



Trabajo de fin de carrera titulado

“Estudio comparativo del perfil de cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos en relación a cuidadoras con hijos/as sin intervención psicológica”

Realizado por:

PANCHI MARROQUÍN PAOLA SALOMÉ

Director de Proyecto:

M.SC. ESTEBAN RICAURTE

Como requisito para la obtención del título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

Quito, marzo de 2021

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, PAOLA SALOMÉ PANCHI MARROQUÍN, con cédula de identidad # 1725933723, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría que no ha sido previamente presentado por ningún grado a calificación profesional y, que se ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente



Paola Salomé Panchi Marroquín

C.C.: 1725933723

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

“Estudio comparativo del perfil de cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos en relación a cuidadoras con hijos/as sin intervención psicológica”

Realizado por:

PANCHI MARROQUÍN PAOLA SALOMÉ

Como requisito para la Obtención del Título de:

PSICÓLOGA CLÍNICA

Ha sido dirigido por el profesor

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Esteban Ricaurte', written on a light-colored background.

M.SC. ESTEBAN RICAURTE RICAURTE

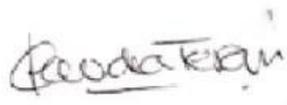
Quien considera que constituye un trabajo original de su autor

M.Sc. Esteban Ricaurte Ricaurte

DIRECTOR

PROFESORES INFORMANTES

Después de revisar el trabajo presentado. Lo ha calificado como apto para su defensa oral ante el tribunal examinador.



M.Sc. Claudia Gabriela Terán Ledesma



M.Sc. Jaime Eduardo Moscoso Salazar

Dedicatoria

Este trabajo es dedicado a todos los niños/as y adolescentes que han pasado por dificultades o actualmente están viviendo momentos complicados, sin el respaldo emocional necesario. Esta investigación tiene como finalidad crear una nueva visión de intervención psicoterapéutica para lograr que estos niños/as no se sientan solos o culpables de representar un síntoma que los adultos de su hogar no han resuelto.

Agradecimiento

Gracias a esta ciencia, Psicología, por llegar y transformar la visión y el sentido de mi vida con conocimientos que perduran en el alma y maravillosamente toca otros mundos donde al parecer como obra de magia cambias vidas, y no es magia, es el poder del ser humano guiado por otro que parece brindar luz en medio de la tiniebla.

Profundo agradecimiento a mi familia que ha confiado y ha impulsado tanto mi crecimiento personal como profesional, gracias por enseñarme lo más importante y que nunca se borrará, los valores y el amor a la familia.

A ti que me has acompañado en esta etapa de mi vida al ser un sustento emocional y a Dios que nos permite continuar juntos.

De igual manera, agradezco a los docentes por transmitir sus conocimientos y hacer de este proceso un camino lleno de aprendizajes.

Finalmente, gracias a las participantes que colaboraron en el proyecto para alcanzar el propósito de la investigación.

Resumen

La investigación con enfoque cuantitativo y comparativo, realizada en Quito- Ecuador, tiene como objetivo valorar el perfil de cuidadoras por medio de la aplicación del Test CUIDA para descubrir y comparar rasgos e indicadores de la personalidad, así como variables afectivas y cognitivas relacionadas al cuidado de otros entre dos grupos clasificados de la siguiente manera: madres con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos y madres de niños/as o adolescentes sin intervención psicológica. La investigación consta de dos partes fundamentales, en la primera se evaluó el perfil de las 34 cuidadoras entre 22 y 58 años mediante el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores, adicionalmente se aplicó una encuesta para conocer sobre la madre y su hijo/a, de esta manera se facilitó la clasificación en dos grupos “A” y “B”. Posteriormente se comparó los perfiles mediante el programa estadístico “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS) para determinar diferencias de rasgos de personalidad y habilidades parentales, donde se encontró el posible perfil de las cuidadoras de cada grupo y posteriormente en la comparación se encontró 9 de 14 factores primarios, 3 de 3 factores secundarios y en el factor de agresividad valores estadísticamente significativos.

Palabras Clave:

Cuidadoras, niños/as y adolescentes, intervención psicológica.

Abstract

The research with a quantitative and comparative approach, carried out in Quito-Ecuador, aims to evaluate the profile of caregivers through the application of the test “CUIDA” to discover and compare personality traits and indicators, as well as affective and cognitive variables related to care of others between two groups classified as follows: mothers with children who completed or maintain psychotherapeutic processes and mothers of children or adolescents without psychological intervention. The research consists of two fundamental parts, in the first one the profile of the 34 caregivers between 22 and 58 years old were evaluated using the Questionnaire for the Evaluation of Adopters, Caregivers, Tutors and Mediators, also an additionally survey was applied to know about the mother and her child, in this way the classification was divided into two groups “A” and “B”. Subsequently, the profiles were compared using the statistical program "Statistical Products and Services Solutions" (SPSS) to determine differences in personality traits and parental skills, where the possible profile of the caregivers in each group was found and later in the comparison the results were; 9 of 14 primary factors, 3 of 3 secondary factors and statistically significant values in the aggressiveness factor.

Keywords:

Caregivers, children and adolescents, psychological intervention

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	6
Objetivo General:	7
Objetivos Específicos:.....	7
METODOLOGÍA.....	8
Participantes	9
Variables e instrumentos	10
RESULTADOS	11
A. FACTORES DE PRIMER ORDEN:	15
1. Asertividad.....	15
2. Autoestima	16
3. Capacidad para resolver problemas.....	18
4. Empatía.....	19
5. Equilibrio emocional	21
6. Reflexividad	22
7. Tolerancia a la Frustración.....	24
8. Capacidad de resolución de duelo.....	25
B. FACTORES DE SEGUNDO ORDEN:	27
1. Cuidado Responsable	27
2. Cuidado Afectivo	28
3. Sensibilidad hacia los demás.....	30
C. AGRESIVIDAD.....	31
DISCUSIÓN	32
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	40

INTRODUCCIÓN

La mayoría de mujeres asumen el rol de proveedora principal de atención y cuidado a personas dependientes como niños/as, adultos mayores y familiares con discapacidad (Delicado Useros, García Fernández, López Moreno, & Martínez Sánchez, 2010) por lo tanto, se considera como cuidadora a quien adquiere varias responsabilidades donde existe un vínculo de la persona con otros y ofrece primordialmente el cuidado, acciones y labores con el objetivo de entregar apoyo y/o ayuda para el bienestar en este caso del niño/a o adolescente (NNA).

De manera general, son los adultos/as quienes consideran la necesidad de que sus hijos/as, acudan al psicólogo/a o son remitidos por el sistema educativo ya sea porque son comportamientos molestos para ellos mismos, para la vida familiar y/o área escolar, muchas veces aprecian que algo causa sufrimiento en el niño/a y porque creen que pueda suponer un problema en el futuro, por esta razón acuden donde profesionales para realizar intervención psicológica, quienes utilizarán técnicas de distintos enfoques y metodologías con el fin de crear y organizar un plan de intervención.

Por lo tanto, los procesos psicológicos infantiles se han creado y desarrollado en respuesta a las demandas y distintas necesidades en las etapas de la niñez (Gómez Ramírez, 2017) usualmente se trabaja mediante el juego y actividades de acuerdo con la etapa de desarrollo del NNA, tomando en cuenta los objetivos de la terapia para de esta manera mantener la validez y la objetividad del proceso.

Según (Robles, 2009) las prácticas parentales son un conjunto de conductas y actitudes que los padres despliegan sobre sus hijos/as por lo que cumple un rol de gran impacto sobre el comportamiento y salud mental de un niño/a y adolescente, ya que pueden resultar como factores protectores o de riesgo frente al desarrollo físico y psicológico de los niños/as y adolescentes.

La prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia y la adolescencia oscila entre el 10 % y el 20 % (OMS, 2011). Al revisar la incidencia de pacientes en un centro pediátrico en Málaga-España, resultó que los niños casi duplican las tasas de las niñas: 17,25 frente al 10,59. Un 62,6 % (446) son niños y un 37,4 % (266), niñas (Antón , Seguí Durán, & Antón Torre, 2016).

Así mismo se pudo comprobar que más de la mitad de los menores remitidos por interconsulta pediátrica en España presentan altos niveles de ansiedad, y aproximadamente un tercio presentan problemas afectivos y quejas somáticas (López, Alcántara, Fernandez, & Castro, 2010), sin embargo, el motivo no ha sido suficiente para direccionar a la derivación a la unidad de psicología, por esta razón se cree que los protocolos de evaluación y tratamiento psicológico más adecuados en atención primaria deben mejorar.

(Janin, 2019) comenta que el sufrimiento psíquico en niños/as y adolescentes usualmente son casos de problemas de aprendizaje evidenciados en las escuelas también como enuresis, encopresis, fobias, psicosis infantil, agresividad, posibles casos de hiperactividad, etc.

La autora expresa en su libro que muchas veces los padres llegan al consultorio de psicología con sus hijos/as y esperan un nombre a lo que sucede, un diagnóstico, una etiqueta, que únicamente hace responsable al niño, cuando ellos tienen un rol más importante, como Janin (2019) señala: “son ellos los que erotizan, prohíben, son modelos de identificación, portadores de normas e ideales, primeros objetos de amor y de odio, transmisores de cultura, todo esto tiene un poder estructurante sobre el psiquismo infantil” (pag.15)

Clakins, 1998 en Estados Unidos, comprobó que el comportamiento materno negativo como falta de expresión y falta de contención en el llanto se relacionó con regulación fisiológica deficiente, regulación emocional menos adaptativa e incumplimiento de normas en niños de 24 meses, es decir existe estrecha relación entre el comportamiento materno y la regulación del niño.

De igual manera, la investigación realizada en Valencia-España señala que la sensibilidad materna y la calidad del apego son factores esenciales para que los niños/as evolucionen adecuadamente, competente socialmente y con un estilo de apego seguro (Molero, Sospedra, Sabater , & Plá, 2011).

Por otra parte, en México se encontraron similares resultados en una investigación donde los niveles severos de depresión y el control parental tuvieron estrecha relación. Rivera, Arias y Cahuana (2018) encontraron adicionalmente otros factores como la falta de organización familiar y cohesión de sus miembros, con consecuencias negativas en el rendimiento académico y entre padres e hijos la creación de relaciones hostiles y conflictivas.

Así mismo, algunos padres por temas de trabajo y limitaciones culturales sobre el rol parental y su importancia en la construcción de un apego seguro generan consecuencias negativas en un futuro. La falta de atención a los hijos es la principal causa de una variedad de desórdenes afectivos en etapas posteriores de su desarrollo.

Por otra parte, la excesiva cercanía o conocida como sobreprotección también puede resultar perjudicial para los niños/as y adolescentes, al igual que confundir el afecto con escaso control parental. Una vez que los menores empiezan a presentar señales de malestar psicológico los padres usualmente pasan por alto estos signos (Rivera, Arias, & Cahuana, 2018).

Comúnmente las angustias no tramitadas de los padres se evidencian en el sufrimiento psíquico del NNA y mediante una investigación longitudinal (Rodríguez J. , 1998) se pudo evidenciar que las familias de niños con psicopatología grave (esquizofrenia infantil y personalidad limítrofe) tienen un desvío comunicacional elevado e inconsistencia familiar.

Niños/as y adolescentes con trastornos alimenticios usualmente crecen con familias de funcionamiento desligado, lo cual coincide con Losada (2015) quien afirma que son familias que desconocen de las dificultades que padecen los niños/as y adolescentes del hogar a pesar de que la condición sea sumamente grave, hay una falta de pertenencia, dificultades en la interdependencia, y claramente conflictos para solicitar y aceptar ayuda.

Abidin (2010) señala que los sistemas de creencias de los padres tienen influencias tanto directas como indirectas sobre la crianza de los hijos y se pueden evidenciar en el comportamiento y resultados del niño, al igual que la orientación, el comportamiento y los valores son ejes influyentes en la salud psicológica de los NNA de la misma manera la concordancia y coherencia entre las prácticas de crianza entre padres favorece en la construcción de ambientes estructurados, lo que facilita la comprensión de normas y el cumplimiento de expectativas que los padres tienen sobre sus hijos (Rodríguez, Barrio, & Carrasco, 2009).

Por otra parte, Palacios y Andrade (2008) manifestaron que el apoyo, la autonomía, los límites y la supervisión de los padres hacia sus hijos tienen la función de factores protectores y de esta manera disminuyen las dificultades en la conducta adolescente.

En un estudio realizaron evaluaciones al funcionamiento familiar de adolescentes con trastornos de conducta alimentaria y se obtuvo que los padres presentan poca cohesión, adaptabilidad, expresión emocional, independencia, respuesta afectiva y control conductual (Ruíz, Vázquez, Mancilla, Viladrich, & Halley, 2013).

Usualmente el lugar donde se puede evidenciar dificultades de tipo comportamental y psicológico de los NNA es en la escuela por lo que en una investigación realizada en una Unidad Educativa de Santo Domingo de los Tsáchilas-Ecuador, sobre la relación del perfil del cuidador con el bajo rendimiento escolar se encontró que solo 1 padre de 15 evaluados obtuvo una puntuación “Media” en el factor de cuidado responsable lo que indica que sus habilidades parentales son adecuadas, el resto de la muestra presentó una puntuación “Muy Baja” en flexibilidad cognitiva, capacidad para reflexionar, búsqueda de soluciones y poca responsabilidad en el cuidado parental (Moya & Pinos, 2019).

La investigación realizada en Quito-Ecuador por Hidalgo (2019) sustenta que las características parentales negativas como bajo cuidado responsable, sensibilidad media hacia los demás y alta agresividad fueron los resultados encontrados después de aplicar el Test CUIDA a un grupo de padres de familia, analizando que estas variables se relacionan con los síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, TDAH.

Varios estudios se han centrado en el perfil, estructura, conformación, y/o características familiares, mas no en la evaluación directa para descubrir cómo es el perfil del cuidador/a, su capacidad para proporcionar la atención y el cuidado adecuado a sus hijos/as, a pesar de existir numerosos trabajos que han abordado la relación entre el tipo de crianza, tipo de estructura familiar, roles familiares etc. y el desarrollo de manifestaciones emocionales en los hijos/as, menos son las investigaciones que se enfocan en la evaluación del perfil de padres y madres de niños, niñas y adolescentes (NNA) con y sin presencia de alteraciones emocionales y conductuales en los hijos.

Por lo que se dificulta analizar estudios comparativos que nos permitan conocer específicamente el perfil del cuidador de crianza inconsistente que pudieran ser responsables de cada una de las manifestaciones psicológicas presentadas por los NNA que en algún momento llegan a consulta psicológica.

JUSTIFICACIÓN

Para establecer si existe una diferencia en el perfil de las cuidadoras de los dos grupos y encontrar qué rasgos y habilidades parentales son significativamente distintas, se considerarán los siguientes objetivos.

Objetivo General:

Valorar el perfil de las participantes por medio de la aplicación del Test CUIDA para la medición de variables afectivas y cognitivas relacionadas al cuidado de otros, de esta manera descubrir y comparar rasgos e indicadores de la personalidad entre cuidadoras con hijos/as que han culminado o estaban en procesos psicoterapéuticos y madres de NNA que no han requerido intervención psicológica.

Objetivos Específicos:

- Valorar el perfil mediante el Test CUIDA para descubrir rasgos de la personalidad e indicadores de capacidad de cuidado a madres con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos
- Valorar el perfil mediante el Test CUIDA para descubrir rasgos de la personalidad e indicadores de capacidad de cuidado a madres con hijos/as sin intervención psicológica
- Comparar y diferenciar los perfiles de los dos grupos de madres de familia mediante los resultados obtenidos de la aplicación del Test CUIDA para conocer que rasgos son más significativas en cada grupo.

Las dificultades que muchas veces los NNA presentan son alteraciones debido a dificultades en la parentalidad, problemas emocionales de alguno de los padres, incompreensión marital o desconocimiento de estrategias de crianza. Por este motivo es de suma importancia conocer cuáles son estas dificultades a la hora de planificar el tratamiento de niños/as y adolescentes con el fin de realizarlo de la manera más acertada.

En este sentido, la obtención de resultados y el análisis comparativo de los perfiles de las cuidadoras en relación con la sintomatología que presentan algunos/as menores aporta nuevos resultados sobre las habilidades parentales y qué destrezas se deben desarrollar para evitar consecuencias adversas en la salud mental de los NNA. Así mismo, se puede recomendar a padres de familia, profesionales de salud como pediatras y psicólogos, tener en cuenta el estado emocional y conductual de la cuidadora.

METODOLOGÍA

El presente estudio, tiene la finalidad de valorar y comparar los perfiles de cuidadoras de niños/as y adolescentes de la ciudad de Quito, que asistían al psicólogo/a en el momento de la investigación o antes de este periodo, en relación a cuidadoras con hijos/as sin ningún tipo de intervención psicológica.

Se realizó un estudio cuantitativo, con un diseño comparativo mediante la aplicación del Test CUIDA y un cuestionario que nos permitió obtener información sobre la madre y su hijo/a para clasificar en dos grupos la muestra, de acuerdo con el factor de asistencia o inasistencia de los hijos/as al psicólogo/a.

El test se aplicó vía online por motivos de seguridad de los participantes ya que la investigación se ejecutó durante la emergencia sanitaria a causa del COVID-19, de esta manera se evitó el contacto social. Una vez que las cuidadoras aceptaron y firmaron un consentimiento informado donde se explica el objetivo de la aplicación del Test CUIDA y el cuestionario, se procedió con la evaluación que tuvo una duración aproximada de 45 minutos.

Los resultados se analizaron por medio de la corrección digital de la plataforma del Test CUIDA. Una vez obtenidos los resultados se procedió a comparar los perfiles de la muestra completa, es decir, de las madres de los dos grupos seleccionados por conveniencia.

Participantes

En el estudio participó una muestra de 34 madres biológicas con las características descritas en el **Cuadro 1** que en la investigación se las reconoce como cuidadoras entre 22 y 58 años, de estrato socioeconómico medio con hijos/as entre 3 y 17 años.

Diecisiete de ellas tenían hijos/as que culminaron o se encontraban realizando procesos terapéuticos en distintos centros de atención psicológica ubicados en la ciudad de Quito y el resto de la muestra (17) tenían hijos/as sin requerimiento de intervención psicológica.

Cuadro 1

En el Cuadro 1 se describe las características de inclusión y exclusión para la selección de la muestra

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Madres biológicas	Padres de familia/ Madres adoptivas
Hijos/as entre 3 y 17 años	Hijos/as menores a 3 años y mayores a 18 años
Estrato socioeconómico medio	Estrato socioeconómico Bajo o Alto

Variables e instrumentos

Inicialmente el Test CUIDA se creó para la valoración de solicitantes de adopción, sin embargo, se encontró también un excelente medidor de las variables adecuadas para ofrecer cuidado a otros, midiendo variables afectivas y cognitivas (García, Estévez, & Letamendía, 2007)

El CUIDA es una herramienta para la valoración de la capacidad parental, brindar atención y cuidado adecuado a una persona en estado de dependencia, contiene un cuestionario con 189 interrogantes destinadas a medir las variables afectivas, cognitivas y sociales, que nos permiten conocer la capacidad de establecer relaciones adaptativas para el cuidado de otras personas (Bermejo Cuadrillero, y otros, 2014).

Los resultados son categorizados en Factores primarios y secundarios, detallados en el cuadro 2.

Cuadro 2

Descripción de los factores de primer/segundo orden y factor adicional: agresividad

FACTORES DE PRIMER ORDEN
Altruismo
Apertura
Asertividad
Autoestima
Capacidad de resolver problemas
Empatía
Equilibrio emocional
Independencia
Flexibilidad
Reflexibilidad
Sociabilidad

FACTORES DE PRIMER ORDEN
Tolerancia a la frustración
C. De establecer vínculos afectivos o de apego
Capacidad de resolución de duelo
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN
Cuidado responsable
Cuidado Afectivo
Sensibilidad hacia los demás
Agresividad

Nota: Este cuadro señala los 14 factores primarios, los 3 factores secundarios y el factor adicional de Agresividad.

El cuestionario cuenta con 3 índices de validez y control de las respuestas. Además, la prueba psicológica fue estandarizada en Ecuador y para la corrección se utilizó el baremo general de mujeres.

Adicionalmente se realizó una encuesta que contiene 7 preguntas con el fin de obtener información sobre la edad, oficio, cantidad de hijos/as de la cuidadora, si el hijo/a han asistido al psicólogo/a, en caso de que la respuesta fue “sí”, cuál de los hijos han asistido y una última pregunta opcional sobre el motivo de consulta.

RESULTADOS

Una vez recolectados los datos de la valoración del perfil de cada una de las participantes de la investigación se procedió a realizar una media de las respuestas o puntuaciones que obtuvieron en cada factor, resultando lo siguiente:

El posible perfil de las madres del Grupo A: cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3

Resultados del rango de puntuación media detallado en cada factor de 1er/2do orden y

Agresividad del Grupo A

FACTORES DE PRIMER ORDEN	Rango
Altruismo	Muy Baja-Baja
Apertura	4 media
Asertividad	2 Baja
Autoestima	3 Baja
Capacidad de resolver problemas	2 Baja
Empatía	3 Baja
Equilibrio emocional	2 Baja
Independencia	4 Media
Flexibilidad	3 Baja
Reflexibilidad	2 Baja
Sociabilidad	3 Baja
Tolerancia a la frustración	3 Baja
C. De establecer vínculos afectivos o de apego	3 Baja
Capacidad de resolución de duelo	3 Baja
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN	
Cuidado responsable	2 Baja
Cuidado Afectivo	2 Baja
Sensibilidad hacia los demás	2 Baja
Agresividad	7 Alta

Nota: Los puntajes fueron obtenidos mediante el cálculo de la media y se puede observar puntuaciones Bajas en la mayoría de los factores.

La puntuación en la mayoría de las variables es “Baja”, es decir entre 2 y 3. La apertura y flexibilidad de estas cuidadoras tienen un promedio de puntaje 4, perteneciente al rango “Media” y finalmente la Agresividad registran aproximadamente 7 lo que resulta una puntuación catalogada como “Alta”.

Por otra parte, el posible perfil de las madres del Grupo B: cuidadoras con hijos/as sin intervención psicológica se presenta a continuación en el cuadro 4.

Cuadro 4

Resultados del rango de puntuación media detallado en cada factor de 1er/2do orden y Agresividad del Grupo B

FACTORES DE PRIMER ORDEN	Puntuación
Altruismo	4 Media
Apertura	5 Media
Asertividad	5 Media
Autoestima	5 Media
Capacidad de resolver problemas	5 Media
Empatía	5 Media
Equilibrio emocional	5 Media
Independencia	5 Media
Flexibilidad	4 Media
Reflexibilidad	5 Media
Sociabilidad	4 Media
Tolerancia a la frustración	5 Media
C. De establecer vínculos afectivos o de apego	5 Media
Capacidad de resolución de duelo	4 Media

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN	
Cuidado responsable	5 Media
Cuidado Afectivo	5 Media
Sensibilidad hacia los demás	5 Media
Agresividad	5 Media

Nota: Se puede apreciar puntuaciones Medias en todos los factores, es decir entre 4 y 5.

De igual manera los puntajes del *Cuadro 4* fueron obtenidos mediante el cálculo de la media en el programa SPSS y se puede observar que la puntuación “Media” prevalece en todos los factores.

Los resultados de la segunda parte de la investigación, es decir de la comparación de los perfiles de las cuidadoras de los dos grupos se describen a continuación mediante los resultados obtenidos por el análisis del programa estadístico SPSS y se detalla cada factor estadísticamente significativo producto de la prueba de Chi cuadrado de Pearson que contrasta si las diferencias observadas en el Grupo “A” y “B” son estadísticamente significativas, además se detalla con lo estipulado por el manual del Test CUIDA.

Los gráficos de barras en color **celeste** representarán al GRUPO A: Cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantienen procesos psicoterapéuticos.

Los gráficos de barras en color **verde oscuro** representan al GRUPO B: Cuidadoras con hijos/as sin intervención psicológica.

Los resultados se presentan en el siguiente orden y de acuerdo con lo estipulado en el manual del Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores:

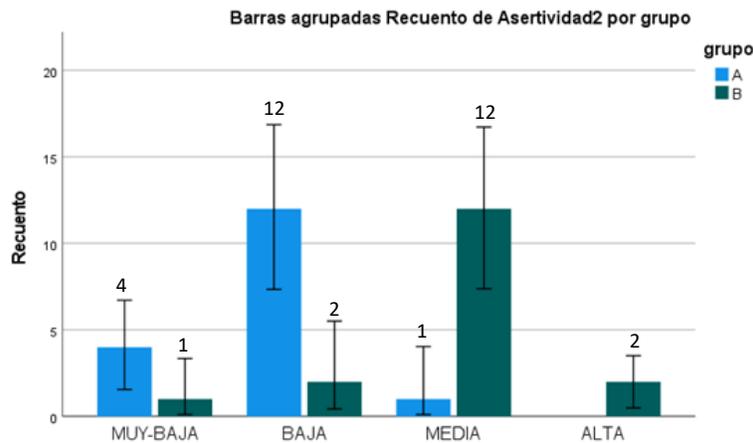
1.A. Factores de primer orden (9 factores estadísticamente significativos)

1.B. Factores de segundo orden (3 factores estadísticamente significativos)

C. Agresividad

A. FACTORES DE PRIMER ORDEN:

1. Asertividad.



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,251 ^a	3	,000	,000
Razón de verosimilitud	23,596	3	,000	,000
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	20,436			,000
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 4 cuidadoras en Puntuación Muy baja; 12 en Puntuación Baja; 1 en Puntuación Media.

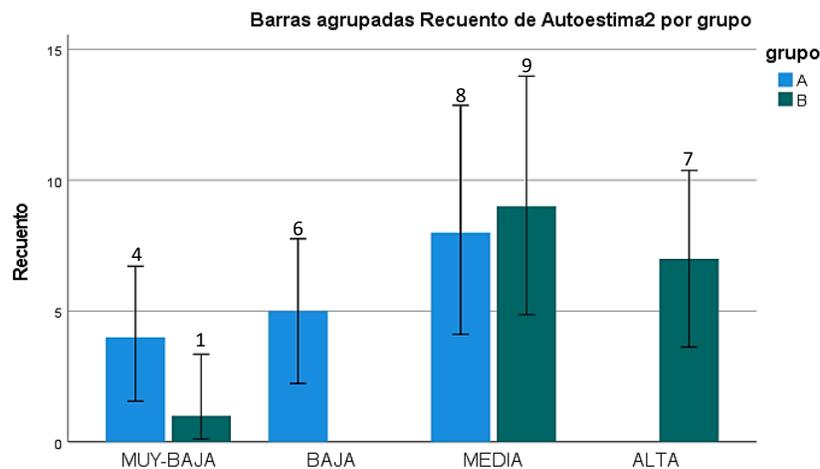
Esta puntuación representa la dificultad para recibir elogios, muchas veces no consiguen expresar lo que piensan y sienten, de igual manera les cuesta recibir críticas y pedir favores.

- En el **Grupo B**: 1 en Puntuación en Muy Baja; 2 en puntuación Baja; 12 en Puntuación Media; 2 en Puntuación Alta.

Posiblemente son personas que consiguen defender sus derechos mientras respetan a los demás, y pueden aceptar naturalmente elogios y críticas.

Estos resultados presentan una diferencia importante en el factor asertividad de las cuidadoras de los dos grupos ya que en el Grupo A los resultados demuestran que son cuidadoras que no logran expresar de manera adecuada sus emociones, demostrar desacuerdo, emitir y recibir críticas, cumplidos y peticiones. Mientras que las cuidadoras del Grupo B tienen la habilidad de expresar de manera reglas, límites y consecuencias a los NNA lo cual es favorable en la comunicación madre e hijo/a

2. Autoestima



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,859 ^a	3	,003	,001
Razón de verosimilitud	18,622	3	,000	,001
Prueba exacta de Fisher- Freeman-Halton	13,899			,001
N de casos válidos	34			

- *En el Grupo A: 4 en puntuación “Muy Baja”; 6 en puntuación “Baja”; 8 en puntuación “Media”.*

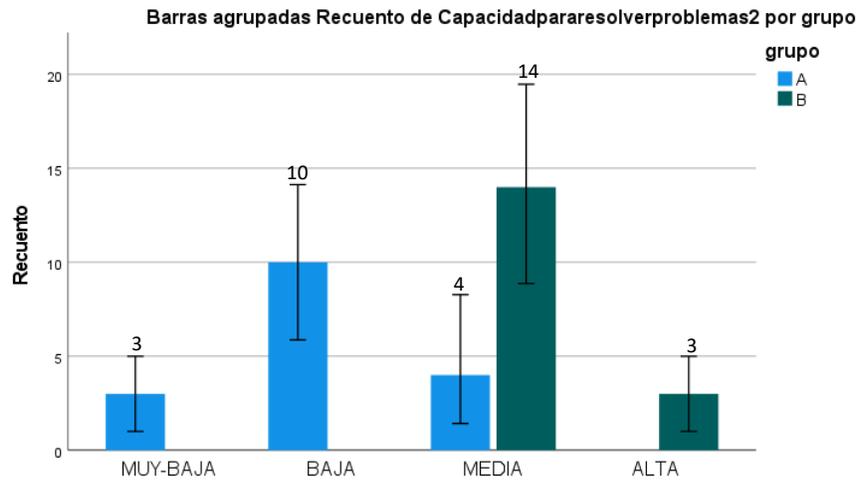
Es decir, son mujeres que creen no tener cualidades dignas de aprecio, se sienten fracasadas porque suelen centrarse en sus defectos lo cual les hace sentirse inferiores frente a las demás, carecen de valor hacia sí mismas.

- *En el Grupo B: 1 en puntuación “Muy Baja”; 9 en puntuación “Media”; 7 en puntuación “Alta”.*

Son personas que se aceptan, reconocen su valor y cualidades, se sienten satisfechas consigo mismas.

Los resultados del Grupo A reflejan que las cuidadoras habitualmente tienen pensamientos y sentimientos negativos que les hace sentir insatisfechas, poco valiosas y fracasadas, por otro lado, el Grupo B de acuerdo con los resultados, son personas que se valoran positivamente y al reflexionar sobre sus cualidades pueden llegar a una plena satisfacción personal.

3. Capacidad para resolver problemas



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,556 ^a	3	,000	,000
Razón de verosimilitud	28,065	3	,000	,000
Prueba exacta de Fisher- Freeman-Halton	21,870			,000
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 3 en puntuación “Muy Baja”; 10 en puntuación “Baja”; 4 en puntuación “Media”.

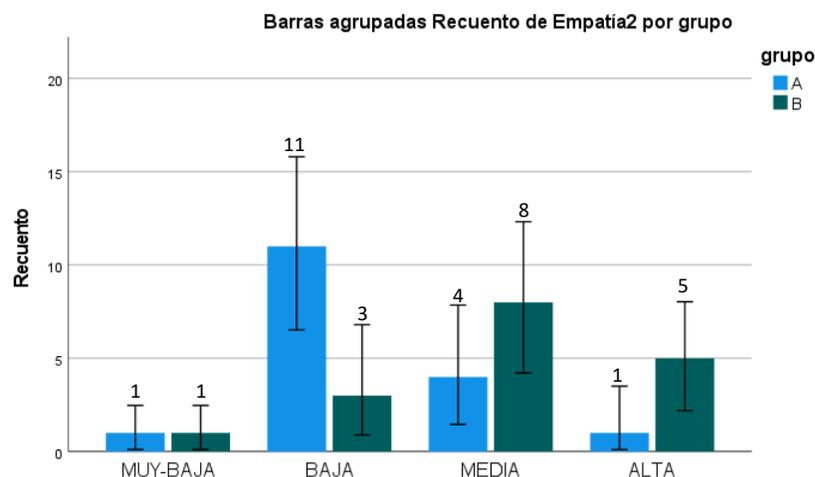
Este nivel bajo en resolución de problemas no les permite a las cuidadoras detectar problemas, por lo tanto, encontrar alternativas de resolución tampoco son generadas. De igual manera se suelen bloquear ante la toma de decisiones, por lo que actúan de manera impulsiva, e incluso pueden defender soluciones poco realistas e inadecuadas.

- En el **Grupo B**, 14 en puntuación “Alta”; 3 en puntuación “Muy Alta”

Significa que las cuidadoras de este grupo tienen la capacidad de identificar problemas y encontrar posibles soluciones a los mismos, organizar, planificar sus acciones ante situaciones conflictivas, logran planificar, controlar y decidir. Sin embargo, en ocasiones su impulsividad hace que tomen decisiones apresuradas.

En este factor se contrasta la habilidad de resolver problemas, por un lado, las participantes del Grupo A se aprecia la dificultad para identificar y analizar problemas mientras que el Grupo B refleja habilidades para detectar y resolver conflictos mediante la planificación y acuerdos.

4. Empatía



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,571 ^a	3	,036	,036
Razón de verosimilitud	9,130	3	,028	,047
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	8,531			,027
N de casos válidos	34			

- *En el Grupo A: 1 en puntuación “Muy Baja”; 11 en puntuación “Baja”; 4 en puntuación “Media” y 1 en puntuación “Muy Alta”*

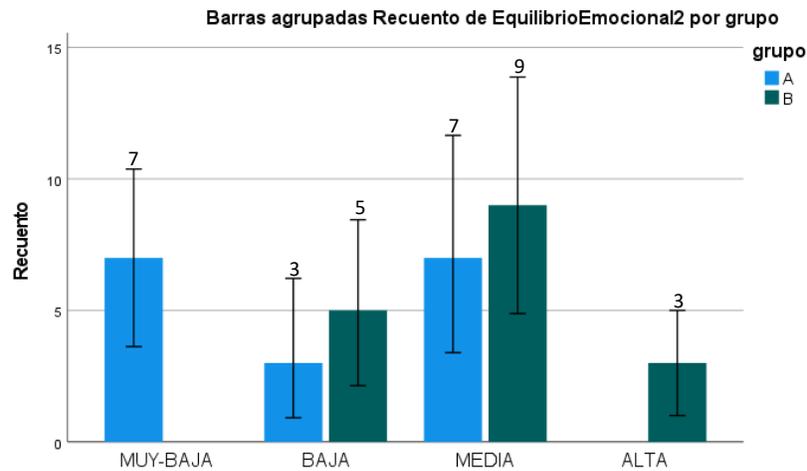
Según el CUIDA, las cuidadoras encuentran difícil escuchar y ponerse en el lugar del otro, por lo tanto, no comprenden los sentimientos y emociones de los demás e incluso de sí mismas.

- *En el Grupo B: 1 en puntuación “Muy Baja”; 3 en puntuación “Baja”; 8 en puntuación “Media” y 5 en puntuación “Alta”.*

Usualmente comprenden a los demás, toman en cuenta y aceptan los sentimientos propios y de los otros, crean un vínculo saludable con los menores, buscan entender comportamientos ajenos a pesar de que en ocasiones se les dificulte expresar sus emociones, son mayor las veces que pueden transmitir y recibir emociones y sentimientos.

De esta manera se observa que las cuidadoras del Grupo A suelen tener dificultades para reconocer, comprender y aceptar actitudes, conductas y sentimientos de las personas que le rodean. Muy distinto a las cuidadoras del Grupo B, quienes seguramente han aprendido sobre sus emociones y como tramitarlas para lograr ponerse en el lugar del otro con mayor facilidad.

5. Equilibrio emocional



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,750 ^a	3	,013	,010
Razón de verosimilitud	14,619	3	,002	,005
Prueba exacta de Fisher- Freeman-Halton	10,676			,009
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 7 en puntuación “Muy Baja”; 3 en puntuación “Baja” y 7 en puntuación “Media”

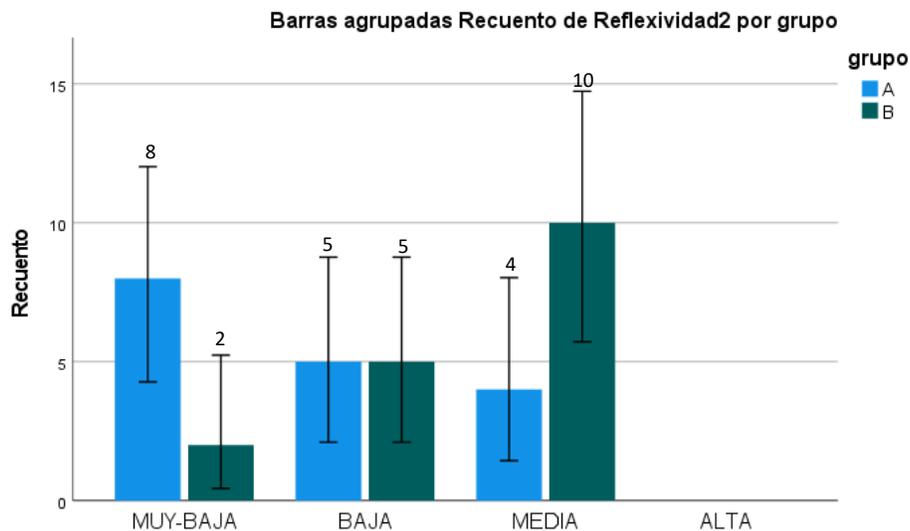
Pueden presentar cambios de humor bruscos y tienen dificultad para experimentar y controlar sus emociones e impulsos, por esta razón actúan sin antes reflexionar y pensar en las consecuencias por lo que pueden ser cuidadoras volubles, irritables, se preocupan constantemente en cosas menores y ante problemas carecen de estrategias de afrontamiento, tienden a no sentirse bien consigo mismas lo que se relaciona con la variable de autoestima con puntuaciones mayores en rangos “Bajo y muy bajo”.

- En el **Grupo B**: 5 en puntuación “Baperdja”; 9 en puntuación “Media” y 3 en puntuación “Alta”.

Estas cuidadoras suelen transitar las emociones de forma adaptativa, lo que les permite reflexionar, tomar decisiones sin que influya totalmente su estado de ánimo y/o críticas recibidas. Todas estas características les facilitan a las cuidadoras una adaptación a su vida social, laboral y afectiva, de igual manera el cuidado hacia otros, en este caso, menores de edad.

Estos resultados presentan una diferencia significativa al observar que las cuidadoras del Grupo A cuando se encuentran en situaciones de conflicto pueden sentirse altamente incómodas porque usualmente no manejan sus emociones, mientras que las cuidadoras del Grupo B tienen la capacidad de mantener el control sobre sus emociones y se presentan de manera tranquila, calmada y equilibradas.

6. Reflexividad



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,171 ^a	2	,046	,050
Razón de verosimilitud	6,511	2	,039	,050
Prueba exacta de Fisher- Freeman-Halton	6,031			,050
N de casos válidos	34			

- *En el Grupo A: 8 en puntuación “Muy Baja”; 5 en puntuación “Baja” y 4 en puntuación “Media”*

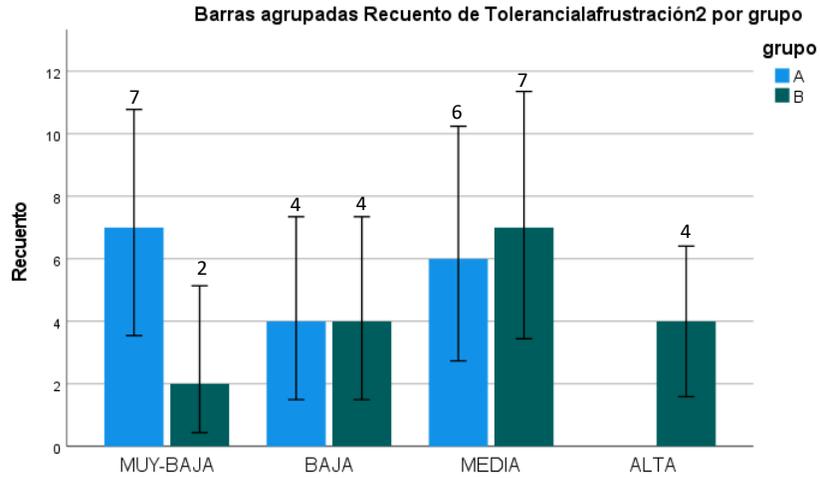
Personas sin control de impulsos, cuidadoras precipitadas, impacientes y poco previsoras, les molesta la tranquilidad de los demás. No son constantes con lo que hacen y a la vez no soportan no ser capaces de llevar a cabo lo que se propusieron. Usualmente hablan y actúan sin pensar.

- *En el Grupo B: 2 en puntuación “Muy Baja”; 5 en puntuación “Baja” y 10 en puntuación “Media”.*

Son personas que piensan antes de actuar y hablar, sin embargo, en ocasiones se pueden dejar llevar por sus impulsos.

Por lo tanto, las cuidadoras del grupo A son personas poco comprometidas y reflexivas es decir se relaciona con la puntuación baja en equilibrio emocional, porque actúan y hablan usualmente sin analizar ventajas y desventajas, al contrario del Grupo B, que posiblemente son más pacientes, perseverantes y reflexivos sin llegar a ser incapaces de tomar decisiones y mostrarse inseguras.

7. Tolerancia a la Frustración



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,855 ^a	3	,077	,075
Razón de verosimilitud	8,564	3	,036	,059
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	6,526			,082
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 7 en puntuación “Muy Baja”; 4 en puntuación “Baja” y 6 en puntuación “Media”

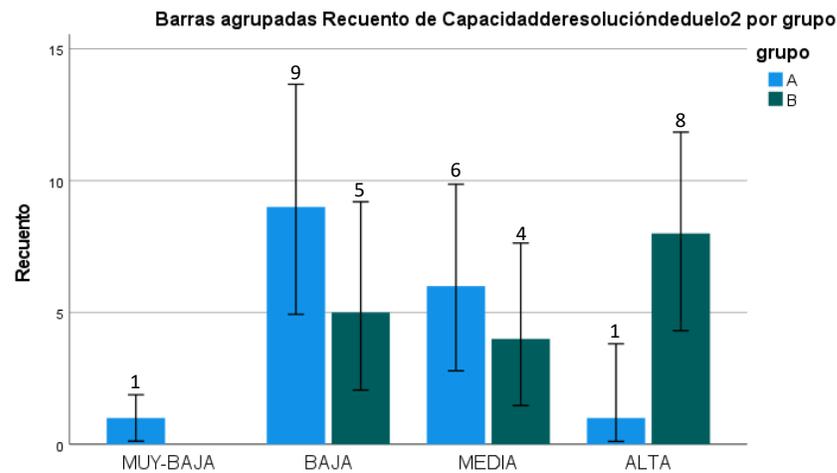
Son personas que usualmente no toleran la idea ni el hecho de que las cosas no hayan salido como planificaron, sienten angustia cuando sucede algo de imprevisto y sufren cuando no obtienen lo que desean o no cumplen sus expectativas.

- En el **Grupo B**: 2 en puntuación “Muy Baja”; 4 en puntuación “Baja” y 7 en puntuación “Media” y 4 en puntuación “Alta”.

Cuando los planes se modifican o sus objetivos no se cumplen como lo esperaban suelen alterarse, pero al mismo tiempo analizan, reflexionan y deciden modificar su conducta y emociones al respecto, lo que facilita aceptar cambios y variaciones que ocurren en el día a día.

En este factor se puede notar la diferencia de los dos grupos en la asimilación y aceptación respecto a la frustración que conlleva cambios en la rutina o en la planificación de procesos, y como las cuidadoras actúan al respecto.

8. Capacidad de resolución de duelo



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,987 ^a	3	,046	,033
Razón de verosimilitud	9,146	3	,027	,030
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	7,882			,033
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A:** 1 en puntuación “Muy Baja”; 9 en puntuación “Baja”; 6 en puntuación “Media” y 1 en puntuación “Alta”.

Las cuidadoras de este grupo es muy probable que hayan tenido sucesos de pérdidas muy dolorosas que incluso han llegado a condicionar su pensamiento y comportamiento interviniendo en sus acciones en la actualidad, posiblemente por una falta de elaboración de duelo.

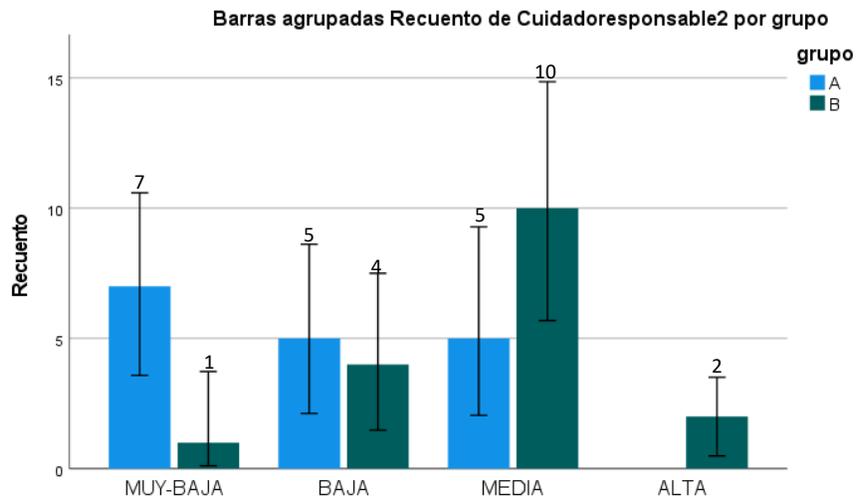
- En el **Grupo B:** 5 en puntuación “Baja”; 4 en puntuación “Media” y 8 en puntuación “Alta”.

Las cuidadoras del grupo B en este aspecto, han podido transitar por el proceso de duelo que conlleva la identificación, aceptación y expresión de las emociones que han provocado la o las pérdidas a lo largo de su vida y esto en consecuencia es recuperar el equilibrio emocional.

La diferencia entre el grupo de A y B es la manera en que experimentaron distintas pérdidas en sus vidas, es decir la mayoría de las cuidadoras con hijos/as sin intervención psicológica tras haber pasado por un periodo de sufrimiento lo han superado y asumido sin dejar que esto afecte a su vida personal, familiar y/o social.

B. FACTORES DE SEGUNDO ORDEN:

1. Cuidado Responsable



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,278 ^a	3	,041	,028
Razón de verosimilitud	9,645	3	,022	,027
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	7,789			,036
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 7 en puntuación “Muy Baja”; 5 en puntuación “Baja” y 5 en puntuación “Media”.

Son personas que en sus relaciones de cuidado suelen ser poco reflexivas, resolutivas, perseverantes. Los objetivos usualmente quedan incompletos porque su responsabilidad es baja, de igual manera les cuesta tomar decisiones.

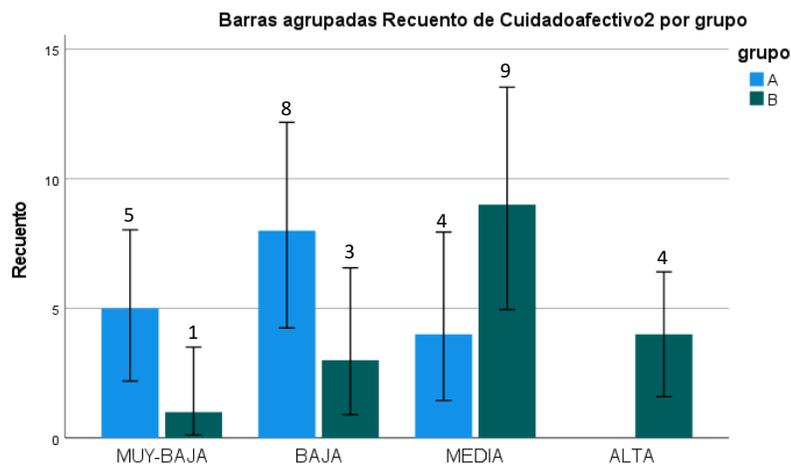
- En el **Grupo B**: 1 en puntuación “Muy Baja”; 4 en puntuación “Baja”; 10 en puntuación “Media” y 2 en puntuación “Alta”.

Cumplen con responsabilidad sus obligaciones, son perseverantes con sus objetivos y de esta manera finalizan las actividades que inician o emprenden, no se les dificulta ser responsables y equilibradas en sus emociones y conductas.

Este factor es interesante cuando se relaciona al cuidado de los menores de las participantes de la investigación, porque hay una clara diferencia en la crianza y sobre todo el cuidado responsable que se espera entreguen las adultas a sus hijos/as, establecer orden, límites, tomar decisiones en cuanto a su vida personal y familiar.

Y puede ser una variable que se componga de los factores primarios antes mencionados como falta de autoestima, empatía, equilibrio emocional, tolerancia a la frustración.

2. Cuidado Afectivo



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,862 ^a	3	,012	,009
Razón de verosimilitud	12,788	3	,005	,010
Prueba exacta de Fisher- Freeman-Halton	10,232			,012
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A:** 5 en puntuación “Muy Baja”; 8 en puntuación “Baja” y 4 en puntuación “Media”.

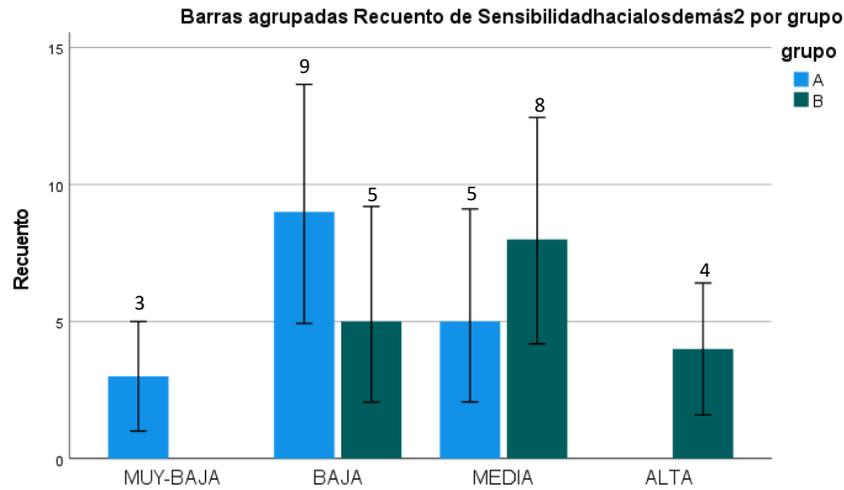
La mayoría de la puntuación en los rangos bajo y muy bajo, lo que representa la inconformidad que sienten las participantes de este grupo con sus relaciones de cuidado, sienten insatisfacción consigo mismas porque no logran comprender los sentimientos y emociones del resto y tampoco los propios, lo cual hace que fácilmente se alteren por problemas sencillos y/o cotidianos. Este resultado se relaciona directamente con la baja empatía y asertividad de las cuidadoras, esto les impide ser expresivas afectuosamente y receptivas.

- En el **Grupo B:** 1 en puntuación “Muy Baja”; 3 en puntuación “Baja”; 9 en puntuación “Media” y 4 en puntuación “Alta”

Este grupo de cuidadoras se sienten satisfechas con su forma de cuidar, entregar y recibir afecto de las personas que le rodean y de los menores en su responsabilidad, porque tienen la capacidad de percibir, analizar y aceptar las emociones de sí mismas y de otros. Esto le conduce a una comunicación asertiva y con afecto.

En síntesis, existe una diferencia amplia en como las cuidadoras de los dos grupos manejan sus emociones, mientras el grupo A tiene dificultad para expresarse de manera afectiva, las otras cuidadoras lo logran sin dificultad.

3. Sensibilidad hacia los demás



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,835 ^a	3	,032	,025
Razón de verosimilitud	11,562	3	,009	,017
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	8,100			,029
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A**: 3 en puntuación “Muy Baja”; 9 en puntuación “Baja” y 5 en puntuación “Media”.

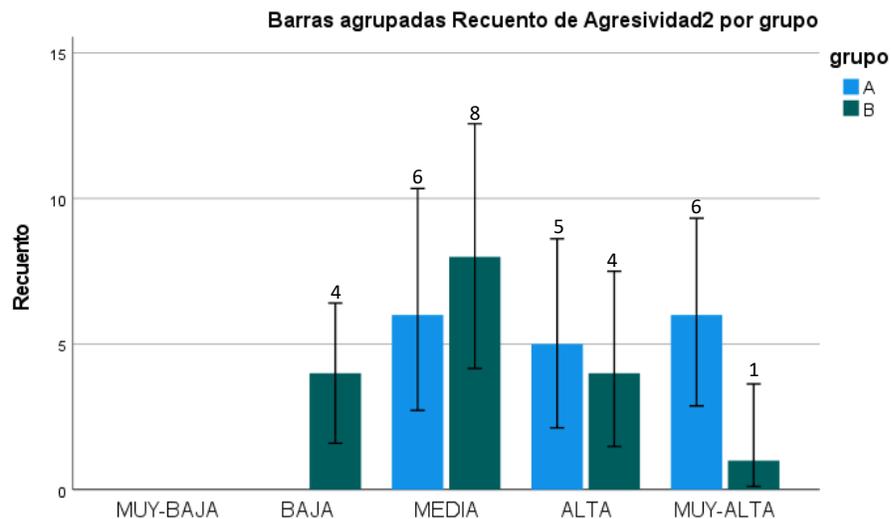
Este grupo de cuidadoras no les afecta los problemas de los demás y por lo tanto no sienten un compromiso de ayuda ya que no tienden a implicarse en ellos o brindar su apoyo y ayuda.

- En el **Grupo B**: 5 en puntuación “Baja”; 8 en puntuación “Media” y 4 en puntuación “Alta”.

Las participantes comúnmente prestan atención y se preocupan por los demás, se muestran amables, sensibles y cálidas ante necesidades ajenas.

Es notoria la diferencia sobre la participación que tienen las cuidadoras en cómo ven al resto de las personas y más ante dificultades.

C. AGRESIVIDAD



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,968 ^a	3	,047	,043
Razón de verosimilitud	9,906	3	,019	,031
Prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton	7,565			,049
N de casos válidos	34			

- En el **Grupo A:** 6 en puntuación “Media”, 5 en puntuación “Alta” y 6 en puntuación “Muy Alta”

Personas que se caracterizan por su irritabilidad, bajo control de impulsos, poca flexibilidad y tolerancia a la frustración.

- En el **Grupo B:** 4 en puntuación “Baja”; 8 en puntuación “Media”, 4 en puntuación “Alta” y 1 en puntuación “Muy Alta”

La mayoría de las ocasiones controlan sus impulsos, aunque en ocasiones puede que no lo logren y actúen de manera agresiva, sin embargo, usualmente se presentan calmadas, con habilidades parentales saludables y soluciones adecuadas a los conflictos que se presentan.

En este factor se contrasta la agresividad de los dos grupos. Donde se aprecia una diferencia, sin embargo, ningún grupo obtiene puntuaciones catalogadas como “Muy baja” y solo 4 de 34 cuidadoras obtuvieron una puntuación “Baja” que es lo que más se esperaría para el cuidado integral de un menor de edad.

DISCUSIÓN

Al contrastar los resultados de los dos grupos se encontró factores de primer y segundo orden significativamente estadísticos que reflejan un resultado positivo sobre la hipótesis propuesta inicialmente, es decir que las participantes del Grupo A, cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantenían procesos psicoterapéuticos, obtuvieron continuamente puntajes entre los rangos catalogados como “Muy bajo” / “Bajo” y en el factor de agresividad el rango promedio fue “Alto”. Lo contrario se esperaba del Grupo B, es decir puntuaciones medias o altas en la mayoría de los factores, lo cual se cumplió de igual manera.

A diferencia del primero grupo, las cuidadoras puntúan en agresividad como rango “Medio”, probablemente por un mejor manejo de la **tolerancia a la frustración** y alta **empatía** lo que permite que las participantes del segundo grupo identificar o tener conocimiento de sus emociones, por lo tanto, su conducta resulta favorable al aceptar aquellos comportamientos del niño/a o adolescente que no se ajustan a lo esperado por la madre. Muy distinto a lo que se aprecia en las cuidadoras con hijos/as que culminaron o mantenían procesos psicoterapéuticos.

Por otra parte, la **empatía**, uno de los factores primarios, llama la atención ya que se puede deducir que las cuidadoras del Grupo A tienen dificultades con la identificación de emociones y sentimientos en ellas y por lo tanto de los demás también. El bajo puntaje en empatía posiblemente se asocie con la baja comprensión a los menores en su responsabilidad.

Es la falta de reconocimiento de sus emociones y de tramitarlas lo que posiblemente llevan a desconocer del **cuidado afectivo** hacia los NNA se comparte con un estilo de crianza rígido donde las muestras de afecto son poco expresadas, mas bien lo que tiene importancia es la imposición de reglas y normas de comportamiento sin tomar en cuenta o conocer las necesidades de sus hijos.

Por esta razón el **cuidado responsable** de las participantes indica poca habilidad de respuesta cuando los NNA no se comportan de acuerdo con lo solicitado por la madre, usualmente la ausencia de **capacidad de resolución de problemas** no permite plantear alternativas de solución, esto conduce al castigo por incumplimiento debido a la casi nula **reflexividad** en estas participantes. Este factor puede intervenir de igual manera en la **sensibilidad hacia los demás** en conjunto con la escasa **empatía** y **asertividad** por esta razón pueden recurrir a prácticas y soluciones no adaptativas que terminan siendo agresivas para los/las menores. Por lo tanto, se explicaría la puntuación muy alta en el factor **Agresividad** del Grupo A.

La sensibilidad hacia los demás también es un factor fundamental en la crianza de los niños/as. Las cuidadoras que obtuvieron una puntuación “Muy baja” y “Baja” como señala el autor Ainsworth (1974) las participantes fallan o no consiguen leer e interpretar apropiadamente los estados emocionales del niño/a, de esta manera el cuidado poco sensible enseña a los/las menores que sus comunicaciones no son efectivas porque cuando solicitan atención la respuesta del cuidador/a es rechazarlo (Carbonell, 2013).

Además, las puntuaciones bajas en los factores de **Asertividad** y **Autoestima** posiblemente se asocien con dificultades para establecer límites con claridad, que son sumamente fundamentales para regular la conducta del niño/a en sus distintas etapas de desarrollo.

Según los resultados de la investigación se confirma lo expuesto por el autor (Losada, 2015) sobre presentar una falta de pertenencia, dificultades en la interdependencia, y claramente conflictos para solicitar y aceptar ayuda en el perfil de las madres del Grupo A, es mas se pudo apreciar que los niños/as llegaron al psicólogo/a no por iniciativa propia, sino por recomendación de la escuela o colegio según la encuesta complementaria a la evaluación.

De igual manera el **equilibrio emocional** bajo, se puede asociar con carente **capacidad de resolución de duelo** ya que es posible que se relacione no lograr resolver pérdidas de distintos tipos, ya que las emociones que surgen a partir de estos hechos suelen ser variados y si existe una falta de identificación y manejo emocional no se puede continuar con el proceso de duelo adecuado, esto conlleva una pérdida no resuelta que en un futuro puede presentar complicaciones tanto emocionales como físicas, que llegan a transmitirse hacia los demás en irritabilidad o preocupación excesiva.

Por otra parte, en las participantes del segundo grupo los factores que resaltan por una buena puntuación y que se relacionan con el conocimiento de las necesidades tanto físicas como emocionales de sus hijos, son los siguientes factores con puntuaciones medias: **autoestima, asertividad, empatía, cuidado afectivo y responsable.**

Adicionalmente, el buen manejo de la **tolerancia a la frustración, equilibrio emocional y reflexividad**, permiten resolver pérdidas de manera adaptativa lo cual se proyecta a su vez en la **capacidad para resolver problemas** que se pueden presentar con los NNA en su responsabilidad. De esta manera se concluye que las cuidadoras a pesar de encontrarse con dificultades en el desarrollo y la crianza de sus hijos/as cuentan con herramientas que posibilitan el **cuidado responsable y afectivo** de los mismos.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados se tiene como objetivo desde el área psicológica tomar en cuenta el estado emocional y conductual de las cuidadoras de niños/as y adolescentes que acuden a diferentes centros de atención psicológica, como son el Departamento de Consejería Estudiantil DECE en las escuelas y colegios, centros médicos generales y pediátricos, ya que son lugares donde llegan principalmente NNA con distintas dificultades que a pesar de que algunos presentan molestia físicas, puede que el fondo de aquella problemática se establezca a causa del estado psicológico de la cuidadora del niño/a o adolescente, es decir se haya somatizado el malestar psicológico.

De igual manera, se recomienda que las cuidadoras y su familia reciban información sobre el tema, psicoeducación y apoyo para satisfacer necesidades afectivas, sociales, psicológicas personales y encaminar el desarrollo de estas en sus hijos/as.

Mediante este estudio se pudo establecer una idea general de las posibles dificultades, carencias o habilidades de estos dos grupos de estudio para que los profesionales de la salud puedan tener presente en qué temas trabajar o qué áreas evaluar con más detenimiento, recordando que esta investigación visualiza generalmente los perfiles de los dos grupos de estudio, sin olvidar que cada persona es diferente y por la tanto se debe evaluar personalmente cada caso e incluir evaluaciones adicionales para de esta manera reunir más información acerca de la persona.

De igual manera promover la participación activa de las cuidadoras en la intervención terapéutica y de ser necesario recomendar un proceso personal.

Otras actividades que se recomienda son la realización de talleres de asesoría personal y/o encuentros grupales donde los padres compartan experiencias e intercambien estrategias de crianza adecuada para fomentar una salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes. Además, brindar un acompañamiento profesional para descubrir en qué pueden mejorar, que es lo que está faltando, qué habilidades tiene, cuales debe reforzar la cuidadora o cuidador y también conocer acerca del desarrollo del NNA para de esta manera realizar un trabajo en conjunto con la familia porque como hemos podido ver, el impacto del estado psicológico del cuidador recae sobre los NNA, y posiblemente ellas tuvieron una crianza igual y no conocen una realidad distinta que les permita realizar cambios significativos en la actualidad.

Las familias son el núcleo de la sociedad y por ello es importante generar y mantener salud mental desde los más pequeños, sin embargo nada se puede lograr si los adultos responsables están en un estado totalmente opuesto, desconocido, invisibilizado, por ello se recomienda crear espacios donde se pueda brindar contención emocional a estas familias que muchas veces no notan las dificultades que los hijos están presentando por problemas no resueltos en los adultos/as, por esta razón desde los centros educativos, centros psicológicos, centros médicos-pediátricos poner más énfasis y atención en la atención a padres y madres de familia, de esta manera se lleva a cabo un trabajo integral, focalizado y seguramente con resultados totalmente favorables.

El abordaje puede partir desde el factor de la **apertura** que es una de las fortalezas de este grupo de cuidadoras (A), al igual que dominan bastante bien el tema de la **sociabilidad** por lo que se puede partir de este componente en terapia psicológica para llegar a obtener mejores resultados y abordar desde las fortalezas de la persona. Ya que a pesar de que posiblemente tengan una actitud de apertura no se logra consolidar la conducta porque hay otros factores que intervienen y no permiten continuar.

Estos resultados también tienen el objetivo de informar a madres y padres de familia que si los adultos cuidan de sí mismos también cuidan mejor de sus hijos e hijas. Comprender que el aceptar, pedir y recibir ayuda personal y con su familia de parte de un profesional es totalmente aceptado a pesar de que aun exista ciertos mitos o creencias erróneas sobre la psicología y su asistencia.

Es decir, tener en cuenta la salud mental de las cuidadoras es fundamental para una crianza saludable física y emocional de los niños, niñas y adolescentes. De esta manera no se busca juzgar o descalificar a las familias que tienen a sus hijos/as en procesos psicoterapéuticos ya que es un primer paso para el cambio y rectificación de dificultades que han estado afectando al o la menor, simplemente se busca el protagonismo no solo de los NNA en terapia, sino también de los adultos/as responsables de ellos/as.

De igual manera se busca fortalecer los factores del Grupo B porque al obtener mejor puntuación que el primer grupo, no significa que son cuidadoras con perfiles de crianza y habilidades parentales totalmente correctas, simplemente han sabido manejar de distinta forma ciertas situaciones y han aprendido de manera distinta sobre sus emociones y pérdidas con diversas estrategias, han tenido posiblemente un ambiente distinto, favorable y saludable. Sin embargo, la agresividad también podría ser un factor de intervención y reducir su puntaje.

Finalmente se recomienda ampliar la muestra de la investigación para obtener resultados más precisos y concretos respecto al tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Abidin, R. (2010). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 407-412.
- Antón , J. M., Seguí Durán, J. D., & Antón Torre, L. (2016). Prevalencia de los trastornos psicológicos en edad pediátrica. Efecto del sexo y la edad. *Psicopatología y salud mental*, 33-40.
- Bermejo Cuadrillero, F., Estévez Hernández, I., García Medina, M. I., García Rubio Collado, E., Lapastora Navarro, M., Letamendía Buceta, P., . . . Velázquez de Castro González, F. (2014). *CUIDA Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores*. Madrid: TEA Ediciones.
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011). Control Parental y Problemas Emocionales y de Conducta en Adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 27-41.
- Carbonell, O. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la PRIMERA infancia. *Prensa Médica Latinoamericana* , 204.
- Clakins, S. (1998). Maternal Interactive Style across Contexts: Relations to Emotional, Behavioral and Psychological Regulation during Toddlerhood. *Blackwell Publishers*, 350-369.
- Delicado Useros, M. V., García Fernández, M. Á., López Moreno, B., & Martínez Sánchez, P. (2010). Cuidadoras informales: Una perspectiva de género. *Universidad de Castilla-La Mancha*, 3.
- García, M. I., Estévez, I., & Letamendía, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Scielo*, 32-59.
- Gómez Ramírez, R. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Revista Poiésis*, 104-118.
- Hidalgo, S. (2019). Influencia de la dinámica parental en niños de 7 a 10 años diagnosticados con TDAH.
- Janin, B. (2019). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico .
- López, C., Alcántara, M., Fernandez, V., & Castro, M. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 325-334.
- Losada, A. (2015). *Familia y psicología*. Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y., & Plá, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of developmental and Educational Psychology*, 511-519.
- Moya, M., & Pinos, G. (2019). Relación entre las habilidades parentales y el bajo rendimiento académico en una muestra de adolescentes. *Revista Scientific*, 112-126.
- OMS. (2011). *Adolescencia y salud mental*.
- Palacios, J., & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problemáticas de los adolescentes. *Ciencias sociales y humanidades*, 7-18.
- Rivera, R., Arias, W., & Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*.
- Robles, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa de entrenamiento para padres*. Santiago de Compostela.
- Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.
- Rodríguez, M., Barrio, V., & Carrasco, M. (2009). Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 51-60.
- Ruíz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., Viladrich, C., & Halley, M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, 45-57.