

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación
Programa Docente de Psicología

**“Intervención psicológica con diada Madre-Hija
para mejorar problemas conductuales y rol parental”.**



TESIS

Para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

Alyson Chomina López
Karla Janeth Mc. Grew Hernández

Director de tesis

Mtro. Francisco Zaragoza Ortega

Asesores

Dra. Blanca Aurelia Valenzuela
Dra. Patricia Rodríguez Llanes
Dra. Marcela Sotomayor Peterson

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

ÍNDICE

Intervención Psicológica y Educativa con Niños con Discapacidad.....	1
Indicadores Estadísticos en Educación Especial en México.....	4
Participación Social para la Atención en Educación Especial.....	7
Antecedentes de Intervención en la Problemática.....	10
Conceptualización de la Problemática en la Diada.....	17
Explicación Teórico Conceptual de la Problemática en la Diada.....	22
Metodología para el Diagnóstico.....	26
Pregunta de Investigación.....	28
Hipótesis.....	28
Objetivos de Intervención.....	29
Objetivo general de la Madre.....	29
Objetivos específicos de la Madre.....	29
Objetivo general de la menor.....	30
Objetivos específicos de la menor.....	30
Método.....	31
Participantes.....	31
Diseño Metodológico del Programa de Intervención.....	32
Diseño para la Madre.....	32
Diseño para la menor.....	33

Instrumentos.....	33
Instrumentos aplicados por CRIT.....	33
Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).....	33
Test de Haizea-Llevant de 1991.....	34
Instrumentos complementarios.....	35
Entrevista.....	35
Documentos históricos.....	35
Registros Observacionales.....	36
Pruebas Psicométricas.....	36
Instrumentos de carácter general.....	36
Índice de Estrés Parental.....	36
Procedimiento.....	39
Evaluación de efecto y secuencia de análisis.....	42
Resultados.....	43
Resultados Cualitativos.....	43
Resultados de evaluación diagnóstica.....	43
Presentación de caso.....	43
Resultados de Análisis Funcional.....	45
Delimitación Psicológica.....	45
Análisis funcional.....	45

Resultados de la metodología para el diagnóstico.....	49
Análisis Microcontingencial.....	49
Análisis Macrocontingencial.....	51
Génesis del problema.....	52
Instrumentos complementarios.....	52
Registro observacional (pre-intervención).....	52
Registro observacional (pos-intervención).....	55
Diagnóstico integral.....	58
Diagnóstico psicológico de la Madre.....	58
Antecedentes familiares.....	58
Perfil de estilo de crianza de la Madre.....	59
Efecto de la conducta de G sobre la Madre.....	60
Análisis de Solución.....	61
Resultados Cuantitativos.....	64
Índice de Estrés Parental.....	64
Discusión.....	66
Conclusión.....	67
Plan de Seguimiento y Recomendaciones.....	69
Referencias.....	72
Anexos.....	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.0. Factores de riesgo y protección asociados a la exclusión de niños son discapacitados, según varios autores.....	14
Tabla 2.0. Análisis microcontingencial.....	49
Tabla 3.0. Registro de observación con base a categorías pre-intervención.....	53
Tabla 4.0. Registro de observación con base a categorías posterior a la intervención.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.0. Modelo de Richard R. Abidin (1995).....	26
Figura 2.0. Diagrama Analítico-Funcional de Caso de Madre.....	46
Figura 3.0. Diagrama Analítico-Funcional de Caso de Hija G.....	48
Figura 4.0. Familiograma correspondiente al caso.....	59
Figura 5.0 Modelado de variables, de acuerdo al Modelo de Abidin (1995).....	60
Figura 6.0. Resultados obtenidos de PSI aplicado a Madre.....	65

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Organigrama de CRIT Sonora.....	85
Anexo 2. Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).....	86
Anexo 3. Representación de la Tabla Haizea-Llevant.....	88
Anexo 4. Guía de entrevista para padres.....	89
Anexo 5. Plantilla para el registro anecdótico de la observación.....	94
Anexo 6. Índice de Estrés Parental.....	95
Anexo 7. Plan de actividades.....	103
Anexo 8. Primer registro anecdótico de la observación (Pre-intervención).....	117
Anexo 9. Segundo registro anecdótico de la observación (Pre-intervención).....	118
Anexo 10. Primer registro anecdótico de la observación (Pos-intervención).....	120
Anexo 11. Segundo registro anecdótico de la observación (Pos-intervención).....	122
Anexo 12. Testimonio de Madre.....	123

**“Intervención psicológica con diada Madre-Hija
para mejorar problemas conductuales y rol parental”.**

Chomina López Alyson

Mc. Grew Hernández Karla Janeth

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación

Universidad de Sonora

Resumen

Ante la llegada de un hijo(a) con discapacidad, la familia debe aprender a afrontar las dificultades y a apreciar las competencias que se van adquiriendo como una forma de ajuste a la nueva situación (Guevara & González, 2012). Se seleccionó una diada Madre-hija, usuarias de CRIT Sonora, con dichas áreas de oportunidad. Hija con diagnóstico de *Hiperlaxitud Ligamentaria* y Madre con dificultad en su rol parental, lo cual tenía un efecto directo al momento de manejar los problemas en la administración de contingencias cuando su hija presentaba el comportamiento no deseado. Por ello, el objetivo de este trabajo fue la elaboración e implementación de un programa de intervención psicológica para coadyugar en la corrección de las interacciones problema. El diseño utilizado fue de pos-prueba/pre-prueba, se aplicó el Índice de Estrés Parental (Abidin, 1995) obteniendo una diferencia entre la pre-prueba y pos-prueba. Se encontraron cambios clínicamente significativos en la interacción de la diada, corroborando de esta manera la hipótesis planteada y como respuesta a la pregunta de investigación. El plan de seguimiento se llevó a cabo una vez finalizada la intervención, con el fin de obtener mejores resultados y prevenir recaídas.

Por lo anterior, se concluye una eficacia en el tratamiento, debido al incremento en las competencias parentales y al decremento de la conducta problema de la menor.

Palabras clave: Administración de contingencias, competencias parentales, conductas, discapacidad, estrés de crianza, Hiperlaxitud Ligamentaria, intervención psicológica, rol parental.

Intervención Psicológica y Educativa con Niños con Discapacidad

En las últimas décadas se han incrementado considerablemente el interés y los esfuerzos por asegurar el bienestar de los niños. Vincezi & Tudesco (2009), reconocen que ese bienestar depende de una combinación de múltiples factores como la salud, la participación política, el entorno social, la seguridad personal, el nivel socioeconómico y sin duda la educación.

Considerar la educación y su relación con el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar implica asumir la responsabilidad de promover tanto desde ámbitos de educación formal como no formal, la actualización de las capacidades de elección de los individuos, favoreciendo la equivalencia de oportunidades para acceder a recursos que les permitan acrecentar su autonomía (Vincezi & Tudesco, 2009). Si bien se sabe, la educación es un derecho fundamental de todas las niñas y los niños, los adolescentes y jóvenes mexicanos. Como antecedente de lo anterior, podemos citar el artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1857.

A lo largo de su historia, fundamentalmente durante el siglo XX, nuestro país, logró construir un sistema de educación que actualmente atiende 25, 897,636 estudiantes de educación básica (SEP, 2016). Sin embargo, al comenzar el siglo XXI, la educación comenzó a enfrentar problemas graves que impiden que las niñas y los niños de este país ejerzan plenamente su derecho a una educación. Para la Secretaría de Educación Pública (2002), uno de los principales obstáculos del sistema educativo que debe ser superado es la falta de equidad e igualdad en la oferta de los servicios educativos. Por lo anterior, se parte de que aún existen grupos de población que no tienen o se les dificulta el acceso a la escuela. De acuerdo al censo poblacional en el 2010 (citado en Barquera, 2014), 6, 079,695 de niños mexicanos no asistían a la escuela. Las principales razones que describen a este fenómeno son: no tener los recursos económicos

suficientes para solventar los gastos en lo que a educación se refiere, porque no tienen instituciones educativas al alcance, porque son víctimas de explotación o violencia familiar y/o por tener necesidades especiales.

Para este último de los casos, de acuerdo al artículo 41 de la Ley General de Educación de 1993, la SEP cuenta con un servicio de educación especial que atiende con mayor prioridad a los niños y niñas que presentan alguna discapacidad o aquellos con aptitudes sobresalientes de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social, incluyendo la orientación a los padres o tutores, maestros y personal (SEP, 2012).

Pero, ¿Cómo surge esta educación especial en México? Romero & García (2013), exponen que en la segunda mitad del siglo XIX (1860-1870) surgieron las primeras escuelas para atender a personas con discapacidad en el país como respuesta a demandas de padres de familia y especialistas. Estas escuelas estaban dedicadas a atender a niños sordos o ciegos, además se inauguró la primera Escuela Normal dedicada a niños “sordomudos” (SEP, 2010), también se creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica en 1970, todo esto como una alternativa diferente de la atención que habían recibido siempre a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En los años 80's surgieron en el país un gran número de escuelas de educación especial para niños con discapacidad, además de varios servicios que, por primera vez, se ubicaban en las escuelas primarias para atender a niños con dificultades en el aprendizaje y a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes. Surgieron además, Centros de Orientación para la Integración Educativa y los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar que ofrecían apoyo a alumnos con problemas de aprendizaje (Romero & García, 2013).

En los inicios de los años 90's se iniciaron una serie de programas y leyes nacionales y estatales para proteger a las personas con discapacidad, promoviendo su inserción en la escuela regular; predominantemente en educación primaria, antecedidos por planteamientos y acuerdos internacionales de manera que se adoptó el modelo de Integración Educativa como una propuesta para atender a alumnos con necesidades educativas especiales (por sus siglas N.E.E.) con y sin discapacidad, esta vez los alumnos se ubicaron en el ámbito de la escuela regular (Rayos, 2015). Esto provocó una serie de medidas a nivel nacional para difundir las ideas de la integración educativa mediante cursos de actualización a maestros de educación básica en servicio así como la inserción de esta propuesta en la formación inicial de los maestros en las Escuelas Normales y en los programas de licenciaturas y posgrados de la Universidad Pedagógica Nacional (Romero & García, 2013).

Como resultado de la Integración Educativa gran cantidad de alumnos que asistían a escuelas de Educación Especial se integraron a escuelas regulares, en su mayoría en educación básica (preescolar, primaria y unos cuantos en secundaria) (Romero & García, 2013). Asimismo, en el 2002 se crea el Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa con el fin de seguir dando apoyo a los niños especiales y seguir fomentando su inclusión (SEP, 2002).

Actualmente, muchos niños logran ya ingresar a las escuelas regulares sin pasar antes por la Educación Especial. De esta forma, se abrió camino para insertar a alumnos anteriormente considerados como especiales con o sin discapacidad para participar en las escuelas regulares ejerciendo su derecho legal a la educación; sin embargo existen aún grandes necesidades para que estos niños sean considerados "iguales a los demás", de manera que sean "tan diferentes como sus compañeros", sin necesidad de etiquetas ni clasificaciones, diferenciación, aislamiento, sino

que reciban los apoyos necesarios igual que los reciben el resto de sus compañeros (Romero & García, 2013).

Indicadores Estadísticos en Educación Especial en México

En el 2014, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), el 46.5% de la población mexicana con discapacidad de 3 a 29 años asiste a la escuela regular.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012, el 6.6% de la población en México presenta dificultades o discapacidad en al menos una de las actividades medidas: caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención o aprender, atender el cuidado personal y mental (INEGI, 2012). De acuerdo con Entorno Médico (2015), en México existían 5,739,270 personas con algún tipo de discapacidad, siendo el 7.3% la población infantil; logrando identificar que en México 19 de cada 100 hogares vive al menos con una persona que presenta alguna discapacidad (INEGI, 2012). Según el INEGI (2014), en México, la prevalencia de personas con algún tipo de discapacidad es el 6%; logrando identificar que el 18% de los hogares tiene al menos una persona que presenta alguna discapacidad. En Sonora, al menos 10,704 niños de 0 a 14 años (1.4% de la población infantil) tienen dificultades para realizar actividades cotidianas por algún tipo de discapacidad (INEGI, 2014). El 22% de la población infantil de 3 a 14 años con discapacidad no asiste a la escuela, lo cual repercute en la problemática social que se está viviendo actualmente (UNOTV, 2015).

En este sentido, es necesario conocer el significado del término de discapacidad. Este concepto ha sido abordado por múltiples organizaciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la discapacidad es “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”. Por otra parte, la Comisión

Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS, 2001) la define como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos”. Por último, la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001), hace alusión a la discapacidad como “...tener una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás”.

La discapacidad, anteriormente definida, ha aumentado la demanda social y llega a influir en las instancias político-administrativas. Estas instancias se orientan cada vez con más fuerza y decisión a dar respuesta a uno de los requerimientos sociales más importantes, planteada por las madres y los padres de familia y muchas organizaciones civiles, la cual se refiere a la generación de más oportunidades educativas e inclusivas para niñas y niños con N.E.E., particularmente para quienes tienen alguna discapacidad (SEP, 2002). Por ello, el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP) ha planteado como propuesta la necesidad de cubrir un espacio de intervención psicológica y educativa por parte de las instancias (COP, s.f.).

El Plan Nacional 2013-2018 (Gobierno de la República, 2012), Estatal 2016-2021 (Gobierno del Estado de Sonora, 2015) y Municipal de Desarrollo 2015-2018 (H. Ayuntamiento de Hermosillo, 2016), constituyen una respuesta del Gobierno Federal a las demandas y propuestas ciudadanas. Establecen rutas que se habrán de seguir para consolidar una cultura de integración que contribuya a la constitución de una sociedad incluyente donde todos tengan las mismas oportunidades (SEP, 2002).

Estos planes reconocen la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades para atender a la población con discapacidad a partir de bases firmes y metas compartidas. Establecen objetivos, estrategias y líneas de acción para alcanzar la justicia y equidad educativas (SEP, 2002).

Entre las líneas de acción se destacan las siguientes: promover acciones de desarrollo infantil temprano; promover el desarrollo integral de los niños y niñas, particularmente en materia de salud y educación; fomentar el desarrollo personal para participar activamente en el desarrollo del mismo y poder cumplir las expectativas laborales, sociales y culturales; establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación; fomentar un ambiente de sana convivencia e inculcar la prevención de situaciones de desventaja; definir, alentar y promover las prácticas inclusivas en contexto escolar (Gobierno de la República, 2013; Gobierno del Estado de Sonora, 2016; H. Ayuntamiento de Hermosillo, 2015).

Los postulados de estos ejes han sido impulsados, apoyados y difundidos a través de distintas propuestas de trabajo y programas. El Programa Sectorial de Educación, Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Gobierno de la República, 2012), el Programa Educación Responsable e Incluyente y el Programa de Desarrollo de las Capacidades de las Familias y Grupos Vulnerables (Gobierno del Estado de Sonora, 2015), El Programa de Apoyo Psicológico y el Programa de Atención Integral a Personas con Discapacidad (H. Ayuntamiento de Hermosillo, 2016), los cuales tienen como denominador común la inclusión de los niños y niñas con discapacidad y N.E.E. en las escuelas de nivel básico.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2005), la inclusión “es un movimiento orientado a transformar los sistemas educativos para responder a la diversidad del alumnado. Es fundamental para hacer efectivo el derecho a la educación con igualdad de oportunidades y está relacionado con el acceso, la permanencia, participación y los logros de todos los estudiantes, con especial énfasis en aquellos que por diferentes razones, están excluidos o en riesgo de ser marginados” (p.14).

La Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2007) reconoce la igualdad de todas las personas, permitiendo que todos los alumnos se beneficien de una enseñanza adaptada a sus necesidades. Pretende eliminar las barreras que limitan el aprendizaje o la participación de los alumnos en el sistema educativo, sean arquitectónicas, sociales, conductuales o culturales, buscando generar igualdad de oportunidades para todos.

Participación Social para la Atención en Educación Especial

En apoyo a la igualdad, a la educación especial y a la inclusión se encuentran tanto instituciones de gobierno como privadas. Como bien se sabe, el Gobierno de México ha brindado a lo largo de los años múltiples centros de atención a lo que Educación Especial se refiere. Tales como: Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), Centro de Atención Múltiple (CAM), Centro de Atención Múltiple Estatal (CAME), Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), entre otros. Sin embargo, hoy en día el sector privado ha comenzado a unir fuerzas y a aumentar sus presupuestos de responsabilidad social en la atención a niños, en especial con N.E.E., involucrándose en la formación de los mismos. Una de las Instituciones privadas más conocidas en nuestro país es el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón (CRIT).

El CRIT, forma parte del sistema de rehabilitación infantil privado más grande del mundo. Brinda atención a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad con discapacidad neuromusculoesquelética, sin importar su raza, sexo, condición social, económica, cultura o religión. Su atención es mediante un modelo de rehabilitación integral centrado en la familia; teniendo como objetivo la independencia funcional en las actividades de la vida diaria, así como la inclusión social y educativa (TELETÓN, 2015). Además, cuenta con áreas y tres clínicas de atención, cada una con especialistas y/o colaboradores (Anexo 1) en una discapacidad neuromusculoesquelética.

Asimismo, CRIT es una organización social que participa en la elaboración de programas y leyes como lo es la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2016), que en el artículo 15 señala que, “la educación especial tendrá por objeto la formación de la vida independiente y la atención de necesidades educativas especiales que comprende entre otras, dificultades severas de aprendizaje, comportamiento, emocionales, discapacidad múltiple o severa y aptitudes sobresalientes, que le permita a las personas tener un desempeño académico equitativo, evitando así la desatención, deserción, rezago o discriminación” (p.23).

Esta institución reconoce que el apoyo a las familias con un miembro con discapacidad se ha convertido en una necesidad prioritaria en nuestra sociedad. Por ello, su Sistema de Atención, no solo se centra en el niño discapacitado, además brinda su atención a todo el núcleo familiar en conjunto, sean: padres, hermanos, abuelos, etc. Por ello, Guevara & González (2012), refieren que la poca atención a la familia del paciente ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso de diagnóstico y a que no se afecte su unidad familiar ante un trastorno de este tipo. Cualquier discapacidad o problemática en un hijo genera un descontrol en la dinámica familiar y en el rol parental que se tengan con sus hijos, además de preguntas y dudas acerca de la causa de

la enfermedad, su origen genético, la repercusión de la patología en el futuro desarrollo físico y psicológico del menor, entre otras.

De esta manera, el manejo del paciente afectado requiere ir más allá del diagnóstico y aspectos médicos, pues involucra a la familia e implica atender un impacto psicológico del diagnóstico, en relación con la calidad de vida de la familia y todo lo que ésta conlleva.

Uno de los aspectos que se han estudiado con mayor interés en estas familias se relaciona con el hecho de que suelen desarrollar una incompetencia parental y altos niveles de estrés, debido a todas las transformaciones que se viven. Cuando un hijo con discapacidad llega a la familia, el estatus socioeconómico decae, muchas veces falta el apoyo de una pareja, el apoyo social se reduce, existe la frustración, se descuidan a los demás hijos y se centra la atención en el niño discapacitado, volviéndose un entorno sobreprotector y dependiente sobre él mismo (Guevara & González, 2012).

Emerson, McGill & Mansell (1994), señalaron que entre el 10 y el 15% de las personas con discapacidad han sido excluidos de los servicios educativos, sociales o sanitarios por presentar alteraciones de conducta. Algunas de estas alteraciones son los gritos o ruidos molestos, demandas de atención, berrinches y/o agresividad verbal, heteroagresividad física, conducta antisocial, hiperactividad, hábitos personales inadecuados y deambulación o escapadas. Por lo cual muchos de los padres no se encuentran listos para brindar las herramientas y habilidades a los pequeños con discapacidad para que asistan a una escuela, ya que ni ellos mismos saben cómo manejar la mayoría de las situaciones con el menor.

Por tal razón, el propósito de este trabajo fue la elaboración e implementación de un programa de intervención psicológica para coadyuvar en la corrección de interacciones problema en la diada madre- hija con las características antes mencionadas. Estas interacciones problema

referidas primeramente por la Institución, parten de un diagnóstico congruente para la inclusión y formación de los niños con discapacidad en el contexto escolar. La intervención se llevó a cabo a través de la detección de necesidades, la evaluación, el diagnóstico y la intervención para la corrección de la interacción problema, enmarcando conceptualmente la conducta objetivo de intervención, modelando las variables y sus relaciones, haciendo uso de técnicas adecuadas para los cambios deseados.

Antecedentes de Intervención en la Problemática

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

A pesar de los esfuerzos mundiales en materia de inclusión social y lo que ella representa se estima que más del 90% de los niños y niñas con discapacidad no asisten a la escuela, disminuyendo así sus posibilidades de ser en un futuro individuos activos y productivos para la sociedad (SEP, 2009). De acuerdo con la OMS (2015), un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente más de mil millones de personas. Si a esta cifra se agregan los familiares cercanos, el número de personas directamente involucradas con la discapacidad asciende a dos mil millones de habitantes, lo que representa casi un tercio de la población mundial.

El análisis de la información disponible en México, sugiere que un porcentaje importante de la población con discapacidad es víctima de discriminación y exclusión y a menudo se encuentra al margen del ejercicio de sus derechos humanos consagrados en la Constitución.

Además, más del 60% de la población con discapacidad se encuentra en los dos quintiles más bajos de ingreso de los hogares del país, lo que muestra la vulnerabilidad de este grupo de población (SEP, 2009). Desde esta perspectiva, la discapacidad cobra cada vez mayor importancia debido a los múltiples factores ambientales que directa o indirectamente inciden en la presentación del evento, como lo son: sectores de servicios, sistemas de comunicación, actividades culturales y de recreación, además de las actitudes llenas de prejuicios y discriminación con respecto a las personas con discapacidad (Cervantes, 2011).

• La discapacidad física en la población infantil tiene implicaciones biológicas y socioafectivas. En la primera, el compromiso de los segmentos corporales afectan la capacidad funcional y postural del niño durante la realización de las actividades básicas cotidianas; la segunda, afecta la visión personal de sí mismo y cómo lo ven los otros ante la ejecución de una actividad. En este sentido, Cervantes (2011) refiere que la discapacidad física interfiere con la capacidad del niño para utilizar el cuerpo y su movimiento como estrategias de aprendizaje social, afectando su conducta en contextos familiares y escolares, la participación social, el ejercicio de los derechos y el desarrollo integral, entre otros muchos factores que lo vincularían a relacionarse con sus iguales en un entorno definido.

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

(2009), las manifestaciones conductuales representan una dificultad para el aprendizaje social y adaptación al trabajo escolar.

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

En la mayoría de los casos, una intervención psicológica, logra encaminar al niño, en especial con alguna discapacidad, junto con su familia, a lograr una mejor adaptación al entorno y un cambio de su conducta; llevándolo así, a tener una mejor calidad de vida (SEP, 2009; OMS, 2012). De acuerdo con Serrano (2009), cuando los problemas de comportamiento no son considerados clínicos, la intervención psicológica se dirige a informar y asesorar a los padres en técnicas de manejo de la problemática tales como dominio de contingencias, refuerzo, tiempo fuera, etc., principalmente. En los casos de trastorno clínicos, se requiere de tratamientos más especializados y metodológicamente estructurados para abordar la problemática, el psicólogo

deberá trabajar directamente con el niño en tareas de evaluación e intervención como parte del tratamiento (Sierra, 2012).

Sin embargo, según la OMS (2012), existe un escaso contacto entre el sector salud y otros sectores como el educativo; por ejemplo, sólo 5 % de las escuelas cuentan con un psicólogo y en pocas se desarrollan actividades a favor de la inclusión y las N.E.E.; impactando así, en la calidad de vida de esta población.

Schalock & Verdugo (2007), proponen ocho dimensiones para evaluar la calidad de vida de los niños con discapacidad refleja las condiciones de vida deseadas por la persona a través de indicadores:

- ❖ Bienestar emocional con sus indicadores seguridad, felicidad, autoconcepto, espiritualidad, estrés y satisfacción.
- ❖ Relaciones interpersonales con indicadores como intimidad, familia, amistades, afecto, interacciones y apoyo.
- ❖ Desarrollo personal con los indicadores de educación, satisfacción, actividades significativas, habilidades, competencias personales, progreso.
- ❖ Autodeterminación con sus indicadores son autonomía, decisiones, autodirección, valores personales y metas, control personal y elecciones.
- ❖ Inclusión social con los indicadores de aceptación, apoyos, ambientes, actividades, voluntariado, roles sociales y posición social.
- ❖ Bienestar material con sus indicadores de derechos, economía, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico.
- ❖ Bienestar físico con los indicadores de salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria.

- ❖ Derechos y sus indicadores de privacidad, voto, acceso a derechos, libertades reconocidas, protecciones requeridas, responsabilidades civiles.

El estudio de la población con discapacidad víctima de discriminación y exclusión ha logrado identificar diversos factores de riesgo y protección asociados, en especial en el contexto familiar y educativo (Tabla 1.0). Estos factores han sido clasificados en personales, familiares y sociales (Jadue, Galindo & Navarro, 2005), y han sido encontrados a través de estudios asociados a la exclusión de niños con discapacidad.

Tabla 1.0

Factores de riesgo y protección asociados a la exclusión de niños son discapacitados, según varios autores.

Autor	Factores de Riesgo	Factores Protectores
González & Reyes (s.f.)	Personales: Estrés Familiares: Sobreprotección, expectativas desajustadas, duelo	Resiliencia y afrontamiento.
Núñez (2004)	Negatividad, duelo, falta de integración, problemas de comunicación	Estima, seguridad, confianza en sí mismo, comunicación, resiliencia, madurez, introspección, independencia, relaciones personales, iniciativa, humor, creatividad, autoestima, estimulación.
Jadue, Galindo & Navarro (2005)		Personales: temperamento, los aspectos cognitivos y afectivos, autoestima, capacidad de afrontamiento. Familiares: resiliencia, el ambiente familiar cálido, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidades principales, factores socioculturales, el apoyo, la comprensión, estabilidad emocional. Social: motivación.
Romagnoli, Kuzmanic & Caris (2006)		Personales: autoconcepto, autoestima. Tolerancia, habilidades sociales. Familiares: cercanía, apoyo emocional, calidez, afecto, atención, expresión, interés, tolerancia
Contreras (2007)	Condición biológica, conductas, uniparentalidad, nivel socioeconómico, nivel sociocultural, familias inestables, promiscuidad, subsistemas familiares cerrados.	Apoyos, relaciones personales, nivel sociocultural, estabilidad emocional, apoyo social.

Lizasoain (2009)		Comunicación, sistemas de apoyo social, resiliencia, experiencia
Redpapaz (2011)	Nivel escolar, desempleo, falta de recursos, exclusión, falta de participación.	Nivel escolar, nivel socioeconómico, oportunidades, inclusión, empleo, participación.
OMS (2012)	Discriminación, estigma social, ignorancia, nivel socioeconómico, elementos culturales, exclusión.	Nivel socioeconómico, acceso a recursos, participación relaciones sociales, inclusión, derechos, oportunidades.
Tordecilla (2014)	<p>Personales: condición biológica, la desnutrición, el temperamento difícil, conductas problema, actividades antisociales, baja autoestima, baja motivación, sentimientos negativos de autoeficacia, baja conciencia interpersonal, dificultad en la resolución de problemas, vulnerabilidad, carencia de hábitos.</p> <p>Familiares: baja economía, maltrato familiar, violencia. Problemas de pareja, separación de padres, uniparentalidad, crisis recurrentes.</p> <p>Sociales: ausencia de apoyo social e institucional y relaciones sociales.</p>	<p>Personales: Habilidades intelectuales, competencias cognitivas, sentimiento de autoeficacia, motivación de logro, autoestima, humor, empatía, conciencia interpersonal, habilidades de resolución de problemas, disposición, optimismo.</p> <p>Familiares: Economía, ambiente familiar cálido, cohesión familiar, relación emocional estable, estructura familiar sin disfuncionalidades, padres estimuladores, ausencia de separación, adaptabilidad y flexibilidad, afecto.</p> <p>Sociales: Apoyo social, relaciones sociales, clima educacional, estimulación modelada.</p>

Asimismo en un estudio, Jadue, Galindo & Navarro (2005), encontraron que algunos elementos perturbadores durante las clases, con una serie de factores de riesgo por parte de niños con alguna discapacidad, son la indisciplina, rabieta, vocabulario inadecuado y su desmotivación por falta de apoyo familiar. También, el nivel socioeconómico, nivel sociocultural, la baja escolaridad, hábitos de vida, poca o nula comunicación, uniparentalidad y la falta de disciplina y autoridad en el hogar como factor de riesgo familiar; y, la desmotivación como factor de riesgo social.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2013), el gran problema que enfrentan la mayoría de los padres de hijos con discapacidad es lograr la integración plena de sus hijos en la sociedad. Se debe a la gran exclusión social que ha existido a

través del tiempo, lo cual muchas veces los coloca en un nivel inferior, tratándolos como seres incapaces de desarrollarse y valerse por sí mismos.

De acuerdo con Pincheira (2011), uno de los temores y preocupaciones más comunes de los padres de hijos con discapacidad es cuando los niños comienzan la escuela. De cierto modo esta experiencia tan natural marca el inicio de un reto nuevo. El hecho de que nadie los entienda, que los excluyan, que los vean raro, que les hagan bullying, que nadie sepa calmarlo ante un berrinche, que nadie lo auxilie cuando lo necesite, son razones suficientes para que los padres opten por no mandar a sus hijos a las escuelas, limitando su desarrollo intelectual y social. Por ello, es necesario que la familia sea un entorno que potencie las capacidades de la persona con discapacidad y que le apoye en el proceso de integración y participación educativa y social. Se debe ser consciente de que las dificultades de los niños con discapacidad no son algo invariable, sino que pueden aumentar o disminuir y para ello la competencia parental es un factor importante e influyente (UNICEF, 2013).

El CRIT, en colaboración con otras instancias, participa a favor y contempla cada uno de los factores anteriores y actúa en relación a ellos. De tal manera que, según TELETÓN (2016), de los beneficiarios de esta institución, el 47% de los pacientes aproximadamente asiste a escuela regular y el 21% aproximadamente asiste a escuela especial. Para el CRIT es de suma importancia considerar los factores de cuidado personal como lo es la independencia, la movilidad y los factores cognitivos como lo son la comprensión, la expresión, la interacción social, la solución de problemas y la memoria.

Los indicadores epidemiológicos proporcionados por diferentes instancias ha cobrado cada día más importancia dentro del trabajo profesional (Amador, 1969). Además, brinda información relevante para el tema a investigar. En este caso, se destaca la importancia de la problemática

social que se vive en la actualidad, sus factores y variables; y, por último, pero no menos importantes sus efectos y la relevancia de una intervención psicológica considerada como fundamental en el proceso de inclusión, sobre todo en casos de mayor dificultad que presentan los niños con N.E.E.

Conceptualización de la Problemática en la Diada

Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños, Cuervo (2010), plantea la importancia de identificar la influencia de la familia, la competencia parental y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia, tales como: la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras.

Para Papalia, Feldman & Martorell (2012), al hablar del rol parental, es necesario considerar las pautas de crianza, la cual juegan un papel fundamental como interacciones cruciales en el desarrollo evolutivo (cognoscitivo, lingüístico y psicosocial) de los menores, influyendo en problemas como miedos o conductas de oposición, agresividad y carencia de habilidades y destrezas. En las prácticas de crianza y el desarrollo de síntomas de ansiedad y comportamientos disruptivos en niños de hasta 6 años de edad, tanto la escasez de disciplina como la falta de afecto o apoyo emocional, influyen a la hora de percibir menores competencias sociales en el niño/a, así como un mayor retraimiento (Franco, Pérez & Pérez, 2014). Es decir, los progenitores que proporcionan un grado de autonomía adecuado, pero a su vez aplican normas, límites y apoyo emocional, favorecen un adecuado desarrollo evolutivo en el niño/a (Suriá, 2013). Jiménez & Hernández (2011) y Ramírez (2005), coinciden en que los patrones conductuales desarrollados desde edades tempranas guardan una estrecha relación con los estilos paternos de crianza.

Por lo anterior, Fantova (2000), plantea la importancia de tener una visión panorámica de las necesidades de las familias con algún miembro con problemas en el desarrollo. Es decir, cada uno de los miembros de la familia son candidatos a usuarios del servicio psicológico para ubicar sus demandas y necesidades concretas. En cierto modo, se podría decir que las necesidades especiales no sólo aparecen para la persona con alguna discapacidad, sino también se presentan alrededor de la discapacidad, en mayor parte con sus padres y familia. Por lo que, según Obando (2009), el rol parental supone repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar al menor con alguna discapacidad. Siendo los padres el objetivo prioritario de intervención al tener que enfrentarse a las nuevas situaciones (Suriá, 2013).

En este caso, el aspecto biológico involucrado es un "aumento fuera de lo normal en la movilidad de las articulaciones, el cual condiciona una limitación para su sano desarrollo", conocido como Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria (Rotés-Querol, Granados & Ribas, 1973). Este diagnóstico desencadena una serie de situaciones que prioriza la necesidad de una intervención familiar, en especial en la diada madre-hijo/a. Por lo que se recomienda intervenir en la interacción de la diada, para prevenir una serie de repercusiones a futuro (The British Society for Paediatric and Adolescent Rheumatology, 2013). Tal es el caso del problema de integración de la persona diagnosticada, sobre todo en el momento de institucionalizar a los menores en el ámbito escolar. Siendo este momento cuando los padres requieren mayor información, apoyo emocional y formación de habilidades para ayudar a la persona con el diagnóstico y a la familia en general (Fantova, 2000).

Es importante ayudar a los padres a desarrollar estrategias que puedan utilizar para asegurar que promuevan patrones positivos de comportamiento en sus hijos y evitar patrones negativos que conlleven a conductas desadaptativas y disruptivas (berrinches, desobediencia y

carencia de precurrentes y habilidades básicas para el desarrollo), tal como se ha presentado en varios casos de familias con hijos con Hiperlaxitud Ligamentaria y otros diagnósticos que comprometen el desarrollo de los menores (The British Society for Pediatric and Adolescent Rheumatology).

Jiménez & Hernández (2011), proponen llevar a cabo una intervención para lograr un proceso de interacción que favorezca aspectos que han sido reportados por diadas madre-hijo/a como principales problemas: aprendizaje de reglas, asimilación de patrones de conducta, adquisición del lenguaje, además de la necesidad de fortalecer los vínculos afectivos y los estilos de la relación. Primeramente, es necesario identificar las relaciones de interacción en la diada, para posteriormente convalidarla con la existencia de problemas de conducta en los niños (Oliva, Montero & Gutierrez, 2006). Eyberg (2010) y Betancourt & Andrade (2011), coinciden que en el caso de los menores, la mayoría de las intervenciones se dirigen a los problemas de conducta de difícil manejo como desobediencia y berrinches (Paredes, 2013) y carencia de precurrentes básicas. Según López (2007), los menores deben poseer estas precurrentes básicas tales como contacto visual, imitación, atención y seguimiento de instrucciones para lograr un óptimo aprendizaje, así como un control emocional/conductual. Además, el entrenamiento conductual a padres, consiste en capacitarlos sobre técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas emocionales y de comportamiento de sus hijos (Eyberg, 2010; Betancourt & Andrade, 2011).

Lo anterior coincide con lo expuesto por López, Fernández, Vives & Rodríguez (2012), quienes mencionan que en estudios anteriores se ha concluido que tanto una ausencia de control como una excesiva supervisión y protección de los niños, sobre todo en niños con algún tipo de discapacidad, pueden dar lugar a conductas disruptivas en distintos periodos evolutivos.

Obando (2009), retoma varias investigaciones que demuestran que ser madre de niños con algún retraso o problema en el desarrollo es un factor de riesgo para la salud de la madre. Además, coincide con diversos autores (Oliva, Montero & Gutiérrez, 2006; Guillén, Valenzuela & Gutiérrez, 2010) que mencionan que la clase de discapacidad del menor y los trastornos de conducta que se presenten, afectan al estrés de crianza. El problema reportado por padres con niños con problemas de desarrollo son situaciones novedosas y de estrés, pues se presenta la necesidades de disponer de más información, contactos y criterios para tener ideas claras y mejorar las habilidades y destrezas en cada uno de los integrantes de la familia (Fantova, 2000).

Para Cuervo (2010), existen diversos factores biopsicosociales relacionadas a la salud de los padres y cuidadores que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan los estilos de crianza y/o la relación con sus hijos. Asimismo, refiere que estos factores plantean la relación entre estrés parental y problemas comportamentales, de lenguaje y conductas adaptativas en niños preescolares, que pueden conllevar a la exclusión de estos niños en este ámbito educativo. Las familias con hijos con discapacidades, trastornos del lenguaje, autismo o problemas comportamentales, presentan mayores niveles de estrés, logrando un impacto en el ejercicio de sus competencias parentales. Cuando los problemas propios de la discapacidad o trastorno del desarrollo emergen en presencia de estresores familiares, los padres se sienten más abrumados y experimentan un mayor estrés en su rol parental (en especial las madres), lo que les pone más difícil el presentar un estilo de crianza afectuoso al mismo tiempo que disciplinariamente adecuado (Raya, 2008). Es decir, que ejerzan una parentalidad positiva, la cual permite promover estos vínculos afectivos sanos, protectores, estables (Rodrigo, Amorós, Arranz, Máiquez, Martín, Martínez, & Ochaíta, 2015), con la finalidad de influir la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social (Ramírez, 2005).

Solís-Camara, Díaz, Ovando, Esquivel, Acosta & Torres (2007), definieron la crianza como “las actitudes y comportamientos de los padres...” (p.112). Han sido varias las denominaciones otorgadas a estilos de crianza, como prácticas educativas familiares o prácticas de crianza. No obstante, en cualquiera de sus formas todos se relacionan con variables de apoyo, control, ambiente comunicativo y poder (Vásquez, 2015; Martínez, Pérez & Blanco, 2006). Coloma (1993) retoma la definición sobre estilos educativos, entendidos como “esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas pautas educativas paternas a unas pocas dimensiones básicas, que cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (p.48). Asimismo, la definición de estilo parental propuesta por Darling y Steinberg (1993), se refiere a una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen las conductas y deberes de paternidad y otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones de afecto, etc.

El estilo de crianza dependerá de la estructura y recursos familiares y los factores sociales y externos para que puedan ser funcionales para el desarrollo de los niños y de la familia en general. Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en su desarrollo (Cuervo, 2010).

Al hablar de prácticas de crianza no se pretende decir que los padres utilizan siempre las mismas estrategias con todos sus hijos ni en todas las situaciones, sino que los padres, seleccionan con flexibilidad sus pautas educativas (Ramírez, 2005). Existen cuatro estilos de crianza más frecuentemente referidos en la investigación psicológica. Aunque es difícil encasillar

a las familias en una tipología como tal, el comportamiento predominante de la mayor parte de los padres se asemeja a uno u otro de estos estilos principales (Vásquez, 2015; Navarrete, 2011):

- ❖ Estilo Autoritario. Se caracteriza por altos niveles de control y exigencia, prestan poca atención a las necesidades, intereses y opiniones de los hijos, mantienen una disciplina rígida e intransigente, valoran la obediencia y utilizan el poder para conseguirla.
- ❖ Estilo Indiferente. Se caracteriza por ausencia de control de disciplina y exigencias, distanciamiento emocional (frialdad) y rechazo en la relación con los hijos. Padres que son poco restrictivos y también poco cariñosos. No ponen límites a sus hijos ya sea porque sencillamente no les interesa, o porque sus propias vidas son tan tensionantes que no tienen suficiente energía de sobre para dirigir sus hijos.
- ❖ Estilo Democrático. Se caracteriza por dirigir a los niños, explican las razones del establecimiento de normas, roles y conductas maduras adecuadas a la edad, posibilidades y necesidades del niño, y en ocasiones si es necesario recurren a sanciones en la reflexión, por ello mantienen reglas y límites claros y flexibles; parten de la negociación y la participación conjunta de la toma de decisiones.
- ❖ Estilo permisivo. Se caracterizan por padres que evitan el control y la corrección, indiferencia ante las actitudes y conductas de sus hijos sean positivas o negativas, existe mucha condescendencia hacia los hijos, aceptan la ira, los berrinches y la agresividad; hay pasividad como padres para actuar en la guía y control, el niño hace lo que él quiere y el padre no controla sus impulsos, son muy tolerantes y acceden fácilmente a sus deseos.

Explicación Teórico Conceptual de la Problemática en la Diada

De acuerdo con Martínez, et. al. (2006), las familias se transforman, se adaptan y se reestructuran a través del tiempo, dependiendo de la situación que atraviese. Estos cambios en su

composición, dinámica, y estructura, varían por diversas razones. Estas variaciones, según Sallés & Ger (2011), pueden influir e interferir en la interacción de los padres con sus hijos, es decir en su ejercicio parental. Tal es el caso del nacimiento de un hijo con discapacidad, el cual dicta un momento de ruptura entre los padres y el menor, ya que surge una separación física entre ambas partes, la preocupación del “qué dirán”, el rechazo de la sociedad, la falta de oportunidades para el desarrollo del menor tanto educativas, laborales e institucionales, el miedo a la vulnerabilidad y la incertidumbre respecto al ejercicio de la crianza (Ortega, Torres, Reyes & Garrido, 2010).

▪ En la actualidad existe una gran diversidad de modelos familiares, haciendo que el ejercicio de la paternidad varíe. Sin embargo, existen ciertos principios que independientemente de esta diversidad, se sustentan de familia en familia. Algunos de estos principios son: el vínculo afectivo cálido, un entorno estructurado, la estimulación y apoyo, el reconocimiento, la capacitación y la educación sin violencia (Rodrigo, et al., 2010; Martín & Rodrigo, 2013).

Numerosos trabajos destacan que el estrés generado por la vida diaria, por el nivel económico y/o por la vivencia parental, determinan el funcionamiento y las relaciones familiares. Es el estrés parental el que genera un mayor nivel de tensión dentro del entorno familiar puesto que el nacimiento de un hijo siempre supone una serie de cambios y reorganizaciones dentro del contexto de las familias (Pérez-López, Pérez-Lag, Montealegre & Perea, 2012).

Según Oliva, et. al. (2006), el estrés en el sistema familiar durante los primeros tres años de vida es especialmente crítico en relación al desarrollo emocional-conductual del niño y en su relación con los padres. Además, las madres que reportan altos niveles de estrés dentro de áreas de ajuste parental tienen hijos pequeños que exhiben problemas de conducta.

El constructo de estrés parental se ha abordado desde múltiples perspectivas, todas coinciden en que su desarrollo es consecuencia de los estresores diarios y demandas de cuidado

implícitas en el rol de padre o madre (Pérez-López, et al., 2012; Ramírez & Mogollón, 2013); posición que también coincide con la defendida por Abidin (1995) que afirma que “el estrés parental es el grado de ansiedad o malestar que tienen los progenitores a la hora de ejercer su rol como padres o madre” (p.1).

Diversos estudios citados en Cuervo (2010), Badía (2005) y Ramírez & Mogollón (2013), refieren que se ha encontrado que los padres de niños con discapacidades presentan incremento en los niveles de estrés parental que varía dependiendo de la percepción de las situaciones. De tal manera que se plantea que las alteraciones en la conducta parental resultante de estrés se relacionan con problemas en el desarrollo durante la infancia. Además, los problemas de comportamiento de los niños también alteran el comportamiento parental, estableciéndose así, una relación bidireccional. Oliva, et. al. (2006), también consideran el efecto bidireccional en el cual los problemas de conducta de los niños predicen estrés parental, que a su vez predice los problemas conductuales de los niños, mostrándose que los efectos son bidireccionales reduciendo así los problemas conductuales de los niños, debería existir una reducción del estrés parental.

Cuando a un hijo se le diagnostica una discapacidad, el entorno familiar sufre un fuerte golpe. Los padres comienzan a experimentar diferentes fases psicológicas y emocionales que pueden variar según cada caso. En el momento en que se diagnostica una discapacidad a un niño, además de la propia realidad de la enfermedad, hay que tener en cuenta la fuerte repercusión que acomete en el entorno familiar, sobre todo en los padres del pequeño, que ven cómo todos los ámbitos de su vida cambian para siempre. Las reacciones emocionales ante la discapacidad de un hijo pueden ser muy variadas según cada caso, aunque todos los padres suelen pasar por fases similares desde el momento del diagnóstico (Sarto, 2001).

Por lo anterior, se resalta la importancia de las intervenciones psicológicas, la educación y el apoyo a padres y/o cuidadores de niños con discapacidades y alteraciones del desarrollo (Raya, 2008). Es decir, orientar e intervenir con estas familias y cuidadores, ya sea con estrategias para disminuir el estrés parental y sus relaciones y prácticas de crianza inadecuadas y que no favorecen el desarrollo socioafectivo durante la infancia. El objetivo de una intervención es potenciar el desarrollo psicológico saludable de los hijos, a través de la identificación de las necesidades de apoyo que requieren los padres en el ejercicio paternal (Gurasotasuna, 2010; Rodrigo, Máiquez & Martín, 2010). La promoción de las competencias parentales sanas es una prioridad en las intervenciones para poder lograr asegurar el bienestar en los hijos.

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

El modelo de Abidin (1995), parte de un modelo ecológico y sistémico de las relaciones familiares (Figura 1.0). Considera que la tensión parental ocasionada por la crianza se produce en función de ciertas características del niño y de ciertas características de los padres. Las características de los niños asociadas al estrés parental incluidas en el modelo son el temperamento (humor, adaptabilidad, nivel de distractividad e hiperactividad y demandas que ocasiona), el grado en que los hijos cumplen las expectativas que los padres tenían sobre él, y el nivel de refuerzos que el niño ofrece a sus padres.

Figura 1.0. Modelo de Richard R. Abidin (1995).



Por otra parte, hay ciertos aspectos de los padres que también pueden influir en el estrés de la crianza como son las características de la personalidad de los padres, los problemas psicopatológicos como depresión, las habilidades de manejo del niño y/o la relación conyugal. El estrés parental a su vez puede estar moderado por otras variables como el apoyo social que se recibe en su entorno (Vera, Heras & Pérez – López, 2009). Es decir, el modelo propone que los padres que perciben a sus hijos como más difíciles y con interacciones paterno-filiales más disfuncionales, muestran mayores niveles de estrés; y esto, a su vez, influye de manera directa sobre el comportamiento del niño causando problema de ajuste temporal.

Metodología para el Diagnóstico

La metodología empleada para el estudio de este caso fue el análisis contingencial. Tiene como objetivo principal el análisis y cambio del comportamiento humano individual y consta de cinco pasos. Los tres primeros, van dirigidos a la identificación y definición de la conducta

problema por el usuario y los dos últimos se orientan al cambio (Rodríguez, 2013). Los pasos para su aplicación son:

- ❖ **Análisis Microcontingencial.** En este sistema se identifica el rol funcional de cada uno de los elementos que componen la interacción valorada como problema, así como las relaciones entre ellos. Para ello se toma como eje del análisis al usuario principal. Este sistema está conformado por: situaciones, morfologías de conducta, personas y efectos.
- ❖ **Análisis Macrocontingencial.** Analiza el contexto valorativo de la relación identificada como problemática. Se parte de que todo comportamiento humano es siempre un comportamiento valorado y que uno de los criterios de valoraciones es la moral. Cuando una relación se valora como problema atendiendo como criterio principal de valoración, el criterio moral, estamos ante un problema de orden fundamentalmente macrocontingencial.
- ❖ **Génesis del problema.** Identifica aspectos que, en general, indican el origen y la evolución del comportamiento problema así como el rol funcional histórico del comportamiento de los individuos participantes en la relación.
- ❖ **Análisis de soluciones.** Ofrece criterios funcionales para seleccionar las soluciones y posibilidades de solución más pertinentes a cada caso.
- ❖ **Selección, diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de intervención.** Genera técnicas de intervención conductuales pertinentes al caso.

Esta metodología se complementó con un Análisis Funcional propuesto por Haynes, Godoy & Gavino (2011). Este análisis tiene como finalidad la identificación de relaciones funcionales importantes, controlables, causales y no causales, aplicables a determinados comportamientos específicos de un individuo, en este caso, tanto de la Madre como de la hija G.

Pregunta de Investigación

Para la pregunta de investigación, es importante retomar aspectos antes descritos. La intervención se llevó a cabo en un contexto de discapacidad, CRIT Sonora. Se trabajó en un programa psicológico en rehabilitación con la diada madre-hija con el fin de fortalecer su competencia parental y mejorar problemas conductuales en la menor, tales como: conductas de difícil manejo (berrinche y desobediencia), la carencia de precurrentes básicos (contacto visual, atención, imitación, seguimiento de instrucciones) y retraso en el lenguaje. Siendo estos problemas conductuales el resultado del rol parental ejercido por la Madre y que a futuro esta misma relación bidireccional, permitirá predecir y prevenir la exclusión de la menor en diversos escenarios (en especial el educativo). Por lo tanto, la pregunta es: ¿Existen diferencias en los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos antes y después de la intervención que sustenten el efecto del programa de modificación de conducta en la menor y en el ejercicio de las competencias parentales maternas en la crianza?

Hipótesis

A través de este programa de modificación de conducta se encontrarán diferencias significativas en la aplicación de la pre-prueba y pos-prueba del Índice de Estrés Parental, que permitirán corroborar que la Madre es capaz de valorar de manera coherente su ejercicio en las competencias parentales en situaciones cotidianas, considerando las técnicas vistas durante el programa para una óptima inclusión social, escolar y familiar de la menor. Asimismo, estas diferencias también se presentarán en la menor una vez que identifique las contingencias y sus consecuencias.

Para la comprobación de esta hipótesis se parte de la dificultad del rol parental, los sentimientos negativos de culpa, el estrés y la falta de límites y reglas de la Madre, que

contribuyen a la aparición de conductas problemas en la menor, sean éstas tanto de carencia de precurrentes como de presencia de berrinches.

Objetivos de Intervención

Objetivo general de la Madre.

Al finalizar diez sesiones, la Madre valorará de manera coherente su ejercicio parental mediante el entrenamiento asertivo, manejo de contingencias y ensayo conductual en situaciones ejemplo y el uso de la técnica de modificación de conducta de economía de fichas en situaciones cotidianas con la hija.

Objetivos específicos de la Madre.

- Al finalizar la sesión uno, la Madre identificará diferencialmente sus emociones en situaciones cotidianas y ejemplo.
- Al término de la sesión dos, la Madre identificará diferencialmente las técnicas de modificación de conducta en entrenamiento asertivo, manejo de contingencias y ensayo conductual en situaciones ejemplo.
- La Madre aplicará de manera efectiva las técnicas de modificación de conducta en entrenamiento asertivo, manejo de contingencias y ensayo conductual en situaciones ejemplo al finalizar la sesión tres.
- La Madre identificará diferencialmente en que situaciones cotidianas deberá aplicar la economía de fichas con la menor, al término de la sesión cuatro.
- Al finalizar la sesión cinco, la Madre especificará con precisión qué técnica de modificación de conducta utilizará en la sesión grupal con la menor.

- La Madre explicará de manera congruente las técnicas utilizadas en la sesión grupal anterior, justificando su uso al finalizar la sesión seis.
- La Madre valorará de manera coherente sus emociones en situaciones cotidianas al término de la sesión siete.
- Al finalizar la sesión ocho y nueve, la Madre aplicará de manera efectiva las técnicas de modificación de conducta en situaciones cotidianas con la menor.
- La Madre valorará de manera coherente su ejercicio parental en situaciones cotidianas, al finalizar la última sesión del programa.

Objetivo general de la menor.

Al término de nueve sesiones, la menor identificará diferencialmente las contingencias y sus consecuencias agradables o desagradables a través de la técnica de modificación de conducta de economía de fichas en situaciones cotidianas.

Objetivos específicos de la menor.

- La menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale al finalizar la sesión uno.
- Al finalizar la sesión dos, la menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale, así como imitar lo que el instructor haga.
- Al término de las sesiones tres y cuatro, la menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con

cualquier objeto que se le señale, así como imitar lo que el instructor haga y seguir instrucciones.

- Al finalizar la sesión cinco, la menor logrará establecer contacto visual, imitación y seguimiento de instrucciones con la madre durante terapia grupal.
- La menor logrará identificar diferencialmente cómo responder en situaciones ejemplo al finalizar las sesiones seis y siete.
- Al finalizar el programa, la menor logrará establecer contacto visual, imitación y seguimiento de instrucciones con la madre en situaciones cotidianas con la madre.

Es importante aclarar que las últimas dos sesiones de la intervención se llevarán a cabo en conjunto Madre-hija. Esto, con el fin de que ambas partes puedan poner en práctica lo visto en las sesiones anteriores. Además de poder verificar avances, aclarar dudas y comprobar la efectividad del programa de Intervención para hacer las modificaciones pertinentes en caso de ser necesario.

Método

Participantes

Madre de 33 años de edad, de complexión delgada, aparentemente sana, con un nivel de educación a nivel de Licenciatura, y con una condición socioeconómica media.

Hija de 2 años 8 meses de edad, de complexión delgada, con una condición biológica diagnosticada como Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria; acude a guardería.

Diseño Metodológico del Programa de Intervención

Una vez establecida la problemática y la hipótesis, es importante concebir la manera práctica y concreta de responder a las preguntas de investigación asociadas al caso. Para ello, es necesario seleccionar o desarrollar un diseño de investigación y aplicarlo al contexto particular de estudio. Este diseño señala lo que se debe hacer para alcanzar los objetivos establecidos, responder la interrogante y analizar la certeza de las hipótesis formuladas en el contexto en particular (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Diseño para la Madre.

Se utilizó el diseño de pre-prueba/pos-prueba, el cual consiste en aplicar una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se realiza la intervención y finalmente, se aplica una prueba posterior a la intervención (Hernández, et al., 2010).

- ❖ La evaluación de pre-prueba plantea una secuencia de decisiones cuyo objetivo es poder dar una explicación en términos psicológicos del caso (Santecreu, 2011), su función es cuantificar y analizar la conducta (Vargas & Ibáñez, 1998).
- ❖ La intervención es el conjunto de operaciones que el psicólogo diseña con el usuario para lograr los objetivos acordados. Como todo programa de intervención, ha de especificar con la mayor claridad posible cuales son dichos objetivos y con qué procedimientos se tratarán de alcanzar (Santecreu, 2011).
- ❖ La evaluación pos-prueba tiene como meta final evaluar los cambios producidos como resultado de la intervención. Permite también evaluar las últimas fases del tratamiento, aquellas que realmente demuestran su éxito: control de recaídas, afrontamiento del problema y dificultades de transferencia y generalización (Santecreu, 2011).

Diseño para la menor.

Se utilizó el diseño de pre-prueba/pos-prueba, con el fin de comprobar los cambios en el comportamiento.

- ❖ Evaluación de pre-prueba. Se realizaron dos registros observacionales sobre la manifestación de la conducta de berrinche antes de la intervención en el formato diseñado para medir el comportamiento.
- ❖ Aplicación del programa de intervención a la participante, se realizaron observaciones bajo la condición implementada durante las sesiones. Antes de proceder a la aplicación, se explicó a Madre las técnicas que permitirían modificar la conducta de la menor, así como las que se utilizarían con ella. Además, se comentó la importancia de su apoyo para lograr un cambio en el comportamiento de la niña.
- ❖ La evaluación pos-prueba. Verificación de los cambios en el comportamiento, se mide sin aplicar la intervención.

Instrumentos**Instrumentos aplicados por CRIT.**

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M). La escala fue diseñada por Joaquina Palomar Lever & Norma E. Gómez Valdez en 2010 (Anexo 2). Esta escala fue convalidada por la población mexicana obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.87, teniendo en cuenta la totalidad de los factores evaluados. Consta de 43 reactivos y cuatro opciones de respuesta tipo Likert: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

RESI-M agrupa algunas características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles, individual, familiar y social para medir el grado de resiliencia en los sujetos, a partir de cinco dimensiones:

- ❖ Fortaleza y confianza en sí mismo. Se refiere a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que ponen para lograrlos, a la confianza, al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan los retos.
- ❖ Competencia social. Se refiere a la facilidad de los individuos para relacionarse con los demás.
- ❖ Apoyo familiar. Indica las relaciones de apoyo y lealtad que se presentan dentro de la familia.
- ❖ Apoyo social. Se refiere a los vínculos afectivos que se presentan entre individuos de grupos sociales como los amigos, profesores, etc.
- ❖ Estructura. Indica la capacidad de las personas para organizarse, planear actividades y el tiempo, tener reglas y actividades.

Test de Haizea-Llevant de 1991. Este test permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños de 0 a 5 años de edad. Ofrece un margen normal de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia. El test incluye 97 indicadores que se distribuyen en las siguientes áreas: socialización (26 ítems), lenguaje y lógica-matemática (31 ítems), manipulación (19 ítems) y postural (21 ítems). En cada uno de los elementos se indica la edad en la que ejecutan el 50% (barra verde), el 75% (barra azul) y el 95% (final barra azul) de la población infantil; los signos de alteración se representan con líneas de color rojo (Anexo 3).

Para la interpretación del test, se traza una línea vertical que corresponda a la edad en meses del niño (ajustando por debajo de los 18 meses de edad en el caso de los prematuros) y se valora que éste (a) realice los ítems que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquéllos que atraviesa la misma. Cuando se observa la falta de adquisición de dichos indicadores en una o varias áreas y/o la presencia de señales de alerta (López & Monge, 2011).

Instrumentos complementarios.

Entrevista. Se utilizará una entrevista semiestructurada diseñada *ex profeso* para la recopilación de información relevante para la intervención psicológica con una duración de una hora aproximadamente (Anexo 4). Ésta se realiza en un ambiente privado que promueva una atmósfera para un diálogo profundo. La entrevista se trata de una conversación fluida y profesional dirigida entre dos personas, la cual va tomando forma desde una etapa de rapport y de registro de datos básicos, hasta entrar de lleno en las preguntas abiertas generadoras de información, las cuales tienen el objetivo de explorar el problema para obtener información individual y familiar, facilitando información sobre aspectos conductuales, sociales, educativos, sentimentales, emocionales y opiniones.

Es una técnica subjetiva que se caracteriza por la relación entre dos o más personas, vía de comunicación bidireccional de preferencia oral. También, sus formas de comunicación son verbales y no verbales, donde hay relaciones de repetición, contradicción, sustitución, implementación, acentuación y regulación para evaluar la temática, las preguntar y hasta las reacciones.

Documentos históricos. Se utilizó expediente clínico de usuario. Expediente que ha sido resultado de entrevistas y consultas por parte de cada uno de los servicios por parte de la

Institución: médico acompañante, paidopsiquiatra, psicólogos, terapeutas físico, terapeutas de lenguaje y nutrióloga.

El expediente guarda los datos clínicos, personales y familiares que se han recabado y acumulado a partir de opiniones diagnósticas.

Registros Observacionales. Se utilizó esta técnica para obtener información que requiere la percepción deliberada del comportamiento emitido en la interacción madre-hija, realizada por las dos observadoras. Tiene el objetivo de esquematizar el estudio de comportamientos habituales o espontáneos en un contexto no preparado (Anguera & Blanco-Villaseñor, 2006).

La plantilla de registro fue diseñada *ex profeso* y contiene la fecha de observación, hora de inicio y fin de observación, el número de carnet (identificación institucional), la interacción a observar, el código de personas involucradas en la interacción y los resultados de la observación (Anexo 5).

Pruebas Psicométricas.

Instrumentos de carácter general.

Índice de Estrés Parental (PSI por sus siglas en inglés). Evalúa el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad o maternidad. Se trata de un cuestionario o medida de autoinforme compuesto por 114 afirmaciones a las que los padres y madres responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, (Anexo 6).

Las tres dimensiones que lo componen son: *Malestar Paterno*, determina el malestar experimentado por los progenitores al ejercer su papel de padres/madres, que está provocado por factores personales y directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este rol; *Interacción Disfuncional Padres-Hijo*, consiste en la percepción que los padres y madres tienen del grado en que su hijo o hija satisface o no las expectativas que tenían y del grado de

reforzamiento que su hijo les proporciona; *Niño Difícil*, valora cómo perciben los progenitores la facilidad o dificultad de controlar a sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen.

Las tres dimensiones (dividas en las subescalas posteriores), evalúan con los resultados obtenidos en sus puntuación final global lo que se denomina *Estrés Total*, el cual nos refiere el grado de estrés que los progenitores experimentan al desempeñar su papel. Más concretamente, refleja las tensiones que se registran en las áreas de malestar personal de los progenitores, las tensiones derivadas de las interacciones que mantienen con su hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño. Finalmente, la consistencia interna de este cuestionario obtenida con muestra española, fue de 0.90 para estrés derivado del cuidado del niño, 0.87 para malestar personal y 0.91 para la escala total.

Por lo tanto, la escala distingue entre el estrés derivado de un progenitor sobrepasado o insatisfecho del derivado por las características de un niño percibido como problemático. El PSI está indicado para padres y madres con menores de 12 años. Dentro de las dimensiones se pueden encontrar seis subescalas por parte del niño y seis por parte de la madre.

- ❖ Adaptabilidad. Entendida como la capacidad del niño para ajustarse a los cambios en el ambiente físico y social.
- ❖ Aceptancia del niño por los padres. Hace referencia a las características físicas, intelectuales y emocionales del niño con relación a la expectativa de los padres.
- ❖ Demanda del niño. Se refiere a la demanda de atención con las conductas de llorar, colgarse del padre, peticiones de ayuda o problemas menores de conducta de manera frecuente.
- ❖ Humor del niño. Se refiere a los estados de ánimo que pueden reflejar problemas como depresión, tristeza, llanto frecuente o no muestran signos de felicidad.

- ❖ Distractividad del niño. Evalúa comportamientos típicos del déficit de atención tales como sobreactividad: fracaso para terminar las cosas que inicia dificultad para sobresalir en tareas escolares.
- ❖ Reforzamiento hacia sus padres. Es el grado en que los padres perciben a su hija como fuente de reforzamiento positivo.
- ❖ Depresión, infelicidad, culpa de los padres. Evalúa sentimientos de culpa o tristeza asociados frecuentemente a depresión, que en la madre puede deberse a la dificultad para responder a las demandas que conlleva la crianza y a la inhabilidad para actuar con asertividad y autoridad ante el niño.
- ❖ Apego parental. Es el grado en el que el padre se siente emocionalmente cercano al niño, facilitando u obstaculizando una interacción cálida. Puede asociarse a la habilidad del padre para captar y entender las necesidades y sentimientos del niño.
- ❖ Restricción impuesta por el papel de Madre. Refiere al grado en que los padres interpretan su papel.
- ❖ Sentimiento de competencia de los padres. Es la capacidad percibida para la crianza en la toma de decisiones, en el enfrentamiento de los problemas cotidianos.
- ❖ Aislamiento de competencia de los padres. Evalúa el grado en que la madre se encuentra aislada o ha disminuido su interacción con amigos y familiares.
- ❖ Salud. Se refiere al posible deterioro en el estado de salud de la madre a partir de la maternidad, como resultado de un alto nivel de estrés en la crianza o ser un estresor adicional para la misma.

Nota: la puntuación de estrés total no incluye las tensiones que provienen de otros roles en la vida, ni de acontecimientos vitales, por lo que solo se debe interpretar como una indicación del estrés experimentando dentro del papel de padre/madre.

Procedimiento

El procedimiento para el desarrollo de la intervención se realiza siguiendo los criterios que se plantean en la metodología cualitativa y cuantitativa.

Se inició con una entrevista inicial, adoptando la forma de un dialogo coloquial, recolectando datos socio demográficos, investigando el diagnóstico de la menor, así como la historia inmediata del problema reportado, las variables y factores implicados, formas de respuesta e intentos previos de solución. La impresión clínica permitió identificar las principales áreas implicadas: área cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual. Lo anterior, se complementó con la observación participativa. Se observó apariencia física, conductas durante la entrevista, habilidades sociales, cooperación y motivación para el tratamiento.

Fase 1. Primera recolección de información

Etapa 1. Se revisaron los expedientes clínicos del caso.

Etapa 2. Se investigó en la literatura lo relevante al caso (factores de riesgo, factores protectores, variables, modelos de intervención).

Etapa 3. Se detectó la problemática.

Fase 2. Segunda recolección de información

Etapa 1. Se realizaron dos registros anecdóticos pre-intervención.

Etapa 2. Se realizó una entrevista semi-estructurada a la Madre de la menor con discapacidad.

Etapa 3. Se aplicó el instrumento PSI para el diagnóstico de pre-prueba a Madre.

Fase 3. Análisis complementarios para el diagnóstico de la diada.

Etapa 1. Se hizo el análisis funcional del caso.

Etapa 2. Se realizó un análisis contingencial con la información obtenida.

Etapa 3. Se realizó un diagnóstico Psicológico con base al resultado del instrumento(S) aplicado, así como a la entrevista y registros.

Etapa 4. Se realizó el análisis de solución pertinente al caso.

Fase 4. Diseño del Programa de Intervención pertinente para Madre.

Etapa 1. Selección de técnicas de modificación conductual pertinentes para la Madre.

Etapa 2. Se elaboró el Plan de Intervención con las actividades pertinentes para la Madre.

Fase 5. Diseño del Programa de Intervención pertinente para Hija.

Etapa 1. Selección de técnicas de modificación conductual pertinentes para la Hija.

Etapa 2. Se elaboró el Plan de Intervención con las actividades pertinentes para la Hija.

Fase 6. Aplicación del Programa de Intervención para Madre.

Etapa 1. Se presentó el programa de Intervención con Madre, con una serie de actividades (Anexo 7).

Etapa 2. Se identificaron las emociones involucradas en el proceso del ejercicio parental y a nivel personal por parte de la Madre.

Etapa 3. Se dieron a conocer las técnicas de modificación conductual pertinentes para el caso de la menor con Madre.

Etapa 4. Se entrenaron las técnicas de modificación conductual pertinentes para el caso de la menor con Madre.

Etapa 5. Se aplicaron las técnicas de modificación conductual pertinentes para el caso de la menor por parte de Madre.

Etapa 6. Se llevó a cabo la retroalimentación del programa por parte de la Madre.

Etapa 7. Se finalizó aplicación del programa para el registro de comportamiento.

Etapa 8. Se realizó la descripción de las observaciones efectuadas durante las sesiones.

Etapa 9. Aplicación del PSI pos-prueba a Madre.

Fase 7. Aplicación del Programa de Intervención para la Hija.

Etapa 1. Se aplicó el programa de Intervención con Hija, realizando una serie de actividades (Anexo 7).

Etapa 2. Se entrenó a la Hija para que logra identificar contingencias y sus consecuencias agradables y desagradables.

Etapa 3. Se entrenó a la Hija en el desarrollo de precurrentes básicas.

Etapa 4. Se realizó la descripción de las observaciones efectuadas durante las sesiones.

Etapa 5. Se finalizó aplicación del programa para el registro de comportamiento.

Fase 8. Aplicación del Programa de Intervención para la Diada Madre-hija en conjunto.

Etapa 1. Se aplicó el programa de Intervención con Madre e hija, realizando una serie de actividades (Anexo 7) en situaciones cotidianas.

Etapa 2. Se llevó a cabo la retroalimentación con Madre sobre la intervención con la diada en conjunto.

Etapa 3. Se realizó la descripción de las observaciones efectuadas durante las sesiones en conjunto.

Etapa 4. Se finalizó aplicación del programa para el registro de comportamiento.

Fase 9. Plan de Seguimiento.

Etapa 1. Se llevó a cabo un plan de seguimiento para prevenir recaídas y comprobar la certeza de que la conducta problema no se presente a los dos meses de finalizado el programa.

Etapa 2. Cuatro meses posteriores a la culminación del programa, se llevó a cabo una conversación con la Madre para obtener un testimonio sobre los cambios percibidos.

Etapa 3. Segundo registro observacional a la menor posterior a la culminación del programa.

Evaluación de efecto y secuencia de análisis

La evaluación de efecto para cada sesión consistió en la realización de todas las actividades planteadas. Al finalizar la sesión, se obtenía un producto final, lo que representa la participación activa, el optimismo y motivación de cambio y logro por parte de la Madre y de la menor.

Además, se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2013 para crear y manipular la base de datos del programa, lo que permitió obtener los gráficos necesarios para observar los cambios en los resultados de la aplicación de la pre-prueba y pos-prueba.

Resultados

Resultados Cualitativos

Resultados de evaluación diagnóstica.

Presentación de caso. Madre de 33 años de edad en una relación de unión libre con el padre de dos hijas, quien tiene 35 años de edad; con un tipo de relación de pareja complementario. Ambos con licenciatura terminada en Diseño Gráfico. Padre actualmente ejerciendo su profesión en tiempo completo (anteriormente desempleado), Madre trabajando como secretaria de medio tiempo en un despacho contable. Padres tienen un consumo de alcohol ocasional, toxicomanías negadas, aparentemente sanos y de religión católica.

El producto de esa relación son dos hijas. Primer hija M, de 5 años de edad, aparentemente sana, Madre refiere un excelente comportamiento, responsable, cumplida y obediente. Asiste al preescolar.

La segunda hija es G, de 2 años 8 meses, quien acude a guardería. Es atendida en CRIT por Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria e Hipotonía, en Clínica B. Fue producto de segunda gestación con adecuado control prenatal (ingesta de ácido fólico a tiempo), obtenida a término sin complicaciones. Al año, la madre nota retraso en el desarrollo de la menor G en comparación con su otra hija M, ya que no realizaba marcha, por lo que acuden a consulta médica con un ortopedista quien la envió a CREE para recibir estimulación temprana; es ahí donde logra la marcha independiente, a los 18 meses. Después de ese avance es tratada en CRIT donde tiene aproximadamente 1 año 2 meses.

Respecto al sueño se está trabajando en sacarla del cuarto de los padres pero invade la cama. Se mueve y se queja mucho mientras está dormida. Cuando la acuestan en su cama, la menor va a cama de papás y se intenta incorporar dormida y llorando, quedándose dormida en

forma inmediata, mientras hace la transición “no abre los ojos”. La mayoría de las veces despierta tranquila y contenta. Madre refiere que la menor tiene un apetito muy selectivo.

El motivo de consulta en el Servicio Psicológico fueron los problemas de conducta de difícil manejo. Madre refiere que la menor siempre ha sido de un temperamento difícil, se comporta de diferentes formas ante la misma situación, depende de que humor esté; incrementándose, últimamente más, las conductas inadecuadas, pues tiene muy poca tolerancia a la frustración y a la demora. Sus berrinches son mostrando conductas negativistas, se tira al piso, grita, se autoagrede “se pega en la boca”, patatea, manotea, situación que se ha llegado a salir de control. G tiene poca habilidad en el lenguaje, por lo que siempre jala a las personas hacia el objeto que quiere y lo señala, sin nombrarlo. No sigue instrucciones inmediatamente, Madre refiere que es hasta la tercera llamada de atención (como mínimo) cuando hace caso. Asimismo, Madre refiere que suele anticiparse a los hechos para evitar la mala conducta de la menor G, para que no llore y grite, con el fin de evitar dolores de cabeza, frustración y desesperación, expresando inquietud al reconocer que esto puede representar un problema de inclusión en su ingreso a preescolar.

Madre hace énfasis en que el problema de mala conducta suele suceder más cuando ella está presente, debido a que en la interacción con sus significativos más cercanos (abuela, papá y hermana) se maneja muy bien.

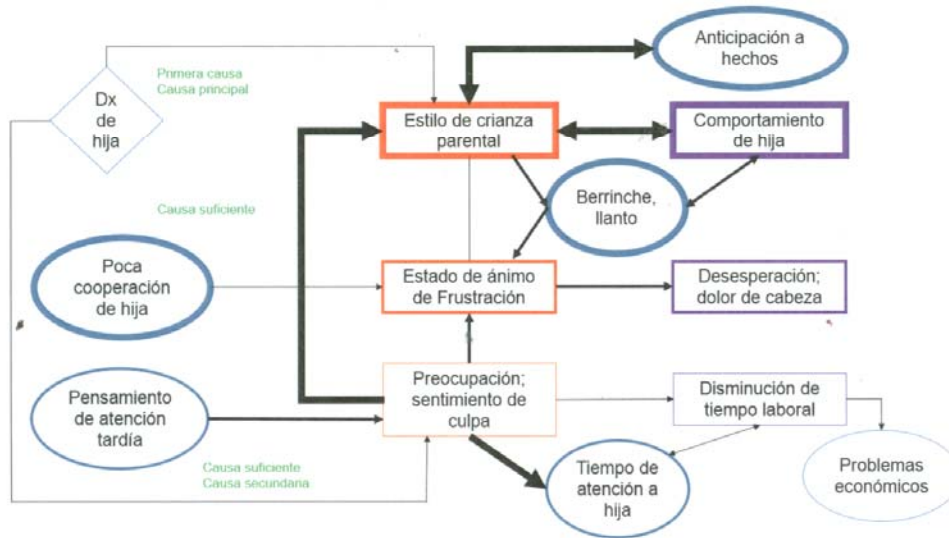
Por otra parte, Madre describe un sentimiento de culpa al no haber atendido más temprano el diagnóstico de la menor. Por tal razón, suele darle más atención a la menor G, que a su hermana M.

Resultados de Análisis Funcional

Delimitación Psicológica. Madre refiere que su hija G, tiene problemas de conducta de difícil manejo, incrementándose, últimamente más, las conductas inadecuadas (berrinche), pues tiene muy poca tolerancia a la frustración y a la demora. Asimismo, menciona su preocupación en cuanto a la habilidad de comunicación de la menor a través del lenguaje, puesto que G solo hace ruidos para referirse a las cosas, o las nombra incorrectamente.

La madre reporta que la menor ha sido diagnosticada con el Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria. Anteriormente, se estuvo trabajando en CREE, fue ahí donde remitieron a la menor a CRIT para un trabajo multidisciplinario en donde se pudiera atender el diagnóstico en conjunto. Madre refiere que valora como problema el comportamiento de G, sin embargo está consciente que ella no establece límites ni reglas a la menor. Por otra parte, refiere que el padre no valora como problema el mal comportamiento de la niña ya que lo ignora.

Análisis funcional. En este caso, este análisis se llevó a cabo a partir de dos registros anecdóticos (Anexo 8 y 9) y una entrevista semiestructurada (Anexo 4). La Figura 2.0 nos permite apreciar las relaciones funcionales en el caso de la Madre.

Figura 2.0. Diagrama Analítico-Funcional de Caso de Madre.

Los problemas de comportamiento que resaltan por parte de la Madre son: el estilo de crianza parental, el estado de ánimo de frustración y la preocupación con sentimiento de culpa. Esta última tiene una relación funcional con el estilo de crianza parental, siendo éste el problema con mayor importancia que tiene efectos en el comportamiento de la hija, y es causado por el diagnóstico de la misma; el estado de ánimo de frustración es un problema importante con una consecuencia de desesperación con dolor de cabeza, causado por la poca cooperación de la hija (sobre todo en terapias); finalmente, el problema de la preocupación y sentimiento de culpa es el de menor importancia de los tres, llevando a una consecuencia en la disminución en el tiempo laboral de la madre, siendo causado por un pensamiento de atención médica tardía para la niña.

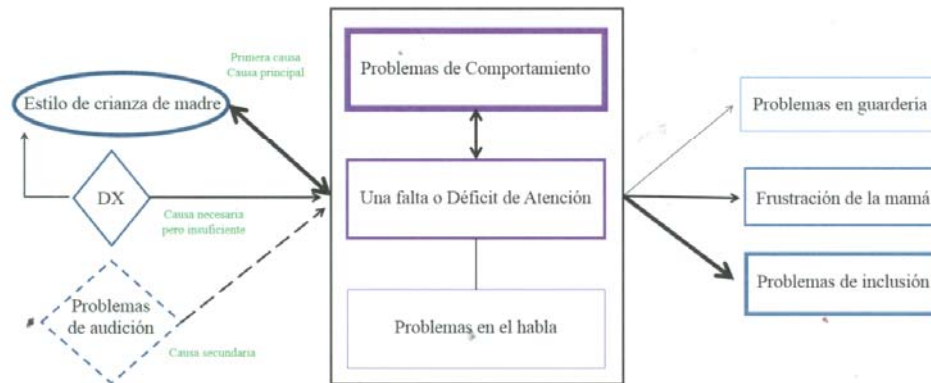
Por otra parte, las variables causales son el berrinche, llanto, anticipación a los hechos, el tiempo de atención a la hija y los problemas económicos. El diagnóstico de la hija se relaciona funcionalmente de manera unidireccional con el estilo de crianza pero también con el sentimiento

de culpa. La anticipación a los hechos y el comportamiento de la hija, presentan una relación bidireccional con el estilo de crianza, siendo éstos dos últimos, los que nos llevan a un berrinche y llanto, relacionándose de esta manera unidireccionalmente con el estado de ánimo de frustración. El tiempo de atención a la hija se relaciona bidireccionalmente con la disminución de tiempo laboral y de manera unidireccional con el sentimiento de culpa. Por último, la disminución del tiempo laboral ha llevado a la familia a presentar problemas económicos.

Como se puede observar en el diagrama, el diagnóstico de la hija es una variable causal inmodificable; al igual que los problemas de carácter económico, son aspectos en los que no se puede trabajar durante la intervención psicológica. Asimismo, una consecuencia es el comportamiento de la niña, sin embargo, éste se propone trabajar de manera directa con la niña e indirectamente con la mamá.

Los padres de niños con algún diagnóstico de trastornos en el desarrollo o con alguna discapacidad, pueden presentar un incremento en niveles emocionales como ansiedad, estrés, frustración, etc., que varía dependiendo de la percepción de las situaciones. De tal manera que, estos aspectos llegan a producir alteraciones de la conducta parental (como es el caso de esta Madre). Es decir, los problemas de comportamiento de los niños también alteran el comportamiento parental, estableciéndose así, una relación bidireccional.

Asimismo, se realizó un diagrama analítico sobre el caso de la menor, como se observa en la Figura 3.0, en el cual se representan las variables y sus relaciones.

Figura 3.0. Diagrama Analítico-Funcional de Caso de Hija G.

Los problemas que se presentan en el usuario G son tres: problemas de comportamiento, falta o déficit de atención y problemas en el habla; de los tres problemas el más representativo en este momento son los problemas de comportamiento, seguido de la déficit de atención que presenta la menor y el menos importante son los problemas en el habla.

Sin duda alguna los problemas en el comportamiento y la falta de atención tienen una relación causal bidireccional debido a que, por esa falta de atención el usuario presenta problemas en su conducta. En correlación a los dos problemas anteriores se tiene los problemas en el habla el cual no tiene ni una relación causal con ni uno, sin embargo es algo que está presente.

Estos tres problemas conllevan a tres importantes consecuencias, la que se representa con un mayor impacto son los problemas de inclusión que el usuario tiene, seguido de la frustración de la mamá que se sintetiza en dolores de cabeza, frustración, anticipación de eventos etc. y por último, problemas en guardería.

Ahora bien, existen tres variables causales que desencadenaron los problemas. En primer lugar el diagnóstico de discapacidad que tiene el usuario, la cual representa una variable causal inmodificable, aunque el nivel de discapacidad puede disminuir, el diagnóstico apunta que ésta siempre estará en la vida del usuario, en segundo lugar se tiene una variable causal hipotética la cual es el problema de audición, ya que se tiene la hipótesis de que el usuario puede presentar problemas asociados a su audición y por tal razón no acata las reglas impuestas para un buen comportamiento, sin embargo, el solucionar ese problema representaría la ayuda de otros especialistas. Y por último, la variable causal de mayor impacto que es el estilo de crianza la cual se marca como una relación causal bidireccional hacia los comportamientos, mientras que las otras dos variables como una causalidad unidireccional. Ésta variable causal de mayor impacto se ha marcado como la mayor causa ya que, en ese estilo de crianza viene implicado un sentimiento de culpa por parte de la madre a raíz del diagnóstico de la menor.

Resultados de la metodología para el diagnóstico.

Un elemento adicional para fortalecer el diagnóstico, es la utilización del Análisis Contingencial como estrategia metodológica.

Análisis Microcontingencial. De los resultados obtenidos se destacan los siguientes:

Tabla 2.0.

Análisis microcontingencial.

Situación	Morfologías	Personas	Efectos
Relación de G con ella misma.	G realiza actividades del día a día. Llama a mamá, papá o hermana cuando se le dificulta algo (llorando y gritando).	Mamá y hermana siempre atienden a las peticiones de G.	G se frustra ante su incapacidad de hacer las cosas en el momento que quiere.

Interacción familiar: Madre-hija G	G está en constante búsqueda de contacto o cercanía con madre, cuando exige cosas innecesarias para la supervivencia llora, patalea, se tira al suelo, se autoagrede pegándose en la boca, jala a la madre de la ropa hasta llevarla al lugar donde está lo que quiere, siempre apunta el objeto que desea obtener, nunca lo llama por su nombre, solo emite sonidos para nombrar cosas como "agua" y "papá" (Madre refiere que sólo obedece en ocasiones).	Madre atiende a las peticiones de G de manera inmediata y en ocasiones de manera anticipada. Repite más de tres veces las indicaciones a G, para que haga caso (la mayoría de las veces no hace caso), así como también constantemente repite "pórtate bien, haz caso, haz los ejercicios correctamente".	Molestia de la Madre ante el ruido del llanto de G, frustración y desesperación, dolor de cabeza, en especial cuando no hay control de la situación y cuando el mal comportamiento de G se presenta en CRIT.
Interacción familiar: Padre-hija G.	G juega, ríe y corre buscando el contacto con Padre, cuando G exige cosas innecesarias para la supervivencia llora, patalea, se tira al suelo, se autoagrede pegándose en la boca, jala al Padre de la ropa hasta llevarlo al lugar donde esta lo que quiere, siempre apunta el objeto que desea obtener, nunca lo llama por su nombre, solo emite sonidos para nombrar cosas como "agua" y "papá", G atiende más a las indicaciones de su Padre.	Padre atiende a G cuando es necesario y está al pendiente de ella. Padre ignora a G cuando llora, patalea, se tira al suelo exigiendo cosas innecesarias (berrinche), asimismo, también ignora a G cuando no lo obedece.	Padre no muestra ni un efecto, se refiere una total neutralidad ante las situaciones.
Interacción familiar: Hermana M-Hermana G	G juega, ríe, se queda tranquila; si se le dificulta alguna situación o actividad llora, patalea, se tira al piso o exige las cosas gritando, jalando de la ropa y señalando. Emite sonidos de las cosas que quiere. La hermana M atiende a cualquier petición de G, incluso si no está cerca o no se encuentra en ese momento con ella (en el hogar).	M siempre intenta mantener entretenida a G para que no llore. Así como también, M llama a papás cuando no puede solucionar una petición de G para que ellos lo hagan. M exige a sus padres que atiendan a G rápidamente cuando llora.	Hermana M se alegra de compartir tiempo de calidad con G, sin embargo, M se desespera cuando G llora.
Interacción familiar: Abuela paterna-nieta G	G juega, ríe, se queda tranquila, se limita a emitir sonidos y señalar las cosas que quiere.	Abuela atiende de inmediato a todas las peticiones de G.	Abuela paterna es una alegría de pasar tiempo con G.

Terapeuta- con G.	G en esta interacción es correr, brincar, salirse de las salas de terapia, gritar, reír. Sólo obedece en ocasiones, siempre busca el contacto físico con mamá o su cercanía.	Terapeutas siempre corren tras de ella, le gritan por su nombre para que haga caso, utilizan reforzador social cuando G hace algo bien, siempre dan las órdenes más tres veces.	Terapeutas se desesperan y frustran ante el mal comportamiento de G.
-------------------	--	---	--

Como nota importante, es fundamental aclarar que al ser un trabajo con un usuario institucionalizado, los otros significativos en CRIT están referidos como la madre, el padre, la hermana la abuela y el terapeuta, y en esta dinámica, la Madre evita tener tiempos muertos entre terapias debido al mal comportamiento de G.

Asimismo, es relevante agregar que hubo cambio de guardería, por lo tanto, no se han tenido reportes por parte de las maestras; debido a ésto, Madre cree que es porque fue un cambio positivo para G.

Análisis Macrocontingencial. Se pueden identificar tanto problemas de orden Macrocontingencial y Microcontingencial, sin embargo, para éste sólo se trabajó bajo la premisa de los problemas de orden microcontingencial anteriormente descritas, en tanto las situaciones evaluadas son valoradas como problema por los efectos que produce el comportamiento de la menor en la madre y en ella misma, ya que no cuenta con la habilidad social deseada y esperada, lo cual representa una preocupación para la madre, debido a que está próxima a entrar al preescolar. Asimismo, por los efectos que produce y puede producir la dificultad en el ejercicio de las competencias parentales maternas. Éstas fungen como un factor disposicional ya que, probabilizan un mal comportamiento en los menores, debido a la sobreprotección y permisividad, la falta de límites, reglas y responsabilidades claras para la edad de los hijos.

Génesis del problema. Para este caso, el comportamiento de la niña G se valoró como problema hace aproximadamente un año ocho meses a partir de que la Madre notó un retraso en el desarrollo de la menor en comparación a su otra hija M, ya que no realizaba marcha. Por lo anterior, la Madre acudió a consulta médica con un ortopedista, quien la envió a CREE para estimulación temprana. Posteriormente, fue remitida a CRIT, donde se le diagnosticó a la hija G Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria.

A partir del diagnóstico, la Madre comenzó a sentir culpabilidad por la atención médica tardía hacia su hija G, por el hecho de estarla comparando con su otra hija M y otros niños de su edad. Madre refiere que por esa razón, comenzó a ser más permisiva con hija G, brindándole más atención incluso que a su otra hija M. Madre menciona estar consciente que hija G ha tenido problemas comportamentales que iniciaron a partir de su cambio de actitud y permisividad hacia ella a partir del conocimiento del diagnóstico sobre la condición de hija G.

Instrumentos complementarios.

Registro observacional (pre-intervención). Se realizaron dos registros antes de la intervención (Anexos 8 y 9).

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

Para llevar a cabo los registros anteriormente mencionados, se consideraron las siguientes categorías para G (Tabla 3.0): Cuándo se le solicita hacer alguna actividad, Cuándo se le da una

orden, Cuándo quiere algo y Cuándo hace berrinche. Por otra parte, las categorías consideradas para la Madre fueron: Cuándo G quiere algo y Cuándo G busca cercanía.

Tabla 3.0.

Registro de observación con base a categorías pre-intervención.

Categorías de G	Respuesta esperada	Respuesta Registro 1	Respuesta Registro 2
Cuando se le solicita hacer alguna actividad terapéutica	Inicia cuando se le indica que actividad hacer y cómo hacerla. -No lo hace -Busca ayuda -Lo hace sola Finaliza cuando se cambia de actividad.	Inició cuando se le indicó qué y cómo hacer la actividad hacer. -No lo hace Finalizó al cambiar de actividad.	Inició cuando se le indicó qué y cómo hacer la actividad hacer. -Busca ayuda Finalizó al cambiar de actividad.
Cuando se le da una orden	Inicia cuando se le da una orden. -Desobediencia -Obediencia Finaliza cuando cumple la orden o se le da otra orden.	Inició cuando se le dio una orden. -Desobediencia Finalizó cuando se le dio otra orden.	Inició cuando se le dio una orden. -Desobediencia Finalizó cuando se le dio otra orden.
Cuando quiere algo	Inicia cuando se expresa verbalmente, cuando apunta y emite sonidos, cuando hace berrinche exaltándose, llorando, gritando y apuntando. Finaliza cuando consigue lo que quiere o es ignorada.	Inició cuando se expresó apuntando, emitiendo sonidos y haciendo berrinche. Finalizó cuando consiguió lo que quería.	Inició cuando se expresó emitiendo sonidos, haciendo berrinche exaltándose, llorando y gritando. Finalizó cuando consiguió lo que quería.
Cuando hace berrinche	Inicia cuando comienza a llorar o gritar, insistiendo en lo que busca obtener. -Madre la calma -Madre ignora -Se calma sola Finaliza cuando logra calmarse.	Inició cuando comenzó a llorar y gritar, insistiendo en lo que buscaba obtener. -Madre la calma Finalizó cuando logró calmarse.	Inició cuando comenzó a llorar y gritar, insistiendo en lo que buscaba obtener. -Madre la calma Finalizó cuando Madre logró calmarla.

Categoría de la Madre	Respuesta esperada	Respuesta Registro 1	Respuesta Registro 2
Cuando G quiere algo	Inicia cuando Madre atiende -Volteando a ver inmediatamente -Madre ignora Finaliza cuando G obtiene lo que quiere o deja de solicitar lo que pidió.	Inició cuando Madre atiende -Volteando a ver inmediatamente Finalizó cuando G obtuvo lo que quería.	Inició cuando Madre atiende -Volteando a ver inmediatamente Finalizó cuando G obtuvo lo que quería.
Cuando G busca contacto físico	Inicia cuando hay contacto físico y finaliza cuando ya no hay contacto físico.	Inició cuando hay contacto físico y finalizó cuando ya no hay contacto físico.	Inició cuando hay contacto físico y finalizó cuando ya no hay contacto físico.

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

En el segundo registro durante la espera de la consulta psicológica, se observó un berrinche de G, llorando y gritando porque Madre no le quería dar el celular. Consecuentemente, Madre accedió a dárselo, pocos minutos después G deja el celular y sale corriendo, al avanzar unos metros G se percata de que su Madre no está cerca de ella y comienza a llorar y gritar su nombre; Madre varias veces grita "aquí estoy G", G no atiende ante ese grito por lo que su Madre tiene que correr tras ella para alcanzarla. En el cuarto de niños, voluntaria da una serie de órdenes a G, ella no hace caso y sigue jugando. Voluntaria grita por su nombre en varias ocasiones y G no responde. Fue casi al final cuando G comienza a hacer caso de las indicaciones de voluntaria.

Registro observacional (pos-intervención). Se realizaron dos registros después de la intervención (Anexos 10 y 11).

El primero se llevó a cabo durante una sesión terapéutica con la diada Madre-hija. Éste tuvo una duración de 20 minutos, en el cual estuvo presente la Madre, el terapeuta y G. El segundo se realizó, de igual manera, durante una sesión terapéutica con la menor. Éste tuvo una duración de 20 minutos, en el cual estuvo presente el terapeuta y G.

Para llevar a cabo los registros posteriores a la intervención, se consideraron las siguientes categorías para G (Tabla 4.0): Cuándo se le solicita hacer alguna actividad, Cuándo se le da una orden, cuando quiere algo, Cuándo hace berrinche y el periodo de concentración en las actividades. Por otra parte, las categorías consideradas para la Madre fueron: Cuándo G quiere algo y Cuándo G busca cercanía.

Tabla 4.0.

Registro de observación con base a categorías posterior a la intervención.

Categorías de G	Respuesta esperada	Respuesta Registro 1	Respuesta Registro 2
Cuando se le solicita hacer alguna actividad terapéutica	Inicia cuando se le indica que actividad hacer y cómo hacerla. -Busca ayuda -Lo hace sola -No lo hace	Inició cuando se le indicó qué y cómo hacer una actividad. -Busca ayuda	Inició cuando se le indicó qué y cómo hacer una actividad. -Lo hace sola
	Finaliza cuando se cambia de actividad.	Finalizó cuando se le cambió de actividad.	Finalizó cuando se le cambió de actividad.

Cuando se le da una orden	Inicia cuando se le da una orden. -Obediencia -Desobediencia Finaliza cuando cumple la orden o se le da otra orden.	Inició cuando se le dio una orden. -Obediencia Finalizó cuando cumplió la orden.	Inició cuando se le dio una orden. -Obediencia Finalizó cuando cumplió la orden.
Cuando hace berrinche	Inicia cuando comienza a llorar o gritar, insistiendo en lo que busca obtener. -Se calma sola -Madre la calma -Madre ignora Finaliza cuando logra calmarse.	No se presentó durante la observación.	No se presentó durante la observación.
Periodo de concentración en actividades	Inicia cuando comienza a hacer la actividad. -Adecuada concentración -Atiende instrucciones -Nula concentración -No sigue instrucciones Finaliza cuando termina la actividad.	Inició cuando comenzó a hacer la actividad. -Adecuada concentración -Atiende instrucciones Finalizó cuando terminó la actividad.	Inició cuando comenzó a hacer la actividad. -Adecuada concentración -Atiende instrucciones Finalizó cuando terminó la actividad.

Categoría de la Madre	Respuesta esperada	Respuesta Registro 1	Respuesta Registro 2
Cuando G quiere algo	Inicia cuando Madre atiende -Atención inmediata para la resolución de la situación -Atención inmediata para ayudar a la resolución de la situación -Atención inmediata para motivar a la resolución de la situación -Madre ignora Finaliza cuando G obtiene lo que quiere, deja de solicitar lo que pidió o se resolvió la situación.	Inició cuando Madre atendió -Atención inmediata para ayudar a la resolución de la situación -Atención inmediata para motivar a la resolución de la situación Finalizó cuando G deja de solicitar lo que pidió y se resolvió la situación.	Inició cuando Madre atendió -Atención inmediata para ayudar a la resolución de la situación -Atención inmediata para motivar a la resolución de la situación Finalizó cuando G deja de solicitar lo que pidió y se resolvió la situación.
Cuando G busca contacto físico	Inicia cuando hay contacto físico y finaliza cuando ya no hay contacto físico.	Hubo contacto físico.	Hubo contacto físico.

En el primer registro durante la sesión terapéutica, se observó una mejoría en el comportamiento de G. Se mostró más tolerante a la frustración, atendiendo límites y reglas, con mucha disposición para las actividades así como la adecuada concentración para realizarlas. La menor logró establecer una conversación con la terapeuta, así como un contacto afectivo. Durante el registro ambas usuarias se encontraban en la misma área, lo cual no fue impedimento para generar ansiedad por la separación. La Madre y la menor se mantuvieron concentradas en sus actividades por separado. Por otra parte, la madre denotó una tranquilidad durante la conversación, se mostró con mucha disposición para seguir mejorando su rol parental, así como también para emprender nuevos cambios en su vida.

En el segundo registro, durante el servicio terapéutico, se observó a la menor tranquila a pesar de la separación con la Madre, la menor no mostró ansiedad ni periodos de berrinche. Durante las actividades con el terapeuta la menor se mantuvo concentrada y siempre siguiendo las indicaciones, límites y reglas impuestas para un mejor aprovechamiento de la sesión. Se logró establecer el contacto físico, mostrando un afecto al terapeuta, así como también se estableció una conversación más clara y corrida.

Los cambios anteriormente descritos permiten comprobar la hipótesis de este trabajo, debido a que después de la intervención se generaron cambios positivos en el comportamiento tanto de la Madre y de la menor, generando un empoderamiento en el rol parental de la Madre y una estimulación en los precursores de la menor, además de una disminución en el mal comportamiento que se presentaba.

Diagnóstico integral.

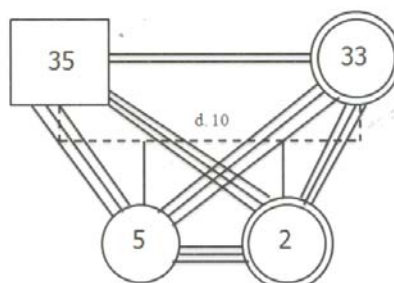
G, femenina con una deficiencia genética que condiciona una limitación leve para la adecuada consecución de sus hitos del desarrollo motor grueso que pueden interferir con la independencia en el desarrollo de sus roles social, escolar y lúdico que la ponen en desventaja con sus congéneres de la misma edad.

Según el Institut Ferran de Reumatología (2014), la causa del Síndrome de Hiperlaxitud Ligamentaria que presenta G, es desconocida, aunque se han encontrado anomalías de carácter hereditario, en las fibras de colágeno, probablemente a causa de alguna mutación genética. Esto hace que el tejido conjuntivo del organismo, presente en ligamentos, tendones, vasos sanguíneos, piel y en otras muchas localizaciones, sea más elástico de lo normal, pero también más frágil, de manera que se producirían pequeñas lesiones con mayor facilidad y con traumatismos o movimientos relativamente livianos.

Estudios recientes relacionan la enfermedad con déficits de ácido fólico durante el embarazo y con determinadas anomalías genéticas.

Diagnóstico psicológico de la Madre.

Antecedentes familiares. Se identificó a través de entrevista y consulta de datos históricos que actualmente se vive en una fase de infancia y la estructura familiar es nuclear funcional (Figura 4.0). La dinámica que se vive en la familia consiste con regular estabilidad emocional de pareja y buena relación entre hermanas.

Figura 4.0. Familiograma correspondiente al caso.

En éste se puede observar una familia nuclear compuesta por Padre de 35 años y Madre de 33 años en una relación de unión libre desde hace 10 años. Ambos con dos hijas, la mayor de 5 años y la menor de 2 años.

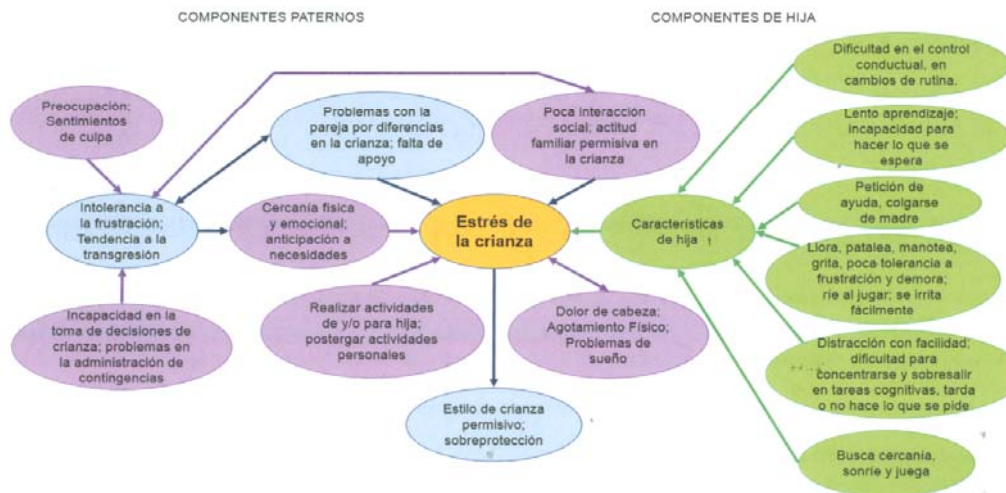
En cuanto a las relaciones se observa que la relación de los padres es cercana. Padre y Madre mantiene una relación estrecha con ambas hijas. Por otra parte, se observa que las hijas mantienen una relación estrecha entre ellas.

Perfil de estilo de crianza de la Madre. Con base a los instrumentos aplicados anteriormente y al análisis que se hizo a partir de la observación de la interacción madre-hija se puede concluir que la Madre presenta una disfuncionalidad en el rol parental, ya que actualmente se detectaron una serie de estresores de la vida diaria que conllevan a un estrés de crianza, dificultando así la práctica parental funcional, optando por un estilo permisivo y sobreprotector con hija G.

Como se observa en la Figura 5.0, lo anterior se ha desencadenado por una serie de variables como: su preocupación y sentimiento de culpa tanto por el diagnóstico clínico-médico de G como por la atención tardía del mismo; sus estilos interactivos asociados a intolerancia a la frustración, tendencia a la transgresión y la incapacidad en la toma de decisiones tienen un efecto

directo al momento de manejar los problemas en la administración de contingencias cuando G presenta el comportamiento no deseado; cuando el Padre de G difiere en su crianza y en el establecimiento de límites y reglas para G; la búsqueda de cercanía física y emocional por parte de ambas y la anticipación de la Madre a las necesidades de G; el realizar actividades de y/o para hija G, incluso al punto de postergar actividades personales (trabajando únicamente por las tardes); dolores de cabeza ante el fuerte llanto de G, agotamiento físico y problemas de sueño; la disminución de interacción social y la actitud familiar permisiva en la crianza de G.

Figura 5.0 Modelado de variables, de acuerdo al Modelo de Abidin (1995).



Efecto de la conducta de G sobre la Madre. En el efecto producido en la Madre influyen ciertas características de G como: problemas en el comportamiento ante la dificultad por parte de la figura materna en el control; dificultad por parte de G para adaptarse a los cambios en la rutina, por ejemplo en horarios de sueño, comida y salidas; un lento aprendizaje que a futuro puede llevar a problemas de inclusión en escuela regular e incapacidad para hacer lo que se espera de

ella a su edad; su forma de pedir ayuda, que llega a ser colgándose de la madre y señalando objetos sin hablar; su humor depende de la tolerancia a la frustración y demora, puede llorar, patear, manotear, gritar, e irritarse fácilmente, pero también, el hecho de jugar y convivir hace que se ponga contenta y sonría; su dificultad para concentrarse y sobresalir en tareas cognitivas para su edad, se distrae con facilidad, se tarda en hacer lo que se le pide o no lo hace; por último el reforzamiento de G para Madre es buscando cercanía, sonriendo y jugando con ella.

Todas las variables anteriores desencadenan problemas en el comportamiento de G. Destacando una falta de establecimiento de límites y reglas y un pobre de manejo conductual de la Madre.

En cuanto a G, se le observa alerta y activa, manejándose a través del berrinche e irritabilidad constante con Madre, con un retraso en la adquisición del lenguaje lo cual la lleva a que señale todo. Finalmente, se identificó que G presenta cortos periodos de atención. Lo anterior se puede complementar con un Diagnóstico por parte del Paidopsiquiatra fundamentado en la aplicación del Test Haizea-Llevant, en el cual se muestra un ligero retraso en el desarrollo cognitivo.

Análisis de Solución. Con base al diagnóstico y apoyándose en la literatura, se pone de manifiesto que la interacción problema es de orden microcontingencial en tanto es una situación valorada como problema por los efectos que produce el mal comportamiento de G en la madre. Por otra parte, se pone de manifiesto la incompetencia del rol parental por parte de la Madre, el cual funge como un factor disposicional ya que, probabiliza el mal comportamiento de su hija G.

Tomando como base toda la información recabada y el análisis de ésta, se propone, primeramente, diseñar y aplicar un programa de intervención en Rehabilitación para la Madre,

alterando la propia conducta y utilizando el criterio de Relación de Efecto por las consecuencias que tiene la incompetencia del rol parental de la figura materna en G.

Por tal razón, se implementarán tres técnicas, la primera es en Entrenamiento Asertivo, en donde las acciones del terapeuta se centrarán en observar modelos, discriminar competencias sociales y practicar la competencia. Sus funciones serían informar, regular e instruir.

La segunda técnica será la de Manejo de Contingencias, en la cual, las acciones del terapeuta son determinar el arreglo contingencial ideal en las situaciones prescritas y la presentación sistemática de las consecuencias. El efecto correspondiente a éste es el aumento en la frecuencia de las conductas esperadas. Sus funciones en este caso serían informar, regular y auspiciar.

La tercera técnica corresponde al Ensayo Conductual, donde las acciones terapéuticas están relacionadas con observar las competencias, discriminando conductas, circunstancias y consecuencias y practicar la competencia. Aquí el efecto terapéutico que se pretende tener es la aparición de la competencia. La función del terapeuta sería, entonces, el participar e instruir durante la intervención.

Todo lo anterior con el propósito de que se tenga un adecuado efecto en la competencia parental de G. Por lo que trabajó con la Madre de G el factor de riesgo a nivel personal: la dificultad en el rol parental.

Considerando que el rol parental es compuesto por varios factores, resultó conveniente para la intervención el trabajar la psicoeducación. Por psicoeducación se entiende que es la educación y/o información que se les ofrece a las personas con algún problema de carácter psicológico. Ésto permitió la Madre reforzar sus fortalezas y recursos para desarrollar capacidades y habilidades propias, con las cuales pueda hacer frente al problema y a diversas

situaciones que se le puedan presentar, de un modo más adaptativo, contribuyendo a tener una mejor calidad de vida (Pujals, 2009).

La importancia de apoyarse en la Psicoeducación durante la intervención en rehabilitación con la Madre, es para poder así dar la oportunidad de generar un cambio en la forma de educar a G y su hermana y actuar de forma correcta ante las situaciones problema; para poder favorecer no solo la etapa de infancia, sino también, las etapas que las niñas como parte de su desarrollo, deben llegar. De esta manera, se podrán alcanzar resultados positivos y significativos.

• Por otra parte, se propone diseñar y aplicar un programa de intervención en Rehabilitación para G. Alterando, de igual manera la propia conducta, utilizando el criterio el mismo criterio de la Madre, el de relación de efecto por las consecuencias que tiene el mal comportamiento de G en su Madre.

Por esta razón, se propone la técnica de Economía de fichas. Aquí las acciones terapéuticas están encaminadas a determinar el arreglo de contingencias ideal en las situaciones prescritas y a la presentación sistemática de las consecuencias. El efecto terapéutico a obtener será el decremento en la frecuencia de las conductas no esperadas y el incremento de las conductas esperadas. Las funciones del terapeuta se centrarán en entrenar y regular.

Por tal razón, con G se trabajará sobre el factor de riesgo: conducta problema, en este caso el berrinche, de forma indirecta. Aunado a esto, se atenderán otros aspectos relevantes de forma directa, como: precurrentes básicos (periodos de atención, seguimiento de instrucciones e imitación) y retraso de lenguaje, lo que la lleva a un retraso en el desarrollo cognitivo (diagnosticados con anterioridad por psicólogo, psiquiatra, observado durante los registros y reportados por la Madre).

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

El objetivo de esta intervención es que la Madre aplique de manera efectiva técnicas de modificación de conducta en situaciones cotidianas con la hija menor, mediante situaciones ejemplo. Asimismo, que la menor identifique diferencialmente las contingencias y sus consecuencias agradables o desagradables, a través de la técnica de modificación de conducta de Economía de Fichas en situaciones cotidianas.

Resultados Cuantitativos

Índice de Estrés Parental.

En la Figura 6.0 se pueden observar los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento PSI a la Madre de G en la pre-prueba y la pos-prueba, lo cual permite ver los cambios favorables a consecuencia de la intervención, comparados con la media poblacional para la población mexicana.

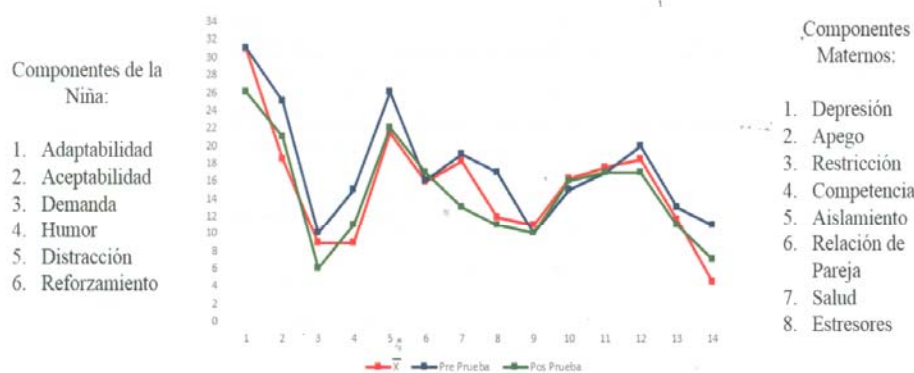
Como se aprecia, la mayoría de las áreas son de oportunidad. Sin embargo, los puntajes más significativos en la pre-prueba son Aceptabilidad y Humor (Componentes de la Niña), siendo los puntajes más alejados de la media poblacional. En cuanto a los componentes Maternos, el puntaje más alejado de la media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

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

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

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

Figura 6.0. Resultados obtenidos de PSI aplicado a Madre.



Lo anterior, nos permite comprobar la hipótesis ya que la intervención resultó efectiva, satisfactoria y con resultados positivos debido a que se encontró una diferencia significativa que

permitió corroborar que la madre valora de manera coherente el ejercicio de su competencia parental.

Discusión

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos por parte de CRIT y los resultados del PSI se pueden identificar las áreas de oportunidad tanto de la Madre como de la hija. En estos datos se presenta correspondencia entre éste último instrumento y la Escala RESI-M. Las subescalas del PSI que representan el área de oportunidad por parte de la Madre son competencia y apego, y se relacionan con dos de las dimensiones que puntuaron por debajo de lo esperado dentro de la Escala RESI-M, en este caso, Fortaleza y confianza en sí mismo y Estructura.

Éstos resultados refuerzan los hallazgos ya reportados en otras investigaciones. Resaltan la presencia de una disfuncionalidad en el rol parental materno, lo cual se debe a una serie de estresores de la vida diaria que conllevan a un estrés en la crianza de la menor, dificultando así la práctica parental funcional, optando por un estilo de crianza permisivo y sobreprotector. De acuerdo con estudios de Díez, Ventola, Garrido & Ledesma (1989), el proceso de aceptación de los padres con hijos con discapacidad, impiden tomar medidas constructivas y caer fácilmente en la sobreprotección que supone para el hijo una barrera psicoafectiva, donde sus reales posibilidades quedan limitadas. En este sentido, en la entrevista y en los registros de observación, se puede observar claramente esta tendencia con la madre de la menor.

Coincidiendo con los diversos estudios citados en Cuervo (2010) y Badia (2005), descritos anteriormente, se puede confirmar que estos resultados coinciden con los de este caso

en particular y que efectivamente, los padres de niños con discapacidad presentan un incremento en los niveles de estrés parental que varía dependiendo de la percepción de las situaciones.

Asimismo, esos estudios plantean que las alteraciones en la conducta parental resultante de estrés se relacionan con las áreas de oportunidad de la Menor, en este caso corresponden al Humor y Aceptabilidad, los puntajes más significativos y alejados de la media poblacional. Ésto permite corroborar que los problemas de comportamiento de la menor también alteran el comportamiento parental por parte de la Madre, estableciéndose así, una relación bidireccional.

Seguí, Ortiz & De Diego (2008), Ramírez & Mogollón (2013), señalan en sus estudios que los padres de niños con discapacidad experimentan más frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal. Estas características guardan una relación directa con la clase de discapacidad que el niño presenta y la gravedad de los trastornos de conducta presentes, resaltando la personalidad de la Madre y su grado de satisfacción con el rol materno el cual definen su disposición para la crianza (Félix & Rodríguez, 2001).

Conclusión

El diseño pre-prueba/pos-prueba permite establecer relaciones causa-efecto sobre la conducta problema antes y después de la intervención psicológica (Espinoza, 2014). En este caso, el comportamiento problema de G y de la Madre (como es la incompetencia en su rol parental), permitieron realizar registros sobre las conductas relacionadas con la situación problemas, y así identificar los motivos y el modo en que actúa la Madre. Además, se considera importante el hecho de poder llevar a cabo la intervención psicológica de manera directa con la Madre en cuanto al berrinche de G y la incompetencia de su rol parental; así como también, la falta de

precurrentes básicos con G y su retraso de lenguaje, de forma directa con la menor. Todo lo anterior, repercutiendo de manera importante en el retraso en su desarrollo cognitivo.

A lo largo del proceso de intervención ambas participantes se mostraron cooperativas durante las sesiones y en la ejecución de las tareas asignadas, mostrando una alta motivación al cambio, sin embargo, se tuvieron ciertas dificultades, como fue la poca puntualidad por parte de la madre para llegar temprano a las sesiones, lo que repercutía en las actividades, debido a que se tenía que recortar el tiempo de cada una de éstas. Sin embargo, los resultados mostraron cambios clínicamente significativos en la interacción de la diada. Permitiendo corroborar de esta manera la hipótesis planteada y en respuesta a la pregunta de investigación.

Entre los cambios a corto plazo que se apreciaron fue una mayor motivación en la madre en sus diferentes roles, esto debido a que emprendió nuevos retos en su vida. Algunos de sus emprendimientos consisten en la obtención de un empleo, teniendo ya varias opciones, así como también, con nuevas rutinas y delegado de responsabilidades y obligaciones a la menor y su hermana, contando con más tiempo para realizar sus actividades. Refiere que se encuentra en clases para aprender a hacer manualidades, las cuales planea vender y generar un nuevo ingreso al hogar. Menciona mantener la calma cuando la situación se sale de control con las menores, sintiéndose más segura para responder a tales circunstancias.

Asimismo, se le observó a la madre muy activa en cuanto a la educación de G y su hermana, poniendo en práctica las técnicas vistas durante las sesiones, de igual manera, la madre comenzó a identificar las situaciones en que la menor presentaba el berrinche, para tratar de controlar o anular dicho comportamiento. Por lo anterior, la usuaria adquirió un mayor número de competencias parentales y una disminución en el estrés de crianza.

De igual forma, en la menor se mostraron cambios positivos en su conducta. Comenzó a ser más activa y reactiva en sus diversas actividades, como se puede observar en los registros (Anexos 10 y 11), el contacto visual aumentó, así como también su obediencia e independencia para realizar las cosas por sí misma (Anexo 12). De tal manera que estos cambios, a futuro, permitan predecir que la menor logrará una óptima inclusión social, escolar y familiar. Pues la mayoría de los casos, no es sino hasta que los menores pertenecen a una institución como en el proceso de escolarización, que comienzan a detectar problemas y anomalías en la interacción que se da a partir del ejercicio parental y sus efectos en el comportamiento de los menores.

Por su parte, la familia, al descentralizar la discapacidad ha mejorado y unificado el modelo de crianza, lo que ha dado orden y estructura a las pacientes. Por lo anterior, se concluye una eficacia en el tratamiento, debido al incremento en las competencias parentales y al decremento de la conducta problema de la menor y que los cambios en el la conducta no se produjeron por el hecho de estar en constante observación.

Plan de Seguimiento y Recomendaciones

Para el seguimiento de este caso, fue aconsejable monitorear después de un cierto tiempo la conducta problema, de tal forma que se pueda comprobar con total certeza la efectividad de la intervención. Se propuso que el monitoreo se llevara a cabo durante sus citas en la Institución, o bien, visitas domiciliarias en caso de ser necesarias. Logrando así, descartar la posibilidad de que los cambios posteriores a la intervención no haya sido solo un efecto inmediato del tratamiento, por lo que desde esta perspectiva, es necesario supervisar que la Madre cuente con la

competencia tratada durante la intervención para mejorar su funcionalidad parental y la aplicación de lo aprendido durante la misma.

El número de sesiones de seguimiento dependió del curso de la intervención, sin embargo, se recomendó que no sean menos de 2 acercamientos, progresivamente espaciados. Fue importante fijar al comienzo del seguimiento, el tipo de registros que se pretende hacer para constatar el éxito del tratamiento después de que éste, como tal, terminó.

El primer acercamiento de seguimiento para la diada fue dos meses posteriores a la culminación del programa (Anexo 10). El segundo se llevó a cabo cuatro meses después al término del mismo (Anexo 11). Mediante el plan de seguimiento, es posible controlar las posibles recaídas y observar cómo afrontan y resuelven las nuevas situaciones. La labor del psicólogo está dirigida a reforzar el afrontamiento del problema y favorecer la exposición a situaciones nuevas, similares a las entrenadas durante la intervención en las que el usuario, en este caso la Madre, compruebe sus habilidades, aprendidas en las sesiones de intervención, para que finalmente desaparezcan sus sentimientos de culpa, estrés de crianza y la incompetencia en el rol parental.

Independientemente a la finalización y seguimiento del programa, se sugiere seguir fortaleciendo las competencias parentales, con el fin de que la Madre no pierda el enfoque de lo aprendido. Por tal razón resulta conveniente que la Madre desarrolle diversas actividades benéficas para la interacción familiar, así como plantearse metas a corto, mediano y largo plazo, escribir en un diario su sentir de todos los días, con el fin de tener un espacio de reflexión y desahogo y seguir utilizando las técnicas de modificación de conducta aprendidas durante la intervención.

De igual manera, es importante que se sigan desarrollando una serie de actividades para la Menor G, como serían: de ser necesario, seguir con la economía de fichas, cambiando las

conductas, premios y reforzadores conforme la menor avance, seguir estableciendo límites, conforme la menor avance agregar nuevas responsabilidades para su edad y establecer actividades educativas en un determinado espacio.

Referencias

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3th Edition). Odessa: Psychological
- Amador, J. (1969). Importancia de la Epidemiología. *Revista Médica de Costa Rica*, 26 (418), 133-154.
- Anguera, M. & Blanco-Villaseñor, A. (2006). ¿Cómo se lleva a cabo un registro observacional? *Boletín LaRececa*.
- Assessment Resources. (Adaptada y reproducida al castellano con el permiso especial del editor, Psychological Assessment Resources, Inc., Brito de la Nuez A. G., 2001).
- Badía, M. (2005). Calidad de vida familiar: La familia como apoyo a la persona con parálisis cerebral. *Revista Intervención Psicosocial*, 14(3), 327-341.
- Barquera, L. (2014). *¿Por qué no todos los niños van a la escuela? ¿Será discriminación?*
Recuperado de:
http://www.odisea.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=691&catid=16&Itemid=205.
- Betancourt, D. & Andrade, P. (2011). Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(1), 27-41.
- Betancourt-Arriaga, L. (2012). *Código Ético del Psicólogo*. ...Recuperado de:
http://www.psicoanalitica.org/c%C3%B3digo_etico_del_psic%C3%B3logo
- Cervantes, K. (2011). *Caracterización de la discapacidad física en niños menores de 6 años matriculados en los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. (Tesis de Maestría). Recuperado de:
http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/227/Tes_CervantesDeLaTorre_KJ_CaracterizacionDiscapacidadFisica_2011.pdf?sequence=1

- Clasificación Internacional del Funcionamiento. (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud*. Recuperado de: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
- Coloma, J. (1993). Estilos Educativos Paternos. En Quintana, J. *Pedagogía Familiar*. (pp. 45-58). Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. (2001). *Desarrollo e Inclusión para Personas con Discapacidad*. Recuperado de: <http://conadis.gob.mx/noticia.php?noticia=20>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s.f.). *Psicología de la Educación*. Recuperado de: www.cop.es/perfiles/contenido/educativa.htm
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1857). Capítulo 1, Sección 1, Art. 3, México. (Según la reforma del año 2012). Recuperado de: <http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/1Legislativos/3Constitucion.pdf>
- Contreras, J. (2007). *Evaluación de Riesgo Familiar*. Recuperado de: <http://cambiodemodelo.blogspot.mx/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Delcamino, M. (2010). *Escuela para padres y madres*. Recuperado de: <http://mariadelcaminopsicologiaorientacion.blogspot.mx/p/escuela-de-padres-y-madres.html>
- Diez, S., Ventola, B., Garrido, F., & Ledezma, C. (1989). *Cronología de los padres con niños autistas*. Ed. Prentice/ Hall Internacional

- Emerson, E., McGill, P. & Mansell, J. (1994). *Severe Learning Disabilities and Challenging Behaviours*. London, Chapman and Hall. En Novel, L., Rueda, P. y Salvador, L. (2004). *Salud Mental y Alteraciones de la Conducta en las Personas con Discapacidad Intelectual*. España: FEAPS 3ra. Edición.
- Entorno Medico. (2015). *La discapacidad en México alcanza casi 6 millones de personas, unidos podemos combatirla*. Recuperado de: <http://www.entornomedico.org/index.php/529-la-discapacidad-en-mexico-alcanza-casi-a-6-millones-de-personas-unidos-podemos-combatirla>
- Espinoza, O. (2014). Resultados de un programa de intervención cognitivo conductual para eliminar las rabietas de un niño de 5 años. *Revista electrónica en Ciencias Social y Humanidades apoyadas por Nuevas Tecnologías*, 3(2), 77-102.
- Eyberg, S. (2010). *Terapia e interacción entre padres e hijos*. Recuperado de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45guraprog/es/contenidos/informacion/gura_programa_internacional/es_teraint/terapia_interaccion.html
- Fantova, F. (2000). Trabajar con las familias de las personas con discapacidades. *Siglo Cero*, vol. 31(6), 33-49.
- Félix, M. & Rodríguez, A. (2001). *Relación Existente entre el Estrés en la Crianza y el Número de Hijos Asociados a la Satisfacción Marital*. Tesis de Pre-grado no publicada, Instituto Tecnológico de Soñora, México. Recuperado de: http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/3_3.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). *Estado Mundial de la Infancia 2013: Niños y Niñas con Discapacidad*. Nueva York, NY.

- Franco, N., Pérez, M.A. & Pérez, M.J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Gobierno de la República. (2012). *Plan Nacional de Desarrollo*. Recuperado de: www.pnd.gob.mx
- Gobierno del Estado de Sonora. (2015). *Plan Estatal de Desarrollo*. Recuperado de: www.sonora.gob.mx/gobierno/sonora.html
- González, A. & Reyes, S. (s.f.) *El apoyo de la familia en la inserción laboral*. Recuperado de: http://www.down21.org/?option=com_content&view=category&id=103:el-apoyo-de-la-familia-en-la-insercion-laboral-&Itemid=2175&layout=default
- Guevara, Y. & González, E. (2012). Las familias ante la Discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3).
- Guillén, M., Valenzuela, B. & Gutiérrez, D. (2010). Procesos de exclusión e inclusión social: indicadores, conceptos, contextos y significados. México: UNISON.
- Gurasotasuna. (2010). *¿Qué es la parentalidad positiva?*. Recuperado de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45gurapapo/es/contenidos/informacion/parentalidad_positiva/es_parentpo/parentalidad_positiva.html
- H. Ayuntamiento de Hermosillo. (2016). *Plan Municipal de Desarrollo*. Recuperado de: <http://www.hermosillo.gob.mx/pages/plan-municipal-de-desarrollo.aspx>
- Haynes, S., Godoy, A. & Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. México: Ed. Pirámide.
- Hernández, O. (2005). Hacer Psicología. Reporte de un caso en el marco de las necesidades educativas especiales. *Revista Procesos Psicológicos y Sociales*, 1(1), 2-15.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
https://www.unicef.org/venezuela/spanish/EMI_2013_Ninos_con_discapacidad_Resumen.pdf
- Institut Ferran de Reumatología. (2014). *Unidad de Hiperlaxitud*. Recuperado de <http://www.institutferran.org/hiperlaxitud.htm>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. (2012). *Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas con discapacidad*. Recuperado de: http://www.conadis.gob.mx/doc/contenidos/inegi_2012.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información. (2014). *Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas con discapacidad*. Recuperado de: http://www.conadis.gob.mx/doc/contenidos/inegi_2014.pdf
- Jadue, G., Galindo, A. & Navarro, L. (2005). *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 43-55.
- Jiménez, D. & Hernández, E. (2011). Intervención clínica a diadas madre-hijo para mejorar la conducta social y el aprovechamiento escolar en nivel básico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 68-88.
- Junta de Anda Lucía. (s.f.) *Protocolos de Intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento*. España: Junta de Anda Lucía.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGrawHill.
- Ley General de Educación. (1993). Capítulo 4, Sección 1, Artículo 41, México. (Según la reforma del año 2011). Recuperado de:

http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/1Legislativos/1Ley_General_de_Educacion.pdf

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y su Reglamento. (2016). *Capítulo único, Artículo 15, México*. Recuperado de: <http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Ley-General-Discapacidad.pdf>

Lizasoáin, O. (2009). Discapacidad y familia: el papel de los hermanos. *Revista Dialnet*, 20(1), 653-659.

López, E. (2011). *Cómo iniciar la enseñanza en los niños pequeños*. Recuperado de: <http://apoyopedagogicomanzales.blogspot.mx/2011/09/como-iniciar-la-enseñanza-de-las.html>

López, F. (2007). *La escuela infantil: observatorio privilegiado de las desigualdades*. España: GRAÓ.

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

López, S., Fernández, A., Vives, M.C. & Rodríguez, O. (2012). Prácticas de crianza y problemas de conducta en niños de educación infantil dentro de un marco intercultural. *Anales de Psicología*, 28(1), 55-65.

Martín, J. & Rodrigo, M. (2013). La promoción de la parentalidad positiva. *Revista Educación, Ciencia y Cultura*, 18 (1), 77-88.

Martínez, R., Pérez, M. & Blanco, L. (2006). *Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos)*. Madrid: Artes Gráficas Bouncopy.

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

- Núñez, B. (2004). Un cambio de mirada de la patología a las fortalezas de las familias que tienen un hijo con discapacidad. *Revista de Interés General*, 12(20).
- Obando, D. (2009). *Experiencias de los cuidadores de niños y niñas con autismo en una institución*. (Tesis de Grado). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis15.pdf>
- Oliva, L., Montero, J. & Gutiérrez, M. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16(2), 171-178.
- Organización de Estados Iberoamericanos. (2007). *La inclusión en la Escuela. ¿Cómo hacerla realidad?* Cap. 2. Recuperado de: http://www.oei.es/pdfs/educacion_inclusiva_peru.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Guidelines for inclusion: ENSURING ACCESS TO EDUCATION For all*. Paris: UNESCO. Recuperado de: <http://unesco.org/educacion/inclusive>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Los niños con discapacidad son víctimas de la violencia con más frecuencia*. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/child_disabilities_violence_20120712/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Discapacidad y Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Temas de Salud: Discapacidades*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es>
- Ortega, P., Torres, E., Reyes, A. & Garrido, A. (2010). Paternidad: Niños con discapacidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 12(1), pp. 135-155. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212393008.pdf>

- Palomar, J. & Gómez, N. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
- Paredes, D. (2013). *Escuela de bienestar para familias con personas con discapacidad*. Recuperado de: <http://discapacidad.fundacionmapfre.org/>
- Pérez - López, J., Pérez - Lag, M., Montealegre, M. & Perea, L. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *Infancia y adolescencia en un mundo en crisis y cambio*, 1(1), 123-132.
- Pincheira, M. (2011). La importancia de la familia como acto colaborativo y participativo con un hijo/a con discapacidad intelectual desde la actual política de Educación Especial. *Revista Akadémia*. 12, pp. 1-10.
- Pujals, M. (2009). *Enfoques dirigidos a mejorar la situación Psicoeducativa de los inmigrantes*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 167-177.
- Ramírez, M., (2005). Padres y Desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*. 31(6), pp. 167-177. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011
- Ramírez, O. & Mogollón, D. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS). *Revista Multidisciplinaria Dialógica*. 10 (1), 66-93.
- Ramírez, O. & Mogollón, D. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS). *Revista Multidisciplinaria Dialógica*, 10(1), 66-93.

- Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis de Maestría). Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Rayos, G. (2015). *Breve historia de la Educación Especial en México*. Recuperado de: www.ssociologos.com/2015/03/05/breve-historia-de-la-educacion-especial-en-mexico/1
- Redpapaz. (2011). *¿Cuáles son los factores de riesgo de exclusión?* Recuperado de: http://www.redpapaz.org/inclusion/index.php?option=com_content&view=article&id=131 &Itemid=129.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta*. México: Trillas
- Rodrigo, M., Amorós, P., Arranz, E., Máiquez, M., Martín, J., Martínez, R., & Ochaita, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. España: FEMP.
- Rodrigo, M., Máiquez, M. & Martín, J. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. España: FEMP.
- Rodríguez, M.L. (2013). *Análisis Contingencial*. México: UNAM.
- Romagnoli, C., Kuzmanic, V. & Caris, L. (2006). *La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: factores protectores*. Recuperado de: http://valoras.uc.cl/wp-content/uploads/2010/10/prevencion_conductas_riesgo.pdf
- Romero, S. & García, I. (2013). Educación Especial en México. Desafíos de la Educación Inclusiva. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 7(2).
- Rotés-Querol, J., Granados, J. & Ribas, R. (1973). *Síndrome de laxitud articular*. *Medicina Clínica*. Estados Unidos.

- Sallés, C. & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, 49, 25-47.
- Santecreu, J. (2011). *Protocolo General de Intervención clínica en Psicología*. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf
- Sarto, M. P. (2001). *Familia y Discapacidad*. Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Secretaría de Educación Pública. (2002). *Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*. México: SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (2009). *Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012*. México: SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (2010). *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus modelos de atención*. México: SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (2012). *Glosario de Educación Especial*. México: SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (2016). *Informe de labores 2012-2018*. Cuarto Informe. Recuperado de: http://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2015_2016_bolsillo_preliminar.pdf
- Seguí, J. Ortiz, M. & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Revista Anales de Psicología*. 24(001), 100-105.

- Serrano, B. (2009). *Trastornos del Comportamiento en Personas con Discapacidad Intelectual Grave*. Recuperado de: <http://belenserrano.blogia.com/2009/030901-trastornos-del-comportamiento-en-personas-con-discapacidad-intelectual-grave.php>.
- Shalock, R. & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), pp. 21-36.
- Sierra, O. (2012). *Problemas de Conducta*. Recuperado de: http://atendiendonecesidades.blogspot.mx/2012/11/problemas-de-conducta_3203.html
- Solís-Camara, P., Díaz, M., Ovando, P., Esquivel, E., Acosta, I. & Torres, A. (2007). La contribución del bienestar subjetivo, las expectativas y la crianza materna en los logros escolares de sus niños y en la valoración de la participación de los padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 71-82. En Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 111-121.
- Suriá, R. (2013). Análisis comparativo de la Fortaleza en padres de hijos con discapacidad en función de la tipología y la etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología*, 43(1), 23-37.
- TELETÓN (2016). *Sistema Infantil TELETON*. Recuperado de: <http://www.teleton.org/home/contenido/centro-de-rehabilitacion-infantil-teleton>.
- TELETON. (2015). *Sistema Infantil TELETON*. Recuperado de: <http://www.teleton.org/home/contenido/centro-de-rehabilitacion-infantil-teleton>.
- The British Society for Paediatric and Adolescent Rheumatology. (2013). *Guidelines for Management of Joint Hypermobility Syndrome in Children and Young People. A Guide for professionals managing young people with this condition*. Recuperado

de:<https://sites.google.com/site/rededargentina/folletos-y-guias-sobre-sed-y-shl/pautas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-hiperlaxitud-en-ninos-y-jovenes-una-guia-para-profesionales-que-tratan-esta-enfermedad>

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

UNOTV. (2015). *Hay al menos 10 mil niños y niñas discapacitados en Sonora: INEGI*.
Recuperado de: <http://www.unotv.com/noticias/estados/noroeste/hay-al-menos-10-mil-ninos-y-ninas-discapitados-en-sonora-inegi-263097/>

Vargas, J. & Ibáñez, J. (1998). La Evaluación Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1(2).

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

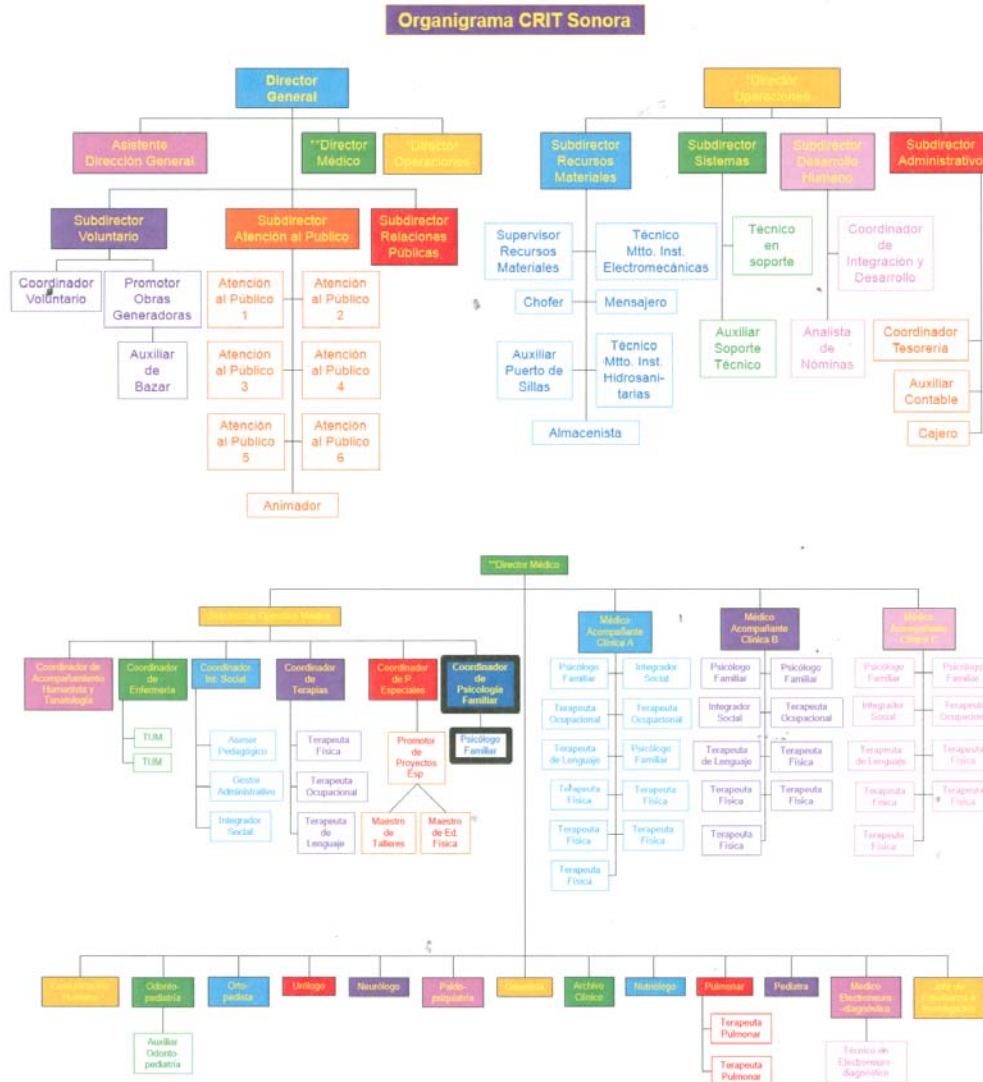
Vera, M., Heras, M. & Pérez - López, J. (2009). Niveles de estrés de madres de niños atendidos en un centro de desarrollo infantil y atención temprana y de niños de población general. *Revista de Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*, 1(1), 159-166.

Vincezi, A. & Tudesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49, 7-25.
<http://www.rieoei.org/deloslectores/2819Vicenzi.pdf>.

Anexos

Anexo I

Organigrama de CRIT Sonora.



Anexo 2

Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M).

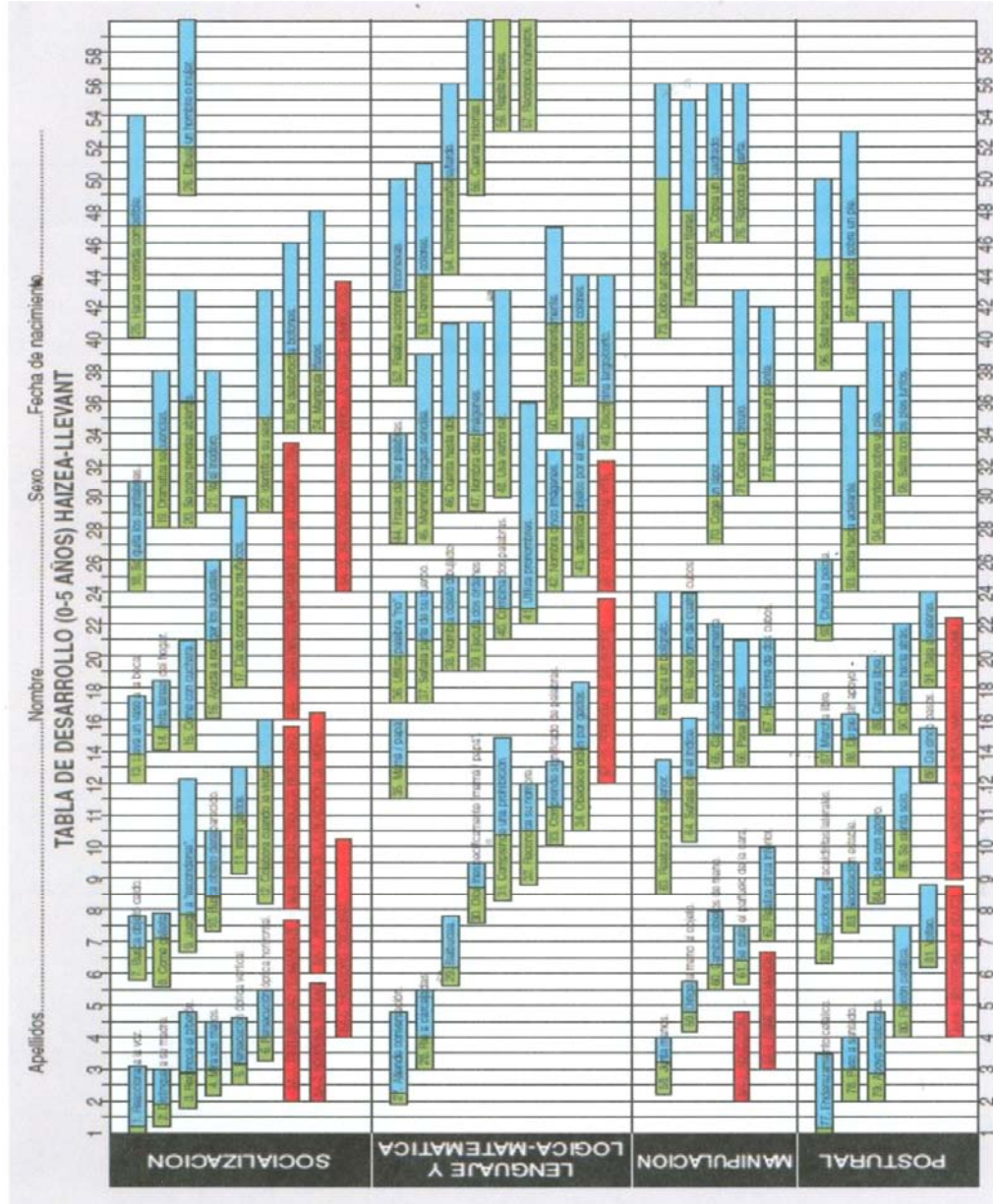
Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

- 23.- Es fácil para mí tener un buen tema de conversación.
- 24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.
- 25.- Es fácil para mí hacer reír a otras personas.
- 26.- Disfruto de estar con otras personas.
- 27.- Sé cómo comenzar una conversación.
- 28.- Tengo una buena relación con mi familia.
- 29.- Disfruto de estar con mi familia.
- 30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.
- 31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.
- 32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.
- 33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.
- 34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.
- 35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.
- 36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.
- 37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.
- 38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.
- 39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.
- 40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.
- 41.- Prefiero planear mis actividades.
- 42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.
- 43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.

Anexo 3

Representación de la Tabla Haizea-Llevant.



Anexo 4

Guía de entrevista para padres.

Identificación del problema

Fecha:

Carnet:

Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Escolaridad:

Dirección:

Teléfono:

Lugar de Residencia:

¿A qué se dedica?

¿Con quién vive actualmente?

¿Cómo se compone su familia?

¿Cómo se llaman? ¿Qué edad tienen?

¿Qué relaciones tienen?

Delimitación de la dimensión psicológica

¿Qué tipos de problemáticas se presentan en su familia? (personales y del usuario)

¿Quiénes están involucrados?

¿Cuál es el diagnóstico de su hijo?

¿Considera usted que el diagnóstico de su hijo es un problema? ¿Por qué?

¿Qué impacto ha tenido el diagnóstico de su hijo en lo personal y familiar?

¿Qué impacto ha tenido el diagnóstico en su hija?

¿Qué cambió a partir de conocer el diagnóstico?

¿Ha acudido a otras instituciones antes del CRIT? ¿Qué tipo de servicio se le daba en esa institución?

¿Qué tipos de atención ha recibido usted y su hijo?

Identificación de las relaciones microcontingenciales problemáticas

¿Qué hace su hija cuando necesita algo?

¿Cómo le pide su hija las cosas?

¿Qué hace su hija durante la espera de las terapias en CRIT?

¿Qué hace su hija en durante las terapias en CRIT?

¿Qué hace su hija cuando salen a lugares públicos (súper, parque, mall, restaurantes)?

¿Qué hace su hija cuando tienen visitas o van a visitar a alguien?

¿Qué hace su hija cuando le están dando más atención a sus hermano(s)?

¿Qué hace su hija cuando convive con sus hermano(s)?

¿Qué hace su hija cuando le ordena algo?

¿Qué hace su hija cuando la regaña por desobedecer una orden?

¿Qué hace su hija en la guardería a la que asiste?

- ¿Qué hace su hija cuando la deja con alguien más? (familia, maestros, terapeutas, etc.)
- ¿Qué hace usted cuando su hija llora en público? ¿Y su papá?
- ¿Qué hace usted cuando su hija no hace caso de lo que usted le ordena? ¿Y su papá?
- ¿Qué hace usted cuando su hija hace berrinche? ¿Y su papá?
- ¿Qué hace su otra hija cuando usted le presta más atención a su hija con discapacidad?
- ¿Qué hacen los terapeutas cuando su hija hace berrinche y/o no quiere hacer lo que se le pide?
- ¿En dónde se presenta la problemática que nos mencionó? (En casa, guardería, CRIT, lugares públicos)
- ¿Cuándo la niña hace el berrinche, es por alguna cosa? (juguetes, comida, ropa, etc.)
- ¿Cómo espera usted que su hija se comporte? ¿Y el resto de su familia?
- ¿Qué se espera que haga su hija en lugares públicos?
- ¿Usted cree que su hija sabe cómo comportarse bien?
- ¿Qué hace su hija cuando se le presenta alguna dificultad o algo que le desagrada?
- ¿Cómo respondía anteriormente ante situaciones que representaban dificultad para ella?
- ¿Qué hace su hija cuando usted le dice que no se está comportando bien?
- ¿Quiénes están presentes cuando se presenta la conducta problema?
- ¿La niña evita comportarse mal cuando este alguien presente? ¿Quién?

¿A quién le hace más caso su hija? (mamá, papá)

¿Nota usted algún cambio en el comportamiento de su hija ante la presencia de alguien?

¿Qué efecto tiene el comportamiento de su hija? (con usted, su familia y con otros)

¿A quién cree que le afecta más el comportamiento de su hija? ¿Por qué?

¿Qué tan seguido hace el berrinche su hija?

¿Qué tanto dura?

Sistema macrocontingencial

¿Considera usted que el diagnóstico de su hijo es un problema? ¿Por qué?

¿Cómo valoran sus familiares la discapacidad de su hijo?

¿Qué cree acerca de comportarse adecuadamente en cualquier lugar?

¿Qué cree su familia acerca del comportamiento de su hija?

¿Cree usted que el comportamiento de su hija es parte de la etapa del desarrollo que está viviendo?

Génesis del problema

¿En qué momento comenzó a presentarse el comportamiento problema en la niña?

¿En qué situación comenzó a ser problema el comportamiento que presenta su hija?

¿Cómo era su comportamiento antes de que su hija presentara la conducta problema?

¿De qué manera hacia frente su hija ante situaciones con dificultad o ante órdenes / indicaciones / reglas de usted?

A modo de cierre...

¿Cuáles son las esperanzas que tiene para el futuro?

¿Cómo le gustaría que le fueran las cosas?

Entiendo que se siente realmente frustrado en este momento. ¿De qué manera le gustaría que las cosas cambiasen?

¿Qué es lo que le gustaría hacer?

¿Cuáles serían los mejores resultados que usted podría imaginar si llevase a cabo un cambio?

Anexo 6

Índice de Estrés Parental.

Instrucciones:

Este cuestionario está diseñado para averiguar algunos aspectos importantes de la relación entre los padres y sus hijos. La información que Usted proporcione será manejada con absoluta discreción y no podrá ser transmitida a persona alguna. Para contestar las siguientes afirmaciones, piense en el niño que más le preocupa en estos momentos. Conteste marcando la opción que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una frase que exactamente represente sus sentimientos, señale la que se acerque más a lo que usted siente.

Ejemplo: A mí me gusta ir al cine (Si algunas veces le gusta ir al cine, marque dicha opción).

Siempre 5 Casi siempre 4 A veces 3 Casi nunca 2 Nunca 1

Conteste con la primera reacción que tenga ante cada pregunta.

Muchas gracias por su participación.

I. DISTRACTIVIDAD

1. Cuando mi hijo quiere algo, terquea hasta que lo consigue.	
2. Mi hijo es tan activo que me cansa (es cosijoso).	
3. Mi hijo se distrae con facilidad (cualquier cosa hace que se interrumpa lo que está haciendo) (es matrero).	
4. Comparado con otros niños, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y poner atención en lo que está haciendo o en lo que se le pide (es olvidadizo).	
5. Si le mando a hacer algo tarda mucho o no lo hace (anda topándose con las paredes).	
6. Mi hijo es mucho más activo que otros niños (es más cosijoso que otros niños).	
7. Cuando está neceando con algo que quiere lo puedo distraer fácilmente (es fácil embarullarlo).	

II. REFORZAMIENTO

8. Mi hijo hace cosas que me hacen sentir orgullosa de él.	
9. Siento que le agrado a mi hijo y que quiere estar cerca de mí (es empalagozo).	
10. Mi hijo es muy risueño conmigo.	
11. A mi hijo. 1) La mayoría de las veces le gusta jugar conmigo 2) A veces le gusta jugar conmigo 4) Casi nunca le gusta jugar conmigo 3) A veces no le gusta jugar conmigo 5) Nunca le gusta jugar conmigo	

III. HUMOR

12. Mi hijo llora y se inquieta (es llorón).	
13. Mi hijo llora o se inquieta más que otros niños de su edad (es más llorón que otros)	
14. Cuando mi hijo juega casi no se ríe (es seco).	
15. Mi hijo se levanta de mal humor (malgenioso)	
16. Siento que mi hijo es muy caprichoso y fácilmente se irrita o enoja (malcriado y grosero)	

IV. ACEPTANCIA

17. Mi hijo se comporta como si fuera chiquito (se chipilea).	
18. Mi hijo hace cosas que me molestan mucho (es una calamidad).	
19. Mi hijo aprende más lento que otros niños	
20. Mi hijo es tan alegre como otros niños	
21. Mi hijo es capaz de hacer las cosas que yo espero de él	
22. A mi hijo le gusta ser abrazado o acariciado.	

V. ADAPTABILIDAD

23. En los primeros días del niño, dudé que pudiera criarlo adecuadamente.	
24. Ser madre es más difícil de lo que pensé	
25. Yo me siento capaz de cuidar y controlar a mi hijo (educar).	
26. Mi hijo tiene más dificultad que otros niños para adaptarse a los cambios que suceden en la casa (cambios en la rutina: horarios de comida, sueño, baño).	
27. Mi hijo se enoja o se irrita cuando sucede algo que no le agrada (se enciende).	
28. Cuando dejo a mi hijo con otra persona para que lo cuide, el niño se resiste y da muchos problemas.	
29. Mi hijo se asusta fácilmente con sonidos fuertes o luces brillantes. (por ejemplo rayos, truenos, al sonido del viento).	
30. Me costó trabajo que mi hijo aprendiera a comer y a dormir.	
31. Mi hijo se esconde o se pone lejos cuando conoce a extraños (cimarrón)	
32. Cuando mi hijo se molesta o se irrita (se enciende) 1) Es fácil tranquilizarlo 2) Es algo difícil calmarlo 3) Es difícil tranquilizarlo 4) Es muy difícil calmarlo 5) Nada de lo que yo haga lo tranquiliza	
33. Cuando trato que mi hijo cambie de actividad cuando se lo pido es: 1) Muy fácil. 2) Algo fácil. 3) Tan difícil como yo esperaba 4) Algo difícil 5) Muy difícil	

VI. DEMANDA

34. Hay algunas cosas que mi hijo hace que verdaderamente me incomodan o no me gustan nada.	
35. Conforme mi hijo ha crecido y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.	
36. Mi hijo parece ser mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los niños.	
37. Mi hijo me pide más de lo que he visto en otros niños (mañoso).	

50. Si quiero descansar, me dejan estar sola o acostarme.	
---	--

X. DEPRESION

51. Cuando pienso en mi comportamiento como madre, me siento mal e inconforme.	
52. Cuando mi hijo se porta mal o se enoja mucho, siento que yo soy la responsable, porque no hice las cosas bien con él / ella.	
53. Siento que si mi hijo hace las cosas mal o no ha aprendido a comportarse, es por mi culpa.	
54. Me agradan los sentimientos que tengo por mi hijo.	
55. Hay algunas cosas que me molestan de como es mi vida.	
56. Me siento mal o culpable cuando me enojo con mi hijo.	

XI. RELACION CON EL ESPOSO.

57. Después de que tuve a mi hijo, mi esposo ha dado el apoyo que yo esperaba.	
58. El tener un hijo me ha causado más problemas en la relación con mi esposo	
59. Desde que nació mi hijo, mi esposo y yo ya no hacemos muchas cosas juntos.	
60. Desde que tuve a mi hijo, mi esposo y yo no convivimos como una familia.	
61. Desde que tuve a mi último hijo, yo he tenido menos interés en tener relaciones íntimas.	
62. Al nacer este hijo hubo más problemas con los familiares y parientes políticos.	
63. El tener un hijo ha sido más caro de lo que yo esperaba	

XII. AISLAMIENTO

64. Siento que estoy muy sola y casi no tengo amigos.	
65. Cuando voy a alguna fiesta o reunión familiar no me siento muy a gusto, pronto me quiero ir.	
66. El interés por la vida de las personas que me rodean ha disminuido.	

84	Disminuyó bastante el ingreso familiar	
85	Se presentaron problemas por el uso de alcohol o drogas en algún miembro de la familia	
86	Muerte de un amigo cercano de la familia	
87	Su pareja cambió de trabajo	
88	Alguno de sus hijos entró a una nueva escuela	
89	Su pareja tuvo problemas en su trabajo con alguno de sus jefes	
90	Alguno de sus hijos tuvo problemas con el maestro	
91	Alguno de sus familiares tuvo problemas legales	
92	Muerte de algún familiar cercano	
93	Su pareja o algún miembro importante de la familia se quedó sin trabajo	
94	Algún familiar inmediato tuvo alguna enfermedad seria o importante.	

A continuación se presentan una serie de acontecimientos entre Usted y su esposo (Pareja), o entre usted y otra persona cercana que participa en la crianza de su hijo. Por favor indique que tan frecuentemente ocurre cada una de estas cosas.

1.	A mi esposo le gusta quedarse solo para estar con nuestro hijo	
2.	Durante el embarazo mi esposo me expresó su confianza de que yo sería una buena madre	
3.	Cuando se presenta algún problema o dificultad con nuestro hijo entre los dos buscamos una solución	
4.	Mi esposo y yo podemos tener una buena comunicación cuando se trata de nuestro hijo	
5.	Mi esposo está dispuesto a dejar de hacer cosas para ayudarme a cuidar de nuestro hijo.	
6.	Me gusta fomentar con mi esposo el que hablemos acerca de lo que pasa y necesita nuestro hijo.	

7. Mi esposo le pone mucha atención o está pendiente de nuestro hijo	
8. Mi esposo y yo estamos de acuerdo acerca de lo que le está permitido y lo que no le está permitido hacer a nuestro hijo	
9. Me siento más cerca de mi esposo cuando lo miro jugar con nuestro hijo	
10. Mi esposo sabe cómo tratar a los niños	
11. Mi esposo y yo hacemos un buen equipo como padres	
12. Mi esposo cree que soy una buena madre	
13. Yo creo que mi esposo es un buen padre	
14. Mi esposo hace que mis tareas como madre yo las sienta más fáciles porque me apoya en lo que hago	
15. Mi esposo quiere a nuestro hijo tanto como lo quiero yo	
16. Mi esposo y yo tenemos la misma opinión acerca de nuestro niño	
17. Si nuestro hijo necesita ser castigado mi esposo y yo nos ponemos de acuerdo en cómo hacerlo	
18. Confío en el buen juicio de mi esposo para decidir lo que es bueno para nuestro hijo	
19. Mi esposo me dice que soy una buena madre	
20. Mi esposo y yo queremos lo mismo para el futuro de nuestro hijo.	

Anexo 7

Plan de actividades.

Justificación de las actividades

Sin duda existe un elemento indispensable para que un programa de intervención esté completo, y éste es la planificación de las actividades que se llevarán a cabo en las sesiones. La planificación no es solo programar las actividades con el debido tiempo para la organización o su realización, sino que también se refiere a la coordinación de los objetivos y las acciones que se quieren alcanzar, para establecer los planes y procedimientos apropiados para alcanzarlos. La adecuada planificación permite un mejor desempeño por parte de los instructores y los usuarios. Además permite tomar decisiones más congruentes, controlar las diferentes situaciones o reaccionar de una mejor forma aun cuando éstas se vuelvan inesperadas.

De acuerdo a las actividades para la menor, éstas fueron planeadas con el fin de lograr un avance positivo en su desarrollo cognitivo, ya que está próxima a entrar al preescolar. Para esto es fundamental que la niña tenga un buen entrenamiento en todo lo que tiene que ver con los precursores básicos (atención, imitación, seguimiento de reglas) para facilitar el aprendizaje. En la etapa de Educación Inicial, los niños deben empezar a desarrollar capacidades que los preparen para resolver las dificultades y problemas que tengan en el futuro. Por tal razón, a través de las actividades planificadas para la menor se le proporcionará aquellas situaciones y recursos que le ayuden entender el mundo e interactuar de manera efectiva con él (López, 2011).

Si bien se sabe, la base de la educación de los niños está en la familia, sin embargo es una tarea para lo cual los padres no tienen preparación, por tal razón las actividades de la madre están diseñadas con el fin de ayudar a crear un mejor clima en el hogar. Se considera conveniente repasar con la madre los resultados de dinámicas o actividades realizadas con la niña de manera

que sea sensible a las necesidades de apoyo que tiene su hija. Así como también para brindar herramientas para afrontar los nuevos retos que vive actualmente la Madre de G (Delcamino, 2010).

Plan de actividades para la Madre

Primera Sesión

El objetivo de esta sesión consiste en que la Madre identifique diferencialmente sus emociones en situaciones cotidianas y ejemplo. Por ello, se realizaron tres actividades con una duración de 40 minutos cada una.

Primera Actividad

Materiales a utilizar: Tijeras, pegamento, revistas variadas que contengan muchas imágenes, hojas tamaño carta de color blanco y plumones de diferentes colores.

En esta actividad se le pedirá a la Madre realizar un collage, en cual coloque imágenes relacionadas con su rol como madre. Una vez ya finalizado se le pedirá a la madre que explique el por qué de las imágenes que pegó y que haga una reflexión sobre su sentir como madre desde el nacimiento de su hija menor.

Segunda Actividad

Material a utilizar: Computadora y bocinas para poner un video de YouTube llamado "Playa y Montaña: Una historia de superación en torno a las enfermedades raras", hojas tamaño carta color blanco y pluma negra.

El instructor pondrá el video "Playa y Montaña", el cual la Madre deberá atender con el fin de que al finalizar describa de manera escrita su sentir como Madre y el cómo se identifica ante la

situación presentada en el video. Posteriormente se comentará el video, el instructor realizará preguntas como “¿Te gustó el video?”, “¿Por qué?”, “¿En qué te identificaste con él?”, “¿Cómo te sentiste al verlo?” etc.

Tercera Actividad

Material a utilizar: Un espejo.

El instructor proporcionará un espejo a la usuaria en el cual ella verá su reflejo, al mismo tiempo, el instructor realizará una serie de preguntas con el objetivo de que la madre reflexione sus emociones.

Segunda Sesión

El objetivo de esta sesión es que la Madre identifique diferencialmente las técnicas de modificación de conducta en Entrenamiento Asertivo, Manejo de Contingencias y Ensayo Conductual. En esta sesión se trabajará en dos actividades de 60 minutos cada una.

Primera Actividad

Material a utilizar: Hojas blancas y plumas.

En esta actividad el instructor le dará a la Madre una serie de situaciones escritas en una hoja blanca, como: Qué hizo, qué hace y qué haría cuando...

- Su hija menor quiere algo que usted no lo puede comprar.
- Le da una indicación y su hija no la obedece.
- Su hija llora sin control y usted no la puede calmar.

La madre deberá responder cada una de las situaciones de manera escrita y al finalizar se deberán comentar con el instructor.

Segunda Actividad

Material a utilizar: Fichas rectangulares de colores en las cuales estarán escritas cada una de las técnicas de modificación conductual y su descripción de forma breve.

Durante esta actividad se le explicará a la Madre en qué consiste el Reforzamiento Positivo y Negativo, el Castigo Positivo y Negativo y el Tiempo Fuera, de tal manera que al finalizar cada explicación la madre deberá dar ejemplos de situaciones en dónde ella pudiera usar dicha técnica.

Terceña Sesión

Para esta sesión se trabajará en que la Madre aplique de manera efectiva las técnicas de modificación de conducta en Entrenamiento asertivo, Manejo de Contingencias y Ensayo Conductual en situaciones ejemplo. Por ello, se trabajará en una actividad de 120 minutos.

**No se utilizará material.

Primera Actividad

Se procederá a hacer un “Juego de Roles”, en donde el instructor fungirá como la menor representando el “mal comportamiento (berrinche), señalando las cosas, no siguiendo reglas, etc.”, y la madre deberá discriminar qué técnica va a utilizar ante esas situaciones, de tal manera que en ese momento la tendrá que “representar” como si estuviera con su hija. Al término de cada serie, se procederá a realizar una reflexión.

Cuarta Sesión

El objetivo de esta sesión pretende que la madre identifique diferencialmente en que situaciones cotidianas deberá aplicar la Economía de Fichas con la menor. Para ello se realizará una actividad con una duración de 120 minutos.

Material a utilizar: Un video llamado “Economía de Fichas”.

Primera Actividad

El instructor llevará a cabo la explicación de la Economía de fichas. Una vez finalizada se procederá a reproducir un video complementario a la información dada. Se abrirá un espacio para preguntas y respuestas por parte de la Madre. Asimismo, se establecerán qué reforzadores, conductas y costos se utilizarán con la menor.

Quinta Sesión con la menor

Para esta sesión el objetivo consiste en que la madre especifique de manera precisa qué técnica de modificación de conducta utilizará en la sesión grupal con la menor, mientras se establece el contacto socio-afectivo. Las actividades en esta sesión fueron varias, ya que constantemente se estuvieron rotando. Toda la sesión tuvo una duración de 120 minutos. Material a utilizar: Hojas blancas, colores, juegos de mesa, plastilina, juguetes.

La madre deberá establecer y atender el contacto socio-afectivo con la menor, mediante el contacto visual y vocalizaciones. De igual manera se deberá de establecer el juego interactivo con la menor.

Sexta sesión

El objetivo que se persigue en esta sesión es que la Madre explique de manera congruente las técnicas utilizadas en la sesión grupal anterior, justificando su uso. Esta sesión tuvo una duración de 60 minutos

**No se utilizará material

Durante esta sesión el instructor indagará que técnicas ha utilizado la Madre con la menor, específicamente en la sesión grupal, donde hubo más niños alrededor de la menor. Asimismo, se

cuestionará a la madre acerca de la dificultad que pudiera tener al momento de poner en práctica las técnicas con la menor en situaciones cotidianas.

Séptima sesión

El fin de esta sesión es que la Madre valore de manera coherente sus emociones en situaciones cotidianas. Por ello se llevarán a cabo dos actividades, cada una con una duración de 60 minutos.

Primera actividad

Material a utilizar: Un espejo, hoja blanca y lápices.

Para esta actividad el instructor proporcionará un espejo en el cual la madre verá su reflejo y procederá a contestar una serie de interrogantes. Al terminar la reflexión se le dará una hoja blanca y un lápiz en donde escribirá aspectos de su vida (como madre) que le gustaría modificar, así como también aspectos que le agradan. Al término, el instructor invitará a la Madre a realizar dichos cambios.

Segunda actividad

Material a utilizar: Hoja blanca, revistas, colores.

Para esta actividad se procederá a realizar un collage, donde la madre reflejará su sentir, emociones, frustraciones, preocupaciones, etc. con el fin de reflexionar sobre los cambios que ha tenido en el transcurso de las sesiones.

Octava sesión con la menor

Al finalizar la sesión ocho, la madre aplicará de manera efectiva las técnicas de modificación de conducta en situaciones cotidianas con la menor. La sesión tendrá una duración de 120 minutos.

Primera Actividad

Material a utilizar: Juguetes como pelotas, aros de colores, muñecas de trapo, llaves de plástico, casita de muñecas, etc.

Se van a llevar a cabo varias actividades en las cuales la madre le dará órdenes a la niña para que la menor atienda, imite y siga sus instrucciones, de la misma forma, la Madre deberá de hacer uso de las técnicas anteriormente vistas.

Las actividades que la Madre llevará a cabo con la menor son:

- Hablarle por su Nombre y establecer contacto visual con la menor.
- Recoger Juguetes.
- Traer o llevar juguetes.
- Que se siente, se pare y se acueste.
- Tirar la basura.
- Hacer alguna actividad de juego juntas.

Segunda Actividad

**No se utilizará material para la primera actividad.

En esta actividad el instructor le dará la indicación a la madre para que ella le haga preguntas sencillas a la menor, que requieren por respuesta un "Sí" o un "No".

Tercera actividad

Material a utilizar: Imágenes de animales sencillos (perro, gato, vaca, pollito y pato).

El instructor le dará a la madre las indicaciones para que ella nombre animales e imite su sonido y posteriormente la menor atienda, imite y siga la instrucción de la madre.

Novena sesión con la menor

Al finalizar la sesión nueve, la madre aplicará de manera efectiva las técnicas de modificación de conducta en situaciones cotidianas con la menor. La sesión tendrá una duración de 120 minutos.

Primera Actividad

**No se utilizará material

En esta actividad el instructor cantará dos canciones "El elefante" y "La pájara pintá", las cuales implican que la menor y la madre realicen actividades como "darse un beso, tomarse de las manos, tocarse la cabeza, brincar, bailar, etc.).

Posteriormente la madre le cantará a la menor las canciones anteriores y las dos en conjunto procederán a hacer lo que la canción diga.

Segunda Actividad

Material a utilizar: Hojas tamaño carta de color blanco y pinturas tempera.

El instructor dará la indicación de que se elaborará un dibujo representativo de la relación Madre-hija. En esta actividad la madre y la menor harán un dibujo en equipo en el cual ambas tendrán que participar usando partes de su cuerpo (manos y pies).

Décima Sesión

Para esta sesión la madre valorará de manera coherente su ejercicio parental en situaciones cotidianas, al finalizar la última sesión del programa. Durante esta sesión se realizará una actividad con una duración de 60 minutos.

Primera actividad

**No se utilizará material

Esta actividad será la última. Aquí el instructor realizará preguntas a la madre acerca de cómo se sintió en las sesiones pasadas, qué cambios notó, qué piensa ella que necesitaría cambiar, etc. La madre deberá responder a cada una de las interrogantes del instructor, así como preguntar dudas acerca de lo visto.

Plan de Actividades para la Menor

Primera Sesión

Para esta primer sesión la menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale al finalizar la sesión uno. Esta sesión se dividirá en dos actividades de 30 minutos cada una.

Primera actividad

**No se utilizará material

En esta actividad el instructor le dará a la menor la indicación de que “lo vea a los ojos” para lograr el contacto “ojo a ojo” con la menor. Para esto la llamará por su nombre y le dirá “veme a los ojos”. Con el fin de que lo logre ver por lo menos 10 segundos consecutivos.

Segunda actividad

Material a utilizar: Pelota, plastilina de colores, tarjetas con figuras de animalitos, listón color rojo, aros de colores, un celular.

En esta actividad el instructor le dará a la menor la indicación de que “vea algún objeto en específico”. Para esto el instructor le indicará que objeto ver ya sea una pelota, los aros de colores, la silla, la mesa, etc. para lo cual la menor tendrá que buscar el objeto y verlo.

Segunda Sesión

Al finalizar la sesión dos, la menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale, así como imitar lo que el instructor haga. Esta sesión se dividirá en dos actividades de 30 minutos cada una.

Primera actividad

Material a utilizar: Plastilina de colores.

El instructor hará figuras con plastilina como círculos, palitos, tortillas, etc., y le dirá a la menor que ella imite lo mismo que él está haciendo, con el fin de que la menor haga las mismas figuras, atendiendo la forma en que el instructor las hace.

Segunda actividad

Material a utilizar: Juguetes como una pelota, aros de colores, una muñeca etc.

Esta actividad la menor imitará todo lo que el instructor hace y solicite. Por ejemplo, levantar las manos, rodar una pelota, tocarse el estómago, cerrar los ojos, abrir la boca, brincar, etc.

Tercera y Cuarta Sesión

En estas sesiones la menor logrará establecer de manera diferencial el contacto “ojo a ojo” con el instructor cada vez que se le llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale, así como imitar lo que el instructor haga y seguir instrucciones. Estas sesiones se dividirán en dos actividades de 60 minutos cada una.

Primera actividad

Material a utilizar: Una pelota

Esta actividad consistirá en que la menor atienda, imite y siga las instrucciones que le indica el instructor. En esta primera actividad la niña tendrá que sentarse, tirar una pelota, pararse, acostarse, tocarse el ombligo, etc.

Segunda actividad

Material a utilizar: Pelotas pequeñas de tela de diferentes colores, recipiente grande y una botella. En esta actividad el instructor le dará la indicación a la menor de que tome una pelota de tela y la meta dentro de la botella. Lo mismo hará con todas las bolitas hasta que se acaben. Al finalizar, la menor tendrá que vaciar la botella. Después el instructor le dirá a la menor que metà cierta cantidad de bolitas, y luego que vuelva a vaciar la botella.

Quinta sesión con la Madre

Al finalizar la sesión cinco, la menor logrará establecer contacto visual, imitación y seguimiento se instrucciones con la madre durante terapia grupal.

Durante esta sesión la menor pasará el tiempo con su Madre, ambas establecerán el contacto socio-afectivo, para lo cual se llevarán a cabo diversas actividades según el programa del taller impartido.

Sexta y Séptima Sesión

La menor logrará identificar diferencialmente cómo responder en situaciones ejemplo al finalizar las sesiones seis y siete. Ésta se dividirá en dos actividades de 60 minutos cada una.

Primera actividad

**No se utilizará material

En esta actividad el instructor entrenará a la menor para responder “SI” o “NO” a preguntas sencillas. Por otra parte, la menor además de responder “sí, no” tendrá que imitar el movimiento de cabeza afirmativo o negativo que haga el instructor cuando le pregunte algo.

Segunda actividad

****Material a utilizar:** imágenes de animales en una tarjeta (vaca, pollito, perro, gato, pato).

El instructor entrenará y regulará la emisión de sonidos de algunos animales para que la menor imite el sonido y diga el nombre del animal al que pertenece. Para esto el instructor hará primero el sonido del animal, mostrará una tarjeta con una imagen del animal y seguido a esto dirá el nombre, y le pedirá a la menor que ella haga lo mismo.

Octava sesión con la Madre

Al finalizar la sesión ocho, la menor logrará establecer contacto visual, imitación y seguimiento de instrucciones con la madre en situaciones cotidianas con la madre: La sesión tendrá una duración de 120 minutos.

Primera Actividad

Material a utilizar: Juguetes como: Pelotas, aros de colores, muñecas de trapo, llaves de plástico, casita de muñecas, etc.

Se van a llevar a cabo varias actividades en las cuales la madre le dará órdenes a la niña para que la menor atienda, imite y siga sus instrucciones, de la misma forma, la Madre deberá de hacer uso de las técnicas anteriormente vistas.

Las actividades que la Madre llevará a cabo con la menor son:

- Hablarle por su Nombre y establecer contacto visual con la menor.
- Recoger Juguetes.

- Traer o llevar juguetes.
- Que se siente, se pare y se acueste.
- Tirar la basura.
- Hacer alguna actividad de juego juntas.

Segunda Actividad

**No se utilizará material para la primera actividad.

En esta actividad el instructor le dará la indicación a la madre para que ella le haga preguntas sencillas a la menor, que requieran por respuesta un “Sí” o un “No”.

Tercera actividad

Material a utilizar: Imágenes de animales sencillos (perro, gato, vaca, pollito y pato).

El instructor le dará a la madre las indicaciones para que ella nombre animales e imite su sonido y posteriormente la menor atienda, imite y siga la instrucción de la madre.

Novena sesión con la Madre

Al finalizar la sesión nueve, la menor logrará establecer contacto visual, imitación y seguimiento de instrucciones con la madre en situaciones cotidianas con la madre. La sesión tendrá una duración de 120 minutos.

Primera Actividad

**No se utilizará material

En esta actividad el instructor cantará dos canciones “El elefante” y “La pájara pinta”, las cuales implican que la menor y la madre realicen actividades como “darse un beso, tomarse de las manos, tocarse la cabeza, brincar, bailar, etc.).

Posteriormente la madre le cantará a la menor las canciones anteriores y las dos en conjunto procederán a hacer lo que la canción diga.

Segunda Actividad

Material a utilizar: Hojas tamaño carta de color blanco y pinturas tempera.

El instructor dará la indicación de que se elaborará un dibujo representativo de la relación Madre-hija. En esta actividad la madre y la menor harán un dibujo en equipo en el cual ambas tendrán que participar usando partes de su cuerpo (manos y pies).

Anexo 8

Primer registro anecdótico de la observación (pre-intervención).

Fecha: 08 de Marzo del 2016

Inicio de la observación: 12:40 a.m.

Fin de la observación: 1:00 p.m.

Carnet: 3561

Observación de la conducta de la niña con la fisioterapeuta en terapia.

G: Hija; **PF:** Practicante fisioterapéutica; **M:** Mamá; **F:** fisioterapéutica

En terapia G sonreía, se reía, corría con una sonrisa en el rostro. G no seguía órdenes de PF, PF gritaba por su nombre a G y ella solo corría gritando "Ahhh" y sonriendo, PF la tomo por la mano, G se sacudió y quitó la mano, PF le daba instrucciones a G, G corría por todas partes sin atender. G corrió a la arena, la tomaba entre sus manos y la arrojaba por todos lados, PF le decía "no G...", G no respondía y seguía haciéndolo, PF corrió y agarro a G sacándola del área de la arena, G comenzó a correr por todos lados y todos los caminos de textura que se usan en la terapia, PF le daba instrucciones, G no atendía y seguirá corriendo y jugando.

PF le explica a G un ejercicio con aros pequeños, G no respeta reglas y límites que PF impone, G corre con los aros, se tira a la arena, PF corre a agarrarla y quitarla de esa área, G sigue corriendo subiendo y bajando escalones. M le grita a G con voz clara y tenue que siga las indicaciones de PF, G no voltea a verla y sigue corriendo, PF comienza a perseguirla, G corre más rápido. PF le dice a G que hay que recoger el material, G ayuda a recogerlo después de cuatro indicaciones de PF. G y M salen del área de terapias, G sale primer que M, corriendo. M sale y le grita a G que es por el otro lado, G no le hace caso y sigue corriendo, M se para y le vuelve a repetir la indicación, G voltea y se da la vuelta, G sigue a M.

Anexo 9

Segundo registro anecdótico de la observación (pre-intervención).

Fecha: 11 de Marzo del 2016

Inicio de la observación: 10:45 a.m.

Fin de la observación: 11:05 p.m.

Carnet: 3561

Observación de la conducta de la niña en cuarto de niños.

G: Hija; M: Mamá; V: Voluntaria

Durante la espera, para acceder al cuarto de niños M y G se sientan en una silla, G le pide a M jugar con el celular, M le responde que al rato entraran a jugar, G comienza a llorar y a repetir que quiere jugar, M le responde que se espere y que deje de llorar, G comienza a patear, y se tira al piso llorando y gritando que quiere jugar en el celular. M le da el celular y le dice que se calme. G se sienta enseguida de ella y comienza a jugar.

G se levanta de la silla dejando el celular en la misma y sale corriendo, M va tras ella, en dirección al cuarto de niños, G comienza a gritar llorando “mamá, mamá”, M le responde aquí estoy, G sigue corriendo y gritando “mamá, mamá” volteando a ver a todos lados, M corre y alcanza a G y le dice “aquí estoy”.

En el cuarto de juego G camina por todo el lugar, primero juega en la cocineta, después corre hacia la casita. V le enseña cómo jugar con los bolos, G comienza a tirar la pelota y cada vez que la tiraba se reía y corría tras la pelota. V le dice a G que levante los bolos y los guarde, G responde hasta la tercera vez que V le repitió la indicación. G agarró los bolos con sus manos, al momento de agarrarlos se le cayeron de los brazos, G los acomoda en el piso y vuelve a jugar con ellos. V le explica cómo debe de levantar los bolos, G no le hace caso, por lo cual V le dice que si no guarda los bolos no podrá jugar, G sale corriendo a la casita, después corre a la

cocineta, V se levanta y le explica cómo debe de hacerlo una vez más, G la ve y corre a levantar los bolos, V le dice “gracias”.

G comienza a jugar con la pelota, la lanza y después se va a jugar con la casita, G juega adentro. G corre al otro extremo del cuarto y agarra un rompecabezas, V le dice que ese juego no es para ella y se lo quita, G apunta al rompecabezas y comienza a hacer pujidos y apunta con el dedo al rompecabezas, V le vuelve a explicar que ese juego no es para su edad, G sale corriendo.

V le habla y le dice que se acerque a ella para jugar, G no voltea a verla y sigue jugando con la pelota. V le dice “G...”, G voltea y corre con V. V le pide que le pase un juguete del piso, G corre y atiende a la indicación hasta la cuarta vez. G corre y agarra los trastes de la cocineta y los pone en un colchón, se le caen y regresa por ellos. V le pregunta que hará de comida, G solo voltea a verla y se vuelve a voltear para jugar.

G se levanta y comienza a correr por todo el cuarto, G voltea a ver a V y corre hacia ella, G le quita de la mano a V un juego que tenía, V le dice que debe jugar solo con un juguete, G no voltea a verla y se va, dejando el juguete tirado, se dirige hacia los trastecitos en el colchón. V le pregunta si seguirá jugando ahí, G no responde, y se levanta rápido, corre hacia el otro extremo del cuarto donde se pone a jugar con una muñeca. V le grita que guarde los trastecitos, G no responde y sigue jugando.

G deja la muñeca y corre hacia los trastecitos, V le pregunta que si los va a lavar cuando haga comida, G no responde. V le dice “¿me das comidita comadre” G, no voltea a verla, V vuelve a decir? “¿vamos a tomarnos un café comadre?”, G se levanta rápidamente con una taza en la mano y se la lleva a V, V le dice “mmm, que rico”, G sale corriendo a la casita. M se acerca a la puerta del cuarto, G sale corriendo de la casita y corre a la puerta, al llegar brinca, y toma de la mano a M. M y G se van.

Anexo 10

Primer registro anecdótico de la observación (pos-intervención).

Fecha: 29 de Julio del 2016

Inicio de la observación: 10:00 a.m.

Fin de la observación: 10:20 a.m.

Carnet: 3561

Observación de la conducta de la niña en sesión

G: Hija; M: Mamá; I: Instructora

G acude al servicio de Psicología puntual en compañía de M. En condiciones adecuadas de higiene y aliño. Ingresó tranquila y contenta al espacio terapéutico. A G no le genera ansiedad la separación con M. M muestra disposición para la sesión. Se establece un buen rapport. I hace varias preguntas a M sobre el comportamiento de G, se hace un análisis del cambio en ambas, M responde afirmando un cambio positivo en G, menciona que es más tranquila, comparte sus juguetes con su hermana, realiza las obligaciones que se le manda y sobre todo sigue al paso la rutina establecida. M dice que siguen con la economía de fichas e implementando las técnicas de modificación de conducta con G y su hermana. Los periodos de berrinche disminuyeron considerablemente, presentándose muy poco y siendo más sencillo evitar esas situaciones o controlarlas. M expresa sentirse más relajada, con la rutina establecida suele tener tiempo para ella sola. M maneja un lenguaje claro, positivo y fluido, se establece una comunicación directa. Mientras esta la entrevista, G se muestra tranquila, concentrada en un juego de mesa dentro del área, I, le pide que le lleve un juguete y G inmediatamente hace caso. Durante la sesión muestra afecto a I, acercándose a ella y compartiendo ciertas palabras y juguetes. G durante la sesión

atiende indicaciones, escucha, intenta comunicarse con palabras. A través del juego lúdico se establece un clima de confianza con I. G domina la tolerancia a la frustración en el espacio, logra permanecer más de 20 minutos en una sola actividad, muestra funcionalidad con rutinas, de igual manera acepta los límites y reglas impuestas en las actividades de juego.

Asimismo, M muestra gratitud y bienestar, a pesar de las altas y bajas.

Anexo 11

Segundo registro anecdótico de la observación (pos-intervención).

Fecha: 30 Septiembre del 2016

Inicio de la observación: 11:20 a.m.

Fin de la observación: 11:40 a.m.

Carnet: 3561

Observación de la conducta de la niña en sesión

G: Hija; M: Mamá; I; Instructora

G acude de manera puntual al servicio de Psicología en condiciones de higiene y aliño en compañía de M. Ingresar tranquila y contenta al espacio terapéutico, no le genera ansiedad la separación de M.

I establece rapport con G y se genera un clima de confianza. Ambas comienzan a realizar una serie de actividades. G atiende todas las indicaciones de I, sigue las reglas y los límites impuestos para la sesión, escucha atentamente manteniendo siempre el contacto ojo-ojo con I más de 5 segundos, intenta comunicarse con palabras, logra pronunciar 10 palabras claras, hábitos como gracias y por favor, menciona la mayoría de animales como, perro, gato, pato, pollo, mono. Permanece 20 minutos concentrada en una actividad de colorear. Durante la sesión G no genera ni un episodio de berrinche, mantiene el contacto visual, y se muestra tolerante a la frustración por la dificultad de las actividades.

Anexo 12

Testimonio de la madre

Cambios en diada una vez terminada la intervención.

¿Qué ha notado, en G, después de la intervención?, ¿Hubo alguna mejoría?

“Yo la he visto, de cuando inicio para acá, que si ha avanzado mucho, incluso toda mi familia y amistades comentan que se le ve mucha tranquilidad. Yo lo que le he notado bastante, ahorita que volvimos a esta institución, es que se volvió muy obediente. Honestamente el periodo de vacaciones que nos tomamos seguí las reglas y técnicas que me dieron tal cual me dijeron, posiblemente las revolví un poco, pero si me apoye en ellas. Pero sí, muy obediente, y más aquí en CRIT, que es donde a mí me estresaba más porque yo vengo no de fuera, sino desde mi casa, la cual está muy lejos del centro, gastando gasolina, gastando mi tiempo, porque ahorita no estoy trabajando, y que este tirada y haciendo berrinche es un peso muy grande. Algo que también he notado es que se ha vuelto muy participativa y obediente en cuanto a “G, no pongas así el pie” y volteo a ver y ya lo pone correctamente ó “G, no brincaste bien” y ya se regresa, siendo que antes cuando le llamaban la atención y le decían “No G”, inmediatamente se acababa la terapia. Yo cada vez que ella entraba a terapia solo pensaba “que siga así”, “que siga así” de feliz y haciendo todos los ejercicios por favor y nomas escuchaba el “Noooo, así no”, era que se enojaba mucho y se paraba todo. Ahorita ya no es así. Lo que sí es que pasó con el paidosiquiatra y toma medicamento, entonces eso también fue de mucha ayuda, los terapeutas, los psicólogos y ustedes que me ayudaron a saber cómo manejar los berrinches, que yo antes no sabía. Hace como 20 días, antes de salir de vacaciones vinimos con mi otra hija y estuvimos en el comedor y G histérica porque quería Sabritas y enojada, se tiró al suelo y mi otra hija y yo jugando al memorama y

todos los papás así de que, viéndome con cara de “HAGA ALGO SEÑORA” “A QUE HORA LA VA A LEVANTAR”, y yo con ganas de ponerme un letrero que dijera “MI PSICOLOGA ME DIJO QUE ASÍ LA EDUCARA, QUE NO LA AGARRE”, “HE GENTE, APOYENME A EDUCAR A MI HIJA”, porque es muy feo que te vean de esa manera. Y es como me dijeron ustedes, hay días buenos y días malos, así como en nosotros los adultos que a veces nos levantamos de malhumor y así andamos todo el día. Pero cuando me pasa ahora, que se ponga así, si me sorprende porque como les digo, ya no se ha portado así, son muy raras las veces que me hace berrinche, es más de que me mencionan que se porta bien. En tanque se ha vuelto muy participativa, las terapeutas mismas se fijan que ha estado trabajando muy bien: yo antes era de “G, patalea por favor” o yo misma le movía las piernas para que pataleara, y ahora le toca patalear y todo, todo muy bien.

Entonces, yo sí creo que ella ha avanzado mucho. Todo lo que hemos hecho aquí le ha ayudado mucho. Además de asistir a la escuelita, que también le encanta, por otra parte, la rutina que hemos tenido también le ha ayudado y le gusta lo que hacemos.

Hacemos mucho la variabilidad de estímulo, jugamos con juegos de mesa y estos me ayudan a mejorar el lenguaje de G. Pero sí, está muy bien y todo mundo me comenta: ¿Qué le das de comer? Porque se porta muy bien, está muy cambiada y todos piensan que esta cambiada. Si se porta mal en ocasiones, pero es muy raro y cuando se porta mal es muy fácil controlarlo.

¿Usted cómo se ha sentido después de la intervención?

“Yo me he sentido más tranquila, más relajada. Antes solía ser muy histérica y siempre decía: ¡Ay! ¿Dónde la meto?, ¿cómo hago para que no grite?, ¿Qué le doy?, agua, chocolate, jugo, algo que la tranquilizará; y ahorita ya no, me dejó pobre tratando de siempre comprarle algo para consolarla. Además siempre le acarrecaba cosas, que el oso, la plastilina, el juguete para tenerla

bien. Y ya no me hacen tanto los berrinches, ya he aprendido a aguantarlos e ignorarlos. Ya no uso las nalgadas ni nada de eso. Comencé a emprender nuevos retos en mi vida, conseguir un trabajo por ejemplo, además de otras actividades de “des-estrés”.

¿Qué ha pasado en la guardería con G después de la intervención?

“En la guardería todo ha estado bien, no me han reportado nada. La cambie en enero porque eran muy indiferentes. En esta nueva guardería rápido encontró una maestra que la ve como su consentida. Se me ha ido preguntarles cómo se porta. Cuando se portan mal siempre ponen reporte, y cuando se portan bien les dan un mini reconocimiento y estrellita. Y, me ha tocado que le den un reconocimiento al día y la estrellita, pero el reporte no. Pero si se me ha preguntado cómo convive con otros niños.