue de  $15 \pm 5$  minutos (7-30 min.). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas, ni para el llenado de la guía.

Guía 2 Progreso del Desarrollo del Niño. Se aplicó a 37 pacientes (100 %). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $12 \pm 6$  minutos (3–26 min.). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas en 36 pacientes (97.3 %). Un paciente (2.7 %) presentó dificultad en su comprensión. En 35 pacientes (94.6%) no se presentó dificultad para el llenado de la guía, para el llenado de la guía en 2 casos (5.7 %) se presentó dificultad debido a que el entrevistado no recordaba los datos.

Guía 3 Patrón Predominantes de la Relación Niño-Cuidador. Se aplicó a 37 pacientes (100%). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $35 \pm 16$  minutos (10–80 min.). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas. En 35 pacientes (94.6 %) no se presentó dificultad para el llenado de la guía, para el llenado de la entrevista en 1 caso (2.7 %) se presentó dificultad debido a que el entrevistado no recordaba los datos. En un paciente (2.7 %) el entrevistador presentó dificultad para su llenado por no poder observar la interacción en ciertas edades.

Guía 4 Observación de la Habilidad Parental Actual. Se aplicó a 37 pacientes (100 %). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $17 \pm 13$  minutos (1– 71 min.). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas en 37 pacientes (100 %). En 35 pacientes (94.6%) no se presentó dificultad para el llenado de la guía, en 2 casos (5.4%) se presentó dificultad debido a que el entrevistado no recordaba los datos.

Guía 5 Control de Impulsos (en los padres). Se aplicó a 36 pacientes (97.3%). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $3.5 \pm 2.09$  minutos (1-10 min.) En 36 pacientes (94.6%) no se presentó dificultad para el llenado de la guía en 1 caso (2.7 %) se presentó dificultad debido a que el informador no podía ser conciso en sus respuestas. No se presentó dificultad en la comprensión de las preguntas.

Guía 6 Aceptación de Responsabilidad por parte del Cuidador. Se aplicó a 36 pacientes (97.3 %). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $1.7 \pm 0.94$  minutos (1–5 min.). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas. Ni para el llenado de la guía.

Guía 7 Conductas Adultas que afectan al paternaje. Se aplicó a 36 pacientes (97.3 %). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $13.64 \pm 4.85$  minutos (5 – 27 min). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas ni para el llenado de la guía.

Guía 8 Relación del Cuidador con la Comunidad. Se aplicó a 36 pacientes (97.3 %). El tiempo promedio para su aplicación fue  $2.39 \pm 2.36$  minutos (1 – 15 min). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas. En 35 pacientes (94.6%) no se presentó dificultad para el llenado de la guía. Para el llenado de la entrevista un caso (2.7 %) presentó dificultad por desacuerdo entre los informantes.

Guía 9 Uso del Cuidador de Intervenciones Clínicas. Servicios de salud, se aplicó a 11 pacientes (29.7%). El tiempo promedio para su aplicación fue de  $2 \pm 1$  minutos (1 – 4). No se presentaron dificultades para la comprensión de las preguntas ni para el llenado de la guía.

En las primeras Guías aplicadas se definió la necesidad de aplicar las 9 Guías en la primera entrevista, al ver que a los entrevistados les ocasionaba problema el acudir a una nueva entrevista o al ver que no habían regresado.

## **DISCUSIÓN**

El proceso de adaptación de las guías al lenguaje y cultura mexicana se dio en el tiempo esperado y de acuerdo al consenso de los expertos que examinaron el material y dio por resultado un instrumento de fácil comprensión para los pacientes y sus familiares, así como de manejo sencillo para que el entrevistador colecte toda la información requerida y pueda sistematizarla.

En el proceso de pilotaje, la distribución por sexo de la muestra que obtuvimos se considera representativa de lo que se observa en el hospital, donde la población es predominantemente del género masculino. El hecho de que la madre fuese la que contestara las Guías en más del 80%

refleja que son ellas quienes traen a los pacientes a recibir atención médica y también de que son ellas las que saben y recuerdan más y mejor sobre el desarrollo de sus hijos, además de su conducta puesto que son ellas las que permanecen con ellos en casa, además de acudir a las juntas o solicitudes de los maestros de sus hijos. Se encontró que el mejor esquema de aplicación de Las Guías era llenarlas en su totalidad en una sola entrevista, ya que se evitaba el perder datos por falta de apego de los entrevistados al proceso. Es importante señalar que se debe tomar en cuenta que los pacientes, entre más pequeños son, se cansan y toleran menos la entrevista. Sin embargo, esto no impidió completar la entrevista.

La Guía 1 se aplica rápidamente y da la facilidad de hacer empatía, además es una manera eficiente de entrar en contacto con el entorno de los padres y el paciente.

La Guía 2 tuvo un intervalo grande en su tiempo de aplicación debido a que recordar aspectos del desarrollo les era más fácil a los padres de los pacientes lactantes y preescolares que a los mayores, de hecho, algunos no podían recordar los datos, la dificultad particular en la aplicación de esta Guía fue el que según los instructivos originales se debe observar al paciente en varias ocasiones diferentes y a edades de 0 a 24 meses, esta parte de observación debe someterse a un proceso de confiabilidad interevaluador.

La Guía 3 también presentó un amplio intervalo en su tiempo de aplicación por la misma problemática comentada en la Guía 2 acerca de la edad de los pacientes y el no ser muy fácil para las madres recordar, esto nos lleva a recomendar que no se aplique en la evaluación de pacientes adolescentes, porque además no es posible la observación de lo que se pregunta en la parte A 1,y 2. Por contar también con esta parte de observación es importante someterla a un proceso de confiabilidad interevaluador. La parte 4 de esta Guía a los padres les hacía reflexionar sobre su actitud para con su hijo al escuchar las respuestas que sus hijos proporcionaban. La parte D 3 la cual

evalúa la relación de los cuidadores para con sus padres cuando ellos eran pequeños, a muchos padres los hizo revivir su relación con sus padres o cuidadores en forma muy intensa.

La Guía 4 presentó también un amplio intervalo en el tiempo de aplicación por la misma problemática comentada en las Guías 2 y 3, por lo demás es una Guía que aporta muchos datos sobre que tan frecuente y constantemente son resueltas las necesidades del niño o adolescente.

La Guía 5 se aplica rápidamente y nos proporciona con mayor precisión la constancia y frecuencia en que el padre logra controlar sus impulsos.

La Guía 6 se aplica rápidamente y ya con toda la información anteriormente recibida es fácil contestar el tiempo o frecuencia con que el cuidador entrevistado acepta la responsabilidad de su rol.

La Guía 7 se aplica también rápidamente y nos permite corroborar si el cuidador o familiar entrevistado presenta o ha presentado psicopatología y como ha sido tratado.

La Guía 8 se aplica muy rápidamente nos corrobora lo indicado en otro momento acerca de cómo se encuentra la familia entrevistada, con sus redes de apoyo tanto de familias de origen como de su comunidad.

La Guía 9 también es de aplicación rápida con ella podemos especificar de forma mucho más detallada y precisa lo referente a la psicopatología del cuidador su tiempo de evolución y apego a sus tratamientos.

En el presente estudio encontramos que cada una de las Guías nos proporcionó una gran variedad de datos, como era lo esperado pues la literatura reporta que las Guías de Capacidad de Toronto

(Steinhauer, 1993) proveen una herramienta para clasificar y evaluar las necesidades de las familias de acuerdo con 3 puntos clave en la toma de decisiones con respecto al sistema tutelar infantil: remoción, restauración y plan de permanencia.

## CONCLUSIÓN

La traducción de las Guías de Evaluación de Capacidad Parental es ampliamente entendida y nos proporcionan información acerca del grado en que las necesidades básicas de los niños son satisfechas por los padres y el impacto de las adversidades psicosociales o la psicopatología de los padres en la crianza de los hijos. Cuando se aplica a escolares y adolescentes, la información proporcionada por los pacientes puede integrarse para realizar un adecuado diagnóstico de las debilidades y fortalezas del paternaje. Es importante aplicar todas las Guías para poder encontrar los factores predictores del paternaje positivo o negativo que nos proporcionen la información.

Consideramos que el presente trabajo puede confirmar que las Guías de Evaluación de Capacidad Parental representan un buen instrumento para conocer acerca del niño y su entorno y evaluar el funcionamiento parental.

Se confirma que el uso de éstas Guías puede ser de utilidad en áreas como trabajo social, psicología clínica, psiquiatría infantil y del adolescente. También puede proporcionar información a dependencias gubernamentales que trabajen con niños y adolescentes o para abogados y jueces en los juzgados familiares.

Se confirma que el uso de estas Guías puede proporcionar un modelo de evaluación en psiquiatría infantil en el cual se pueda conceptualizar la información de manera integral.

Se puede confirmar la confidencialidad, efectividad y credibilidad y que los métodos sugeridos de la colección de datos son validos para esos propósitos como criterios indicadores en estudios de evaluación de la capacidad parental.

Se confirma que en cuanto al manejo de la contratransferencia con el uso de las Guías puede proveer distancia que permita a los evaluadores evitar conclusiones prematuras y hacer juicios subjetivos.

## REFERENCIAS

1. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, Percepción y Demanda de Atención en Salud Mental en Niños y Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2002.Nov.-Dic.6;44:492-97.
2. Hoffman L. *Fundamentos de la terapia familiar*, México FCE 1987.
3. Mata E. Estructuras familiares y Comportamientos Adictivos (2da Parte). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 2005 Marzo 1;12: 1-42.
4. Gracia E, Lila M, Musitu G. Rechazo Parental y Ajuste Psicológico y Social de los Hijos. *Salud Mental*, 2005.Abril2;28:73-81.
5. Jiménez MG, Hernandez-Guzmán L, Reidl L. Prácticas de Crianza Materna Percibidas por Niños Pequeños. *Revista Mexicana de Psicología* 2001 Mayo2;18:257-64.
6. Rutter M. Environmentally Mediated Risks for Psychopathology Research Strategies and Findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005. Enero 1;44:3-18.
7. Steinhauer PD. Assessing for Parenting Capacity. *Amer. J. Orthopsychiat.* 53:468-481, 1983 Julio3;53:468-81
8. Angela White. Literature review Assessment of parenting capacity 2005 Diciembre. Disponible en :URL: [www.community.nsw.gov.au](http://www.community.nsw.gov.au).
9. Toronto Assessing Parenting Capacity Project. The Institute for The Prevention of Child Abuse. 1995
10. Aluja A, Del Barrio V, García L. Relationships between adolescent's memory of parental rearing styles, social values and socialization behavior traits. *Personality & Individual Differences* 2005 Oct.5; 39:903-12.
11. Barnes GM, Reifman AS, Farrell MP,Dintcheff BA The effects of parenting on the development of adolescent alcohols misuse; A six-wave latent growth model. *Journal of marriage and the family* 2000 Feb.1; 62:175-86.



12. Benítez E, Chávez E, Ontiveros MP. Crianza y Esquizofrenia. *Salud Mental* 2005 Abril 2; 28:59-72.
13. Bradley S.J Affect Regulation and the Development of Psychopathology. The Guilford Press, 2000.
14. Cohen DA, Rice J. Parenting styles, adolescent substance use, and academia achievement. *Journal Drug Education* 1997 2;27:199-211.
15. Conger RD, Ge X, Elder GH Jr.,Lorenz FO., Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development* 1994.Abril 2;65:541-61.
16. Darling N, Steinberg L. Parenting style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 1993.Mayo3;113:487-96.
17. Diamond G, Josephson A. Family-Based Treatment Research: A 10-Year Update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005.Sep.9;44:872-883.
18. Hinde RA. Influencias Familiares. In: Rutter M (Ed.), *Fundamentos científicos de psiquiatría del desarrollo*. Salvat Editores; 1985.p.52-73
19. Kaplan H. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. 1996.
20. Llamas E. Psiquiatría del bebé y su familia. *Psiquiatría* 2001Sep.-Dic.3;17:85-88.
21. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin* 2002 2;128:330-66.
22. Ruchkin VV, Eisemann M, Hägglöf B. Coping Styles in Delinquent Adolescents and Controls: The Role of Personality and Parental Rearing. *Journal of Youth and Adolescence* 1999 Dic.6;28:705-17.
23. Ruterr M. Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect. *J Child Psychol Psychiatry* 1995 4;36:549-68.

24. Rutter M. Maternal deprivation. In: Handbook of parenting: Social Conditions and Applied Parenting, 4: 2002.p 181-202
25. Scaramella LV., Conger RD, Simons RL, Whitbeck LB. Predicting risk for pregnancy by late adolescence: A social contextual perspective. *Developmental Psychology* 1998 Nov.6;34:1233-45.
26. Shaw JA, Egeland JA, Endicott J, Allen CR, Hostetter AM. A 10-Year Prospective Study of Prodromal Patterns for Bipolar Disorder Among Amish Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 Nov.11;44:1104-1117.
27. Solís-Cámara P, Díaz M, Bolívar E, García N. Expectativas del desarrollo y prácticas disciplinarias y de crianza en parejas con niños con necesidades especiales, *Salud Mental* 2003 Abril2;26:51-58.
28. Stassen BK, Thompson RA. La adolescencia. El desarrollo psicosocial. *Psicología de Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Editorial Médica Panamericana, 1ª. Edición Madrid 1997 p 578-83.
29. Steinberg L. Interdependence in the family: Autonomy, conflict, harmony in the parent-adolescent relationship. In: S. Feldman & G.R Elliot (Eds), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1990 p 255-76.
30. Steinberg L, Elmen JD, Mounts NS. Authoritative parenting, psychosocial maturity and academic success among adolescents. *Child Development* 1989;60:1424-36.
31. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD, Dornbusch SM. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence* 1991.1;1:19-36
32. Steinhauer PD. *The Last Detrimental Alternative. A systematic Guide to Case Planning and Decision Make for Children in Care*. University of Toronto Press. 1993.
33. Zicavo N. *Padres por la Igualdad Parental. Tesis sobre la Padrectomia*. Universidad del Bio-Bio, Chile 1999.

## INDICE

Guía 1 (Estrés Actuales)	.....	2
Guía 2 (Progreso del desarrollo del niño)	.....	5
Guía 3 (Patrón predominante de la relación niño-cuidador)	.....	12
Guía 4 (Observación de la habilidad parental actual)	.....	29
Guía 5 (Control de impulsos)	.....	40
Guía 6.- Aceptación de responsabilidad por parte del cuidador	.....	41
Guía 7.- Conductas adultas que afectan al paternaje	.....	42
Guía 8.- Relación del cuidador con la comunidad	.....	55
Guía 9.- Uso del cuidador de las intervenciones clínicas	.....	58
Perfil de paternaje familiar	.....	60

## GUÍAS DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

### GUÍA 1: Estresores Actuales

NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NUM. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño): \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

*Abajo está una lista de las condiciones que son estresantes para muchas familias. Indique la presencia o ausencia de cada condición. Indique en el espacio dado a la derecha de la página cómo cada una de las condiciones marcadas como presentes (sí), afectan al paternaje. Use hojas separadas para cada hogar involucrado.*

**CÓDIGO:**

S(SI) N(NO) N/S (NO SE SABE)

#### CONDICIONES DE ALOJAMIENTO

S N N/S

	S	N	N/S
Sin alojamiento/refugio			
Sobrepoblación/ hacinamiento en la casa			
Mobiliario escaso/ausente			
Aparatos eléctricos domésticos (ej. Lavadora, licuadora, tv.)			
Áreas adecuadas para las tareas y el cuidado del niño(s)			
Peligros para la seguridad			
Problemas sanitarios/ plagas			
Problemas físicos/ estructurales			
Si no vive en un lugar adecuado, hay posibilidades de cambio en un corto plazo			
Desahucio			
Estresores relacionados con la mudanza			
La familia se ha mudado más de dos veces en el último año			
Otro (especificar)			

#### CONDICIONES DEL VECINDARIO

S N N/S

	S	N	N/S
Alta criminalidad			
Alta densidad de población			
Ausencia de lugares de recreación apropiados			
Ausencia de transporte apropiado			
Ausencia de facilidades educativas apropiadas			
Otro (especificar)			

#### CONDICIONES FINANCIERAS

S N N/S

	S	N	N/S
Asistencia pública			
Cuentas sin pagar/ deudas			
Diferir compras de necesidades (especificar)			
Diferir servicios de salud médica y dental			
Otro (especificar)			

**CONDICIONES DE EMPLEO****S N N/S**

<b>Desempleo</b>			
<b>Horas de trabajo por turnos</b>			
<b>Ingreso irregular/bajo</b>			
<b>Despedido</b>			
<b>Conflicto con empleador</b>			
<b>Conflicto con empleado</b>			
<b>Recorrer una larga distancia al trabajo</b>			
<b>Otro (especificar)</b>			

**PROBLEMAS DE SALUD o  
INCAPACIDADES  
(Adultos)****S N N/S**

<b>Hábitos de salud deficientes</b>			
<b>Enfermedad crónica/debilitante</b>			
<b>Enfermedad seria</b>			
<b>Enfermedad mortal</b>			
<b>Dolor agudo</b>			
<b>Limitaciones físicas</b>			
<b>Trastornos mentales (referirse a Guía 7)</b>			
<b>Abuso de sustancias (referirse a Guía 7)</b>			
<b>Otro (especificar)</b>			

**PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL  
NIÑO****S N N/S**

<b>Falta de guarderías apropiadas</b>			
<b>Falta de servicios de niñera apropiados</b>			
<b>Embarazo no deseado</b>			
<b>Nuevo miembro de la familia</b>			
<b>Niño separado del padre</b>			
<b>Número o espacio entre los niños</b>			
<b>Número de figuras parentales</b>			
<b>Apoyo de familia extensa pobre/nulo (referirse a Guía 8)</b>			
<b>Enfermedad crónica/incapacidad</b>			
<b>El niño muestra dificultades: físicas/de desarrollo/ausentismo escolar/conductuales/emocionales/ abuso de sustancias (referirse a Guía 2)</b>			
<b>Otro (especificar)</b>			

**S N N/S**

<b>Pelear por la custodia/acceso</b>			
<b>Pelear por el bienestar infantil</b>			
<b>Cargos criminales en espera de juicio</b>			
<b>Liberado recientemente de la cárcel</b>			
<b>Otro (especificar)</b>			



# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 2: Progreso del Desarrollo del Niño

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del Niño	Parte A	Parte B	Parte C
0 a 24 meses	*	*	
25 meses a 6 años	*	*	*
7 años en adelante			*

### INFORMANTE(S) ADULTO QUE DIERON INFORMACIÓN PARA LA GUÍA 2:

INFORMANTE (S)

VALORACIÓN DE CREDIBILIDAD

Nombre y Relación con el Niño

Muy Creíble Bastante Creíble No Creíble

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA GUÍA 2: PARTE A

FAVOR DE NOTAR: Todos los reactivos de la Parte A de la Guía 2 deben referirse a las respuestas usuales o habituales del niño cuando está en una situación familiar y/o confortable, y no sólo la respuesta en una ocasión única, que podría ser atípica. Por lo tanto, antes de llenar cualquiera de estos reactivos, ya sea:

- (a) *Uno debe de haber observado al mismo lactante en un número de ocasiones diferentes*

**O**

- (b) *Uno debe de ser capaz de comparar las propias observaciones con los reportes de observadores confiables (padres, padres sustitutos, equipo del hospital), para confirmar que lo que fue observado es típico de los patrones usuales de conducta del niño.*

## **GUÍA 2: Parte A (para lactantes y niños hasta de 24 meses)**

### **I. AUTORREGULACIÓN E INTERÉS EN EL ENTORNO (0 a 3 meses):**

**Este niño ha desarrollado la capacidad para la autorregulación y está mostrando interés en el mundo, como se muestra por las conductas siguientes, que deben estar cada vez más presentes (aunque aún no de manera consistente) a los 3 meses:**

	S	N	N/S	
Capacidad para calmarse				
Duerme con regularidad				
Respuesta (al ponerse alerta y enfocándose al objeto)				
Responde ante sonidos (al ponerse alerta y enfocándose a la voz paterna)				
Respuesta al tacto				
Respuesta al movimiento en el espacio (arriba y abajo, de lado a lado)				

**II. INTERES POR LOS PADRES (2 a 7 meses): Las siguientes conductas en respuesta a los padres llamando la atención del lactante deben comenzar a aparecer alrededor de los 2 meses y deben volverse cada vez más prominentes (aunque aún no invariablemente presentes) para la edad de 7 meses.**

	S	N	N/S	
Observa al padre con una sonrisa especial				
Mira fijamente al padre con interés especial				
Sonríe al padre en respuesta a su vocalización				
Vocaliza de vuelta mientras el padre vocaliza				

**III. DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN (3 a 10 meses): Entre los 3 y los 10 meses, el niño debe empezar a desarrollar la capacidad de comunicarse intencionalmente con el padre.**

**1. A lo largo de este periodo, el niño debe responder cada vez más (pero aún sólo algunas veces) a:**

	S	N	N/S	
Gestos del padre con gestos de vuelta (sonaja pasada al bebé es tomada por el bebé)				
Vocalizaciones del padre con vocalizaciones				
Expresión emocional del padre con una Respuesta emocional (sonrisa origina una sonrisa)				
Placer o alegría con placer				
Animar a explorar con curiosidad (busca un juguete de su interés)				

**2. A lo largo de este período, el niño debe cada vez más (pero aún sólo algunas veces) iniciar:**

	S	N	N/S	
Interacciones (expectativamente observa que el padre responda)				



Alegría y placer (busca al padre de manera espontánea)				
Confortar (busca ser cargado)				
Exploración y aserción (explora la cara del padre o un nuevo juguete)				

**IV. DIFERENCIACIÓN DE SENSACIONES DEL CUERPO DE EMOCIONES (3 a 10 meses):** ¿Cuál de las siguientes descripciones se ajusta mejor al niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si siente que el niño cae dentro de dos de las descripciones dadas, use el número entre ellas (si usted piensa que el niño está entre 5 y 7 use un puntaje de 6).

**1. El niño no reacciona a los cuidadores**

- No les presta atención
- No responde a señales (sonrisas, voces, buscarlos)

**3. El niño reacciona sólo ocasional e impredeciblemente**

- Responde sólo ocasionalmente a las señales de los cuidadores (sonrisas, voces, buscar)
- Es difícil predecir cuándo responderá el niño
- Las señales del niño son generalmente azarosas, más que en respuesta al cuidador
- Puede responder selectivamente a una señal (sonrisa o tacto o voz), pero no a una variedad de estímulos diferentes

**5. El niño responde/inicia/disfruta la interacción (este es un puntaje óptimo)**

- Interactúa en un modo propositivo (causa y efecto)
- Sonríe en respuesta a sonrisa
- Está alerta, sonrío u observa en respuesta a la voz
- Responde a señales que expresan los sentimientos de los cuidadores en una variedad de maneras
- Se involucra con juguetes y otros objetos inanimados
- Muestra placer cuando interactúa con una persona

**7. El niño parece excesivamente sensible**

- Excesivamente sensible a la comunicación emocional del cuidador
- Parece triste y abandonado cuando su cuidador no responde inmediatamente
- Se frustra fácilmente si el cuidador no responde a señales

**9. El niño exige interacción constante, incapaz de calmarse a sí mismo**

- No puede tolerar estar solo
- Tiene berrinches o se retrae siempre que el cuidador no responde a sus señales
- Tiene berrinches o se retrae si el cuidador no inicia señales

Calificación \_\_\_\_\_

**V. LA ORGANIZACIÓN DE LA CONDUCTA (9 a 19 meses):** La emergencia de un sentido de sí mismo organizado debe comenzar alrededor de los 9 meses y aumentar hasta la edad de 18 meses. Este es el patrón general de reacción que uno está evaluando).

	S	N	N/S	
Inicia un patrón de conducta complejo, tal como ir al refrigerador y señalar un alimento deseado, jugar un juego de persecución, rodar una pelota adelante y atrás				

Usa una conducta compleja para establecer cercanía (jala la pierna del pantalón del padre y busca ser levantado)				
Usa una conducta compleja para explorar y ser asertivo (alcanza juguetes, encuentra al padre en otro cuarto)				
Juega de una manera enfocada, organizada por sí mismo				
Examina juguetes u otros objetos para ver cómo funcionan				
Responde a límites que son puestos con la voz o gestos				
Se recupera del coraje después de pocos minutos				
Parece saber cómo hacer que el padre reaccione (qué hace reír a la madre)				

**VI. ORGANIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO, INICIATIVA E INTERNALIZACIÓN (9 a 24 meses): ¿Cuál de las siguientes descripciones se ajusta mejor al niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si siente que niño cae dentro de dos de las descripciones dadas, use el número entre ellas (si usted piensa que el niño está entre 5 y 7 use un puntaje de 6).**

**1. Raramente inicia conductas.**

- Principalmente pasivo o retraído
- Excesivamente negativista y oposicional
- Principalmente pasivo y dócil

**3. Por momentos inicia y se relaciona de manera significativa**

- Muestra sólo un rango reducido de conductas socialmente significativas (sólo puede mostrar protesta)
- Interactúa sólo con el mundo inanimado
- Incapaz de manejar el placer, calidez, aserción e ira en sus relaciones con otros
- Ocasionalmente toma la iniciativa, pero generalmente sólo responde
- Puede ser opositorista, con poca o nula originalidad

**5. Social/Conductualmente bien organizado**

- Muestra calidez, placer, aserción, exploración, protesta, ira en una manera organizada
- Juega o interactúa con los padres al ir combinando un número de interacciones recíprocas para producir un intercambio social complejo
- Cuando una interacción es por primera vez interrumpida (cuando ocurre la separación) y cuando es seguida por reunión, el niño muestra afectos organizados tales como protesta, aprehensión y placer
- Inicia interacciones complejas, organizadas emocionalmente y relevantes socialmente
- Capaz de aceptar límites
- Puede explorar nuevos objetos y nuevas personas, especialmente cuando los padres están disponibles

**7. Afecto y conducta pobremente organizados**

- Muchas conductas y emociones mostrados, pero en un modo pobremente organizado y pobremente controlado (sin modular)
- Cambios rápidos en la conducta y el humor
- Sólo involucrado ocasionalmente en interacciones organizadas, socialmente significativas

**9. Conducta y afecto azaroso y caótico**

- Casi siempre parece “fuera de control”
- Predominan afectos y conductas agresivas



## GUIAS PARA EVALUAR LA CAPACIDAD PARENTAL

**Patrón predominante de la Relación Cuidador/Niño (niño de 0-12 meses)**

**NIÑO:** \_\_\_\_\_

**CASO NO.** \_\_\_\_\_

**CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) :** \_\_\_\_\_

**FECHA DE LLENADO:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

Edad del Niño	#3 Parte A	#3 Parte B	#3 Parte C	#3Parte D
0 a 24 meses	*			
1 a 2 ½ años	*	*		
2 ½ a 5 años			*	
5 años de adelante				*

**Nota al usuario:** *Todos los reactivos deben ser llenados por alguien con conocimiento del desarrollo normal.*

### ALERTA /RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN

*Los recién nacidos varían considerablemente en cuanto a duración y evidencia de estados de alerta o de respuestas generalizadas ante la estimulación. Como resultado, un grado de falta de interés o respuesta a la estimulación que puede ser normal para un lactante de pocos días de edad podría ser un signo de relación con el padre severamente dañada en un lactante pocos meses más grande.*

**S   N   N/S**

	S	N	N/S
El lactante muestra casi ningún interés en respuesta al ambiente			
El lactante permanece inusualmente quieto, pareciendo desinteresado y alejado fracasa en explorar el cuerpo y el ambiente en el grado esperado			

**Seguimiento visual:** depende de la relación entre la madurez del desarrollo y la interacción constante entre el niño y el cuidador. Se vuelve más prominente –y, por lo tanto, menos fácil de ignorar- al avanzar el primer año.

	S	N	N/S
El lactante evita generalmente hacer Seguimiento del padre y/o cuidadores			

**Aversión a mirar fijamente:** Todos los lactantes tienen aversión a mirar fijamente algunas veces, aún dentro de una relación buena con sus cuidadores primarios, pueden usar esta conducta para ajustar su

interacción con el bebé. Es solamente la aversión a la mirada fija habitual que indica problemas serios en la relación niño/cuidador.

	S	N	N/S	
El lactante tiene aversión prominentemente hacia la cara cuando el padre/otros entran en el campo visual				

**Buscar ser levantado:** El lactante de 2 a 4 meses no está aún suficientemente desarrollado para buscar ser levantado. Este es un fenómeno que debería aparecer en la segunda mitad del primer año. El reactivo se basa en el desarrollo del niño de reconocimiento, apego y bienvenida que son mostrados (en los segundos seis meses) por excitación o reunión así como varias conductas anticipatorias.

	S	N	N/S	
El lactante no extiende los brazos para ser levantado				

**Miedo/aflicción ante el acercamiento del cuidador:** Es un simple indicador de patología, y menos relacionado con el desarrollo. Sin embargo, es importante notar el contexto y la secuencia en la que este reactivo es observado para poder comenzar a hacer hipótesis preliminares sobre su severidad y causa.

	S	N	N/S	
El lactante muestra miedo/aflicción cuando se le acerca el padre/cuidador				

**Falta de vocalización espontánea o respuesta a la vocalización de otros:** Para un niño de una semana de edad, un estado de alerta generalizado ante estímulos sonoros sería esperado cuando el lactante esté en un estado de alerta tranquilo y no esté hambriento, cansado o afligido. Las vocalizaciones espontáneas no son comunes en lactantes de un mes de edad, pero hacer gorgoritos y chillidos que aumentan durante el segundo y tercer mes, aparentemente en forma independiente a los factores ambientales. Después del tercer mes, estos sonidos dominados por vocales deben estar ocurriendo de manera creciente en respuesta a la estimulación de otros.

	S	N	N/S	
El lactante no vocaliza espontáneamente o responde a la vocalización de otros (Nota: la sordera debe ser descartada)				

**EN BASE A LO ANTERIOR, ¿QUÉ CONCLUSIONES PUEDE SACAR SOBRE EL NIVEL DE INSEGURIDAD/TENSIÓN EN LA RELACIÓN CUIDADOR / NIÑO?**

---



---



---



---



---

# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUIA 3: Parte A (1) Patrón Predominante de la Relación Niño-Cuidador (Niño de 1 a 2 ½ años)

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del Niño	#3 Parte A (1)	#3 Parte A (2)	#3 Parte A (3)	#3 Parte A (4)
0 a 24 meses	*			
1 a 2 ½ años		*		
2 ½ a 5 años			*	
5 años de adelante				*

***Nota al usuario:*** Todos los reactivos de la Guía 3 Parte A (2) deben referirse a las respuestas usuales o habituales durante una situación familiar o confortable, y no sólo a la respuesta en una ocasión sencilla, que podría ser atípico. El niño debe estar cómodo en un cuarto con el examinador y el cuidador antes de que se haga una valoración. Entonces el cuidador debe dejar el cuarto, dejando al niño solo con el examinador. Las reacciones del niño (a) cuando el cuidador se va, y (b) después de que el cuidador regrese, debe anotarse. El procedimiento debe ser repetido al menos una vez para asegurar que la conducta notada es típica de la interacción de ese niño/cuidador. Por lo tanto, antes de llenar esta guía, ya sea que:

(1) Uno debe haber observado la relación niño/cuidador por sí mismo en un número de ocasiones diferentes,

**O**

(2) Uno debe ser capaz de comparar las propias observaciones con los reportes de observadores confiables (padres sustitutos confiables, equipo del hospital, los padres, si son informantes confiables).

Esto es esencial para confirmar que lo que fue observado es típico de la conducta del niño.

### Para completar esta guía:

(1) Con un marcador o pluma marque cada descripción en cualquiera de las cuatro secciones (1, 2, 3, 4) que usted considere típica de la interacción de este niño/cuidador.

(2) Añada el número de respuestas marcadas en cada sección. La sección (es) con el número mayor de respuestas sugiere el patrón predominante de la relación cuidador/niño.

(3) Consulte el Manual para la interpretación de esta guía, y de su importancia para la capacidad parental.

(4) Favor de notar que los reactivos de la Sección 4 de esta Guía (a la derecha de la línea en negritas) abajo de la línea en negritas, **no** están necesariamente limitados a conductas antes, durante o después de separación.

**GUÍA 3: PARTE A(2): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo  
ANTES DE LA SEPARACIÓN**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4 Muestras de patrones de conducta contradictorios
a) Cuidador/lactante relajados/cómodos entre ellos: parecen ser especiales el uno para el otro	a) Preocupado por el cuidador: poca exploración	a) Poca atención al cuidador	a) Lloro/llama al cuidador después de la separación, pero lo evita fuertemente inmediatamente después de la reunión o aborta el acercamiento
b) El lactante explora libremente, pero “se registra” con el cuidador	b) Se pega al cuidador- incapaz de alejarse ni siquiera gradualmente de él o ella	b) Explora libremente	b) En medio de estallidos de enojo/aflicción, el lactante se vuelve abruptamente evitativo, carente de afecto
c) El lactante solicita activamente ser confortado por el cuidador cuando está molesto	c) Ignora, rechaza o se retrae del examinador	c) Más sociable con el examinador que con el cuidador	c) Muestra conductas evitativas simultáneamente con conductas buscadoras de proximidad y mantener contacto
d) El lactante solicita/disfruta el contacto físico con el cuidador	d) Juego inmaduro	d) Solicita/disfruta el contacto físico con el examinador, no con el cuidador	d) Aunque permanece sentado cómodamente en el regazo del cuidador por un periodo extendido, evita mirarlo fijamente e ignora sus repetidas propuestas
e) El lactante es más sociable con el cuidador que con el examinador		e) Busca ayuda más del examinador que del cuidador	e) Aversión a mirar fijamente cuando se pega o alcanza al cuidador
f) El lactante busca ayuda más del cuidador que del examinador			
g) El lactante responde con interés, pero al inicio puede buscar o dirigirse hacia el cuidador mientras lo hace			

**Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:**

**Sección 1: \_\_\_\_\_ Sección 2: \_\_\_\_\_ Sección 3: \_\_\_\_\_ Sección 4: \_\_\_\_\_**

**GUÍA 3: PARTE A(2): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo DURANTE LA SEPARACIÓN**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4 Muestras de patrones de conducta contradictorios
a) Puede o no estar afligido ante la separación del cuidador (lactantes en una relación segura pueden o no estar afligidos durante la separación del cuidador)	a) Aflicción y enfado extremos	a) Poca o ninguna aflicción ante la separación	a) Se aleja más que acercarse del cuidador cuando tiene miedo o está molesto
b) Si está afligido, lleva a cabo acciones concretas para contactar al cuidador (camina a la puerta, llama, busca, etc.)		b) Poca o ninguna conducta de búsqueda	b) En la reunión, comienza a acercarse al cuidador, ENTONCES de repente rompe mostrando estallidos de enojo lejos de él/ella O cae en una posición depresiva ENTONCES puede o no reiniciar el acercamiento hacia el cuidador
	c) Puede hacer algunos esfuerzos de búsqueda		c) Después de un periodo largo de juego, el lactante llora de repente o muestra aflicción o enojo sin razón aparente
	d) Afecto en respuesta a la separación: aflicción desvalida o aflicción enojosa		d) Después de ir hacia el cuidador, el lactante se retrae antes de tocarlo/a sin razón aparente
	e) Aflicción aumentada por el intento del examinador de confortarlo		c) Cuando está afligido, el niño es incapaz de usar al padre para ser confortado

**Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:**

**Sección 1:\_\_\_\_\_ Sección 2:\_\_\_\_\_ Sección 3:\_\_\_\_\_ Sección 4:\_\_\_\_\_**



**GUÍA 3: PARTE A(2): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo  
EN LA REUNIÓN**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4 Patrones de conducta contradictorios
a) Saluda positivamente al cuidador.	a) Su respuesta es ambivalente (el niño quiere ser cargado; la madre levanta al niño; el niño está infeliz; quiere ser bajado O se acurruca/empuja al mismo tiempo)	a) Desprecia o ignora al cuidador	<b>Congelamiento</b> a) El lactante muestra interrupciones de actividad normal o de conducta resistente/perturbada por 20 segundos o más de congelamiento (falta de movimiento, o expresión facial aturdida o como de trance)
b) Si estuvo afligido durante la separación, rápidamente hace contacto físico en la reunión y es confortado	b) Rechaza/es incapaz de ser confortado	b) Lento para responder ante las invitaciones del cuidador	
			<b>Signos Directos de Aprehensión Aparente</b> a) El lactante muestra fuerte miedo o aprehensión directamente después al regreso del cuidador cuando él/ella llama o se acerca
			b) Expresión facial temerosa ante ser cargado
			c) Tira del cuidador cuando él/ella regresa
			d) Postura hipervigilante / hiperalerta sin razón aparente en presencia del cuidador, especialmente cuando él/ella está atrás
			<b>Signos Directos de Desorganización y Desorientación</b> a) Brazos levantados para ser levantado por el evaluador al momento del regreso del cuidador
			b) Levanta las manos, alrededor o frente a su cara en el momento del regreso del cuidador
			c) Rápidamente alcanza al cuidador en el momento si hubo separación, entonces sonrío como saludando
			d) Secuencia confusa de cambios rápidos de afecto en los primeros momentos de la reunión (llanto rápido retraimiento- confundido/ acercamiento riendo)

Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:

Sección 1: \_\_\_\_\_ Sección 2: \_\_\_\_\_ Sección 3: \_\_\_\_\_ Sección 4: \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE PATRÓN PREDOMINANTE DE LA RELACIÓN CUIDADOR/NIÑO:**

Reactivos Marcados Totales para:

- 1) Sección 1
- 2) Sección 2
- 3) Sección 3
- 4) Sección 4

NOTAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL**

**GUÍA 3: Parte A(3): Patrón Predominante de la Relación Niño-Cuidador (Niño de 2 1/2 a 5 años)**

NOTA: favor de seguir las instrucciones del Manual cuidadosamente para evaluar esta guía.

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del Niño	#3 Parte A(1)	#3 Parte A(2)	#3 Parte A(3)	#3 Parte A(4)
0 a 24 meses	*			
1 a 2 ½ años		*		
2 ½ a 5 años			*	
5 años de adelante				*

***Nota al usuario:*** Todos los reactivos de la Guía 3A: Parte 3 deben referirse a las respuestas usuales o habituales del niño cuando esté en una situación familiar o confortable, y no sólo como respuesta en una sola ocasión, que podría ser atípico. El niño debe estar cómodo en un cuarto con el examinador y el cuidador antes de calificar. Entonces el cuidador debe dejar el cuarto, dejando al niño solo con el examinador. Las reacciones del niño (a) cuando el cuidador se va, y (b) después de que el cuidador regrese, deben anotarse. El procedimiento debe ser repetido al menos una vez para asegurar que la conducta notada es típica de la interacción de ese niño/cuidador. Por lo tanto, antes de llenar esta guía, ya sea que:

- (1) Uno debe haber observado la relación niño/cuidador por sí mismo en un número de ocasiones diferentes,

**O**

(2) Uno debe ser capaz de comparar las propias observaciones con los reportes de observadores confiables (padres sustitutos confiables, equipo del hospital, los padres, si son informantes confiables).

Esto es esencial para confirmar que lo que fue observado es típico de la conducta del niño.

**PARA COMPLETAR ESTA GUÍA:**

- (1) Con un marcador o pluma marque cada descripción en cualquiera de las cuatro secciones (1, 2, 3, 4) que usted considere típica de la interacción de este niño/cuidador.
- (2) Añada el número de respuestas marcadas en cada sección. La sección (es) con el número mayor de respuestas sugiere el patrón predominante de la relación cuidador/niño.
- (3) Consulte el Manual para la interpretación de esta guía, y de su importancia para la capacidad parental.

**GUÍA 3: PARTE A(3): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo**  
**CONTACTO DE PROXIMIDAD**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4
a) El niño inicia contacto casual/comfortable con el cuidador	a) Los contactos son notablemente ambivalentes, como voltear la cara mientras está parado cerca del cuidador  O	a) Contacto o interacción mínimos con el cuidador -el niño se acerca al cuidador sólo para cubrir sus necesidades (como arreglar un juguete)	a) Algunos pueden mostrar búsqueda de contacto afectivo inicial, pero después no mostrar interés en la proximidad o contacto con el cuidador
b) El contacto no es predominantemente agresivo  O	b) Voltea la cara mientras habla al cuidador		b) Algunos niños pueden mostrar interés considerable en el cuidador, pero en un modo hostil y controlador
c) Controlador  O			c) Más interés en/más interacción con el examinador que con el cuidador ("prefiere" al examinador)
d) Ambivalente  (los contactos ocasionales pueden ser cualquiera de los anteriores)			d) Usa al examinador, y no al cuidador, para arreglar un juguete

**Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:**

**Sección 1: \_\_\_\_\_ Sección 2: \_\_\_\_\_ Sección 3: \_\_\_\_\_ Sección 4: \_\_\_\_\_**

**GUÍA 3: PARTE A(3): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo**

**ORIENTACIÓN CORPORAL**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>SECCIÓN 2</b>	<b>SECCIÓN 3</b>	<b>SECCIÓN 4</b>
a) Orientado íntimamente hacia el cuidador	a) Puede mostrar una moderada evitación hacia el cuidador	a) Orientado principalmente lejos del cuidador	a) Aún cuando esté orientado hacia el cuidador, puede rehusar responder a sus iniciativas
b) Puede ser hacia el cuidador		b) Cuando está orientado hacia el cuidador, puede responder a sus iniciativas	
c) Puede estar cerca en una posición cara a cara		c) Cuando está orientado lejos, no responderá	

**Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:**

**Sección 1:\_\_\_\_\_ Sección 2:\_\_\_\_\_ Sección 3:\_\_\_\_\_ Sección 4:\_\_\_\_\_**

**GUÍA 3: PARTE A(3): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo**

**DISCURSO**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4
a) El niño inicia/mantiene interacción a través del lenguaje y discurso	a) Puede ser chillón, hablando incesantemente al cuidador	a) Habla mínimamente con el cuidador	a) El discurso de algunos niños es verbalmente muy punitivo y controlador del cuidador
b) El discurso es personal; por momentos íntimo, confortable	b) El discurso puede ser irritable, negativo, por momentos hostil	b) Rara vez inicia el diálogo	b) Algunos niños rechazan las iniciativas del cuidador
c) Discute actividades y puede invitar al cuidador a unirse		c) El discurso es impersonal	c) Algunos niños están excesivamente "alegre" y/o "vivaz" en su discurso
d) Muestra interés en las actividades, pensamientos y emociones del cuidador		d) No le pide al cuidador que se una al juego	

**Total de Reactivos Marcados (esta página) Para:**

**Sección 1: \_\_\_\_\_ Sección 2: \_\_\_\_\_ Sección 3: \_\_\_\_\_ Sección 4: \_\_\_\_\_**

**GUÍA 3: PARTE A(3): Patrones Predominantes de Relación Padre/Hijo**

**AFECTO**

SECCIÓN 1	SECCIÓN 2	SECCIÓN 3	SECCIÓN 4
a) Afecto eutímico	a) El afecto tiende hacia extremos	a) Afecto es indiferente	a) El afecto del niño no hace resonancia con el del cuidador
b) Prevalece la calma y el confort	b) El niño es petulante y negativo con muchos berrinches	b) Si el cuidador insiste en interacción, el niño puede responder con risas nerviosas, como si no estuviera cómodo	b) Humor y relación inestable con el cuidador
c) El afecto del niño resuena con el del cuidador		c) El niño muestra confusión, afecto deprimido o aprehensión	
d) Desacuerdos negociados con mínimo disgusto			

**Reactivos Marcados Totales (esta página) Para:**

**Sección 1: \_\_\_\_\_ Sección 2: \_\_\_\_\_ Sección 3: \_\_\_\_\_ Sección 4: \_\_\_\_\_**



# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 3: Parte A(4): Inventario de las Relaciones Familiares de los Niños (Para niños de 5 años en adelante)

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

*Este inventario, para niños de 5 años en adelante, es un modo de tratar de determinar la calidad y fuerza del tipo de relación entre un niño y los varios cuidadores en su vida. Los números obtenidos al final de la entrevista son un modo tosco de resumir las respuestas del niño a las preguntas comparando su vida. Usted puede querer repetir el inventario con el niño siendo traído por diferentes cuidadores. Mientras que este inventario puede ser altamente sugestivo, uno no puede estar seguro en base a una sola entrevista que el niño está más o menos relacionado (positiva o negativamente) a uno de los cuidadores en su vida que a otro.*

1. Pregunte quiénes conforman la familia del niño
2. Determine que no se hayan omitido cuidadores significativos
3. Registre al menos dos, pero no más de seis cuidadores en la forma de respuesta
4. Diga al niño que usted le preguntará un número de preguntas y que él/ella debe responder con el nombre de uno de esos cuidadores. Lea al niño el siguiente ejemplo:  
*Si yo fuera a preguntarte quién dice las cosas más chistosas, dirías que es tu madre, tu padre, tu abuela, tu madre sustituta, etc.*
5. Continúe con las preguntas de la entrevista
6. Cuento las respuestas
7. Consulte el manual para la interpretación

## GUÍA 3: PARTE A(4): Inventario de las Relaciones Familiares de los Niños

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
TRAÍDO A LA ENTREVISTA POR: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CUIDADOR EVALUADO: \_\_\_\_\_

A. ¿Quién en tu familia lee el periódico?	
B. ¿Quién en tu familia tiene el pelo más largo?	
1. ¿Quién te gustaría que jugara contigo?	+
2. ¿Quién no sabe cuál es tu comida favorita?	-

3. ¿Quién te hace sentir bien?	+
4. ¿A quién te pone triste ver?	-
5. ¿Quién quieres que esté contigo cuando no te sientes bien?	+
6. ¿Con quién te gustaría desquitarte?	-
7. ¿Quién es lindo?	+
8. ¿Quién te escucha cuando tienes algo que decir?	+
C. ¿Quién en tu familia tiene los músculos más grandes?	
9. ¿Quién te hace sentir triste?	-
10. ¿Quién se enoja contigo?	-
11. ¿A quién le gusta hacer cosas contigo?	+
12. ¿A quién no le gustas?	-
13. Si tuvieras que memorizar un poema largo y aburrido para la escuela, ¿quién se tomaría el tiempo para ayudarte a aprenderlo?	+
14. ¿A quién no quieres ver tan seguido?	-
15. ¿Quién piensa que eres lindo?	+
16. ¿Quién te castiga mucho?	-
D. ¿Quién en tu familia no bebe leche?	
17. ¿Quién está muy ocupado para pasar tiempo contigo?	-
18. ¿Quién generalmente cumple sus promesas contigo?	+
19. ¿Quién es muy divertido?	+
20. ¿Quién te hace sentir enojado?	-
21. ¿Quién se queja mucho de ti?	-
22. ¿Quién te hace sentir feliz?	+
23. ¿Quién te grita mucho?	-
24. ¿Con quién te gustaría jugar?	+
E. ¿A quién en tu familia le gustan mucho los hotdogs?	
25. ¿Quién piensa que eres un niño/a malo/a?	-
26. ¿Con quién te sientes seguro?	+
27. ¿Quién te pone atención?	+
28. ¿Quién generalmente no sabe cómo te sientes?	-
29. ¿Quién es la persona que te explica las cosas mejor?	+
30. ¿Quién te gustaría que te meta en la cama en la noche?	+



<b>31. ¿A quién no le gustas?</b>	-
<b>32. ¿Quién no te ayudaría cuando necesitas ayuda con algo?</b>	-
<b>F. ¿Quién en tu familia ve más TV?</b>	
<b>33. ¿A quién no le gusta acurrucarte?</b>	-
<b>34. Cuando estás teniendo problemas con el trabajo escolar, ¿a quién le puedes pedir ayuda?</b>	+
<b>35. Cuando algo te está molestando, ¿con quién puedes acudir?</b>	+
<b>36. ¿Quién te hace sentir miedo?</b>	-
<b>37. ¿Quién te gustaría que te dejara en paz?</b>	-
<b>38. Cuando sientes miedo, como cuando tienes un mal sueño, ¿a quién le cuentas de esto?</b>	+
<b>39. ¿Quién te molesta mucho?</b>	-
<b>40. ¿Con quién desearías pasar más tiempo?</b>	+
<b>G. ¿Quién en tu familia habla más?</b>	
<b>H. ¿A quién en tu familia le gustan las fresas?</b>	
<b>SUMA POSITIVA</b>	
<b>SUMA NEGATIVA</b>	

**PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL**

**GUÍA 3: Parte B, C, y D**

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

**GUÍA 3: Parte B(3): Encuesta sobre las relaciones clave del niño**

(1) Otros adultos con los que el niño tiene cercanía (registre nombres y relación):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) ¿Han sido observadas las interacciones entre el niño y cualquiera de estos otros adultos?

\_\_\_ sí \_\_\_ no

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

¿Ha estado separado el niño del cuidador por un periodo de tiempo significativo?

\_\_\_ sí \_\_\_ no (Si la respuesta es sí, usar la siguiente tabla)

Fecha(s) de separación	Edad	Causa	Cualquier contacto con usted del niño durante la separación	Quién cuidó al niño durante la separación

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Pérdida de adultos significativos? \_\_\_ sí \_\_\_ no Edad del niño al momento de la pérdida: \_\_\_ Reacción del niño ante la pérdida: \_\_\_\_\_

¿Pérdida de mascotas? \_\_\_ sí \_\_\_ no Edad del niño al momento de la pérdida: \_\_\_ Reacción del niño ante la pérdida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue este embarazo considerado anormal en cualquier sentido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Acaso la madre o el padre consideraron en algún momento dar a este niño en adopción? Si es así, dar detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fue este niño no planeado, y/o nacido fuera del matrimonio? Si es así, dar detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Identifica el padre/madre a este niño con alguien hacia quien es extremadamente hostil? (Por ejemplo: "¡Es justo como mi hermano, Bill, que esta loco!" o "Cada vez que lo veo, veo a mi ex esposo".) Si así es, diga con quién se identifica al niño, y cómo se siente el padre acerca de esa persona.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**GUÍA 3 Parte D(3): Factores Históricos (Cuidador)**

(1) Dé cinco palabras que describan su relación con su madre cuando era niño.

Palabras	¿Qué le hizo escoger estas palabras?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(2) Dé cinco palabras que describan su relación con su padre cuando era niño.

Palabras	¿Qué le hizo escoger estas palabras?
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(3) ¿Acaso su padre(s) alguna vez lo amenazó para hacerlo comportarse?

\_\_\_ sí \_\_\_ no  
¿Qué padre? \_\_\_\_\_  
¿Qué tipo de amenaza? \_\_\_\_\_

(4) ¿Alguna vez fue "golpeado" (no sólo nalgueado)?

\_\_\_ sí \_\_\_ no  
¿Qué sucedió? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía usted? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan seguido pasó? \_\_\_\_\_

(5) ¿La experiencia de haber sido golpeado o amenazado cuando niño aún lo afecta ahora que es un adulto?

\_\_\_ sí \_\_\_ no \_\_\_ N/A  
¿Cómo le afecta? \_\_\_\_\_

(6) ¿El hecho de que fue golpeado o amenazado cuando niño afecta el modo en que usted maneja a sus hijos?

\_\_\_sí \_\_\_no \_\_\_N/A

¿Cómo?\_\_\_\_\_

(7) ¿Fue usted alguna vez tocado de un modo sexual, o de un modo que lo hiciera sentir incómodo cuando era niño?

\_\_\_sí \_\_\_no (si no, vaya a la no. 10)

¿Por quién?\_\_\_\_\_

¿Qué sucedió?\_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía?\_\_\_\_\_¿Qué tan seguido pasó?\_\_\_\_\_

¿Sabían sus padres de esto? \_\_\_sí \_\_\_no

¿Qué hicieron sus padres al respecto?\_\_\_\_\_

Si fue alguno de sus padres el que hizo esto, ¿qué hizo el otro padre sobre esto?\_\_\_\_\_

(8) ¿El hecho de que usted fue abusado sexualmente cuando niño le afecta ahora que es un adulto?

\_\_\_sí \_\_\_no

¿Cómo le afecta?\_\_\_\_\_

(9) ¿El hecho de que usted fue abusado sexualmente cuando niño afecta el modo en que usted maneja a sus hijos?

\_\_\_sí \_\_\_no

¿Cómo?\_\_\_\_\_

(10) ¿Fue usted alguna vez mandado lejos o abandonado cuando niño?

\_\_\_sí \_\_\_no (si no, ir a la no. 13)

¿Qué sucedió?\_\_\_\_\_

¿Que edad tenía usted?\_\_\_\_\_¿Qué tan seguido pasó?\_\_\_\_\_

(11) ¿El hecho de que usted fue mandado lejos o abandonado cuando niño le afecta ahora que es un adulto?

\_\_\_sí \_\_\_no

¿Cómo le afecta?\_\_\_\_\_

(12) ¿El hecho de que usted fue mandado lejos o abandonado cuando niño le afecta el modo en que maneja a su hijo (s)?

\_\_\_sí \_\_\_no

¿Cómo?\_\_\_\_\_

(13) ¿Perdió alguna vez, o estuvo separado de, alguien que era importante para usted durante su niñez?

\_\_\_sí \_\_\_no (si no, ir a no. 14)

**(Si la respuesta es sí, usar la siguiente tabla)**

Persona perdida o de la que fue separada	Fechas de la pérdida o separación	Edad en el momento de la separación	Causa de la pérdida o la separación	Quién lo cuidó durante la separación

¿Cómo reaccionó a la pérdida(s) o separación(es) cuando niño?

---

¿Cómo reaccionaron sus padres cuando usted fue separado de ellos?

---

(14) Cuando niño:

¿Se sentía querido?      \_\_\_sí      \_\_\_no

¿Sentía que pertenecía a su familia?      \_\_\_sí      \_\_\_no

¿Sentía que era aceptado por lo que usted era?      \_\_\_sí      \_\_\_no

Explique cualquiera de las anteriores:

---



---



---

¿Piensa que su padre(s) se daba cuenta de cómo se sentía?

\_\_\_sí      \_\_\_no

Elabore: \_\_\_\_\_

(15) Hemos estado hablando sobre sentimientos de aceptación y pertenencia. ¿Cree usted que estos sentimientos le afectan la manera en que es ahora?

\_\_\_sí      \_\_\_no

¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿Cree usted que estos sentimientos afectan su paternaje con su hijo(s)?

\_\_\_sí      \_\_\_no

¿Cómo? \_\_\_\_\_

---

**Para el entrevistador:**

En su opinión, ¿qué tan capaz es este padre de adoptar un apego exitoso con su(s) hijo(s)?

\_\_\_\_\_ Mucho

\_\_\_\_\_ Moderadamente

\_\_\_\_\_ Mínimamente

\_\_\_\_\_ No sé

# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 4: Parte A (4): Observación de la habilidad parental actual (lactantes y niños menores de 2 años)

(NOTA: Favor de seguir las instrucciones del manual cuidadosamente para evaluar esta guía)

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del niño	4A	4B	4C
0 a 24 meses	*	*	
24 meses en adelante		*	*

### RESUMEN PARA ESTE CUIDADOR

<b>A.</b> Auto-Regulación	<b>B.</b> Apego	<b>C.</b> Diferenciación de sensaciones corporales de emociones	<b>D.</b> Organización Conductual
_____	_____	_____	_____

*Para cada una de las siguientes cuatro escalas (A, B, C, D) dé una puntuación (1 a 9, o N/A para no aplicable) para este cuidador. Puede usar las puntuaciones de número entre aquellos descritos (esto es, los puntajes 2, 4, 6, 8). Use una forma separada para cada niño. Favor de usar una forma separada para cada cuidador.*

### **A. HABILIDAD PARA LOGRAR LA AUTO-REGULACIÓN (0 A 3 MESES)**

#### Significado:

Este reactivo evalúa la habilidad del cuidador para saber qué está mal e intervenir para evitar que el lactante sea abrumado por sensaciones corporales intensamente displacenteras tales como hambre, sed, frío, falta de apoyo, y otras.

#### Para evaluar este reactivo:

¿Cuál de las siguientes descripciones encaja mejor con cómo maneja el padre a este niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si usted siente que los manejos del padre con el niño caen entre 5 y 7, use el puntaje de 6.

## SIN EMBARGO

Si usted siente que el padre estuvo la mayor parte del tiempo no disponible para confortar al lactante pero tuvo momentos en que fue terriblemente sobre estimulante y caótico, no promedie 1 y 9 para obtener un puntaje de 5, sino que más bien informe de dos puntajes (esto es, casi siempre 1, pero a veces 9).

### **(1) Consistentemente no disponible para confortar al lactante.**

- Distante, egocéntrico, muy deprimido, retraído, etc.
- No se acerca ni gana el interés del lactante

### **(3) Intermitentemente disponible. Puede confortar por periodos breves o cuando el lactante no está muy molesto.**

- Tiene una serie de maneras (a través de la voz, mecer y otros movimientos) y una variedad de respuestas emocionales que reconocen la individualidad del bebé
- Intermitentemente interesante para el lactante
- Gana la atención del lactante en ocasiones diferentes a las de la alimentación

### **(5) Usualmente exitoso en confortar al lactante mediante la lectura exacta y respondiendo efectivamente a las señales del lactante.**

- Tiene una serie de maneras (a través de la voz, mecer y otros movimientos) y una variedad de respuestas emocionales que reconocen la individualidad del bebé
- Intermitentemente interesante para el lactante
- Se acerca al lactante usándose a sí misma u objetos (juguetes) para ganar su interés
- Gana la atención del lactante de una manera relajada, enfocada, -ayuda al lactante a usar visión, tacto, sonido, movimiento para explorar al cuidador y al mundo exterior
- Sólo rara vez, aún bajo estrés, la capacidad del cuidador es interferida

### **(7) Trata de confortar, pero fuera de sincronía con el lactante.**

- Excesivamente intrusivo
- Intermitentemente hiper estimulante
- Gana la atención del lactante, pero intermitentemente abruma/distrae al lactante con pocos o demasiados estímulos

### **(9) Terriblemente sobre estimulante y caótico**

- Consistentemente abruma al lactante con muchos estímulos o muy intensos
- Debilita la propia capacidad reguladora del lactante

SU CALIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

## **B. PARTICIPACIÓN EN EL APEGO DEL cuidador (2 a 7 meses)**

### **Significado:**

Este reactivo evalúa la habilidad del cuidador para responder emocionalmente al lactante en momentos de estrés, y de servir como una base segura, capaz de confortarlo cuando está molesto.

### **Para evaluar este reactivo:**

¿Cuál de las siguientes descripciones encaja mejor con cómo maneja el padre a este niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si usted siente que los manejos del padre con el niño caen entre 5 y 7, use el puntaje de 6.



## SIN EMBARGO

*Si usted siente que el padre la mayor parte del tiempo mostró poco o esporádico interés en el niño (esto es, Puntaje=2) pero tuvo estallidos de inversión extrema o caótica (Puntaje=8), no promedie los dos para obtener un puntaje de 5, sino que más bien registre de dos puntajes (esto es, casi siempre 2, pero ocasionalmente 8).*

**(1) Consistentemente no disponible emocionalmente (carece de calidez).**

- Mecánico o desinteresado
- Sin mirar, sonreír, hablar o tocar al lactante

**(3) Interés emocional intermitente.**

- Cierta mirar, hablar a, acurrucarse y/o acariciar (puede estar limitado a una modalidad, esto es, sólo mirar, sólo hablar, etc.)
- Cualquier contacto emocional existente es muy vulnerable al estrés del cuidador

**(5) Apego óptimo**

- Inversión emocional profunda expresado a través de sonrisas, miradas, tacto, habla, etc.
- Interés amoroso persistente y puede acomodar el enojo y decepción ocasionales
- El interés amoroso puede sobrevivir al estrés del cuidador (enfermedad, cansancio, etc.)

**(7) extremadamente interesado en lactante.**

- Parece muy interesado, pero parece excesivamente ansioso y excesivamente protector
- excesivamente sonriente y/o acariciando
- excesivamente preocupado por que el lactante esté "feliz"

**(9) Inversión emocional de alguna manera caótica.**

- Abrumador y/o excesivamente intrusivo
- Calidad de impulso parece no relacionada al humor o estados del lactante

**SU PUNTAJE:** \_\_\_\_\_

### **C. DIFERENCIACIÓN DE SENSACIONES CORPORALES DE EMOCIONES (3 A 10 MESES)**

**Significado:**

Este reactivo evalúa la habilidad del cuidador para ayudar al lactante a aprender a saber la diferencia entre necesidades corporales tales como hambre o sed y urgencias no físicas o emociones tales como un deseo de cercanía, necesidad de ayuda, etc., y comunicar esta diferencia a los cuidadores.

**Para calificar este reactivo:**

¿Cuál de las descripciones siguientes se ajusta mejor a cómo el padre maneja este niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si siente que los manejos del padre con el niño caen entre dos descripciones (ejemplo: entre escenario 3 y escenario 5), anote el número entre ellos (un puntaje de 4). No promedie los dos extremos de puntajes, sino que registre de manera separada (como usualmente 9, pero esporádicamente 2).

**(1) Indiferencia a las comunicaciones del lactante.**

- Falla totalmente en reconocer o responder de cualquier manera a señales del lactante tales como sonrisa, miradas, vocalización, alcanzar

**(3) Respuesta intermitente y/o limitada.**

- Responde propositivamente sólo intermitentemente O
- Responde sólo de una manera (esto es, a sonrisa, pero no miradas, vocalización, o búsqueda de parte del lactante) O
- Puede mal interpretar totalmente áreas de afecto (como aserción, ternura)

**(5) Respuesta óptima.**

- Lee y responde recíprocamente y con empatía al rango total de las comunicaciones del lactante (sonrisas, vocalizaciones, miradas, expresiones faciales, movimientos)
- Interpreta una variedad de signos
- Responde a un rango de estados afectivos
- Anima la dependencia placentera
- Permanece empático ante protesta y aserción
- Respuesta empática sin ser afectada por el estrés del cuidador

**(7) Frecuentemente responde en exceso y/o mal interpreta algunas señales.**

- Cuando ansioso, el cuidador tiende a confundir sus propios sentimientos con los del lactante
- Limitado a algunos estados afectivos de la madre O
- Algunas expresiones de sentimiento del bebé O
- Cuando el cuidador está estresado
- Esto es, puede responder apropiadamente a sonrisas pero puede responder en exceso a protestas mediante la sobrealimentación (esto es, percibir mal el estrés como hambre)

**(9) Malinterpreta y responde en exceso a todas las señales.**

- Respuesta excesiva consistente, caótica, intrusiva
- Extremadamente/consistentemente incapaz de leer las señales del lactante y responder en forma empática
- Extrema inconsistencia de respuestas a lo largo del tiempo

SU PUNTAJE: \_\_\_\_\_

**D. ORGANIZACIÓN CONDUCTUAL, INICIATIVA E INTERNALIZACIÓN (9 A 24 MESES)**

**Significado:**

Este reactivo evalúa la habilidad del cuidador para ayudar al niño a aprender a funcionar e interactuar de una manera organizada, mostrando iniciativa y control.

**Para calificar este reactivo:** ¿Cuál de las siguientes descripciones se ajusta mejor con cómo enfrenta el padre a este niño? Anote el número de ese puntaje en el espacio dado abajo. Si siente que los manejos del padre con el niño caen entre dos descripciones (ejemplo, entre escenario 7 y escenario 9), meta el número entre ellos (puntaje de 4). No promedie los dos extremos de puntajes, sino que registre de manera separada (esto es, sobre todo 8, pero esporádicamente 2).

**(1) No disponible para ayudar en la organización.**

- No disponible para el niño mientras el niño está organizando conductas complejas
- Esto es, se retrae, como si el niño "ya no me necesita"
- No aceptante de cualquier iniciativa del niño, a pesar de lo apropiada que sea

**(3) Responde alrededor de temas limitados de una manera organizada cuando no está bajo estrés**

- Interactúa de una manera organizada alrededor de pocos temas limitados o cuando no está bajo estrés/tensión
- Jugará juegos organizados, interactivos de una naturaleza amorosa, pero se retraerá tan pronto como la agresión o aserción se muestren

- Intermitentemente disponible para la iniciativa del niño, dependiendo del tema
- Puede animar al niño a jugar con puzzles, pero alejará el interés del niño en el cuerpo humano
- Respuesta fácilmente desorganizada por el estrés/tensión

**(5) Asistencia óptima re: organización**

- Puede interactuar en una manera compleja, organizada, ayudando al niño a organizar un paso adelante
- Capaz de hacer esto en un rango amplio de temas (como amor, dependencia, separación, enojo)
- Puede incorporar un número de temas dentro de una secuencia de interacción. Puede incluir: amor/odio
- Pasividad y actividad
- Resistente y se recupera bien del estrés/tensión
- Tolera la frustración y el negativismo del niño
- Capaz de alcanzar al niño y mantenerse disponible sin ser excesivamente controlador
- Admira la iniciativa del niño, y puede seguir la dirección del niño mientras, al mismo tiempo, pone límites de manera efectiva para ayudar al niño a tomar iniciativa en auto control
- Permite la separación, pero permanece disponible y sabe cuándo alcanzar al niño amorosamente

**(7) Leve a moderadamente desorganizado en respuesta a la conducta del niño.**

- Las respuestas se vuelven confusas y levemente desorganizadas cuando la conducta del niño se vuelve compleja
- Esto es, no puede cambiar de un juego a otro O
- Cambia (y/o introduce nuevas ideas) demasiado rápido, confusamente o desorganizando al niño
- Tiende a sobre controlar al niño, debilitando la iniciativa
- Ansioso e intrusivo

**(9) Respuesta caótica o excesivamente controladora a la conducta del niño.**

- Totalmente caótico y fácilmente desorganizado por el niño y/o desorganizando bastante al niño
- No da oportunidad a la iniciativa del niño
- Se vuelve físico en tendencia a sobre controlar
- Tiende a hacer toda la iniciativa en todas las áreas

**SU PUNTAJE:** \_\_\_\_\_

**NOTAS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 4B: Observación de la Habilidad Parental Actual (para niños de 2 años en adelante; secciones aplicables también para niños menores)

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del Niño	#4A	#4B	#4C
0 a 24 meses	*	*	
24 meses en adelante		*	*

### CUIDADOR

Nombre

Relación con el niño

(1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. CAPACIDAD DE SATISFACER NECESIDADES BÁSICAS

Seleccionar al contestar S (Sí), C (Cuestionable) o N (No) para cada reactivo S C N

NECESIDADES	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 3
Nutrición adecuada			
Vestimenta adecuada			
Refugio adecuado			
Cuidado de salud adecuado			
Higiene adecuada			
Seguridad con el padre adecuada			
Si el niño tiene necesidades especiales puede el padre facilitar cuidado para éstas			

**COMENTARIOS/OBSERVACIONES SOBRESALIENTES: incluyendo excepciones (use el reverso para comentarios adicionales):**

*Para evaluar SECCIONES 2A, 2B, 3, 4 y 5:*

**Para cada categoría, favor de evaluar al Cuidador usando la siguiente escala:**

1= Consistentemente, 2= Usualmente, 3= Algunas veces, 4= Raramente, 5= Para nada, 6= No sé

## 2. HABILIDAD DE RESPONDER A NECESIDADES PSICOSOCIALES

### 2A. RESPUESTA AFECTIVA E INVOLUCRAMIENTO

<b>INVOLUCRAMIENTO</b>	<b>Cuidador 1</b>	<b>Cuidador 2</b>	<b>Cuidador 3</b>
El padre tiene contacto físico apropiado con el niño			
El padre responde cuando el niño inicia			
El padre responde con un tono emocional apropiado cuando el niño inicia contacto			
El niño responde cuando el padre inicia contacto			
El padre comunica placer al niño al estar en su compañía			
El niño comunica placer al padre al estar en su compañía			
El padre permite el juego espontáneo			
El padre se inmiscuye o controla el juego del niño			
El padre responde con exactitud a los señales del niño			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

### 2B. PROPIEDAD DE LOS ROLES

<b>ROLES</b>	<b>Cuidador 1</b>	<b>Cuidador 2</b>	<b>Cuidador 3</b>
El padre compite con el niño			
El padre busca ayuda para el niño inapropiada para la edad			
El padre se relaciona con el niño como un par			
El padre responde a las preguntas o peticiones del niño de manera apropiada para la madurez del niño			
El padre apoya y motiva al niño			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

## 4. DISPOSICIÓN HACIA EL NIÑO

<b>DISPOSICIÓN</b>	<b>Cuidador 1</b>	<b>Cuidador 2</b>	<b>Cuidador 3</b>
El padre es cálido y cariñoso con el niño			
El padre está generalmente desinteresado en el niño			
El padre está generalmente irritable con el niño			
El padre es hostil/agresivo hacia el niño			
El padre es rechazante hacia el niño			
El padre es generalmente crítico del niño			
El padre identifica las cualidades positivas del niño			
El padre es demandante o represor con el niño			
El padre tiene expectativas no apropiadas para la edad/ irracionales/rígidas sobre el niño			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

## 5. HABILIDAD PARA DEFINIR AL NIÑO COMO UNA PERSONA DIFERENTE DEL PADRE

HABILIDAD	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 3
El padre reconoce que las necesidades del niño no son las mismas que las suyas			
El padre es capaz de poner a un lado sus propias necesidades para responder al niño			
El padre reconoce que el niño tiene razones propias para actuar como lo hace			
El padre exige una relación exclusiva/posesiva con el niño			
El padre depende el niño para satisfacer sus propias necesidades (las del padre)			
El padre justifica la conducta del niño culpándose a sí mismo			
El niño justifica la conducta del padre culpándose a sí mismo			
El padre interrumpe o habla por el niño			
El padre atribuye motivos terriblemente inapropiados al niño			
El padre permite al niño tener amigos/contactos fuera de la familia			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

## 5. MANEJO DEL NIÑO

MANEJO	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 3
El padre pone límites apropiados al niño			
El padre hace un seguimiento en respuesta a los límites			
El padre da consecuencias apropiadas al mal comportamiento			
El padre es flexible en la respuesta parental			
El padre es capaz de negociar de manera exitosa con el niño			
El padre es consistente con las consecuencias			
El padre distrae al niño de vencer una dificultad			
El padre provee explicaciones apropiadas a la edad sobre las consecuencias			
El padre tiene una fuerte convicción sobre la necesidad de castigo físico			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

*Para la Sección 6: Favor de contestar Sí (S), No (N) o Cuestionable (C) para cada categoría.*

**6. RESUMEN: EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LAS FORTALEZAS DEL PADRE SOBRE LAS QUE SE PUEDE CONSTRUIR?**

	<b>Cuidador 1</b>	<b>Cuidador 2</b>	<b>Cuidador 3</b>
Habilidad de satisfacer las necesidades básicas (ver Sección 1)			
Habilidad de satisfacer necesidades especiales (ver Sección 1)			
Cariñoso- cálido y correspondiente (ver Sección 2A)			
Toma un rol paterno apropiado (ver Sección 2B)			
Disposición positiva hacia el niño (ver Sección 3)			
Habilidad para ver al niño como separado (ver Sección 4)			
Demuestra juicio/habilidad apropiados (ver Secciones 2A 2B 5)			
Destrezas para el manejo del niño (ver Sección 5)			
Flexible y versátil en las destrezas de manejo (ver Sección 5)			

**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 4C: Habilidad para satisfacer necesidades intelectuales/educacionales (Para niños de 2 años en adelante)

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Edad del Niño	#4A	#4B	#4C
0 a 24 meses	*	*	
24 meses en adelante		*	*

### CUIDADOR

Nombre	Relación con el niño
(1) _____	_____
(2) _____	_____
(3) _____	_____

### Para calificar en SECCIÓN I:

#### Para cada categoría, favor de calificar al cuidador usando la siguiente escala:

1= Consistentemente, 2= Usualmente, 3= Algunas Veces, 4= Rara vez, 5= De ninguna manera, 6= No sé

### 1. HABILIDAD PARA SATISFACER LAS NECESIDADES INTELECTUALES/EDUCATIVAS

	Cuidador 1	Cuidador 2	Cuidador 3
Consciente de las necesidades intelectuales particulares de la edad/etapa			
Proporciona estimulación intelectual apropiada			
Proporciona estimulación de lenguaje apropiada			
Proporciona material/motiva actividades y habilidades			
Reconoce dificultades en el desempeño intelectual o lenguaje			
Capaz de ayudar (o de conseguir ayuda) para problemas cognitivos, de lenguaje o escolares si es necesario			
Actitud hacia la escuela cooperativa y positiva, más que negativa o desinteresada			
Asiste a las reuniones padre/maestro cuando se le pide			
Responde a las peticiones de los maestros			
Motiva la tarea, ayudando o consiguiendo ayuda si es necesario			



**COMENTARIOS (use el reverso para comentarios adicionales):**

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 5: Control de Impulsos

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

**Para cada categoría, favor de calificar al Cuidador usando la siguiente escala:**

1= Consistentemente, 2= Usualmente, 3= Algunas Veces, 4= Rara vez, 5= De ninguna manera, 6= No sé

	Puntuación
a) Cuando el padre está molesto con el niño(s), ¿Qué tan probable es que responda automáticamente, sin pensar?	1 2 3 4 5 6
b) ¿Es el padre capaz de reconocer sus emociones antes de actuar?	1 2 3 4 5 6
c) ¿Es el padre capaz de considerar alternativas posibles antes de actuar?	1 2 3 4 5 6
d) ¿Es el padre capaz de considerar las probables consecuencias de estas alternativas antes de actuar?	1 2 3 4 5 6
e) ¿Tiene disponible el padre una relación de apoyo (con su compañero/a, o padres, o un niño mayor, o un confidente, o un terapeuta o trabajador) que pueda usar para mantener/restablecer el control de sus impulsos cuando se siente temporalmente abrumado o molesto?	1 2 3 4 5 6
f) ¿Está el padre involucrado en cualquier relación en la que el compañero pierda el control de sus impulsos y desencadene una pérdida de control en el padre evaluado?	1 2 3 4 5 6
g) Cuando esté padre está molesto por la conducta del niño(s), ¿qué tan probable es que se sienta incapaz de encontrar un modo de enfrentar la situación)?	1 2 3 4 5 6
h) ¿Es el control de impulsos mejor ahora, peor o el mismo que comparado con hace 3 a 4 meses atrás? Si es así, ¿por qué, y cuál es la importancia de ese cambio?	

**RESUMEN SOBRE lo observado en cuanto a CONTROL DE IMPULSOS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

### GUÍA 6: Aceptación de Responsabilidad por parte del Cuidador

NIÑO: \_\_\_\_\_

CASO NO. \_\_\_\_\_

CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

*Para cada cuidador, considere la aplicabilidad de cada una de las siguientes afirmaciones. Seleccione entonces al menos una (puede elegir más de una) que describa mejor su conducta. Para cada afirmación escogida, favor de evaluar al cuidador usando la siguiente escala:*

1= Consistentemente, 2= Usualmente, 3= Algunas Veces, 4= Rara vez, 5= De ninguna manera, 6= No sé

a) Acepta la responsabilidad apropiada y es capaz de modificar sus actitudes y conducta

**Puntuación:**

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Verbalmente **niega** la responsabilidad, pero **sí modifica** sus actitudes y conducta en respuesta a la intervención

**Puntuación:**

**Comentarios:**

c) **Acepta** la responsabilidad verbalmente, pero **es incapaz de modificar** sus actitudes y conducta

**Puntuación:**

**Comentarios:**

d) **Acepta total** responsabilidad (es incapaz de sostener que los niños son responsables de su conducta)

**Puntuación:**

**Comentarios:**

e) Puede **admitir inadecuaciones/problemas** en las conductas parentales, pero proyecta la responsabilidad de éstas a otros (a abuelos, al niño, el C.A.S., escuela)

**Puntuación:**

**Comentarios:**

f) El padre **verbalmente rechaza la responsabilidad** y es renuente/incapaz de modificar ya sea sus actitudes o conducta en respuesta a la intervención

**Puntuación:**

**Comentarios:**

**COMENTARIOS ADICIONALES** en cualquiera de las afirmaciones anteriores (ponga el número de la afirmación junto con su comentario), y la base para sus conclusiones, o para cualquier otro comentario sobre la habilidad del cuidador de aceptar la responsabilidad como padre:

**PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL**

**GUÍA 7: Conductas adultas que afectan al paternaje**

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

Use una forma separada para cada cuidador. Para cada conducta en la lista, marque la alternativa que se aplique.

**PARTES A Y B:**

*Al final de las Partes A y B, comente cómo las conductas identificadas (marcadas con SÍ) afectan al paternaje. No adivine cómo estas conductas afectan el paternaje, y no especule en base a la teoría sobre cómo el paternaje puede estar afectado. Apóyese solamente en lo que ha sido observado por usted y/o otros observadores confiables. De otra manera, marque No Sé (N/S) en la sección de comentarios.*

ESCALA DE EVALUACIÓN: S=SÍ      N=NO      N/S=NO SÉ

**PARTE A: FORTALEZAS PERSONALES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD PARENTAL**

	S	N	N/S
Organizado			
Reflexivo (capacidad de pensar sobre las cosas)			
Flexibilidad			
Solución de problemas efectiva			
Habilidad de comunicarse			
Habilidad de negociar			
Empático			
Deseo de cambiar y llegar a una resolución			
Energético			
Auto-control			
Humor estable			
Optimismo			
No agresivo			
Confianza en su capacidad para hacer las cosas			



















**PARTE C:¿CÓMO AFECTA EL PATRÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA A LA CAPACIDAD PARENTAL?**

Aquí estamos tratando solamente con las conductas **problema** de la Parte B. Algunas conductas problema de los padres afectan continuamente la capacidad parental. Sin embargo, otros padres tienen conductas problema que van y vienen por periodos de tiempo limitados. Cuando están presentes, pueden tener efectos marcados en la capacidad parental.

*Si el padre al que está evaluando muestra conductas problema que están presentes continuamente, entonces conteste sólo las preguntas "(a)".*

*Pero, si las conductas problema de los padres van y vienen, mostrando periodos limitados de ausencia y presencia, entonces conteste ambas preguntas "(a)" y "(b)".*

**1. ¿Usted cree que esta persona muestra un patrón continuo de conductas tales?**

---

---

---

**2. a) ¿Por cuánto tiempo las conductas problema notadas en Parte B han estado afectando la capacidad parental?**

---

---

---

**b) Si el padre muestra una historia clara de presencia y ausencia de conductas problema, ¿por cuántos meses han estado presentes las conductas problema?**

**i) En el último año**

---

---

---

**ii) En los últimos cinco años**

---

---

---

**3 ¿Ha requerido este padre hospitalización en el pasado por sus conductas problema? Si es así, dé la fecha y duración de cada hospitalización.**

---

---

---

---

**4a) ¿Cómo afectan las conductas problema de este padre su habilidad para aprender/integrar nuevas conductas?**

---

---

---

---

**b) Cómo afectan las conductas problema de este padre su habilidad para aprender/integrar nuevas conductas:**

**i) Cuando las conductas problema están presentes** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ii) Cuando las conductas problema están ausentes**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. a) ¿Cuál es el efecto del contacto entre el padre con las conductas problema y el niño (s)?**

**i) ¿en el niño(s)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ii) ¿En el padre?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**iii) ¿Reaccionan todos los hermanos de la misma manera? Si no, explique:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**iv) ¿Cómo comprende cada niño los problemas del padre?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**b) Si los efectos del contacto con los niños difiere de manera marcada dependiendo de si las conductas problema están presentes o ausentes, describa cómo difieren las respuestas:**

**i) Cuando la conducta problema está presente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ii) Cuando la conducta problema está ausente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. ¿Hay otro adulto en casa tanto capaz como deseoso de compensar por las conductas problema del padre afectado?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







# PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## GUÍA 8: Relación del Cuidador con la Comunidad

NIÑO: \_\_\_\_\_  
CASO NO. \_\_\_\_\_  
CUIDADOR (Nombre y relación con el niño) : \_\_\_\_\_  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

**CUIDADORES EVALUADOS: (Use una forma separada para cada cuidador)**

### CUIDADOR

Nombre

Relación con el niño

(1) \_\_\_\_\_  
(2) \_\_\_\_\_  
(3) \_\_\_\_\_

***PARTE A: RELACIÓN DE APOYO MÁS ALLÁ DE LA FAMILIA INMEDIATA: Para cada relación de apoyo, si la respuesta a la pregunta (1) es SÍ, entonces pase a la pregunta (2), (3), y (4). Si la respuesta a la pregunta (1) es NO o NO SÉ, proceda a Parte B. Llene una forma para cada cuidador.***  
CALIFICACIÓN: S=SÍ, N=NO, N/S=NO SÉ

(1) ¿Disponble para el padre?

	S	N	N/S
Familia Extensa			
Amigos			
Vecinos			
Grupos Sociales			
Grupos de Auto Ayuda			
Otros (especificar)			

(2) ¿Haber hecho uso de/haber participado en/ por el padre?

	S	N	N/S
Familia Extensa			
Amigos			
Vecinos			
Grupos Sociales (iglesia, clubs, etc)			
Grupos de Auto Ayuda			
Otros (especificar)			

(3) ¿Influencia positiva en el niño(s) y/o en el paternaje?

	S	N	N/S
Familia Extensa)			

Amigos			
Vecinos			
Grupos Sociales (iglesia, clubs, etc)			
Grupos de Auto Ayuda			
Otros (especificar)			

(4) ¿En qué manera?

Familia Extensa)	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/S</b>
Amigos			
Vecinos			
Grupos Sociales (iglesia, clubs, etc)			
Grupos de Auto Ayuda			
Otros (especificar)			

**PARTE B: NIVEL DE COOPERACIÓN CON INSTITUCIONES SOCIALES: Evalúe a cada cuidador para cada institución social abajo usando las siguientes categorías:**

<p><b>1= Usualmente no cooperativo</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>3= A veces cooperativo</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>N/S= No sé</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>2= A veces no cooperativo</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>4= Usualmente muy cooperativo</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>N/A= No aplicable</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	--

**(NOTA: Un ejemplo de conducta no cooperativa es tratar con las instituciones sociales mediante: (a) conflicto frecuente; (b) exigencias extremas; (c) sumisión extrema; (d) evitación inapropiada.)**

<b>Cuidador 1:</b>	<b>Cuidador 2:</b>
trabajo	trabajo
escuela	escuela
agencia de protección infantil	agencia de protección infantil







# PROYECTO DE LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARENTAL

## SECCIÓN E: PERFIL DE PATERNAJE FAMILIAR

- **Una calificación de “Preocupación Mayor”** debe ser usada solamente si el campo de paternaje evaluado por esta guía es considerado un riesgo mayor para la seguridad del niño(s), su desarrollo, y/o salud mental en la situación de vida presente. A menos de que este aspecto del paternaje pueda ser mejorado significativa y rápidamente, debe considerarse seriamente si el niño requiere protección a través de sacarlo del contexto familiar. Cómo este campo de paternaje debe ser enfrentado debe ser delineado en el plan de cuidado del niño.
- **Una calificación de “Preocupación Menor”** en el campo de paternaje evaluado por esta guía indica que existe un cierto riesgo pero menor a la salud del niño(s), su desarrollo, y/o salud mental en el contexto familiar presente. Mientras más dimensiones sean evaluadas con “Preocupación menor”, más debería considerar uno sobre si el paternaje estaba satisfaciendo los estándares aceptables mínimos, especialmente si los esfuerzos para mejorar este aspecto del paternaje fueran rechazados o probaran no ser exitosos. Los problemas indicados por esta evaluación deberían ser abordados en el plan de cuidado del niño.
- **Una calificación de “No Preocupación”** en el dominio del paternaje evaluado por esta guía constituye ningún riesgo a la seguridad del niño(s), su desarrollo, y/o salud mental en el contexto familiar presente. Algunos aspectos de este campo deben, al menos por momentos, constituir diferentes ventajas; otros pueden, especialmente bajo estrés, servir temporalmente como riesgos menores.
- **Una calificación de “Fortaleza Menor”** en el dominio de paternaje evaluado en esta guía es, en un punto modesto, una ventaja protegiendo la seguridad del niño(s), su desarrollo, y/o salud mental en la familia siendo evaluada. Las fortalezas indicadas en esta calificación pueden ser capaces de ser utilizadas dentro de un plan de cuidado apropiado.
- **Una calificación de “Fortaleza Mayor”** significa que este dominio de paternaje es una fortaleza real protegiendo la seguridad, desarrollo, y/o salud mental del niño. Una calificación tal sugiere que este aspecto del paternaje puede compensar algunas otras áreas de debilidad, y puede ser utilizado dentro de un plan de cuidado apropiado.
- **Una calificación de “No Sé”** sugiere que ya sea que no hay suficiente material disponible para evaluar esta dimensión, o que el evaluador es incapaz de interpretar los hallazgos clínicos para lograr un juicio sobre este aspecto del paternaje. Se presumen que en el primer caso, la evaluación debería ser extendida para obtener suficiente información. En el segundo caso, se sugiere la discusión con un supervisor.

### • GUÍAS

	PREOCUPACIÓN MAYOR	PREOCUPACIÓN MENOR	FORTALEZA MENOR	FORTALEZA MAYOR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				