



**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
Programa de Doctorado de Ciencias Sociales

Evaluación del programa “Educar con una sonrisa”  
para el aumento de la salud mental y la satisfacción  
familiar en las figuras parentales

Autora:

Dña. Carmen Pérez Saussol

Directoras:

Dra. Dña. Ana María Giménez Gualdo

Dra. Dña. Josefa Antonia Antón Ruiz

Murcia, julio de 2021





**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
Programa de Doctorado de Ciencias Sociales

Evaluación del programa “Educar con una sonrisa”  
para el aumento de la salud mental y la satisfacción  
familiar en las figuras parentales

Autora:

Dña. Carmen Pérez Saussol

Directoras:

Dra. Dña. Ana María Giménez Gualdo

Dra. Dña. Josefa Antonia Antón Ruiz

Murcia, julio de 2021





**UCAM**

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

**AUTORIZACIÓN DE LO/S DIRECTOR/ES DE LA TESIS**  
**PARA SU PRESENTACIÓN**

La Dra. Dña. Ana M<sup>a</sup> Giménez Gualdo y la Dra. Dña. Josefa Antonia Antón Ruiz como directoras de la Tesis Doctoral titulada “Evaluación del programa “Educar con una sonrisa” para el aumento de la salud mental y la satisfacción familiar en las figuras parentales” realizada por Dña. Carmen Pérez Saussol en el Departamento de Ciencias Sociales, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al Real Decreto 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 28 de mayo de 2021.

Fdo. Dra. Dña. Ana M<sup>a</sup> Giménez Gualdo  
Directora

Fdo. Dra. Dña. Josefa A. Antón Ruiz  
Directora



## AGRADECIMIENTOS

Dedico en primer lugar mis agradecimientos a la secretaria del doctorado y en especial a Silvia Navarro, Ana Baella y Andrés Hernández porque sin ellos no hubiera sido posible realizar esta tesis. Asimismo, agradezco a Amada García y Lola Barnuevo haberme abierto las puertas de la investigación, a Marina Iniesta por acompañarme en una primera etapa, a Ángel Rosa Alcaraz por devolverme la ilusión por el proyecto, a Josefa Antonia Antón por sus aportaciones y a Ana María Giménez Gualdo por dotar de calidad, acogida y dirección el marco teórico de esta investigación.

También agradezco la dedicación de su tiempo a Susana Imbernón, Carmen Sánchez, Isabel Martínez, Roberto Valero Saussol, Daniel de Hoyo, Marga Andújar, Pilar Truchado, Miriam Campillo, M<sup>a</sup> del Mar Ruiz, Mary Ballesta y Laura Ruiz por haber dedicado su tiempo y, sobre todo, agradezco a Nuria Cándido su clarividencia, capacidad organizativa y acompañamiento hasta el último momento. A César Nebot, le dedico esta tesis y con ello, muestro mi reconocimiento, valoración, admiración y agradecimiento por la ayuda recibida en la investigación realizada, por haberme enseñado a ver más allá de referencias y datos, por creer en mi capacidad para crear nuevos modelos de intervención y por reconducirme en los momentos críticos durante la realización de este trabajo.

También quiero agradecer a mis padres Daniel Pérez y Francisca Saussol, y a M<sup>a</sup> Carmen Monzonís por el amor que me han transmitido hacia la Psicología, a la que dedico mi vida profesional, a M<sup>a</sup> Carmen Conesa por su apoyo incondicional y empuje en momentos de flaqueza, a M<sup>a</sup> Victoria Pérez por acompañarme en tantas noches de trabajo y a Javier Nicolás por ese último aliento. Asimismo, quiero agradecer su participación a todos los padres que realizaron el programa de entrenamiento, a mis alumnos, a mis amigos, a mis primos, a mis ahijadas, a mis compañeras de trabajo y a mis compañeros de promoción. Y en especial, con todo mi cariño, dedico mis horas de trabajo a mis tres hijos: Álvaro, Pablo y Guillermo, a los que agradezco su admiración hacia mi trabajo y la confirmación de que educar desde el sentido común y sin perder la sonrisa merezca la pena.



“El que vive en armonía consigo mismo vive en armonía  
con el universo”. Marco Aurelio.



## RESUMEN

La presente tesis dirigida a la evaluación del programa “Educar Con Una Sonrisa” (en adelante ECUS), centra su principal objetivo en la mejora de la salud mental de las figuras parentales y el aumento de la satisfacción familiar a través del entrenamiento en habilidades y dimensiones psicológicas. ECUS es un programa estructurado de intervención psicoeducativa dirigido a padres<sup>1</sup> e implementado en un formato grupal de entre cinco y diez participantes. Debido al carácter clínico que marca la intervención, es necesario que sea impartido por psicólogos expertos en psicología clínica y educativa. Este programa se encuentra encuadrado dentro de los criterios de calidad establecidos para la elaboración del Programa de Entrenamiento a Padres (en adelante PEP) en relación a su estructura, contenidos, número de sesiones y materiales utilizados.

Para la evaluación de su eficacia, se realizó un estudio dirigido desde la Universidad Católica de Murcia (UCAM) cuya metodología siguió los estándares exigidos por el método científico para el diseño y aplicación de programas de intervención. La muestra final estuvo formada por 68 padres residentes en la Región de Murcia, 55 madres con un rango de edad que osciló entre los 30 y los 48 años y 13 padres cuya edad oscilaba entre los 34 y los 53 años. El total de hijos entre todos los padres que asistieron al programa ascendió a 134, de los cuales el 61.19% eran niños y el 38.81% niñas. Las familias fueron reclutadas en una escuela infantil, dos colegios de educación primaria, una empresa privada y una clínica psicológica. Los criterios de inclusión establecidos fueron: (a) ser mayor de 18 años y (b) tener al menos un hijo con una edad comprendida entre los 0 y los 12 años. En cuanto a los criterios de exclusión se estableció que: (a) los padres no debían presentar ninguna dificultad que impidiera el entendimiento de los contenidos del programa ni el proceso de evaluación requerido, y (b) los padres no debían tener hijos con diagnósticos previos de retraso en el desarrollo, enfermedades crónicas o trastornos psicológicos.

La estructura definitiva del PEP ECUS quedó terminada en junio de 2016, realizando la implantación del programa y la recogida de datos entre marzo de 2017 y diciembre de 2017. Dicho programa consta de 3 módulos: (a) La salud de

---

<sup>1</sup> A lo largo del documento se utiliza el término “padres” como una categoría que recoge al colectivo de padres y de madres, conjuntamente.

los padres; (b) Habilidades de crianza y cambio de actitud; y (c) Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial de los hijos. Estos módulos quedan distribuidos en cuatro sesiones, incorporando dos más para la recogida de los datos requeridos para el estudio realizado, una pre-intervención y otra post-intervención. Las sesiones se establecieron bajo una metodología basada en la Psicoeducación, con una estructura organizada y secuenciada que permite su réplica. Al inicio del programa, se entrega el manual “Educar con una sonrisa” (Pérez-Saussol, 2015), material que permite recurrir al temario impartido en cualquier momento.

El estudio realizado se llevó a cabo bajo el modelo manipulativo-experimental utilizando un diseño cuasi-experimental de un solo grupo con medidas pretest y posttest. El muestreo aplicado fue de tipo no probabilístico incidental. Todos los padres completaron la batería de test establecida para la valoración de: (a) la sintomatología clínica, a través de la Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Antony et al., 1998); (b) la satisfacción familiar, mediante la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca y López-Yarto, 2017); y (c) el nivel de calidad de las habilidades y dimensiones psicológicas, para lo que se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2014). Los datos fueron codificados y analizados con el software estadístico IBM SPSS 21.0 y para la estimación del modelo *Partial Least Square* de ecuaciones estructurales se utilizó el software *SmartPLS* 3.2.8.

Los resultados obtenidos tras el estudio estadístico realizado han permitido constatar la eficacia del PEP ECUS para: (a) la mejora de la salud mental de las figuras parentales, confirmándose así la capacidad de este programa para la reducción de los niveles de ansiedad, depresión y estrés; (b) el aumento de la satisfacción familiar; y (c) el incremento de la calidad de las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con: altruismo, asertividad, flexibilidad, reflexividad, sociabilidad, independencia, capacidad de resolución de problemas, empatía, apertura, equilibrio emocional, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos y la capacidad de resolución del duelo (Bermejo et al. 2014). Asimismo, ha sido posible constatar un descenso en la tendencia a actuar de modo agresivo. Los resultados obtenidos avanzan en la misma línea de

Vergara-Barra (et al., 2020) hacia el fortalecimiento de las habilidades de crianza tras la asistencia a los PEP.

Debido al tamaño muestral del experimento, se han considerado umbrales de significatividad por encima del 5%, tal como señala Kim (2015). En consecuencia, el análisis e interpretación de los resultados obtenidos con el modelo de ecuaciones estructurales utilizado permite concluir: (a) que la reducción de la sensibilidad excesiva a situaciones externas al sistema familiar induce al aumento de la satisfacción familiar; (b) que el incremento del índice de calidad de las acciones parentales hacia el cuidado afectivo de los hijos, evidenciado por el aumento en los niveles de autoestima, equilibrio emocional y capacidad de establecer vínculos, genera un aumento en la satisfacción familiar; (c) que el aumento en los niveles de satisfacción familiar unido a la reducción de los niveles de agresividad, son factores clave para la mejora de la salud mental de los padres.

Este trabajo pretende contribuir con la comunidad científica hacia la certificación del reconocimiento de los PEP como herramientas de intervención psicológica cuya finalidad sea el aumento del bienestar psicológico y, como consecuencia de ello, la mejora de la salud mental parental.

**Palabras clave:** psicoeducación; ajuste psicosocial; satisfacción familiar; salud mental parental; habilidades de crianza.



## ABSTRACT

This thesis aimed at the evaluation of the *Educate with a smile* (onwards ECUS) program focus on increasing the mental health and family satisfaction in parental figures. This program follows a structured model of psycho-educational intervention aimed to parents and implemented as a group format from five to ten participants. Owing to the clinical considerations followed by the intervention, the program must be run by expert psychologists in clinical and educational psychology. It conforms to the quality criteria laid down for the development of Parent Training Program (onwards PTP) regarding its structure, content, number of sessions and materials used

For the assessment of its effectiveness a study was conducted, led from the Catholic University of Murcia (UCAM) whose methodology met the standards required by the scientific method for the design and implementation of intervention programs. The final sample was made up of 68 fathers living in the Region of Murcia, 55 mothers aged between 30 and 90 and 143 parents aged between 34 and 53. The total number of children, among all those parents who took part in the program was 134, out of which 61.19% were boys and 38.81% were girls. The families were recruited from two schools, two nurseries, a private company and a psychology centre. The established inclusion criteria were: (a) to be of legal age and (b) to have, at least, one dependent child aged between 0 and 12 years old. Regarding the exclusion criteria was agreed that: (a) parents could not show any limitation in terms of understanding and keeping up with the assessment and intervention process, and (b) no parents with children diagnosed with former chronic diseases, severe development delay or psychological disorders could take part.

The PTP ECUS structure was closed in June 2016, implementing the program and collecting data from March 2017 to December 2017. This program consists of 3 modules: (a) Parents' health; (b) Parenting skills and change of attitude; (c) Adaptation levels and children's psychosocial function. These modules are divided in four sessions to which two sessions were added in order to collect data, one of them pre-intervention and the other as post-intervention. The sessions were established according to a methodology based on psycho-education, with an organized and sequenced structure that allows its reply. At the

beginning, the participants are provided with the handbook *Educación con una sonrisa. Aprendamos a educar desde el sentido común* (Pérez-Saussol, 2015) which allows them to turn to the program syllabus at any time.

A study was carried out from the manipulative-experimental paradigm using a quasi-experimental design made up of just one group, with pre-test and post-test measures. The sampling framework used was a non-probabilistic incidental type. All parents completed the battery of tests established for the assessment of: (a) the clinical symptoms, by using the Abbreviated Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Antony et al., 1998); (b) the family satisfaction, following the Family Satisfaction by Adjectives Scale (FSAS) (Barraca y López-Yarto, 2017); and (c) the quality level of the skills and cognitive dimensions in relation to parenting, by using the Questionnaire for the Assessment of Adopters, Carers, Tutors and Mediators (CUIDA) (Bermejo et al., 2014). These data were encoded and analysed with the statistics software IBM SPSS 21.0. The SmartPLS 3.2.8 software, through Partial Least Square, has been used for the estimate of the structural equations modelling.

The results obtained after the statistical study carried out have confirmed the effectiveness of the PEP "Educate with a smile" for: (a) the improvement of the mental health of parents, thus confirming the ability of this program to reduce the levels of anxiety, depression and stress. These data coincide with those of Barlow and Coren (2018), authors who had already counted on the possibility of PTPs for the reduction of anxious symptomatology and stress; (b) the increase in family satisfaction, data that coincide with those of Platsidou and Tsirogiannidou (2016); and (c) the increase in the quality of skills and psychological dimensions related to: altruism, openness, assertiveness, problem-solving skills, empathy, emotional balance, independence, flexibility, reflexivity, sociability, frustration tolerance, bonding skills and the ability to resolve grief. Likewise, it has been possible to observe a decrease in the tendency to act aggressively. The results obtained follow the same line as Vergara-Barra et al. (2020) towards the strengthening of parenting skills after attending PTP.

Due to the sample size of the experiment, significance thresholds above 5% have been considered, as pointed out by Kim (2015). Consequently, the analysis and interpretation of the results obtained with the structural equation model used allows us to conclude: (a) that reducing excessive sensitivity to situations outside

the family system leads to increased family satisfaction; (b) that the increase in the quality index of parental actions towards the affective care of children, evidenced by the increase in the levels of self-esteem, emotional balance and ability to establish bonds; generates an increase in family satisfaction; (c) that the increase in the levels of family satisfaction together with the reduction in the levels of aggressiveness, are key factors for the improvement of the mental health of the parents.

The aim of this paper is to contribute to the scientific community towards the recognition of PTP as a psychological intervention tool whose purpose is to achieve an increase in psychological well-being and, as a consequence, an improvement in parental mental health.

**Key words:** psychoeducation; psychological adjustment; family satisfaction; parental mental health; parenting skills.



# ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ÍNDICE GENERAL	
SIGLAS Y ABREVIATURAS .....	25
ÍNDICE DE FIGURAS DE TABLAS Y DE ANEXOS .....	27
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	33
<b>CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL Y SU REPERCUSIÓN EN LAS FIGURAS PARENTALE</b> .....	41
1.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA SALUD MENTAL .....	41
1.2. EL TRASTORNO MENTAL Y SU PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA .....	46
1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y EL ESTRÉS .....	48
1.3.1. <i>Ansiedad</i> .....	51
1.3.2. <i>Depresión</i> .....	57
1.3.3. <i>Estrés</i> .....	63
1.4. SALUD MENTAL PARENTAL Y AJUSTE PSICOLÓGICO .....	71
1.5. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS PARENTALES MÁS FRECUENTES .....	74
1.5.1. <i>Ansiedad parental</i> .....	75
1.5.2. <i>Depresión parental</i> .....	76
1.5.3. <i>Estrés parental</i> .....	78
1.6. SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA .....	80
<b>CAPÍTULO II: SATISFACCIÓN FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE CRIANZA..</b>	85
2.1. SATISFACCIÓN FAMILIAR Y FACTORES PREDICTORES DETERMINANTES ....	85
2.1.1. <i>Consecuencias de la satisfacción familiar en el ajuste psicosocial de padres e hijos</i> ....	92

2.2. PRÁCTICAS DE CRIANZA Y FUNCIÓN PARENTAL .....	94
2.2.1. Descripción de las competencias, habilidades y factores psicológicos en relación con la crianza .....	108
2.2.1.1. Acciones parentales relacionadas con la implicación familiar .....	110
2.2.1.2. Acciones parentales relacionadas con la estabilidad emocional .....	112
2.2.1.3. Acciones parentales relacionadas con la disciplina familiar .....	115
<b>CAPÍTULO III: REVISIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES .....</b>	<b>123</b>
3.1. LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES (PEP) .....	123
3.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS PEP .....	125
3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS PEP SEGÚN SU APROXIMACIÓN TEÓRICA .....	128
3.3.1. PEP conductuales .....	129
3.3.1.1. PEP conductuales puros .....	133
3.3.1.2. PEP cognitivo-conductuales .....	134
3.3.1.2.1. PEP cognitivo-conductuales según su formato .....	136
3.3.2. PEP democráticos o basados en las relaciones interpersonales .....	139
3.3.3. PEP humanistas .....	140
3.3.4. PEP adlerianos .....	141
3.3.5. PEP mixtos .....	143
3.3.5.1. PEP mixtos conductuales-humanistas .....	143
3.4 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFICACIA DE LOS PEP .....	147
3.4.1. Eficacia en los PEP para los problemas de conducta .....	147
3.4.2. Eficacia de los PEP según su aproximación teórica .....	150
3.4.3. Eficacia de los PEP según los instrumentos de evaluación utilizados y su formato ..	152
3.4.4. Eficacia de los PEP según las variables moderadoras y permanencia en el tiempo ...	153
3.5. ACTUALIDAD DE LOS PEP .....	156
<b>CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>161</b>
4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA “EDUCAR CON UNA SONRISA” (ECUS) ...	161
4.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	164
4.2.1. Objetivo específico número uno e hipótesis asociadas .....	165
4.2.2. Objetivo específico número dos e hipótesis asociadas .....	167

4.2.3. <i>Objetivo específico número tres e hipótesis asociadas</i> .....	168
4.2.4. <i>Objetivo específico número cuatro e hipótesis asociadas</i> .....	169

## **CAPÍTULO V: PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ECUS** .....

5.1. LOS ORÍGENES DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ECUS .....	173
5.2. FORMATO DEL PROGRAMA Y POBLACIÓN OBJETIVO .....	174
5.3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA ECUS .....	174
5.4. ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA ECUS .....	175
5.4.1. <i>Primera sesión: Mejora del estado físico y psicológico</i> .....	177
5.4.2. <i>Segunda sesión: Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I</i> .....	186
5.4.3. <i>Tercera sesión: Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II</i> .....	195
5.4.4. <i>Cuarta sesión: Mejora del funcionamiento psicosocial del niño</i> .....	204

## **CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA** .....

6.1. PARTICIPANTES .....	215
6.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	220
6.2.1. <i>Cuestionario de Información sociodemográfica</i> .....	220
6.2.2. <i>Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)</i> .....	221
6.2.3. <i>Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)</i> .....	222
6.2.4. <i>Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA)</i> .....	222
6.3. VARIABLES UTILIZADAS .....	223
6.4. PROCEDIMIENTO .....	226
6.4.1. <i>Estudio piloto y revisión del protocolo de entrenamiento</i> .....	227
6.4.2. <i>Diseño de la investigación, reclutamiento y recogida de datos</i> .....	228
6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	229

## **CAPÍTULO VII: RESULTADOS** .....

7.1. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	235
7.2. RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS, SATISFACCIÓN FAMILIAR Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA CRIANZA .....	241
7.3. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA .....	243
7.3.1. <i>Adherencia al programa</i> .....	243
7.3.2. <i>Eficacia del programa ECUS para la mejora de variables clínicas</i> .....	243

7.3.3. <i>Eficacia del programa ECUS para la mejora de la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas</i> .....	244
7.4. EFECTO DE LOS NIVELES INICIALES EN VARIABLES CLÍNICAS, SATISFACCIÓN FAMILIAR Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA CRIANZA SOBRE LA PUNTUACIÓN DE CAMBIO TRAS LA RECEPCIÓN DEL PROGRAMA .....	247
7.5. MODELO EXPLICATIVO DEL EFECTO DEL PROGRAMA .....	256
<b>CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN</b> .....	265
8.1. RELACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA (ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS), LA SATISFACCIÓN FAMILIAR Y LAS HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS .....	265
8.1.1. <i>Relación entre las variables sociodemográficas y las variables clínicas: Ansiedad, Depresión y Estrés</i> .....	266
8.1.2. <i>Relación entre las variables sociodemográficas y la variable Satisfacción Familiar</i> .....	270
8.1.3. <i>Relación entre las variables sociodemográficas y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza</i> .....	273
8.1.4. <i>Relación entre las variables las clínicas y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza</i> .....	277
8.2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PEP ECUS PARA LA REDUCCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y EL AUMENTO DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR Y DE HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS .....	281
8.2.1. <i>Eficacia del programa ECUS para la reducción de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés</i> .....	281
8.2.2. <i>Eficacia del programa ECUS para el aumento de la satisfacción familiar</i> .....	282
8.2.3. <i>Eficacia del programa ECUS para el aumento de habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza</i> .....	282
8.3. INFLUENCIA DEL PROGRAMA ECUS SOBRE LOS NIVELES INICIALES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA, SATISFACCIÓN FAMILIAR, Y HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS .....	284
8.3.1. <i>Influencia en la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés tras la implementación del programa ECUS</i> .....	284
8.3.2. <i>Influencia en los niveles iniciales de satisfacción familiar tras la implementación del programa ECUS</i> .....	284

8.3.3. <i>Influencia en los niveles iniciales de las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza tras la implementación del programa ECUS</i> .....	285
8.4. FORMULACIÓN DE UN MODELO ESTRUCTURAL QUE RELACIONA LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LAS HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS, EN LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y SATISFACCIÓN FAMILIAR.....	286
<b>CAPÍTULO IX: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	291
9.1. CONCLUSIONES .....	291
9.2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	294
<b>CAPÍTULO X: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	299
<b>CAPÍTULO XI: ANEXOS</b> .....	363



## SIGLAS Y ABREVIATURAS

ABCD	“Parenting Young Adolescent Program”
APA	Asociación Estadounidense de Psicología
CARM	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
CIE	Clasificación Internacional de enfermedades
CIFFTA	“Culturally Informed and Flexible Family Based Treatment for Adolescents”
CREM	Centro Regional de estadística de Murcia
CUIDA	Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores
COVID	“Coronavirus disease”
DASS	Escala de depresión, ansiedad y estrés
DASS-21	Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés abreviada
DPP	Depresión post parto
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ECUS	“Educar con una sonrisa”
EMDR	Desensibilización y Reprocesamiento de Movimientos Oculares
EMT	Estimulación Magnética Transcraneal
ESFA	Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos
FCU	“Family Check-up”
ICPS	“Raising a Thinking Child: I Can Problem Solve”
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISRS	Inhibidores Selectivos de Recaptura de la Serotonina
IYTP	“Incredible Years Parent Training”
NIMH	“National Institute of Mental Health”
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACS	“Parent and Children Series”
PEP	Programa de Entrenamiento a Padres
PET	“Parent Effectiveness Training”
PFS	“Positive Family Support”
PLS	“Partial Least Squares”
PLS-SEM	“Partial Least Squares” de ecuaciones estructurales
PP/PWS	“Parents Plus– Parenting When Separated”

PP/WTOP	“Parents Plus - Working Things Out Program”
PW	“Parenting Wisely”
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
STEP	“Systematic Training for Effective Parenting”
TAC	Terapia de Aceptación y Compromiso
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TDA	Trastorno De Atención
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEC	Terapia electroconvulsiva
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
WMH	“World Mental Health”

## ÍNDICE DE FIGURAS, DE TABLAS Y DE ANEXOS

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	“TY Intervention Programs” (Webstern-Stratton y Reid, 2017, p. 124).....	145
Figura 2	Modelo explicativo propuesto para el proceso de crianza desadaptativo.....	162
Figura 3	Ejemplo del ejercicio “Tengo que”.....	183
Figura 4	Esquema para la resolución de problemas.....	184
Figura 5	Diagramas de dispersión de las rectas de regresión simple para el cambio en las variables clínicas en función de su puntuación pretest.....	249
Figura 6	Diagrama de dispersión de la recta de regresión simple para el cambio en satisfacción familiar en función de su puntuación pretest.....	250
Figura 7	Diagramas de dispersión de las rectas de regresión simple para el cambio en las variables relacionadas con la crianza en función de su puntuación pretest.....	253
Figura 8	Estructura factorial de factores de segundo orden del Cuida (CUIDA; Bermejo et al., 2014).....	258
Figura 9	Estructura reducida del modelo Estructural PLS-SEM.....	259
Figura 10	Diagrama del modelo estructural explicativo de los efectos del programa.....	260
Figura 11	Valores alpha de Cronbach para cada una de las variables latentes incluidas en el modelo.....	261

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Comparación internacional de la prevalencia de los TM en los últimos 12 meses según los estudios incluidos en “ <i>World Mental Health –WMH-Survey Initiative</i> ” (Gerencia regional de salud mental, 2018, p. 48).....81
Tabla 2	Guía rápida de características de los modelos o estilos educativos...97
Tabla 3	Síntesis de comportamientos infantiles asociados a estilos parentales (Torío et al., 2008b).....98
Tabla 4	Variables que constituyen las habilidades parentales de las escalas primarias del CUIDA de Bermejo et al. (2014).....106
Tabla 5	Estructura general del programa ECUS.....176
Tabla 6	Estrategias y documentos trabajados en la sesión 1 del módulo 1.....186
Tabla 7	Estrategias, principios y documentos trabajados en la sesión 2 del módulo 2.....195
Tabla 8	Estrategias, características de autoridad y documentos trabajados en la sesión 3 del módulo 2.....203
Tabla 9	Estrategias, principios y documentos trabajados en la sesión 4 del módulo 3.....210
Tabla 10	Estructura completa del PEP ECUS .....211
Tabla 11	Características descriptivas de los padres de la muestra.....216
Tabla 12	Características descriptivas de los hijos de la muestra.....218
Tabla 13	Características descriptivas de las familias de la muestra.....219
Tabla 14	Resultados del estudio piloto.....226
Tabla 15	Resultados de la prueba de <i>Kolmogórov-Smirnov</i> para la comprobación del supuesto de normalidad de las variables.....228
Tabla 16	Resultados de las pruebas <i>U de Mann-Whitney</i> para el análisis de la relación entre las características dicotómicas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza.....236

Tabla 17	Resultados test ( <i>Kruskal-Wallis</i> ) de la relación entre las características politómicas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza.....238
Tabla 18	Índices de correlación <i>Spearman-Brown</i> entre características cuantitativas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza.....240
Tabla 19	Índices de correlación <i>Spearman-Brown</i> entre las variables relacionadas con la crianza, las variables clínicas y la satisfacción familiar.....241
Tabla 20	Resultados de los Test de <i>Wilcoxon</i> para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables clínicas.....244
Tabla 21	Resultados del Test de <i>Wilcoxon</i> para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en satisfacción familiar.....245
Tabla 22	Resultados del Test de <i>Wilcoxon</i> para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables en relación con la crianza....246
Tabla 23	Estimación de los coeficientes de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación de los modelos de regresión simple para el cambio en las variables clínicas según en función de su puntuación pretest.....248
Tabla 24	Estimación del coeficiente de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación del modelo de regresión simple para el cambio en satisfacción familiar en función de su puntuación pretest.....250
Tabla 25	Estimación de los coeficientes de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación de los modelos de regresión simple para el cambio en las variables relacionadas con la crianza en función de su puntuación pretest.....251

**ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1	DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADOS CON LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS DOCTORAL.....	361
ANEXO 2	HOJA INFORMATIVA ENTREGADA A LOS PADRES SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	363
ANEXO 3	DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PADRES Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES.....	365
ANEXO 4	CUADERNO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN ENTREGADO A LOS PADRES.....	366
ANEXO 5	CUESTIONARIO DE SALUD PARA PADRES ENTREGADO EN EL PEP ECUS.....	369
ANEXO 6	CLAVES DE MEJORA PARA PADRES ENTREGADO EN EL PEP ECUS.....	370
ANEXO 7	PRINCIPIOS DE CRIANZA EFECTIVA ENTREGADO EN EL PEP ECUS .....	371
ANEXO 8	CARACTERÍSTICAS DE AUTORIDAD ENTREGADO EN EL PEP ECUS.....	372
ANEXO 9	NIVELES DE ADAPTACIÓN DE LOS NIÑOS ENTREGADO EN EL PEP ECUS.....	374
ANEXO 10	ARTÍCULO EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR.....	375

# INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

La sociedad actual reclama una mayor atención hacia la salud mental de su población, demandando un aumento de programas sobre la promoción del bienestar psicológico y una mayor eficacia de los procesos de tratamiento. Los últimos datos revisados estiman que, tanto en la población española como en la europea, más del 25% de sus habitantes, sufrirá a lo largo de su vida algún tipo de problema relacionado con un trastorno mental (Henares et al. 2020). Es en este contexto de necesidad de colaboración entre los distintos colectivos relacionados con la salud y el bienestar, de donde parte el objetivo principal de la presente tesis. Desde el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un llamamiento a la promoción de la salud mental, incidiendo en la importancia de crear actividades que posibiliten el desarrollo psicológico y psicofisiológico de las personas, sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables.

Esta investigación se ha centrado en ayudar a las parentales<sup>2</sup> a mejorar su estado de bienestar psicológico, consiguiendo no solo aumentar su salud mental, sino también incidir en la salud de sus hijos, ya que los padres son las personas de mayor influencia en su ajuste psicológico, social y afectivo (Losada et al., 2019). Se ha confirmado que, las actitudes y comportamientos de los padres durante la crianza pueden ser un factor determinante de la aparición de problemas psicológicos o bien, un factor protector de su salud mental (Leijdesdorff et al., 2017; Pérez y Santelices, 2017). A lo largo de la literatura científica, la investigación se ha centrado principalmente en el niño como protagonista, trabajando con el grupo familiar como un elemento de influencia, dado el rol referencial de identidad que representa para el menor (Tapia, 2017). En la presente tesis, se pretende colaborar en la ampliación de información científica sobre la influencia de la salud mental, la satisfacción familiar y el aumento de los niveles de calidad de las habilidades parentales sobre las prácticas de crianza,

---

<sup>2</sup>A lo largo del documento se utiliza el término “**parental**” para hacer referencia al rol, la responsabilidad o las acciones que realizan los padres y las madres en relación a sus hijos.

desde una nueva perspectiva, en la que el objetivo principal de estudio es el bienestar de los padres, factor principal del ajuste psicosocial de los niños.

El trabajo que se presenta a continuación se inicia a partir del establecimiento de un modelo explicativo sobre el desgaste en el estado de salud mental de los padres durante la etapa de crianza. Dicho desgaste tendría su origen en la falta de modelos de referencia, la existencia de falsas expectativas, la inseguridad en el establecimiento de límites, el despertar de emociones negativas relacionadas con la culpa, el exceso de autoexigencia y la falta de atención a las necesidades físicas, afectivo-relacionales e intelectuales. La herramienta utilizada para esta intervención es un programa de entrenamiento a padres (en adelante PEP) llevado a cabo a través de la Psicoeducación, una estrategia de intervención que reúne conocimientos extraídos de la Psicología y de la Educación, utilizando la modificación cognitivo-conductual y la instrucción en el aprendizaje de habilidades parentales y actitudes positivas como elementos básicos en su metodología.

El PEP elegido para este estudio es el denominado "Educar con una sonrisa" (ECUS), un programa que nace fruto de años de trabajo con niños, profesores y padres, a través de consultas clínicas y terapias familiares. En el año 2001 se desarrolla la primera versión de este programa con unos resultados esperanzadores en la práctica clínica. A lo largo del año 2010, el contenido consiguió adquirir una estructura propia de las escuelas de padres de esa época. En el año 2015, tras la publicación del libro *Educar con una sonrisa. Aprendamos a educar desde el sentido común* (Pérez-Saussol, 2015), esta formación pasa a convertirse en un PEP tras ser consolidado bajo un modelo estructurado de intervención terapéutica orientado a padres e impartido en formato grupal, para la mejora de la salud mental, el aumento de la satisfacción familiar y la instrucción en habilidades de crianza. Tras dos décadas de experiencias clínicas, se decidió realizar una investigación que permitiese evaluar la eficacia del PEP ECUS.

La presente tesis sigue la siguiente estructura: fundamentación teórica, marco metodológico, presentación de resultados, discusión y conclusiones. La primera parte provee de fundamento y soporte científico a la investigación realizada en relación con los cuatro conceptos que sirven de eje para la evaluación de la eficacia del PEP presentado: la salud mental, la satisfacción familiar, las

habilidades de crianza y los programas de entrenamiento. En el capítulo 1, se recoge la delimitación conceptual y el desarrollo teórico del concepto salud mental y de los trastornos asociados a la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés, detallando su incidencia sobre las figuras parentales con relación a la intervención realizada con sus hijos durante los años de crianza. A lo largo del capítulo 2, se realiza una exposición teórica sobre la satisfacción familiar y las prácticas de crianza. En el capítulo 3, se procede a una descripción teórica de los PEP exponiendo las clasificaciones realizadas según su aproximación teórica, el tipo de formato elegido y la eficacia alcanzada.

La segunda parte de la tesis corresponde al marco metodológico establecido para la evaluación de la eficacia del PEP ECUS, un programa elaborado bajo un modelo estructurado de intervención terapéutica, orientado a padres e impartido en formato grupal. En este apartado se engloban los capítulos 4, 5, 6 y 7. En el capítulo 4, se recogen los objetivos e hipótesis establecidas para evaluar la eficacia del programa en la mejora de la salud mental, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas de las figuras parentales. Además, se abordan cuatro objetivos complementarios: (a) analizar la relación existente entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los padres, la satisfacción familiar, las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza y las variables sociodemográficas; (b) comprobar la eficacia del PEP ECUS para la reducción de la sintomatología clínica de los padres, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza; (c) comprobar la influencia de los niveles iniciales de sintomatología clínica de los padres, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza sobre la puntuación de cambio tras la recepción del programa; y (d) formular un modelo explicativo de los efectos del programa para comprobar si el cambio en las habilidades y dimensiones psicológicas de crianza deriva en la mejora de la sintomatología clínica y la satisfacción familiar.

El capítulo 5 ajusta su contenido a los orígenes, formato, objetivos y estructura del PEP ECUS, incluyendo una descripción minuciosa de su estructura, dinámicas, recursos y materiales utilizados. El capítulo 6 presenta los aspectos metodológicos de la investigación, detallando las características particulares de la muestra, los instrumentos elegidos para la recogida de datos, las variables

seleccionadas para la realización del estudio y el procedimiento empleado para el diseño de investigación. Asimismo, se incluye una descripción de la elaboración y ejecución del estudio piloto realizado. Como se podrá leer a lo largo de este capítulo, la investigación que se presenta fue llevada a cabo en la Región de Murcia a través de la implantación del PEP ECUS a 14 grupos, en los que participaron un total de 98 padres, de los cuales, 68 individuos conformaron la muestra final del estudio, con un número total de hijos de 134. El diseño elegido fue cuasi-experimental de grupo único de tipo no probabilístico incidental. Los datos del estudio se obtuvieron a través de una batería de test administrada antes y después del PEP, la cual estuvo compuesta por: (a) un Cuestionario de Información sociodemográfica; (b) la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Antony et al., 1998); (c) la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca y López-Yarto, 2017); y (d) el Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2014). Para descartar relaciones existentes entre la sintomatología clínica de los padres, la satisfacción familiar, las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza y las variables sociodemográficas no asociadas a los efectos del propio programa de entrenamiento, se llevaron a cabo pruebas *U de Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* y el coeficiente de correlación de *Spearman-Brown*. A su vez, para analizar la eficacia del PEP, se realizaron *test Wilcoxon* entre las puntuaciones pretest y posttest obtenidas en las variables clínicas, la satisfacción familiar y las habilidades asociadas a la crianza.

La tercera parte expone los resultados, discusión, conclusiones, limitaciones y futuras líneas de investigación, todo ello reflejado en los capítulos 7, 8 y 9. Las conclusiones obtenidas permiten determinar que el programa ECUS es un modelo estructurado viable que se ajusta a las pautas marcadas por Kazdin (2001), Gould y Richardson (2006) sobre los requerimientos que deben cumplir los PEP, en los cuales se indica que, dentro de sus contenidos, un PEP debe contener: la detección y supervisión de comportamientos, el refuerzo positivo, la comunicación adecuada, la instrucción en disciplina, los principios del aprendizaje social, el afrontamiento de emociones, la resolución de conflictos, la capacidad de trasladar lo aprendido a otros contextos, motivación y mejora de la calidad de las relaciones. A su vez, estas directrices marcan la necesidad de utilizar como

recursos metodológicos: los ensayos conductuales y la entrega de un manual de referencia que recoja el contenido del programa.

La evaluación de resultados obtenida tras el análisis de datos realizado, permite constatar la eficacia del PEP ECUS para la mejora de la sintomatología clínica de los padres, conclusiones que concuerdan con las alcanzadas por Barlow y Coren (2018), autores que consiguieron confirmar la efectividad de los PEP para el aumento del bienestar psicosocial de los padres. Asimismo, en la presente investigación, se obtuvo un aumento de la satisfacción familiar en las figuras parentales, resultados que corroboran a los alcanzados por Gomez-Gutierrez (2018), al demostrar que los PEP fortalecen el rol parental y aumentan su bienestar. Por último, se ha podido constatar que el programa ECUS eleva la calidad de las habilidades y dimensiones psicológicas, resultados que concuerdan con la revisión sistemática realizada por Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017). Los resultados obtenidos han constatado mejoras estadísticamente significativas en las tres dimensiones establecidas en la investigación: variables clínicas, satisfacción familiar y habilidades y dimensiones psicológicas.

Una vez contrastada la eficacia del programa, se procede a formular un modelo estructural entre las habilidades de crianza y las variables clínicas, siguiendo el modelo teórico de Bermejo et al. (2014) y realizando su estimación mediante la metodología *Partial Least Square* (PLS). Los resultados alcanzados avalaron que el PEP ECUS ayuda a mejorar la sintomatología clínica y la satisfacción familiar a través de un mayor dominio de las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza.

El trabajo que se presenta a continuación contribuye al aumento en el número de investigaciones que validan la utilización de los PEP para la mejora de la salud mental, un tipo de intervención que se hace aún más necesaria tras las alteraciones en los modos de convivencia que originados a raíz de la COVID-19, y cuyo objetivo radica en ayudar a los padres a minimizar el impacto psicológico que puede llegar a causar la crianza desadaptativa.



**CAPÍTULO I**  
**LA SALUD MENTAL Y SU**  
**REPERCUSIÓN EN LAS**  
**FIGURAS PARENTALES**



## CAPÍTULO I – LA SALUD MENTAL Y SU REPERCUSIÓN EN LAS FIGURAS PARENTALES

### 1.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA SALUD MENTAL

El término salud ha sufrido en su definición numerosas matizaciones a lo largo de su aparición en la literatura científica, influenciada por la cultura que ha imperado en cada momento histórico (Herrero, 2016). Etimológicamente, salud proviene del latín *salus*, término que recoge el estado en que un organismo ejerce con normalidad todas sus funciones (Davini et al., 1978). Desde los inicios de su estudio, Lalonde (1981) relacionó el término salud con estados de la propia genética de la persona, el medio ambiente que la rodeaba, los estilos de vida y el bienestar sanitario. En relación con su definición, Duncan y Maceiras (2001) en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, indicaron que esta no se reduce únicamente al área sanitaria sino al conjunto del bienestar físico, mental y social. Para estos autores, la salud es un concepto positivo que se refuerza a partir de recursos sociales, personales y aptitudes físicas. Así mismo, asumen la importancia de poseer competencias relacionadas con la identificación de necesidades, la satisfacción y la adaptación al medio en el que se encuentra una persona. En la misma línea, Carrazana (2003) sostiene que la salud no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad, incluyendo cómo factores responsables del deterioro del bienestar a aquellos de origen biológico, económico, social, político y ambiental. Esta diversidad de agentes ha generado, como se verá a lo largo de este capítulo, polémica respecto a su conceptualización. Para facilitar la comprensión global del término salud mental, este autor realiza una recopilación de descripciones desde distintos enfoques:

- ◆ Desde la Psicología, la salud mental es considerada como el estado de bienestar en el que una persona se encuentra adaptada, se siente satisfecha con su vida y está en un proceso de desarrollo de capacidades y potencialidades. Para esta disciplina, la salud mental se considera un estado positivo y no la mera ausencia de trastorno mental.

- ◆ Tradicionalmente, la Medicina concibe la salud mental para referirse a la ausencia de enfermedad mental.
- ◆ Desde la Psiquiatría, la salud mental se ha descrito como el estado de adaptación y equilibrio que permite al individuo interactuar con el medio de manera creativa, consiguiendo su propio desarrollo y bienestar personal e influyendo de manera beneficiosa en el ambiente social que le rodea.

En 2014, la Organización Mundial de la Salud –en adelante OMS- definió el concepto de salud como un “estado completo de bienestar, refiriéndose a tres tipos de salud: la física, la relacional y la afectiva, y no solamente a la ausencia de enfermedad” (p. 1). En este contexto, la salud mental fue descrita como aquel estado de bienestar en el cual una persona conoce sus capacidades, afronta las dificultades habituales de la vida, trabaja de manera fructífera y productiva, y es capaz de contribuir con la comunidad en la que habita (Duncan y Maceiras, 2001; Stolkiner y Ardila, 2012).

Fue en la década de los 50 cuando el Comité de expertos convocados por la administración de salud pública de la OMS diferenció entre el concepto de salud mental y el de higiene mental. Históricamente, el término higiene mental fue divulgado por el psiquiatra estadounidense Clifford W. Beers en 1908 para denominar aquellas actividades y técnicas orientadas a fomentar la salud mental entre la población. Por otro lado, el término salud mental ha sido asociado a la competencia del ser humano que lo provee de la capacidad para mantener relaciones armoniosas, gestionar instintos y participar en cambios constructivos para la mejora del entorno social y físico que lo rodea (Mulberger et al., 2015), como también presenta un modo de pensar compasivo y utiliza recursos eficaces para afrontar las dificultades (Díaz, et al., 2007). En la actualidad el concepto salud mental sigue utilizándose para designar el estado del individuo que recoge la dimensión mental dentro del concepto amplio de salud. La psiquiatría también suele hacer uso de este término para denominar el estado de salud mental de grupos de población, comunidades o sociedades. Sin embargo, y de manera errónea, en ocasiones es empleado como sinónimo de Psiquiatría (Bertolote, 2008).

En los años 70 surge la Psicología de la Salud y con ella el reconocimiento de unidad y colaboración entre la Psicología y la Medicina (Preciado-Duarte et al., 2018), favoreciendo la ampliación de la definición del término salud y afianzando su relación con la Psicología. Hasta la fecha, resulta difícil encontrar una definición específica de “salud psicológica” en la literatura científica debido principalmente a tres razones. En primer lugar, se ha abusado de una utilización generalizada del término salud psicológica sin una especificación precisa del término, realidad que comparte con el concepto “bienestar psicológico”, llegando ambos conceptos a ser utilizados indistintamente (Portolés-Ariño y González-Fernández, 2015). En segundo lugar, se considera frecuente la definición de “salud psicológica” únicamente a través de la descripción de variables que la deterioran. Este hecho ha sido provocado por el enfoque tradicional de la Psicología, la cual ha centrado su esfuerzo clínico y científico en factores relacionados con el alivio del malestar psicológico (Laca-Arocena et al., 2006) más que en aquellos relacionados con el área de la salud (Taylor et al., 2000). Echeburúa et al. (2016) y García y Bonilla-Algovia (2020) utilizaron esta forma de proceder en sus artículos, al describir la salud psicológica a través de la enumeración del daño causado por las experiencias violentas vividas y el deterioro originado por síntomas clínicos vinculados a la ansiedad y el estrés. La tercera y última razón, hace mención a la asignación del título salud psicológica a variables relacionadas con el estado psicológico de una persona. Gracia et al. (2006), en su estudio describieron la variable salud psicológica a través de tres indicadores: el conflicto familia-trabajo, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico.

Este ambiente de confusión ha sido contrarrestado por diversas intervenciones que han favorecido la definición de salud psicológica entre las que destacan: (a) los esfuerzos realizados por la Psicología positiva sobre la definición de bienestar humano (Seligman y Csikszentmihalyi 2015); (b) el uso del concepto “fortalezas psicológicas” en diferentes estudios como instrumentos de medida del bienestar (Diener et al., 2009); y (c) la relevancia adquirida por los estados psicológicos positivos como parte del estado de salud y posible detonantes de patologías clínicas (Vázquez et al., 2009). Finalmente, Ramírez-Reyes (2019) establece una delimitación conceptual entre los términos “salud mental” y “salud

psicológica”, orientando el primer concepto en una dirección psiquiátrica y el término “salud psicológica” hacia una salud de tipo relacional cerrando así la confusión entre ambos conceptos.

En base a los estudios anteriores, la salud mental quedó vinculada al bienestar psicológico, término que adquirió una mayor relevancia a raíz de los estudios de Diener (1984), cuyas conclusiones abrieron una nueva perspectiva sobre éste, al dotarlo de un carácter subjetivo. Estos estudios fueron apoyados más adelante por Seligman (1992) en sus investigaciones sobre el optimismo aprendido, por Diener (1999), al relacionar el concepto de bienestar con la satisfacción y por Kahneman (2003) al recogerlo en su estudio sobre la felicidad. Todos estos conceptos, conectados con el bienestar, favorecieron una nueva dirección en la investigación hacia el conocimiento de la salud mental estableciéndose dos líneas fundamentales de estudio: una dirigida a delimitar la definición de estos conceptos y otra centrada en la búsqueda de las causas que lo generan (McMahon, 2006).

El concepto bienestar, como se ha indicado anteriormente, se sustenta bajo una base subjetiva y ha sido utilizado indistintamente para referirse al bienestar físico, psicológico y afectivo del ser humano. Estos hechos han provocado dificultades a nivel científico debido tanto a la fragmentación del término como al establecimiento de baremos de medidas objetivas (Veenhoven, 1994). El carácter subjetivo del bienestar ha originado que la felicidad, las emociones o la satisfacción sean considerados conceptos abstractos de difícil delimitación (Diener, 1999). Yasuko (2005) concluyó que la satisfacción personal consiste en una evaluación cognitiva determinada por la calidad de las experiencias vividas. Anteriormente, en esta misma dirección, Taylor et al. (2000) conceptualizaron la satisfacción personal como una herramienta capaz de modificar la visión del futuro hacia el optimismo. Recientemente, el bienestar ha sido descrito con precisión, estableciéndose como el balance global que una persona realiza sobre su vida a partir de variables relacionadas con sus competencias, oportunidades, relaciones y aptitudes personales (Montenegro et al., 2017).

El bienestar ha sido históricamente asociado a la satisfacción y la satisfacción conectado con la felicidad. Alarcón (2008) definió la felicidad como un estado afectivo y subjetivo de satisfacción plena que experimenta un

individuo. A pesar de la aparente dificultad para baremar, los cálculos que se llevaron a cabo en la medición de la felicidad fueron realizados a través del número de decisiones acertadas que una persona toma a lo largo de la vida (Ramírez-Gañán et al., 2020). Anteriormente, para medir el grado de felicidad se contabilizaba el número de objetivos alcanzados hasta ese momento (Montorio-Cerrato y Fernández-de Troconiz, 1992). Tradicionalmente, la felicidad ha sido utilizada como sinónimo de bienestar psicológico ya que ambos términos están asociados con la sensación de una vida satisfactoria y bien aprovechada (Ryff y Keyes, 1995; Ryff et al., 2004).

El bienestar psicológico, denominado por algunos autores como “bienestar eudamónico”, basa su descripción en el desarrollo del potencial humano, mientras que el “bienestar hedónico” ha sido asociado a la felicidad, entendida como la capacidad de vivir de forma plena (Ryan y Deci, 2001). Díaz et al. (2007) sostenían en sus estudios que la felicidad era un concepto subjetivo relacionado con la parte afectiva del ser humano, mientras que el “bienestar eudamónico” estaba asociado a lo concerniente al crecimiento personal. Como precedente, Ryff (1989a, b) había construido un modelo multidimensional que tuvo una gran influencia en investigaciones posteriores. En su estudio se describió el bienestar psicológico bajo seis dimensiones:

- ◆ *Autoaceptación*: estado en el que la persona se siente bien consigo misma, siendo conscientes de sus limitaciones.
- ◆ *Relaciones positivas con otras personas*: estado en el que se es capaz de desarrollar y mantener relaciones cálidas con los demás.
- ◆ *Autonomía*: estado marcado por el sentido de la individualidad y de la libertad personal.
- ◆ *Dominio del entorno*: estado en el que un individuo es capaz de dar forma al medio para conseguir satisfacer sus propias necesidades y deseos.
- ◆ *Propósito en la vida*: estado resultante de haber encontrado un propósito en la vida que unifica los esfuerzos y los retos.
- ◆ *Crecimiento personal*: estado en el que se mantienen dinámicas de aprendizaje y de desarrollo continuo de capacidades.

Estas dimensiones continúan siendo utilizadas a nivel científico como instrumento de cuantificación de la salud de una persona. Vázquez et al. (2009) concluyeron en su estudio que las dimensiones de Ryff (1989a) relacionadas con la autonomía, el control ambiental y las relaciones positivas con los otros, eran capaces de predecir mejoras en la salud y el aumento de la satisfacción vital. Recientemente, Sandoval-Barrientos et al. (2017) han adoptado el modelo multidimensional de bienestar psicológico de este autor junto a la teoría del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. También Mateo-Canedo et al. (2019) asocian el bienestar psicológico a tres variables: la adquisición de hábitos de vida saludable, la existencia de un perfil de personalidad positiva y la ausencia de síntomas clínicos relevantes. Esta última variable viene adquiriendo un interés creciente en las últimas décadas debido al aumento de estudios sobre el diagnóstico clínico en relación con la incidencia de la sintomatología clínica sobre la salud (Lumbreras y Hernández-Aguado, 2008), descripción que detallamos a continuación a través de la definición, clasificación e incidencia de los trastornos mentales.

## 1.2. EL TRASTORNO MENTAL Y SU PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

El término “trastorno mental” ha sido definido como un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que provoca malestar emocional o físico capaz de generar un deterioro en el funcionamiento cotidiano (Valencia-Collazos, 2007), hecho que puede llevar a limitar la libertad, provocar conductas de riesgo e incluso muerte prematura de la persona que lo padece (Echeburúa et al., 2014). Campo-Arias y Miranda (2008) realizaron una descripción de los trastornos mentales como entidades clínicas de inicio generalmente fechado en la adolescencia y en la adultez temprana. Estas personas suelen tener episodios recurrentes a lo largo de su vida provocando deterioro en sus quehaceres cotidianos.

Actualmente, ha aumentado el número de demandas de atención psiquiátrica y psicológica relacionada con los trastornos mentales y con la sintomatología que rodea a este tipo de patologías, rasgos clínicos que, sin llegar a cumplir todos los criterios de diagnóstico, provocan sufrimiento e insatisfacción

en los pacientes que las presentan (Echeburúa et al., 2014). Los últimos datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (Basterra, 2017) señalan que el 21.3% de la población adulta presenta problemas de tipo mental. En las dos últimas décadas se ha constatado que una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de patologías de origen mental y que el 40% de la población de países occidentales, sufre algún trastorno de esta índole a lo largo de su vida (Haro et al., 2006).

Ante estos datos se ha venido produciendo un aumento de estudios destinados a prevenir y determinar las causas de este tipo de patologías clínicas, investigaciones que han logrado avances a nivel genético y molecular, aunque siguen siendo insuficientes para determinar los indicadores que procuren la diferenciación exacta entre la normalidad mental (salud mental) y la anormalidad (enfermedad mental). Así mismo, tampoco ha sido posible determinar la totalidad de los factores desencadenantes de las alteraciones psicológicas, aunque sí se ha podido verificar la influencia de los factores biológicos, sociales y aquellos relacionados con las experiencias vividas como propulsores de los trastornos mentales (Salamanca-Ortíz et al., 2014). En 2007, Valencia-Collazos, determinó que las causas de los trastornos mentales influidos por factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales, frecuentemente se combinan, haciendo muy complicada la discriminación pura del origen de una patología. El aumento de recursos encontrados en la comunidad científica para la realización de estudios enfocados a las patologías asociadas a los trastornos mentales, ha sido provocado por la carga económica y social que originan al Estado debido, principalmente, a su prevalencia, comorbilidad y posible discapacidad que generan en el individuo (Fernández-López et al., 2012). Este desembolso ha sido cuantificado fragmentando la inversión generada en gastos directos e indirectos.

Bajo el término “gastos directos” se agrupan aquellos aportados directamente por los servicios sociales y sanitarios, y, como “gastos indirectos”, los provenientes de la baja productividad laboral, la pérdida del puesto de trabajo, las repercusiones familiares e incluso la muerte de la persona afectada (Sicras-Mainar et al., 2007). En este sentido, Parés-Badell et al. (2014) concluyen que los gastos que se producen en España son debidos principalmente a

trastornos mentales asociados al trastorno del ánimo, alimentación, trastornos somatoformes, ansiedad, conducta del sueño, trastornos de personalidad, adicciones y otros propios de la infancia y adolescencia, cuyo gasto ocasionado ascendió en 2014 a más de 36.500 millones de euros. Ante el deterioro que existe actualmente en relación con la salud poblacional, los estudios científicos destinados a la promoción del bienestar mental han comenzado a tener una mayor relevancia, no solo por la necesidad de mejoras clínicas y el ahorro en gasto sanitario sino también por su incidencia social y política (Diener et al., 2009).

Con relación a los estudios realizados sobre la prevalencia de los trastornos clínicos en la población española, han sido los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y el abuso del alcohol los que han alcanzado la categoría de mayor frecuencia y mayor número de casos diagnosticados (Haro et al., 2006), datos que fueron confirmados recientemente por Ruiz-Rodríguez et al. (2017), indicando que los trastornos más frecuentes en la población española eran los relacionados con la ansiedad, los trastornos del ánimo y los trastornos de origen somático, patologías que fueron denominadas “desórdenes emocionales” y cuya demanda en Atención Primaria asciende al 49.2% del total de consultas recibidas. Teniendo en cuenta este hecho, en el siguiente apartado se procede a presentar la clasificación y características propias de esta tipología de trastornos mentales relacionados con la depresión, ansiedad y el estrés.

### 1.3. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, DEPRESIVA Y EL ESTRÉS

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición –en adelante CIE-10- (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –en adelante DSM -en su 5ª edición (DSM-5) (APA, 2013) , a pesar haber recibido críticas por las distintas corrientes científicas, han sido reconocidos a nivel mundial como los dos sistemas de prestigio para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (Leon-Sanromà et al., 2014), y considerados herramientas claves para la identificación y descripción de cuadros clínicos (Niño et al., 2017).

Desde sus inicios, la Psicología de la Salud ha centrado su intervención principalmente en el manejo de respuestas emocionales y en los mecanismos de afrontamiento, con el objetivo de mitigar la incidencia de la enfermedad sobre la persona, su familia y el entorno que le rodea (Taylor et al., 2000). Esta nueva rama de la Psicología favoreció que variables relacionadas con las emociones, creencias, comportamientos, relaciones sociales y estilos de afrontamiento hayan adquirido relevancia en la causalidad del proceso salud-enfermedad y se haya aumentado también la atención, estudio y clasificación de los trastornos relacionados con el estado de ánimo (Snooks, 2009).

Los denominados trastornos del estado de ánimo (*mood disorders*) comenzaron a utilizarse de forma generalizada tras la cuarta edición del DSM (DSM-IV) (APA, 1994), englobando bajo este tipo de trastornos los síntomas clínicos relacionados con el trastorno depresivo y con el trastorno maníaco. Tradicionalmente, la práctica clínica considera que la depresión, la manía y la ansiedad son manifestaciones patológicas enmarcadas dentro de los trastornos relacionados con la afectividad. El concepto “afectividad” fue utilizado por la Psicología clásica que la dividió para su estudio en tres partes (Pichot, 1993): (a) área cognitiva, refiriéndose a la parte intelectual; (b) área conativa, utilizada para denominar al nivel relacionado con la voluntad; y (c) área afectiva, utilizada para nombrar la parte relacionada con los afectos.

La clasificación sobre los trastornos relacionados con el estado de ánimo tuvo una gran incidencia, aunque fue expuesta a una revisión posterior debido a la heterogeneidad de interpretación del término “estado de ánimo”. Estas modificaciones y reajustes de criterios fueron materializados en el DSM-5 (APA, 2013) a través de la división de los trastornos afectivos en dos categorías: la bipolar, unidad capaz de agrupar a los trastornos relacionados con el espectro bipolar y la depresiva, unidad que recoge los trastornos depresivos. Esta clasificación ha sido reforzada por la OMS (2019) al manifestar que las personas que presentan episodios maníacos sin sintomatología depresiva, se clasifican dentro de los trastornos bipolares. El *National Institute of Mental Health* (NIMH) (2017) y la OMS (2019) coincidieron en caracterizar al trastorno afectivo bipolar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos, resaltando la presencia de

un estado de ánimo anormal caracterizado por irritabilidad, verborrea, hiperactividad, autoestima elevada y disminución en la necesidad de descanso.

Desde que Salovey y Mayer (1990) introdujeran el concepto de inteligencia emocional en relación con las habilidades emocionales que facilitan el bienestar y la felicidad, los factores emocionales han ido adquiriendo una relevancia progresiva debido a la confirmación de su influencia como variables potenciadoras tanto de la salud como de la enfermedad, sobre todo en el estudio de las enfermedades crónicas, debido a su influencia en el inicio y mantenimiento de los síntomas clínicos asociados a este tipo de dolencias. En investigaciones como la de Rodríguez et al. (2009), se establece una categorización sobre la influencia de las emociones en el nivel de adaptación y repercusión psicofisiológica, estableciendo tres categorías de incidencia: la cognitivo-subjetiva, la fisiológico-adaptativa y la conductual-expresiva. Con esta clasificación, se refuerza la influencia de la sintomatología ansiosa y depresiva sobre el pensamiento, el sistema inmunológico y la manera de actuar de determinadas personas. Estudios recientes constatan que la correcta gestión de las emociones reduce la sintomatología clínica relacionada con el estrés y genera un aumento en la salud mental y social de las personas al aumentar la eficacia de afrontamiento sobre los agentes estresores, entre los que se encuentran: la carga laboral, la enfermedad o la muerte de un familiar, entre otros (Grima, 2020).

En esta misma dirección, Antúnez y Vinet (2012) comprobaron cómo la activación y la tensión persistente, características propias del estrés, cuando alcanza un grado de severidad alta, repercuten de igual modo que la ansiedad y la depresión sobre la salud física y psicológica. Dicho estudio posicionó al estrés como una patología que junto a la depresión y la ansiedad afecta al bienestar psicológico y la gestión de las emociones. Existe un acuerdo en la comunidad científica sobre la categorización de la severidad de las patologías en tres niveles: leve, moderada y grave (Esbec y Echeburúa, 2011).

Las aportaciones, revisiones y reflexiones ofrecidas por el *Informe SESPAS 2020*, sobre la salud mental en España, han confirmado la importancia de continuar ampliando la investigación en materias relacionadas con la salud mental (Alonso et al., 2020). En dicho informe, se reconoce en primer lugar la dificultad que conlleva el trabajo con este tipo de patologías y el aumento de

demandas de pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria en los últimos años, únicamente superada por patologías relacionadas con dolores crónicos, lo que pone de manifiesto la necesidad de simplificar las herramientas diagnósticas, trabajar en la prevención, vigilancia y la creación de modelos multidisciplinarios dirigidos a población vulnerable a este tipo de patologías (Bellón et al., 2020; Gabilondo, 2020).

### 1.3.1. Ansiedad

El término ansiedad, a lo largo de la literatura científica, encuentra similitudes en su significado con el concepto angustia, estrés o miedo. Así mismo, la ansiedad ha sido catalogada indistintamente como un sentimiento, un síntoma, una enfermedad o un síndrome. Atendiendo a la definición del DSM-5 (APA, 2013), el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se limita a la asociación de síntomas relacionados con el nerviosismo, la inquietud, el sentimiento de agobio, el cansancio sin un esfuerzo justificado, los problemas de concentración, la irritabilidad, la tensión muscular y los trastornos del sueño. El estado de ansiedad se describe como una respuesta adaptativa, necesaria para conseguir la activación que requiere el cuerpo para enfrentarse a situaciones amenazantes. Sin embargo, cuando esta respuesta de preparación ante el peligro se manifiesta de forma desproporcionada o es activada en una situación no crítica y mantenida en el tiempo por el individuo, el malestar vivido alcanza la categoría de estado ansioso patológico (Fernández-López et al., 2012; Rojas-Carrasco, 2010). En 2002, López-Ibor y Valdés-Miyar establecieron que los trastornos ansiosos recogían todas aquellas patologías que presentan niveles elevados de preocupación, miedo o temor excesivo.

Debido a su origen multidimensional, la ansiedad ha sido considerada como una emoción básica, de carácter universal con un origen multidimensional capaz de activar un patrón de respuestas de tipo cognitivo, motor, fisiológico y conductual (Cisneros y Ausín, 2019). Clark y Beck (2012) establecieron cuatro tipos de dimensiones relacionadas con este tipo de activación:

- 1) *Dimensión fisiológica*: descrita como una activación de respuestas defensivas automáticas que predisponen al organismo para enfrentarse a una situación amenazante.
- 2) *Dimensión cognitiva*: hace referencia al proceso de activación cognitivo que gestiona la información relevante sobre las circunstancias, los recursos y las expectativas de resultados.
- 3) *Dimensión conductual*: es la encargada de reflejar las respuestas conductuales de control, prevención, lucha y huida ante la situación amenazante.
- 4) *Dimensión afectiva*: responsable de la activación del sentimiento. Es la dimensión que refleja el malestar sentimental generado por la experiencia amenazante.

Continuando con esta línea de clasificaciones sobre la ansiedad, una de las más completas se recoge en la *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*, realizada por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2007). En ella, se agrupan los síntomas clínicos en síntomas físicos, psicológicos y conductuales. Los primeros incluyen: palpitaciones, taquicardias, inestabilidad, tensión muscular, sequedad bucal, mareos, temblores, cefaleas, parestesias, taquicardias, diarrea, dolor precordial, disnea, vómitos, náuseas, dispepsia, aerofagia, estreñimiento, micción frecuente y problemas de tipo sexual. Como síntomas conductuales y psicológicos se recogen: aprensión, preocupación, sensación de agobio, inquietud, miedo a la pérdida de control y a la muerte, problemas de concentración y pérdida de memoria, irritabilidad, inhibición o bloqueo psicomotor, conductas de evitación, obsesiones y compulsiones. Según el protocolo establecido para el servicio de urgencias, los síntomas expuestos se categorizan por el grado de afectación en: leves, moderados, graves o pánico (Fernández-Arribas, 2020). En esta misma línea de apoyo para los profesionales de Atención Primaria, se publica la *Guía práctica clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y Salud Mental* (García-Herrera et al., 2015), en la que se propone un protocolo de actuación que facilita la atención a pacientes con este tipo de patología.

La sintomatología que rodea al trastorno ansioso ha provocado que la CIE-10 y el DSM-5 determinen que el trastorno ansioso es una patología de las más invalidantes debido a la persistencia de los síntomas que la rodean, a la generalización de los ambientes en los que se manifiesta y a la dificultad para encontrar las causas detonantes que lo generan (Portillo-González et al., 2020). Para el diagnóstico de un trastorno, según estas fuentes de clasificación, es fundamental que la afectación genere un deterioro significativo en el funcionamiento normal del individuo. En función de los criterios establecidos, el DSM-5 (APA, 2013) plantea ocho categorías diagnósticas de los trastornos ansiosos:

- 1) *Trastorno de ansiedad por separación*: caracterizado por el miedo intenso y excesivo hacia la separación de una persona. Para esta categorización es necesario que se cumplan al menos tres de los síntomas depresivos recogidos en el manual. Su duración debe oscilar entre al menos 4 semanas en los niños y adolescentes y seis o más en los adultos.
- 2) *Mutismo selectivo*: caracterizado por la incapacidad de hablar en situaciones sociales específicas. La duración establecida debe ser al menos de un mes.
- 3) *Fobia específica*: caracterizada por el miedo intenso y excesivo hacia un objeto o una situación específica. La duración establecida debe ser igual o superior a seis meses.
- 4) *Trastorno de ansiedad social*: caracterizado por el miedo intenso y excesivo hacia una situación social. La duración marcada debe ser superior a seis meses.
- 5) *Trastorno de pánico*: caracterizado por la presencia de un miedo cuya intensidad alcanza su máxima expresión y que recoge al menos cuatro de los síntomas clínicos establecidos en el manual.
- 6) *Agorafobia*: caracterizado por la vivencia de miedo intenso a estar en sitios cerrados, en el que deben aparecer al menos dos de los síntomas recogidos en el manual; la duración establecida es superior a seis meses.
- 7) *Trastorno de ansiedad generalizada*: caracterizado por una preocupación excesiva e incapaz de ser controlable en relación con diversas situaciones o sucesos. Deben coexistir 3 o más síntomas recogidos en el manual.

- 8) *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos*: caracterizado por una alteración importante y persistente de corte ansioso, provocado por el consumo de sustancias o medicamentos a partir de un diagnóstico clínico obtenido mediante exploraciones o análisis de laboratorio.

La ansiedad ha sido conceptualizada como un estado negativo asociado a tres áreas: una fisiológica asociada a la hipervigilancia, otra afectiva que hace referencia al miedo, y otra cognitiva que como principal síntoma presenta la indefensión. Todas las manifestaciones, expuestas anteriormente, tienen en común la creencia de incapacidad de autocontrol ante posibles amenazas o daños (Chua y Dolan, 2000). En esta misma línea de investigación, Vicente-Pardo y López-Guillen (2018) escribieron que la etiología asociada a los trastornos de ansiedad está relacionada a factores de tipo biológico, ambiental y psicosocial. Previamente, Navas-Orozco y Vargas-Balderes (2012) sostuvieron esta unión de factores psicológicos y sociales por separado, dotando de este modo de entidad propia a cada uno de dichos factores. Dentro de los factores psicológicos recogieron: las vivencias traumáticas, los estados psicodinámicos y las cogniciones.

El hecho de padecer un trastorno ansioso está relacionado con la convivencia de determinados factores que pueden llegar a ser desencadenantes. Bados (2015) en sus estudios hizo referencia a dos tipos de vulnerabilidad: una biológica y otra psicológica. La vulnerabilidad biológica hace mención a aquella relacionada con la predisposición genética a sufrir un trastorno ansioso, y la vulnerabilidad psicológica, hace referencia a la sobrevaloración del peligro e infravaloración de los propios recursos (Díez y Sánchez, 2000). Recientemente Asensio-García (2018) incluyó dentro de la vulnerabilidad psicológica, la falta de control ante una situación negativa o amenazante.

Martínez y García (2011) realizaron un estudio sobre el trastorno ansioso desde una perspectiva neurobiológica en la cual corroboraron que los trastornos de ansiedad se producían por una alteración en el circuito cerebral del miedo, al generar una disminución de la conectividad del hipocampo. Este circuito ya fue descrito anteriormente por Pavlov (1997) con otro nombre: "circuito de la emoción". Posteriormente y gracias al avance aportado por las imágenes

cerebrales a través de las resonancias magnéticas funcionales y las tomografías de emisión de positrones, Dunsmoor et al. (2011) comprobaron que la ansiedad provoca un aumento en la respuesta de la amígdala, originada por la sensación de miedo. También se constató que momentos antes de su extinción del miedo, se produce una disminución de la capacidad de la corteza pre frontal ventral.

Más adelante, Cupul-García et al. (2018) tras la realización de un estudio basado en la comparación neuropsicológica de pacientes con TAG respecto a sujetos sin ansiedad clínica, concluyeron que este tipo de trastornos provoca un déficit en las funciones cognitivas relacionadas con las habilidades visoperceptivas, constructivas y en las siguientes funciones ejecutivas: atención, memoria inmediata y diferida visual, memoria inmediata verbal, evocación de las palabras, automonitoreo, registro de la información, estrategias de resolución de problemas y velocidad del procesamiento de información. Así mismo, demostraron que los pacientes con TAG presentan disfunción ejecutiva en áreas relacionadas con la vida cotidiana en el trabajo, los estudios y las relaciones interpersonales.

Diversos autores han estudiado la prevalencia de la sintomatología ansiosa en la población española. Martínez-Barrondo et al. (2008) encontraron que el 20% de la población presentaba en algún momento de su vida sintomatología clínica compatible con un trastorno ansioso. En estudios posteriores, De Pedro-Cuesta et al. (2016) confirmaron que el 4.74% de la población adulta española padecía una patología relacionada con la ansiedad y la depresión, según datos aportados por el *Cuestionario Europeo de Calidad de Vida* (EuroQoL-5D). Dicho cuestionario es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, creado para su utilización en los servicios de atención primaria que puede ser administrado tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en pacientes con diferentes patologías (Herdman et al., 2001).

Estudios recientes muestran que los trastornos ansiosos y depresivos son los más extendidos en la sociedad actual siendo más frecuentes en la población femenina que en la población masculina (Rosique et al., 2019). Esta diferencia de prevalencia de patología clínica de la ansiedad, depresión y el estrés entre hombres y mujeres ha sido una temática recurrente a lo largo de la literatura científica. Arenas y Puigcerver (2009), hace una década, ofrecían pruebas

fehacientes de la existencia de una mayor vulnerabilidad bioquímica, hormonal y social en la mujer en relación con este tipo de patologías clínicas, aunque reconocieron la necesidad de realizar un mayor número de estudios que corroboraran sus conclusiones. Capeáns y Facal (2017) contribuyeron a su confirmación, realizando un estudio representativo de la prevalencia de la ansiedad sobre la población española. Entre sus resultados destacaron que el 14% de las personas mayores de 50 años habían sido diagnosticadas en algún momento de su vida de ansiedad, con una diferencia muy pronunciada entre géneros, con un desfase del 77.8% en mujeres frente al 22.2% en hombres.

El tratamiento de la ansiedad, debido a las peculiaridades de su naturaleza, requiere de una intervención farmacológica que acompañe al tratamiento psicológico (Navas-Orozco y Vargas-Baldares 2012). Dentro de ese tipo de tratamientos, las terapias cognitivo-conductuales han sido las que han conseguido un mayor rigor científico, demostrando su efectividad con estudios de alta calidad (Escobar, 2010). Actualmente y debido a los avances alcanzados sobre el trastorno ansioso, el enfoque transdiagnóstico ha adquirido una perspectiva de enfoque clínico que reconstruye la clasificación, formulación, tratamiento y prevención de los trastornos, integrando el enfoque categorial tradicional y el enfoque dimensional para conseguir ofrecer una solución práctica a los procesos desadaptativos, cognitivos, psicológicos, emocionales e interpersonales que provocan este tipo de patologías (Barlow et al., 2015; Sandín, 2014). El enfoque transdiagnóstico apuesta por un tratamiento que aúna los aspectos comunes de los tratamientos cognitivo y conductuales para la ansiedad y la depresión evidenciados empíricamente como eficaces (González-Blanch et al., 2017).

Gracias al estudio de Martínez y López (2011) en relación con los circuitos del miedo, se determinaron que las patologías relacionadas con la ansiedad consumen una gran cantidad de recursos de salud, por lo que propusieron una serie de tratamientos, técnicas y actividades capaces de combatir sus efectos, entre las que se incluyeron: los psicofármacos, las técnicas conductistas, la terapia cognitivo-conductual, la rehabilitación neuropsicológica, el yoga, el *mindfulness* y la estimulación magnética transcraneal (EMT). En los últimos años, han aumentado los estudios destinados a demostrar científicamente las ventajas de determinadas acciones para las mejoras de la sintomatología ansiosa, entre las

que destacan los estudios de distintos investigadores, entre los que destacan el realizado por Alomoto et al. (2018) sobre los beneficios de la actividad físico-recreativa y el de Martínez-González (2018) sobre los efectos beneficiosos de las técnicas de respiración profunda. Según Gentile y Fernández (2019), la utilización de la terapia floral de Bach, utilizada junto a un tratamiento farmacológico en pacientes con TAG, resulta más efectiva que el tratamiento farmacológico utilizado de manera exclusiva. Otro tipo de terapia, como la relacionadas con el *mindfulness*, técnica proveniente de los ejercicios de atención plena, está resultando eficaz para pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión (Obaya-Prieto, 2018). Con el objetivo de contribuir al aumento de estudios que permiten avanzar en la comprobación de la eficacia de intervenciones que disminuyen la sintomatología ansiosa se presentan los resultados de la presente tesis, en los que siguiendo la línea de investigación de Valencia-Collazos (2007), sobre el abanico de posibles tratamientos para la mejora de la salud mental, se corrobora la eficacia de la psicoeducación como una variedad de intervención para los trastornos mentales relacionados con la ansiedad (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020).

### 1.3.2. Depresión

La OMS (2020) define la depresión como un trastorno mental que recoge los siguientes síntomas: tristeza, falta de autoestima, pérdida de interés, sensación de incapacidad para sentir placer, sentimiento de culpa, trastornos del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración y trastornos del sueño. Como se viene indicando, los criterios de diagnóstico más utilizado para las patologías relacionadas con el estado de ánimo, entre las que se encuentra la depresión, son los criterios del DSM, que en la actualidad se sigue considerando como la medida más objetiva y con mayor aceptación entre la comunidad científica médica (Serrano-Becerril et al., 2012). Existe unicidad de criterios en cuanto al reconocimiento de los síntomas que rodean esta patología, entre los que se incluyen: (a) el estado de ánimo deprimido; (b) la pérdida generalizada de interés, (c) la incapacidad de disfrutar; (d) la sensación de pérdida de energía; (e) la realización de actividades que provocan alteraciones en la conducta del sueño y

del apetito; (f) el sentimientos de culpa; (g) la baja autoestima; (h) los problemas de concentración; y (i) las dolencias psicosomáticas sin explicación médica (Peña-de León et al., 2020).

En el manual DSM-5 (APA, 2013) se hace referencia a la diferencia que existe entre la vivencia de un acontecimiento pasajero de pérdida o desgracia y el hecho de sufrir un trastorno depresivo. En ambos acontecimientos se generan sentimientos de tristeza, pero al convertirse en patología, la tristeza correlaciona con sentimientos de desesperanza e infravaloración cuya duración debe ser superior a dos semanas, implicando cambios a nivel afectivo, cognitivo y en las funciones neurovegetativas (Sarason y Sarason, 2006). Para que el conjunto de síntomas clínicos sea catalogado como trastorno es indispensable que exista un deterioro significativo en el funcionamiento normal del individuo en todos los ámbitos de su vida.

En función de los criterios establecidos y del tiempo de persistencia de los síntomas, el DSM-5 (APA, 2013) establece cinco categorías diagnósticas de los trastornos depresivos:

- 1) *Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo*: caracterizado por problemas emocionales y conductuales graves relacionados con accesos de cólera desproporcionados. Su duración debe ser superior a 12 meses.
- 2) *Trastorno de depresión mayor*: caracterizado por la presencia de cinco o más síntomas depresivos incluyendo entre ellos: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer, pérdida de peso sin hacer dieta, insomnio o somnolencia, retraso en la actividad o inquietud motora, fatiga, poca energía, culpabilidad excesiva, dificultad para pensar, decidir y resolver. Su duración debe ser mayor a dos semanas.
- 3) *Trastorno depresivo persistente o distimia*: caracterizado por la presencia de dos o más síntomas depresivos de los descrito en el trastorno depresivo mayor. En este tipo de patología el paciente presenta un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con una duración de al menos dos años.

- 4) *Trastorno disfórico premenstrual*: caracterizado por la presencia de al menos cinco síntomas depresivos de los descritos anteriormente durante la semana previa al inicio de la menstruación.
- 5) *Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento*: caracterizado por una alteración importante y persistente de síntomas depresivos entre los que se encuentran: alteraciones del estado de ánimo, decaimiento y pérdida de interés. Para que un trastorno este diagnosticado bajo este epígrafe debe realizarse un diagnóstico clínico mediante exploraciones o análisis de laboratorio.

González-Abarca et al. (2014) realizaron una descripción sobre la depresión sencilla y concisa, resaltando su condición de enfermedad y eliminando la asociación establecida entre esta patología y la mera sensación de tristeza, debilidad o desánimo. A su vez, estos autores indicaron que la depresión era capaz de afectar al comportamiento, a los pensamientos, a los sentimientos e incluso a la salud física, pudiendo llegar exponer a los pacientes a un peligro real, ya que puede provocar una anulación de la capacidad para vislumbrar soluciones a los problemas. En la depresión es característico que se produzca una distorsión de la realidad enfocándola hacia lo negativo, lo que aumenta la vulnerabilidad a la ejecución de conductas de suicidio. Según estos autores, los dos motivos principales asociados a la depresión son: la sensación de pérdida del control sobre la vida y las emociones y la pérdida total de visión positiva hacia el futuro. Ovalle et al (2017), en sus conclusiones, determinaron que el rasgo de personalidad relacionado con la baja estabilidad emocional correlacionaba de forma positiva con el suicidio. En esta misma línea de investigación, Fonseca-Pedrero et al. (2020) indicaron que los factores más relevantes en relación con riesgo de conductas suicidas, son la depresión y el afecto negativo, mientras que, aquellos que consiguen dotar a una persona de protección mental, están relacionados con la autoestima y el afecto positivo. Cuando la depresión alcanza un nivel elevado de afectación, perturba el sistema cognitivo, conductual y afectivo de la persona (Álvarez-Mon et al., 2017), pasando a convertirse en una enfermedad crónica capaz de incapacitar al individuo para la realización de sus actividades

cotidianas, provocar autolesiones e incluso originar episodios de suicidio (OMS, 2020).

Los factores que determinan el origen de los trastornos depresivos, a pesar de ser complejos, se encuentran recogidos en dos grupos: el primero, agrupa factores biológicos en los que se incluyen componentes bioquímicos, genéticos, neurológicos y hormonales; y el segundo, comprende todos aquellos factores de origen psicosocial, entre los que se encuentran la exposición a vivencias de estrés (Pérez-Padilla et al., 2017). Pérez-Esparza (2020), en la revisión de artículos realizada sobre el aumento de la eficacia de la intervención en la depresión, estableció una categorización de siete factores involucrados en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor: los genes, los factores de crecimiento, las interleucinas proinflamatorias, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el sistema neural, el sistema de neurotransmisión, los estresores psicosociales y ambientales. En relación a este último factor, diversas investigaciones, entre las que se encuentran los estudios de Saklofske et al. (1998), relacionan el trauma surgido tras la pérdida de un ser querido, la percepción de amenaza hacia la autoestima y las relaciones conflictivas entre padres e hijos con sintomatología relacionada con la depresión. Más tarde, los estudios realizados por Kendler et al. (2006) determinaron la relevancia de la exposición a eventos vitales con la aparición de esta patología. Por su parte, los estudios de Senturk et al. (2011) destacaron como influyentes en la depresión, los factores psicosociales relacionados con el apoyo social, el emocional o el práctico. Un estudio más actual de Origilés et al. (2018) determina que la salud relacional entre los padres es un factor de riesgo detonante del trastorno depresivo. Este último factor psicosocial forma parte de una de las áreas de intervención del programa de entrenamiento a padres propuestos para su validación en la presente tesis doctoral.

González et al. (2019) determinaron que la depresión mayor era la undécima causa mundial de discapacidad, reconociendo el problema que supone a nivel social la carga provocada en los cuidadores de estas personas. En un estudio anterior, Muñoz-González et al. (2010) ya habían corroborado el poder de irradiación y contagio que adquiere la sintomatología depresiva de un paciente sobre sus cuidadores. Estos hallazgos fueron confirmados más tarde por los estudios de Maldonado et al. (2020), en los que determinaron que los cuidadores

de este tipo de enfermos eran receptores de un efecto negativo para su bienestar, ampliándose la probabilidad de padecer un trastorno depresivo. Esta confirmación apoyó una demanda comenzada hace décadas sobre la necesidad de protección de los cuidadores de personas depresivas frente a la depresión, consiguiendo ser anexada a las recomendaciones establecidas en los tratamientos administrados para este tipo de patologías.

Los últimos datos, elaborados por la OMS en el 2020, informan que en esa fecha más de 300 millones de personas en el mundo padecen un trastorno depresivo, lo que equivale al 4.4% de la población mundial e indican que la prevalencia de sufrir este tipo de patología, a lo largo de la vida de una persona, se encuentra entre el 11.1% y el 14.6%. En España, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006), la depresión se catalogaba como la novena enfermedad crónica más frecuente, con datos de prevalencia en torno al 6.9% de la población con una mayor prevalencia en mujeres que en varones, alcanzándose un 5% en población masculina y un 8% en población femenina. Cardila et al. (2015) determinaron una prevalencia de personas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que ascendió al 8.9% de la población general. En ese mismo año, el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015), concluyó que entre un 5% y un 10% de población presenta un diagnóstico de TDM, con variaciones en relación con el género y a factores socioeconómicos. Estos datos, ciertamente fatalistas, certifican que la depresión representa un problema importante de salud pública (Origilés et al., 2018).

Debido al elevado riesgo de suicidio asociado al trastorno depresivo y las alteraciones que provoca su afectación al estado cognitivo, conductual y afectivo, la comunidad médica ha priorizado, durante décadas, el tratamiento farmacológico con estabilizadores del estado de ánimo, capaces de inhibir la recaptación de la serotonina como primera opción de tratamiento (Álvarez-Mon et al., 2017). Este hecho provocó un aumento importante del consumo de fármacos, originando una elevada preocupación institucional y con ello, un aumento de investigaciones científicas dirigidas a encontrar tratamientos alternativos al farmacológico. Stahl (2013) indicó que los efectos secundarios provocados por los psicofármacos suelen iniciarse durante los primeros días de tratamiento, debido principalmente al aumento de los neurotransmisores

implicados, indicando, que los efectos clínicos de mejoría comienzan a manifestarse entre la segunda y la cuarta semana, tras el inicio de su ingesta, debido principalmente a los cambios adaptativos que requieren los receptores.

En relación con los tratamientos de corte psicológico que han mostrado una mayor efectividad, destacan las terapias cognitivo-conductuales (Escobar, 2010). Sales et al. (2015) indicaron que los beneficios de este tipo de terapias se encuentran en la dotación de recursos sobre el control de la atención y de las emociones; la resolución de problemas y la toma de decisiones. Según estos autores, estas herramientas consiguen mejorar la sintomatología clínica de la depresión al modificar el modo subjetivo de interpretar y valorar las experiencias vividas. Pérez-Padilla et al. (2017) sostienen que las intervenciones psicológicas mejoran directa e indirectamente el desempeño cognitivo de personas con TDM, por lo que un enfoque de atención integrada que combine tratamiento farmacológico y no farmacológico logra mejores efectos, llegando incluso a lograr la remisión de este tipo de patologías.

En relación con los psicofármacos, Pérez-Esparza et al. (2020) indican que hasta este momento todos los antidepresivos utilizados en este tipo de patología actúan de manera directa o indirecta sobre los sistemas de neurotransmisión monoaminérgica: noradrenalina, serotonina y dopamina, indicando que una nueva generación de tratamientos farmacológicos se abría paso en el tratamiento de la depresión, entre los que se encuentra la ketamina, medicamento recogido dentro de los fármacos denominados anestésicos, el cual ha demostrado poseer propiedades antidepresivas gracias a su influencia sobre en el sistema de neurotransmisión glutamatérgica. La ketamina ha logrado disminuir la sintomatología depresiva en horas, consiguiendo ser más eficaz que otros tratamientos, en pacientes con resistencia a otros fármacos.

Otro tratamiento que ha demostrado su eficacia en los trastornos depresivos ha sido la estimulación magnética transcraneal (EMT), descrita como una técnica de estimulación cerebral no invasiva utilizada como tratamiento terapéutico en trastornos psiquiátricos (Zorzo et al., 2019). En relación con las la terapia electroconvulsiva (TEC), Lamas et al. (2020) la describen como una terapia de estimulación cerebral en la cual la respuesta terapéutica se logra a través de la generación de un estímulo eléctrico con una intensidad suficiente para producir

una crisis convulsiva encefálica controlada, provocando una respuesta neurobiológica y neuroquímica positiva favorable. Este tratamiento sigue siendo indispensable debido al gran número de pacientes deprimidos que no responden a fármacos o que no toleran sus efectos secundarios. Recientes, aportaciones de la OMS (2020) recomiendan la utilización de terapias cognitivo-conductuales como primera opción antes de recurrir al tratamiento farmacológico y, si fuese necesaria, la utilización de fármacos combinado con tratamientos psicológicos. Como ya se indicó en el apartado anterior, el enfoque transdiagnóstico ha sido demostrado como eficaz para la depresión, el cual apuesta por un tratamiento que aúna aspectos comunes de los tratamientos cognitivo y conductuales (González-Blanch et al., 2018).

Desde un enfoque basado en los cambios de hábito, Álvarez-Mon et al. (2017) argumentan que este tipo de modificaciones en la conducta del paciente puede resultar útil para muchos pacientes. A su vez, como ya se mencionó en el apartado anterior, se ha comprobado la eficacia de distintas actividades y técnicas que mejoran este tipo de patologías como son: el yoga o el *mindfulness*, la actividad físico-recreativa o las técnicas de respiración profunda (Alomoto et al., 2018; Martínez y López et al., 2011; Martínez-González et al., 2018; Obaya-Prieto, 2018) y la psicoeducación (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020).

### 1.3.3. Estrés

La OMS (2010) define el estrés como aquellas reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la realización de una acción. A lo largo de la literatura científica, el estrés es descrito como una respuesta conductual, fisiológica y psicológica que acciona la acción del ser humano ante un cambio acontecido en el ambiente para adaptarse a una nueva situación (Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2010) y, descrito como el sentimiento resultante de la interpretación de peligro, desafío percibido o amenaza (Guevera-Gazca y Galán-Cuevas, 2010). El estrés es una reacción que genera, en quien lo padece, sentimientos de preocupación y angustia, pudiendo llegar a originar distintos trastornos psicopatológicos, desórdenes familiares y dificultades en las relaciones sociales. El estrés patológico es caracterizado por una respuesta exagerada a la

demanda del ambiente, pudiendo llegar a provocar: sensación de presión, sensación de falta de libertad, frustración, desequilibrio, percepción de fracaso, tristeza, enfermedades psicosomáticas y problemas de adaptación incapacitante (Naranjo-Pereira, 2009).

García-Moran y Gil-Lacruz (2016) realizaron una diferenciación bastante completa entre los síntomas físicos y psicológicos presentes en esta patología. Entre los síntomas físicos incluyeron: jaquecas, gastritis, mayor incidencia de colon irritable, aumento de la presión arterial, deterioro del sistema inmune, taquicardia, temblor corporal, sudoración, tics nerviosos, sobrepeso, caída del cabello, aparición de caspa, enfermedades cardíacas, menstruación irregular, bruxismo, tensión muscular, manos y pies fríos, disminución o aumento de apetito, estreñimiento o diarrea, tartamudeo, insomnio, alteraciones de la piel, sequedad en la boca y fatiga. Entre los síntomas psíquicos: problemas de concentración, incremento del número de errores de recuerdo, ralentización en la toma de decisiones, disminución de la memoria, ansiedad, preocupación en exceso, pensamientos fatalistas, baja fluidez mental, cambio de estilo de vida, inquietud, aumento de número de accidentes, irritabilidad, descenso del deseo sexual, disminución de la autoestima y labilidad emocional.

El estrés, en su fase inicial, provoca un estado de alerta mantenido, exteriorizándose a través del aumento de la sudoración, de la sudoración y la tensión; la manifestación de una respiración entrecortada y rápida, la incapacidad para permanecer quieto y la exaltación en la expresión de las emociones (Guerra-Santiesteban et al., 2017). Generelo et al. (2019) engloban los síntomas relacionados con esta patología en cuatro áreas diagnósticas: (a) la reexperimentación; (b) la evitación; (c) la cognición y el humor negativo, y (d) la hipervigilancia.

Desde hace décadas, se considera que el estrés crónico mantenido es un factor desencadenante de trastornos depresivos, ansiosos y psicosomáticos, hecho que ha dificultado el diagnóstico diferencial de patologías (Guerrero, 1996). Entre la sintomatología que acompaña al trastorno del estrés se encuentra: el hecho de volver a experimentar un episodio vivido, la realización de un comportamiento evitativo, la rumiación de pensamientos negativos y un estado constante de alerta (Crespo-Generelo et al., 2019). El DSM-5 recoge una clasificación de las patologías

asociadas al estrés bajo el epígrafe “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, que engloba los siguientes trastornos (APA, 2013):

- 1) *Trastorno de apego reactivo*: caracterizado por un comportamiento retraído, con alteración social y emocional relacionado con el cuidado insuficiente. Su duración debe ser superior a 12 meses.
- 2) *Trastorno de relación social desinhibida*: caracterizado por un comportamiento desinhibido relacionado con el cuidado insuficiente. Su duración debe ser superior a nueve meses.
- 3) *Trastorno de estrés postraumático*: caracterizado por la exposición a un suceso traumático, la persistencia de recuerdos angustiosos sobre un hecho, la aparición de conductas evitativas, la presencia de alteraciones cognitivas, problemas en el estado de ánimo y un estado constante de hipervigilancia. Su duración debe ser superior a un mes.
- 4) *Trastorno de estrés agudo*: caracterizado por la exposición a un suceso traumático y la presencia de: la intrusión de pensamientos, un estado de ánimo negativo, síntomas disociativos, síntomas de evitación y síntomas de alerta. El inicio de los síntomas en este tipo de trastorno comienza inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos tres días y permanezcan hasta un mes.
- 5) *Trastorno de adaptación*: caracterizado por el desarrollo de síntomas emocionales y comportamentales, provocados ante la falta de adaptación de un factor concreto e identificable.
- 6) *Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado*: caracterizado por la presencia de estados traumáticos y factores de estrés que provocan deterioro, pero no cumplen los criterios clínicos anteriores. Suelen englobarse en este apartado patologías relacionadas con trastornos de tipo de adaptación, ataques de nervios, síndromes culturales o patologías relacionadas con el duelo.
- 7) *Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado*: caracterizado, como en el trastorno anterior, por la presencia de estados traumáticos y factores de estrés que provocan deterioro, no cumplen los criterios diagnósticos anteriores, y el clínico opta por no especificar el motivo del trastorno.

El trastorno de estrés presenta una etiología multifactorial. En 2019, la APA determinó que los factores causantes de la sintomatología relacionada con el estrés eran principalmente: (a) las vivencias relacionadas con la muerte; (b) la enfermedad; (c) el daño grave; (d) el maltrato; (e) la enfermedad de un hijo; (f) los ataques violentos; y (g) los diagnósticos graves y los desastres naturales o provocados por el hombre. Recientemente, la pandemia por COVID-19 ha ocupado la mayoría de los trabajos orientados al estudio de la salud mental, confirmando que las pandemias y todo el protocolo que conlleva conforman un riesgo de sufrir patologías relacionadas con el estrés (Arias-Molina et al., 2020).

Bermúdez-Durán et al. (2020) señalan que más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos en algún momento de su vida, aunque no todas esas personas llegan a desarrollar un trastorno de estrés postraumático o un trastorno de estrés agudo. Las patologías asociadas con el estrés más estudiadas a lo largo de la literatura científica, han sido el estrés asociado a los traumas. La OMS en su estudio sobre la evaluación en salud mental mundial (*WMH Survey Initiative*), publicado en 2014, concluyó que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático se extendía al 1.1% de la población. En población española, se ha encontrado que la probabilidad de sufrir un trastorno de estrés postraumático a lo largo de la vida de un individuo es del 2.2% (Olaya et al., 2015). Sin embargo, estos datos aumentarían considerablemente tras producirse un desastre natural ascendiendo al 15% de las personas expuestas y llegando al 80% en el caso de víctimas por agresión sexual. Recientemente, la OMS ha estimado que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de estrés postraumático es de un 3.9% en la población mundial y de un 5.6% en aquellas personas expuestas a un trauma (Generelo et al., 2019).

Tras una revisión de la literatura científica, es evidente resaltar la relación existente entre el estrés y la ansiedad (Xu et al., 2006) y entre el estrés y la depresión (Akiskal, 2000). Dicha afirmación ha sido confirmada tras el establecimiento de un acuerdo sobre la alta comorbilidad de los síntomas que presenta la ansiedad, la depresión y el estrés (Stewart et al., 2016).

Al igual que en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, existen dos líneas principales de tratamiento para el estrés, que Bermúdez-Durán et al. (2020) categorizan en dos grupos: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. Dentro de la psicoterapia, estos autores incluyeron:

- 1) La *terapia de exposición prolongada*: consiste en la exposición a un evento traumático mediante técnicas de imagen o exposición en vivo mantenidas. Dicha exposición, real o imaginaria, se mantiene hasta que las emociones negativas descienden, comprobándose a través del aumento de la actividad de la corteza parietal superior, área asociada a los procesos atencionales (Rubio y Crespo, 2019). Este tipo de terapia consta de cuatro componentes: psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición en vivo y exposición a través del recuerdo (Gómez-Gutiérrez et al., 2018).
- 2) La *terapia cognitivo-conductual*: consiste en provocar una modificación en la de la forma de pensar y actuar del paciente ante el recuerdo de una situación traumática. Este tipo de intervención psicoterapéutica es el que cuenta con un mayor respaldo empírico a los beneficios alcanzados (Bermúdez-Durán et al., 2020).
- 3) La *terapia de relajación*: consiste en entrenar al paciente en el control de su propia tensión corporal.
- 4) La *desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares (EMDR)*: técnica psicoterapéutica que consiste en la repetición de movimientos oculares mientras se mantiene la imagen mental de la experiencia traumática. El objetivo de esta técnica consiste en procesar correctamente el evento traumático.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, los más utilizados se componen de inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS), debido a la elevada tolerabilidad que ha conseguido, su eficacia de tratamiento y perfil de seguridad mantenido. En este grupo de tratamientos se encuentra: la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina. Mingote-Adán et al. (2019), tras realizar una revisión sistemática y actualizada de varios meta-análisis y guías clínicas, corroboran la eficacia de la terapia cognitivo conductual y de exposición en la reducción del

estrés postraumático. En relación con los tratamientos farmacológicos, estos autores resaltan una moderada fuerza en la eficacia de la fluoxetina, la paroxetina y la venlafaxina para este tipo de patologías, recomendando la psicoterapia en el caso de TEPT leve, y una adecuada combinación de fármacos y psicoterapia en los casos de TEPT más graves y crónicos. Generelo et al. (2019) indican que la derivación psiquiátrica en pacientes con TEPT o estrés agudo es recomendada cuando existe un riesgo de conducta suicida, una mala respuesta al tratamiento psicológico o la comorbilidad de otras patologías asociadas.

Las guías de práctica clínica son una nueva herramienta creada con el objetivo de impulsar la gestión del conocimiento sobre enfermedades y trastornos mentales, y elaboradas para ayudar a los profesionales en la toma de decisiones clínicas. Estos instrumentos están basados en la evidencia científica, y han sido dirigidos y publicados por el Ministerio de Sanidad (<http://www.guiasalud.es/egpc/>).

Actualmente existe un número extenso de estas guías, destacando por su reconocimiento oficial la "Guía para trastornos relacionados con el estrés", presentada en 2013 por OMS, en la que se recomienda: (a) la terapia cognitivo-conductual en el trabajo del trauma; (b) el EMDR y el entrenamiento en gestión del estrés como estrategias clínicas; (c) el tratamiento secuencial, siempre que proporcione seguridad personal y estabilización clínica; (d) el aprendizaje de estrategias de regulación emocional; y (e) el cuidado de las relaciones terapéuticas de calidad previas a la administración del tratamiento (Mingote et al., 2019). Entre las guías más recientes dirigidas a los profesionales de la salud, los pacientes, los cuidadores y las familiares sobre el tratamiento de adultos con TEPT, encontramos la realizada por el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados (*National Institute for Health and Care Excellence -NICE*) y la revisión de Lewis et al. (2018).

A parte de las guías como herramientas de intervención, existen diferentes autores que han avalado la eficiencia de la práctica de yoga para la disminución de los niveles de estrés (Escobar-Zurita et al., 2019) o la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (Hayes et al., 2015). Dicha terapia, junto a la terapia de Activación Conductual (AC) (Barraca y Pérez-Álvarez, 2015), abanderan un nuevo enfoque de terapias denominadas "de nueva generación",

inspiradas en el conductismo radical, que han logrado imprimir un cambio en el foco terapéutico, ampliando su objetivo más allá de una reducción o eliminación de los síntomas, ya que recogen entre sus objetivos el distanciamiento del paciente de los agentes estresores y con ello, una reorientación del sentido de su vida.

Teniendo en cuenta que el estrés patológico se relaciona con un déficit en la capacidad de afrontamiento eficaz ante el estrés, los tratamientos psicológicos y los programas preventivos han utilizado la instrucción en conocimientos y la dotación de recursos como base de su metodología, dotando a las personas vulnerables al estrés de competencias psicosociales relacionadas con: la detección y valoración de las propias competencias, el aumento de capacidades de afrontamiento, el cambio de aptitud para el manejo de factores estresantes y el manejo de habilidades sociales (Cooper et al., 2001). García-Moran y Gil-Lacruz (2016) incluyen una serie de medidas para la prevención y recuperación de individuos afectados por el estrés, entre las que destacan: el apoyo social, el aumento en el tiempo de ocio, la externalización de las emociones, el descanso, la autorreflexión, las estrategias de afrontamiento, la gestión del tiempo y la realización de ejercicio físico. Estos autores también incluyeron las técnicas de afrontamiento de Roca (2007), las cuales ensalzan tres tipos de estrategias: (a) aquellas basadas en el aumento de la salud física, entre las que incluyeron la importancia de mantener una dieta saludable y la disminución o supresión de excitantes; y (b) las técnicas cognitivo-conductuales consistentes en el entrenamiento del pensamiento y la instrucción en habilidades, con el objetivo de aumentar la calidad de la comunicación y el conocimiento hacia ellos mismos y sobre el medio que les rodea. Este último tipo de estrategia incluye las siguientes herramientas:

- ◆ *Reconstrucción cognitiva*: consistentes en la identificación y gestión de pensamientos inadecuados y su posterior reconstrucción en pensamientos adecuados.
- ◆ *Desensibilización sistemática*: consistente en el acercamiento gradual al estímulo que provoca el estrés.
- ◆ *Inoculación de estrés*: consistente en dotar al individuo de recursos y habilidades para enfrentarse a la situación estresante.

- ◆ *Otras herramientas tradicionales:* en las que se recogen las técnicas de relajación, la resolución de problemas, las técnicas de comunicación asertiva y las estrategias para el autocontrol.

Los beneficios alcanzados por aquellas intervenciones basadas en la modificación cognitiva, que incorporan a sus tratamientos la instrucción en conocimientos relacionados con la Psicología y la Educación, han conseguido posicionar la psicoeducación como una herramienta de apoyo a la terapia cognitiva-conductual para la reducción de los niveles de estrés (Mingote et al., 2019). El reconocimiento alcanzado por la psicoeducación en la disminución de la sintomatología clínica, tanto en la fases de prevención como de tratamiento de patologías relacionadas con la ansiedad, la depresión y el estrés, ha favorecido que el programa de entrenamiento a padres presentado en este trabajo doctoral, se encuentre respaldado teóricamente por la comunidad científica como un tipo de intervención capaz de aumentar la salud mental en poblaciones de riesgo, entre las que se encuentra, como veremos a continuación las figuras parentales (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020).

#### 1.4. SALUD MENTAL PARENTAL Y AJUSTE PSICOLÓGICO

La crianza y el entorno familiar suelen esconder situaciones capaces de generar malestar psicológico. A pesar de que el hecho de formar una familia suele estar asociado a momentos de bienestar, el inicio de la crianza ha sido considerada como una fuente generadora de estrés (Padilla et al., 2010) y posible origen de patologías asociadas a la sintomatología depresiva y ansiosa (Pérez y Santelices, 2016). Esta afectación en la salud mental parental principalmente es debida a los problemas de ajuste psicológico ocasionados por el cambio de hábitos experimentado en sus vidas tras el nacimiento de un hijo (Hernández-Carrillo et al., 2019). Tal desajuste psicológico parental no solo afecta a las figuras parentales, también puede provocar consecuencias negativas en la calidad de las relaciones familiares (Pérez y Santelices, 2016) y aumentar la probabilidad de aparición de problemas psicológicos en los hijos (Leijdesdorff et al., 2017).

Echeburúa et al. (2014), determinaron que, en algunas ocasiones, el malestar psicológico alcanzado por los padres, a pesar de no cumplir los criterios mínimos para el diagnóstico de un trastorno mental propiamente dicho acorde con los descriptores del DSM-5 (APA, 2013), requiere de una atención psicológica ya que provoca deterioro en la salud mental y un descenso en la calidad de la crianza ejercida. Estos autores expusieron que el origen del desajuste psicológico está asociado a experiencias relacionadas con: el duelo, los conflictos de pareja, el estrés laboral, los problemas de adaptación, la convivencia con personas enfermas o las dificultades relacionales entre padres e hijos.

En el último siglo, el panorama social y familiar actual ha sufrido notables modificaciones debido a la creciente igualdad entre sexos, el aumento de las rupturas matrimoniales y la normalización de nuevas estructuras familiares (Flores-Acuña 2017; Fruggeri, 2001). La familia sigue siendo el primer agente de socialización y de formación de los hijos, capaz tanto de fortalecer como de debilitar conductas y actitudes en los menores. Es por ello que, la atención eficaz de los padres durante los primeros años de vida es considerada un medio protector de la dependencia, la inmadurez, la agresividad y la baja tolerancia a la frustración de los hijos (Jiménez, 2016). Diversos investigadores han corroborado la responsabilidad que poseen las figuras parentales respecto de la salud emocional y el bienestar mental de sus hijos (Aguilar-Yamuza et al., 2019), datos corroborados recientemente por Romero-González et al. (2020) al afirmar que el bienestar psicológico de los padres reduce la probabilidad en los hijos de presentar problemas emocionales y conductuales. En esta misma línea, Vilorio y González (2017) determinan que la vulnerabilidad de las figuras parentales al malestar psicológico, está asociado a las estrategias de afrontamiento, mantenidas a lo largo de su vida, ante el estrés y, con la insatisfacción relacional con sus padres, parejas e hijos. Cuando este desajuste psicológico alcanza niveles de afectación propios de una enfermedad mental severa, puede llegar a ser incapacitante para la realización de las tareas que precisa la etapa de crianza y convertirse en un factor de riesgo para la salud de los hijos (Sánchez-del Hoyo y Sanz-Rodríguez, 2005). Este hecho es una realidad a la que deben hacer frente diariamente los servicios sociales de las comunidades autónomas españolas, ya

que la función parental en este tipo de familias mentalmente desajustadas, suele ser inadecuada y desadaptativa.

Young (2003) en su estudio sobre los estilos parentales desadaptativos, estableció que la elección de las prácticas parentales estaba relacionada con la vulnerabilidad a presentar sintomatología depresiva, estableciendo un listado de cinco elementos parentales que no facilitan la salud mental en relación con esta patología: (a) desconexión y rechazo; (b) autonomía deteriorada; (c) límites insuficientes, (d) focalización en los otros; y (e) sobrevigilancia e inhibición. Dicho autor concluyó que la afectación de estos comportamientos y actitudes de los padres, era un factor capaz de provocar sintomatología depresiva, indicando que las actuaciones parentales más dañinas en la intervención parental son la desconexión-rechazo y la autonomía deteriorada, llegando a generar el 21% de las depresiones en la madre y el 13% en los padres.

En cuanto al origen del desajuste psicológico en los padres, diversas investigaciones han concluido que, el hecho de tener un hijo con alguna alteración física o mental, aumenta la probabilidad de padecer sintomatología clínica e incluso podrían llegar a generar un trastorno mental en las figuras parentales (Hernández-Martínez et al., 2012). Estos resultados fueron corroborados por Rodríguez-Rodríguez et al. (2018) al confirmar un mayor porcentaje de padres diagnosticados de algún trastorno mental o sintomatología asociada, en la población de padres de hijos con labio leporino, síndrome de Down, diagnosticados de TDAH (Zambrano-Sánchez et al., 2018) y enfermos por cáncer (Salinas et al., 2018). Todas estas investigaciones han contribuido a confirmar la existencia de reacciones desadaptativas y desajusto psicológico en los padres y cuidadores que se enfrentan a situaciones no esperadas durante la etapa de crianza.

Las investigaciones dirigidas al estudio de la salud mental de los padres y sus consecuencias han sido tradicionalmente tenidas en cuenta en la intervención clínica, ya que la familia es considerada como un factor determinante y el punto de partida de la vida psíquica de una persona (Rivillas, 2014). A lo largo de la literatura científica, se ha demostrado que la salud mental de los padres es un factor determinante para la funcionalidad o disfuncionalidad de las interacciones familiares (Pérez et al., 2010). Zuna et al. (2009) concluyeron que el bienestar

familiar está influido por las características particulares de cada uno de los miembros, la adecuación en la entrega de los afectos, las pautas de crianza utilizadas y el apego establecido entre los miembros de la familia.

Con anterioridad, Valencia-Collazos, (2007) resaltó la importancia de la salud mental para la resolución de las dificultades cotidianas relacionadas con los recursos emocionales, la gestión de estos y el dominio de habilidades psicosociales en distintas áreas relacionadas con el trabajo, el manejo de la economía, las relaciones de pareja y las relaciones familiares. Concretamente, esta investigación demostró que las personas que no han adquirido recursos emocionales ni acompañamiento emocional de sus padres, se muestran más inseguras, agresivas y conflictivas, describen una baja autoestima, muestran sintomatología ansiosa-depresiva, inmadurez y manifiestan una necesidad constante de aprobación del medio. Por el contrario, aquellas que sí han contado con unos padres cuya enseñanza emocional y acompañamiento han estado presentes, muestran mayor seguridad en sí mismos, niveles más elevados de autoestima, un aumento en su de madurez, independencia, responsabilidad, capacidad de planificación, tolerancia y capacidad para establecer vínculos afectivos más adecuados.

Vargas (2014), en su artículo sobre los tipos de familia y su relación con la ansiedad y la depresión, indicó que este tipo de sintomatología obedece a una gran diversidad de factores, entre los que se encuentra la familia, la cual ha demostrado tener la capacidad suficiente para actuar como un factor desencadenante y/o mantenedor de este tipo de patologías. Para profundizar en el conocimiento de los trastornos mentales de origen afectivo que afectan a las figuras parentales, a continuación, se procede a describir cada una de estas patologías por separado, teniendo en cuenta la dificultad que esto conlleva, debido a la alta comorbilidad existente entre ellos (Fernández-Arias et al., 2019).

### 1.5. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS PARENTALES MÁS FRECUENTES

Tomando como referencia la definición de salud mental descrita al inicio de este capítulo por la OMS (2014), se ha procedido a adaptar tal concepto al contexto de la salud mental parental, describiéndola como el estado del que

gozan aquellos padres que conocen sus capacidades, se sienten eficaces, tienen capacidad de cubrir sus necesidades básicas y las necesidades de sus hijos, piensan las consecuencias de sus acciones, gestionan las emociones, poseen autocontrol, tienen habilidades sociales y dominan estrategias para la toma de decisiones. En esta misma línea, Morales y Smely (2014) sostienen que los padres que gozan de salud mental tienen más capacidad para: (a) controlar el estrés normal diario; (b) tomar decisiones desde la calma; (c) vivir una vida más saludable; (d) mantener unión y estabilidad con sus parejas; (e) crear hogares independientes y felices; (f) generar en sus hijos una mayor seguridad y motivación; y (g) contribuir con la sociedad.

A pesar de que históricamente se le ha dado una mayor importancia a la salud mental de la madre, durante las últimas tres décadas han proliferado los estudios acerca de la figura paterna y su incidencia en la salud mental de los hijos (Day y Lamb, 2004), llegando a conclusiones que determinan que ambos progenitores juegan un papel relevante en su desarrollo psicológico. Se calcula que una de cada cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004). En ese mismo año, en Europa se publicaban los datos del mayor estudio europeo en salud mental, el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMEd), en el que se concluye que el 25.9% de la población ha presentado algún diagnóstico relacionado con el trastorno mental a lo largo de su vida (Alonso et al., 2003).

Estudios más recientes muestran que las relaciones saludables con uno de los progenitores, ya sea el padre o la madre, adquieren un papel protector hacia el desajuste emocional causado por la enfermedad mental del otro progenitor (Pérez y Santelices, 2016), demostrándose así que, para la salud mental de los hijos, el funcionamiento familiar adecuado es más importante que la patología de alguno de los progenitores (Seifer y Dickstein, 2000). Vilorio y González (2017) determinaron que la vulnerabilidad clínica parental hacia la pérdida de la salud mental se encuentra asociada a tres factores detonantes: (a) la historia personal; (b) la experiencia de falta de efectividad en la resolución de conflictos vivida durante la etapa de crianza; y (c) la percepción negativa en relación con la satisfacción tanto con el rol de padres que están ejerciendo, como con la relación de pareja establecida.

A pesar de no haber encontrado estudios que enumeren de forma específica los trastornos más comunes en las figuras parentales (Rey, 2020) y de asumir que no existe un límite claro entre aquellas personas que están preocupadas, de aquellas con trastornos mentales leves (Batstra y Francés, 2012), la literatura científica describe cómo la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés afectan a las figuras parentales durante la crianza y cómo las intervenciones clínicas familiares suelen estar enfocadas a reducir este tipo de afectaciones (Barlow y Coren, 2018; Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2014).

### **1.5.1. Ansiedad parental**

La familia es un factor importante, tanto en el origen como en el mantenimiento del trastorno ansioso ya que, como indican las evidencias científicas, existe relación entre este tipo de patología, la implicación genética y las prácticas de crianza. Se ha comprobado que los padres que presentan sintomatología ansiosa tienden a criar a sus hijos de manera ansiosa (Bögels y Siqueland, 2006; Moore et al., 2004) y a su vez, se ha constado que tener un padre o una madre con trastorno ansioso es un factor que aumenta la vulnerabilidad a padecer este tipo de trastornos en la vida joven y adulta (Gregory y Eley, 2007). En este sentido, Van Gastel et al. (2009) afirman que los hijos con al menos uno de sus padres progenitores con ansiedad, tienen una tendencia 4.7 veces mayor a padecer un trastorno ansioso a lo largo de su vida. Aparte de la influencia de la genética y de las prácticas de crianza, los padres están expuestos al influjo que imprimen las experiencias vividas en su infancia, adolescencia e incluso en su edad adulta. Existen estudios que han trabajado en esta dirección, evidenciando que la experiencia traumática vivida durante el parto de sus hijos ocasiona sintomatología ansiosa (Bragado et al., 1999). Así mismo se han llevado a cabo investigaciones que relacionan la presencia de este tipo de patología con el hecho de haber convivido con un padre alcohólico (Gil-Bernal y Hernández-Guzmán, 2009).

Las génesis de los trastornos ansiosos pueden producirse durante la infancia o la adolescencia, aunque en ocasiones, a pesar de haberse gestado en etapas anteriores, la sintomatología ansiosa puede brotar en la edad adulta

(Santesteban-Echarri et al., 2016). Este tipo de patologías suelen persistir, llegando a acompañar a muchas personas a lo largo de toda su vida, a través de la codificación de sus síntomas (Capafons, 2001). La ansiedad parental influye en los quehaceres cotidianos de los padres dañando, frecuentemente, la calidad del ambiente familiar (Jadue, 2003). Tanto la sintomatología ansiosa de los padres como los estilos de crianza, analizados con detenimiento en el siguiente capítulo, han sido considerados posibles variables generadoras de sintomatología ansiosa y de conductas disruptivas en los hijos (Nerín et al., 2014).

### 1.5.2. Depresión parental

Como se ha venido razonando desde el inicio de este capítulo, la salud mental de los padres es un factor esencial para la ejecución de una parentalidad capaz de minimizar la vulnerabilidad hacia los problemas comportamentales y emocionales en los hijos (Ezpeleta, 2005). Se ha comprobado que los padres con sintomatología depresiva suelen presentar modelos y prácticas negativas de crianza capaces de provocar problemas en el desarrollo de sus hijos (Cuervo-Martínez, 2010). Se ha constatado que el hecho tener un padre o una madre con trastorno ansioso o depresivo es un factor que aumenta la vulnerabilidad a padecer este tipo de trastornos (Gregory y Eley, 2007).

Los trastornos asociados a la sintomatología depresiva más relevante que surge durante las cuatro primeras semanas tras el nacimiento de un hijo, es el denominado depresión post parto (DPP), cuyo rango de prevalencia se sitúa entre el 10 y el 15% de la población española (Suarez de León, 2020). Almanza-Muñoz et al. (2011), determinaron que dicho síndrome clínico, también denominado “depresión puerperal” se caracteriza por la sensación de incapacidad para afrontar los cuidados y las responsabilidades propias que requiere un niño recién nacido y sus síntomas más relevantes son: bajo tono vital, desánimo, llanto, tristeza, cambios de humor y fatiga, pudiendo cursar con síntomas propios del trastorno ansioso e incluso llegar a desarrollar, en casos graves, ideas suicidas.

Los trastornos depresivos afectan a los pensamientos y estos, a su vez, influyen en el estado de ánimo, generando en la persona que lo padece sentimientos de inutilidad, pérdida de interés y falta de esperanza, aspectos todos

ellos que hacen prácticamente imposible una crianza basada en actitudes positivas y habilidades eficaces (Maughan et al., 2007).

Uno de los problemas que encuentran las familias que cohabitan con uno de los progenitores diagnosticados de depresión es la falta de rutinas y hábitos saludables (Ganzedo-García et al., 2018). Gueron-Sela et al. (2011) ya anunciaban que tanto la conducta de juego como los hábitos alimenticios quedan alterados en familias que conviven con este tipo de patología, provocando un funcionamiento familiar disfuncional. Markowitz (2007) afirma que las madres diagnosticadas de depresión mayor llegan a generar en sus hijos alteraciones en la conducta del sueño, problemas emocionales y trastornos en su comportamiento. También Weissman et al. (2006) concluyen que los hijos de padres depresivos presentaban una mayor vulnerabilidad a que emerjan problemas de tipo psicosociales que los hijos de padres que no padecen este tipo de patología.

El entorno familiar se considera uno de los factores desencadenantes de la sintomatología depresiva en los padres y suele ser ocasionada por una preocupación excesiva de las tareas requeridas durante la crianza (Bragado et al., 1999). Existen estudios que han detectado una relación entre la presencia de sintomatología depresiva y la relación conflictiva entre padres e hijos (Saklofske et al., 1998). Así mismo, se ha demostrado que los ambientes familiares violentos y conflictivos suelen convertirse en problemas disfuncionales cíclicos, los cuales originan sintomatología depresiva en las figuras parentales, especialmente en las madres (Pérez y Santelices, 2016). Otro tipo de factores estudiados, debido a su influencia en el origen de la sintomatología depresiva, ha sido la conciliación laboral y familiar de los padres. Las aportaciones recientes de López-Arana y Barandiaran-Arteaga (2018) concluyen que la conciliación entre el trabajo y las labores que conlleva la crianza, provocan en las madres: estados de alarma, preocupación, duda, autoexigencia, incertidumbre y miedo. Por su parte, Pérez y Santelices (2016) concluyeron que el hecho de trabajar fuera de casa se podría considerar más como un factor protector que como generador de sintomatología clínica asociada con la depresión. Por último, es importante marcar la afectación que provoca este tipo de patología sobre las habilidades de crianza, demostrándose que los padres que presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y/o alguna patología relacionada con el estrés, muestran mayores

niveles de hostilidad, rechazo y estimulación inadecuada, que afectan a sus habilidades de crianza (Cummings et al., 2005; Parke et al., 2004).

Todos estos datos permiten concluir, que la sintomatología clínica asociada a la depresión está relacionada con estilos de crianza disfuncionales, los cuales afectan directamente a la calidad de vida de los integrantes de núcleo familiar. De ahí, la importancia de atender al contexto familiar en las intervenciones de niños con trastorno depresivo, ya que dentro de los factores detonantes de la depresión se encuentran: la vivencia de un trauma, las dificultades en el proceso de identidad, el consumo de alcohol, los problemas económicos, la crítica de competencias propias, el bajo rendimiento académico o laboral, el distanciamiento familiar, los problemas familiares y la existencia de antecedentes familiares de suicidio (Orgilés et al., 2018).

Esta necesidad de intervenir en el contexto familiar de las personas diagnosticadas de depresión, hace imprescindible la elaboración de programas de entrenamiento a padres (PEP) basados en la psicoeducación, tanto si el malestar es padecido por las figuras parentales, como si la sintomatología ha sido diagnosticada a un hijo, ya que, en ambos casos, es recomendable valorar e intervenir sobre la problemática familiar que se genera.

### **1.5.3. Estrés parental**

El inicio de la crianza ha sido considerado uno de los factores causantes de estrés (Jurado-Pérez et al. 2017) y principal responsable, junto a la ansiedad y la depresión, de la aparición de problemas asociados al funcionamiento familiar. Este tipo de patologías se ha confirmado que afectan tanto a las competencias parentales, como al bienestar de los hijos (Cummings et al., 2005). A lo largo de literatura científica revidada, el estrés materno ha sido el más estudiado, ya que son las madres las que presentan niveles de patología más elevados, ocasionados generalmente por un exceso de demandas frente a los recursos internos que creen poseer. Este hecho, suele provocar una reducción en la calidad de sus competencias parentales (Rodrigo-López et al., 2009). En cuanto a la figura paterna, existen estudios, como el realizado por Quintana-Peña y Sotil-Brioso (2000), en el que se demuestra una correlación significativa entre el número de

acontecimientos estresantes vividos por el padre de familia o, en su defecto, la persona que actúa como tal y la crianza.

El estrés parental ha sido definido a lo largo de la literatura científica, como un proceso de evaluación que enfrenta las exigencias asociadas al rol parental adquirido con los recursos que creen poseer los padres (Solis y Abidin, 1991). Posteriormente, Deater-Deckard (1998) incorporó a la definición de estrés parental, la aparición de sentimientos negativos hacia su persona o hacia sus propios hijos, debido a la sensación de desbordamiento. Estas afirmaciones han dado lugar a una descripción más actual en la que se entiende el estrés parental como la falta de capacidad para asumir el papel de padres de familia con relación al apoyo y el compromiso hacia los hijos (Anderson, 2008). Diversos estudios han demostrado la existencia de una repercusión de los estados de estrés parental perjudicial en los hijos, pudiendo llegar a convertirse en un factor detonante de problemas psicológicos en los menores (Romero-González et al., 2020; Keyser et al., 2017).

Diversos estudios avalan la correlación entre el estrés parental y distintas variables como son: la edad y el sexo de los hijos, la monoparentalidad, la satisfacción marital, los estilos de afrontamiento, los problemas de conducta, la falta de recursos económicos, y la ausencia de apoyo familiar (Ayala-Nunes et al., 2014). En esta misma dirección existen estudios que constatan una relación significativa entre el estrés y las creencias negativas sobre la paternidad, la sensación de una autoeficacia parental baja, los problemas de pareja y los eventos traumáticos de la infancia con el estrés (Liles et al., 2012).

De la revisión descrita hasta el momento sobre las patologías parentales, se concluye que los padres con problemas de ansiedad, depresión o estrés pueden provocar en sus hijos alteraciones de tipo emocional y socioafectivo (Cuervo-Martínez, 2010), aumentando la probabilidad de presentar alguna psicopatología a lo largo de su vida (Kazdin y Buela-Casal, 2006). Es pertinente resaltar que el bienestar y la salud mental parental repercute igualmente en las relaciones de pareja que se mantienen. Sears et al. (2015) señalaron la existencia de una alta correlación entre la tendencia neurótica de los padres y los conflictos maritales. Así mismo, estos autores indicaron que este tipo de patologías psicológicas suelen desencadenar en conflictos familiares. Siguiendo esta dirección de estudios, se ha

podido comprobar que las relaciones saludables entre los padres son un factor protector del ajuste psicológico familiar, además de un soporte para la socialización adaptativa y el correcto desarrollo de los hijos (Mirabile et al., 2016). Tal y como describe en el siguiente capítulo, la adecuación parental durante la crianza tiene la capacidad de actuar como un mecanismo protector de la salud mental familiar (Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo, 2014).

#### 1.6. SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA (CARM)

Para finalizar este capítulo se presenta el estado de salud mental en la Región de Murcia, ya que es en este territorio en el que se ha realizado la presente investigación doctoral.

En el año 2006, se realizó una primera comparación entre la prevalencia de trastornos mentales en España (15.08%) y la encontrada en la Región de Murcia, cuyos datos indicaron que el índice de prevalencia era superior en esta comunidad (15.3%), con un porcentaje más elevado en mujeres (21.9%) que en hombres (8.69%). Otros datos resultantes indicaron que el índice de riesgo de presentar mala salud mental entre la población adulta de Murcia se hallaba en el 20.3% (25.3% de mujeres y 15.2% de hombres. Estos datos posicionaron a la Región de Murcia a 1.04 puntos por debajo de la puntuación media obtenida en España por el INE (2013). Años más tarde, en 2011, la prevalencia de trastornos mentales había ascendido al 22.1%, mientras que en España se produjo un descenso hasta alcanzar el 20.4%. En relación con la población infantil, en el rango de edad entre los cuatro a los catorce años, los datos tampoco fueron alentadores, situándose en torno al 22.4%, porcentaje muy elevado en comparación con el conjunto de la población de España, que se situó en un 8.2%. En el año 2013, estas cifras descendieron, quedando reflejado en el indicador subjetivo de bienestar, que fue aportado por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, indicando una prevalencia del 6.9%, dato que correspondió a la obtenida como media en la población española (Gómez-Beneyto, 2011).

Entre los años 2010-12, se realizó en la Región de Murcia un trabajo epidemiológico con diseño transversal para el programa de encuestas de Salud Mental Mundial de la OMS, cuyo objetivo consistía en: (a) determinar la prevalencia de los trastornos mentales; (b) identificar los factores de riesgo y protección; y (c) aportar información sobre las interacciones existentes entre la genética y el ambiente en los trastornos mentales a nivel mundial. La ejecución de la parcela asignada a Murcia, fue denominada PEGASUS-Murcia (*Psychiatric Enquiry to General Population in SouthEastSpain-Murcia*) (Navarro-Mateu et al., 2015). Como se puede observar en la Figura 1, los datos obtenidos en este estudio indicaron que en la etapa en la que se llevó a cabo este trabajo (en plena crisis económica) las cifras de prevalencia de las enfermedades mentales en la Región de Murcia duplicaron las cifras obtenidas en estudios parecidos, realizados hace una década en población española y europea, aunque continúan estando por debajo de la prevalencia encontrada en la población estadounidense.

**Tabla 1**

*Comparación internacional de la prevalencia de los TM en los últimos 12 meses según estudios incluidos en la WMH Survey Initiative (Gerencia regional de salud mental, 2018, p. 48)*

	Región de Murcia (PEGASUS-Murcia) (*) (2020-12) OR (IC95%)	España (ESEMeD) (**) (2001-02) OR (IC95%)	Europa (ESEMeD) (**) (2000-03) OR (IC95%)	EEUU (WMH survey) (***) (2002-03) OR (IC95%)
Cualquier TM <sup>a</sup>	16.3 (13.9-18.6)	8.5 (7.5-9.4)	9.6 (9.1-10.1)	26.4 (24.7-28.0)
Cualquier Tr. <sup>b</sup> Afectivo	6.6 (5.4-7.8)	4.4 (3.7-5.0)	4.2 (3.8-4.6)	9.6 (8.8-10.4)
Cualquier Tr. Ansiedad	9.7 (7.7-11.7)	6.2 (4.6-7.8)	6.4 (6.0-6.8)	18.2 (16.9-19.5)
Cualquier Tr. por sustancias/alcohol	1.0 (0.2-1.8)*	0.7 (0.4-1.0)**	1.0 (0.8-1.1)**	3.8 (3.2-4.5)***

Nota. <sup>a</sup> TM = Trastorno Mental; <sup>b</sup> Tr. = Trastorno

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .000$

Así mismo, los datos obtenidos en el estudio PEGASUS-Murcia, indicaron que las enfermedades mentales afectan mayoritariamente al sexo femenino, a edades jóvenes y a personas con ingresos económicos menores. Navarro-Mateu et al. (2015), expusieron que únicamente el 47% de las personas que presentaban sintomatología compatible con los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad y el 62% con patologías relacionadas con el estado de ánimo, habían acudido a un profesional sanitario. Al continuar con la progresión histórica, sobre la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en la Región de Murcia, los datos indicaron que, a lo largo del año 2016, se había producido un ascenso alcanzado un 27.78 por cada 100.000 habitantes (CREM, 2016). Recientemente se ha publicado “El programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Consejería de Salud de la Región de Murcia, 2018), que realiza una revisión del modelo y estructura de actuación en la atención a las personas con problemas de salud mental en esta Comunidad Autónoma, así mismo, se presenta el “Plan Estratégico en Salud Mental cuatrienal” en el que se exponen las líneas de atención y la gestión que va a seguirse durante los próximos años. Estas líneas quedan recogidas en cinco ejes: (a) promocionar la salud mental y trabajar en la prevención de patologías relacionadas con el trastorno mental; (b) mejorar las prestaciones; (c) asegurar la continuidad de los cuidados a los ciudadanos con trastorno mental; (d) avanzar en la lucha contra el estigma asociado a estas patologías y velar por sus derechos; y (e) reforzar la gestión del conocimiento.

Teniendo en cuenta las líneas de actuación propuestas en este plan de acción, se espera contribuir con el PEP ECUS del que se evalúa su eficacia en la presente investigación, tanto en el área de promoción de la salud mental como a la prevención de trastornos relacionados con la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés. Igualmente, con esta tesis doctoral se pretende luchar contra el estigma que lastran los trastornos mentales gracias a los beneficios, utilidad y conclusiones finales, derivadas del trabajo realizado, ayudando a ampliar, en futuras líneas de trabajo, el registro de datos sobre la salud mental parental en la región y contribuyendo a ampliar los conocimientos y las posibilidades de intervención que aporta la psicoeducación.

**CAPÍTULO II**  
**SATISFACCIÓN FAMILIAR Y**  
**PRÁCTICAS DE CRIANZA**



## CAPÍTULO II – SATISFACCIÓN FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE CRIANZA

### 2.1. SATISFACCIÓN FAMILIAR Y FACTORES PREDICTORES DETERMINANTES

La mayoría de las personas consideran a la familia como el factor más importante de sus vidas, ya que es en este ámbito en el que se generan las relaciones más cercanas y se despiertan los afectos más profundos. Es por ello que, la satisfacción familiar se ha considerado un factor determinante para la valoración de felicidad que manifiesta un individuo. Este tipo de temáticas relacionadas con la familia, las relaciones que se establecen y los afectos que se profesan son, en ocasiones, difíciles de predecir, ya que están sujetos a un continuo dinamismo (Fishman et al., 2001).

La satisfacción familiar ha sido definida como la valoración que los miembros de una familia realizan sobre su vida familiar. Sobrino-Chunga (2008) centró su estudio en variables relacionadas con la cohesión entre los miembros de una familia, el nivel de adaptación y la calidad de las comunicaciones establecidas, concluyendo que la satisfacción familiar consiste en la percepción fenomenológica de la calidad relacional que un individuo establece con los miembros de su sistema familiar. Previamente, Schimmack et al. (2002) habían considerado la satisfacción familiar como la variable con mayor peso respecto a la valoración que realiza una persona sobre la satisfacción general en su vida, conclusión que ha sido corroborada recientemente por Pinto-Da Costa y Neto (2019), quienes indican que la satisfacción familiar es el principal predictor de la satisfacción vital según los propios hijos y un pilar fundamental para su futuro desarrollo (Álvarez y Antoñanzas, 2019).

El bienestar familiar ha sido un término cuya definición ha estado asociada a la salud y a la calidad de vida. Poff et al. (2010), como ya indicó Sobrino-Chunga (2008), determinaron la importancia de la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación como variables de medida de la satisfacción familiar. Sin embargo, estos autores incorporaron el funcionamiento general de la familia como un factor

relevante. Más adelante, Aguilar (2019) utiliza la valoración del estado de ánimo basándose en la medición del número de experiencias positivas vividas como un factor determinante de la satisfacción familiar. Todas las definiciones encontradas en la literatura científica, la describen la satisfacción desde una perspectiva de valoración subjetiva ya que la admiten como una construcción realizada sobre premisas de visión particular relacionadas con el contexto cultural, social, económico y religioso en el que se desenvuelve una persona (Cárdenas, 2016).

La satisfacción familiar, tradicionalmente, ha sido estudiada desde dos ángulos de análisis: el determinado por la perspectiva que poseen los hijos y el que se basa en la percepción de los padres sobre la familia. Erel y Burman (1995) estudiaron la satisfacción familiar de ambas figuras parentales. En sus conclusiones apuntaron que, la felicidad estaba relacionada con el grado de salud emocional experimentada en las relaciones establecidas con los hijos. En este estudio, además se incluyó una valoración de la calidad de su satisfacción a través de seis factores: (a) la satisfacción; (b) la calidad global; (c) la coherencia entre padres; (d) el control encubierto; (e) la disciplina; y (f) la consistencia de las normas. Estos factores resultaron ser la base de futuras investigaciones. En una línea similar Jackson (1997), realizó la primera categorización de la satisfacción familiar en función de lo que denominó “maniobras de actuación” estableciendo cuatro tipos:

- 1) *Satisfacción estable*: categoría que acoge a aquellos padres que presentan interrelaciones adecuadas a nivel de pareja y ejercen control e iniciativa en la direccionalidad de la familia, manteniendo dicha estabilidad en momentos de inquietud.
- 2) *Satisfacción inestable*: categoría en la que se agrupa a padres que, a pesar de presentar momentos de inestabilidad, son capaces de restablecer la estabilidad.
- 3) *Insatisfacción estable*: aquellos padres que presentan un acuerdo de no discusión basado en la delegación de responsabilidad en función de turnos en el cuidado de los hijos. Este tipo de parejas se caracterizan por describir una satisfacción familiar con falta de flexibilidad, impulsividad y con una sobrevaloración de las normas sociales.

- 4) *Insatisfacción inestable*: categoría que agrupa a padres que no presentan ningún tipo de acuerdo ni distribución de tareas y que sus relaciones están marcadas por escasos momentos de estabilidad, frente a situaciones prolongadas de inestabilidad afectiva. Este tipo de familias se caracterizaron por mantener enfrentamientos en escalada, con episodios de histeria y trastornos de tipo psicossomático.

Dada la influencia multifactorial de la satisfacción familiar, distintos investigadores han constatado la relación existente de la satisfacción familiar con diferentes formas de bienestar asociadas al ámbito personal, laboral, de pareja y a la satisfacción en las relaciones sexuales (Sánchez, 2017). Aunque, entre todas las variables influyentes, las características particulares de los padres es uno de los factores que actúa como mayor predictor de la satisfacción familiar, existen otros factores que también cabe resaltar. Entre ellos, Sánchez-López y Quiroga-Estévez (1995) concluyen que los padres con estudios inferiores muestran mayor nivel de satisfacción familiar que aquellos con estudios más avanzados, resultados corroborados, más adelante, por Montenegro y Soler (2013). Por el contrario, estas conclusiones discrepan con las encontradas por Meléndez et al. (2009), quienes confirmaron que la satisfacción vital es menor en aquellas personas con niveles de estudios inferiores.

También han sido tenidas en cuenta las características de personalidad de las figuras parentales. Díaz-Morales y Sánchez-López (2002) concluyeron que las personas con una personalidad dependiente presentaban niveles de satisfacción más bajos que aquellas que se percibían como independientes. Estudios más recientes han confirmado estos hallazgos, indicando que las personas extravertidas, abiertas a nuevas experiencias, amables, emocionalmente estables y responsables presentan niveles más elevados de bienestar y por tanto están más satisfechas (Schoeps et al., 2016) Por su parte, Sobrino-Chunga (2008), sobre las relaciones establecidas entre padres e hijos, concluye que la satisfacción familiar correlaciona de manera significativa con la comunicación y de forma más notable con la figura parental masculina. Sin duda, la variable comunicación intrafamiliar merece especial atención en este contexto de la satisfacción familiar. Este mismo autor argumentó que, a través de la comunicación se transmiten sentimientos,

vivencias, motivaciones, ideales y actitudes pertenecientes al mundo interno de una persona, aspectos todos ellos que aumentan la cohesión familiar. Akhlaq et al. (2013) concluyó que la comunicación era el factor de mayor peso para el aumento de la satisfacción familiar. Más tarde, González-Smith et al. (2018) confirman que, cuando se consigue alcanzar un clima de seguridad y confianza en las familias, la dinámica relacional alcanzada es capaz de aumentar las potencialidades personales y sociales de las personas que la componen. Por su parte, Hernández et al. (2017) indican que la comunicación positiva es determinante de la salud relacional entre padres e hijos, aumentando con ello, la satisfacción familiar. Este tipo de interacciones y dinámicas familiares saludables, han sido recogidas en multitud de estudios enfocados a la definición de la cohesión familiar, que describen este concepto como una dimensión establecida a partir del tipo de lazos emocionales que comparten los miembros de una unidad familiar y, del grado de autonomía que perciben. Una vez confirmada la existencia de estas variables relacionadas con los lazos emocionales y la autonomía, Gancedo-García et al. (2003) concluyeron que las interacciones familiares saludables y positivas son factores determinantes en el aumento del autoconcepto y autocontrol.

Otra variable también reconocida como relevante en el contexto de la satisfacción familiar es la existencia de conflictos familiares. Velásquez-Carranza y Pedrão (2005) indicaron que, dentro de los problemas relacionales en el hogar, el enfrentamiento de pareja era la que mayor incidencia tenía sobre la satisfacción familiar. Por su parte, Sobrino-Chunga (2008), en relación con las habilidades y dimensiones concernientes a la crianza, expuso que las dinámicas familiares positivas eran capaces de aumentar la seguridad, la resolución de problemas, la comunicación, la sensación de autorrealización y la percepción de logro; mientras que las dinámicas familiares disfuncionales estaban caracterizadas por actitudes y comportamientos negativos y eran capaces de reducir la calidad de las habilidades de crianza y disminuir los niveles de satisfacción familiar. Más tarde, estos datos fueron corroborados, confirmándose que la ausencia de conflictos familiares es un potente predictor de la satisfacción familiar (Alfonso-Hernández et al., 2017; Jiménez-Figueroa et al., 2011).

En cuanto a los hábitos y rutinas familiares, han sido estudiadas diversas variables que influyen en la satisfacción familiar, entre las que se encuentra el reparto de tareas domésticas. Urrutia y Figueroa (2015) indicaron que dicho reparto de tareas genera armonía familiar y mejora la relación de pareja, aumentando así la satisfacción familiar de sus miembros. Por su parte, Aslan (2009) también trabajó sobre este tipo de variables familiares, indicando que el ocio en familia correlaciona de forma positiva con la satisfacción familiar. En esta misma dirección, Jones et al. (2020) confirman que la cantidad de tiempo de convivencia en familia está relacionada con mayores niveles de satisfacción.

Por lo que respecta a la satisfacción laboral y la satisfacción familiar, ha quedado demostrado el vínculo estadísticamente significativo entre ambos (Jiménez-Figueroa et al., 2011; Pattusamy y Jacob, 2015). Los estudios de Sánchez-González (2017) concluyeron que los padres con un horario laboral nocturno presentan una menor satisfacción familiar que aquellos con jornadas diurnas. Otros estudios, en cambio, no encontraron diferencias significativas en relación con las jornadas laborales y la satisfacción familiar (Jiménez-Figueroa et al., 2009). Sin embargo, investigaciones posteriores que estudiaron otro tipo de variables relacionadas con la satisfacción laboral, indicaron que los conflictos en el trabajo y la carga laboral, suelen provocar una disminución de la satisfacción familiar (Jiménez-Figueroa et al., 2011; Namayandeh et al., 2011; Naoki et al., 2018).

En cuanto a la protección emocional y económica que suelen aportar los padres a los hijos, también se han encontrado datos que manifiestan que ambas variables correlacionan positivamente con la satisfacción familiar (Hernández, 2019).

Otros factores que afectan a la satisfacción en el hogar, son las relacionadas con las características de los hijos. Sánchez-López y Quiroga-Estévez (1995) indican que las familias con hijos pequeños presentan una satisfacción familiar mayor que aquellas que conviven con hijos mayores. Mora-Torres et al. (2013) expusieron en su artículo que el hecho de tener hijos pequeños es una variable determinante para la unidad familiar, capaz de dotar a los padres de una percepción del hogar más fuerte y satisfactoria. Respecto al número de hijos que conforman una familia, Sánchez-González (2017) sostiene que los padres con más cantidad de hijos muestran menor nivel de satisfacción familiar.

En esta misma dirección apuntan los resultados de Céspedes et al. (2014), al indicar que las familias formadas por siete o más integrantes presentan índices menores de satisfacción familiar en comparación con aquellos hogares que están compuestas por cinco o seis miembros. En este estudio, además, se reportan otros resultados interesantes respecto al número de hermanos, edad y sexo de los hijos. Se encontró que aquellos adolescentes sin hermanos o con uno solo, mostraban mayores niveles de satisfacción familiar debido al aumento de la calidad de la atención recibida de sus educadores. Respecto a la edad, los hijos en edades comprendidas entre los 15 y 16 años afirmaban estar menos satisfechos que aquellos otros de entre los 17 y los 18 años. En cuanto al sexo, las hijas mostraban mayor satisfacción familiar que los hijos varones.

Los estudios sobre satisfacción familiar en población adolescente han sido de gran relevancia (Mansilla, 2000) debido a la preocupación social que suscita este periodo evolutivo asociado a posibles adicciones (Espada et al., 2003). A este respecto específico, Mateo-Cristóforo et al. (2018) concluyen que el aumento en la satisfacción familiar disminuye el consumo de drogas en los jóvenes. Aguilar (2019) indica que la satisfacción familiar es una valoración del estado de ánimo generado en el núcleo familiar y valorado a partir del número de experiencias positivas vividas en él. Valoración que varía en el caso de los adolescentes, debido a que la calidad de las experiencias vividas por estos chicos, fuera del ambiente familiar, es una variable que influye en la valoración sobre la satisfacción familiar.

Sobre el afrontamiento de la soledad, este mismo autor argumenta que los adolescentes que puntuaron alto en satisfacción con su dinámica familiar, eran menos propensos: a sentirse aislados, al sentimiento de soledad, a evitar conductas de riesgo, a presentar una buena autoestima y a no realizar conductas autolesivas. En relación con la satisfacción familiar y el rendimiento académico, Muñoz et al. (2020) confirmaron que entre ambas variables existía una relación significativa positiva en la adolescencia. Otra variable a considerar en el contexto de la satisfacción familiar es la tipología familiar. Luengo-Rodríguez y Román-Sánchez (2006) pusieron de manifiesto que la estructura familiar influye significativamente en la satisfacción familiar de los progenitores. Estos autores establecieron cuatro tipos de estructuras familiares: familias nucleares, monoparentales, binucleares y complejas.

- ◆ *Familias nucleares*: familias constituidas por las figuras parentales convivientes.
- ◆ *Familias monoparentales*: familias construidas bajo un solo progenitor.
- ◆ *Familias complejas*: familias resultantes de tres generaciones en un sentido vertical.
- ◆ *Familias binucleares*: familias construidas por dos adultos y los hijos convivientes a su cargo.

Sin embargo, Delgado et al. (2020) en un estudio sobre población adolescente, indicaron que, para ellos, la estructura familiar no determina la satisfacción familiar. En esta misma línea de investigaciones relacionadas con el ambiente familiar, Milena et al. (2017) y Ventura et al. (2017), concluyeron que los hijos cuyos vínculos relacionales con sus padres son positivos, disminuyen la probabilidad de realizar conductas de riesgo. Por su parte, Céspedes et al. (2014) indicaron en su estudio que las familias en las que cohabitan tres generaciones distintas presentan niveles más bajos de satisfacción familiar, mientras que los adolescentes que conviven con sus madrastras o padrastros alcanzan una satisfacción familiar más elevadas. En el primer caso, los resultados podrían explicarse por un desfase generacional de valores y comportamientos (Ceberio y Serebrinsky, 2011) y en el segundo, los resultados podrían indicar que el aumento de satisfacción es producto de una mayor implicación por parte del padre biológico en la vida de los hijos (Andolfi y Mascellani, 2012) o deberse a una buena adaptación del nuevo integrante de la familia (Minuchin et al., 2010).

En último lugar, y acorde con los objetivos de la presente tesis doctoral, otras variables a considerar son: la relación de la satisfacción familiar con la salud mental de las figuras parentales y los estilos de crianza. Pérez-Ramos y Aguilar-Villalobos (2009) demostraron en sus estudios que las variables relacionadas con las habilidades de crianza entre las que se encuentra la flexibilidad, la escucha activa y el respeto a la libertad, están relacionadas con mayores niveles de comunicación, siendo dicha comunicación la que aporta niveles más elevados de satisfacción familiar.

Tales conclusiones concuerdan con los datos obtenidos años más tarde por Schneider et al. (2016), quienes concluyeron que la cohesión, la flexibilidad familiar y la comunicación contribuyen al aumento de la satisfacción familiar.

### **2.1.1. Consecuencias de la satisfacción familiar en el ajuste psicosocial de padres e hijos**

La satisfacción familiar ha sido estudiada como un factor protector de la estructura de personalidad, de la salud psicológica e incluso de la productividad laboral.

En cuanto a las repercusiones que presenta la satisfacción familiar sobre la salud mental, García-Ramos et al. (2018) evidenciaron tras sus investigaciones el poder desencadenante de la familia sobre la sintomatología ansiosa y depresiva durante la infancia. Sobre la sintomatología asociada con la ansiedad, Chapi-Mori (2012) comprobó que la satisfacción familiar provoca mejoras significativas en el trastorno ansioso, sobre todo en aquellos ambientes familiares caracterizados por unos niveles bajos de cólera y hostilidad. En cuanto al estrés, Jiménez-Figueroa et al. (2011) demostraron que las personas que presentan una baja satisfacción familiar presentan una mayor probabilidad de presentar este tipo de patología. Así mismo, en investigaciones previas, se han encontrado datos relevantes sobre cómo la incidencia del trastorno ansioso y del trastorno depresivo influyen en la calidad de la satisfacción familiar (Eley et al., 2004; Ferro y Boyle, 2015; Lonigan et al., 2003). Stavropoulos et al. (2015) obtuvieron datos suficientes para ratificar que la baja satisfacción familiar estaba relacionada con una baja autoestima en los padres, indicando que, en niveles elevados de afectación, se considera un factor de riesgo capaz de provocar sintomatología depresiva en los hijos. Salazar-Álvarez et al. (2013), en esta misma línea de investigación, encontraron una relación negativa entre la satisfacción familiar y la sintomatología depresiva, sobre todo en población adolescente. Ambas investigaciones ponen de relieve que las personas que poseen una base sólida familiar de sustento socioemocional, poseen más herramientas para afrontar las dificultades que puedan encontrar a lo largo de su vida.

En relación con las consecuencias provocadas por la depresión, se ha detectado una mayor tendencia suicida en aquellas personas que perciben una baja satisfacción familiar (Palacios-Delgado y Andrade-Palos, 2008), mientras que aquellas familias con interacciones estables son capaces de convertirse en factores protectores de salud mental (Sarmiento-Silva y Aguilar-Villalobos, 2011). Rivero-Lazcano et al. (2011) indicaron que la satisfacción familiar actúa sobre el descenso de la sintomatología psicósomática. Así mismo, comprobaron en este estudio, que la cohesión entre los miembros del hogar influye sobre la adaptabilidad y la comunicación adecuada. Recientemente, Wu et al. (2020) concluyeron que el hecho de que un hijo perciba en su familia una base sólida y obtenga una puntuación elevada en satisfacción familiar, favorece la gestión de emociones saludable y unos comportamientos más adaptativos. Estévez-López et al. (2008) estudiaron la relación entre la satisfacción con la vida de un individuo y el clima familiar que ha vivido, concluyendo que, el hecho de haber disfrutado de un clima familiar positivo aumenta el grado de autoestima y disminuye la sintomatología depresiva, resultados similares a los reportados más adelante por Salazar-Álvarez et al. (2013).

Junto a las ventajas que presenta para la salud mental la percepción subjetiva de la satisfacción familiar, también ha sido confirmada la relación de ésta en la reducción de los conflictos en el hogar (Luna-Bernal, 2012). A medida que aumenta la satisfacción familiar en un individuo, también lo hace la percepción global de la afectividad y el apoyo recibido, reduciéndose así el número de conflictos y el estrés percibido por los miembros de la familia (Jiménez-Figueroa et al., 2011). Domenech-Palau (2017) continuó esta línea de investigación concluyendo que aquellas familias que basan su intervención en el apoyo, generan vínculos de apego y presentan una comunicación adecuada, favorecen las conductas prosociales, el afrontamiento y la aceptación, mientras que aquellas familias que basan la crianza en la autonomía extrema, provocan conductas agresivas, inadaptadas y disfuncionales.

Una última variable, asociada con la satisfacción familiar, es la conducta antisocial, entendida como el conjunto de comportamientos delictivos que trasgreden el marco legal provocando un impacto negativo (Seisdedos, 2001). Garaigordobil (2005) aclaró más adelante que este tipo de comportamiento sigue

un patrón de acción que vulnera las reglas sociales en favor de un beneficio propio. La gran mayoría de los artículos publicados sobre satisfacción familiar y conducta antisocial se refieren a población adolescente, siendo los 13 años la edad clave en el inicio de conductas delictivas o problemáticas (Rechea, 2008). Tal y como señala Ponce-Díaz (2003), la satisfacción familiar parece estar asociada a la conducta antisocial-delictiva, cuyas conclusiones apuntan a que este tipo de comportamientos hace que descienda la satisfacción familiar percibida por los hijos. Espinola (2017) corrobora este resultado encontrando una correlación negativa y estadísticamente significativa entre la satisfacción familiar y las conductas antisociales-delictivas. Por el contrario, análisis más actuales no sostienen tal relación asociativa (Matienzo-Manrique, 2020).

## 2.2. PRÁCTICAS DE CRIANZA Y FUNCIÓN PARENTAL

La familia, junto a la connotación afectiva que posee, es una estructura psicosocial que actúa como el agente de instrucción más significativo en la vida de una persona, ya que instruye en las primeras habilidades y desarrolla las capacidades esenciales para el afrontamiento de la vida (Méndez et al., 2013). La relevancia de la función parental durante la etapa de crianza ha sido objeto de estudio en la última década, debido a su influencia en la consolidación de las habilidades cognitivas (Arcos y Flores, 2017).

El término crianza es definido por la Real Academia Española como la acción de nutrir, alimentar, orientar, instruir y dirigir. A partir de esta definición, Barreras (2001) la describió como el proceso que recoge la acción de criar a un hijo, permitiendo cuidar, ayudar a desarrollarse e instruir en cortesía, urbanidad y buena educación hasta que el menor es adulto. En esta misma línea de definiciones, Solís-Cámara et al. (2008) sostienen que la crianza recoge la intervención que los padres realizan con sus hijos, incorporando en su descripción, la influencia que presentan las prácticas parentales en el desarrollo psicológico de los niños.

El concepto “prácticas de crianza” quedo finalmente definido como aquellas tácticas que utilizan los padres para influir, educar y orientar a los hijos en favor de su integración social, sujetándola a dos dimensiones: el afecto y el control (Clerici y García, 2011; Duchesne y Ratelle, 2010).

La terminología utilizada para nombrar las prácticas parentales a lo largo de la literatura científica generó un foco de confusión que duró hasta que las revisiones de Torío-López et al. (2008a) e Izzedin-Bouquet y Pachajoa-Londoño (2009), en las cuales se argumentó que los conceptos “estilos de crianza”, “pautas de crianza”, “modelos de crianza” y “estilos parentales” pueden ser utilizados como equivalentes debido a que sus descripciones presentan parámetros descriptivos similares. Torío-López et al. (2008b) al definir los estilos educativos, utilizaron como sinónimo el concepto “pautas de crianza”, haciendo en ambas descripciones, referencia a la forma de actuar que presentan los padres con relación a la toma de decisiones y a la resolución de los conflictos. Ishak et al. (2011), por su parte, delimitaron el término “estilo parental”, describiéndolo como el conjunto de conductas y aptitudes que generan una línea de actuación determinada bajo una serie de dimensiones cruzadas que provocan un clima emocional determinante en el comportamiento y en el tipo de vínculo establecido con las figuras parentales. En esta misma línea de análisis de conceptos, Jorge y González (2017) definieron “estilos de crianza” como aquellas actitudes, conocimientos y creencias que los padres asumen en relación con la nutrición, la salud, la elección de contextos y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos. Fue a partir de la investigación de Baumrind (1978) y la revisión de MacCoby y Martín (1983) cuando el término “estilos parentales” alcanzó un lugar preferente en los estudios sobre la crianza debido a la categorización de tres estilos educativos: autoritativo o autorizado; autoritario; y permisivo. Este tipo de clasificaciones sobre la tipología en el comportamiento de los padres tuvo una gran relevancia, ya que reducía la intervención educativa a partir de un esquema práctico que simplificaba la acción parental en unas pocas dimensiones que, cruzadas entre sí, daban lugar a la denominación de distintos tipos de estilos parentales (Coloma ,1993). Las dimensiones establecidas por Baumrind (1978) fueron: afecto, disciplina y comunicación, siendo descritas de manera más precisa por Serrano et al. (2015):

- ◆ *Afecto*: dimensión que recoge aquellos comportamientos y aptitudes cognitivas relacionados con el apoyo, la ayuda, la aprobación, el elogio, la ternura, la aceptación y la implicación emocional.
- ◆ *Disciplina*: dimensión a través de la cual, los padres marcan las normas y consiguen imponer los límites establecidos. En esta categoría se encuentran términos relacionados con el control, la dominancia, las normas, las pautas educativas, la coerción y la restricción
- ◆ *Comunicación*: dimensión que hace referencia a la manera en la que se relacionan los miembros de una familia. Dentro de la comunicación, se establecen dos categorías de análisis: una relacionada con la apertura, en la que se incluye la diferenciación entre comunicación abierta y cerrada; y otra en la que se recoge la variable direccionalidad, diferenciando entre comunicación unidireccional y bidireccional. En esta categoría se engloban aspectos relacionados con la negociación, la escucha, la resolución de conflictos y la intimidad.

MacCoby y Martín (1983) tras la realización de un análisis sobre los trabajos de Baumrind (1978), enriquecieron el concepto de los estilos parentales, corroborando el resultado de la combinación de dichas dimensiones y añadiendo un tipo nuevo de estilo parental al fragmentar el estilo permisivo en dos niveles: el estilo permisivo indulgente y el permisivo negligente, con la denominación final de estilo negligente (Clerici y García, 2011). Los estilos parentales han sido utilizados frecuentemente en los programas de entrenamiento a padres (PEP) con el fin de ilustrar las consecuencias en los diferentes tipos de comportamiento parentales sobre la estructura de personalidad y el comportamiento de los hijos. Cerezo et al. (2015) realizó una descripción esquemática y precisa de los estilos parentales que se presenta a continuación:

- ◆ *Estilo autoritario*: los padres que pertenecen a esta categoría presentan un nivel alto de control y un nivel bajo de afecto. En este estilo educativo, la obediencia es vivida como una virtud, el diálogo es escaso y las medidas restrictivas se basan en el castigo y la reducción de la autonomía, la iniciativa y la espontaneidad de sus hijos.

- ◆ *Estilo democrático*: los padres que se encuentran enmarcados en este estilo, se caracterizan por niveles elevados de control y afecto, en este modelo las figuras parentales estimulan la comunicación bidireccional y establecen normas para regular la conducta.
- ◆ *Estilo permisivo*: en esta categoría de acciones parentales existe un bajo control de los comportamientos de los hijos y un elevado nivel de afecto. Las figuras parentales se caracterizan por ser tolerantes y afectuosos, no utilizan restricciones, exigencias ni castigos. Este tipo de figuras parentales centra su estrategia educativa en la autorregulación de los propios niños.
- ◆ *Estilo indiferente*: el grupo de padres que se encuentran dentro de esta categoría, muestran una intervención parental con un bajo nivel de control y de afecto. En esta categoría de estilo educativo, existe una baja implicación con los hijos tanto a nivel afectivo como educativo, debido, principalmente a la dejadez en el establecimiento de normas y seguimiento de comportamientos.

En la Tabla 2 se resumen de forma breve las características asociadas a cada uno de los estilos educativos indicando únicamente el peso que ejerce cada etilo educativo en relación con las dimensiones establecidas, según el modelo creado por Baumrind (1978), revisado y completado por MacCoby y Martín (1983).

**Tabla 2**

*Guía rápida de características de los modelos o estilos educativos*

Estilos parentales	Dimensiones		
	<i>Afecto</i>	<i>Control</i>	<i>Comunicación</i>
Autoritario	Nivel bajo (-)	Nivel alto (+)	Nivel bajo (-)
Democrático	Nivel alto (+)	Nivel alto (+)	Nivel alto (+)
Permisivo	Nivel alto (+)	Nivel muy bajo(-)	Nivel alto (+)
Negligente	Nivel muy bajo(-)	Nivel muy bajo(-)	Nivel muy bajo(-)

Un aspecto fundamental, teniendo en cuenta el propósito de este capítulo, son las consecuencias de los modelos o estilos educativos sobre los rasgos conductuales de los hijos, que Torío et al. (2008b), teniendo en cuenta las aportaciones de planteamientos previas, elabora y cuyos resultados se sintetizan en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Síntesis de comportamientos infantiles asociados a estilos parentales (Torío et al., 2008b)*

Estilos parentales	Rasgos conductuales en los hijos
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja autoconfianza.</li> <li>▪ Escasa competencia social y cohibición.</li> <li>▪ Alto nivel de conflicto/agresividad.</li> <li>▪ Baja creatividad.</li> <li>▪ Escasa autonomía personal.</li> </ul>
Democrático	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prosocialidad.</li> <li>▪ Autocontrol.</li> <li>▪ Motivación y responsabilidad.</li> <li>▪ Seguridad en sí mismo/a y autoestima.</li> <li>▪ Bajo nivel de conflictividad.</li> </ul>
Permisivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escasa competencia social.</li> <li>▪ Escaso autocontrol y control de impulsos.</li> <li>▪ Baja capacidad de esfuerzo.</li> <li>▪ Inmadurez.</li> <li>▪ Alegría y vitalidad.</li> </ul>
Negligente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baja competencia social.</li> <li>▪ Escaso autocontrol e inestabilidad emocional.</li> <li>▪ Baja autoestima y autoconfianza.</li> <li>▪ Escasa autorresponsabilidad.</li> <li>▪ Bajo rendimiento académico.</li> </ul>

Franco et al. (2014) tras la realización de un estudio sobre los estilos de crianza, describen tres requisitos básicos para la correcta interpretación de los modelos o estilos parentales: (a) no existen modelos fijos o “puros” de crianza, ya que las características de dichos modelos se entrelazan, dando lugar a estilos educativos mixtos; (b) el modelo educativo ejercido no es estático ya que, está sujeto a una serie de variables relacionadas con las características de los hijos; y (c) la composición familiar es una estructura que puede variar a lo largo de la crianza.

Sobre la categorización de los estilos parentales, Palacios (1999) aportó una nueva perspectiva, incorporando la variable Relación entre padres e hijos como factor a tener en cuenta. En su trabajo, construyó un modelo denominado “construcción conjunta o influencias múltiples”, consistente en la medición del flujo de eficacia establecido en las relaciones bidireccionales entre padres e hijos. De su estudio se derivó que una relación saludable entre padres e hijos es un factor determinante para el desarrollo socio-personal y afectivo de ambos.

En esta misma dirección de estudios sobre las prácticas parentales, Darling y Steinberg (1993) elaboraron un modelo en el que se establecieron dos estratos diferentes de estudio en relación con la influencia parental ejercida sobre los hijos, uno centrado en el estilo educativo y otro en las prácticas parentales. En el segundo nivel de análisis, se recoge el concepto “competencias parentales”, definido como aquellas aptitudes que poseen los padres. Variable, que como se verá más adelante, forma parte de uno de los objetivos de estudio de la presente tesis doctoral.

Para poder alcanzar un análisis correcto de las competencias parentales, se procede a la descripción de las funciones parentales, ya que son estas las que marcan el objetivo al que se dirigen las acciones parentales. A continuación, se muestra la categorización de las funciones parentales siguiendo el esquema propuesto por Sallés y Ger (2011):

- 1) *Función parental de protección*: labor que consiste en velar por el desarrollo, crecimiento y socialización de los niños.
- 2) *Función parental afectiva*: labor consistente en proporcionar un entorno facilitador para el desarrollo psicológico y afectivo de los hijos.

- 3) *Función parental de estimulación*: labor que consiste en aportar a los niños una estimulación que potencie sus capacidades físicas, sociales-afectivas e intelectuales.
- 4) *Función parental educativa*: labor consistente en dotar a los niños de la instrucción. Esta función incluye la inserción en un programa educativo, la gestión del comportamiento y la instrucción en actitudes y valores.

Valencia y Henao-López (2011) constataron que la acción parental se caracteriza por las creencias y actitudes que poseen los padres, aspectos que determinan el estilo de crianza ejercicio y afectan directamente al desarrollo de los hijos. Este tipo de aseveraciones han sido las responsables de la proliferación de investigaciones que buscan determinar las aptitudes y comportamientos parentales más beneficiosas para el aumento de la salud mental familiar (Ruvalcaba—Romero et al., 2016). El término “aptitud parental” ha alcanzado en la última década un lugar preferente en el estudio y promoción de la salud mental familiar. Partiendo de la definición de aptitud descrito por la Real Academia Española (RAE), se podría describir la aptitud parental como la capacidad para actuar competentemente durante la crianza de los hijos y ser considerada como aquella cualidad que capacita a los padres como aptos para educar de manera diligente. Asimismo, es conveniente resaltar que la actitud parental recoge la disposición, suficiencia e idoneidad de los padres para ejercer como figuras referenciales. A lo largo de la literatura científica, “aptitudes parentales” y “competencias parentales” suelen utilizarse como si fuesen palabras sinónimas, descritas indistintamente como aquellas capacidades correctas que garantizan unas prácticas de crianza adaptativas (Rodrigo-López et al., 2009). En este caso, al igual que sucede con el concepto “prácticas parentales”, existen una gran cantidad de conceptos y acepciones que se utilizan para referirse al ejercicio de la paternidad (Cuervo-Martínez, 2010; Ramírez, 2005).

Previo a los estudios dirigidos a las competencias parentales, es importante señalar el estudio de Barudy y Dantagnan (2005; 2010) en el que realizó una aclaración sobre el concepto paternidad, distinguiendo dos niveles: uno relacionado con la paternidad biológica y otro con la paternidad social, en el que se enmarcaron las competencias parentales. Es este segundo nivel, se incluyó la

acción de cuidar, proteger, educar y socializar a los hijos. Recientemente, Acevedo-Correa et al. (2018) han descrito el concepto “competencias parentales” como aquellas capacidades inherentes a las figuras parentales que, si son debidamente desarrolladas, proporcionan cuidado, protección, comprensión, educación y orientación a los hijos. En esta última década, se ha incorporado un área nueva de competencias relacionadas con la cognición parental que recoge las atribuciones, percepciones, metas, expectativas y conocimiento de los padres (Bornstein, 2017; Cote et al., 2015). En esta línea de investigación se enmarca el trabajo de Gallardo-Zanetta (2019), en el que describe las cogniciones parentales como esquemas mentales desarrollados por los padres sobre la forma en la que consideran el ejercicio de la paternidad como adecuado. La configuración de estos esquemas cognitivos se estructura en base a las experiencias vividas con sus padres, el modelo de crianza utilizado y a las experiencias acumuladas a lo largo de su propio ejercicio de la paternidad (Grusec y Danyliuk, 2014). Gallardo-Zanetta (2019) en su estudio sobre los desafíos y la necesidad de ajustes que implica la aculturación en las cogniciones parentales, realizó una categorización de conceptos relacionadas con las habilidades y cogniciones parentales en todas sus dimensiones, para la que utilizó todas las aportaciones previas de otros investigadores ordenadas y descritas de la siguiente manera:

- 1) *Conocimiento parental*: instrucción que poseen los padres sobre el cuidado y la responsabilidad biológica, física y socioemocional de sus hijos.
- 2) *Atribuciones parentales*: apreciación de las figuras parentales sobre su propia eficacia con relación a sus capacidades y habilidades. En esta dimensión se recogen las expectativas de resultados que los padres profesan respecto del éxito o el fracaso de su función parental.
- 3) *Autopercepción parental*: sensación de capacitación y satisfacción en el ejercicio de su rol parental y sociales una vez iniciada la crianza.
- 4) *Autoeficacia parental*: creencia de los padres sobre sus propias capacidades para influir de manera exitosa en el proceso de desarrollo de los hijos. Cualidad que influye en la manera de pensar, actuar y el nivel de compromiso que adquieren los padres (Bandura, 1997; Klein, 2008).

- 5) *Actitudes y creencias parentales*: concepto relacionado con la filosofía que mantiene un cuidador durante la etapa de crianza sobre sus propias acciones y pensamientos.

En cuanto a las actitudes y creencias parentales, Morales-Castillo (2020) incorpora a la definición de creencias parentales, el tipo de percepción que posee un padre sobre su capacidad de ejercer la parentalidad. Este autor argumenta en su estudio que las creencias de los padres sobre sus hijos están influenciadas por sus experiencias y atributos, llegando a ser un factor influyente en la tendencia de su comportamiento.

Junto a las creencias de los padres, cobran protagonismo las actitudes parentales en el estudio del contexto y la acción parental. El término “actitud” está relacionada con la tendencia, predisposición u orientación que una persona mantiene hacia la realización de un acto (Blanco y Alvarado, 2005). Sobre este concepto, Cárdenas-Mansilla (2008) indica que la actitud está basada en la predisposición positiva o negativa que una persona infiere a su comportamiento, agrupando la influencia ejercida en tres áreas: (a) cognitiva, compuesta por las creencias que subyacen a la actitud; (b) afectiva, relacionada con el sentimiento de aceptación o rechazo; e (c) intencional, descrita como la tendencia comportamental que encierra el objetivo propuesto. Recientemente, Correa et al. (2019) han distinguido dos tipos de actitudes que, a pesar de parecer obvias y conocidas por todos, no es frecuente encontrarlas en los artículos científicos de forma sencilla y precisa: actitud positiva, descrita como aquella que imprime a la actuación un carácter positivo, energético, alegre y que aporta ilusión; y actitud negativa, en la que se recogen sentimientos pesimistas, de dolor, sufrimiento y derrota. Así mismo, dichos autores recalcan el carácter cambiante de la actitud, afirmando que permanece sujeta a modificaciones asociadas a la instrucción, la motivación, la reflexión, la aceptación social, la experiencia, etc. Por último, estos autores concluyen que existen una serie de variables moderadoras de la actitud entre las que se incluyen la necesidad de identificación y aceptación de las virtudes y defectos que poseen los padres, indicando que los conocimientos adquiridos favorecen la autopercepción, potencian las competencias que se

poseen y ayudan a modificar aquellos patrones que han sido ineficaces hasta el momento.

Sallés y Ger (2011), siguiendo el modelo de parentalidad social de Barudy, clasifican las competencias parentales en dos grupos: capacidades parentales y habilidades parentales. Las primeras hacen referencia a los recursos emocionales, cognitivos y conductuales que poseen los padres, competencias que posibilitan una respuesta a las necesidades requeridas por sus hijos. En segundo lugar, se indica que las habilidades parentales hacen referencia al modelo de crianza, la participación en redes sociales y los distintos usos de los recursos existentes en la comunidad.

Por otro lado, el ejercicio de la paternidad encierra una serie de obligaciones y responsabilidades que pueden ser asumidas bajo un abanico de actitudes diferentes. Muñoz-Silva (2005) establece un patrón de comportamiento sobre el ejercicio de las funciones parentales desde un punto de vista evolutivo-educativo óptimo consistente en: (a) asegurar una supervivencia y un crecimiento sano; (b) aportar un clima afectivo y de apoyo emocional que fomente el desarrollo psicológico sano; (c) aportar la estimulación necesaria para adquirir unas estrategias de relación competentes y iv) decidir el nivel de influencia que se va a permitir establecer a otros contextos educativos del niño. Para cumplir esta serie de requisitos, Ramírez-García et al. (2018) sostiene que el ejercicio de la paternidad requiere de una presencia de los padres compuesta de momentos de calidad ya que, sin ese espacio compartido, resulta imposible mantener una parentalidad positiva.

Este concepto ha recibido en los últimos años una atención científica relevante, en cuanto a producción científica, por parte de la comunidad educativa y psicológica, reflejada en el aumento de revisiones teóricas y análisis e implementaciones de programas en educación parental (Rubio et al., 2020). Según Rodrigo-López et al. (2015), la “parentalidad positiva” nace en el Consejo Europeo del año 2006 como término para denominar el correcto cuidado y desarrollo de las capacidades del niño durante la crianza. Además, en este acto se indica que la acción parental adecuada está sujeta a un estilo educativo cimentado sobre el reconocimiento, la orientación y el establecimiento de límites; incluyendo la acción de potencia el desarrollo pleno del menor y de generar un clima de trato

no violento. Ante estas afirmaciones, la parentalidad positiva plantea la necesidad de ejercer una crianza basada en el afecto, el apoyo, la comunicación adecuada, la estimulación, la estructuración en rutinas saludables, la imposición de límites, el establecimiento de normas y consecuencias, y la implicación y el acompañamiento en la vida cotidiana de los hijos. Aspectos que se irán desarrollando a lo largo de este apartado.

A partir de la definición de parentalidad positiva o crianza efectiva, son numerosos los estudios realizados en busca de aquellas competencias o habilidades parentales que fomentan una crianza saludable, tanto para la salud mental de los padres, como para la adaptación de los hijos. Gracias a este tipo de reconocimientos institucionales sobre los beneficios de la crianza saludable, se ha ampliado el número de trabajos científicos y listados de habilidades parentales. A lo largo de la literatura científica se pueden encontrar distintas investigaciones que corroboran la efectividad de cada una de las competencias parentales. En 1997, Jackson señala las características de autoridad como una serie de competencias relacionadas con la disciplina, incluyendo el control de la conducta como un atributo de gran relevancia para una crianza efectiva. Así mismo, la disposición amorosa de los padres también se considera una competencia parental, ya que dicha cercanía afectiva, aumenta en los menores la probabilidad de mantener conductas prosociales. Dentro de esta categorización de competencias, se incluye la empatía, entendida como aquella participación afectiva de una persona sobre una realidad ajena (Mestre-Escrivá et al., 2007).

Sobrino-Chunga (2008) en esta línea de investigación, señala los beneficios del dominio de destrezas relacionadas con la comunicación en las figuras parentales durante la crianza. Por su parte, Pérez-Ramos y Aguilar-Villalobos (2009) centran sus esfuerzos en resaltar la importancia de ser flexible.

De todas las guías revisadas sobre habilidades de crianza publicadas, la "Guía de evaluación de las competencias parentales para programas de protección de derechos", realizada por Gómez-Muzzio y Muñoz-Quinteros (2014), establece una cuádruple categorización elaborada en función del objetivo hacia el que se dirige la acción parental:

- 1) *Competencias parentales vinculares*: bloque en el que se recogen aquellas competencias dirigidas a promover un apego seguro en los hijos,

incluyendo como estrategias: la mentalización, la sensibilización parental, la calidez emocional y el involucramiento cotidiano.

- 2) *Competencias parentales formativas*: en esta categoría se engloban aquellas competencias dirigidas a fomentar el desarrollo, el aprendizaje y la socialización de los hijos. En este apartado se incluyen: la estimulación del aprendizaje, la orientación, la guía, disciplina positiva y la socialización.
- 3) *Competencias parentales protectoras*: son competencias dirigidas a proteger y cuidar. En primer lugar, se basan en la protección de sus derechos y en segundo lugar en favorecer su integridad emocional, física y sexual. En esta categoría se incluyen como estrategias: las garantías de seguridad, la provisión de cuidados cotidianos, la organización de la vida cotidiana y la búsqueda de apoyo social.
- 4) *Competencia parental reflexiva*: en este apartado se recogen aquellas aptitudes que permiten reflexionar sobre el ejercicio de la paternidad que se está realizando, para así, tras su evaluación, poder revisar y ajustar las actuaciones realizadas. En esta categoría se incluyen como estrategias: la anticipación de escenarios vitales relevantes, el monitoreo, la meta-parentalidad y el autocuidado parental.

En esta dirección hacia la categorización de competencias parentales, Bermejo et al. (2014) presentan una investigación sobre las habilidades y actitudes de los padres relacionadas con la crianza. Dicho trabajo concluye con la elaboración de un listado de habilidades y variables de personalidad con el que se puede determinar si una persona tiene capacidad para ejercer la parentalidad de manera adecuada. Este análisis de competencias, dio lugar a la creación del CUIDA: Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (Bermejo et al., 2006; 2014), herramienta psicométrica que ha alcanzado un reconocimiento oficial para determinar la capacidad de una persona para proporcionar atención y cuidado a una persona en situación de dependencia. Las habilidades y variables ascienden a un total de 14, recogidas en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*VARIABLES QUE CONSTITUYEN LAS HABILIDADES PARENTALES DE LAS ESCALAS PRIMARIAS DEL CUIDA DE BERMEJO ET AL. (2006, 2014) (INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS, 2014, PP.76-77)*

VARIABLES	DEFINICIÓN
Altruismo	Habilidad que hace referencia a la manera de actuar de las personas de forma desinteresada y gratuita.
Apertura	Habilidad que hace referencia a la tolerancia hacia la diversidad de valores, estilos, modos de vida y culturas.
Asertividad	Habilidad relacionada con la adecuación de emociones y comportamientos. Hace referencia a la capacidad para gestionar emociones, críticas, cumplidos, peticiones y mostrar desacuerdo partiendo del respeto a uno mismo y a las demás personas.
Autoestima	Habilidad que hace referencia a la relación que una persona establece con ella misma como resultado del afecto que se procesa y de la valoración externa que percibe sobre su persona.
Capacidad de resolver problemas	Habilidad que consiste en la capacidad para identificar un problema, evaluar alternativas y actuar de acuerdo a un plan.
Empatía	Habilidad que consiste en reconocer y comprender los sentimientos, actitudes y circunstancias concretas que vivencian otras personas sin la emisión de juicios de valor.
Equilibrio emocional	Habilidad que hace referencia a la capacidad de manejar los estados de tensión asociados a las experiencias emotivas y al mantenimiento del control sobre el propio comportamiento en situaciones de conflicto.
Independencia	Habilidad que consiste en la capacidad de tomar decisiones y asumir la responsabilidad de los propios actos.
Flexibilidad	Habilidad que consiste en la capacidad de adaptación a situaciones cambiantes.
Reflexividad	Habilidad que consiste en la capacidad de reflexión previa a realizar una actuación.
Sociabilidad	Habilidad consistente en la predisposición a mantener relaciones sociales.

Tolerancia a la frustración	Habilidad que consiste en la aceptación y asimilación de una situación cuando las expectativas creadas no se han cumplido.
Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego	Habilidad relacionada con la capacidad de establecer relaciones interpersonales adaptativas.
Capacidad de resolución del duelo	Habilidad que dota a una persona de la fuerza necesaria para la elaboración y resolución de situaciones de pérdida.

Del análisis factorial del instrumento, se derivan además tres dimensiones o factores de segundo orden que comparten una de las tres áreas del cuidado adecuado de los hijos: Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás (Bermejo et al., 2014):

- ◆ *Cuidado responsable*: área que agrupa aquellas acciones parentales orientadas al cuidado de las personas que están a cargo de un cuidador. Entre las habilidades y actitudes que recoge este factor, se encuentran: la Capacidad de resolver problemas, la Flexibilidad, la Reflexividad y la Toma de decisiones.
- ◆ *Cuidado afectivo*: dimensión que hace referencia a la parte afectiva y sentimental del cuidador. En este factor se aúnan las dimensiones relacionadas con la Aceptación, la Autoestima, y la Asertividad.
- ◆ *Sensibilidad hacia los demás*: bloque que recoge las competencias parentales dirigidas a reconocer los sentimientos y necesidades de otras personas. En este factor se engloban las variables: Apertura, Altruismo, Capacidad de resolver problemas., Empatía, Flexibilidad, Sociabilidad y Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego.

Finalmente, se procedió a la incorporaron la agresividad como una dimensión o factor adicional, cuya descripción quedó estructurada bajo la connotación asociado a un comportamiento marcado por la falta de fuerza en el

control de impulsos. Este factor está relacionado con la Flexibilidad, la Reflexividad y la Tolerancia a la frustración.

La minuciosidad que ofrece el CUIDA para la evaluación de variables y dimensiones psicológicas relacionadas con las competencias parentales, unido al aval científico conseguido gracias a su consistencia interna, validez y fiabilidad, justifican su elección como instrumento de medida en la investigación realizada para la presente tesis.

### **2.2.1. Descripción de las competencias parentales, habilidades y factores psicológicos en relación con la crianza**

Tras haber revisado numerosos estudios sobre las competencias parentales que favorecen la crianza de los hijos y el análisis de diversas guías sobre habilidades parentales, en este epígrafe se abre paso a la descripción de aquellas competencias parentales que se sustentan sobre los 13 principios denominados "Principios de crianza efectiva", que fueron recogidos posteriormente por Pérez (2019) en su libro *El arte de educar. Un manual para familias y educadores*, manual en el que se fundamentan y recoge la metodología que requiere una crianza eficaz: (a) Prestar atención; (b) Valorar y reconocer; (c) comunicar de forma clara y precisa; (d) Facilitar el desarrollo fomentando lo mejor de uno mismo; (e) Asumir las consecuencias de las acciones; (f) Acoger, querer y mostrar afecto abiertamente; (g) Orientar y encauzar; y (h) No quejarse y resolver. Dichos principios, según este autor, están sujetos a dos premisas que cataloga de imprescindibles para el adecuado desarrollo de la paternidad, denominados acogida y orientación. La acogida hace referencia al afecto, al arropamiento, a la atención de las necesidades básicas de alimento, al descanso, a la protección y a la expresión del afecto, elementos que corresponden con una acción parental fundamental y básica de la crianza (Sallés y Ger, 2011). Por su parte, la orientación, hace referencia a la guía, la valoración, la instrucción y la estructura; elementos encargados principalmente del desarrollo intelectual.

Tomando como referencia los ocho principios descritos en las aportaciones de Pérez (2019), la presente investigación se enmarca en los siguientes 13 principios de crianza efectiva: (a) Dedicar a los hijos tiempo de calidad; (b)

Reconocer y valorar a los hijos aquellas virtudes que poseen; (c) Respetar el desarrollo madurativo particular de cada hijo y evitar comparaciones; (d) Facilitar que vayan asumiendo responsabilidades en relación a la edad en la que se encuentran los hijos; (e) Escuchar a los hijos observándolos con calma y prestar atención al contexto en el que se están desarrollando; (f) Comunicar de forma clara y precisa, teniendo en cuenta la edad en la que se encuentran los hijos; (g) Asumir la responsabilidad que conlleva el hecho de convertirse en figura parental; (h) Adecuación, coherencia y asertividad en las intervenciones parentales; (i) Evitar verbalizaciones que conlleven quejas innecesaria y procurar criar a los hijos desde una orientación positiva que apueste por resolver los conflictos; (j) Ser amables, cercanos y mostrar afecto abiertamente a los hijos; (k) Planificar y organizar la vida de los hijos, orientando las actividades propuestas hacia la salud física, afectiva e intelectual; (l) Establecer límites en el comportamiento de los hijos desde el sentido común, teniendo en cuenta el objetivo de la intervención parental y analizando, antes de imponer una sanción, las consecuencias familiares de las reprimendas; y (m) Proporcionar los ingredientes necesario para conseguir una adaptación lo más ajustada posible a las capacidades de los hijos.

Los padres poseen una gran influencia sobre la personalidad, las competencias y el comportamiento de sus hijos (Richaud-de Minzi et al., 2011), afirmación que recalca la necesidad de aumentar las habilidades y mejorar las aptitudes y actitudes de las figuras parentales. Las acciones negligentes de los progenitores hacia los hijos suelen estar asociadas a una falta de desarrollo de competencias relacionadas con la capacidad para establecer vínculos afectivos, identificar su rol, interpretar la vida cotidiana, resolver conflictos, ser empático, expresar sentimientos cariñosos y controlar impulsos (Febbraio, 2015). Ruvalcaba-Romero et al. (2016) tras analizar las competencias parentales y su repercusión en los hijos, establecen dos categorías de acciones parentales. Por un lado, las prácticas parentales positivas en las que incluyen: la autonomía, la comunicación y el control conductual y por otro, las prácticas parentales negativas en las que recogen: la imposición y el control psicológico hacia los hijos. Estos autores concluyen que las habilidades parentales positivas aumentan la autoestima, las competencias emocionales y la resiliencia en sus hijos, mientras que las negativas

aumentan las posibilidades de presentar sintomatología asociada a la depresión, la ansiedad y a los trastornos de conducta de sus hijos.

Con el fin de ordenar la información y ofrecer una visión parcelada de la intervención parental, se procede a distribuir las acciones realizadas por los padres en tres dimensiones: la implicación familiar, la estabilidad emocional y la disciplina. La división de las acciones parentales establecida, presenta una delimitación orientativa, ya que, entre ellas presentan puntos de conexión y se entrelazan varias de sus competencias.

#### *2.2.1.1. Acciones parentales relacionadas con la implicación familiar*

La implicación familiar ha sido descrita como aquella participación activa de los padres en acciones capaces de potencian el desarrollo social, emocional y académico de sus hijos (Valanzuela y Sales, 2016). Las relaciones afectivas establecidas entre padres e hijos y el acompañamiento en el proceso de desarrollo de los hijos influye considerablemente en la conducta, el rendimiento académico, el autoconcepto intelectual y la motivación (Álvarez et al., 2015; Mestre et al. 2007). Sallés y Ger (2011) indicaron tras su estudio, que la acción parental basada en la aceptación, el respeto, la afectividad y la estimulación, favorecía el correcto desarrollo físico y mental de los hijos. Además, estos autores afirmaron que las habilidades relacionadas con el establecimiento del vínculo afectivo están asociadas a la valoración positiva y a las muestras de interés, apoyo y coherencia. De esta forma, los hijos que reciben este tipo de afecto tienen más posibilidades de desarrollar una conducta social adaptativa. González-Pienda et al. (2003) ya confirmaban en estudios anteriores, que las conductas de los padres influyen en la motivación, el autoconcepto y la actitud de los hijos, variables elementales para el fortalecimiento de los procesos y estrategias cognitivas.

La familia es el contexto nuclear más importante durante los primeros años de vida, ya que en él los niños reciben los primeros afectos, adquieren la base de los aprendizajes e inician la socialización, de manera que la implicación y el tiempo de calidad compartido se hacen esenciales en una crianza efectiva (Vielma-Rangel, 2003). Estas dos variables: implicación familiar y tiempo de calidad dedicado a los hijos requieren de cualidades previas relacionadas con dos aspectos:

- 1) El *autocuidado*: entendido como el cuidado que realizan los padres sobre sí mismos y cuyo objetivo se enmarca dentro de la prevención del desgaste que la crianza provoca en los cuidadores. Deterioro, que al cronificarse, puede provocar modificar el rol activo del cuidador en los padres, para convertirlo en un sujeto pasivo demandante de cuidado (Guillén, 2004; Oltra, 2013).
- 2) Las *habilidades sociales y emocionales*: competencias que dotan a las figuras parentales de actitudes y estrategias que facilitan la eficacia a la hora de afrontar cambios. Este tipo de competencias, se relacionan con la regulación emocional y aumentan el bienestar psicológico (Catañeda y Peñacoba, 2017).

Un elemento fundamental en el contexto intrafamiliar que mejora la comunicación, el vínculo afectivo y la implicación de los miembros de una familia, es el autoconcepto. Término clásico que ha sido descrito como el resultado de la autopercepción de una persona. Elaborado a partir de la valoración de las personas denominadas como significativas del individuo, cuya carga positiva o negativa impresa al contenido, es determinante para la creación de la valoración de una persona hacia sí mismo (Machargo, 1991). La autoestima y el autoconcepto son términos que a lo largo de la literatura científica no han quedado bien delimitados. A pesar de que a la autoestima se le ha otorgado un matiz afectivo y al autoconcepto un peso más intelectual. La autoestima, fue descrita por Guardamino (2007) como una competencia fundamental que permite disfrutar de estabilidad emocional, ya que este factor de personalidad, determina el estilo de pensar, la forma de actuar, facilita la expresión de sentimientos, promueve la sensibilización, influye en la valoración del medio, ayuda a decidir y permite actuar bajo comportamiento catalogado como adecuado. Más tarde, Bermejo et al. (2014) englobaron la autoestima como parte del autoconcepto, definiendo la autoestima como aquellos sentimientos y cogniciones que una persona posee sobre sí misma. Sea o no considerada la autoestima como parte del autoconcepto, lo que está demostrado es que el desarrollo de ambas competencias está relacionado con la implicación familiar (González-Arratía et al., 2003). Análisis posteriores concluyen que la implicación familiar percibida (por los hijos

adolescentes) influye en el autoconcepto de los hijos, afectan a distintos ámbitos de su desarrollo: académico, físico, personal y social (Álvarez et al., 2015).

La implicación que los padres mantienen con los hijos ha sido un tema de estudio recurrente en investigaciones de corte educativo. Patall et al. (2008) relacionaron la implicación familiar con el aumento de las tareas domésticas que realizaban los hijos en su hogar y, Suárez et al. (2011) indicaron que los padres que estaban pendientes de la vida de sus hijos influían en la mejora de su desarrollo, argumentando que la presencia de los padres favorecía el fortalecimiento de patrones de conducta adecuados en los hijos.

Olsson (2009) también correlacionó el aumento del tiempo de dedicación parental y la implicación con los hijos, con el logro y la mejora en su rendimiento educativo, resultados que han sido confirmados recientemente por Fernández-Alonso et al. (2017).

#### *2.2.1.2. Acciones parentales relacionadas con la estabilidad emocional*

Los padres, como se ha venido confirmando, poseen un papel clave en el desarrollo de las aptitudes de sus hijos debido, principalmente, a las interacciones emocionales que se establecen con ellos. Es acercamiento afectivo, se ha demostrado que influye en la maduración de las áreas del cerebro encargadas de la regulación emocional y de la conciencia (Schore, 1996). Goleman (1996) tras los estudios realizados, expone la importancia de dotar a los padres de competencias de tipo emocional, ya que los niños inician las primeras reflexiones sobre ellos mismos, despiertan en los pensamientos sobre el ser y comienza el análisis sobre las reacciones emocionales en el núcleo familiar, contexto en el que practican y confrontan las distintas respuestas emocionales. En esta etapa, es fundamental que las figuras parentales realicen un acompañamiento, sobre todo en los aprendizajes relacionados con la socialización. Eisenberg et al. (1998, citados en Núñez, 2008) establecieron un modelo sobre los tipos de acciones parentales establecidas durante la instrucción emocional de sus hijos, responsabilizando a la negligencia de la calidad de este tipo de intervenciones. Este modelo incluye: (a) el tipo de reacciones de los padres ante las emociones de sus hijos; (b) el estilo que los padres adquieren al abordar una discusión sobre temas emociones con los

hijos; (c) la elección por parte de los padres del tipo de expresión emocional que deciden utilizar; y (d) la selección de aquellas situaciones y momentos cotidianos en los que los padres deciden intervenir para provocar estados emocionales.

Martínez et al. (2011) definieron la inteligencia emocional como aquella competencia que permite percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las emociones que se perciben del exterior. Los conocimientos adquiridos sobre inteligencia emocional, llevan a pensar que resultaría obvio confirmar que los padres emocionalmente inteligentes, cercanos y democráticos en sus prácticas parentales, son capaces de aportar y transmitir habilidades emocionales a sus hijos y por tanto aumentar la inteligencia emocional de sus hijos (Alegre, 2012). Sin embargo, Ramírez-Lucas (2015) en su revisión concluye que los padres con puntuaciones más elevadas en inteligencia emocional actúan conforme a una serie de prácticas de crianza que responden al estilo democrático, acción parental que genera en los hijos puntuaciones más elevadas en inteligencia emocional. En esta misma línea de aseveraciones, Catañeda y Peñacoba (2017) indican que a pesar de que la intensidad de las intervenciones parentales disminuye a medida que el niño va incorporado estrategias propias, la huella que se impregna durante la infancia continúa como un factor determinante en la regulación emocional a lo largo de su vida.

Según Bermúdez et al. (2003) las personas con mayor estabilidad emocional poseen una puntuación mayor en autoestima, una actitud más positiva con respecto a sí mismas, toleran mejor la frustración, controlan los estados tensionales, aceptan mejor las críticas y toleran la incertidumbre. Rodríguez-Mateo et al. (2018) confirman una relación estadísticamente significativa entre la estabilidad emocional y la inteligencia emocional, a la par que afirman que la estabilidad familiar influye de manera directa sobre la satisfacción familiar. Además, estos autores resaltan la importancia de la comunicación como la principal responsable del mantenimiento de unas relaciones familiares saludables, indicando que una comunicación correcta favorece la toma de decisiones y provoca mejoras en la sintomatología clínica relacionada con el estrés.

Así mismo, el termino asertividad ha sido empleado en referencia a una estrategia comunicativa que basa su intervención en la adecuación. Bermejo et al.

(2014) la describieron como aquella capacidad para saber expresar correctamente las emociones positivas y negativas y utilizar habilidades relacionadas con: el manejo eficaz de la crítica, la manera de dar y recibir cumplidos, la aceptación y rechazo de peticiones, y el hecho de mostrar desacuerdo. Las personas asertivas, concluyen estos autores, suelen presentar una autoestima positiva, disponen de capacidad de resolución de problemas y son más sociables. Por otro lado, Li y Ahlstrom (2016) indicaron que la estabilidad emocional está asociada a competencias relacionadas con el liderazgo, la satisfacción, la autoeficacia y el compromiso, habilidades que unieron a la capacidad de resolución de problemas, la resolución del duelo y la capacidad para establecer vínculos afectivos de calidad, previamente señaladas por Bermejo et al. (2014).

Otra competencia relacionada con la estabilidad emocional es la empatía, en la que se estimaron dos dimensiones: una dimensión cognitiva que consiste en ponerse en el lugar del otro, y una dimensión afectiva que se caracteriza por la capacidad de sentir. Richaud-de Minzi et al. (2011) indicaron que la empatía percibida en las figuras parentales por los hijos, se ha demostrado que correlacionaba con una puntuación elevada en la empatía de los hijos. Aportaciones posteriores indicaron que, las familias con un nivel elevado de empatía, mantenían un alto grado de cercanía afectiva y un clima familiar caracterizado por la aceptación y el apoyo a la autonomía (Pi y Cobián; 2016). Por último, la actitud positiva ha sido considerada como una competencia parental y descrita como la tendencia comportamental que posibilita una disposición social y afectiva. Esta competencia tiene como función principal, lograr la hegemonía de una forma de pensar positiva (Vázquez-Martínez, 2001). A nivel coloquial el optimismo ha sido utilizado como sinónimo de actitud positiva, ya que ambos términos comparten una tendencia general de optar por expectativas positivas. Scheier y Carver (1992) definió el optimismo como aquella actitud que consiste en esperar que sucedan cosas buenas y el pesimismo como la inercia a predecir cosas negativas. El optimismo ha sido utilizado en la intervención clínica, como una estrategia para la mejora de la estabilidad emocional. Es importante resaltar que el optimismo no hace referencia a una forma de actuar con soluciones mágicas, sino a una manera agradable y positiva de afrontar los esfuerzos, asumir cambios, planificar, sistematizar recursos y enfocar expectativas de logro (Giménez-

Hernández, 2005). De hecho, se ha comprobado que las personas optimistas presentan mayor capacidad de resiliencia, competencia descrita como la capacidad para afrontar y superar de forma eficaz desafíos, situaciones estresantes y vivencias traumáticas (Vizoso, 2019).

#### 2.2.1.3. *Acciones parentales relacionadas con la disciplina familiar*

Un último aspecto a considerar en todo el entramado de las dinámicas familiares, es la disciplina, descrita por Kelley et al. (1990) como el mecanismo de socialización que emplean los padres para regular la conducta e inculcar valores, actitudes y normas en sus hijos. Se trata de un concepto controvertido y cuestionado, que ha generado discrepancias entre la comunidad docente, los profesionales de la Pedagogía y de la Psicología y los padres. En numerosas ocasiones el término disciplina, ha llegado a estar demonizado. Para García y García (2009) la disciplina es un proceso evolutivo que, en el contexto familiar, se presenta como un recurso instrumental necesario para la socialización de los hijos que facilita la autonomía, el rendimiento, el autocontrol y fomenta armonía en la convivencia.

Ya en 1996, Craig, dentro del estilo parental autoritativo, concibe la disciplina de forma positiva y constructiva, descrita como un componente imprescindible para alcanzar una educación eficaz. La disciplina se caracteriza por la capacidad para proporcionar un control sobre los hijos basado en la calidez y que facilita la autonomía de forma progresiva y flexible. En esta misma línea, Jackson (1977) utiliza el concepto disciplina como sinónimo de firmeza, indicando que, en ambos casos, se hace referencia a la capacidad de mantener el control y la iniciativa en la familia con estabilidad.

Desde el punto de vista funcional, la disciplina favorece la prevención y/o reconducción de determinados comportamientos y previene distintos comportamientos a través de lo que se ha denominado “estrategias disciplinares”. Ibabe (2015), basándose en estudios previos, recoge tres tipos de estrategias:

- ◆ *Estrategias coercitivas*: en este grupo la disciplina es ejercida a través de la imposición de consecuencias negativas a los comportamientos inadecuados de los hijos, sin explicación o justificación, establecida a través de amenazas y retiradas de privilegios.

- ◆ *Estrategias inductivas*: con estas herramientas, los padres ponen límites a sus hijos al verbalizar las consecuencias de la conducta, pero en este caso, se utiliza un estilo reflexivo, negociando y razonado. En esta línea de actuación parental, se pone de manifiesto la cognificación de lo que está bien y lo que está mal, fomentando un aprendizaje relacionado con comportamiento adecuado e inadecuado.
- ◆ *Estrategias indiferentes*: con este tipo de intervenciones, los padres muestran expresiones de indiferencia, permisividad y pasividad. Se ha comprobado que los hijos de padres con alto nivel de protección y baja puntuación en firmeza, muestran niveles más elevados de inadaptación escolar y social (Pelegrín et al. (2009).

En este mismo estudio, Ibabe (2015) argumenta que las estrategias parentales basadas en una disciplina coercitiva o parcialmente coercitivas, se asocian con mayores niveles de violencia física y psicológica en hijos adolescentes hacia sus progenitores.

La disciplina posee una trayectoria histórica, que como se expuso al inicio de este apartado, en ocasiones, ha sido utilizada como sinónimo de dictadura, obviando su capacidad de ser establecida bajo valores constructivos y democráticos. En la revisión conceptual de López (2017) se estructura la evolución de este concepto en cuatro fases: (a) los inicios, bajo el encuadre de la disciplina desde una perspectiva únicamente autoritaria y punitiva; (b) la utilización del término asociado a una herramienta capaz de ejercer el control emocional sobre el comportamiento de los hijos; (c) la denominación de la negligencia como una forma de disciplina una doble vertiente: el maltrato por negligencia y la negligencia por amor. En esta fase, se produce un rechazo manifiesto hacia el autoritarismo clásico, aunque no se dirigen los esfuerzos hacia una elaboración clara de criterios educativos alternativos; y iv) finalmente, este autor establece la última fase basándola en la prevalencia de la educación democrática o de negociación. De una manera u otra, la disciplina, no solo es una herramienta educativa, ya que ha llegado a alcanzar el reconocimiento de fenómeno universal y cultural, cumpliendo las cuatro funciones requeridas para esta categorización: (a) función de socialización, al incluir en su registro, el aprendizaje de estándares

de comportamiento aprobados y tolerados culturalmente; (b) función asociada al desarrollo de la madurez, ya que se ha confirmado que el comportamiento es producto de las expectativas inferidas de una sociedad determinada y no a un hecho espontáneo; (c) función dirigida a la interiorización de valores morales y a la necesidad de establecer sanciones externa para el control social; y (d) función asociada a la seguridad emocional del niño a través del control externo de su conducta. En cualquier caso, la disciplina utilizada en el ámbito de la familia, no permanece estática, ya que se encuentra sujeta a variaciones en su ejecución, pudiéndose alternar prácticas de control restrictivas con otras sanciones más flexibles. En la ejecución de la disciplina hay factores como la edad de los hijos y sus características particulares que determinan el tipo de control establecido (Palacios et al., 2018).

En el contexto escolar, la disciplina se considera una herramienta necesaria e imprescindible para la comunicación adecuada, la relación saludable entre docentes y alumnos, y el aumento de la calidad en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Estas ventajas permiten ajustar la conducta de autorregulación de los niños y como resultado facilitan la realización de las exigencias académicas que rigen el trabajo académico y la convivencia en el entorno escolar (Rivera et al., 2017). Por el contrario, cuando la disciplina no se ejerce como herramienta de limitación democrática de la conducta en los contextos educativos, aumenta las probabilidades de crear desajustes en los niños que, a pesar de iniciarse en una edad temprana, sus consecuencias se magnifican en la etapa adolescente y primera edad adulta. A este respecto, De la Torre-Cruz et al. (2014) confirmaron que los hijos que presentan niveles más elevados de agresividad física y verbal hacia sus iguales, provienen de familias con un estilo de crianza autoritario, mientras que los hijos de padres con un estilo parental educativo democrático, mantienen unas relaciones con sus amigos más saludables. En esta misma dirección, González-García et al. (2019) confirman la capacidad predictiva de la disciplina y el estilo educativo autoritario en las expresiones de ira de los hijos. En el caso concreto de la violencia escolar, Machimbarrena et al. (2019) advierten que las dinámicas, estilos y prácticas parentales democráticas, establecidas de forma equilibrada, sin conflictos, con interacciones de calidad y comunicación adecuada

entre padres e hijos, se convierten en factores protectores del desarrollo del rol de agresor y de víctima de bullying y/o cyberbullying.

El comportamiento prosocial ha sido estudiado en relación con la salud mental, ya que éste, se ha constatado que actúa como un factor protector y moderador de la conducta agresiva. Este tipo de comportamientos, favorece tanto la adaptación al medio como el dominio de las habilidades sociales (Carlo et al., 2010a, 2010b). Chao y Willms (2002) afirmaron que las prácticas positivas de los padres, entre las que se incluyen: la sensibilidad, la racionalidad y la crianza firme, provocan un descenso de los problemas de conducta en los hijos. Así mismo, Tur et al. (2004) hallaron correlaciones entre los hábitos de crianza y las conductas adaptadas/inadaptadas de los hijos. Concretamente, las variables de crianza relacionadas con el apoyo, la autonomía, la disciplina y la satisfacción con la crianza correlacionaban de forma negativa con las variables: inestabilidad emocional y agresividad de los hijos. Por su parte, algunas prácticas parentales, como la utilización de recompensas sociales y la aceptación parental, se han visto relacionadas positivamente con las conductas prosociales en los hijos (Carlo et al., 2007; Richaud-de Minzi et al., 2011). En el extremo opuesto de las practicas parentales, el control patológico, la crianza negligente y el estilo autoritario están relacionados con el aumento de la agresividad y el descenso en los niveles de prosocialidad (Pérez et al., 2019).

El trato ejercido hacia los hijos, se ha relacionado tanto con el control como con el afecto. García et al. (2005) indicaron en su estudio que la conducta parental se manifiesta bajo dos dimensiones relacionadas con la aceptación y el rechazo. En relación con esta distribución, Richaud-de Minzi et al. (2011) argumentaron que estas dos emociones se establecen como extremos de un continuo en el cual, se posiciona en un vértice a los padres que demuestran el amor, la aceptación y el afecto de forma extrema, mientras que en el otro polo, se sitúa a aquellos padres que presentan sentimientos de rechazo hacia sus hijos, exhibiendo conductas de desaprobación y/o la indiferencia de manera exagerada, llegando a provocar un trato severo y abusivo.

La revisión realizada hasta el momento de las distintas prácticas y acciones parentales y su relación con el comportamiento de los hijos, pone de manifiesto la relación e influencia directa con el ajuste psicológico en los menores. A este

respecto, son numerosos los estudios que han hallado resultados concluyentes que corroboran la relación entre los estilos parentales y las dimensiones de desajustes psicológico en los hijos. En una primera aproximación, Fuentes et al. (2015) encontró que los hijos adolescentes de familias indulgentes, mostraban puntuaciones significativamente menores en: hostilidad, agresión, baja autoestima, visión negativa, inestabilidad emocional y autoeficacia negativa, que aquellos adolescentes de padres autoritarios y negligentes. En un extremo más grave de desajuste psicológico, estudios recientes, han constatado cierta relación en población adolescente entre el control psicológico materno y la manifestación de conductas autolesivas, mediadas por la ansiedad (Vicente et al., 2017). En términos similares, Flores et al. (2017) evidencian la influencia de determinadas prácticas parentales, principalmente, por parte de la madre, y el afloramiento de problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes relacionados con la ansiedad, la depresión, la introversión, el trastorno somático, los problemas de atención y los trastornos de conducta. Igualmente, tanto la ambigüedad propia de los estilos permisivos, como otros condicionantes intrafamiliares relacionados con los conflictos en el hogar, la reacción disfuncional a la desobediencia o la sobrecarga de los padres, son un factor desencadenante de problemas de adaptación y desajuste psicológico en los hijos (Moreno et al., 2020).

De todo ello se deduce, la necesidad de alentar y formar a los padres sobre unas prácticas de crianza sanas que equilibren la disciplina positiva a través del afecto, el acompañamiento y una comunicación adecuada, para lo que se ha visto, es necesaria una base mínima de salud física, relacional y psicológica en las figuras parentales. Este bienestar, se considera previo a la capacidad de los padres de valorar, reconocer y forjar la construcción de un autoconcepto saludable (Vielma-Rangel, 2003). Bajo esta afirmación, se plantean las iniciativas formativas que impulsan los programas de entrenamiento a padres (PEP), que como en el programa presentado en este trabajo doctoral, tienen como objetivo dotar a los padres de habilidades y competencias educativas y psicológicas en relación con la crianza, tal y como se procede a describir en el siguiente capítulo.



**CAPÍTULO III**  
**REVISIÓN DE PROGRAMAS**  
**DE ENTRENAMIENTO A**  
**PADRES**



## CAPÍTULO III – REVISIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES

### 3.1. LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO A PADRES (PEP)

Las primeras influencias que recibe un niño afectan a su estructura de personalidad y vienen originadas principalmente por el contexto familiar y en especial por las figuras parentales. Estas huellas adquieren un papel que en ocasiones, es determinante debido a la intensidad de su carga afectiva y al hecho de formar parte de sus primeras experiencias (Palacios, 1999). Debido a ello, la intervención con los padres ha sido considerada como un factor primordial e igualmente determinante en el aumento de la salud mental de los niños (Quintana-Peña y Sotil-Brioso, 2000).

Cada padre tiene un estilo particular de crianza que determina el comportamiento que ejerce con sus hijos (Cartié, Ballonga y Gimeno, 2008). Dicha forma de actuar ante situaciones cotidianas, la manera en la que se toman decisiones, la forma de resolver conflictos e incluso la actitud que se manifiesta, configuran un estilo de acción parental particular (Torío-López et al., 2008). Tal y como ha quedado descrito en el capítulo anterior, las competencias parentales han ido clasificándose a lo largo de la literatura científica, destando aquellas, que por su interés formativo, pueden ser adquiridas a través del aprendizaje y la experiencia, permitiendo ser modificadas o fortalecidas mediante programas de entrenamiento (García-Terrazos y Huamán Torres, 2020). Igualmente, algunas de estas competencias han sido catalogadas como elementos capaces de aumentar la vulnerabilidad de los hijos hacia los trastornos del comportamiento, tanto en el inicio, como en la gravedad de dichas patologías (Robles, 2009). Esta afirmación ha sido clave para los modelos de intervención infantil, ya que han conseguido dar peso a la necesidad de trabajar con los padres para mejorar la salud mental de los niños.

Sallés y Ger (2011) comprobaron que las acciones formativas y terapéuticas en los padres aumentan la adaptación familiar y generan un ejercicio de la parentalidad más positiva. De ahí, que los Programas de Entrenamiento a Padres (en adelante: PEP) adquieran un papel principal en este tipo de intervenciones, asumiendo como principal premisa de intervención, que las conductas, tanto apropiadas como inapropiadas, están influenciadas por agentes familiares. Partiendo de este principio, Kazdin (1995) expuso que al provocar modificaciones en la conducta de los padres se generan variaciones en el comportamiento de los hijos, afirmación que ayudó a que los PTP (*Parent Training Programs*) a que fuesen adquiriendo un papel cada vez más relevante en las intervenciones con niños. En esta misma dirección, Olivares et al. (1996) confirmaron que este tipo de programas son capaces de provocar un descenso en las conductas inapropiadas y fortalece la conducta prosocial en los hijos mediante la intervención directa con los padres.

Robles (2009) informa en su tesis doctoral que en 1997 Kazdin determinó que los PEP eran una forma de tratamiento prometedora dentro del área de los problemas de conducta tanto en acciones preventivas, como en el tratamiento de problemas de comportamiento en niños y adolescentes (Shaffer et al., 2001), confirmándose su eficacia en la práctica clínica (Kazdin y Weisz, 1998). Esta hipótesis ha sido igualmente corroborada en estudios más recientes, en los que se vala la eficacia de los PEP en la mejora del comportamiento de los hijos, la reducción de conductas agresivas y en la reabilitación de los trastornos generalizados del desarrollo (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017). Asimismo, se ha comprobado que aumentan la calidad de la dinámica familiar, la comunicación adecuada, la capacidad para resolver problemas y la disminución del estrés (Robles y Romero, 2011). Estos autores, en estudios anteriores, indicaron que los PEP, en particular aquellos que emergen de la corriente conductista, centran las bases de su intervención bajo la premisa de que la conducta de los niños está determinada por las relaciones que mantienen con sus figuras parentales. En esta misma línea, establecieron que los problemas de comportamiento provocan una espiral de intercambios perjudiciales que debilita las prácticas parentales adecuadas (Robles, 2009). A pesar de la popularidad alcanzada por este tipo de programas en la práctica clínica, su gestación se

produjo en los centros escolares y sociales, debido a la demanda de modelos de intervención ante los problemas de conducta de los menores (Romero et al., 2005). En estos contextos, Webster-Stratton y Herbert ratificaron en 1993 el beneficio del trabajo con grupo de padres que presentaban el mismo tipo de problemática familiar, ya que favorecía la adquisición de conocimientos y disminuía la sensación de estigmatización traumática (Robles, 2009). A partir de estos estudios, los PEP han ido convirtiéndose en una alternativa eficaz a los tratamientos psicológicos habitualmente utilizados tanto en niños como en adolescentes (Olivares et al., 2002).

Los PEP tienen como planteamiento principal evitar la cronificación de los problemas de comportamiento en los hijos mediante la modificación de la conducta de las figuras parentales (Robles y Romero, 2011). Esta intervención se realiza a través de la instrucción a las figuras parentales en herramientas de intervención capaces de romper el ciclo establecido de coerción y permitir el aumento de la calidad de las relaciones con los hijos. De este modo, se constata la importancia de las figuras parentales como factores promotores y agentes capaces de provocar cambios (Barlow y Stewart-Brown, 2000).

### 3.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS PEP

El origen de los PEP se fechó a finales de la década de los 30, a pesar de que sus inicios reales comenzaron a establecerse una década anterior, gracias al desarrollo de las técnicas de modificación de conducta, con especial influencia de los estudios realizados sobre el condicionamiento operante de Skinner en la década de los 40. Los primeros estudios con rigor científico comenzaron a realizarse tras la identificación de la influencia del ambiente en el desarrollo del niño (Shaffer et al., 2001). En este sentido, en 1926, Healy y Bronner (citado en Basanta, 2010) indican que el contexto familiar y en especial la intervención parental, son catalogados como uno de los predictores más importante de la delincuencia. Este hecho originó que el foco de atención para eliminar los problemas de comportamiento antisocial se centrara en los padres y no en los niños. Estos descubrimientos no fueron implementados inmediatamente debido a que la utilización de este tipo de intervenciones no pertenecía al registro habitual

de tratamientos clínicos del momento (Shaffer et al. 2001). Las primeras aproximaciones terapéuticas al tratamiento infantil, comienza en la década de los 50 con el uso de metodologías basadas en las teorías psicodinámicas que baban su intervención a través de la relación entre el niño y el terapeuta, enfocando el tratamiento hacia las vivencias interiores del niño, más que a los trastornos de comportamiento (Berman, 1959, citado en Shaffer et al., 2001). Sin embargo, estos programas no alcanzaron el éxito previsto debido, principalmente, a que se realizaron en un ambiente artificial, sin tener en cuenta a los padres, ni tampoco, el medio natural en el que se desenvuelven los niños.- Este hecho, llevó a determinar erroneamente, que la causa de los cambios producidos tras estas intervenciones en la conducta de los niños eran mínimos (Berkowitz y Graziano, 1972, citado en Shaffer et al., 2001). Por el contrario, las técnicas basadas en la modificación de conducta alcanzaron una mayor eficacia en la mejora del comportamiento infantil, consiguiendo que los resultados alcanzados, se mantuviesen en otros ambientes fuera del contexto clínico (Robles, 2009). Estos hechos provocaron que los PEP comenzaran a adquirir un corte conductual, a pesar de que el psicoanálisis fue, en sus inicios, la corriente más cercana a la práctica clínica (Vargas-Bustos, 2006).

Tras el trabajo de revisión bibliográfica realizado por Polaine-Lorente y Cerezo (1984) y el de Kazdin (1985) se alcanzaron tres conclusiones de gran relevancia sobre los PEP en las que se recogieron que: (a) las técnicas basadas en la modificación conductural se rigen bajo el condicionamiento operante; (b) la incorporación personal para-profesional en los servicios de salud mental ha sido beneficioso; y (c) la incorporación de los padres como coterapeutas en este tipo de intervenciones se ha normalizado. Esta última afirmación sobre la inclusión de las figuras parentales como agentes que parcipan en las intervenciones orientadas a la modificación de conducta de los niños, comenzó en la década de los 60.

En esta primera etapa, los investigadores centraron sus esfuerzos en el desarrollo de un PEP que permitiese ser utilizado como una alternativa a la intervención clínica de los trastornos de conducta en la infancia (McMahon y Forehand 2003). A lo largo de este periodo, PEP utilizaron el modelo triádico propuesto a finales de los 70 por Tharp y Wetzel, consistente la intervención directa de un terapeuta con padres, cuya función se asume como mediadora en la

reducción de los problemas de conducta de su hijo. En este tipo de acciones, se pare de la suposición subyacente de que existe algún tipo de déficit en las competencias de los educadores que explicarían el inicio y/o mantenimiento de los problemas de sus hijos (Silvares y Marinho, 1998). Por otro lado, una de las ventajas y motivos de la buena acogida institucional de los PEP, fue la reducción de costes que suponían las intervenciones en grupo (Olivares et al., 2002). A lo largo de los años 70 comienza la implementación de grupos de entrenamiento para padres, confirmandose el abaratamiento de costes y la reducción de estigmatización que provocaban las prácticas clínicas en quien las recibía (Barlow y Stewart-Brown, 2000).

En un corto espacio de tiempo, los PEP tuvieron un gran auge debido principalmente a la influencia de organizaciones orientadas al voluntariado (Pugh et al., 1994) y a estudios impulsados por Estados Unidos en relación a esta materia. Dos programas de entrenamiento adquirieron una gran popularidad: el *Parent Effectiveness Training* (PET) de Gordon y el *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP) de Dinkmeyer y McKay, cuya descripción se mostrará mas adelante (Robles y Romero, 2011). Fue a partir de este tipo de trabajos, cuando se consigue demostrar la eficacia de los PEP como un tipo de técnica de intervención grupal que mejora los niveles de motivación hacia el tratamiento, por encima de otros tipo de acciones clínicas, corroborandose nuevamente en este estudio, la reducción de costes económicos (Richardson y Joughin, 2002).

Shaffer et al. (2001) estructuró el desarrollo de la metodología y la validación de los PEP en tres etapas:

- 1) La primera etapa abarca desde el inicio de los años 60 hasta el año 1975, etapa en el entrenamiento a padres comenzó a ser utilizado bajo un formato de intervención terapéutica.
- 2) La segunda etapa abarcó desde 1975 hasta 1985, período en el que se trabaja hacia la generalización de los efectos alcanzados, a través de la demostración empírica. Esto produjo una mayor aceptación de estas técnicas en la sociedad, lo que provocó que llegara a ser catalogada y aceptada como una herramienta de intervención clínica (Kazdin, 1977).
- 3) La tercera etapa abarca desde 1985 hasta la actualidad. Este periodo esta caracterizado por el auge de los PEP (Shaffer et al., 2001) y la

implementación de estudios orientados a la detección de factores desencadenantes de los problemas de conducta infantiles (Eyberg et al., 1995). Entre dichos factores, Griest y Wells a principios de los 80, resaltaron: las variables contextuales, la salud mental parental, el equilibrio marital y el nivel socioeconómico (Shaffer et al., 2001).

Desde hace unas décadas, las intervenciones a padres han ido ampliando su foco de atención hacia otros niveles más allá del clínico, en concreto, hacia el contexto escolar, la comunidad o el sistema judicial. Este nuevo enfoque de intervención aporta nuevos recursos a la visión tradicional de la psicoterapia infantil (Box et al., 2015; McLeod et al., 2015). En esta misma línea de estudios, Alarcón-Chavez y Salvador-Pérez (2018) subrayan las ventajas que presentan los PEP: (a) un aumento en la calidad de la dedicación empleada de los padres hacia los hijos durante la crianza consiguiendo así, actuar en prevención hacia posibles problemas de conducta y trabajar de manera más exitosa sobre estas dificultades si hacen acto de presencia; (b) la utilización de los PEP como apoyo práctico a otros tratamientos; (c) la posibilidad de administrar este tipo de intervenciones en formato grupal; y (d) la incorporación del nivel afectivo-sentimental como parte del proceso de tratamiento. En esta nueva etapa de desarrollo de los PEP como herramientas de intervención, se encuadra el programa ECUS expuesto para su estudio en la presente tesis doctoral y que comparte las ventajas anteriormente citadas como guía de intervención, ya que él mismo nace con el propósito de colaborar en la mejora de los índices poblacionales de salud mental de las figuras parentales.

### 3.3. CLASIFICACIÓN DE LOS PEP SEGÚN SU APROXIMACIÓN TEÓRICA

Existen distintas tipologías de PEP determinadas por la influencia y las corrientes psicológicas, filosóficas y educativa que han imperado en el momento histórico de sus elaboraciones. A lo largo de la literatura científica, se pueden encontrar estudios sobre PEP influidos por escuelas psicológicas contrapuestas, como son la psicoanalítica y la conductista (Santamaría, 2001), cuya implementación, a pesar de no obtener apenas éxito, ha arrojado importantes

avances en el establecimiento de nuevas herramientas de trabajo (Berman, 1959, citado en Shaffer et al., 2001). Sin embargo, otras escuelas como el conductismo y el cognitivismo o el humanismo, sí han logrado encontrar un equilibrio conjunto (Robles, 2009). Es cierto que la mayoría de los PEP están elaborados bajo la influencia del conductismo, debido principalmente a la capacidad de sus técnicas para extrapolar las mejoras alcanzadas en el ámbito clínico a otros contextos (Vargas-Bustos 2006). También son relevantes otro tipo de programas influenciados por las teorías adleriana y humanista denominados “democráticos” que se basan en las relaciones interpersonales (Barlow et al., 2002; Richardson y Joughin, 2002), programas que se analizarán más adelante. Este tipo de programas de corte humanista basa sus intervenciones en la mejora de las relaciones entre los padres y los hijos, ahondando en estrategias para mejorar la motivación, la empatía y la gestión de las emociones. El objetivo principal de este tipo de PEP consiste en formar a los padres en estrategias de comunicación positiva, con el propósito de resolver los problemas interpersonales entre sus miembros.

Para concluir este apartado, es importante remarcar la existencia de tres tipos de programas a los que se irá haciendo mención a lo largo de este capítulo: (a) los programas conductuales; (b) los programas democráticos; y (c) aquellos programas que tienen características propias de los dos orígenes conductuales y democráticos, denominados mixtos (Robles, 2009).

### **3.3.1. PEP conductuales**

La corriente conductista se ha ido posicionando como una de las escuelas más relevantes del siglo XX. Tal y como apunta Robles (2009), la intervención clínica de corte conductual adquirió fuerza desde los inicios del modelado y el ensayo conductual gracias a las aportaciones en los años 70 de Hanf y Kling (1973), pioneras en la unión de técnicas de modelado y ensayos conductuales en los PEP. El tema principal de estudio de la corriente conductista ha sido el aprendizaje, cuya fuente principal de investigación se sustenta en la experimentación con el reino animal (Santamaría, 2001). Dicha corriente psicológica, ha sido capaz de verificar científicamente la eficacia de sus

intervenciones en la mejora de los problemas de conducta en los hijos (Brestan y Eyberg, 1998), sobretodo para el trastorno de conducta antisocial de inicio temprano (McMahon y Forehand, 2003). Fue Dumas quien sintetizó los supuestos básicos conductistas de los PEP en cuatro principios (Robles, 2009):

- 1) Las personas se encuentran expuestas a un continuo intercambio con el entorno. El aprendizaje basado en el refuerzo y el castigo es lo que determina el comportamiento humano.
- 2) El comportamiento social del niño es aprendido y sostenido a través del refuerzo positivo o del refuerzo negativo que recibe principalmente de las figuras parentales.
- 3) La terapia conductual favorece el cambio en las contingencias sociales y su objetivo principal consiste en fortalecer las conductas prosociales del niño y castigar o ignorar aquellas conductas no apropiadas.
- 4) El éxito alcanzado por el tratamiento, así como su sostenimiento y generalización de resultados a otros contextos, depende principalmente de la consolidación del uso del refuerzo positivo.

En 2004, Mackenzie et al. resumieron los objetivos de la intervención conductual en dos ideas principales: el esfuerzo hacia el desarrollo de habilidades parentales orientadas a fomentar la conducta positiva; y la focalización hacia el aprendizaje de técnicas parentales que posibilitan la reducción de las conductas negativas de sus hijos. Este mismo autor, expuso la importancia de catalogar las metodologías y técnicas utilizadas en el entrenamiento conductual como herramientas eficaces y reproducibles para otros investigadores, tanto en PEP destinados a la intervención, como en aquellos destinados a la prevención de los problemas de conducta en los hijos. Asimismo, la intervención de este tipo de programas, se dirige a la instrucción parental de las herramientas necesarias para la modificación de conducta.

Los fundamentos teóricos de los PEP conductuales centran su foco de atención en la modificación de la conducta, sustentando sus estrategias en los principios del aprendizaje social (Robles y Romero, 2011), basados en la detección de las causas y las consecuencias de la conducta. De esta manera, se consigue que las conductas adecuadas quedan reforzadas y los comportamientos problemáticos

extinguidos, sin la utilización del castigos físicos. Desde esta orientación Robles (2009) expone que los padres son instruidos con el fin de: (a) reforzar los comportamientos prosociales y castigar las conductas inapropiadas; (b) incentivar aquellas actividades positivas durante la etapa de la crianza; (c) estructurar contextos que favorezcan los comportamientos adecuados; y (d) imponer los límites mediante el uso de órdenes e instrucciones eficaces.

Desde sus inicios, esta tipología de programas ha ido evolucionando gracias a las conclusiones obtenidas en la investigación científica sobre su implementación y a las informaciones reportadas de la experiencia clínica. A pesar de haberse mantenido la estrategia de extinción y refuerzo, herramienta ratificada por su capacidad para provocar un cambio de conducta significativo, existen otras competencias que más novedosas que también han conseguido demostrar su eficacia, como la estrategia de refuerzo de actitudes positivas. Dicha estrategia ha sido relevante por la reconducción terminológica de este tipo de programas, ya que ha conseguido variar el concepto “castigo” hacia el término “disciplina positiva” (Robles, 2009). Igualmente, se han ido incorporando nuevas estrategias relacionadas con el manejo del autocontrol, del estrés y de la ira (Rey, 2006). Este avance ocasionado por la absorción de nuevos conceptos, se produjo gracias a la influencia de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales ya que, a través de estos recursos complementarios, se ha conseguido mejorar la efectividad de la intervención y reducir el número de abandonos (Taylor y Biglan, 1998).

Con relación al material utilizado en este tipo de PEP, las herramientas más utilizadas en los programas de tipo conductual han sido la visualización de videos, los ensayos conductuales y la orientación en principios teóricos de habilidades (Taylor y Biglan, 1998, citado en Robles y Romero, 2011). Este tipo de materiales ya habían logrado un importante impulso a partir de los estudios de Webster-Stratton (2001, citado en Robles y Romero, 2011).

Como ejemplos de PEP conductuales, se muestra en primer lugar el programa *EmPeCemos* (Emociones, Pensamientos y Conductas para un desarrollo saludable) de Romero et al. (2009). Dicho programa tiene como objetivo principal promover la competencia social y reducir los problemas de conducta en niños en edades comprendidas entre los siete y los diez años. Este programa parte de una

metodología basada en técnicas relacionadas con la instrucción didáctica, la discusión grupal, el ensayo conductual, la visualización de escenas, la relajación y la propuesta de actividades para casa. Es un programa de aplicación grupal, con un total de 12 sesiones y una duración de 90 minutos. Tras la presentación del programa en la primera sesión, la segunda presenta como punto de partida el análisis del comportamiento, sus consecuencias, la importancia del elogio y la relación padres-hijos. Se continúa en la tercera sesión con el refuerzo en el ámbito académico, la mejora de la comunicación, el manejo del estrés y el entrenamiento del autocontrol. En la sexta sesión, se apunta hacia la aplicación de las consecuencias ante la mala conducta, contenidos que se extienden hasta la décima sesión. En la sesión siguiente se instruye sobre resolución de problemas. La última sesión es utilizada para repasar y reforzar los aprendizajes adquiridos, integrando matices a los conocimientos y reflexiones sobre las alternativas de respuesta a situaciones una vez finalizado el programa. Finalmente se realiza una evaluación del mismo.

En una línea similar de trabajos, encontramos el programa *PEPA* elaborado por Egea (2017) para padres de hijos entre tres y seis años con el objetivo de reducir la intensidad y el número de conducta problemáticas a través de una metodología basada en el refuerzo positivo, la extinción, la eliminación de errores, la reconducción de los estilos educativos, la instrucción, el establecimiento de normas y la generalización en otros entornos. Al igual que el programa anterior, se compone de doce sesiones de las que nueve de ellas son de intervención. La primera consiste en una entrevista familiar donde se recogen datos y las dos finales se dedican al seguimiento. Estas sesiones están distribuidas en varias etapas denominadas en función de su objetivo: motivacional, pretest, intervención, postest y seguimiento. Las sesiones se imparten a cada familia de manera individual, participando los padres y los hijos.

Una clasificación más específica sobre los programas de entrenamiento conductuales, fue la establecida en base a los planteamientos de Barlow et al. (2002), en la que establecen dos tipos de PEP conductuales: los conductuales puros y los cognitivo-conductuales.

### 3.3.1.1. PEP conductuales puros

Los PEP contruidos bajo una base puramente conductual, han sido establecidos siguiendo las directrices del aprendizaje social y centran su intervención en la instrucción a los padres en estrategias que facilitan la conducta apropiada en los hijos (Robles , 2009). A finales de la década de los 90, Brestan y Eyberg (1998) afirmaron que el PEP *Living With Children*, elaborado por Patterson y Gullion (1968) fue catalogado como el programa de más reconocimiento dentro de los programas de corte conductista. Dicho programa esta estructurado para ser impartido a padres de niños de entre dos a ocho años, cuya intervención se basa en las premisas del condicionamiento operante. Su objetivo principal consiste en formar a los padres para la detección y el seguimiento de la conductas adecuadas de sus hijos y la identificación de aquellos comportamientos problemáticos y así poder actuar en su corrección, a través de técnicas para ignorar o castigar. En una línea similiar al PEP *Living With Children*, el programa *Interevetion for boys with conduct disorders* realizado por Rey (2006), ha sido reconocido como un PEP que mantiene los principios del conductismo en su vertiente más pura. Este programa, emplea técnicas y principios de modificación de conducta basadas en el aprendizaje social. Su principal objetivo de intervención se basa en promover un aprendizaje activo mediante la psicoeducación, acompañando la instrucción impartida con lecturas y representaciones de escenas de modelos de intervención adecuados. En general, ambos programas han conseguido reflejar en sus intervenciones la importancia del seguimiento y del refuerzo en las conductas prosociales como parte del entrenamiento.

Robles (2009) considera los estudios de Barkley (1997) de gran relevancia, ya que elaboró un modelo eficaz, práctico y riguroso sobre los trastornos de conducta. Dicho autor estableció 6 principios básicos para reducir los problemas de conducta, que sirvieron de base a PEP posteriores (Portugal-Fernández y Araúxo-Vilar, 2004):

- ◆ Administrar las consecuencias de manera inmediata
- ◆ Ser específico en las consecuencias
- ◆ Ser firme con las consecuencias
- ◆ Establecer métodos para incentivar antes de ejecutar castigos

- ◆ Tener en cuenta la importancia de anticiparnos y planificar las respuestas ante el mal comportamiento
- ◆ Valorar la reciprocidad afectiva en las relaciones familiares

Así mismo, resalta el modelo de intervención de Barkley para las figuras parentales de niños de entre dos y doce años, impartido en formato grupal, en el que se incluyen sesiones en las que participan los hijos. Este modelo logró un gran éxito de intervención clínica. En este tipo de acciones, se imparten técnicas específicas de modificación de la conducta que centran sus esfuerzos en aquellas conductas resistentes al cambio, a través de la imposición de castigos no violentos. Tras la realización del programa, se imparten sesiones de apoyo y de seguimiento transcurridos dos o tres meses desde el final del programa.

Los PEP conductuales puros son muy escasos, ya que en la mayoría de los programas, como se verá a continuación, se complementan con orientaciones de corte cognitivo (Robles, 2009).

#### 3.3.1.2 PEP cognitivo-conductuales

Los programas de corte cognitivo-conductual se estructuran bajo los principios de la modificación de conducta, basados en las leyes que rigen el aprendizaje, sus consecuencias y la frecuencia de aparición. A su vez, se utilizan instrumentos que facilitan la reestructuración de pensamientos relacionadas con el procesamiento, el almacenamiento y la interpretación de contenidos.

El cognitivismo es una corriente psicológica que surge en el siglo XX. Su objeto principal de estudio es el proceso mental. La fortaleza de sus inicios se debió principalmente al rechazo que había generado la corriente conductista hacia todo lo relacionado con la cognición. Actualmente la corriente cognitiva es considerada una de las escuelas de mayor reconocimiento, la cual considera al individuo como una entidad activa con capacidad para resolver problemas a través de sus procesos mentales (Santamaría, 2001).

Como primer ejemplo de PEP de corte cognitivo-conductual destaca el PEP *Raising a Thinking Child: I Can Problem Solve* (ICPS) elaborado por Shure y Spivack (1978). Este programa fue publicado en la década de los 70, cuya estructura fue modificado en varias ocasiones (Shure, 1984, citado en Robles, 2009). Este

programa consta de diez sesiones, aunque pueden llegar a impartirse doce, distribuidas en un formato semanal, cuyo objetivo principal se centra en instruir a los padres en la resolución de problemas interpersonales, causa principal de los problemas de conducta, según sus autores. Así mismo, dicho programa está orientado para la prevención de problemas de conductas graves en población adolescente y de edad adulta.

Otro programa característico de la corriente cognitivo-conductual es el PEP "*Coping Power*" realizado por Lochman y Wells (2002) y de Lochman et al. (2007), desarrollado a bajo la influencia del PEP *Anger Coping* elaborado a mediados de los años 80 por Lochman. *Anger Coping* es diseñado para una intervención grupal con niños de entre ocho y once años que presentaban problemas de comportamiento. El objetivo principal de este programa consiste en solventar distorsiones cognitivas y emocionales. Posteriormente, sus autores realizaron una serie de modificaciones basadas en la ampliación de sus módulos, creando un nivel específico para la intervención con los padres, y otro diferente para profesores. El PEP *Coping Power* fue pionero en la intervención a colectivos diferentes al entorno familiar. Esta segunda versión quedó configurada por 16 sesiones de intervención, en un formato grupal basado en la identificación de conductas prosociales y disruptivas. Su intervención se centra en instruir a los padres en los beneficios que aporta: la recompensa del comportamiento positivo, el establecimiento de reglas, el hecho de imponer normas de manera eficaz y de aplicar consecuencias adecuadas relacionadas con el comportamiento negativo de los hijos. Además, en este programa se tuvo en cuenta la instrucción en habilidades de comunicación familiar, la resolución de problemas y la utilización del refuerzo positivo ante el rendimiento académico satisfactorio.

Cunningham et al. (1995) constataron que su PEP orientado a padres de niños con riesgo de presentar problemas de conductas disruptivas, era seis veces más rentable que la intervención individual. Este programa de corte cognitivo-conductual está estructurado bajo un formato de intervención grupal, una frecuencia semanal y un número de sesiones que oscila entre 11 y 12. La metodología utilizada en las sesiones se basan en los hallazgos previos en torno al modelado y al ensayo conductual, utilizando como herramientas el visionado de videos y la realización de debates. Este programa de intervención se caracteriza

por incorporar en la instrucción establecida, el entrenamiento en: habilidades de afrontamiento, atención, resolución de problemas, refuerzo de conductas prosociales, transición, y estrategias para ignorar y para castigar comportamientos.

#### 3.3.1.2.1 PEP cognitivo-conductuales según su formato

Siguiendo la clasificación realizada por Richardson y Joughin (2002), existen dos tipos de formato que se han generalizado a la hora de estructurar los PEP: aquellos de corte individual y los de aplicación grupal.

Los programas de corte conductual cuya intervención se realiza de forma individual, se describen como aquellos PEP en los que se interviene a través de una entrevista entre el terapeuta y una figura parental (Hanf y King, 1973, citado en Robles y Romero, 2011). La principal ventaja que presenta este tipo de formatos es la individualidad, situación que permite al terapeuta ajustarse a las particularidades de cada situación familiar. Patterson (1982) fue uno de los primeros autores en desarrollar un PEP de formato individual, creado para ser administrado a los padres de niños de entre los tres y los doce años, siguiendo las directrices de los programas conductuales relacionadas con el castigo, el refuerzo y la detección de comportamientos problemáticos. En este programa, las figuras parentales eran formados en habilidades para la gestión de la conducta de sus hijos paso a paso, proceso al que debe su nombre: *step by step* y cuyo método consiste en ir facilitando la adquisición de nuevas estrategias a partir del aprendizaje y refuerzo de estrategias adquiridas previamente. Este programa posee una duración aproximada de 20 horas, incluyendo entre ellas las visitas al hogar del asistente. Diez años más tarde, este PEP sufrió una serie de modificaciones ampliando el objetivo de su intervención al trabajo de padres con hijos adolescentes (Robles, 2009).

Otro programa destable, fue el elaborado por Forehand y McMahon a principios de los años 80, quienes modificaron el desarrollado años atrás por Hanf para convertirlo en un PEP de hijos de entre los tres y los ocho años. Este programa se caracteriza por su metodología, implementada a través de una sala de espejos unidireccionales donde los padres son guiados por un terapeuta a través de un auricular. El programa consta de 10 sesiones con una duración de

entre 60 y 90 minutos. Durante las intervenciones se instruye a los padres para la identificación y refuerzo de conductas prosociales a través del juego, el establecimiento de instrucciones no generadoras de respuestas desafiantes y el castigo a la desobediencia mediante la técnica tiempo-fuera. Además, se utilizan otras técnicas como el *role playing*, el modelado y las prácticas directas (Robles, 2009).

Años más tarde, Eyberg et al. (1995) desarrollaron un PEP con formato individual fundamentado, como en el caso anterior, en los principios de Hanf (1969) y en los de Forehand y McMahon (1981) descritos anteriormente. Este programa fue novedoso, ya que la finalización de la intervención, dependía de la demostración de los padres del dominio completo de las estrategias adquiridas, y de que sus hijos hubiesen dejado de cumplir los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante (TND) tal y como queda recogido en el DSM-5 (APA, 2013).

En otra dirección, las intervenciones de formato grupal, proliferaron a partir de los años 70, debido a las ventajas que presentaba en relación con la desestigmatización del hecho de tener hijos con dificultades, a la normalización de ciertas vivencias experimentadas, a la reducción del aislamiento que supone este tipo de contextos familiares y a la posibilidad de llevar a la práctica, en un contexto formativo, las habilidades sociales aprendidas durante el programa. Todos estos aspectos aumentaron el atractivo de la terapia grupal frente a la individual (Cunningham et al., 1995). El NICE (2006) argumentó en uno de sus estudios que el formato grupal era el más recomendado para el tratamiento de los problemas de conducta infantil. Más adelante, Robles (2009) determinó que la mayoría de los PEP de corte cognitivo-conductual presentan un formato grupal dadas las ventajas demostradas.

Uno de los programas más extendidos elaborados bajo la influencia cognitivo-conductual en formato grupal fue *WINNING* creado por Dangel y Polster a finales de los años 80 (Robles, 2009). Este programa se caracteriza por mantener la tradición conductista bajo la estructura de ocho principios:

- 1) *El éxito*: término seleccionado para describir la importancia de experimentar el sentimiento de éxito en la adquisición de nuevas habilidades.

- 2) *La aproximación sucesiva*: herramienta que incluye técnicas de instrucción y modelado llevadas a cabo de forma gradual.
- 3) *La secuenciación*: establecimiento de la exposición de un contenido en orden consecutivo y estructurado en función de su dificultad.
- 4) *Los ejemplos múltiples*: herramienta que utiliza el ejemplo como recurso de instrucción.
- 5) *La práctica*: herramienta que se basa en la repetición como técnica para el refuerzo del aprendizaje.
- 6) *El feedback*: herramienta que facilita la recogida de información y posibilita la comprobación de que el aprendizaje ha sido comprendido por los asistentes.
- 7) *El dominio*: herramienta utilizada para valorar las habilidades adquiridas a través de unos criterios de valoración estandarizados.
- 8) *La revisión*: estrategia de supervisión que tiene como objetivo fortalecer las habilidades adquiridas a lo largo del programa.

Estos ocho principios se trabajan a través de ocho sesiones divididas en tres partes:

- ◊ Parte I: tiene como objetivo principal instruir en el refuerzo social, la atención positiva y el refuerzo tangible. Se basa en el elogio, la atención positiva, el refuerzo, los privilegios y el elogio a través de la potenciación del comportamiento positivo y de las conductas prosociales.
- ◊ Parte II: pretende el establecimiento de límites a partir de la extinción de conductas negativas, la retirada del refuerzo y de los privilegios, la utilización de la técnica de tiempo-fuera y la exposición de las consecuencias de la utilización del castigo físico.
- ◊ Parte III: compuesta por una sesión cuyo objetivo consiste en la prevención de posibles recaídas y el fortalecimiento de los aprendizajes adquiridos.

Durante el desarrollo de las sesiones se trabaja con la visualización de videos y se asignan tareas para realizar en casa como estrategias para aumentar la eficacia del aprendizaje. El PEP *WINNING* fue impartido a 3.000 padres a lo largo de 20 años, obteniendo un importante reconocimiento institucional gracias a capacidad de sistematización y a la metodología utilizada.

### **3.3.2. PEP democráticos o basados en las relaciones interpersonales**

Retomando la revisión de Robles (2009), el siguiente subgrupo de PEP son los denominados democráticos, sustentados bajo las teorías humanistas y adlerianas, que focalizan su intervención en la comunicación entre los miembros de la familia y en las interacciones que se producen entre los miembros de una familia. Estos PEP han enriquecido sus contenidos con conocimientos extraídos de los sistemas familiares y de las corrientes psicodinámicas (Smith, 1996, citado en Robles y Romero, 2011). La psicología humanista fue definida como aquella corriente que centra su atención en las capacidades y potencialidades humanas (Santamaría, 2001). Alfred Adler (1870-1936) debutó en la psicología como discípulo de Sigmund Freud, aunque más adelante se distanció de esta corriente creando su propia escuela psicológica, a la que llamó en sus inicios “Psicología Individual”, aunque más adelante se bautizó como “Psicología adleriana”. De entre los principios que guían esta corriente, destaca la idea de entender al individuo desde una unidad superior denominada comunidad y entendida como el nivel de relación con los demás, lugar desde donde el individuo se convierte en persona. En la concepción adleriana, el termino “comunidad” constituye el marco ético en el que se edifica la valoración de un acto humano y el concepto “sentimiento de comunidad” es utilizado para denominar la fuerza innata que se manifiesta hacia la comunidad cuyo inicio comienza a desarrollarse durante la infancia, debido a la interacción relacional de los hijos con sus padres (Oberst et al., 2004). Por otro lado, la psicología positiva focalizó sus estudios en el proceso de construcción de las “fortalezas humanas”(Schmidt, 2008).

Como ejemplo de programas de corte democrático destaca el PEP *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP) publicado por Dinkmeyer y McKay de corte humanista, iniciado en los 80 y el PEP *Parent Effectiveness Training* (PET)

elaborado por Gordon de mediados de los años 70 (Robles y Romero, 2011) de corte adleriano. Ambos programas se desarrollaron en la década de los 70 en EEUU y fueron estructurados bajo un formato de entre seis y ocho sesiones. El objetivo principal de estos programas consiste en mejorar la comunicación en el contexto familiar a través de la instrucción en habilidades tales como la escucha activa y la emisión de mensajes desde el yo (Robles, 2009). Igualmente, este tipo de programas ha incorporado objetivos y técnicas propias de la corriente conductual relacionadas con la modificación del comportamiento negativo mediante la imposición de consecuencias lógicas y naturales.

### 3.3.3. PEP humanistas

En la década de los años 60 surgió el Humanismo, con el deseo de integrar distintas escuelas psicológicas. Esta corriente, como se ha mencionado anteriormente, daba prioridad a la validez de las experiencias, a los valores, a sus intenciones y al significado de la vida (Zalbeida et al., 1990). Maslow consideraba el Humanismo como una corriente compatible con las otras escuelas relevantes en su época como fueron el conductismo y el psicoanálisis (Zalbeida et al., 1990). Basan su instrucción en el aprendizaje de habilidades relacionadas con la empatía y la cooperación para la resolución de conflictos interpersonales. En la aportación más reciente de Núñez-Jiménez y Vázquez-Fernández (2018) se incorporan a este listado de habilidades, la escucha activa y los mensajes desde el yo a través de las siguientes indicaciones: (a) expresar la información desde el yo; (b) cuidar las formas en la expresión de sentimientos, opiniones y deseos; (c) evitar devaluar y reprochar la conducta ajena, y iv) facilitar la expresión de desacuerdos.

Como ejemplo de programas de corte humanista cabe destacar el ya mencionado programa *Parent Effectiveness Training* (PET) de Thomas Gordon cuyo objetivo principal se centra en incentivar la conducta de los padres hacia el deseo de hacer lo correcto (Robles y Romero, 2011). Este programa asume como una premisa que los modelos inadecuados en la comunicación son los causantes de los problemas de conducta en los hijos. El objetivo principal de este PEP se centra en mejorar la comunicación de sentimientos y en aumentar la eficacia para la resolución de problemas. Las estrategias utilizadas en este tipo de modelos son:

la escucha activa bajo el epígrafe “mensajes yo” y la técnica de negociación “no-perder”, establecida como una herramienta de resolución de conflictos. Este programa sigue el siguiente proceso de intervención:

- 1) El primer paso instruye sobre la descripción del problema.
- 2) El segundo paso se centra en encontrar soluciones a través de la técnica “tormenta de ideas”, método de resolución de problemas que genera respuestas de manera creativa.
- 3) El tercer paso consiste en evaluar las alternativas descritas en el paso anterior.
- 4) El cuarto paso analiza las alternativas más eficaces.
- 5) El quinto paso prepara e implementa la decisión escogida.
- 6) El sexto paso evalúa los resultados obtenidos tras la resolución.

El programa fue construido para ser impartido en ocho sesiones de tres horas de duración cada una. El programa es llevado a cabo a través de la psicoeducación, las técnicas de modelado, el ensayo, la lectura de textos y la realización de trabajos para realizar en casa antes de acudir a la siguiente sesión.

#### **3.3.4. PEP adlerianos**

Los programas de corte adlerianos están influidos por las ideas de Alfred Adler, las cuales versan sobre la “constelación familiar”. Este constructo considera a la familia como una unidad en la que las necesidades de cada uno, son consideradas como necesidades del grupo (Adler y Brett, 2003). En este sentido, el foco de atención se traslada del análisis del sujeto, a la observación y análisis de las interacciones entre los individuos (Bernués, 2020). Este tipo de programas centra sus objetivos en la instrucción en habilidades relacionadas con el respeto, el entendimiento mutuo, la convivencia democrática, la importancia del contexto, la independencia, la responsabilidad, la cooperación y la imposición de límites (Robles, 2009).

De entre los PEP influenciados por las teorías de Adler, resaltan: *Children the Challenge* realizado por Dreikurs y Soltz (1964) y *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP) elaborado por Dinkmeyer y McKay (1976) (Robles-Romero,

2011). Ambos alcanzaron una gran relevancia en la década de los 70. En el primer caso, *Children the Challenge* fue un programa que se construyó a tenor de las bases de la motivación. Sus autores consideraron que la desmotivación era el principal causante del mal comportamiento, por lo que la instrucción de sus contenidos se centró en estrategias de anticipación y resolución de las conductas disruptivas de los hijos. Para ello, se abesela a los padres sobre la imposición del límite como una consecuencia lógica ante un mal comportamiento evitando los conceptos de refuerzo y castigo característicos de la psicología conductual (Dumas, 1989). Por su parte, el PEP *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP) sistematiza los principios de Adler, adquiriendo como principal objetivo la mejora en la relación de los padres con los hijos durante la infancia, conseguido mediante la formación en estrategias de comunicación y resolución de problemas (Bartau et al., 2001). Tanto en este programa, como en el anterior, se instruye a los padres en habilidades parentales relacionadas con la responsabilidad y la aplicación de consecuencias lógicas a las conductas no adecuadas, con el objetivo de estimular la conducta prosocial a través del refuerzo social. Además, utilizan otras técnicas ya mencionadas del programa PET como es la escucha activa y el uso del “mensaje yo”. El programa STEP es impartido en grupos de entre 20 y 25 participantes, presenta una estructura de nueve sesiones de dos horas de duración cada una y cuenta con un libro guía que acompaña para durante la implantación del programa y de un manual que se entrega a los padres. A su vez, en este PEP se utiliza material audiovisual con escenas de interacciones cotidianas entre padres e hijos resueltas adecuadamente por los padres (Bartau et al., 2001). Estudios posteriores han confirmado la eficacia de este programa en la reducción de la intensidad de los estilos autoritarios y permisivos, así como la modificación en las percepciones negativas de los padres sobre el comportamiento de los hijos (Jonyniene et al., 2015).

Más adelante, Sención-Acosta et al. (2012) influenciados por la terapia sistémica, diseñaron un PEP bajo el enfoque de las costelaciones familiares, cuyo objetivo principal consistía en restablecer el orden y el establecimiento de límites claros con el fin de establecer normas dentro del sistema familiar. El programa se compone de 12 sesiones y es impartido en cuatro formatos diferentes según las necesidades del centro escolar que lo solicite: (a) sesiones de tres horas de

duración, una vez a la semana; (b) sesiones de tres horas una vez al mes, y (c) sesiones de cuatro horas una vez al mes. El programa comienza con una encuesta inicial y un cuestionario de evaluación en el que los participantes recopilan información familiar, realizan un genograma y un árbol genealógico para conocer la repetición de conductas y pautas de disciplina en su familia de origen.

### 3.3.5. PEP mixtos

Se denominan PEP mixtos a aquellos programas que aunan la influencia de varias corrientes en un mismo programa. Barlow et al. (2002) incluyó en este tipo de programas a las intervenciones que incluían tanto principios básicos de corte conductual como características propias de los programas democráticos.

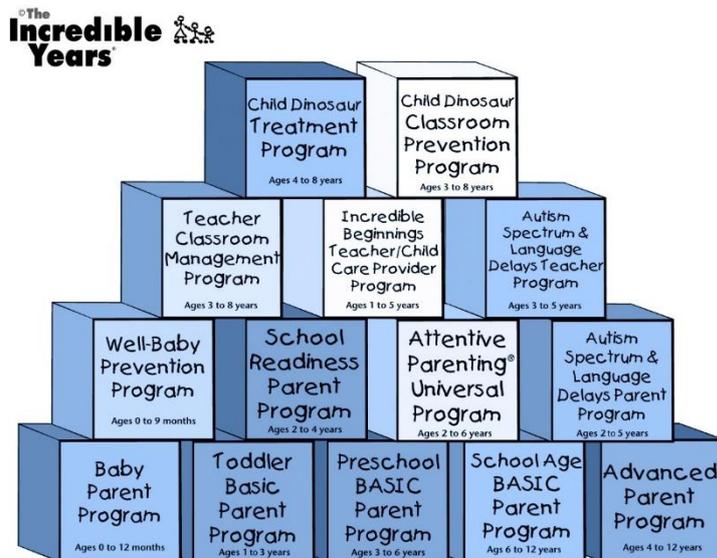
Los programas de corte adleriano, como ocurre en el programa STEP, rechazan las prácticas conductistas, por lo que sustituyen el concepto “castigo”, utilizado para la imposición del límite, por el “refuerzo positivo”, cambio que se hizo efectivo en la elaboración del PEP *Children: the Challenge* de Dreikurs y Solz, desarrollado a mediados de los años 60 (Robles, 2009). A pesar de la resistencia hacia las prácticas conductistas, el conductismo es una corriente de gran influencia en los PEP debido principalmente a su sistematicidad y apoyo a la investigación científica, cualidades que han provocado ciertas dificultades en su fusión con la corriente psicoanalítica y los planteamientos de Adler (Santamaría, 2001).

#### 3.3.5.1. PEP mixtos conductuales-humanistas

Dentro de esta primer subgrupo de programas mixtos de PEP se encuentra el programa *Parent and Children Series* (PACS) de Webster-Stratton de la década de los 80 (Robles y Romero, 2011) en el cual se mezclan elementos del conductismo y principios basados en el modelo de aprendizaje social que recoge la corriente humanista. En 1993, Webster-Stratton y Herbert realizaron un cambio de paradigma en el tipo de relación establecida entre el terapeuta y los padres, pasando de ser una relación lineal de jerarquización a una relación cooperativa en la búsqueda de soluciones, hecho que fue reflejado en la elaboración de programas posteriores. Dichos autores elaboraron el programa *Parent and Children*

*Training Series: The incredible Years Training* (Webster-Stratton, 2001), para ser impartido a padres de niños entre los cuatro y los doce años que presentaban problemas de conducta. En este programa se utilizan técnicas de modelado a través de la visualización de videos, combinadas con estrategias para el control de las emociones, la comunicación positiva, la comprensión, la organización y el apoyo. Uno de los objetivos de este programa consiste en trabajar dichas habilidades, tanto en los padres como en los hijos, para que ambos tengan la misma instrucción y así, se eviten confrontaciones sobre los métodos utilizados durante la crianza. Concretamente, el objetivo dirigido a los padres se centra en aumentar la calidad de sus competencias mediante la formación en habilidades de comunicación positivas, técnicas de resolución de problemas, autocontrol, instrucción en disciplina no violenta e implicación en la escuela. Por otro lado el objetivo dirigido a los hijos consiste en reforzar la eficacia académica para reducir los problemas conductuales y aumentar las relaciones positivas con su grupo de iguales. El contenido del PEP se estructura en cuatro módulos y es de carácter grupal.

Más adelante, y gracias a los conocimientos recogidos tras la implantación de sus programas anteriores, Webster-Stratton configuró un entramado de programas dirigidos tanto a padres como a profesores fundamentados en los factores de riesgo, desarrollo y prevención de los problemas de conducta infantiles. Estos programas forman parte de lo que la autora denominó *The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series (IY Intervention)*. En la Figura 1 se aprecia el conjunto de programas que conforman esta intervención.

**Figura 1***IY Intervention Programs (Webster-Stratton, 2017, p. 124)*

Dentro de esta serie de programas, destaca el programa resalta el programa *Basic parents and Children Series* uno de los primeros en ser desarrollado, un PEP impartido en formato grupal con un número de participantes por grupos de intervención de entre ocho y doce personas y una duración establecida que oscilaba entre las doce y las catorce semanas, llevado a cabo mediante sesiones de dos horas. Para la elaboración del contenido del PEP se utiliza como herramientas: las visualizaciones de videos con ejemplos de escenas propias de la crianza, la actividades conjuntas con los hijos, la simulación de escenas y los debates. Así mismo, se motivaba a los padres a compartir experiencias dentro y fuera del programa con otros participantes del grupo.

Para la instrucción en la imposición de límites, se entrena a los padres en técnicas de: refuerzo, castigo, tiempo-fuera, ignorar y prevenir posibles conflictos. Este programa fue elaborado para ser impartido por un terapeuta.

Tal y como se observa en la Figura 2 Webster-Stratton estructuró diversos subprogramas dentro del programa *IY Training Series*, llegando en algunos casos a crear versiones autoadministrables de manera que los padres tienen la opción

de visualizar videos y realizar tareas sin necesidad de la orientación del terapeuta. Así mismo, se elaboraron tres intervenciones adicionales que permiten aumentar la eficacia del programa: (a) *Advanced*, un programa de 14 sesiones que incluía videos con programas de apoyo y herramientas para resolver diversos tipos de problemas; (b) *School Aged*, un programa con una duración establecida de entre 12 y 14 sesiones, elaborado para intervenir con padres de niños de entre 6 y 12 años, y por último; (c) un programa de duración breve estructurado como método de refuerzo para los padres, en el que se les instruye en habilidades relacionadas con la organización y el establecimiento de horarios y se aportan estrategias para conseguir una comunicación eficaz con los profesores (Webster-Stratton y Reid, 2017).

Por último, es importante resaltar dentro de los PEP mixtos, el programa de crianza positiva "Triple P", basado en los principios del aprendizaje social de Sanders (1999) y de Patterson (1982) (citados en De Graaf et al., 2008) y, en los métodos característicos de los programas democráticos (Sanders, 2002). El programa de crianza positiva "Triple P" de Sanders (2008) tiene como principal objetivo: la instrucción en habilidades de crianza, el aumento de la autoconfianza y la reducción de problemas emocionales y conductuales de los hijos. Ha sido estructurado bajo un sistema de intervención de cinco niveles, impartidos en función de los problemas que presentan los hijos y las características de los contextos. El primer nivel de intervención se dirige a todos los padres en general, el segundo y el tercer nivel están enfocados a padres de hijos que presentan problemas de conducta leves y, el cuarto y quinto nivel están orientados a padres con hijos en riesgo de presentar problemas graves de conducta. La estructuración y flexibilidad de este programa para conseguir adaptarse a las necesidades de las familias, se consiguió gracias a la posibilidad de asistir bajo distintos formatos: grupales, individuales, telefónico y auto-administrable. Estas posibilidades de intervención, han originado que el programa "Triple P" se encuentre dentro del abanico de intervenciones utilizado en el ámbito clínico (De Graaf et al., 2008).

### 3.4 REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EFICACIA DE LOS PEP

Teniendo en cuenta la diversidad de PEP que existen catalogados en relación con su aproximación teórica, metodológica, tipo de formato, variables moderadoras seleccionadas y objetivos de intervención, existen estudios y metaanálisis que orientan su análisis a determinar la eficacia de los PEP. Entre los trabajos realizados destacan los desarrollados por McMahon y Forehand (2003), el de Robles (2009) y el de Robles y Romero (2011), cuyos resultados en relación con la efectividad se irán desvelando a lo largo de este apartado.

#### 3.4.1. Eficacia en los PEP para los problemas de conducta

Los PEP han sido valorados como una herramienta de intervención familiar eficaz, posicionándose por encima de las escuelas de padres, programas sociales, la atención a domicilio, los programas de terapia y los tratamientos psicosociales para niños (Farrington y Welsh, 2003). En esta dirección, Lochman y Steenhoven (2002) resaltan la eficacia de los PEP para la mejora de las prácticas parentales y funcionamiento familiar, la disminución de los problemas de conducta en los hijos, el descenso de la conducta agresiva, la disminución de los castigos físicos y una expresión más acentuada del afecto. Unos años antes, Tucker y Gross (1997) resaltaban entre sus conclusiones que, tras participar en un PEP las madres aumentaban las expectativas positivas sobre el comportamiento de los hijos, el sentimiento de autocompetencia y su autoestima. Así mismo, determinaron la capacidad de este tipo de programas para eliminar la irritabilidad y la dependencia hacia los castigos físicos y aumentar la salud mental al reducir los niveles de ansiedad y depresión.

El objetivo principal de la mayoría de los PEP ha sido la reducción de los problemas de conducta en los hijos reflejada en un comportamiento agresivo, desobediencia y una tendencia delictiva de conducta (Achenbach et al., 1987). De todos los estudios revisados a lo largo de la literatura científica entre 1990 y 2017 en relación con los PEP que centran su intervención en los problemas de conducta, se han localizado una gran cantidad de revisiones, metaanálisis y seguimientos comparativos de los PEP. A través de las conclusiones de estas investigaciones, se puede determinar que la mayoría de los trabajos realizados

sobre esta temática se centran en la intervención exclusiva a padres, a pesar de existir evidencias que sugieren que este tipo de programas aumentan en eficacia al trabajar con los hijos (Kazdin, 1997). A su vez, se ha demostrado que los PEP son eficaces como métodos preventivos de la delincuencia, la conducta antisocial (Farrington y Welsh, 2003; Piquero et al., 2016) y la prevención del abuso de sustancias (Lochman y Steenhoven, 2002). También, se ha demostrado, que los PEP cuyo objetivo consiste en actuar sobre los problemas de comportamiento cuando ya han aparecido, son herramientas efectivas (Sanders et al., 2000), como se ha comprobado, por ejemplo, en padres de niños con TDAH (Chronis et al., 2004). En este caso concreto, se han llevado a cabo intervenciones conjuntas con padres e hijos diagnosticados de TDAH con el objetivo aumentar las competencias emocionales relacionadas con la autopercepción, el control y la gestión emocional tanto en los hijos como en los padres (Fontana y Ávila, 2015).

De los diversos metaanálisis consultados, se extrae que los PEP son un tipo de herramienta efectiva que posibilita una paternidad positiva, gracias a las mejoras en la calidad de la comunicación, al aumento de habilidades parentales, a la reducción en los problemas de conducta, al descenso en la sintomatología relacionada con el estrés parental y la sintomatología depresiva materna que demuestran los estudios (Barlow y Coren, 2018; de Graaf et al., 2008; Lundhal et al., 2006; Piquero et al., 2016).

Sobre la intensidad de la eficacia de los PEP, Chacko et al. (2016) concluyen que estos programas presentan unos niveles de eficacia que oscilan entre moderada a alta. Contrariamente, Rey (2006), Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017) indican que únicamente el 2% de los programas estudiados contaban con métodos empíricos, por lo que el nivel de eficacia alcanzado por ellos, es difícil de determinar. A pesar de que muchos PEP no han alcanzado resultados estadísticamente significativos en cuanto a su eficacia, como fue el caso del PEP "Triple-P", han tenido un gran impacto comercial y publicitario (Sanders et al., 2000; Thomas y Zimmer-Gembeck, 2007).

En la revisión cualitativa realizada sobre intervenciones y programas centrados en fortalecer el proceso de crianza, Morales-Castillo et al. (2019) indican que dentro de la categoría establecida como problemas de comportamiento se incluye la agresión, la ruptura de reglas, la participación en conflictos y las

dificultades comportamentales relacionadas con las conductas antisociales, externalizante y de alto riesgo. En esta revisión, los autores señalan una serie de PEP que centran su objetivo en la intervención con los padres para conseguir afrontar los problemas de conducta de los hijos:

1. *Parenting Young Adolescent Program* (ABCD) (Burke et al., 2012). En él se trabajan principalmente las siguientes habilidades y actitudes relacionadas con la crianza: aceptación, calidez, apoyo a la autonomía, monitoreo, establecimiento de normas.
2. *Parenting Wisely* (PW) (Cotter et al., 2013). Las habilidades y actitudes trabajadas en este programa son: la involucración parental y la autoeficacia. Como elemento principal de instrucción, se resalta el estilo de crianza.
3. *Parents Plus – Parenting When Separated* (PP/PWS) (Keating et al., 2016). Se centra en el trabajo de habilidades relacionadas con la crianza, la comunicación y la gestión de emociones.
4. *Common Sense Parenting Plus* (CSPP), (Mason et al., 2016). Programa en el que se trabajan como habilidades: la supervisión y la disciplina inductiva.
5. *Parents Plus - Working Things Out Program* (PP/WTOP) (Rickard et al., 2016). En este programa se entrena a los padres en las siguientes habilidades: comunicación, estructura y manejo del conflicto.
6. *EmPeCemos* (Romero et al., 2009, 2013, 2017). Se focaliza en el trabajo de las habilidades de resolución de problemas, comunicación, y establecimiento de normas.
7. *Culturally Informed and Flexible Family Based Treatment for Adolescents* (CIFFTA) (Santisteban et al., 2017). En este se trabajan las siguientes habilidades y aptitudes: apoyo, calidez, disciplina e involucramiento.
8. *Sinovuyo* (Cluver et al., 2016), cuyas habilidades y actitudes trabajadas son: crianza positiva, supervisión e involucramiento
9. *Family Check-up* (FCU) (Van Ryzin et al., 2016), en cuyo programa se trabajan las siguientes habilidades: apoyo, comunicación, establecimiento de normas, supervisión y monitoreo.

10. *Positive Family Support* (PFS) (Verdurmen et al., 2014), en el que se trabajan las siguientes habilidades: monitoreo e involucramiento.

En cuanto a la eficacia de los PEP como complemento de otros tratamientos que se asocian a mejoras de los problemas de comportamiento, destaca el estudio de Chornis et al. (2004) en el que se indica que el hecho de complementar el tratamiento farmacológico en niños diagnosticados de TDAH con un PEP aumentaba su eficacia. En esta misma línea de investigación, se determinó que los PEP mejoran la efectividad en tratamientos relacionados con el Trastorno del Espectro Autista (Iadarola et al., 2017) y con los trastornos originados por el consumo de sustancias relacionadas con el alcohol, los cigarrillos, drogas legales o ilegales que pueden llegar a provocar problemas de salud y bienestar (Clark y Washington, 2011; Giannotta et al., 2013).

#### **3.4.2. Eficacia de los PEP según su aproximación teórica**

A pesar de que todos los metaanálisis revisados coinciden en la viabilidad de los PEP para resolver los problemas de conducta en la infancia, no todas las corrientes teóricas utilizadas para la elaboración de los programas alcanzan el mismo éxito. Como se puede corroborar en diversos estudios, los PEP de corte humanista han presentado resultados menos satisfactorios que aquellos influenciados por la corriente conductual y la adleriana (Cedar y Levant, 1990; Mooney, 1995; Todres y Bunston, 1993). Alexander y Parsons demostraron que los PEP de corte conductista presentaban mejores resultados en el descenso de la tasa de delincuencia tras la asistencia a este tipo de programas (Robles y Romero, 2011), resultados que iban en la misma dirección que los encontrados por Bernal et al. (1980). Este autor concluye que este tipo de intervenciones los hijos de padres que han acudido a un PEP de corte conductual presentan una disminución mayor en el número de conductas problemáticas que los hijos de padres que han acudido a un PEP de corte democrático (Taylor y Biglan, 1998). Igualmente, Lundhal et al. (2006) resaltaban los beneficios de los PEP conductuales al concluir que dichas intervenciones gozaban de un mayor rigor científico que el resto de orientaciones psicológicas en poblaciones clínicas. Por su

parte, Bartau et al. (2001) encontró un éxito similar entre los PEP de corte conductual y los democráticos.

Respecto a los PEP de corte humanista y adleriano, estos han ido recogiendo una gran cantidad de críticas vertidas desde la literatura científica debido al método de evaluaciones realizadas (Taylor y Biglan, 1998) y al tipo de metodología utilizada, catalogada como poco fiables, en esta misma dirección, se ha considerado que no existe un número de trabajos que puedan confirmar su eficacia (Cedar y Levant, 1990). Asimismo, Lundhal et al. (2006) también se mostraron escépticos con aquellos PEP no conductuales en cuanto a su rigor metodológico, atribuyendo la causa de su dificultad al tipo de muestra empleada y a la calidad de las evaluaciones realizadas. Una década antes. En el caso concreto de los PEP adlerianos, Cedar y Levant (1990) también ponían en entredicho su eficacia en lo que respecta a las mejoras en habilidades de comunicación y cambios en las prácticas parentales.

A pesar de la aparente supremacía de los PEP conductistas, Barlow y Stewart-Brown (2000) realizaron una comparación entre diferentes investigaciones sobre la eficacia de los PEP democráticos o basados en las relaciones y los orientación conductual, obteniendo resultados contradictorios. Por un lado, indicaron una mayor cantidad de cambios en habilidades y competencias parentales en aquellas intervenciones de conductuales, aunque dichas mejoras no se consiguieron mantener a lo largo del tiempo. Así mismo, se observó que los PEP basados en las relaciones o democráticos obtuvieron mejores resultados que las intervenciones conductistas. Si bien, estos datos no fueron avalados en otros trabajos cuyas conclusiones no reflejaron cambios sobre la eficacia en ninguno de los PEP estudiados. Mooney (1995) determinó que los PEP de corte adlerianos conseguían instalar un modelo de disciplina más consistente y aumentar la calidad de las interacciones establecidas entre las figuras parentales y los hijos por encima de los PEP conductuales, a pesar de que su influencia era menor en: la disminución de los comportamientos problemáticos de los hijos y el aumento de la cohesión familiar y la autoestima.

En cuanto a los PEP democráticos, estos han demostrado poseer una gran eficacia en la mejora del comportamiento de los hijos debido principalmente a los efectos causados por el incremento en la calidad de las relaciones interpersonales

(Lundhal et al., 2006). Robles (2009) indicaron que a pesar de que los PEP de corte conductual gozaban de un mayor prestigio metodológico, los programas democráticos habían conseguido también demostrar su eficacia a nivel científico. Por último, es importante señalar que la eficacia de los PEP mixtos ha sido debatida, debido principalmente a la existencia de conclusiones científicas que catalogan de forma muy dispar la efectividad de este tipo de programas (Graaf, et al., 2008).

### **3.4.3. Eficacia de los PEP según los instrumentos de evaluación utilizados y su formato**

En relación con los tipos de instrumentos utilizados para la medición de la eficacia de los PEP, Tucker y Gross (1997) y, posteriormente, Barlow y Stewart-Brown (2000) demostraron que las mejoras alcanzadas por dichos programas eran independientes del tipo de instrumento utilizado en las evaluaciones realizadas a los padres. Robles y Romero (2011) señalaron que el tipo de instrumentos de evaluación utilizado en la mayoría de las investigaciones estaba formado por cuestionarios, autoinformes, escalas de auto-calificación y escalas de observación.

Así mismo, el formato que se ha caracterizado como el más eficaz ha sido el grupal (Chacko et al., 2016), ya que se ha considerado como: (a) el formato más atractivo para las familias en comparación a la terapia tradicional puesto que ofrece la oportunidad de debatir y compartir experiencias y de reducir la sensación de estigmatización; y (b) la relación más óptima entre costes y beneficios. También, se ha podido constatar que este tipo de programas estimulan la discusión cuando se utiliza la proyección de videos, disminuyen la tasa de abandono y se muestran más eficaces en relación a los objetivos que presentan (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Taylor y Biglan 1998). En el caso concreto de padres con hijos diagnosticados de TDAH, los PEP de formato grupal han demostrado su efectividad al margen de haberse demostrado como menos costoso y haber logrado en los participantes niveles más bajos de sensación de estigmatización (Chronis et al., 2004). En relación con la eficacia de los PEP en este tipo de trastornos, Garreta et al. (2018) resaltaron su recomendación como intervenciones combinadas con los tratamientos farmacológicos.

En esta misma dirección, Taylor y Biglan (1998) escribieron que los PEP impartidos en formato grupal era una alternativa con proyección para tratar los problemas de conducta de niños de entre seis y doce años. En cambio, el formato individual se consideró superior al grupal en la intervención con familias de nivel socioeconómico bajo y en familias con patologías (Lundhal et al., 2006). También es importante señalar que, los PEP con formato individual cuya realización es autoadministrada presentan como ventajas una mayor flexibilidad de horarios y un bajo coste (Reyno y McGrath, 2006), incrementando así la adherencia al tratamiento en familias de elevado riesgo de abandono (Chronis et al., 2004; Haggerty et al., 2006; Snell-Johns et al., 2004).

#### **3.4.4. Eficacia de los PEP según las variables moderadoras y permanencia en el tiempo**

Los PEP han conseguido demostrar su eficacia para la disminución de los problemas de conducta en niños y adolescentes. A raíz de esta afirmación, han aparecido estudios centrados en la búsqueda de aquellas variables moderadoras que se consideran la causa de las mejoras en las intervenciones con PEP, ya que se han contabilizado alrededor de 550 tipos de terapias distintas orientadas a niños y adolescentes (Iadarola et al., 2017). Las variables moderadoras son aquellas variables que afectan a la efectividad del tratamiento y que han sido estudiadas en un contexto clínico (Kazdin y Nock, 2003). Respecto a la eficacia de los PEP, Brent y Kolko (1998) reconocieron las siguientes variables moderadoras:

- ◆ Las expectativas creadas por el padre y por el hijo sobre el tipo de interacción entre ellos.
- ◆ El tipo de relación establecida con el terapeuta y con el tratamiento.
- ◆ Los pensamientos y creencias.
- ◆ El grado de afectividad percibido.
- ◆ El desarrollo que se ha mantenido en la intervención.
- ◆ El comportamiento.
- ◆ Las habilidades del terapeuta y la de los padres.
- ◆ El contexto en el que se realiza la intervención.

También han sido catalogadas como variables moderadoras las dificultades conductuales y la edad de los hijos (Foa y Franklin, 2001). En estudios anteriores, ya se había observado que los niños que presentaban conductas más severas se beneficiaban en la misma medida que aquellos que presentaban menores dificultades de comportamiento (Ruma et al., 1996; Webster-Stratton, 1996). En relación con los padres, se ha comprobado que los aquellos que tienen hijos con problemas más severos se involucran en menor medida en este tipo de programas (Lochman y Steenhoven, 2002) y presentan más probabilidades de abandonar el tratamiento (Barlow y Stewart-Brown, 2000; Nock, 2003).

Entre las variables moderadoras relacionadas con la salud mental de los padres, se han considerado cómo más relevantes: la depresión, el nivel socioeconómico bajo, la inestabilidad del contexto familiar, la pertenencia a una familia uniparental y la existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas (Kazdin, 1997; Lundahl et al., 2006; Mackenzie et al., 2004; Reyno y McGrath, 2006; Webster-Stratton, 1990).

En relación con las variables moderadoras de la eficacia de las intervenciones, Chronis et al. (2004) enunciaron la falta de organización, de esfuerzo y de motivación. En esta misma dirección, Mackenzi et al. (2004) afirmaron que la aceptación o resistencia de las figuras parentales a realizar un PEP también influía como una variable moderadora del éxito de este tipo de tratamientos. Así mismo, la asistencia a las propias sesiones de los PEP también han sido catalogada como una variable moderadora en la salud mental parental (Reyno y McGrath, 2006).

Un aspecto que merece atención aparte, es la resistencia al tratamiento y el posible abandono. Según Patterson y Chamberlain (1994) si dicha resistencia se produce al comienzo de la intervención, suele provocar una actitud defensiva frecuentemente unida al abandono prematuro del programa (Bischoff y Tracey, 1995). Posteriormente, la resistencia al tratamiento fue estudiada por Taylor y Biglan (1998) a través de un proceso al que denominaron "Lucha y trabaja" (*Struggle-and-workthrough*) que consiste en un aumento de los niveles de resistencia de las figuras parentales a la mitad del programa, el cual va ascendiendo progresivamente hasta la finalización de la intervención. La etapa llamada de lucha se caracteriza por un enfrentamiento entre el estado de

esperanza y el estado de pesimismo, mientras que la fase trabajaestá relacionada con el esfuerzo (Webster-Stratton y Spitzer, 1996). Estudios posteriores realizados por Mackenzie et al. (2004) determinaron que, tanto los niveles bajos de resistencia como los altos, si eran mantenidos bajo un modelo lineal a lo largo del programa, obtenían resultados bajos en el éxito de tratamiento alcanzado.

Por último, el abandono de los PEP ha sido asociado a familias asistentes con un bajo nivel sociocultural y elevados niveles de estrés (Barlow y Stewart-Brown, 2000). Gould y Richardson (2006) tras elaborar un metaanálisis relacionado con esta temática, incorporaron en sus conclusiones nuevos factores detonantes de este abandono: (a) ser unas figuras parentales muy jóvenes; (b) mantener niveles elevados de estrés; (c) pertenecer a un nivel socioeconómico bajo; (d) tener un bajo nivel educativo; (e) presentar sintomatología depresiva, especialmente en las madres; (f) disponer de poca ayuda social; y (j) vivir bajo niveles elevados de trastorno mental. Así mismo, Moon et al. (2016) expusieron en sus estudios que las figuras parentales y los hijos que estaban satisfechos con el tratamiento obtenían un mayor éxito tras la intervención, siendo tal satisfacción una variable moderadora significativa.

Respecto a este tipo de variables relacionadas con el tratamiento, Kazdin (1997) indicó que los tratamientos breves, entre los que incluyó aquellos tratamientos de menos de diez horas de duración, se consideraban menos eficaces en poblaciones clínicas que aquellos con una duración más elevada. Rey (2006) a su vez incluyó como variable moderadora el hecho de contar con un componente adicional a los tratamientos, poniendo como ejemplo la formación complementaria que ofrecen los PEP a otros tratamientos.

El mantenimiento de los resultados alcanzados tras la realización de un PEP ha sido una variable estudiada y tenida en cuenta para determinar la eficacia de dichos programas. Para valorar la continuidad de los beneficios alcanzados, se han utilizado métodos de medición de las habilidades adquiridas durante el programa, a través de la realización de una segunda evaluación posttest administrada sobre los padres trascurrido un tiempo desde el posttest justo al finalizar la intervención (Tucker y Gross, 1997).

En relación con el mantenimiento de los resultados obtenidos tras asistir a los PEP de corte conducttual, los resultados obtenidos han sido alentadores

(Barlow y Stewart-Brown, 2000; Taylor y Biglan, 1998) aunque existen varios estudios que catalogan de intensidad leve a las mejoras mantenidas en el tiempo (Farrington y Welsh, 2003; Lundahl et al., 2006; Reyno y McGrath, 2006). En relación con los PEP de corte mixto, sí se han demostrado un tanto más eficaces en el mantenimiento de la información adquirida (Lochman y Steenhoven, 2002). Por su parte, los PEP de corte humanista también experimentaron un mantenimiento atenuado tras su implantación, a pesar de que este tipo de estudios no obtuvo una fiabilidad muy elevada debido a que las observaciones sobre la conducta de los niños, eran más exhaustivas durante las evaluaciones de seguimiento que en las realizadas previamente a la implementación del PEP (Cedar y Levant, 1990).

Moon et al. (2016) confirmaron que tanto las madres como los hijos que se habían mostrado satisfechos con la intervención recibida, mantenían durante más tiempo las habilidades adquiridas, en comparación con aquellos padres e hijos que verbalizaron haber estado insatisfechos con el PEP recibido. Estas conclusiones coinciden con los resultados alcanzados previamente por Mackenzie et al. (2004), que advertían como una variable moderadora de la predicción del mantenimiento de los resultados, el grado de satisfacción de los participantes con el métodos y las técnicas utilizadas durante el PEP. A su vez, Lochman y Steenhoven (2002) concluyeron que la atención positiva hacia sus hijos y la reducción de la crítica eran dos habilidades mantenidas por las madres tiempo después de haber asistido a este tipo de programas.

### 3.5. ACTUALIDAD DE LOS PEP

Actualmente los PEP son una forma de tratamiento eficaz que ha conseguido obtener un reconocimiento institucional por encima de otras herramientas de intervención en el ámbito familiar debido a su capacidad para generar cambios de conducta en los hijos (Barlow y Coren, 2018; Nock, 2003), siendo los PEP de corte conductual los que han presentado una mayor eficacia frente a otras corrientes psicológicas (Cedar y Levant, 1990; Mooney, 1995; Todres y Bunston, 1993). Los PEP han ido aumentando su eficacia debido principalmente a la incorporación de técnicas relacionadas con la mejora de la comunicación y la

resolución de problemas, la visualización de videos, la implementación en formato grupal y la recogida de información sobre la continuidad de los aprendizajes alcanzados tras la asistencia de los padres al programa (Chronis et al., 2004; Kazdin y Nock, 2003; Lundahl et al., 2006). Además, los PEP han constado que al trabajar el empoderamiento en los padres, se consigue mejorar la salud y el bienestar de sus hijos (Gutiérrez-Puertas et al., 2019).

Diversos autores han expuesto sus recomendaciones para el aumento de la eficacia de los PEP, resaltando las aportaciones de Kazdin (2001), en las que orienta hacia la incorporación de los siguientes requisitos para la mejora de la calidad de los los PEP :

- 1) Entrenar a las figuras parentales en técnicas de observación y supervisión de comportamiento. Los padres deben ser entrenados para evitar las generalizaciones a través de frases como: “Nunca me hace caso” y en técnicas que faciliten la detección de la causa última del mal comportamiento, como fase previa a la imposición de las consecuencias.
- 2) Ensalzar las conducta positivas de los hijos, instruyendo en técnicas de atención y refuerzo a las conductas positivas.
- 3) Entrenar en la verbalización correcta, apropiada y coherente de instrucciones y órdenes a través de una comunicación clara y precisa.
- 4) Instruir en técnicas de disciplina alternativa al castigo físico, resaltando que el objetivo único de la disciplina es el manejo de la conducta.
- 5) Instruir en el fundamento de cada estrategia de intervención explicada, basando dichas explicaciones en los principios del aprendizaje social.
- 6) Instruir en técnicas de comunicación eficaz, resolución de problemas, escucha activa, resolución los conflictos y afrontamiento de emociones.
- 7) Entrenar en la generalización de los aprendizajes adquiridos durante el PEP a otros contextos, entre los que se encuentra la familia y el colegio.

En esta misma línea de aportaciones, aunque algunas de ellas son similares a las anteriores, Gould y Richardson (2006) incorporan algunos objetivos esenciales para el aumento de la eficacia de los PEP:

- 1) Estructurar y fundamentar los principios del aprendizaje social.

- 2) Incorporar estrategias para la mejora de la calidad de las relaciones entre padres e hijos.
- 3) Establecer un número de sesiones de entre ocho y doce.
- 4) Motivar a los padres en el establecimiento de sus propios objetivos.
- 5) Realizar ensayos conductuales e incentivar la práctica de los aprendizajes adquiridos en el contexto familiar.
- 6) Facilitar un ambiente que permita la adquisición de nuevas habilidades y posibilite experimentar los beneficios de una relación colaborativa entre los padres y el terapeuta.
- 7) Contar con un manual que recoja información relevante y disponer de un material que asegure la correcta implantación del programa.

Tanto las recomendaciones de Kazdin (2001) como las realizadas por Gould y Richardson (2006) siguen siendo, después de casi 20 años, un marco de referencia para la elaboración de los PEP actuales. Esta sistematización de objetivos junto a la calidad alcanzada en las metodologías, el avance otorgado por nuevas técnicas, la variedad de formatos y la calidad teórica, han logrado que muchos autores hayan confirmado la eficacia de sus PEP como un tipo de intervención práctica enfocada al aumento del bienestar, aspecto reservado, hasta el momento, a otras técnicas de intervención. Entre los trabajos realizados, en busca de la ratificación de la eficacia de sus PEP, se encuentra el llevado a cabo por Egea en 2017, con el que consiguió demostrar que el *Programa de Prevención de Problemas de Desobediencia para Familias (PEPA)*, producía mejoras en el comportamiento de los hijos, en la satisfacción marital y en la reducción de la sintomatología depresiva de los padres. De manera similar, el PEP *Aprender a Convivir en Casa*, mostró que mejoraba el clima familiar y provocaba un descenso del comportamiento problemático de los hijos (Benavides, 2018; Pichardo et al., 2019). En esta misma línea de estudios, se encuentra la investigación realizada en esta tesis doctoral, descrita a partir del siguiente tema y con la que se ha conseguido demostrar la eficacia del PEP ECUS en el descenso de los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, y en el aumento de la satisfacción familiar.

**CAPÍTULO IV**  
**PLANTEAMIENTO DEL**  
**PROBLEMA**



## CAPÍTULO IV – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este capítulo se procede en primer lugar con la justificación del PEP ECUS y el modelo explicativo sobre el proceso de crianza desadaptativo en relación a falta de salud mental e insatisfacción parental. En un segundo apartado, se da cuenta de los objetivos propuestos en este estudio y sus hipótesis asociadas, aspectos que marcan el inicio de la parte metodológica de la investigación realizada.

### 4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA “EDUCAR CON UNA SONRISA” (ECUS)

Como ha quedado corroborado tras la exposición realizada a lo largo del marco teórico, el contexto familiar y en concreto las figuras parentales configuran una estructura determinante en el desarrollo emocional y afectivo de los hijos constatándose así, que la influencia de los padres puede actuar como un factor protector de la salud mental, o bien, aumentar la vulnerabilidad hacia patologías clínicas (Arias-de la Torre et al., 2019; Maggi et al., 2010). Este tipo de aseveraciones han moderado la correlación hasta ahora existente entre la paternidad y los momentos placenteros, proponiendo una nueva posibilidad emocional regida por un deterioro del bienestar afectivo, intelectual e incluso físico de las figuras parentales.

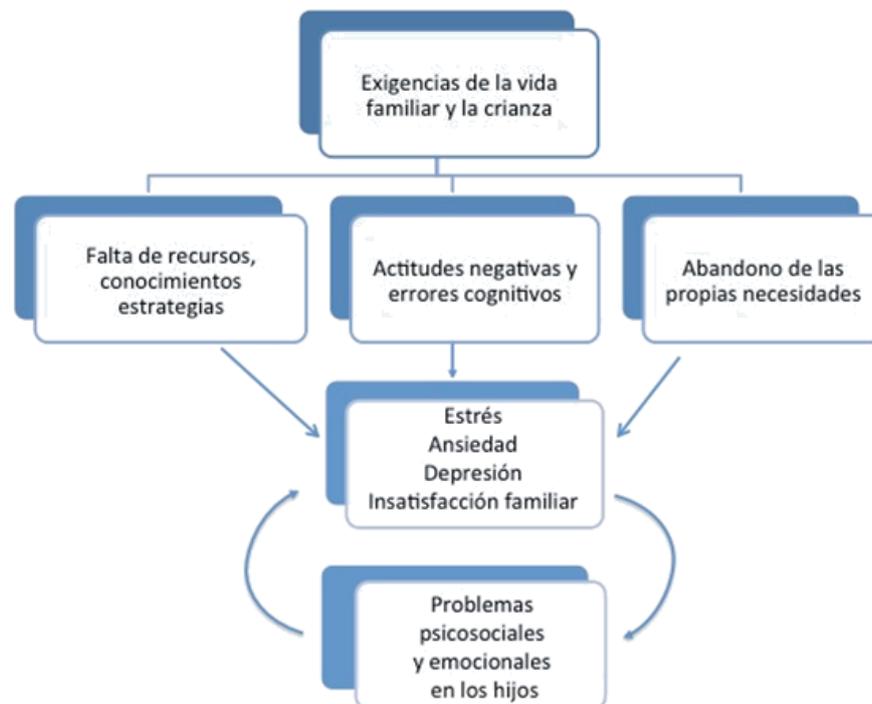
Bajo la posibilidad de minimizar el malestar psicológico de los padres y disminuir los niveles de insatisfacción, se justifica la investigación realizada sobre la eficacia del PEP ECUS. Como ya se adelantó en un artículo publicado sobre este estudio, existe un amplio repertorio sobre la causa última del malestar parental durante los años de crianza, entre las que destacan: (a) una priorización excesiva de las demandas de los hijos, reduciéndose al mínimo las necesidades básicas de las figuras parentales (Hays, 1998); (b) la sensación de falta de recursos ante las demandas que requiere la crianza (Rodrigo et al., 2012); (c) el desbordamiento parental provocado por la falta de ayuda externa ante las tareas que conlleva la crianza (Requena, 2015); (d) la ausencia de modelos referenciales en los que forjar

unas prácticas de crianza saludables (Sánchez, 2019); (e) unas prácticas de crianza guiadas por actitudes negativas y falsas expectativas (Crandall et al., 2015; Otani et al., 2013); (f) la sensación de pérdida de control sobre la crianza de los hijos (López-Sánchez, 2017); y (g) la continua exposición a un estado de tensión, incertidumbre, duda y/o preocupación por el ejercicio de la crianza (López-Arana y Barandiaran-Arteaga, 2018).

Teniendo en cuenta la casuística ofrecida por la investigación científica y la experiencia clínica recogida desde el año 2000, se procedió a la creación de un modelo explicativo sobre la causa del deterioro en la salud mental y la insatisfacción en los padres.

### Figura 2

*Modelo explicativo propuesto para el proceso de crianza desadaptativo (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p.3)*



Como se puede apreciar en la Figura 2, el modelo explicativo queda estructurado de la siguiente manera: las exigencias ocasionadas por la crianza y la nueva estructura familiar originada tras el nacimiento de un hijo pueden provocar: (a) la sensación de falta de conocimientos, recursos y estrategias; (b) un cambio en la actitud hacia una orientación negativa y compuesta por errores cognitivos, expectativas desajustadas y expresiones hostiles y; (c) un abandono de las necesidades básicas para el bienestar psicosocial y emocional de los padres. Este tipo de factores necesarios para la experimentación de la salud mental, cuando no está presente a un determinado nivel, puede repercutir en la aparición de trastornos relacionados con el estrés, la ansiedad y la depresión, así como generar problemas de insatisfacción familiar. A partir de esta situación, en la que las figuras parentales presentan una patología, la calidad de las prácticas de crianza se deteriora, convirtiéndose en un factor detonante de problemas psicosociales y emocionales de los hijos. Para cerrar la explicación del modelo expuesto, es importante añadir que los problemas de los hijos pueden, a su vez, generar en los padres sintomatología clínica y un descenso en la satisfacción familiar, pudiendo llegar a generar un proceso de retroalimentación cíclica de malestar.

Otro aspecto relevante que justifica la investigación realizada, es el deseo de conseguir posicionar a los PEP en un espacio más clínico, que goce de una orientación terapéutica, categoría que, a día de hoy, los PEP no han conseguido. Tras una revisión rigurosa y sistemática sobre los PEP, se ha podido confirmar la eficacia de estos como herramientas para el aumento en la calidad de las prácticas parentales, la mejora en el ajuste emocional y el descenso de los problemas de comportamiento en los hijos (Barlow et al., 2016; Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017; Robles y Romero, 2011). Aunque, en relación a las mejoras psicológicas alcanzadas por los padres tras la asistencia a este tipo de programas, punto del que parte uno de los objetivos de la presente investigación, la cantidad de estudios existentes es menor y los resultados obtenidos son contradictorios. Hiscock et al. (2008), Martín y Sanders (2003) y Matsumoto et al. (2010) no encontraron mejoras significativas en los PEP sobre la salud mental parental, pero sí lo hizo Bennett et al. (2013) al detectar efectos positivos de los PEP, aunque modestos, en relación con la sintomatología clínica, la ira y la culpa; investigación

a la que pretendemos dar una mayor consistencia con la confirmación de que este tipo de intervenciones puede mejorar la salud mental parental.

#### 4.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal de la presente investigación consiste en evaluar la eficacia del PEP ECUS para el aumento de la salud mental, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas en las figuras parentales de niños entre cero y doce años. Por ello, la presente tesis aborda cuatro objetivos específicos:

- 1) Comprobar la relación, previa a la recepción del PEP, entre los factores del modelo explicativo propuesto para el proceso de crianza (síntomatología clínica de los padres, satisfacción familiar, habilidades y dimensiones psicológicas) y las variables sociodemográficas.
- 2) Comprobar la eficacia del PEP ECUS en la disminución de los niveles de sintomatología clínica y el aumento de la satisfacción familiar y de las habilidades y dimensiones psicológicas de los padres.
- 3) Analizar la influencia de los niveles iniciales de sintomatología clínica, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas sobre la puntuación de cambio tras la recepción del programa.
- 4) Formular un modelo explicativo de los efectos del programa ECUS comprobando si el cambio en las habilidades y dimensiones psicológicas de crianza deriva en la mejora de la sintomatología clínica y la satisfacción familiar.

Los objetivos específicos y las hipótesis de investigación derivadas de los mismos se exponen a continuación.

#### 4.2.1. Objetivo específico número uno e hipótesis asociadas

El primer objetivo específico consiste en analizar la relación existente entre la sintomatología clínica, la satisfacción familiar, las habilidades y dimensiones psicológicas y las variables sociodemográficas. Dicho objetivo se divide en cuatro fases:

- 1) Analizar la relación de las variables sociodemográficas con las variables clínicas relacionadas con la ansiedad, la depresión y el estrés. Para ello se establecen las siguientes hipótesis:
  - ◊ Se espera que las mujeres presenten mayores niveles de sintomatología clínica que los hombres (H1).
  - ◊ Se espera que los padres que cuentan con ayuda doméstica tengan menores niveles de sintomatología clínica (H2).
  - ◊ Se espera que los padres con un mayor número de hijos tengan mayores niveles de sintomatología clínica (H3).
  - ◊ Se espera que los padres con mayor nivel de ingresos presenten menores niveles de sintomatología clínica (H4).
  - ◊ Se espera que la convivencia de los padres tenga impacto en los niveles de sintomatología clínica (H5).
  - ◊ Se espera que la edad de los padres y edad de los tengan impacto en los niveles de sintomatología clínica (H6).
  
- 2) Analizar la relación de las variables sociodemográficas con la variable Satisfacción familiar. Para ello se establecen las siguientes hipótesis:
  - ◊ Se espera que los padres que cuenten con ayuda familiar presenten mayores niveles de satisfacción familiar (H7).
  - ◊ Se espera que los padres con mayor nivel de ingresos presenten mayores niveles de satisfacción familiar (H8).
  - ◊ Se espera que la convivencia de los padres no tenga impacto en los niveles de satisfacción familiar (H9).
  - ◊ Se espera que el número de hijos, la edad de los padres y la edad de los hijos no tengan impacto en los niveles de satisfacción familiar (H10).

3) Analizar la relación entre las variables sociodemográficas con las habilidades y dimensiones psicológicas o variables en relación con la crianza mencionadas por Bermejo et al. (2014): Altruismo, Apertura, Asertividad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Independencia, Flexibilidad, Reflexividad, Capacidad de resolución del duelo, Cuidado responsable, Sociabilidad, Equilibrio Emocional, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad. Para ello se establecen las siguientes hipótesis:

- ◊ Se espera que el sexo de los padres no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H11).
- ◊ Se espera que la edad de los padres no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H12).
- ◊ Se espera que el número de hijos no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H13).
- ◊ Se espera que el estado civil no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H14).
- ◊ Se espera que la convivencia de los padres no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H15).
- ◊ Se espera que la ayuda doméstica no tenga impacto sobre las variables asociadas con crianza (H16).
- ◊ Se espera que la ayuda a la crianza no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H17).
- ◊ Se espera que la edad de los hijos no tenga impacto sobre las variables asociadas con la crianza (H18).

4) Analizar la relación entre las variables clínicas, las variables relacionadas con las habilidades y dimensiones psicológicas y la satisfacción familiar. Para ello se establecen las siguientes hipótesis:

- ◊ Se espera que las variables clínicas relacionadas con la ansiedad, la depresión y el estrés presenten una asociación negativa con las diferentes habilidades y dimensiones psicológicas en relación con las habilidades de crianza, excepto con la variable Agresividad con la que se espera una relación positiva (H19).

- ◆ Se espera que la satisfacción familiar presente una asociación positiva con las diferentes habilidades y dimensiones psicológicas, excepto con la variable Agresividad, con la que se espera una relación negativa (H20).
- ◆ Se espera que las variables clínicas relacionadas con la ansiedad, la depresión y el estrés presenten una asociación negativa con la satisfacción familiar (H21).

#### 4.2.2. Objetivo específico número dos e hipótesis asociadas

El segundo objetivo específico consiste en comprobar la eficacia del PEP ECUS para la reducción de los niveles de sintomatología clínica, de la satisfacción familiar y de las habilidades y dimensiones psicológicas. Dicho objetivo se divide en tres fases:

- 1) Comprobar la eficacia del PEP ECUS para la mejora de la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés. Para ello se establece la siguiente hipótesis:
  - ◆ Se espera que el PEP ECUS sea eficaz para reducir la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y estrés de los padres en las puntuaciones del pretest al postest (H22).
- 2) Comprobar la eficacia del PEP ECUS para la mejora de las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza. Para ello se establece la siguiente hipótesis:
  - ◆ Se espera que el PEP ECUS sea eficaz para aumentar las puntuaciones en Altruismo, Apertura, Asertividad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Independencia, Flexibilidad, Reflexividad, Capacidad de resolución del duelo, Cuidado responsable, Sociabilidad, Equilibrio Emocional, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad (Bermejo et al. 2014), del pretest al postest (H24).

3) Comprobar la eficacia del PEP ECUS en el aumento de la satisfacción familiar. Para ello se establece la siguiente hipótesis:

- ◆ Se espera que el PEP ECUS sea eficaz para aumentar la satisfacción familiar de los padres en las puntuaciones del pretest al posttest (H23).

#### **4.2.3. Objetivo específico número tres e hipótesis asociadas**

El tercer objetivo específico consiste en analizar la influencia de los niveles iniciales de sintomatología clínica de los padres, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza sobre la puntuación de cambio tras la recepción del programa. Dicho objetivo se divide en tres fases:

1) Comprobar la influencia de los niveles iniciales de sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés en el cambio producido tras el PEP ECUS. Para ello se establece la siguiente hipótesis:

- ◆ Se espera que los padres con puntuaciones iniciales más altas en ansiedad, depresión y estrés experimenten un mayor cambio en dichas variables tras asistir al PEP ECUS (H25).

2) Comprobar la influencia de los niveles iniciales de satisfacción familiar en el cambio producido tras el PEP ECUS. Para ello se establece la siguiente hipótesis:

- ◆ Se espera que los padres con puntuaciones iniciales más bajas en satisfacción familiar experimenten un mayor cambio en dicha variable tras asistir al PEP ECUS (H26).

3) Comprobar la influencia de las puntuaciones iniciales en las habilidades y dimensiones psicológicas en el cambio producido tras el PEP ECUS. Para ello se establece la siguiente hipótesis:

- ◆ Se espera que los padres con puntuaciones iniciales más bajas en las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, experimenten un mayor cambio en dichas variables (H27).

#### **4.2.4. Objetivo específico número cuatro e hipótesis asociadas**

El cuarto objetivo específico consiste en formular un modelo explicativo de los efectos del programa. Dicho objetivo consiste en comprobar si el cambio en las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza deriva en la mejora de la satisfacción familiar y la sintomatología clínica. Para ello se establece la siguiente hipótesis:

- ◆ Se espera que el cambio en las variables en relación con la crianza tenga un efecto positivo directo sobre el cambio en la satisfacción familiar y a través de la mejora en satisfacción familiar se produzca la mejora en la sintomatología clínica (H28).



**CAPÍTULO V**  
**PROGRAMA DE**  
**ENTRENAMIENTO ECUS**



## CAPÍTULO V – PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ECUS

### 5.1. LOS ORÍGENES DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ECUS

La estructura del PEP ECUS arrancó en el año 2001 con su primera versión, mostrando unos resultados exitosos en la práctica clínica. Desde sus inicios este programa se elaboró bajo un marco estructurado basado en la intervención terapéutica, dirigido a figuras parentales e impartido para un número reducido de asistentes. El objetivo principal de este programa consistió en aumentar la salud psicológica y el nivel de adaptación de los padres a través de la formación en conocimientos extraídos de la psicología y la educación, la instrucción en estrategias relacionadas con las habilidades de crianza, el cambio de actitud y la incorporación de hábitos saludables en sus vidas. Trascurridos 10 años, se procede a estructurar con detalle el material del PEP con el objetivo poder ser replicado por otros psicólogos y así llegar a una población mayor de padres asegurando unos resultados similares. Esta sistematización del PEP fue el inicio de una investigación capaz de determinar la eficacia del programa ECUS bajo una perspectiva científica.

A lo largo de estos años, el programa se fue ajustando paulatinamente en relación a los contenidos impartidos, la duración de las intervenciones, los ejercicios seleccionados e incluso el número de sesiones. En el año 2015, sale a la luz el libro *Educación con una sonrisa. Aprendamos a educar desde el sentido común* (Pérez-Saussol, 2015), que hasta el momento había sido entregado por capítulos, como manual de lectura para complementar la formación adquirida. Es a principios de 2016, cuando se fecha el final del proceso de creación del protocolo del programa, el cual se detalla a continuación.

## 5.2. FORMATO DEL PROGRAMA Y POBLACIÓN OBJETIVO

El PEP ECUS fue elaborado para ser impartido en un formato grupal de grupos pequeños, con número de padres que oscila entre cinco y diez. El programa debe ser impartido por un psicólogo experto en psicología clínica y educativa con experiencia en dinámicas de grupos. El hecho de que el objetivo principal de este programa consista en mejorar la salud mental parental, hace que sea imprescindible que el instructor del programa actúe como un “facilitador meta-cognitivo” capaz de provocar modificaciones del pensamiento en los padres, incluso en aquellos que muestren ciertas resistencias a las metacogniciones y a las modificaciones cognitivas (Inchausti et al., 2017).

Como se ha descrito a lo largo de la introducción, el PEP ECUS fue elaborado para ser impartido a personas con al menos un hijo con una edad comprendida entre los cero y los doce años, rango de edad que corresponde a la primera etapa de la infancia (de cero a cinco años) y a la segunda infancia (de seis a doce años) (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020). La decisión de intervenir en padres con hijos pertenecientes a este rango de edad, fue debida a dos razones principales: (a) la dependencia física y psicológica de los hijos sobre el mundo adulto, (b) la elevada responsabilidad y desgaste de las figuras parentales durante esta etapa de la crianza, y (c) la importancia de los primeros aprendizajes como elemento base de la configuración cognitiva y futuras habilidades psicosociales (Mansilla, 2000; Muñoz-Silva, 2005).

## 5.3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA ECUS

El objetivo principal del programa ECUS consiste en mejorar la salud mental de las figuras parentales y aumentar la satisfacción familiar, a través de la instrucción en recursos y habilidades de crianza, la modificación de actitudes y errores cognitivos; y la reincorporación de hábitos saludables. Este objetivo general se divide en los siguientes objetivos específicos:

- 1) *Mejorar la salud mental de las figuras parentales* a través del entrenamiento en hábitos de vida saludable en distintos niveles: (a) en relación a su salud física, se incide en conseguir que el descanso, la alimentación, la atención a la imagen personal, el ejercicio físico y atención sanitaria

entren dentro de sus rutinas; (b) para favorecer su bienestar psicológico se trabaja para el aumento de la autoestima, el autocontrol, la gestión de emociones, el autoconocimiento, la autoaceptación, la capacidad de resolución de problemas y la gestión ante la crítica.

- 2) *Aumentar las habilidades de crianza y provocar un cambio de actitud* gracias a la enseñanza de aquellas habilidades y recursos cognitivos que promueven los 13 Principios de crianza efectiva que recoge este PEP: “Dedicar tiempo de calidad”, “Valorar y reconocer”, “Respetar el desarrollo madurativo – no comparar”, “Facilitar que asuman responsabilidades”, “Escuchar prestando atención”, “Comunicar de forma clara y precisa”, “Asumir responsabilidades”, “Coherencia y asertividad”, “Eliminar la queja y actuar en positivo”, “Amabilidad y afecto”, “Orientar y planificar”, “Establecer límites adecuados y proporcionar lo necesario”.
- 3) *Instruir para conseguir una adecuada adaptación y funcionamiento psicosocial de los hijos*, mediante la instrucción de los conocimientos necesarios para comprender el funcionamiento psicosocial de los niños, determinar su nivel de adaptación y realizar modificaciones, si fuera necesario, para conseguir una buena adaptación personal, social, familiar y educativa de los hijos.

#### 5.4. ESTRUCTURA GENERAL DEL PROGRAMA ECUS

El PEP ECUS se compone de cuatro sesiones de intervención con una duración de dos horas, impartidas con una frecuencia semanal. Como se puede observar en la Tabla 5, la estructura del programa ha sido diseñada en tres módulos: (a) el primero, que corresponde a la primera sesión, se centra en la mejora del estado físico y psicológico de los padres; (b) el segundo módulo se compone de la segunda y la tercera sesión y tiene como objetivo entrenar a los padres en habilidades de crianza y facilitar una actitud positiva a través de los principios de crianza efectiva; y (c) el tercer módulo, en el que se recoge la cuarta sesión, pretende dotar a los padres de la instrucción necesaria para la mejora del funcionamiento psicosocial y la adaptación actual de sus hijos.

Cada una de las cuatro sesiones que compone este programa sigue un modelo de intervención psicoeducativa en el que se apuesta por la alternancia entre la teoría y la práctica, con el objetivo de aumentar la atención y motivación de los participantes. Durante las sesiones de entrenamiento se realizan entrenamientos cognitivo-conductuales, dinámicas, ejercicios de relajación y movilización, entrenamiento en habilidades de crianza y ejercicios que invitan a la reflexión. Para facilitar la secuenciación y posibilidad de réplica del programa, el contenido de las sesiones ha sido estructurado en 18 estrategias, 13 Principios de crianza efectiva, 34 características de autoridad y 5 documentos. Asimismo, el PEP prevé la realización de actividades entre sesiones con el objetivo de asentar los conocimientos adquiridos. Este material se encuentra recogido en el libro “Educar con una sonrisa” (Pérez-Saussol, 2015) entregado al inicio del PEP.

**Tabla 5**

*Estructura general del programa ECUS (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

Módulos	Sesiones
Módulo 1 La Salud de los padres	Sesión 1 Mejora del estado físico y psicológico de los padres
Módulo 2 Habilidades de crianza y cambio de actitud	Sesión 2 Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I Sesión 3 Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II
Módulo 3 Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial de los hijos	Sesión 4 Mejora del funcionamiento global de los hijos

#### 5.4.1. Primera sesión: Mejora del estado físico y psicológico

La primera sesión contiene los siguientes objetivos: (a) ayudar a los padres a reconocer su situación actual en salud física y psicológica; (b) aportar los recursos necesarios para incrementar sus hábitos saludables; y (c) mejorar su bienestar psicológico. Los contenidos impartidos son los siguientes (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

- ◆ Presentar al terapeuta, a los participantes y el PEP.
- ◆ Reflexionar sobre lo que significa ser padres.
- ◆ Exponer la importancia de cubrir las necesidades de los padres y la importancia de comprender a cada familia en su propio contexto.
- ◆ Incorporar hábitos saludables en las rutinas de los padres.
- ◆ Entrenar en habilidades y estrategias cuyo objetivo se centra en superar las situaciones estresantes y eliminar el posible malestar psicológico derivado de la crianza: Autorrecompensa, Sonrisa, Hacer equipo, Autoconocimiento, Normalización, Potenciación, Rutinas saludables, Yo elijo, Resolución y Relajación.
- ◆ Facilitar a los padres una instrucción relacionada con la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol, la gestión de emociones, el autoconocimiento, la autoaceptación, la capacidad de resolución de problemas y la gestión de emociones ante la crítica.

A continuación, se presenta el contenido de esta sesión desarrollando cada uno de los conceptos, herramientas, habilidades y ejercicios impartidos (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

*Presentación.* Comienza la sesión con la presentación del psicoterapeuta y del programa de intervención. Se exponen: número de sesiones, horarios, temario previsto y se procede a la verbalización de la importancia del respeto y la confidencialidad que debe imperar en un programa de entrenamiento. Se continúa con el desarrollo de los contenidos de la sesión. En la primera parte de la sesión se analizan situaciones y problemáticas relacionadas con la crianza, y se aportan herramientas cognitivas para mejorar la respuesta de los padres ante las mismas.

*La labor de ser padres (Psicoeducación).* Ensalzar y valorar a los padres en relación con la labor que realizan con sus hijos, a través de una disertación sobre el esfuerzo que requiere el hecho de ser padres y el escaso reconocimiento que se recibe.

*La Autorrecompensa (Estrategia 1).* Consiste en reconocer y enseñar a los padres a premiarse en aquellos momentos en los que crean haber realizado sobreesfuerzos, con el fin de evitar la sensación de explotación y la necesidad de recompensa ajena.

*Necesidades de los padres (Psicoeducación).* Como idea clave se insiste en que los padres suelen tener razón en las indicaciones que sugieren a sus hijos, pero en ocasiones, a estas verbalizaciones correctas no las acompañan unas formas adecuadas. La no adecuación en las formas suele estar originada por necesidades básicas no cubiertas en los padres, por ejemplo, falta de descanso, de afecto, de organización, etc. A nivel psicológico, se destaca la importancia de mantener un equilibrio emocional, recuperar el optimismo y hacer uso del sentido del humor como estrategias de bienestar. Así mismo se hace hincapié en la idea de mantener un equilibrio emocional como elemento imprescindible para poder educar de una forma saludable. Los asistentes llegan a ver que es posible recuperar el sentido del humor y adquirir la sonrisa como una herramienta facilitadora del bienestar. Se exponen ejemplos que permiten identificar comportamientos convertidos en hábito, en los que los padres han abandonado aspectos saludables en la relación y muestran su enfado de forma sistemática. Este comportamiento adquirido lo denominamos como “padre gruñón”. La crianza ofrece la posibilidad de revivir momentos de la niñez de los padres, y da la oportunidad de cambiar hábitos de vida que no fueron adecuados por otros más adaptativos y poder así elegir ser un modelo referencial diferente y ajustado al que les hubiera gustado tener.

*“Educar con una sonrisa”.* Para cerrar la parte relacionada con el bienestar psicológico, se continúa exponiendo los beneficios de mantener un estado emocional positivo, indicando que la sonrisa puede ser una estrategia pedagógica. Los padres que la utilizan en momentos previos a un conflicto, consiguen calmar, aumentar la capacidad de autocontrol y aportar una sensación de distancia con la situación, otorgando a nuestra mente unos segundos para pensar lo que van a

indicar y ser adecuados. “Sonrisa” (Estrategia 2). Indicar a los padres que fuercen la sonrisa hasta conseguir una sonrisa real y así vivenciar el cambio de actitud que se produce. “Hacer equipo” (Estrategia 3). Se fomenta la importancia de la mejora de las relaciones entre los padres, ya que la relación entre los progenitores configura uno de los pilares principales de la satisfacción familiar. En caso de no existir una relación adecuada, reflexionar sobre la importancia de aumentar horas de actividad física, tiempo de calidad afectiva y actividades de ocio. Insistir en los beneficios de modificar el concepto de familia, conceptualizándolo como un equipo, donde los padres con el aúnan sus fuerzas, recursos y energías.

*Conocer, aceptar y gestionar (Psicoeducación).* En este apartado es importante transmitir la idea de que cada niño es distinto y cuenta con una singularidad que lo hace ser único. Cada padre es diferente y cada contexto posee unas características particulares. En consecuencia, los padres deben permitirse actuar en relación con sus peculiaridades familiares. La comparación entre escenarios es inútil ya que no es lo mismo haber tenido un hijo, que dos, tres o cuatro; ser unos padres jóvenes o tener una edad avanzada; y tampoco es parecido el hecho de haber tenido solo hijas, solo hijos o hijas e hijos en el mismo hogar, ni se funciona de la misma manera habiendo tenido niños o niños con algún tipo de alteración.

Se continúa la explicación con la estrategia 4: *Autoconocimiento, indicando que* el autoconocimiento es la estrategia que permite conocer, desde la evidencia, las competencias, los límites y las debilidades que posee cada persona. Se centra en el conocimiento sobre nosotros mismos y consiste en la toma de conciencia de la situación real, de todo lo que nos rodea: la familia, el trabajo, la economía, la salud, nuestra historia etc. El autoconocimiento es vital para construir una base sólida de realidad desde donde edificar nuevos aprendizajes y proyecto. Continúa la exposición haciendo referencia a la autoaceptación y a la autogestión. En este apartado el hecho de incluir “auto” en las tres palabras tiene como objetivo darle peso a la idea de comenzar por conocerse, aceptarse y gestionarse, antes de comenzar a intervenir con los hijos.

La estrategia *Aceptación* se trabaja más adelante (Estrategia 10), aunque se familiariza a los padres con este término, el cual, consiste en la asimilación de las situaciones sin inquietud. Continúa la sesión haciendo referencia a la idea clave

de esta psicoeducación (Conoce, acepta y gestiona), indicar a los padres que una vez que conozco mi persona con profundidad y acepto el proceso de vida que he tenido, es entonces cuando puedo comenzar a gestionar mis competencias. Se debe explicar el término “gestión” como la acción tanto de organizar como de poner a funcionar los recursos que se poseen. La gestión está relacionada con la estrategia *Resolución* (Estrategia 9) que se trabaja más adelante. Para terminar la psicoeducación, se refuerza que: el autoconocimiento, la autoaceptación y la autogestión son tres factores claves que facilitan la salud mental.

*Normalización* (Estrategia 5). Se enseña a los padres a eliminar el carácter de excepcionalidad de las situaciones que están viviendo como estrategia psicológica de bienestar. Cuando una persona normaliza la situación que está viviendo se favorece la disminución de la pena, la culpa y, en consecuencia, el sufrimiento. Toda situación vivida no es una excepcionalidad respecto de las experiencias poblacionales.

*Ejercicio de Presentación (Dinámica de grupo)*. Continúa la sesión realizando una dinámica grupal de presentación, en la que los padres, toman conciencia de sus cualidades, mejoran su autoconcepto y se sienten identificados con otros padres. Se procede dividiendo al grupo de asistentes en parejas, evitando que ambos miembros de la pareja sean de la misma familia. En el caso de que los participantes sean impares, se construirá un grupo de tres personas. Comienza uno de los participantes de cada pareja presentándose al compañero, indicando su nombre y seguidamente verbalizando todas las características positivas que le hacen ser buen padre. Se les indica que tengan en cuenta rasgos físicos (ej., “tengo un buen estado físico y puedo hacer deporte con mis hijos”), rasgos personales (ej., “soy simpático, agradable, generoso”) e intelectuales (ej., “soy un padre creativo, inteligente, con buena memoria”). El compañero asignado irá escribiendo las características que va escuchando. Tras unos minutos, se realiza el ejercicio a la inversa, el que ha estado escribiendo las características positivas, enunciará sus rasgos positivos y el compañero, esta vez, será el que vaya anotando las cualidades positivas del que las enuncia. Durante el ejercicio se estimula a los participantes a incrementar el número de aspectos positivos que poseen. Con este ejercicio se refuerza la estrategia 4: Autoconocimiento y la

estrategia 6: *Potenciación*, ya que tiene como objetivo dar a conocer, reforzar y hacer más visibles las capacidades que poseen los padres. Una vez finalizada esta parte del ejercicio, se indica a los padres que lean en voz alta las características del compañero que han ido anotando como si fueran propias. En este ejercicio se aprovecha para reforzar la idea de que todos los padres son diferentes, peculiares y únicos, pero poseen aspectos comunes a otros padres, para indicar que todos cuentan con competencias de las que pueden sentirse orgullosos y que sus hijos tienen mucha suerte de poder contar con ellos. Se continúa indicando que en ocasiones los padres tienen comportamientos con sus hijos que seguramente deberán modificar, relacionados con ciertos aspectos de su estructura de personalidad o de sus estrategias de crianza, pero es importante transmitir la sensación de que con lo que ya poseen, cuentan con una buena base de inicio. El ejercicio se cierra reforzando la posibilidad de potenciar aquellas competencias de las que ya disponen.

*Mejora del estado de salud físico y psicológico (Psicoeducación)*. Comienza la intervención reflexionando sobre el beneficio que produce la incorporación de rutinas saludables para la mejora del estado físico y psicológico de los padres. En esta psicoeducación se trabaja la estrategia 7: *Rutinas Saludables* que consiste en realizar actividades beneficiosas para la salud que mejoren el bienestar de los padres. Uno de los objetivos de este primer módulo es motivar e insistir, si fuera necesario, a los padres en la realización de determinadas actividades y cambios de actitud para que vivencien las mejoras que se producen al incorporar hábitos saludables a lo largo del día. Para ir trabajando los contenidos de este apartado, se entrega a los padres el documento “Cuestionario de salud para padres” (ver Anexo 5), en el que se enumeran una serie de hábitos saludables relacionados con el descanso, la alimentación, la ingesta de agua, el cuidado de la estética, la atención sanitaria, la gestión del tiempo, las relaciones etc. A lo largo de la psicoeducación se procede a la lectura de cada ítem facilitando un espacio de autorreflexión. Los padres irán marcando con una x si realizan o no la actividad que se indica con asiduidad. El espacio que queda entre la columna del sí y la del no, es para aquellos padres que prefieren marcar una x cuando aún no tienen adquirido ese hábito en sus vidas, pero lo realizan frecuentemente. El psicoterapeuta irá exponiendo los beneficios físicos y psicológicos al incorporar

cada uno de los hábitos para su propia salud, para la crianza y para el funcionamiento familiar. Por último, se propone que los padres revisen con un compañero su estado de salud, verbalizando aquellos apartados del cuestionario de salud que no tiene incorporados y se solicita que realicen un compromiso con ese compañero para incorporar actividades que mejoren su estado de bienestar a lo largo de esa semana.

*Recuperar las riendas de mi vida (Psicoeducación).* Comienza la intervención reflexionando sobre la importancia de tener un proyecto claro, de tomar conciencia de que los padres tenemos la edad suficiente para elegir lo que consideramos nos hace sentir satisfechos, contentos y felices. A través de la estrategia 8: Yo elijo se consigue dotar a los padres de la fuerza necesaria para conseguir recuperar la dirección de sus vidas, eliminando miedos e inseguridades y consiguiendo que se sientan agentes del cambio.

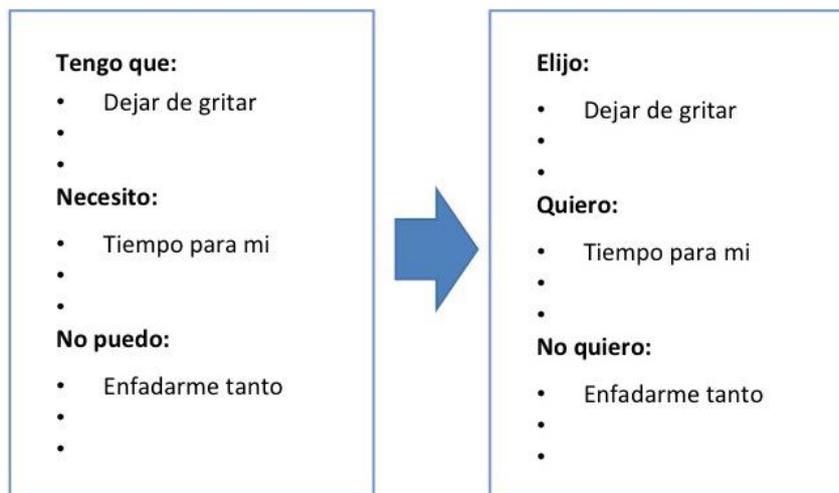
*Ejercicio Tengo que (Dinámica de grupo):* para afianzar la estrategia Yo elijo, se realiza el ejercicio: Tengo que. Comienza el ejercicio con el primer ítem del documento Cuestionario de salud para padres. En este tipo de ejercicios los padres suelen justificar la falta de tiempo que experimentan durante la crianza. A través de este ejercicio se pretende conseguir que los padres tomen conciencia de que su falta de tiempo es provocada por una priorización de actividades que en ocasiones no tiene que ver con las actividades propias de la crianza. De manera individual se solicita a los padres que escriban cuatro frases que empiecen por "Tengo que", otras cuatro frases que empiecen por "Necesito" y otras cuatro por "No puedo". Una vez escritas las frases correspondientes a cada apartado, se les indica a los padres que cambien las palabras "tengo que" por "elijo", "necesito" por "quiero" y "no puedo" por "no quiero", tal como se muestra, con un ejemplo, en la Figura 3.

A continuación, y una vez se ha realizado el cambio de palabras indicado, se procede a una reflexión sobre el nuevo significado que adquieren las frases escritas. El objetivo de este ejercicio es cambiar el sentido de obligación por el de elección en la realización de las actividades descritas, es importante insistir en el aumento de salud mental cuando desaparece la sensación de sacrificio. Con estas reflexiones se consigue que los padres descubran que ciertas tareas que realizan y

que hasta la fecha habían sido catalogadas como obligatorias, realmente han sido elegidas. Con este ejercicio se logra realizar una modificación cognitiva al cambiar al “elijo”, al “quiero” y al “no quiero”, adquiriendo así la sensación de control sobre las propias necesidades y obligaciones.

### Figura 3

Ejemplo del ejercicio “Tengo que” (elaboración propia)



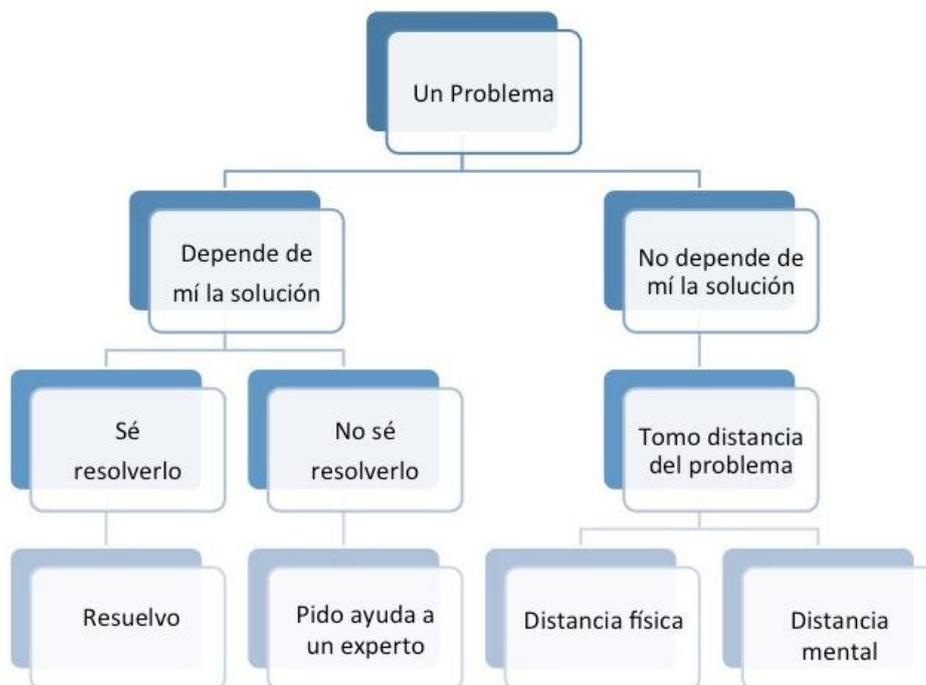
*Aprender a resolver (Psicoeducación).* Para este apartado se trabaja la estrategia 9: *Resolución*, que consiste en aprender a resolver problemas mediante un esquema de análisis previo a la resolución (ver Figura 4). Tras solicitar a los padres que puntúen el ítem: Resolver temas pendientes, se enseña a los padres una estrategia para resolver las dificultades en general, pero haciendo hincapié en aquellas derivadas de la crianza. Como mostramos en la Figura 3 se enseña a los padres a discriminar entre los problemas cuya solución depende de ellos y los problemas cuya solución no depende de su actuación.

La idea clave de esta psicoeducación consiste en instruir a los padres en el proceso de resolución de conflictos y problemas, enseñándoles a dedicar su esfuerzo a lo que depende de su intervención. Cuando la solución de un problema depende de mi intervención, entonces tengo dos opciones: “sé resolverlo y por tanto lo resuelvo con la mayor brevedad posible” para evitar

temas pendientes; o “no sé resolverlo y es entonces cuando pido ayuda a un experto”, evitando actuar sin tener los conocimientos que requiere ese problema. Se insiste en la idea de buscar expertos. Pero cuando la solución a un problema no depende de mí, la persona debe tomar distancia. Entonces aparecen otras dos opciones: (a) tomar distancia física, alejándose del escenario en el que se está produciendo el problema; o (b) si no puedo alejarme físicamente, utilizo estrategias cognitivas, como pueden ser: pensar en otra cosa, imaginar que se está en otro sitio, o que se habla en otro idioma o simplemente disimular.

**Figura 4**

*Esquema para la resolución de problemas (elaboración propia)*



Estas herramientas cuando son elegidas, presentan un alto poder de protección afectiva. Como ejemplo se les puede indicar a los padres que imaginen la siguiente situación: en una reunión familiar, una persona tóxica comienza a dar un argumento incoherente sobre un tema que ellos dominan, pero es una persona conflictiva con la que el debate es imposible, no procede dejar la reunión porque

generaría malestar ya que es una comida familiar. Es un problema, no depende de ti la solución (porque no va a cambiar las convicciones de esa persona tóxica, porque ya se ha tenido oportunidad de comprobarlo); en ese caso optaríamos por una distancia mental, imaginando que habla en un idioma que no conocemos y soy incapaz de entender. Es importante hacer ver a los padres que el cerebro es un gran aliado para mejorar nuestra vida y hacerla más fácil y aunque en lo profundo se sabe que es falsa la información que aportamos, nos ayuda a distanciarnos y conseguir que no se produzca un enfrentamiento. Para terminar, es importante explicar que en ocasiones los hechos no pueden modificarse, pero sí la interpretación y la vivencia que hacemos de los mismos.

*Asignación de tareas para casa:* antes de finalizar la primera sesión se procede a la asignación de la tarea para realizar en casa antes de acudir a la siguiente sesión, se propone la lectura de los capítulos uno y dos del manual de referencia *Educar con una sonrisa. Aprendamos a educar desde el sentido común* (Pérez-Saussol, 2015).

*Entrenamiento en relajación (Dinámica de grupo).* Para finalizar la sesión se realiza un ejercicio de relajación dirigida utilizando la estrategia 10: Relajación que consiste en tomar conciencia del cuerpo y de la mente en reposo. Comienza el ejercicio indicando a los padres que cierren los ojos, que se centren en la respiración, que sientan como el aire entra y sale. El ejercicio consiste en una relajación sencilla que pueden enseñar y practicar con sus hijos. Se considera una herramienta clínica para recuperar la calma, el autocontrol o la serenidad. Se indica que visualicen cada parte de su cuerpo de pies a cabeza, indicando que respiren con calma, que noten el aire que entra, que sientan que ellos son los que mandan en su interior, que se aquieten. Es importante reforzar la idea de que son unos padres adecuados y que, aunque necesiten mejorar algunas competencias o cambiar alguna actitud tienen mucho que ofrecer a sus hijos. Es importante recordar a los padres los beneficios de mantener un lenguaje interno.

El ejercicio finaliza indicando que abran los ojos, sin perder la sensación del control de la respiración consciente. El objetivo de este ejercicio es hacer que los padres vivan unos instantes de calma y relajación.

En la Tabla 6 se presenta, a modo de resumen, las estrategias y los documentos trabajados en la sesión 1.

**Tabla 6**

*Estrategias y documentos trabajados en la sesión 1 del módulo 1 (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

Módulo 1: La Salud de los padres
Sesión 1: Mejora del estado físico y psicológico de los padres
<p>Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autorrecompensa: premiar el propio esfuerzo.</li> <li>2. Sonrisa: forzar la sonrisa para provocar un cambio de actitud.</li> <li>3. Hacer equipo: utilizar las competencias individuales a fin de conseguir una fuerza colectiva.</li> <li>4. Autoconocimiento: conseguir una percepción real de nosotros mismos.</li> <li>5. Normalización: eliminar el carácter de excepcionalidad de una situación.</li> <li>6. Potenciación: reforzar y hacer visibles las propias capacidades.</li> <li>7. Rutinas saludables realizar actividades beneficiosas para la salud.</li> <li>8. Yo elijo: adquirir la conciencia de agentes responsables del cambio,</li> <li>9. Resolución: intervenir en la resolución de conflictos atendiendo a las parcelas de responsabilidad propia.</li> <li>10. Relajación: tomar conciencia del cuerpo en distensión y de la mente en calma.</li> </ol> <p>Documentos: Cuestionario de salud para padres.</p>

**5.4.2. Segunda sesión: Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I**

Los objetivos de la segunda sesión consisten en: asentar los conocimientos de la primera sesión y dar a conocer los primeros siete Principios de crianza efectiva: Dedicar tiempo de calidad, Valorar y reconocer, Respetar el desarrollo madurativo – no comparar, Facilitar que asuman responsabilidades, Escuchar-prestar atención, Comunicar de forma clara y precisa, Asumir las responsabilidades como educadores. Así mismo, se trabajan tres estrategias

cognitivas: Aceptación, Empoderamiento y Movilización. Los contenidos impartidos son los siguientes (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

- ◆ Reforzar las ideas clave de la primera sesión: la importancia del bienestar físico y psicológico de los padres, autoconocimiento y autoaceptación, normalización y gestión del tiempo.
- ◆ Enseñar estrategias para dedicar tiempo de calidad a sus hijos.
- ◆ Dar a conocer los beneficios de la valoración y el reconocimiento para la futura seguridad de los niños.
- ◆ Aportar herramientas para conseguir una comunicación adecuada con sus hijos.
- ◆ Reflexionar sobre la responsabilidad de ser padres.

A continuación, se presenta el contenido de esta sesión desarrollando cada uno de los conceptos, herramientas, habilidades y ejercicios impartidos (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

*Resumen de la sesión anterior y revisión de ejercicios.* Comienza la sesión repasando lo trabajado en la sesión anterior y las tareas que se llevaron para realizar en casa, revisando los ejercicios e ideas clave de los capítulos uno y dos del manual de referencia valorando los avances conseguidos por los participantes a lo largo de estos días y creando un ambiente distendido que facilite el inicio de la segunda sesión. Las ideas clave de los capítulos uno y dos del manual de referencia son las siguientes:

- ◆ Es fundamental que los padres se sientan seguros en sus intervenciones.
- ◆ Todos los padres son especiales y poseen muchas cualidades.
- ◆ Los padres son el medio a través del cual los hijos perciben el mundo.
- ◆ Los niños son extremadamente vulnerables a las palabras de sus padres. Todo aquello que los padres verbalizan acaba forjando un recuerdo profundo.
- ◆ La satisfacción personal de los padres es un factor determinante en el desarrollo emocional de los más pequeños.

- ◆ Ser feliz es posible si se incorporan los ingredientes necesarios, en la dosificación adecuada y existe una actitud positiva.
- ◆ Recordar que deben enseñar a sus hijos a relacionarse adecuadamente.
- ◆ Recordar que una de las labores de los padres es obligar a sus hijos a realizar aquello que les permita sentirse satisfechos y contentos.

*Aprovecha, Rentabiliza y sé elegante (Psicoeducación).* A lo largo de esta psicoeducación se trabajan contenidos que invitan a una reflexión y a la modificación de pensamientos y actuaciones para que los padres aprovechen sus capacidades, rentabilicen su tiempo y sean correctos en las formas y los contenidos. Para ello se utiliza el documento “Claves de mejora para los padres” (ver Anexo 6) elaborado con información extraída del libro Coaching para el éxito de Miedaner, (2002). Se inicia la lectura de los ítems del documento y tras reflexionar sobre los beneficios psicológicos que posee el hecho de aprovechar las competencias que ya poseen los padres, se indica que marquen con sí o no el ítem “Me conozco y me acepto”; esta información da pie a reflexionar sobre la importancia del autoconocimiento trabajado anteriormente, insistiendo en la relevancia de la Aceptación (Estrategia 11): entendida como la asimilación de las situaciones. Durante la psicoeducación se pide a los padres que utilicen la estrategia de aceptación como método de asimilar las circunstancias personales vividas a lo largo de su historia. Para vivenciar los beneficios de la aceptación, se realiza una dinámica de grupo dirigida a la aceptación de la historia personal.

*Entrenamiento en relajación dirigida para aceptar la historia personal (Dinámica de grupo).* Se indica a los padres que cierren los ojos y que tomen conciencia de la respiración, seguidamente se pide que visualicen cada una de las partes de su cuerpo, desde los pies a la cabeza para facilitar un estado de calma. Tras unos minutos se les propone realizar un recorrido por sus vidas a través de la imaginación guiada. Se les pide que imaginen el momento de su nacimiento y que traigan a la mente la figura de su padre, pero insistiendo en que estas imágenes vayan acompañadas de un sentimiento de aceptación. Se les indica que busquen la imagen de su madre, intentando aportar a ese momento un matiz de agrado y aceptación. Indicamos que traigan a la mente a los hermanos que ya vivían cuando nacieron y, los observen mentalmente. Se insiste en la idea de que,

aunque sus familiares no hayan estado acertados en sus comportamientos, realicen un ejercicio de aceptación, no por favorecer a estas personas, si no por mejorar su propio estado emocional. De esa manera se propicia que imaginen sus primeros acunamientos, los días de en los que los sacaban a pasear, los momentos de juego, sus primeros pasos, etc. Continúa el ejercicio facilitando que imaginen la etapa en la que fueron a la escuela infantil, los días que pasaron con los abuelos o sus tíos, la etapa del colegio y del instituto, que recuerden a sus compañeros, profesores o parejas aprovechando cada nueva imagen para insistir en que el hecho de haber tenido más o menos suerte está sujeto a aquello que les tocó vivir y resulta beneficioso aceptarlo. Es conveniente hacerles ver que probablemente hayan sacado aprendizajes y vivencias gracias a los cuales han resultado fortalecidos. Se continúa rememorando las parejas que tuvieron hasta llegar a su pareja actual. Se dedica un momento a recordar cada uno de los embarazos y nacimientos de sus hijos, sus sentimientos al verlos, su relación con ellos desde los inicios, los cambios de trabajo, de residencia, etc., hasta llegar al presente, donde se vuelve a reforzar la idea principal de este ejercicio: la aceptación de su proceso de vida. Con este ejercicio se pretende modificar la interpretación de su propia historia personal desde la aceptación. Es importante resaltar la idea de que los hechos no se pueden modificar, pero sí la interpretación de los mismos. Tras volver a tomar conciencia de la respiración se indica que abran los ojos y tomen conciencia del exterior poco a poco. Con este ejercicio se fortalece la estrategia 11: Aceptación.

*Mejorar la versión personal (Psicoeducación).* Comienza la psicoeducación reflexionando sobre la importancia de enriquecer la versión de ellos mismos. En este apartado se utiliza la estrategia 12: *Empoderamiento*, que consiste en ensalzar las capacidades y habilidades propias como base para mejorar la seguridad. Con esta explicación, se invita a reflexionar sobre la oportunidad que poseen los padres de mejorar sus hábitos, conocimientos y competencias ya que son figuras de referencia para sus hijos. Para ejemplarizar la importancia de ser padres y la importancia de cuidar los modelos que utilizan, se puede aprovechar la frase “!Qué suerte tienen mis hijos de que yo sea su padre o su madre!”, pues esta frase hace que el padre o la madre sea protagonista, aunque al escuchar la frase, a los padres les pueda resultar pretenciosa, se les indica que encierra un mensaje muy

valioso, ya que, si por el contrario se dijese" ¡Qué suerte tengo de tener estos hijos!", pondría el peso de la responsabilidad de mi cuidado y bienestar en ellos, pero si por el contrario, como dice la primera versión de la frase, los padres son el centro de valoración, se consolida la idea de que son los padres los que deben mejorar la versión de ellos mismos para que sus hijos tengan un modelo de referencia mejor.

*La importancia de rentabilizar el tiempo (Psicoeducación).* Al inicio de la psicoeducación se indica que es fundamental que los padres tomen conciencia de los beneficios de simplificar sus vidas, de pedir ayuda cuando lo necesitan y de priorizar en función de sus objetivos, ya que estos, suelen tener en cuenta lo mejor para sus hijos. Se continúa indicando que deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos, pero también sus límites físicos, ya que, si nos sobrepasamos, los niños terminarán pagando las consecuencias de nuestro cansancio. Se insiste en los beneficios de la normalización como estrategia, recordando que cada situación que vivimos suele ser diferente a la de las personas que tenemos cerca, niños más movidos, niños con un temperamento fuerte, padres separados, etc. La mayoría de las situaciones<sup>7</sup> ocurren comúnmente en la población y normalizarlas les permitirá avanzar.

*La importancia de mantener una actitud elegante (Psicoeducación).* A la vez que se van leyendo los ítems del documento entregado, se invita a la reflexión sobre los beneficios de mantener un lenguaje interno, vivir con autocontrol, cuidar los contenidos y las formas y mantener un estado emocional positivo.

*Principios de crianza efectiva (Psicoeducación).* El entrenamiento en habilidades de crianza se inicia entregando el documento Principios de crianza efectiva (ver Anexo 7) y se procede a la explicación de cada uno de los principios de crianza, cuya explicación se encuentra en el manual de referencia. Durante la psicoeducación se va nombrando y explicando cada uno de los principios y se solicita a los padres que vayan poniendo una X en aquellos principios que tienen asimilados y que realizan asiduamente.

*Primer principio: Dedicar tiempo de calidad (Psicoeducación).* Se enseña a los padres la importancia de dedicar un tiempo de calidad a sus hijos,

transmitiéndoles la relevancia de crear un vínculo afectivo con los hijos. Se reflexiona sobre la importancia de almacenar recuerdos en los que aparezca el sentimiento de habernos sentido cuidados, tenidos en cuenta y protegidos por las figuras parentales. Las experiencias que las personas tienen de niños con sus padres es la base en la construyen sus futuras relaciones familiares. Es necesario resaltar la importancia de verbalizar a sus hijos el afecto que sienten por ellos ya que las palabras son esenciales para ratificar sentimientos.

*Segundo principio: Valorar y reconocer (Psicoeducación).* Insistir en la idea de que los padres son la base de la futura autoestima de sus hijos. Explicar la relevancia de ir señalando las competencias, entendidas como puntos fuertes, que poseen sus hijos y ayudarles a superar aquellas dificultades que puedan estar encontrando. Se resaltan las ideas clave del capítulo cuatro del manual de referencia que se enumeran a continuación (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ La valoración de los padres es la fuente principal de la futura seguridad de los niños.
- ◆ Es importante hacer conscientes a los niños de sus habilidades y limitaciones, potenciar sus capacidades y ayudar a resolver aquellas dificultades que encuentren.

*Tercer principio: Respetar el desarrollo madurativo (Psicoeducación).* No comparar. En esta parte es prioritario que reflexionen acerca de las capacidades reales de sus hijos. Antes de terminar se debe insistir en el poder de la genética. Se destacan las ideas claves del capítulo 10 que se enumeran a continuación (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Cada niño presenta unas capacidades particulares y un ritmo particular de desarrollo.
- ◆ Los padres deben observar a sus hijos y detectar las áreas en las que son más competentes y aquellas en las que lo son menos.
- ◆ Es aconsejable que los padres de niños con algún problema importante (enfermedad, síndrome, déficit sensorial, etc.) reciban apoyo y orientación para conocer, aceptar y saber gestionar su situación.
- ◆ Las orientaciones de los padres pueden ser percibidas por los hijos como fuente de valoración y seguridad.

*Cuarto principio: Facilitar que asuman responsabilidades (Psicoeducación).* Resaltar la idea de que los menores deben ir adquiriendo responsabilidades concretas y adecuadas a la edad. Enseñar a los padres a entrenar a sus hijos en las responsabilidades que deben ir adquiriendo. Cuando deseen que sus hijos realicen una actividad por ellos mismos es recomendable que los entrenen a través de dibujo, la imaginación o las repeticiones hasta que fijen la información y pasen a convertir en hábito lo que se les está enseñando. Recordar a los padres que los niños necesitan entrenar las conductas hasta hacerlas suyas. Dibujar viñetas puede ser una herramienta muy adecuada para este fin. Enseñar a los padres a diferenciar entre autonomía e independencia; la autonomía es entendida como capacidad de actuar sin necesidad de apoyo y la independencia la debemos entender como capacidad adquirida de autoabastecimiento. Se destacan las ideas claves (no recogidas en el manual de referencia):

- ◆ Los padres deben establecer las responsabilidades a sus hijos de forma clara, teniendo en cuenta su madurez.
- ◆ Los niños necesitan un periodo de entrenamiento para adquirir nuevas conductas.
- ◆ Los padres deben procurar que sus hijos sean autónomos. Remarcar la diferencia entre ser autónomos y ser independientes.

*Quinto principio: La importancia de escuchar (Psicoeducación).* Esta psicoeducación comienza con una explicación sobre la relevancia de conocer la situación real de sus hijos, se indica que deben observar el grado de satisfacción que poseen. Se les orienta hacia la actuación, indicándoles que si un padre considera que su hijo no está contento debe actuar y buscar la causa de su malestar, revisando cada una de las actividades que realiza y revisando sus emociones. En este apartado es importante aportar herramientas que faciliten la escucha, como, por ejemplo, ir escribiendo lo que te cuentan o pedirles que realicen un dibujo mientras te relatan sus vivencias en el colegio, con sus hermanos, en las actividades extraescolares, etc. Se destacan las ideas claves del capítulo cinco (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Los padres deben escuchar a sus hijos más allá de sus palabras.
- ◆ Es parte de la responsabilidad de los padres enseñar a expresar las emociones y los sentimientos a sus hijos.
- ◆ El conocer las características propias de la etapa en la que se encuentra su hijo les ayudará a interpretar mejor sus reacciones.

*Sexto principio: Comunicar de forma clara y precisa (Psicoeducación).* Transmitir la idea de cómo hablar y qué decir a los hijos en función de su edad y madurez. No dar a los menores, más información de la que sean capaces de gestionar, ya que esto suele generar estrés o sintomatología ansiosa. Insistir nuevamente en la idea de que los padres son un modelo de referencia para sus hijos y que su forma de expresarse va a servirles de guía. Se destacan las ideas claves del capítulo 6 que se encuentran en el manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Evitar que los niños estén en conversaciones cuyos contenidos excedan de su madurez.
- ◆ Se debe adaptar el lenguaje y la forma de comunicarse con los niños a su edad.
- ◆ Los padres son los referentes de sus hijos, el modelo a seguir, de ahí la importancia de tener en cuenta la forma y el contenido de las palabras.

*Séptimo principio. Asumir la responsabilidad como educadores (Psicoeducación).* Enseñar a los padres la responsabilidad última de su función como padres: aportar a sus hijos lo necesario para que tengan una base sólida y firme que les permita aumentar las probabilidades de ser feliz. Se destacan las ideas claves del capítulo siete (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Tener presente la importancia de reflexionar sobre la dirección hacia la que quieren dirigir a sus hijos.
- ◆ Es responsabilidad de los padres acercar a sus hijos aquello que necesiten hasta que vayan adquiriendo autonomía; transmitirles conocimientos, valores, hábitos y normas, organizar su tiempo y su espacio e irradiar la visión que tienen ellos del mundo.
- ◆ Crear una base consistente que aumente las posibilidades de que los niños lleguen a ser felices.
- ◆ Cada padre y cada madre es totalmente responsable de sus hijos.

- ◆ Cuando los padres dejan a un hijo a cargo de otra persona es porque confían en ella, aunque deben ser conscientes de que estos adultos actuarán bajo su propio criterio.

*Ejercicio de movilización (Dinámica de grupo):* se indica a los asistentes que se pongan en pie y, si la sala lo permite, comiencen a caminar por ella, que movilicen los tobillos, que se desplacen de puntillas, que flexionen las rodillas y contorsionen la cadera. Se continúa indicando que suban los brazos, que realicen estiramientos, que movilicen hombros, que gesticulen, que abran y cierren los párpados, que llenen de aire los mofletes, que giren su cabeza hacia un lado y hacia otro lentamente y que suban los brazos a la vez que realizan una inspiración y los bajen cuando suelten el aire. El objetivo de esta primera parte del ejercicio es que los padres perciban su cuerpo en movimiento y experimenten los beneficios emocionales y físicos de realizar ejercicio físico. Se continúa el ejercicio movilizándolo a través de la voz y el movimiento la caja torácica, se les indica que elijan una vocal y la verbalicen de forma continuada a la vez que se dan golpecitos en la parte superior del pecho consiguiendo que los padres sientan la vibración que se produce. Por último, se propone a los asistentes que fuercen una sonrisa, hasta provocarles una carcajada. El objetivo de este ejercicio es alcanzar un estado emocional positivo y hacerles vivir por unos minutos la posibilidad de estar en un estado de calma donde es difícil entrar en conflicto. La estrategia 13: Movilización es una estrategia que permite movilizar el cuerpo y activar energía, siendo de gran utilidad para conseguir una actitud positiva en todos los miembros de la familia. Para terminar, poner ejemplos sobre los beneficios del baile, de la música, del deporte, de los juegos, etc.

*Asignación de tareas para casa.* Finalmente se asigna como tarea para casa la lectura de los capítulos tres, cuatro, cinco, seis y siete, y que realicen los ejercicios propuestos para esos capítulos.

En la Tabla 7 se presenta, a modo de resumen, las estrategias, los Principios de crianza efectiva y los documentos trabajados en la sesión 2 del módulo 2.

**Tabla 7**

*Estrategias, principios y documentos trabajados en la sesión 2 del módulo 2 (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

Módulo 2. Habilidades de crianza y cambio de actitud
Sesión 2. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I
<p>Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Aceptación: asimilar las circunstancias personales.</li> <li>12. Empoderamiento: ensalzar las capacidades y habilidades propias.</li> <li>13. Movilización: realizar movimientos corporales para activar la energía corporal.</li> </ol>
<p>Principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dedicar tiempo de calidad.</li> <li>2. Valorar y reconocer.</li> <li>3. Respetar el desarrollo madurativo – no comparar.</li> <li>4. Facilitar que asuman responsabilidades.</li> <li>5. Escuchar- prestar atención.</li> <li>6. Comunicar de forma clara y precisa.</li> <li>7. Asumir la responsabilidad como educadores.</li> </ol>
<p>Documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Claves de mejora para padres.</li> <li>3. Principios de crianza.</li> </ol>

#### **5.4.3. Tercera sesión: Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II**

El objetivo de la tercera sesión consiste en conocer los siguientes Principios de crianza efectiva: Coherencia y asertividad, Eliminar la queja - actuar en positivo, Amabilidad y afecto, Orientar y planificar y Establecer límites adecuados. A lo largo de la tercera sesión se trabaja la estrategia *Acogida*. Los contenidos impartidos son los siguientes (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

- ◆ Reflexionar sobre la fuerza que adquieren las palabras de los padres cuando son coherentes y asertivos.
- ◆ Ofrecer herramientas que permitan eliminar la queja y actuar en positivo.

- ◆ Insistir en los beneficios que reporta a los padres el hecho de tener unas buenas relaciones con sus hijos.
- ◆ Conocer las características de autoridad ofreciendo estrategias de entrenamiento de estas competencias.
- ◆ Evidenciar los beneficios de imponer límites a sus hijos de forma adecuada.

A continuación, se presenta el contenido de esta sesión desarrollando cada uno de los conceptos, herramientas, habilidades y ejercicios impartidos (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

*Resumen de la sesión anterior y ronda de comentarios.* Comienza la sesión con una ronda de comentarios para conocer y reflexionar sobre los avances encontrados tras la sesión anterior. Se solicita a los padres que busquen el documento Principios de crianza efectiva (ver Anexo 7) entregado en la última sesión.

*Principios de crianza II (Psicoeducación).* Se continúa con el entrenamiento en habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza a través del documento Principios de crianza (ver Anexo 7). Durante la psicoeducación se indica que marquen una X cuando tengan el principio que se está trabajando asimilado.

*Octavo principio: Actuar con coherencia y adecuación (Psicoeducación).* Se exponen los beneficios de ser coherentes, transmitiendo a los padres que la coherencia es aquella forma de actuar que concuerda con los valores que se poseen. Se les indica que al intervenir desde la coherencia se consigue imprimir fuerza a las indicaciones emitidas. Se continúa informando que aparte de coherentes, los padres deben ser asertivos. Estos conceptos se trabajarán de nuevo cuando se impartan las características de autoridad para asentar los conocimientos.

*Noveno principio: Eliminar la queja y actuar en positivo (Psicoeducación).* Comienza este apartado reforzando la idea clave de la primera sesión que consistía en mantener un estado emocional positivo, recuperar el sentido del humor y aprender a posicionarse desde una óptica optimista. Reflexionar con los

padres sobre el malestar emocional y las consecuencias físicas que provoca mantenerse en una continua queja. Se destacan las ideas claves del capítulo 14 que se encuentran en el manual de referencia: “todo el mundo puede aprender a tener una visión positiva de la vida”, y el hecho de “quejarse no resuelve las dificultades”, y, además, genera un estado emocional negativo.

*Décimo principio: Ser amables y mostrar afecto abiertamente (Psicoeducación).* Resaltar la importancia que tiene el hecho de acoger a los hijos. Reflexionar con los padres sobre lo que significa mostrar afecto, fortalecer el vínculo afectivo y mejorar los lazos familiares. Verbalizar que los padres necesitan recibir afecto y sentirse queridos para que el afecto que entregan a sus hijos fluya con naturalidad y se aporte sin necesidad de recibo. Estos conceptos de amabilidad y afecto se trabajan más ampliamente al explicar las características de autoridad. Para conseguir que los padres evidencien lo que significa la acogida afectiva, se realiza el siguiente ejercicio.

*Ejercicio de acogida (Dinámica de grupo).* Comienza el ejercicio dividiendo al grupo en dos, indicando a una de las partes que se sienten en el suelo con la espalda pegada a la pared, si el número de asistentes fuera impar el terapeuta se sienta como un participante más en el suelo y acogerá a uno de los participantes tanto en la primera parte de la actividad como en la segunda, aunque uno de los padres repita como acogido. Se prosigue el ejercicio indicando a los padres que están en el suelo, que uno de sus compañeros se va a sentar delante de ellos. Los que están sentados abren las piernas y se indica a la otra persona que se sienta en el suelo delante de su regazo, dándole la espalda y recostándose en su pecho. Únicamente se les propone que deben acoger a esa persona, que coloquen sus manos en lo alto de su pecho o en la cabeza, para así transmitir a esa persona cercanía y acogida, facilitando así, al padre que tienen delante una posición de descanso. Este ejercicio es de gran utilidad para conseguir que los padres experimenten el sentimiento de ser aceptado y puedan replicarlos con sus hijos, ya que es una herramienta eficaz para aquellos padres que se encuentren en un momento de crispación, dificultad o lejanía afectiva con alguno de sus hijos. Se continúa el ejercicio proponiendo a las personas que están sentadas delante de uno de sus compañeros que cierren los ojos y que se permitan sentir lo que es la

acogida. Se les indica a continuación, que realicen una respiración consciente y se centren en ella. Durante la realización de este ejercicio, se aprovecha para resaltar la importancia de aprender a frenar los pensamientos intrusivos mediante las autoinstrucciones, es decir, un padre debe indicarse así mismo que si viene algún pensamiento a su cabeza que lo aleje, que no le preste atención. Al terminar el tiempo previsto para la primera parte del ejercicio, se prosigue cambiando los roles de los participantes, aquellos que han estado sentados en el suelo delante de sus compañeros ahora son acogidos y los que han sido acogedores les toca esta vez ser acogidos. La estrategia 14: Acogida consiste en vivenciar la sensación de afecto y cuidado. Realizar una reflexión sobre la importancia de manejar esta estrategia durante la crianza ya que posee una importante carga afectiva, genera seguridad y aporta calma.

*Principio undécimo: Orientar, planificar y organizar sus vidas (Psicoeducación).* Reflexionar sobre la importancia de organizar la vida de sus hijos teniendo en cuenta las características particulares de cada niño y las fuerzas que posee cada padre. Trasmitir los beneficios que conlleva modificar las actividades que realizan sus hijos cuando estas no han cumplido los objetivos previstos. Se destacan las ideas claves del capítulo 10 que se encuentran en el manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Cada niño presenta unas capacidades diferentes y un ritmo particular de desarrollo.
- ◆ Es función de los padres conocer las peculiaridades de sus hijos y trabajar en la aceptación de sus capacidades.
- ◆ En caso de que los padres tengan un hijo con un problema grave es indispensable recibir apoyos.
- ◆ La orientación de los padres facilita que sus hijos gocen de una mayor seguridad en la toma de decisiones.

*Principio doce: Poner límites de forma adecuada.* Antes de dar a conocer los conocimientos y herramientas que ayudan a imponer límites de forma adecuada, se hace necesario conocer y trabajar las características de autoridad. Se entrega a los participantes el documento “Características de autoridad” (ver Anexo 8), documento que sirve de guía para el desarrollo de esta sesión. Se les indica a los

padres que vayan marcando con una X aquellas características que tienen incorporadas una vez hayan escuchado la explicación precisa para esa característica. El ejercicio consiste en ir exponiendo lo que significada cada una de las 34 características de autoridad: “sinceridad, disciplina, respeto, responsabilidad, marcar pautas, saber apoyar, firmeza, seguridad, capacidad de decisión, objetividad, respeto a la norma, justicia, coherencia, aceptación, serenidad y calma, adecuación, humildad, tolerancia, valoración y reconocimiento, entrega gratuita, capacidad de acogida, amabilidad, constancia, flexibilidad, capacidad de escucha, sentido común, autocontrol, presencia- estar presente, compromiso, equilibrio y estado emocional positivo” (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209). Se destacan las ideas claves del capítulo 9 del manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015):

- 1) Sinceridad: Los padres no deberían mentir nunca, aunque eso no significa que tengan que decir toda la verdad.
- 2) Disciplina: Los padres deberían tomar conciencia de la importancia de cumplir las normas que imperan en una familia. Si las han marcado como obligatorias, es por su cualidad de ser beneficiosas, por lo tanto, no tiene sentido no cumplirlas.
- 3) Respeto: Es necesario que la base de la relación de los padres con los hijos se base en el respeto. El respeto se divide en tres áreas: el respeto a la otra persona, el respeto a uno mismo y el respeto a la “institución de ser padres”, al propio rol que desempeña como tal. Un padre no debe faltar el respeto a su hijo, ni dejar que se lo falten a él, así como tampoco faltar el respeto al papel que implica el hecho de ser padres.
- 4) Responsabilidad: La responsabilidad es una cualidad por la que una persona toma decisiones y asume las consecuencias de sus actos. La responsabilidad de los padres es aportar a sus hijos lo necesario para que se sientan bien adaptados.
- 5) Marcar pautas: Los padres deben saber hacia dónde quieren guiar a sus hijos y conocer el camino para poder orientarlos.
- 6) Saber apoyar: Característica relacionada con la capacidad de dar apoyo. Los padres deben transmitir seguridad en el acompañamiento de sus hijos.

- 7) Firmeza: Las figuras de autoridad necesitan trabajar la firmeza, deben ser firmes en aquello que consideran no negociable, en aquello que no tiene discusión posible. Es conveniente recordar que lo necesario se debe imponer siempre a los hijos.
- 8) Seguridad: dentro de la seguridad diferenciamos tres tipos:
  - ◆ Seguridad física: la seguridad física está relacionada con la ausencia de peligro, aunque también se hace referencia a la ausencia de complejos físicos y al cuidado de la estética
  - ◆ Seguridad afectiva: Este tipo de seguridad hace referencia a la seguridad que los padres adquieren cuando toman conciencia de las personas que los quiere
  - ◆ Seguridad intelectual: Es la seguridad que se adquiere al considerar que una persona tiene los conocimientos, la instrucción y la vida formativa suficiente a las expectativas que posee.
- 9) Capacidad de decisión: Esta capacidad está relacionada con la toma de decisiones. Muchos padres necesitan eliminar el miedo al fracaso antes de poder trabajar esta competencia. Reforzar la idea de que ante las decisiones sin importancia es importante no perder demasiado tiempo. Los padres deben entrenarse en la toma de decisiones, ya que a lo largo de la crianza van a tener que hacer uso de ella repetidamente.
- 10) Objetividad: Entendida como la cualidad de ser capaces de ver la evidencia, de saber discriminar lo que realmente está sucediendo de lo que pertenece a la imaginación.
- 11) Respeto a las normas: El hecho de que unos padres cumplan las normas dará a entender a sus hijos que es importante cumplirlas.
- 12) Justicia: Es una característica que se entiende como la capacidad de dar a cada persona lo que merece. Es importante aprender a dar a cada uno de los hijos lo que necesita sin comparaciones.
- 13) Coherencia: Relacionada con actuar en función de los valores y los principios. Una persona es coherente cuando sus actuaciones corresponden a sus pensamientos. En las figuras de autoridad la coherencia da fuerza a las palabras.

- 14) Aceptación: Reflexionar sobre el concepto de comprensión, ya que entre personas es difícil llegar a una comprensión profunda. Esta cualidad en una figura de autoridad va más allá de la comprensión, aquí se apuesta por aceptar a la persona tal y como es.
- 15) Serenidad - calma: Esta cualidad está relacionada con la paz interior, con el autocontrol.
- 16) Accesibilidad: Es la cualidad que poseen aquellas personas que dan acceso a su tiempo
- 17) Adecuación: Entendida como una cualidad que está relacionada con lo bien hecho, con la asertividad.
- 18) Humildad: Es la característica que poseen las personas de reconocer sus virtudes, sus puntos fuertes y sus debilidades. Es la cualidad de reconocer tanto los aspectos positivos como negativos.
- 19) Tolerancia: Característica relacionada con la aceptación de la diversidad, con la amplitud de miras.
- 20) Valoración y reconocimiento: Cualidad por la cual una persona es capaz de destacar los aspectos positivos de otras personas y reconocer sus méritos.
- 21) Entrega gratuita: Característica relacionada con la cualidad de ayudar a otras personas sin esperar nada a cambio.
- 22) Capacidad de acogida: Capacidad por la que una persona es capaz de recibir, atender y cuidar a otra persona.
- 23) Amabilidad: Esta cualidad está relacionada con la capacidad de una persona de mostrarse amable y cercana, de tratar con cariño a otra persona.
- 24) Constancia: Cualidad que define a una persona que persiste para conseguir sus objetivos.
- 25) Disponibilidad: Cualidad por la que una persona está dispuesta a ayudar a otra.
- 26) Flexibilidad: Se refiere a que en determinadas ocasiones es fundamental dejar paso a la improvisación, a cambiar los planes.
- 27) Capacidad de escucha: Se refiere a la capacidad que tienen muchas personas de escuchar activamente.

- 28) Sentido común: Característica referida a que tiene en cuenta la situación particular de cada caso.
- 29) Autocontrol: Capacidad que permite controlar los impulsos, racionalizar las situaciones.
- 30) Presencia - estar presente: Característica relacionada con dedicar tiempo, con estar físicamente presente.
- 31) Capacidad de perdón: Capacidad de perdonar a otra persona, de eliminar el sentimiento de malestar y avanzar sin tener cuentas pendientes con la otra persona.
- 32) Compromiso: Capacidad que tienen muchas personas para cumplir lo que han prometido.
- 33) Equilibrio: Capacidad relacionada con el autocontrol, pero que va más allá del control intelectual, se refiere a la calma que irradia una persona que tiene cubiertas sus necesidades físicas, afectivas e intelectuales.
- 34) Estado emocional positivo: capacidad de mantener un equilibrio y dominio de las emociones para irradiar positividad.

*Ejercicio de reflexión sobre las características de autoridad (Dinámica de grupo).* Al finalizar la explicación se procede a realizar un ejercicio de reflexión sobre las características que necesita reforzar cada padre. Se divide al grupo por parejas, si el grupo de padres fuese impar debemos crear un grupo de tres personas. La finalidad de este ejercicio es que expongan a su compañero aquellas características de autoridad que deberían trabajar, es importante insistir en la importancia de verbalizar al compañero como han pensado entrenar esas características de autoridad que se comprometen a incorporar.

*Introducción a los límites adecuados (Psicoeducación):* Entrenar a los padres para que sean capaces de detectar las causas de los comportamientos inadecuados en sus hijos antes de intervenir sobre ellos, ya que en multitud de ocasiones el mal comportamiento de un hijo esconde una necesidad básica que esta sin cubrir como puede ser: hambre, sueño, falta de atención, miedo, aburrimiento, calor, etc. En estos casos el mal comportamiento no obedece a un desacato a la autoridad, sino a una demanda no cubierta por los padres. Reflexionar con los padres sobre la importancia de determinar la causa del mal comportamiento antes de imponer

un castigo, ya que hay ocasiones en las que no es preciso y la simple satisfacción de lo requerido hace que desaparezca el conflicto.

*Asignación de tareas para casa.* Finalmente, se asigna como tarea para casa la lectura de los capítulos ocho, nueve y 10 del manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015) y se indica que realicen los ejercicios propuestos para esos capítulos.

En la Tabla 8 se presenta, a modo de resumen, las estrategias, las características de autoridad y los documentos trabajados en la sesión 3 del módulo 2.

### Tabla 8

*Estrategias, características de autoridad y documentos trabajados en la sesión 3 del módulo 2 (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

Módulo 2. Habilidades de crianza y cambio de actitud
Sesión 3. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II
<p>Estrategia:</p> <p>14. Acogida: vivenciar la sensación de afecto y cuidado.</p>
<p>Principios:</p> <p>8. Coherencia y asertividad.</p> <p>9. Eliminar la queja - actuar en positivo.</p> <p>10. Amabilidad y afecto.</p> <p>11. Orientar y planificar.</p> <p>12. Establecer límites adecuados.</p>
<p>Características de autoridad: Sinceridad, disciplina, respeto, responsabilidad, marcar pautas, saber apoyar, firmeza, seguridad, capacidad de decisión, objetividad, respeto a la norma, justicia, coherencia, aceptación, serenidad y calma, adecuación, humildad, tolerancia, valoración y reconocimiento, entrega gratuita, capacidad de acogida, amabilidad, constancia, flexibilidad, capacidad de escucha, sentido común, autocontrol, presencia- estar presente, compromiso, equilibrio y estado emocional positivo.</p>
<p>Documentos:</p> <p>3. Principios de crianza.</p> <p>4. Características de autoridad.</p>

#### 5.4.4. Cuarta sesión: Mejora del funcionamiento psicosocial del niño

Los objetivos de la sesión cuarta consisten en: asentar los conocimientos adquiridos sobre los límites y conocer el nivel de adaptación de los hijos a través del análisis del funcionamiento psicosocial del niño. Además, en esta sesión se trabajan las siguientes estrategias: Extrañeza, Salir de la escena, Nueva oportunidad y Apoyo. Así mismo se trabaja el Principio de crianza efectiva: Proporcionar lo necesario. Los contenidos impartidos son los siguientes (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

- ◆ Dar a los padres la formación necesaria para que aprendan a marcar los límites con seguridad y adecuación.
- ◆ Realizar una evaluación que permita medir la situación actual de sus hijos a nivel físico, emocional, afectivo-relacional e intelectual.
- ◆ Revisar los niveles de funcionamiento global de sus hijos.
- ◆ Insistir en la posibilidad que tienen los padres de entrenar a sus hijos.
- ◆ Cerrar y despedir el programa de entrenamiento.

A continuación, se presenta el contenido de esta sesión desarrollando cada uno de los conceptos, herramientas, habilidades y ejercicios impartidos (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020):

*Resumen de la sesión anterior y ronda de comentarios.* Comienza la cuarta sesión realizando una ronda de comentarios sobre los beneficios que han observado los padres tras los conocimientos adquiridos en la sesión anterior, insistiendo en las mejoras alcanzadas en relación con la imposición de límites.

*Principios de crianza III (psicoeducación):* se continúa con el entrenamiento en habilidades de crianza a través del documento Principios de crianza (ver Anexo 7) y se procede a la explicación de los siguientes principios de crianza, continuando con el principio de crianza relacionado con poner límites de una forma adecuada. Para ello se repasan las siguientes ideas clave que se encuentran en el capítulo ocho del manual de referencia (Pérez-Saussol, 2005):

- ◆ Educar consiste en obligar a lo necesario.
- ◆ Insistir en la importancia de separar el sentimiento de la acción.

- ◆ Un límite se considera adecuado cuando tiene sentido y es evidente.
- ◆ Es imprescindible tener claridad en los valores y en las normas que van a imperar en una familia.
- ◆ Las normas que no deben faltar en una casa son: no permitir una falta de respeto y hacer caso a los padres a la primera.
- ◆ El establecimiento de normas favorece la libertad, facilita la convivencia y mejora las relaciones familiares.
- ◆ Los padres suelen limitar la conducta de sus hijos teniendo presente el modelo educativo que mantuvieron sus padres. Para que los límites sean efectivos han de ser convenientes, coherentes, lógicos y acompañados de una respuesta inmediata.
- ◆ Las acciones rectificadoras no deberían abarcar actividades completas ni estar relacionadas con las necesidades básicas.

*Estrategias para modificar los comportamientos (psicoeducación):* comienza la psicoeducación haciendo referencia a la importancia de poseer estrategias que ayuden a modificar el comportamiento de los hijos. Se realiza una reflexión conjunta sobre los límites o castigos que se suelen utilizar, analizando los problemas y los beneficios de cada uno de ellos. En esta psicoeducación se trabaja la estrategia 15: *Extrañeza* la cual consiste en transmitir la sensación de sorpresa, de falta de coherencia y de credibilidad, y la estrategia 16: *Salir de la escena*, que consiste en permitir que los niños tengan la oportunidad de salir durante un momento del lugar donde se ha producido el conflicto y entrar de nuevo habiendo modificado la actitud. Al decir salir de la escena, se debe explicar que consiste en mandar a los hijos que vayan a su habitación y vuelvan, en caso de estar fuera de casa, por ejemplo, en el parque, obligarles a que vayan hasta un banco o a otro lugar y vuelvan. También es importante recordar estrategias a los padres como son obligar a los niños a que sonrían, a que cuando pidan algo mal lo vuelvan a pedir de una manera más afectiva dando una *Nueva oportunidad* (Estrategia 17). Es relevante incidir en la importancia de mantener los castigos que se han impuesto: no utilización de dispositivos, reducción del tiempo de salidas, etc., ofreciendo actividades alternativas.

*Ejercicio de apoyo (Dinámica de grupo).* Se solicita a la mitad de los asistentes que cierren los ojos y que continúen sentados, procurando mantener una respiración diafragmática. Al resto de compañeros se les indica que se sitúen detrás de uno de sus compañeros y que le coloquen las manos encima de los hombros. A los asistentes que están sentados se les invita a que respiren en calma y se permitan el hecho de que su compañero les dedique unos minutos. A los participantes que están de pie, detrás de su compañero, se les propone desearle a la persona sentada delante de ella que todo le vaya bien. Al terminar el tiempo estimado, se continúa el ejercicio solicitando que las personas que están detrás cambien de sitio, para evitar que la persona que está sentada conozca la identidad del compañero que se encuentra detrás. A las personas que están sentadas se les indica que abran los ojos y que se levanten. A continuación, se pide a los participantes que han estado de pie se sienten y cierren los ojos, y a los que estaban sentados, que esta vez se sitúen detrás de un compañero y se procede de la misma manera que se señaló en la primera parte del ejercicio. Se realiza una ronda de comentarios invitando a compartir las experiencias que han vivido los participantes. El objetivo de este ejercicio es que los padres sean conscientes de cómo un simple gesto, como es el de poner las manos a un hijo en los hombros puede llegar a transmitir valoración, protección, apoyo, acogida o cuidado. La estrategia 18: *Apoyo*, entendida como la sensación de protección y seguridad, es importante tenerla presente, sobre todo cuando los padres sienten cierta distancia con los hijos y necesitan reforzar la relación. Para finalizar, es importante transmitir los beneficios que aporta el haberse sentido apoyado por las figuras parentales.

*Principio trece: Proporcionar lo necesario (psicoeducación).* Reflexionar sobre lo que significa aportar lo necesario a un niño y hacer ver la importancia de recibir lo necesario para tener una buena adaptación psicosocial. Aclarar con los padres el concepto de necesario como equivalente a necesidades básicas: descanso, alimentación, instrucción y acogida, etc., durante los años de crianza. A lo largo de esta explicación se entrega el documento 5: Niveles de adaptación de los niños (ver Anexo 9). Comienza la autoevaluación de estos aspectos, indicando a los padres que escriban el nombre de cada uno de sus hijos en la parte superior de la cuadrilla y vayan señalando con una X aquellos ítems que sus hijos estén realizando.

*Adaptación a nivel físico (Psicoeducación).* En este apartado y tras cumplimentar el apartado referente a la adaptación física del documento entregado, se reflexiona sobre la importancia de que sus hijos tengan incorporados ciertos hábitos saludables: horas de sueño indicadas para su edad, alimentación adecuada, ingesta suficiente de agua, higiene y realización de ejercicio físico. En cada uno de los apartados se van resolviendo las dudas que puedan tener los padres sobre los hábitos trabajados. Se destacan las ideas clave del capítulo 11 y 12 que se encuentran en el manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015):

- ◆ Si dudamos en cómo solucionar un problema relacionado con la alimentación, el descanso, la interacción social o el desarrollo intelectual, es importante acudir a un especialista.
- ◆ Las costumbres y hábitos de los padres son determinantes para la creación de rutinas en sus hijos.
- ◆ El descanso es imprescindible para gozar de una vida saludable.
- ◆ Es beneficioso asociar el descanso a un momento agradable.
- ◆ Los padres deben intentar mantener unas rutinas, pero sin extremismos.

*Adaptación a nivel emocional y afectivo – relacional (Psicoeducación).* En este apartado se indica nuevamente a los padres que marquen una X en aquellos ítems del nivel emocional y afectivo–relacional que identifican el nivel de adaptación de sus hijos en relación con la capacidad de relacionarse con ellos mismos, con sus educadores y con sus iguales; también mide la expresión equilibrada de sentimientos y el posicionamiento rápido en el presente. En cada uno de los ítems, se van contestando las dudas que presenten los padres. Apuntamos a continuación algunas ideas que deben resaltarse como ideas clave:

- ◆ Recalcar la importancia de tener un entorno familiar afectivamente seguro. Recordar que los niños sienten a través de los padres y por ellos es fundamental que los padres tengan bienestar físico y psicológico.
- ◆ Enseñar normas y habilidades sociales.
- ◆ Procurar que los niños tengan la posibilidad de tener varios grupos de iguales.

- ◆ Enseñar a los niños a situarse en el presente. Trabajar con ellos ejercicios de atención.
- ◆ Aportar herramientas que faciliten el paso de una emoción negativa, como puede ser el enfado, a una positiva, como es la alegría. Enseñar a que modifiquen sus emociones rápido.
- ◆ Enseñar a los niños a sonreír.

*Adaptación a nivel intelectual (Psicoeducación).* Tras cumplimentar el apartado del documento entregado, reflexionar con los padres sobre la importancia de pertenecer a un programa de aprendizaje, de tener una comunicación adecuada en relación con su edad, de sentirse a gusto en su entorno escolar, de desarrollar la creatividad y de procurar a los hijos una planificación adecuada a sus capacidades. Durante la psicoeducación realizada es importante resaltar las siguientes ideas clave:

- ◆ Es fundamental que los niños vayan contentos al colegio. Los padres deben perder el miedo al cambio cuando una situación lo requiere.
- ◆ Debemos compartir aquellas informaciones que los niños son capaces de elaborar.
- ◆ En caso de que un hijo presente un bajo rendimiento académico se debe buscar la causa y ponerle solución.
- ◆ Es aconsejable una revisión periódica de las actividades de ocio que realizan.

*Los niveles de funcionamiento psicosocial del niño (Psicoeducación).* Se procede a finalizar esta sesión con una reflexión acerca de lo que significa sentirse adaptado y las connotaciones positivas que tiene para la salud psicológica de los niños. A continuación, se refuerza la importancia de aumentar la adaptación: personal, familiar, social y escolar acentuando las siguientes ideas claves:

- ◆ Adaptación personal: ver a los niños contentos es indicativo de una buena adaptación personal.
- ◆ Adaptación familiar: es importante que los niños se sientan acogidos, queridos y con deseos de pasar tiempo en familia.
- ◆ Adaptación escolar: los niños necesitan acudir al colegio con una actitud positiva, mantener unas buenas relaciones con sus iguales,

sentirse valorados por los profesores y tener unos resultados satisfactorios.

- ◆ Adaptación social: el hecho de contar con un entorno social amplio y haber tenido experiencias positivas relacionadas con las relaciones, facilita que estén satisfechos socialmente.

Es importante terminar reflexionando sobre la influencia que tienen unas áreas de adaptación sobre otras. Apuntar la importancia que tiene el hecho de resolver las dificultades que puedan encontrar los niños en un ambiente determinado, ya que, en ocasiones, estos no tienen las herramientas necesarias para afrontar los problemas a los que se enfrentan. Hacer hincapié en la importancia de la observación del grado de satisfacción que manifiestan los niños en familia, en el colegio y con sus iguales. Informar a los padres que cuando un niño presenta una dificultad es aconsejable, en primer lugar, buscar la causa de su malestar y si no son capaces de detectarla o resolverla se deberá acudir a un experto: pediatra, psicólogo, psiquiatra, profesor particular, logopeda o cualquier otro profesional experto en el área que concierne a la dificultad que se ha detectado en el menor.

*Ejercicio de despedida y cierre (Dinámica de grupo).* Ronda de comentarios finales indicando a los padres que verbalicen aquello que les ha parecido más importante del día. Exposición de los beneficios que reporta tener unos principios de crianza, una filosofía de la educación que nos permita no perder los objetivos de nuestras intervenciones, ahondar en esta idea ya que los padres en muchas ocasiones al no tener clara la finalidad de su intervención pierden a oportunidad de intervenir de forma adecuada. Enseñar a los padres que existen estrategias para instruir a sus hijos de una forma eficaz como son: repetir una idea hasta conseguir condicionar su pensamiento, realizar dibujos que acompañen las explicaciones, hacer que los hijos repitan una indicación hasta hacerla suya. Finalizar este ejercicio insistiendo en que se espera que el programa haya contribuido a aumentar los recursos, estrategias y habilidades necesarias para vivir los años de crianza sin perder su bienestar. Por último, agradecer su asistencia al programa ECUS.

*Asignación de tareas para casa.* Se asigna como tarea de fin de programa la lectura de otra sección del manual de referencia (Pérez-Saussol, 2015) (desde la pp. 145-202) y se indica que realicen los ejercicios propuestos para esos capítulos.

En la Tabla 9 se presenta, a modo de resumen, las estrategias, los principios de crianza efectiva y los documentos trabajados en la sesión 4 del módulo 3.

**Tabla 9**

*Estrategias, principios y documentos trabajados en la sesión 4 del módulo 3 (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

Módulo 3. Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial del niño
Sesión 4. Mejora del funcionamiento global del niño
<p>Estrategias:</p> <p>15. Extrañeza: responder fingiendo sorpresa o asombro.</p> <p>16. Salir de la escena: visualizar la situación conflictiva desde una perspectiva ajena.</p> <p>17. Nueva oportunidad: responder ante una situación no adecuada permitiendo una nueva versión de la acción anteriormente realizada.</p> <p>18. Apoyo: vivenciar la sensación de protección y seguridad.</p>
<p>Principios:</p> <p>12. Establecer límites adecuados.</p> <p>13. Proporcionar lo necesario.</p>
<p>Documento:</p> <p>3. Principios de crianza efectiva.</p> <p>5. Necesidades de adaptación de los niños.</p>

Para terminar el apartado en la Tabla 10 se presenta la estructura completa del PEP ECUS.

**Tabla 10**

*Estructura completa del PEP "ECUS (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 209)*

<b>Módulo 1. La Salud de los padres</b>
<b>Sesión 1. Mejora del estado físico y psicológico de los padres</b>
<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorrecompensa (1): premiar el propio esfuerzo.</li> <li>• Sonrisa (2): forzar la sonrisa para provocar un cambio de actitud.</li> <li>• Hacer equipo (3): utilizar las competencias individuales a fin de conseguir una fuerza colectiva.</li> <li>• Autoconocimiento (4): conseguir una percepción real de nosotros mismos.</li> <li>• Normalización (5): eliminar el carácter de excepcionalidad de una situación.</li> <li>• Potenciación (6): reforzar y hacer visibles las propias capacidades.</li> <li>• Rutinas saludables (7): realizar actividades beneficiosas para la salud.</li> <li>• Yo elijo (8): adquirir la conciencia de agentes responsables del cambio.</li> <li>• Resolución (9): intervenir en la resolución de conflictos atendiendo a las parcelas de responsabilidad propia.</li> <li>• Relajación (10): tomar conciencia del cuerpo en distensión y de la mente</li> </ul> <p>Documento: Cuestionario de salud para padres (1).</p>
<b>Módulo 2. Habilidades de crianza y cambio de actitud</b>
<b>Sesión 2. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I</b>
<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación (11): asimilar las circunstancias personales.</li> <li>• Empoderamiento (12): ensalzar las capacidades y habilidades propias.</li> <li>• Movilización (13): realizar movimientos corporales para activar la energía corporal.</li> </ul> <p>Principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dedicar tiempo de calidad (1).</li> <li>• Valorar y reconocer (2).</li> <li>• Respetar el desarrollo madurativo – no comparar (3).</li> <li>• Facilitar que asuman responsabilidades (4).</li> <li>• Escuchar- prestar atención (5).</li> <li>• Comunicar de forma clara y precisa (6).</li> <li>• Asumir la responsabilidad como educadores (7).</li> </ul> <p>Documentos: Claves de mejora para padres (2) y Principios de crianza (3).</p>

---

### Sesión 3. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II

---

Estrategias:

- Acogida (14): vivenciar la sensación de afecto y cuidado.

Principios:

- Coherencia y asertividad (8).
- Eliminar la queja - actuar en positivo (9).
- Amabilidad y afecto (10).
- Orientar y planificar (11).
- Establecer límites adecuados (12).

Características de autoridad:

- Sinceridad, disciplina, respeto, responsabilidad, marcar pautas, saber apoyar, firmeza, seguridad, capacidad de decisión, objetividad, respeto a la norma, justicia, coherencia, aceptación, serenidad y calma, adecuación, humildad, tolerancia, valoración y reconocimiento, entrega gratuita, capacidad de acogida, amabilidad, constancia, flexibilidad, capacidad de escucha, sentido común, autocontrol, presencia- estar presente, compromiso, equilibrio y estado emocional positivo
- 

Documentos: Principios de crianza (3) y Características de autoridad (4).

### Módulo 3. Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial del niño

#### Sesión 4. Mejora del funcionamiento global del niño

---

Estrategias:

- Extrañeza (15): responder fingiendo sorpresa o asombro
- Salir de la escena (16): visualizar la situación conflictiva desde una perspectiva ajena
- Nueva oportunidad (17): responder ante una situación no adecuada permitiendo una nueva versión de la acción anteriormente realizada
- Apoyo (18): vivenciar la sensación de protección y seguridad.

Principios:

- Establecer límites adecuados (12)
  - Proporcionar lo necesario (13)
- 

Documento: Principios de crianza (3) y Necesidades de adaptación de los niños (5).

---

# **CAPÍTULO VI**

## **METODOLOGÍA**



## CAPÍTULO VI – METODOLOGÍA

A lo largo de este capítulo se expone la metodología utilizada para la realización de este estudio: características de los participantes, instrumentos utilizados, variables seleccionadas, diseño del estudio, tipo de reclutamiento, procedimiento establecido para la recogida de datos y análisis estadístico llevado a cabo.

### 6.1. Participantes

La muestra inicial reclutada para la realización de la presente investigación estuvo compuesta por 98 personas que respondían a los siguientes criterios de inclusión: tener más de 18 años; y ser padres de al menos un niño o una niña en una edad comprendida entre los cero y los doce años. En cuanto a los criterios de exclusión se estableció que: (a) los padres no debían presentar ningún tipo de trastorno que pudiera limitar la comprensión tanto de la evaluación como del contenido del PEP; y (b) los hijos de los participantes no podían haber sido diagnosticados previamente de retraso grave en el desarrollo o trastornos psicológicos.

De esta muestra inicial compuesta de 98 sujetos, reclutada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, 68 fueron los participantes que configuraron la muestra final del estudio, cuyas características descriptivas se recogen en la Tabla 11. Este descenso de 30 padres fue debido principalmente al Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (Bermejo et al., 2014), prueba que fue administrada para la evaluación de las habilidades parentales. Dicho cuestionario es un test de autoinforme compuesto por 189 preguntas donde cada una se valora en función de una escala que va de uno a nueve. Dicha prueba resultó ser excesivamente larga y difícil de cumplimentar para ser administrada en dos ocasiones por las mismas personas.

**Tabla 11**

*Características descriptivas de los padres de la muestra (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 206).*

Variables	Mujeres		Hombres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Edad	39.2	4.11	42.62	5.12	39.88	4.30
Horas de trabajo	29.45	15.33	36.92	11.09	30.88	14.52
	N = 55		N = 13		N = 68	
Estado Civil	n	%	N	%	N	%
Casado o en pareja	51	92.73%	13	100%	64	94.12%
Separado, divorciado o viudo	4	7.27%	-	-	4	5.88%
Nivel estudios del padre			n	%	N	%
Estudios primarios			2	2.90%	2	2.94%
Estudios secundarios			1	1.50%	1	1.47%
Bachiller			19	27.90%	19	27.94%
Estudios superiores			42	61.80%	42	61.76%
Estudios de postgrado			4	5.90%	4	5.88%
Nivel estudios de la madre	n	%			N	%
Estudios primarios	2	2.90%			2	2.94%
Estudios secundarios	1	1.50%			1	1.47%
Bachiller	20	29.40%			20	29.38%
Estudios superiores	41	60.30%			41	60.32%
Estudios de postgrado	4	5.90%			4	5.89%
Dedicación profesional	n	%	N	%	N	%
Media jornada	11	20.00%	0	-	11	16.18%
Jornada completa	35	63.64%	12	92.31%	47	69.12%
Ama/o de casa	5	9.09%	-	-	5	7.35%
Desempleo	4	7.27%	-	-	4	5.88%
Jubilado	-	-	-	-	-	-
De baja laboral	-	-	1	7.69%	1	1.47%

La muestra final del estudio realizado estuvo formada por 68 participantes, 55 madres (80.90%), cuyo rango de edad oscilaba entre los 30 y los 48 años ( $M = 39$ ; y  $DE = 5$ ) y 13 padres (19.10%), cuyo rango de edad oscilaba entre los 34-53 años ( $M = 42$ ;  $DE = 5$ ).

El 85% de la muestra se compone de padres pertenecientes a núcleos familiares en los que ambos progenitores convivían juntos, mientras que el 8.82% a padres que convivía con otra pareja diferente al padre o la madre biológica de los menores a cargo y el 5.88% fueron padres separados, divorciados o viudos.

En cuanto a su formación académica, en primer lugar, se situaron las mujeres que habían realizado estudios superiores (60.32%), seguidas de las que poseían estudios de bachillerato o equivalente (29.38%), las que informaron de estudios de postgrado (5.89%) y por último aquellas que tenían estudios primarios y secundarios (4.41%). El porcentaje de hombres que tenían estudios superiores fue similar al de las mujeres (61.76%), seguido del grupo de padres con estudios de bachillerato (27.94%) y de padres con nivel de postgrado (5.88%) y, por último, se situaron aquellos padres con estudios primarios y secundarios (4.41%). Como se puede observar en la Tabla 5, las mujeres presentaron un número menor de horas de trabajo que los padres. El tiempo que dedicaban las madres a trabajar fue de 29.45 horas semanales, con una desviación típica de 15.32 horas. El 63.64% de las madres trabajaban a jornada completa, el 20% lo hacía a media jornada, el 9% eran amas de casa y el 7% desempleadas. La dedicación laboral media de las parejas de las mujeres fue de 36.36 horas semanales con una desviación típica de 10.24 horas. Por su parte los hombres trabajaban una media de 36.90 horas a la semana, con una desviación típica de 11.09 horas, todos ellos trabajaban a tiempo completo a excepción de uno de los padres que se encontraba de baja laboral. Las parejas de los padres de la muestra presentan unos datos similares en relación con la dedicación laboral, con una media de 32.30 horas semanales y una desviación típica de 13.01 horas semanales.

Como se indica en la Tabla 12, los padres que conformaron la muestra tenían un total de 134 hijos de los cuales el 61.19% eran niños y el 38.81% niñas. Con respecto al número de hermanos, el 23.53% de los hijos eran hijos únicos, el 57% tenían un hermano, el 17.65% tenían dos, el 17.65% tres hermanos y tan solo una familia tenía 4 hijos. El 34.33% de los padres tenía al menos un hijo de entre

cinco y ocho años, seguido de un 32.09% de padres con hijos de entre cero y cuatro años, el 23.13% de los padres hijos de entre nueve y 12 años y el 10.45% hijos mayores de 12 años.

**Tabla 12**

*Características descriptivas de los hijos de la muestra (Pérez-Saussol e Inieta, 2020, p. 206).*

Variables	Mujeres		Hombres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Número de hijos	1.96	0.74	2.00	0.40	1.97	0.69
Edad de los hijos	7.15	4.89	6.92	4.18	7.10	4.74
Número de hijos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
1 hijo	15	27.27%	1	7.69%	16	23.53%
2 hijos	28	50.91%	11	84.62%	39	57.35%
3 hijos	11	20.00%	1	7.69%	12	17.65%
4 hijos	1	1.82%	-	-	1	1,47%
Edad de los hijos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
0-4	34	31.48%	9	34.62%	44	32.09%
5-8	39	36.11%	7	26.92%	45	34.33%
9-12	24	22.22%	7	26.92%	31	23.13%
>12	11	10.19%	3	11.54%	14	10.45%
Sexo de los hijos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Varones	62	59.62%	20	76.92%	85	61.19%
Mujeres	46	44.23%	6	23.08%	49	38.81%
Alteraciones hijos	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Con alteración leve	6	5.56%	-	-	6	4.48%
Sin alteración	102	94.44%	26	100%	128	95.52%

En cuanto a las características familiares de la muestra, presentadas en la Tabla 13, se puede observar que los ingresos familiares del 57% fueron de más de 28.000 € al año, del 26% tuvieron unos ingresos de entre 18.000€ y 28.000€ al año y el 17% de las familias adquirieron unos ingresos menores de 18.000€ al año.

Las personas de la muestra recibieron en concepto de horas de ayuda a la crianza una media de 3.50 horas, con desviación típica de 5.90 horas. El 67% no recibieron ninguna ayuda a la crianza y solo el 13.24% contaron con este tipo de ayuda de más de 9 horas a la semana. En relación con el cuidado de los hijos el 63% de los 68 padres tuvieron ayuda puntual para el cuidado de sus hijos. Respecto a la ayuda doméstica, las familias de la muestra recibían una media de 5.97 horas semanales, con una desviación típica de 9.12 horas. El 25% de la muestra recibía ayuda doméstica entre una y cuatro horas semanales. Por otro lado, la ayuda recibida por el 22% era superior a nueve horas semanales.

**Tabla 13**

*Características descriptivas de las familias de la muestra*

Variables	Mujeres		Hombres		Total	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Horas ayuda crianza	3.19	7.00	4.84	13.24	3.50	8.45
Horas ayuda doméstica	5.40	8.77	8.38	10.53	5.97	9.12
<b>Ingresos Familiares</b>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0-10.000	4	7627%	-	-	4	5.88%
10.000-18.000	7	12.73	-	-	7	10.29%
18.000-28.000	14	25.45%	4	30.77%	18	26.47%
superior a 28.000	30	54.55%	9	69.23%	39	57.35%
<b>Ayuda crianza</b>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ninguna	37	67.27%	9	69.23%	46	67.65%
1-4horas/semana	5	9.09%	1	7.69%	6	8.82%
5-8horas/semana	6	10.91%	1	7.69%	7	10.29%
Superior a 9 horas/semana	7	12.73%	2	15.38%	9	13.24%
<b>Ayuda domestica</b>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Ninguna	23	41.82%	5	38.46%	28	41.18%
1-4horas/semana	15	27.27%	2	15.38%	17	25.00%
5-8horas/semana	6	10.91%	2	15.38%	10	11.76%
>9 horas/semana	11	20.00%	4	30.77%	13	22.06%
<b>Ayuda familiar puntual</b>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sí	39	70.91%	4	30.77%	43	63.24%
No	16	29.09%	9	69.23%	25	36.76%

Variables (continuación)	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Ayuda contratada puntual						
Sí	6	10.91%	1	7.69%	7	10.29%
No	49	89.09%	12	92.31%	61	89.71%
Convivencia con otro progenitor	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sí	49	89.09%	12	92.31%	61	89.71%
No	6	10.91%	1	7.69%	7	10.29%
Otro adulto conviviendo en casa	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sí	5	9.09%	1	7.69%	6	8.82%
No	50	90.91%	12	92.31%	62	91.18%

## 6.2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

En este apartado se muestran los instrumentos utilizados para la recogida de datos. La evaluación realizada está compuesta por un cuestionario de información sociodemográfico y por una batería de test autoadministrada a los padres en dos momentos temporales distintos: uno antes de comenzar con la intervención y otro al finalizar la realización del PEP.

### 6.2.1. Cuestionario de Información sociodemográfica

El cuestionario para la recogida de la información sociodemográfica consiste en un cuaderno (ver Anexo 4) en el que se recopila información sobre la características personales de los padres: edad, sexo, estado civil, dedicación profesional, nivel de estudios, dedicación profesional del otro progenitor, horas de trabajo, número de hijos, sexo de los hijos, edad de los hijos, alteraciones leves del desarrollo de los hijos, número de horas contratadas de ayuda a la crianza, número de horas contratadas de ayuda doméstica, nivel de ingresos anuales de la familia, existencia de ayuda doméstica, existencia de ayuda familiar (cuidado de los hijos) en el hogar, existencia de ayuda familiar puntual, existencia de ayuda puntual contratada, convivencia de ambos progenitores en el mismo hogar y convivencia con otro adulto que no sea el progenitor de los hijos en el hogar (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020).

### 6.2.2. Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) (Antony et al., 1998)

Consiste en un test breve compuesto por 21 ítems capaces de medir la severidad de la ansiedad, la depresión y el estrés. Este test se elaboró a partir de la reducción a la mitad del número de ítems de la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS) de Lovibond y Lovibond (1995a), respetándose la distribución establecida por estos autores en tres escalas: (a) la escala utilizada para medir la depresión basa su capacidad de diagnóstico en la vivencia o ausencia de los siguientes síntomas: ausencia de positividad, tristeza, fortaleza personal, falta de entusiasmo, etc., (b) la escala para medir la ansiedad basa su capacidad de diagnóstico en la vivencia o ausencia de los siguientes síntomas: temblores, miedo, taquicardia, pánico, etc.; y (c) la escala utilizada para medir el estrés basa su capacidad de diagnóstico en la vivencia o ausencia de los siguientes síntomas: nerviosismo, susceptibilidad, cansancio paulatino, etc. Para determinar el nivel de patología, las respuestas se cuantifican sobre una escala con cuatro opciones de respuesta (0 = *no lo reconozco en mí* y el valor 3 = *lo reconozco en mí la mayor parte del tiempo*). La duración estimada de aplicación de la prueba es de diez minutos. La validez de constructo del DASS-21 ha sido validada tanto para poblaciones clínicas como para poblaciones no clínicas y para un rango de edad de individuos jóvenes y adultos (Antony et al., 1998; Brown et al., 1997; Clara et al. 2001; Lovibond y Lovibond, 1995a). En relación a las propiedades psicométricas de esta prueba, la escala original DASS de Lovibond y Lovibond (1995a), mostró una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .87$  a  $.94$ ) con una validez convergente con medidas de ansiedad y depresión y una capacidad suficiente para ser diferenciada entre muestras clínicas y comunitarias (Antony et al., 1998). Estudios posteriores confirmaron más adelante las propiedades psicométricas de la versión española (Bados et al., 2005; Fonseca-Pedrero et al., 2010). En esta muestra los valores de Alfa de Cronbach fueron:  $\alpha = .80$ , muestra total;  $\alpha = .76$  pre-test y  $\alpha = .64$  post-test.

### **6.2.3. Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca y López-Yarto, 1999)**

Es una prueba de evaluación destinada a valorar la satisfacción familiar de personas mayores de 16 años. Está compuesto por 27 ítems formulados a través de una estructura de adjetivos antónimos que refleja los dos polos de una emoción, invitando a la persona que lo realiza a declinarse por un adjetivo o por el otro del mismo rango para después indicar que puntúen el nivel de severidad de la emoción elegida que perciben cuando están con su familia. Con esta forma de evaluación se genera un rango de respuesta de 6 posibilidades de puntuación, tres en relación a un adjetivo y tres en relación al otro adjetivo. En cuanto a las propiedades psicométricas, el análisis factorial reveló una sola dimensión explicando el 62.30% de la varianza. La fiabilidad de la escala fue de 0.75 por el método test-retest, mientras que la consistencia interna alcanzó un valor de 0.97. Asimismo, la ESFA mostró validez convergente con otras escalas de satisfacción familiar y capacidad para discriminar entre una muestra clínica (en terapia familiar) y una muestra de la población general (Barraca et al., 2000). En la presente investigación, se obtuvieron índices de consistencia interna muy similares a la escala original,  $\alpha = .94$ .

### **6.2.4. Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2014)**

El CUIDA es una prueba de evaluación administrada mediante la técnica de autoinforme que puede ser administrada tanto de forma colectiva como de manera individualizada. Este test ha obtenido un importante reconocimiento institucional al haber sido catalogada como la herramienta de mayor criterio para la determinación de los niveles de calidad de las figuras parentales sobre la capacidad para proporcionar la atención y cuidado adecuados a individuos dependientes: personas con discapacidad, enfermos, mayores, hijos biológicos, en acogimiento, adoptados, menor a cargo de una institución, etc. Esta prueba diagnóstica se basa en la teoría de los rasgos, línea de pensamiento que entiende que la estructura de personalidad de un individuo puede ser estudiado mediante la descripción de las características que percibe una persona respecto a ella

misma. Es a través de estas descripciones referentes a los sentimientos, las cogniciones y los comportamientos como se determina la tendencia conductual (Bermejo et al., 2014). Esta prueba de evaluación contiene un total de 189 ítems distribuidos en distintas escalas, capaces de medir las 14 habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza y el cuidado: "altruismo, apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de resolver vínculos afectivos o de apego, capacidad de resolución del duelo; y el establecimiento de tres factores mediante análisis factorial: cuidado responsable, cuidado afectivo, sensibilidad hacia los demás y agresividad" (Bermejo et al. 2014, p. 9). El tiempo de aplicación estimado para la realización de la prueba es de 45 minutos. El nivel de calidad de cada una de las habilidades estudiadas, se consigue a través de una escala de valoración de nueve puntos, estructurada atendiendo a una numeración determinada en la que 1 es la puntuación más baja y 9 la más alta. Este test fue elaborado bajo teoría de la respuesta al ítem. Los estudios sobre su análisis psicométrico muestran unos índices de fiabilidad satisfactorios y unas correlaciones significativas con otro tipo de instrumentos contruidos con un objetivo similar. Para nuestra muestra, la fiabilidad de las puntuaciones obtenidas se determinó a través de la utilización de los coeficientes alfa de Cronbach, hallándose unos valores de consistencia altos para las 14 habilidades en la prueba pre-test ( $\alpha = .95$ ), en el pos-test  $\alpha = .96$ , y para el cómputo total de la muestra de estudio ( $\alpha = .98$ ). En el factor adicional de segundo orden, los valores de Alfa de Cronbach en el pretest ( $\alpha = .75$ ), post-test ( $\alpha = .78$ ) y cómputo total ( $\alpha = .89$ ), indicaron una consistencia interna satisfactoria.

### 6.3. VARIABLES UTILIZADAS

Las variables utilizadas para la realización de esta investigación están agrupadas en cuatro categorías: (a) las variables sociodemográficas; (b) las variables clínicas; (c) la variable Satisfacción familiar; y (d) las variables relacionadas con las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza.

1. *Variables sociodemográficas*: como ya se adelantó en el artículo publicado por Pérez-Saussol e Inieta (2020) sobre esta investigación, se utilizaron 17 variables sociodemográficas: Sexo del progenitor, Edad, Estado civil, Nivel educativo, Profesión (propia) y del otro progenitor, Nivel de ingresos anuales por familia, Número de hijos, Sexo y Edad de los hijos, Alteraciones en el desarrollo, Convivencia de ambos educadores en el mismo hogar, Horas semanales de ayuda doméstica y Horas de ayuda en la crianza.
2. *Variables clínicas*: para determinar la salud mental parental, se agruparon tres variables dentro de la categoría variables clínicas: Ansiedad, Depresión y Estrés, extraídas de la *Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21, Lovibond y Lovibond, 1995a)*
  - ◆ Ansiedad: descrita como aquella condición emocional o estado transitorio de una persona que se caracteriza por la vivencia de un malestar de origen emocional (Watson y Clark, 1984). Dicha patología se caracteriza principalmente por su la hiperactivación fisiológica, (Brown et al., 1997; Valencia, 2019).
  - ◆ Depresión: definida, en la misma línea que la definición de la ansiedad, como aquella condición emocional o estado transitorio de una persona que se caracteriza por la vivencia de un malestar emocional (Watson y Clark, 1984). Dicha patología es caracterizada por la sensación de anhedonia (Clark y Watson, 1991; Valencia, 2019)
  - ◆ Estrés: descrita como aquel estado que vive una persona y que esta caracterizado por un nivel elevado de desequilibrio entre las demandas a las que se ve sometido y las capacidades de respuesta que cree poseer. (García-Herrero et al., 2013).
3. *Variable Satisfacción familiar*: variable que extraída de la prueba de evaluación Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA, Barraca y López-Yarto, 2017).
  - ◆ Satisfacción familiar: definida como aquella percepción fenomenológica que posee una persona sobre el bienestar global al que está sujeto (Sobrino-Chunga, 2008).

4. *Variables relacionadas con las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza:* Las 18 habilidades de crianza utilizadas en el estudio han sido extraídas del Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA, Bermejo et al., 2014). Catorce de ellas han sido las siguientes habilidades de crianza: Altruismo, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Apertura, Asertividad, Autoestima, Equilibrio emocional, Flexibilidad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Independencia, Reflexibilidad, Capacidad de establecer vínculos afectivos y Capacidad de resolución del duelo. Las tres siguientes son factores de segundo orden: Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad y por último incluimos como habilidad, aunque es un factor adicional la Agresividad. Tanto en el estudio de Bermejo como en el de García-Medina et al. (2007) se realiza una descripción de estas variables:

- 1) Altruismo: habilidad que hace referencia a una forma de actuar gratuita y desinteresada.
- 2) Apertura: habilidad que hace referencia a la tolerancia ejercida hacia la diversidad de estilos, valores, culturas y modos de vida.
- 3) Asertividad: habilidad que hace referencia a la adecuación de los comportamientos y las emociones. En esta categoría se recoge la gestión de: la crítica, las emociones, los cumplidos, las peticiones y del desacuerdo, desde una actitud de respeto.
- 4) Autoestima: habilidad que hace referencia a al tipo de relación que establece una persona consigo misma como consecuencia de la valoración que hacen de su autoconcepto y del afecto que se profesa.
- 5) Capacidad de resolver problemas: habilidad que hace referencia a la capacidad para detectar, evaluar y actuar sobre un problema.
- 6) Empatía: habilidad que hace referencia a la capacidad para reconocer y comprender las actitudes, sentimientos y circunstancias que viven otras personas sin la expresión de un juicio de valor.
- 7) Equilibrio emocional: habilidad que hace referencia al control ejercido sobre los estados generados por situaciones conflictivas
- 8) Independencia: habilidad que ha hace referencia a las competencias en relación a la responsabilidad y la tomar decisiones.

- 9) Flexibilidad: habilidad que hace referencia a capacidad para adaptarse a las situaciones.
- 10) Reflexividad: habilidad que hace referencia a la capacidad para reflexionar.
- 11) Sociabilidad: habilidad que hace referencia a relacionada con la capacidad para relacionarse con otros individuos.
- 12) Tolerancia a la frustración: habilidad que hace referencia a la asimilación rápida y la aceptación de aquellas expectativas que no se han cumplido.
- 13) Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego: habilidad que hace referencia a la facilidad para establecer relaciones interpersonales de forma adaptativas.
- 14) Capacidad de resolución del duelo: habilidad que hace referencia a la capacidad de para resolver situaciones relacionadas con la pérdida.
- 15) Cuidado responsable: habilidad que hace referencia a la capacidad para afrontar situaciones de una manera comprometida y eficaz.
- 16) Cuidado afectivo: habilidad que hace referencia a la capacidad para expresar afecto.
- 17) Sensibilidad hacia los demás: habilidad que hace referencia a la capacidad para reconocer las necesidades y los sentimientos de otras personas con una actitud de ayuda.
- 18) Agresividad: habilidad que hace referencia a un estado de irritabilidad, hostilidad e inflexibilidad elevado.

#### 6.4. PROCEDIMIENTO

El estudio se desarrolló en dos etapas: (a) realización de un estudio piloto y revisión del protocolo de entrenamiento; y (b) diseño del estudio, reclutamiento de los participantes para recogida de datos, evaluación pretest, implementación del programa y evaluación postest.

#### **6.4.1. Estudio Piloto y revisión del protocolo de entrenamiento**

Con el objetivo de mejorar el PEP y confirmar la elección de las variables de la presente investigación, se decidió llevar a cabo un primer estudio que perfilara la estructura final de la intervención. La muestra del estudio piloto estuvo compuesta por ocho figuras parentales: un padre y siete madres, reclutadas mediante un anuncio en las redes sociales relacionadas con la formación a padres. Los padres interesados en participar en el programa fueron informados sobre las características del programa y del estudio que se pensaba llevar a cabo, se les explicó de forma oral y a través de una hoja de consentimiento informado. Del total de 15 solicitudes de admisión, se seleccionaron las 10 personas que cumplían con los criterios de inclusión. Dos de los participantes no completaron el programa, por lo que finalmente, el estudio piloto estuvo compuesto por ocho personas. El rango de edad de esta muestra estuvo comprendido entre los 31 y los 39 años ( $M = 35.37$ ,  $DT = 1.3$ ). El número medio de hijos por figura parental osciló en un rango de uno a tres, a pesar de que la mayor parte de los padres tenía dos hijos. Ninguno de los niños presentaba trastorno clínico relevante. El rango en el que se encontraba la edad de los hijos estaba entre los seis meses y los siete años. Sobre el nivel de estudios, cabe señalar que todos los padres tenían estudios superiores e ingresos anuales superiores a 18.000€. La totalidad de la muestra, informó de un estado civil de casados, con ayuda doméstica (87.5%) y contaba con ayuda en las tareas que conlleva la crianza (37.5%). El PEP se impartió en un centro privado de psicología clínica en la ciudad de Murcia.

**Tabla 14***Resultados del estudio piloto*

Medidas de resultado	Pretest M (DT)	postest M (DT)
Ansiedad	2.50 (4.56)	0.75 (1.16)
Depresión	3.00 (4.84)	0.75 (1.16)
Estrés	7.37 (4.98)	4.25 (5.60)
Satisfacción familiar	130.75 (19.39)	141.50 (18.21)
Cuidado Responsable	2.87 (2.41)	4.25 (2.42)
Cuidado afectivo	4.12 (2.47)	5.12 (2.16)
Sensibilidad hacia los demás	4.37 (2.20)	5.37 (1.59)
Agresividad	6.87 (1.95)	5.12 (1.95)

Los resultados del estudio piloto (Tabla 14) corroboran que el PEP mejora la salud mental de los padres y disminuye los niveles de insatisfacción familiar. Una vez analizados estos resultados y la efectividad de la estructura establecida del programa, se determinó reducir la intervención a cuatro sesiones ampliando, por tanto, el tiempo de duración de cada una de ellas.

#### 6.4.2. Diseño de la investigación, reclutamiento y recogida de datos

La presente investigación se planteó desde un diseño cuasi-experimental de grupo único con medidas pretest y postest. El muestreo utilizado fue no probabilístico incidental. Antes de comenzar el estudio, se contactó con los equipos directivos de diferentes empresas, centros escolares, escuelas infantiles y centros de psicología de la Región de Murcia, proponiendo la participación en el PEP ECUS. El programa fue impartido en dos colegios concertados, el primero en Cartagena y el segundo en la ciudad de Murcia, una empresa privada situada en Las Torres de Cotillas, una escuela infantil privada ubicada en la ciudad de Murcia y un centro de psicología privado, que también estaba ubicado en Murcia. En todos los centros seleccionados, se obtuvieron las autorizaciones de la dirección y se enviaron circulares a los participantes indicando las condiciones propias de la participación en la investigación. Los padres que confirmaron su

asistencia, recibieron un escrito con el consentimiento informado. El estudio fue realizado siguiendo las directrices el Real Decreto 223/2004, Declaración de Helsinki (2013), Ley de Protección de datos de 1999 y Ley de Investigación Biomédica de 2007. Asimismo, se obtuvo la aprobación al Comité de Ética de la Universidad Católica de Murcia (ver Anexo 1).

El programa fue impartido por Carmen Pérez Saussol, autora de la presente tesis doctoral, psicóloga MU-1751, experta en psicología clínica y educativa, con experiencia en dinámicas de grupo.

#### 6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron codificados y analizados con el software estadístico IBM SPSS 21.0. Para la estimación del modelo de ecuaciones estructurales, mediante *Partial Least Square*, se ha utilizado el software *SmartPLS* 3.2.8.

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis descriptivo tanto de las características sociodemográficas de la muestra, como de las variables de resultado (variables clínicas, satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza) antes y después de llevar a cabo la intervención. En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para variables categóricas (cualitativas y ordinales), así como media y desviación típica para variables cuantitativas (variables de intervalo y de razón).

En segundo lugar, se llevó a cabo el estudio de la normalidad de las variables cuantitativas utilizando el test de *Kolmogorov-Smirnov*. Con éste se pone a prueba la hipótesis nula de la ausencia de diferencias significativas entre la distribución normal y la distribución de las variables objeto de estudio. Los resultados de las pruebas mostraron diferencias significativas (Tabla 15), lo que llevó a rechazar la hipótesis nula y llevar a cabo pruebas estadísticas de tipo no paramétrico, las cuales se detallan a continuación.

**Tabla 15**

*Resultados de la prueba de Kolmogórov-Smirnov para la comprobación del supuesto de normalidad de las variables*

Variables	Z	P
Ansiedad	.59	.000
Depresión	.59	.000
Estrés	.90	.000
Satisfacción familiar	1.00	.000
Altruismo	.95	.000
Apertura	.90	.000
Asertividad	.84	.000
Autoestima	.84	.000
Capacidad de resolver problemas	.84	.000
Variables (continuación)	Z	P
Empatía	.86	.000
Equilibrio emocional	.84	.000
Independencia	.93	.000
Flexibilidad	.84	.000
Reflexividad	.84	.000
Sociabilidad	.84	.000
Tolerancia a la frustración	.84	.000
Capacidad de establecer vínculos afectivos	.85	.000
Capacidad resolución del duelo	.87	.000
Cuidado responsable	.84	.000
Cuidado afectivo	.84	.000
Sensibilidad hacia los demás	.84	.000
Agresividad	.98	.000
Altruismo	.84	.000

Para analizar la relación existente entre las variables clínicas, la satisfacción familiar, las variables relacionadas con la crianza y las variables sociodemográficas se llevaron a cabo Pruebas *U de Mann-Whitney* para el contraste de grupos a partir de variables dicotómicas, así como el test de *Kruskal-*

*Wallis* para el contraste de grupos a partir de variables politómicas. En cuanto al análisis de la relación de dos variables cuantitativas, se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman-Brown*. Se estableció un nivel de significación  $p < .05$  para considerar una relación estadísticamente significativa entre las variables. Para la interpretación de los valores del estadístico, se ha utilizado los baremos establecidos por Hernández et al. (2014):  $r = .10- .24$ , “Muy débil”;  $r = .25- .49$ , “Débil”;  $r = .50- .74$ , “Media/considerable”;  $r = .75- .99$ , “Muy fuerte”.

Respecto al análisis de la eficacia del programa, se compararon las mediciones realizadas antes y después de la intervención en las variables clínicas, la variable Satisfacción familiar, las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza. Para ello se utilizó la prueba no paramétrica de *Wilcoxon* que permite la comparación del nivel de una variable cuantitativa en dos muestras relacionadas. Se estableció un nivel de significación  $p < .05$  para considerar un cambio significativo del pretest al postest en las variables de resultado.

Para comprobar la influencia de los niveles iniciales de las variables clínicas, la satisfacción familiar y habilidades en relación con la crianza sobre la puntuación de cambio tras la recepción del programa (diferencia entre la puntuación pretest y la puntuación postest), se estimaron modelos de regresión lineal simple para cada una de las variables. Se utilizó como predictor la puntuación de cada variable en el pretest y su puntuación de cambio como variable dependiente. La ecuación de regresión a estimar para cada variable fue la siguiente:

$$\Delta X = \beta_0 + \beta_1 X^{PRE} + \varepsilon$$

Donde  $\Delta X$  es la diferencia entre las puntuaciones postest y pretest,  $X^{PRE}$  puntuaciones iniciales de la variable clínica,  $\beta_0$  es el término constante de la recta de regresión,  $\beta_1$  es la pendiente de la recta de regresión y, por lo tanto, captura cómo varía  $\Delta X$  cuando cambia en una unidad la variable  $X^{PRE}$ ;  $\varepsilon$  es el término de error que captura las diferencias entre los datos y la predicción del modelo de regresión. Para la comprobación de la significación estadística del coeficiente de regresión  $\beta_1$  se llevaron a cabo pruebas *t-Student* bajo la hipótesis nula de  $\beta_1 = 0$ .

Por último, se obtuvo el coeficiente de determinación  $R^2$  que indica el porcentaje de varianza explicada de la puntuación de cambio por el nivel de la variable en el pretest.

Para formular un modelo explicativo de los efectos del programa de intervención que explore el efecto del cambio en las habilidades en relación con la crianza sobre los cambios experimentados en las variables clínicas y en la satisfacción familiar, se elaboró un modelo con ecuaciones estructurales utilizando el método de estimación *Partial Least Square (PLS)*. El PLS es una técnica que combina el análisis de componentes principales y la regresión lineal múltiple con el objetivo de predecir un conjunto de variables dependientes (en este caso, las puntuaciones de cambio de las variables clínicas y la satisfacción familiar) a partir de un gran conjunto de variables independientes (en este caso, las puntuaciones de cambio de las habilidades y dimensiones psicológicas). Teniendo en cuenta las observaciones obtenidas durante el proceso de intervención, y el elevado número de coeficientes estimados, el programa PLS se considera óptimo para hallar las posibles relaciones causales entre variables a partir de las variaciones observadas por la intervención. En esta combinación, en lugar de estimar hiperplanos de máxima varianza entre la variable de respuesta y las variables independientes como correspondería a una reducción dimensional por componentes principales, se procede a estimar un modelo de regresión lineal que maximice la covarianza entre las variables explicativas y el conjunto de variables dependientes.

# **CAPÍTULO VII**

## **RESULTADOS**



## CAPÍTULO VII - RESULTADOS

### 7.1. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

En las Tablas 16, 17 y 18 se muestran los análisis obtenidos de la relación entre las características sociodemográficas de la muestra con las puntuaciones recogidas previamente a la implantación del PEP ECUS, en las variables clínicas que se vienen mencionando desde el capítulo anterior.

En la Tabla 16, se muestran los resultados obtenidos de las pruebas *U de Mann-Whitney* para el análisis de la relación entre las características sociodemográficas dicotómicas de la muestra con las variables clínicas, la variable Satisfacción familiar y las variables habilidades y dimensiones psicológicas (o variables en relación con la crianza). Tal y como se puede comprobar en dicha tabla, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres en relación con Ansiedad, Depresión y Estrés. Tampoco se encontró relación entre la variable Sexo y la Satisfacción familiar, ni entre las habilidades y dimensiones psicológicas. En cuanto a la relación entre el Estado civil con las variables clínicas, tampoco se obtuvieron diferencias significativas entre las figuras parentales que vivían en pareja (incluyendo en la categoría pareja a los padres casados y a los padres que convivían juntos sin estar casados) y los padres separados (incluyendo en esta variable a los padres separados, divorciados o viudos). Asimismo, tampoco se observó relación significativa entre el Estado civil y la Satisfacción familiar.

**Tabla 16**

*Resultados de las pruebas U de Mann-Whitney para el análisis de la relación entre características dicotómicas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza*

Variables	Sexo		Estado civil		Convivencia padres		Ayuda familiar		Hijo con alteración leve	
	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p	Z	p
Ansiedad	-.37	.71	1.83	.07	-.29	.77	.52	.60	.98	.32
Depresión	.80	.42	1.55	.12	.33	.74	-.75	.45	1.21	.22
Estrés	-.32	.75	1.96	.05	-.92	.36	-.10	.94	-.80	.42
Satisfacción familiar	-.12	.90	-.86	.40	-.71	.48	.86	.39	-.71	.47
Altruismo	.16	.87	-1.80	.07	2.10	.03	.77	.44	.43	.67
Apertura	-.02	.98	-.04	.97	-.34	.77	-.18	.86	1.39	.16
Asertividad	-.18	.86	.12	.91	-.15	.88	.40	.70	.57	.57
Autoestima	.40	.70	.14	.88	-.58	.56	1.93	.05	-.28	.78
Capacidad de resolver problemas	.49	.63	-.82	.44	-.19	.85	.30	.76	.39	.70
Empatía	.15	.88	-1.91	.06	1.27	.21	-1.89	.06	.29	.77
Equilibrio emocional	-.32	.74	-1.10	.27	-.65	.52	1.10	.27	.69	.49
Independencia	-.31	.76	.74	.46	-1.00	.32	1.96	.05	1.70	.09
Flexibilidad	-.27	.79	-.17	.86	.20	.85	-.31	.76	1.35	.17
Reflexividad	-.28	.77	-1.25	.21	.51	.61	-.68	.51	1.25	.21
Sociabilidad	1.36	.17	.82	.41	.04	.97	1.14	.26	-.26	.79
Tolerancia a la frustración	-1.45	.15	-.62	.53	-.25	.80	.17	.86	.41	.69
Capacidad de establecer vínculos afectivos	.59	.56	-.16	.87	.29	.77	1.93	.05	.43	.68
Capacidad resolución del duelo	-.70	.48	-.75	.47	.12	.90	1.34	.18	-.05	.96
Cuidado responsable	-.26	.79	-1.09	.30	-.29	.77	.23	.82	1.13	.26
Cuidado afectivo	.42	.67	-.17	.87	.12	.90	1.36	.17	.43	.67
Sensibilidad hacia los demás	.41	.70	-.57	.59	.89	.37	.51	.61	.45	.65
Agresividad	.65	.51	.63	.55	-.58	.56	-.88	.38	-.47	.64

En cuanto a las variables en relación con la crianza, únicamente se encontraron diferencias significativas entre los padres que convivían en pareja y los padres separados en relación con la variable Altruismo. Aquellos padres que no convivían presentaron una media de 3.14; mientras que los padres que convivían en pareja presentaron una media de 4.31. Las variables Convivencia de los padres y Ayuda familiar tampoco se asociaron significativamente con las variables clínicas, la Satisfacción familiar, ni con ninguna de las habilidades y dimensiones psicológicas. Por último, la variable Hijo con alteración (teniendo en cuenta que los tipos de alteración recogidos fueron muy leves) tampoco se relacionó significativamente con las variables clínicas, la Satisfacción familiar, ni las variables en relación con la crianza.

En la Tabla 17 se muestran los resultados obtenidos en el test *Kruskal-Wallis* para el análisis de relación entre las características sociodemográficas politómicas de la muestra con las variables clínicas, la variable Satisfacción familiar y las variables relacionadas con la crianza.

Tal y como se puede observar, la Formación del padre, cuyas categorías fueron: sin estudios, estudios primarios, secundarios, bachiller, superiores y de postgrado, no se relacionó de manera significativa con las variables clínicas. Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre Formación del padre con Satisfacción familiar ni con las variables asociadas a la crianza. Los análisis realizados entre la variable Formación de la madre con las variables clínicas, la Satisfacción familiar y las variables en relación con la crianza no mostraron relaciones estadísticamente significativas. La Ocupación del padre, cuyas categorías establecidas fueron: baja laboral, desempleo, media jornada, jornada completa, amo de casa y jubilado; tampoco mostró una relación significativa con las variables clínicas, la Satisfacción familiar y las variables relacionadas con la crianza. Así mismo, la variable Ocupación de la madre tampoco se relacionó significativamente con ninguna de las variables estudiadas. Lo mismo sucedió con la variable Sexo de los hijos, ya que no se encontraron diferencias significativas entre los padres que tenían solo hijos, solo hijas o hijos de ambos sexos. Por último, el análisis mostró la ausencia de relación significativa entre el Nivel de ingresos familiar, variable que fue categorizada en cuatro niveles: <10.000 € al año, entre 10.000 y 18.000 € al año, 18.000 y 28.000€ al año o > 28.000€ al año; con las variables clínicas, la Satisfacción familiar y las variables en relación con la crianza.

**Tabla 17**

*Resultados (Kruskal-Wallis) de la relación entre las características politómicas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza*

Variable	Formación padre			Formación madre			Ocupación padre			Ocupación madre			Sexo hijos			Nivel de ingresos		
	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p
Ansiedad	1.56	.82	1.97	.85	5.80	.21	1.02	.78	.16	.92	3.77	.44						
Depresión	5.05	.28	5.96	.31	3.38	.50	1.56	.67	.52	.77	7.31	.12						
Estrés	3.67	.45	2.39	.79	5.45	.24	.78	.85	.80	.67	3.99	.41						
Satisfacción familiar	5.81	.21	4.44	.49	4.14	.39	2.12	.55	.87	.65	7.85	.11						
Altruismo	.69	.95	4.99	.42	5.30	.26	2.37	.50	.27	.87	.54	.97						
Apertura	2.5	.63	3.62	.60	3.83	.43	1.40	.71	1.87	.39	1.34	.85						
Asertividad	1.14	.89	4.38	.50	5.78	.21	2.66	.45	1.30	.52	2.81	.59						
Autoestima	7.57	.11	6.15	.29	4.52	.34	5.32	.15	.49	.78	4.88	.30						
Capacidad de resolver problemas	3.20	.53	4.59	.47	3.06	.55	1.82	.61	2.06	.36	6.08	.20						
Empatía	2.40 <sup>4</sup>	.66	4.43 <sup>5</sup>	.49	5.14 <sup>4</sup>	.27	2.13 <sup>3</sup>	.54	1.52 <sup>2</sup>	.47	3.13 <sup>4</sup>	.54						
Equilibrio emocional	.92	.92	.93	.97	3.74	.44	.85	.84	.54	.76	4.06	.40						
Independencia	1.26	.87	1.68	.89	5.95	.20	4.74	.20	1.30	.52	4.73	.32						
Flexibilidad	3.74	.44	5.30	.38	2.13	.71	1.30	.73	2.80	.25	5.15	.27						
Reflexividad	7.21	.12	5.63	.31	4.05	.40	5.95	.11	.99	.61	3.12	.54						
Sociabilidad	5.70	.22	4.96	.42	8.10	.09	3.04	.37	2.29	.32	.92	.92						
Tolerancia a la frustración	.99	.91	1.00	.96	2.61	.62	2.81	.42	2.62	.27	5.31	.26						
Capacidad de establecer vínculos afectivos	5.2	.27	4.88	.43	4.50	.34	3.92	.27	.11	.94	5.92	.20						

Variable (continuación)	Formación padre			Formación madre			Ocupación padre			Ocupación madre			Sexo hijos			Nivel de ingresos		
	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p	$\chi^2$	gl.	p
Capacidad resolución del duelo	3.73	.44	4.35	.50	4.99	.29	3.27	.35	.54	.76	2.41	.66						
Cuidado responsable	2.08	4	.72	1.90	5	.86	1.26	4	.87	.79	3	.85	.31	2	.86	1.67	4	.78
Cuidado afectivo	3.06		.55	3.20		.67	4.16		.38	1.65		.65	.15		.93	3.20		.53
Sensibilidad hacia los demás	1.16		.88	2.01		.85	4.36		.36	1.03		.79	.74		.69	2.77		.60
Agresividad	1.52		.82	1.12		.95	2.70		.61	4.09		.25	.24		.88	7.49		.11

En la Tabla 18 se muestran los resultados obtenidos a través de la correlación de *Spearman-Brown* entre las características cuantitativas sociodemográficas de la muestra con las variables clínicas, la variable Satisfacción familiar y las variables en relación con la crianza.

Como se observa en esta tabla, la variable Edad de los padres no correlacionó de forma significativa con las variables clínicas, la Satisfacción familiar, ni con las variables en relación con la crianza. La variable Horas de ayuda doméstica no presentó correlación significativa con ninguna de las variables clínicas, ni con la Satisfacción familiar, ni con la mayor parte de las habilidades y dimensiones psicológicas. Únicamente, se encontró una correlación positiva, baja y significativa entre Horas de ayuda doméstica y Sociabilidad. La variable Horas de ayuda a la crianza no mostró una correlación significativa con las variables clínicas, ni con la Satisfacción familiar. En cuanto a las variables en relación con la crianza, las Horas de ayuda a la crianza mostraron una asociación negativa, baja y significativa con la Flexibilidad y Reflexividad. La variable Número de hijos no presentó correlación significativa con ninguna de las variables de estudio. Por último, la variable Edad de los hijos, no presentó correlación significativa con ninguna de las variables clínicas, la Satisfacción familiar, ni con las variables en relación con crianza, a excepción del Altruismo, con el que presentó una correlación significativa, negativa y de magnitud baja.

**Tabla 18**

*Índices de correlación Spearman-Brown entre características cuantitativas de la muestra con variables clínicas, satisfacción familiar y variables relacionadas con la crianza*

Variable	Edades padres	Horas ayuda doméstica	Horas ayuda crianza	Número de hijos	Edad de los hijos
Ansiedad	-.19	-.23	.10	.14	-.02
Depresión	-.19	-.19	.01	.19	.01
Estrés	-.07	-.21	-.02	.12	.00
Satisfacción familiar	.03	.14	.02	-.22	-.06
Altruismo	.16	.06	-.08	.03	.25*
Apertura	.14	.13	-.05	.03	.13
Asertividad	.13	.21	-.05	-.07	.08
Autoestima	.06	.23	.04	-.00	.04
Capacidad de resolver problemas	-.11	.17	-.01	-.09	-.10
Empatía	.04	.07	-.13	-.11	.04
Equilibrio emocional	.07	.08	-.13	.01	.09
Independencia	.05	-.16	-.22	-.15	.01
Flexibilidad	-.10	-.11	-.12*	-.08	-.10
Reflexividad	-.12	-.12	-.24*	-.12	-.02
Sociabilidad	.04	.26*	.02	.02	.06
Tolerancia a la frustración	.12	.06	-.22	.05	.08
Capacidad de establecer vínculos afectivos	-.03	.18	-.05	-.10	-.02
Capacidad resolución del duelo	.11	.08	.05	.12	.14
Cuidado responsable	-.01	-.02	-.16	-.10	-.02
Cuidado afectivo	.06	.20	-.06	.03	.07
Sensibilidad hacia los demás	-.04	.16	-.06	-.03	.04
Agresividad	.02	.05	.20	.16	-.05

\* $p < .05$

7.2. RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS, SATISFACCIÓN FAMILIAR Y VARIABLES EN RELACIÓN CON LA CRIANZA.

A continuación, cómo se puede observar en la Tabla 19, se muestran los resultados obtenidos a través de la correlación de *Spearman-Brown* entre las variables habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, las variables clínicas Ansiedad, Depresión y Estrés y la variable Satisfacción familiar.

**Tabla 19**

*Índices de correlación Spearman-Brown entre las variables relacionadas con la crianza, las variables clínicas y la satisfacción familiar*

Variable	Ansiedad	Depresión	Estrés	Satisfacción familiar
Altruismo	-.02	-.11	-.07	.13
Apertura	-.20	-.36**	-.10	.25*
Asertividad	-.31**	-.39**	-.43**	.32**
Autoestima	-.50**	-.50**	-.42**	.55**
Capacidad de resolver problemas	-.36**	-.42**	-.48**	.51**
Empatía	-.16	-.30*	-.23	.26*
Equilibrio emocional	-.32**	-.54**	-.57**	.57**
Independencia	-.13	-.19	-.42**	.24
Flexibilidad	-.14	-.25*	-.34**	.22
Reflexividad	-.13	-.22	-.40**	.24*
Sociabilidad	-.23	-.26*	-.15	.21
Tolerancia a la frustración	-.24*	-.43**	-.33**	.36**
Capacidad de establecer vínculos afectivos	-.32**	-.40**	-.35**	.46**
Capacidad resolución del duelo	-.34**	-.38**	-.48**	.39**
Cuidado responsable	-.35**	-.48**	-.60**	.52**
Cuidado afectivo	-.43**	-.52**	-.52**	.50**
Sensibilidad hacia los demás	-.32**	-.46**	-.40**	.44**
Agresividad	.08	.22	.34**	-.25*

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Como se muestra en la Tabla 19, la variable Ansiedad correlacionó con diez de las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, presentando una correlación significativa, negativa y muy débil con la variable Tolerancia a la frustración; y una correlación significativa negativa y débil con las variables Asertividad, Autoestima, Capacidad para resolver, Equilibrio emocional, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Capacidad de resolución del duelo, Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás. La variable Depresión correlacionó con 14 de las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, presentando una correlación significativa débil y negativa con las variables Flexibilidad y Sociabilidad; y significativa moderada y negativa con Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Capacidad de resolución del duelo, Cuidado responsable, Sensibilidad hacia los demás. También correlacionó negativa y significativamente de manera moderada con las variables Equilibrio emocional y Cuidado afectivo. Por último, la variable Estrés mostró una correlación estadísticamente significativa con 14 habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza. En este caso fueron correlaciones negativas, con valores débiles con las variables Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Independencia, Flexibilidad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Capacidad resolución del duelo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad; y correlaciones negativas de magnitud moderada con las variables Equilibrio emocional, Cuidado responsable y Cuidado afectivo.

De los coeficientes de correlación recogidos en la Tabla 19 se desprende que la Satisfacción familiar correlacionó de forma estadísticamente significativa con 14 de las variables en relación con la crianza, observándose una correlación baja y positiva con Apertura, Empatía y Reflexividad, una correlación moderada y positiva con la Asertividad; y una correlación positiva de magnitud considerable con las variables: Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Equilibrio emocional, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Capacidad de resolución del duelo, Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás. En el caso de la Satisfacción familiar con la Agresividad, la correlación fue significativa y débil.

Por otro lado, la variable Satisfacción familiar mostró asociaciones significativas con las variables clínicas ( $p < .01$ ). Las correlaciones fueron negativas de magnitud considerable con los síntomas de Depresión ( $r = .58$ ) y Estrés ( $r = .60$ ), mientras que la correlación entre la Satisfacción familiar y la Ansiedad fue negativa y débil ( $r = .35$ ).

### 7.3. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA

#### 7.3.1. Adherencia al programa

De los 98 padres que comenzaron el programa de entrenamiento ECUS, únicamente 68 de ellos configuraron la muestra final del presente estudio. Treinta de los padres no pudieron ser incluidos en la muestra por alguno o varios de los siguientes motivos: 1) no asistir a todas las sesiones del programa, 2) retraso de más de 20 minutos del inicio de alguna de las sesiones, 3) falta de compromiso con la realización de los ejercicios propuestos y 4) no cumplimentar correctamente la batería de test establecida para la evaluación antes y después del programa. Se realizaron un total de 14 intervenciones grupales del programa conformadas por un número de entre seis y diez participantes.

#### 7.3.2. Eficacia del programa ECUS para la mejora de variables clínicas

A continuación, en la Tabla 20, se muestran los resultados de los Test de Wilcoxon realizados para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables clínicas Ansiedad, Depresión y Estrés.

**Tabla 20**

*Resultados de los Test de Wilcoxon para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables clínicas*

Variables clínicas	<i>M ± DT</i>	<i>M ± DT</i>	<i>M ± DT</i>	<i>Mediana</i>	Z	p
	Pretest	Posttest	Cambio	Cambio		
Ansiedad	2.37 ± 2.83	1.04 ± 1.53	-1.32 ± 2.46	-1.00	-4.02	.00
Depresión	3.18 ± 3.60	1.32 ± 1.66	-1.85 ± 2.69	-1.00	-5.26	.00
Estrés	7.10 ± 4.59	4.38 ± 3.59	-2.72 ± 4.11	-1.00	-5.03	.00

Como se puede observar en la tabla anterior, las variables clínicas presentaron un cambio significativo entre las puntuaciones del pretest y el posttest con una mediana de reducción de 1 punto. Los datos de la variable Ansiedad indicaron una disminución significativa registrada entre las puntuaciones del pretest al posttest de 1.32, con una mejora del 55.60% respecto a la puntuación media registrada antes de la realización del programa. En la variable Depresión se obtuvo una disminución entre las puntuaciones del pretest al posttest de 1.85, lo que supuso una mejora del 58.17%; y para la variable Estrés, la disminución registrada fue de 2.72, lo que implicó una mejora de un 38.30%.

### **7.3.3. Eficacia del programa ECUS para la mejora de la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas**

En primer lugar, como se puede observar en la Tabla 21, los resultados obtenidos del *Test de Wilcoxon* para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en la variable Satisfacción familiar indicaron un aumento significativo en el valor promedio de 12.82 puntos, lo que significa una mejora de un 10.2% respecto de la puntuación media antes del programa. Su mediana del cambio fue de 8.5 puntos.

**Tabla 21**

*Resultados del Test de Wilcoxon para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en satisfacción familiar*

Variable	$M \pm DT$ Pretest	$M \pm DT$ Posttest	$M \pm DT$ Cambio	Mediana Cambio	Z	p
Satisfacción familiar	125.54 ± 20.01	138.37 ± 17.81	12.82 ± 12.93	8.50	6.57	.00

Por otro lado, los resultados obtenidos del *Test de Wilcoxon* para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza, presentados en la Tabla 22, muestran que la mayoría de las variables en relación con la crianza sufren un cambio positivo significativo, salvo Altruismo, en la que se produjo un aumento no significativo entre las puntuaciones del pretest al posttest. En la variable Apertura se produjo un aumento en el valor promedio de 0.73, con una mejora del 15% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, su mediana del cambio fue de 1 punto. En Asertividad se produjo un aumento de 3.19 y un porcentaje de mejora de 30.40, en la variable Autoestima el aumento del valor promedio fue de 1.38, lo que significó una mejora de un 35.38% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, en Capacidad de resolver problemas el valor de aumento promedio fue de 0.93 puntos y el porcentaje de mejora de 28.20% respecto de la puntuación media registrada antes del programa; la mediana de cambio en Asertividad, Autoestima y Capacidad de resolver problemas fue de 1 punto. En la variable Empatía, se produjo un aumento en valor promedio de 0.69 puntos, con una mejora de un 16% y su mediana del cambio también fue de 0. En Equilibrio emocional se produjo un aumento en valor promedio de 1.18 puntos, lo que significa una mejora del 37.82%, en Independencia se produjo un aumento en valor promedio de 0.44, con una mejora del 10.50%, en Flexibilidad un aumento en valor promedio de 1.23 puntos y su porcentaje de mejora fue del 33.33%, en Reflexividad se produjo un aumento en valor promedio de 0.47 puntos, con un 14.02% de mejora; en las tres últimas variables, la mediana de cambio fue de 0 puntos.

**Tabla 22**

*Resultados del Test de Wilcoxon para el análisis de las diferencias entre pretest y posttest en las variables relacionadas con la crianza*

Variables relacionadas con la crianza	$M \pm DT$	$M \pm DT$	$M \pm DT$	Mediana	Z	p
	Pretest	Posttest	Cambio	Cambio		
Altruismo	4.19 ± 1.50	4.21 ± 1.91	0.15 ± 1.42	.00	.07	.94
Apertura	4.62 ± 2.10	5.35 ± 2.04	0.73 ± 1.42	1.00	3.76	.00
Asertividad	3.91 ± 2.06	4.88 ± 1.86	0.97 ± 1.40	1.00	4.81	.00
Autoestima	3.90 ± 1.98	5.28 ± 1.67	1.38 ± 1.29	1.00	6.27	.00
Capacidad de resolver problemas	3.29 ± 2.09	4.22 ± 2.04	0.93 ± 1.24	1.00	5.24	.00
Empatía	4.31 ± 1.96	5.00 ± 1.84	0.69 ± 1.45	.00	3.59	.00
Equilibrio emocional	3.12 ± 1.79	4.29 ± 2.03	1.18 ± 1,17	1.00	5.83	.00
Independencia	4.19 ± 1.91	4.63 ± 2.09	0.44 ± 1,56	.00	2.25	.02
Flexibilidad	3.44 ± 2.04	3.96 ± 2.12	0.51 ± 1,77	.00	2.30	.02
Reflexividad	3.35 ± 1.81	3.82±1.66	0.47 ± 1.35	.00	2.73	.02
Sociabilidad	4.24 ± 2.03	4.87 ± 1.87	0.63 ± 1.58	1.00	3.52	.00
Tolerancia a la frustración	3.35 ± 1.73	4.41 ± 1.93	1.06 ± 1.48	1.00	4.99	.00
Capacidad de establecer vínculos afectivos	3.96 ± 1.93	4.60 ± 1.90	0.65 ± 1.35	.00	3.65	.00
Capacidad resolución del duelo	4.54 ± 1.21	5.18 ± 2.13	0.63 ± 1.36	.00	3.48	.00
Cuidado responsable	2.90 ± 1.95	3.90 ± 1.98	0.95 ± 1.25	1.00	5.33	.00
Cuidado afectivo	3.69 ± 2.06	4.93 ± 2.08	1.23 ± 1.35	1.00	5.65	.00
Sensibilidad hacia los demás	3.51 ± 1.86	4.40 ± 1.88	0.88 ± 1.19	1.00	5.22	.00
Agresividad	6.94 ± 1.91	5.21 ± 1.94	-1.73 ± 1.60	-2.00	-6.10	.00

En Sociabilidad se produjo un aumento en valor promedio de 0.63 puntos, con una mejora de 14.85% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, en Tolerancia a la frustración el aumento fue de 1.06 puntos, con una mejora correspondiente al 31.64%; en ambas variables sus medianas del cambio fueron de 1 punto. En Capacidad de establecer vínculos afectivos el valor de aumento promedio fue de 3.96 puntos, con una mejora del 16.41% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, en Capacidad resolución del

duelo el aumento del valor promedio fue de 0.63 puntos y el porcentaje de mejora de un 14.15% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, ambas medianas del cambio fueron de 0 punto. En Cuidado responsable se produjo un aumento en valor promedio de 0.95 puntos, lo que significa una mejora de un 32.75% respecto de la puntuación media registrada antes del programa, en Cuidado afectivo su valor promedio de cambio fue de 1.23 puntos, con un índice de mejora del 33.33%, en la variable Sensibilidad hacia los demás se produjo una disminución de 0.88, lo que indicó una mejora del 3.51%; en Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás sus medianas de cambio fueron de 1 punto.

Por último, cabe señalar que en la variable Agresividad se produjo una disminución significativa entre las puntuaciones del pretest al postest de 1.73, con una mejora del 24.92% respecto a la puntuación media registrada antes de la realización del programa, siendo su mediana del cambio de 2 puntos. De acuerdo con los análisis realizados, se puede afirmar que el programa de entrenamiento para padres ECUS se muestra eficaz para la mejora de las variables clínicas relacionadas con la ansiedad, la depresión y el estrés, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza.

#### 7.4. EFECTO DE LOS NIVELES INICIALES EN VARIABLES CLÍNICAS, SATISFACCIÓN FAMILIAR Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA CRIANZA SOBRE LA PUNTUACIÓN DE CAMBIO TRAS LA RECEPCIÓN DEL PROGRAMA

Si bien, se ha demostrado la eficacia del PEP ECUS, gracias a la existencia de efectos significativos sobre las variables de resultado, se ha considerado necesario examinar si la intensidad del efecto es independiente o no de los niveles iniciales presentados antes de recibir el programa.

En la Tabla 23, se recogen los resultados obtenidos a través de la estimación de los coeficientes de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación de los modelos de regresión simple para el cambio en las variables clínicas en función de su puntuación pretest

**Tabla 23**

*Estimación de los coeficientes de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación de los modelos de regresión simple para el cambio en las variables clínicas en función de su puntuación pretest (Pérez-Saussol e Iniesta, 2020, p. 213)*

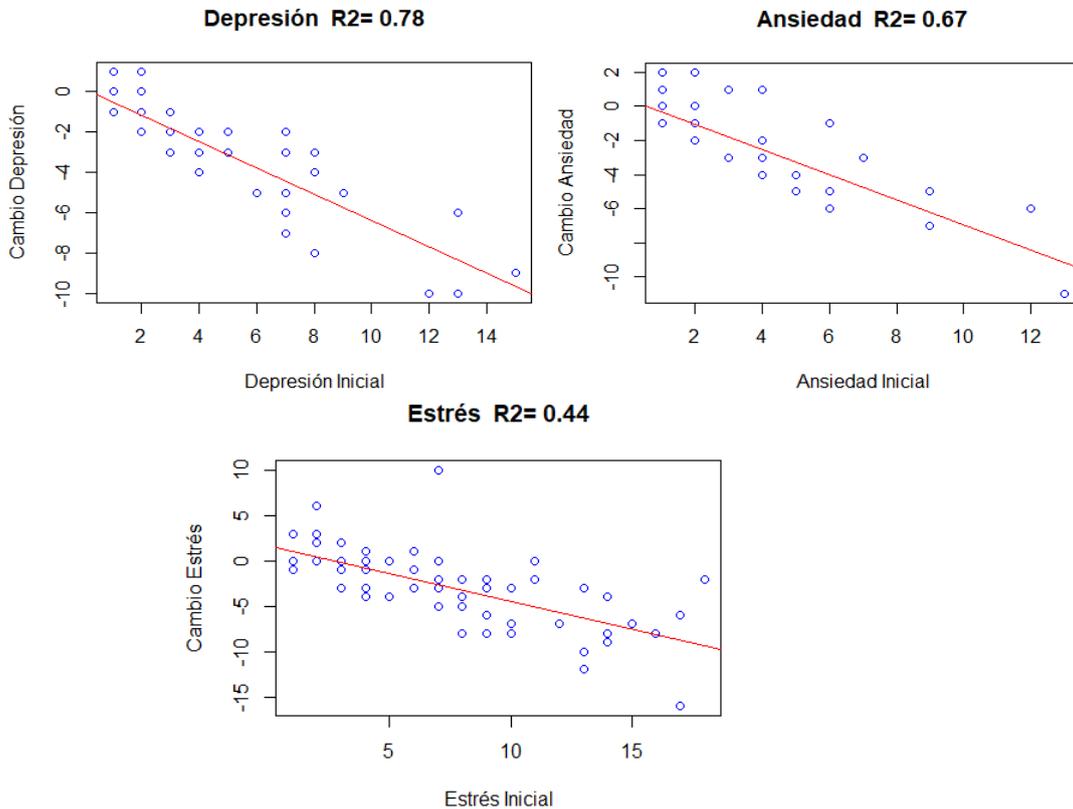
VARIABLES CLÍNICAS	$\beta_1$	t-Student	p	R <sup>2</sup>
Ansiedad	-.73	-10.07	.00	0.67
Depresión	-.65	-13.86	.00	0.78
Estrés	-.61	-7.072	.00	0.44

Como se puede observar en la Tabla 23, los estimadores de los coeficientes de regresión  $\beta_1$  para cada una de las de variables clínicas se muestran junto al resultado del test de significación del estadístico t-Student bajo la hipótesis nula de  $\beta_1 = 0$ . En la Figura 5 se muestran los diagramas de dispersión para cada una de las rectas de regresión simple obtenidas. Se observó que, en todas las variables, los coeficientes fueron significativos y por lo tanto diferentes de 0. En consecuencia, las puntuaciones pretest de cada una de las variables clínicas se mostraron relevantes para explicar el cambio que se produjo tras el programa ECUS. En todas las variables se obtuvieron coeficientes con signo negativo, lo que indica que cuando los padres presentaron mayores niveles iniciales de Ansiedad, Depresión o Estrés, el programa de intervención generó mayores reducciones que cuando sus puntuaciones pretest eran bajas.

Como se puede comprobar a partir de los diagramas de dispersión de las rectas de regresión simple, realizados para analizar el cambio en las variables clínicas: Ansiedad, Depresión y Estrés en función de su puntuación pretest, representados en la Figura 5, el coeficiente de determinación de la recta estimada para el cambio en la Ansiedad fue de  $R^2 = 0.67$ , por lo tanto, dos terceras partes de la varianza del efecto del programa de intervención sobre la Ansiedad quedaría explicada por el modelo de las puntuaciones iniciales de Ansiedad. En el caso de la Depresión fue de  $R^2 = 0.78$ , lo que significa que las puntuaciones iniciales de Depresión fueron relevantes y que el modelo explicó un 78% de la varianza del efecto de la intervención sobre la Depresión. Lo mismo sucedió con el efecto sobre el Estrés, a pesar de que el poder explicativo del modelo de regresión lineal sobre las puntuaciones iniciales fuera menor de un  $R^2 = 0.44$ .

**Figura 5**

Diagramas de dispersión de las rectas de regresión simple para el cambio en las variables clínicas en función de su puntuación pretest



En cuanto a la variable Satisfacción familiar, como se puede observar en la Tabla 24, el estimador del coeficiente de regresión  $\beta_1$  para la variable Satisfacción familiar se muestra junto al resultado del test de significación del estadístico t-Student bajo la hipótesis nula de  $\beta_1 = 0$ . En la Figura 6 se muestra el diagrama de dispersión para la recta de regresión simple obtenida. Se observó que el coeficiente de la recta fue significativo y, por lo tanto, diferente de 0.

En consecuencia, la puntuación pretest de la variable Satisfacción familiar se mostró relevante para explicar el cambio que se produjo tras el programa ECUS en esta misma variable. El coeficiente presentó signo negativo, lo que indica que cuando los padres presentaron un menor nivel inicial de satisfacción familiar, el programa de intervención generó mayores incrementos que cuando las puntuaciones pretest en satisfacción familiar eran más elevadas.

**Tabla 24**

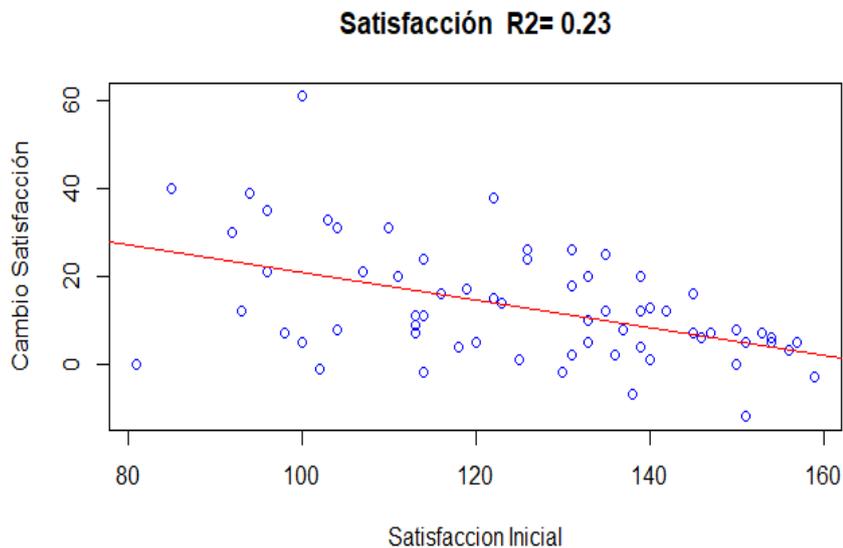
*Estimación del coeficiente de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación del modelo de regresión simple para el cambio en satisfacción familiar en función de su puntuación pretest*

Variable	$\beta_1$	<i>t-Student</i>	p	$R^2$
Satisfacción familiar	-.31	-4.5	.00	.23

Como se puede observar en la Figura 6, el coeficiente de determinación de la recta de regresión lineal estimada fue de  $R^2 = .23$ , lo que significa que las puntuaciones iniciales de Satisfacción familiar fueron relevantes para explicar el 23% de la varianza del efecto de la intervención sobre la Satisfacción familiar.

**Figura 6**

*Diagrama de dispersión de la recta de regresión simple para el cambio en satisfacción familiar en función de su puntuación pretest*



Para concluir con los resultados obtenidos sobre la estimación de los coeficientes de regresión. En la Tabla 25 se muestra la estimación encontrada para el cambio en las variables habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza en función de su puntuación pretest, que como en los casos anteriores, se presenta junto a los resultados del test de significación del estadístico t-Student bajo la hipótesis nula de  $\beta_i = 0$ .

**Tabla 25**

*Estimación de los coeficientes de regresión, prueba de significación y coeficiente de determinación de los modelos de regresión simple para el cambio en las variables relacionadas con la crianza en función de su puntuación pretest*

VARIABLES EN RELACIÓN CON LA CRIANZA	$\beta_1$	t-Student	p	R <sup>2</sup>
Altruismo	-.13	-1.16	.25	.02
Apertura	-.26	-3.33	.00	.14
Asertividad	-.32	-4.38	.00	.23
Autoestima	-.36	-5.27	.00	.30
Capacidad de resolver problemas	-.20	-2.86	.01	.11
Empatía	-.33	-4.04	.00	.20
Equilibrio emocional	-.07	-0.90	.37	.01
Independencia	-.24	-2.46	.02	.08
Flexibilidad	-.34	-3.41	.00	.15
Reflexividad	-.36	-4.48	.00	.23
Sociabilidad	-.38	-4.55	.00	.24
Tolerancia a la frustración	-.25	-2.43	.02	.08
Capacidad de establecer vínculos afectivos	-.26	-3.26	.00	.14
Capacidad resolución del duelo	-.16	-2.00	.05	.06
Cuidado responsable	-.19	-2.51	.01	.09
Cuidado afectivo	-0.21	-2.71	.01	.10
Sensibilidad hacia los demás	-.19	-2.58	.01	.09
Agresividad	-.33	-3.51	.00	.16

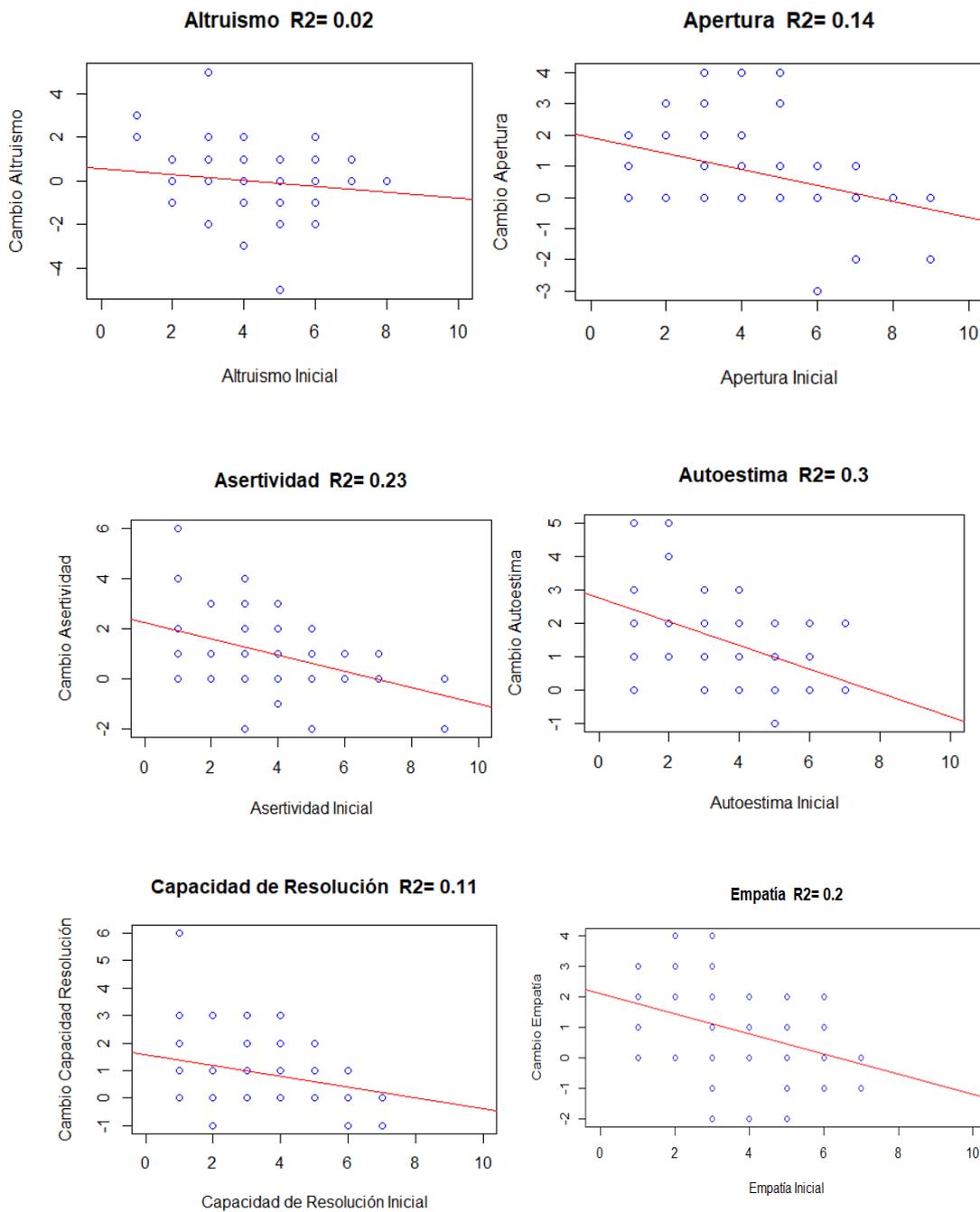
Como se puede observar en la Tabla 25, las variables con coeficiente significativo fueron: Apertura, Asertividad, Autoestima, Empatía, Flexibilidad, Reflexividad, Sociabilidad, Capacidad de establecer vínculos afectivos y Agresividad con un  $p < .01$ , mientras que las variables Capacidad de resolver problemas, Independencia, Tolerancia a la frustración, Cuidado responsable, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás obtuvieron un  $p < .05$ . Los coeficientes de regresión fueron significativos y, por lo tanto, diferentes de 0, en consecuencia, las puntuaciones pretest en estas variables se mostraron relevantes para explicar el cambio que se produjo en las mismas tras asistir al programa ECUS. En todas las variables se obtuvieron coeficientes con signo negativo, lo que indica que cuando los padres presentaron menores niveles iniciales, el programa de intervención generó mayores incrementos.

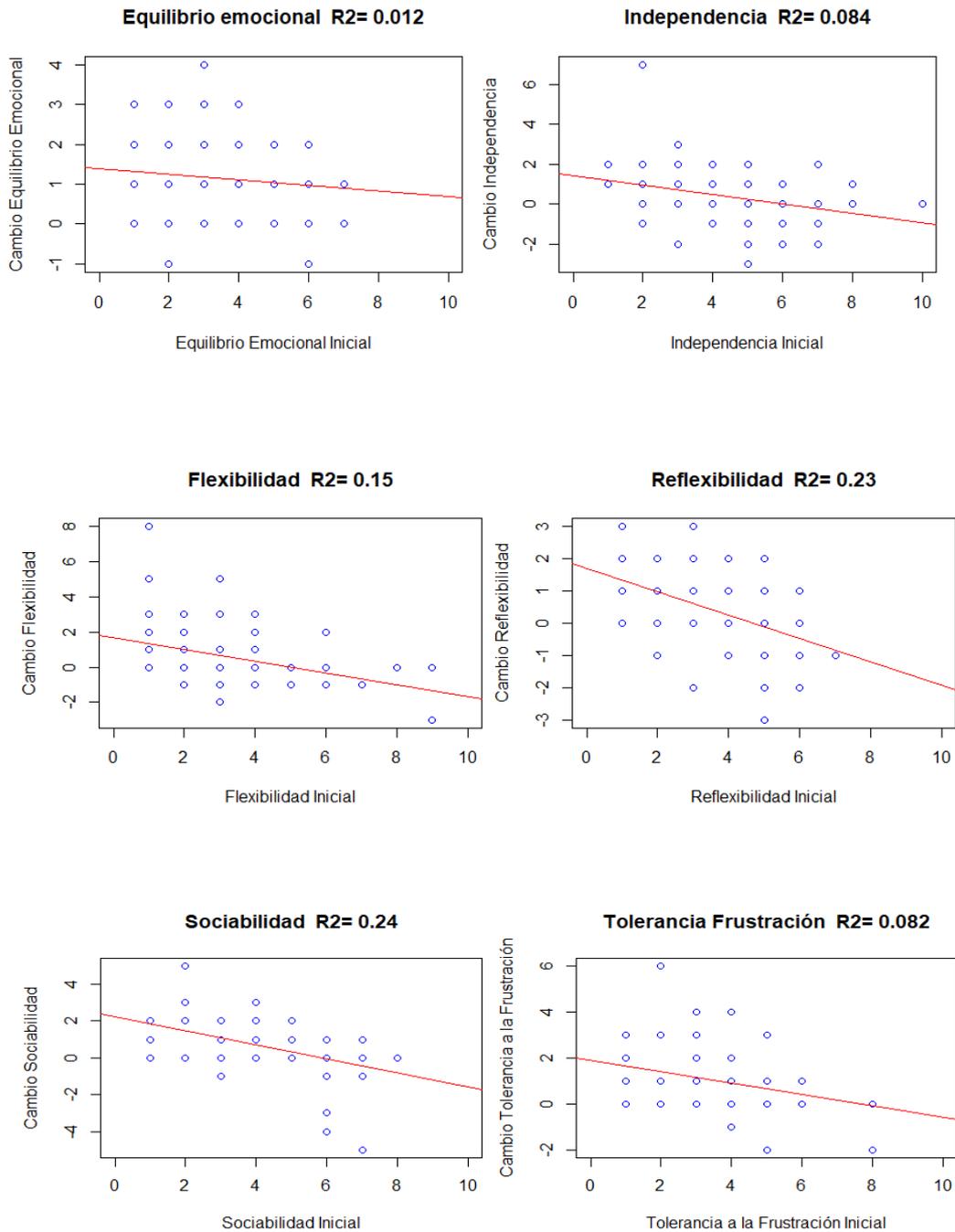
Como se puede observar en la Figura 7, en la que se representan los diagramas de dispersión de la recta de regresión simple para el cambio de estas variables, el poder explicativo se mantuvo por debajo del 10% para Tolerancia a la frustración ( $R^2 = .08$ ), Independencia ( $R^2 = .08$ ), Cuidado responsable ( $R^2 = 0.08$ ) y Sensibilidad hacia los demás ( $R^2 = .09$ ). El poder explicativo de los modelos estimados estuvo por debajo del 20% para Cuidado afectivo ( $R^2 = .10$ ), Capacidad de resolver problemas ( $R^2 = .11$ ), Apertura ( $R^2 = .14$ ), Capacidad de establecer vínculos afectivos ( $R^2 = .14$ ), Flexibilidad ( $R^2 = .15$ ) y Agresividad ( $R^2 = .16$ ). Empatía ( $R^2 = .20$ ), Asertividad ( $R^2 = .23$ ), Reflexividad ( $R^2 = .23$ ) y Sociabilidad ( $R^2 = .24$ ). Por último, fue la variable Autoestima la que presentó un mayor poder explicativo con  $R^2 = .30$ , lo que significa que el modelo explicó el 30% de la varianza.

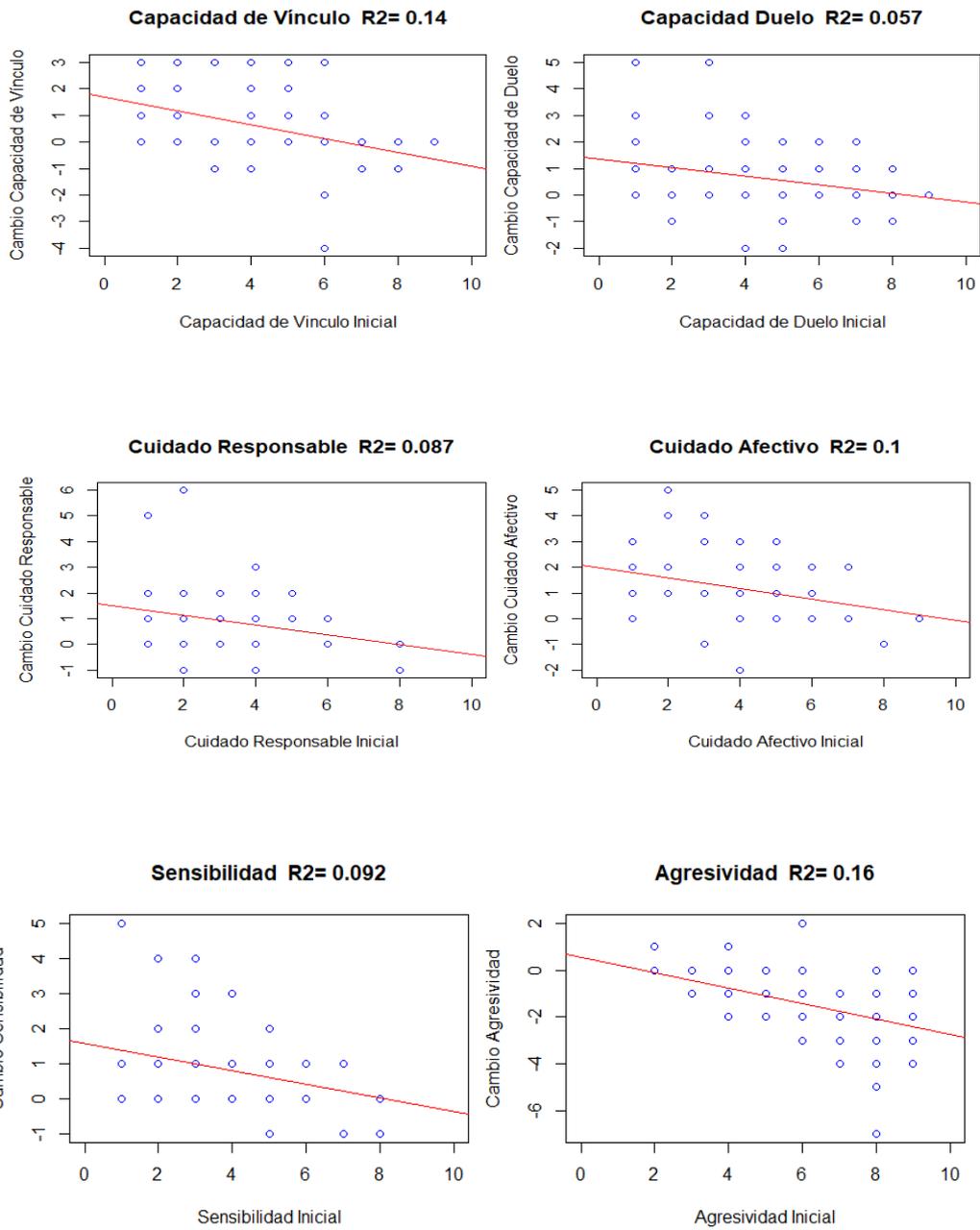
Para las variables Altruismo, Capacidad de resolución del duelo y Equilibrio Emocional los coeficientes  $\beta^1$  no fueron significativos y su  $R^2$  prácticamente fue nulo, lo que significa que el cambio en estos factores fue independiente de las puntuaciones iniciales de los participantes en dichas variables.

**Figura 7**

*Diagramas de dispersión de las rectas de regresión simple para el cambio en las variables relacionadas con la crianza en función de su puntuación pretest*







### 7.5. MODELO EXPLICATIVO DEL EFECTO DEL PROGRAMA

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, se procede a la construcción de un modelo explicativo para comprobar el ajuste de dichas variables a través del método de análisis *Partial Least Squares* de ecuaciones estructurales (PLS-SEM). El objeto que se persigue consiste en estudiar si el cambio en las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza que se observa tras el PEP ECUS predice aumentos de la satisfacción familiar y mejoras en la afectación clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés.

La metodología *Partial Least Squares* (PLS) se basa en el análisis de la varianza con el objetivo de estimar la relación entre variables latentes (que agrupan o reflejan variables del modelo estructural) sobre la varianza producida en las variables dependientes. Esta metodología nos permite un análisis conjunto de la relación establecida entre las variables estudiadas, siendo especialmente útil en el ámbito de la psicología por su capacidad de estimar modelos que contemplan a priori múltiples variables explicativas y explicadas. Otra de las idoneidades del método PLS para la presente investigación es su versatilidad para formular modelos que recojan condiciones empíricas y teóricas recomendadas. Wold (1980) avala esta idoneidad en áreas donde la información sea escasa, ya que los requisitos requeridos para la correcta utilización de este método son mínimos. Para tal efecto, la modelización resulta flexible en cuanto a escalas de medidas de las variables, tamaño de la muestra y distribuciones residuales (Barroso-Castro et al., 2007). Esta flexibilidad no entra en conflicto con la fuerza predictiva, tal y como señalan Chin et al. (2003). Si bien otros métodos estadísticos se centran en explorar la causalidad, la metodología PLS alcanza buenos resultados en predictibilidad a pesar de los procedimientos de reducción dimensional de las variables explicativas que utiliza (Falk y Miller, 1992).

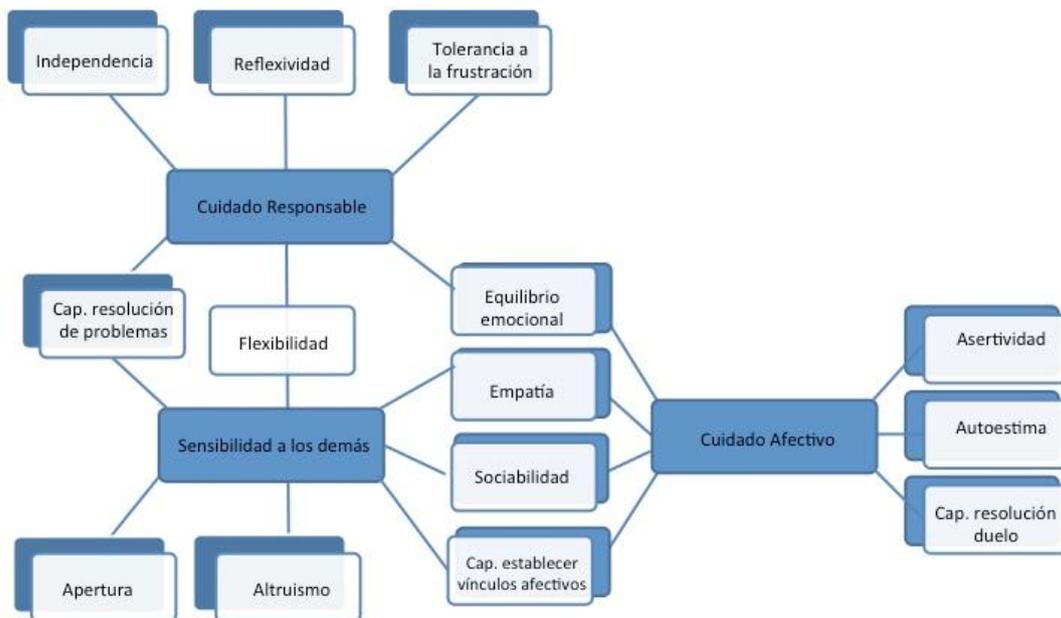
Para la utilización de PLS se procedió al establecimiento de un modelo estructural compuesto por dos elementos: un modelo estructural y un modelo de medida.

En primer lugar, se procedió a establecer las variables latentes del modelo estructural. A partir de las 14 habilidades y dimensiones psicológicas extraídas del Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2014) se calculan las diferencias entre el postest y el pretest. Estas variaciones son aquellas capaces de recoger el efecto del programa de intervención relacionadas con la crianza. A partir de estas, se construyen tres variables latentes de acuerdo con la estructura de factores del CUIDA para construir modelo estructural. Estas son: variación de Cuidado responsable, variación de Cuidado afectivo y variación de Sensibilidad hacia los demás como el reflejo del cambio producido en las variables en relación con la crianza de primer orden cuya relación de incidencia se observa en la Figura 8.

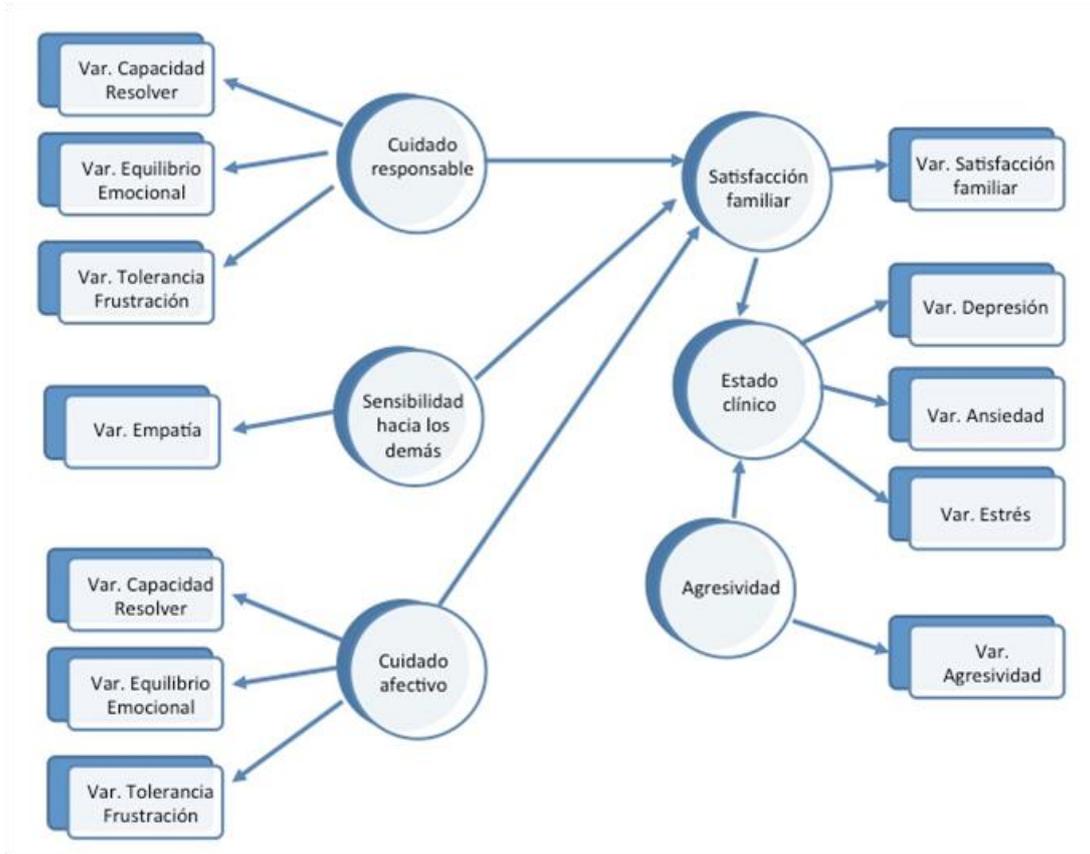
- 1) La variable latente *Variación de Cuidado responsable* incluye las variaciones de variables de primer orden denominadas: Independencia, Reflexividad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de resolución de problemas, Flexibilidad y Equilibrio Emocional.
- 2) La variable latente *Variación de Sensibilidad emocional* comprende las variaciones de las variables: Capacidad de resolución de problemas, Flexibilidad, Empatía, Sociabilidad, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Altruismo y Apertura.
- 3) La variable latente *Variación de Cuidado afectivo* recoge las variaciones de las variables: Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolución del duelo, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Sociabilidad, Empatía y equilibrio Emocional.

**Figura 8**

*Estructura factorial de factores de segundo orden del CUIDA (Bermejo et al., 2014)*



A continuación, se construye la variable de variación de Agresividad descrita a partir de la variable que recoge el Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA) (Bermejo et al., 2014), considerada como una variable explicativa sin necesidad de agruparse o reflejarse en un grupo con otras. Establecidas las variables en relación con la crianza, se procedió a construir la variable latente dependiente variación del Estado clínico, construida a partir del reflejo de las variaciones de las variables: Ansiedad, Depresión y Estrés. Estas variables clínicas se obtienen del cuestionario Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Antony et tal., 1998). Por último, se construyó la última variable: variación de Satisfacción familiar elaborada a partir de las diferencias pretest y posttest obtenidas mediante la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) (Barraca y López-Yarto, 1997). La imagen del modelo estructural establecido se representa en la Figura 9 que muestra a continuación:

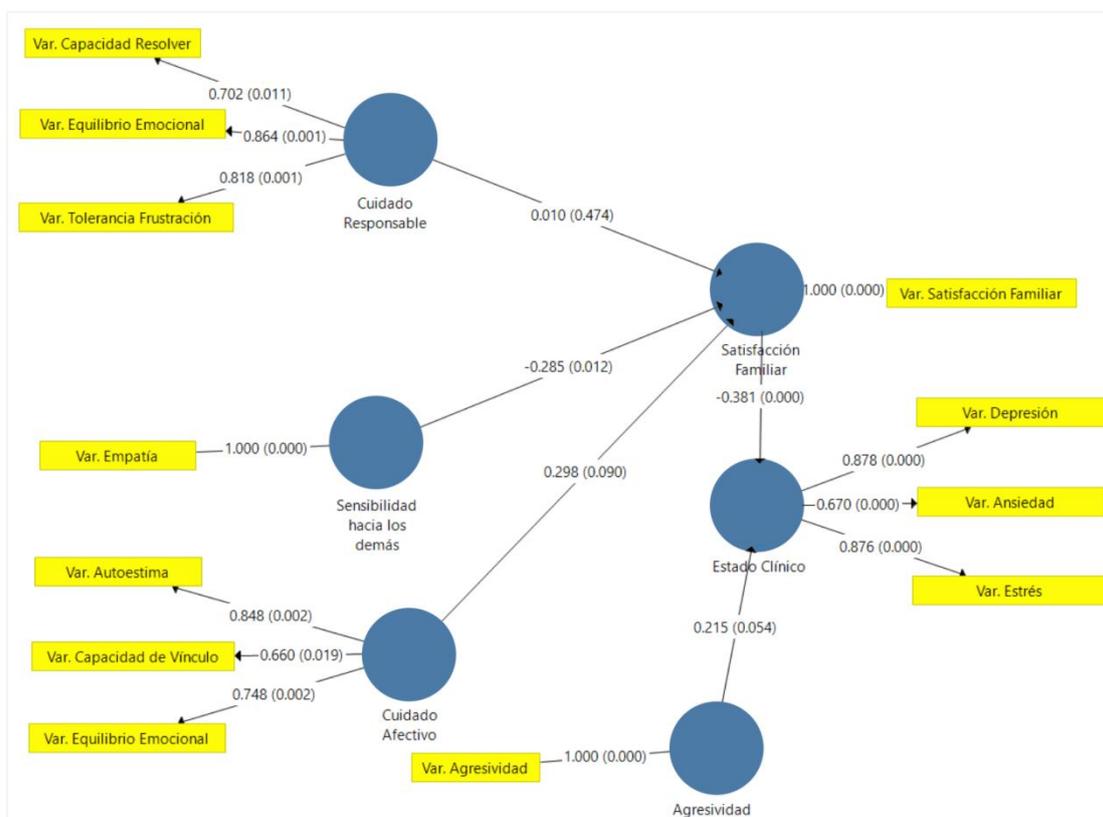
**Figura 9***Estructura reducida del modelo Estructural PLS-SEM*

A partir del modelo de estructura creado, se estableció el modelo de medida para determinar las cargas factoriales de las variables estudiadas. A través de un proceso iterativo, se procedió a la eliminación de las variables que no contribuían de forma significativa al proceso propuesto para el modelo estructural creado. Este proceso iterativo de reducción siguió el criterio de exclusión para aquellas variables cuyas cargas factoriales fuesen menores e inferiores a 0.6. En cada nueva iteración se recalcularon las cargas factoriales nuevas, mostrando valores superiores a los de la iteración anterior. El proceso finalizó cuando todas las cargas factoriales resultaron estar por encima de 0.6.

En la Figura 10, se representa el modelo propuesto con las asociaciones de las variaciones de las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza sobre la variación de la Satisfacción familiar y esta, sobre el Estado clínico que, a su vez, recibe la incidencia de las variaciones de la Agresividad.

**Figura 10**

*Diagrama del modelo estructural explicativo de los efectos del programa*



Tras determinar las cargas factoriales y establecer las iteraciones, las variables latentes quedan establecidas de la siguiente manera:

- 1) La variable latente *Variaciones de Cuidado responsable* incluye las variaciones en Capacidad para resolver problemas, Equilibrio emocional y Tolerancia a la frustración,

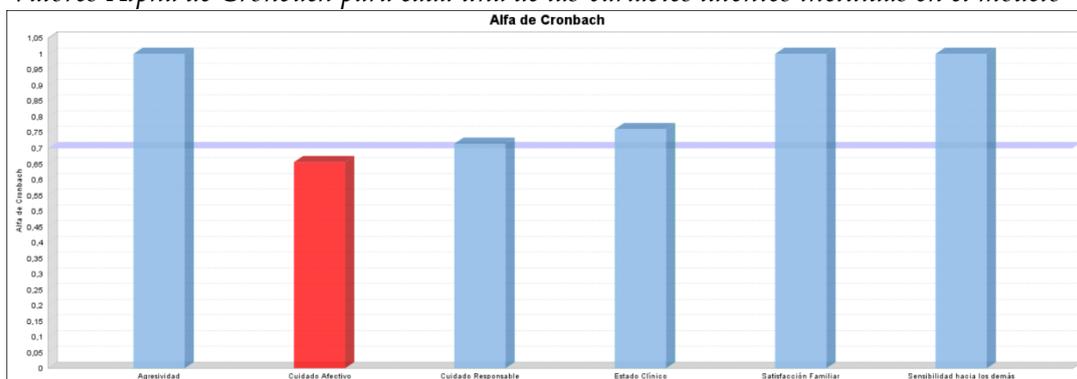
- 2) La variable latente *Variaciones de Cuidado Afectivo* refleja las variaciones en Autoestima, Capacidad para establecer vínculos y Equilibrio emocional.
- 3) La variable latente *Variaciones de Sensibilidad hacia los demás* quedó configurada de manera unidimensional, únicamente establecida por las variaciones de la variable Empatía.
- 4) Las variables latentes *Variaciones de Agresividad, Satisfacción familiar y Estado clínico* quedaron configuradas de la misma forma que en el modelo inicial.

La estimación *Partial Least Square* de ecuaciones estructurales (PLS-SEM) mostró relaciones estadísticas significativas entre las variaciones objeto de estudio en el modelo reducido. Como se muestra en la Figura 11, los coeficientes de consistencia interna Alpha de Cronbach para cada una de las variables latentes cumplieron el requisito de ser  $\alpha > .70$ . En el caso de las variaciones del Cuidado Afectivo se procedió a mantener la estructura a pesar de que el coeficiente Alpha de Cronbach es levemente inferior a 0.7.

Los resultados obtenidos mostraron que todas las cargas factoriales de las variables son significativas. Como se puede observar en la Figura 11, se concluyó que el cambio producido en el factor Cuidado responsable no generó un efecto significativo ( $p = .474$ ) sobre la variable de las variaciones de Satisfacción familiar y, por consiguiente, tampoco sobre el factor Estado clínico.

**Figura 11**

*Valores Alpha de Cronbach para cada una de las variables latentes incluidas en el modelo*



Del mismo modo, el cambio provocado en el factor Cuidado afectivo mostró efectos significativos al 10% ( $p\text{-value} = .09$ ) sobre las variaciones en la Satisfacción Familiar. La asociación entre la variación en las puntuaciones de Sensibilidad y la variación de la Satisfacción Familiar es significativa ( $p = .012$ ). Las variaciones de Satisfacción familiar, tiene un papel de variable mediadora entre las variables latentes anteriores y las variaciones del Estado clínico. Se estima que la relación entre la variación de la Satisfacción familiar y la variación del Estado clínico son positiva y están significativamente relacionadas ( $p = .000$ ). Los cambios que se produjeron en la variable Agresividad se relacionaron de forma directa con los cambios encontrados en el factor Estado clínico estableciéndose una relación significativa y significativa ( $p = .054$ ).

En conclusión, la estimación PLS-SEM del efecto del PEP ECUS demuestra que este programa provocó en los asistentes variaciones en la Sensibilidad hacia los demás y el Cuidado afectivo. Estos cambios indujeron una mejor Satisfacción familiar, que implicó la mejora del Estado clínico. A su vez, las reducciones observadas en la Agresividad, gracias al programa ECUS, mejoraron el Estado clínico de los padres.

# **CAPÍTULO VIII**

## **DISCUSIÓN**



## CAPÍTULO VIII –DISCUSIÓN

A lo largo de la presente tesis, se ha desarrollado el marco teórico necesario para fundamentar el programa de intervención “Educar con una sonrisa” (ECUS), cuyo objeto consiste en la mejora de la sintomatología clínica de los padres y la satisfacción familiar a través de la instrucción en habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza. Dicho programa nace como respuesta a: (a) la demanda social de necesidad de aumento de la salud mental de la población adulta, ya que como indica la *Encuesta Nacional de Salud* del Ministerio de Sanidad, el 21.3% de la población adulta, presenta en la actualidad problemas relacionados con su salud mental (Basterra, 2017); y (b) la confirmación científica de que el desarrollo de las competencias parentales mejora el bienestar psicológico (Catañeda y Puente, 2017). Ante estos dos hechos se ha visto la posibilidad de posicionar este programa de entrenamiento como un programa de intervención que ayude a mejorar la salud mental parental a través del aumento del bajo nivel de competencias parentales detectadas en la sociedad actual (Arce-Cuesta, 2020). Con el deseo de verificar la eficacia de este PEP, se han formulado una serie de objetivos e hipótesis asociadas a contrastar mediante la implementación de la intervención en un grupo de padres, la recogida de datos y su análisis estadístico. En este capítulo, se procede a presentar la discusión de cada una de las hipótesis planteadas de forma esquemática y, posteriormente, se sintetizan las conclusiones que se derivan del presente estudio, así como sus limitaciones y futuras líneas de investigación.

### 8.1. RELACIÓN ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA (ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ESTRÉS), LA SATISFACCIÓN FAMILIAR Y LAS HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

En el primer objetivo del presente estudio, se analizó la posible relación existente entre las variables de estudio: niveles de afectación clínica de los padres (depresión, ansiedad y estrés), la satisfacción familiar y las habilidades y

dimensiones psicológicas en relación con la crianza, con las variables sociodemográficas recogidas a las figuras parentales antes de recibir el PEP ECUS.

Estas hipótesis posibilitaron el análisis de los perfiles de la muestra, permitiendo determinar si ciertas puntuaciones iniciales se debían a las características de los individuos de la muestra y, a su vez, ayudaron a discernir si las variaciones en las puntuaciones de las variables estudiadas podían ser debidas a determinados cambios producidos en la muestra, en el tiempo transcurrido entre la realización del pretest y del postest; o provocadas por el programa de entrenamiento. A partir de los datos alcanzados a continuación, se recogen los resultados a través de la aceptación o rechazo de las distintas hipótesis planteadas.

#### **8.1.1. Relación entre las variables sociodemográficas y las variables clínicas: Ansiedad, Depresión y Estrés**

El primer objetivo específico consistió en comprobar si existían diferencias en el nivel de síntomas clínicos presentados por los padres en función de las diferentes variables demográficas.

De acuerdo con la primera hipótesis planteada (H1), se esperaba que las mujeres presentasen mayores niveles de sintomatología relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés que los hombres. Los resultados mostraron que hombres y mujeres no se diferenciaban de forma significativa en los niveles de ansiedad, depresión y estrés ( $p > .05$ ). Por ello, no se confirma la hipótesis planteada acorde con los resultados obtenidos. Según Poppelaars et al. (2019), las mujeres presentan una mayor sintomatología relacionada con el estrés y ansiedad que los hombres, la cual parece estar determinada moderadamente por variables biológicas asociadas al sexo. En esta misma dirección de resultados, Guerrero-Barona et al. (2019) concluyen que las mujeres presentan una mayor sintomatología ansiosa que los hombres, a pesar de que el autoconcepto puntuó de la misma manera en ambos sexos. Así mismo, Gutiérrez-Trigo y Vázquez-Vázquez (2021) indican que los hombres presentan una mayor capacidad para casi la totalidad de las estrategias de afrontamiento cognitivo adaptativo (excepto

en la estrategia denominada Poner en perspectiva). Hecho que consideraron era la causa de una menor vulnerabilidad masculina ante la sintomatología ansiosa y depresiva. Las diferencias encontradas entre los resultados obtenidos en el presente estudio y los hallazgos en la literatura científica pueden deberse a factores relacionados con el tamaño de la muestra o la diferencia entre el número de hombres y mujeres que participaron en el estudio.

A tenor de la segunda hipótesis planteada (H2), los resultados obtenidos mostraron que el hecho de contar con un mayor número de horas de ayuda doméstica no se asocia significativamente con los niveles de sintomatología clínica ( $p > .05$ ). Por lo tanto, no se confirma la hipótesis planteada. Los trabajos domésticos han sido catalogados tradicionalmente como tareas gravosas que provocan efectos negativos en el bienestar personal de las personas que las realizaban (Sánchez-Herrero et al., 2009), de ahí que se esperase que el hecho de contar con ayuda doméstica mejoraría el bienestar psicológico de los padres y se podría catalogar la ayuda doméstica como una herramienta protectora del estado de salud en los padres (Artazcoz et al., 2001). En los estudios realizados por Su y Hynie (2010) se hizo referencia a los factores protectores de la sintomatología clínica, aspectos que, a pesar de no haberse denominado explícitamente ayuda doméstica, cubren este tipo de necesidades en el hogar. Se supone que el hecho de no haber especificado las acciones de colaboración que recoge el término ayuda doméstica podría explicar la imposibilidad de confirmar la hipótesis aquí planteada, ya que la acción de recibir ayuda en el hogar puede extenderse más allá de una persona contratada o la ayuda recibida de la familia extensa o la asistencia al comedor escolar.

Por lo que respecta a la tercera hipótesis planteada (H3), se esperaba que los padres con un mayor número de hijos tuviesen mayores niveles de sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés. Los resultados obtenidos mostraron que un mayor número de hijos no se relacionó de forma significativa con mayores niveles de sintomatología clínica ( $p > .05$ ). Por consiguiente, no se confirma dicha hipótesis. Los estudios encontrados en la literatura científica coinciden con los resultados obtenidos en el presente estudio, sosteniendo la afectación clínica producida en los padres, aunque a partir del quinto hijo (Montalban, 1998). En la misma dirección que el presente estudio,

Soriano-Fuentes et al. (2003) no encontraron relación estadísticamente significativa entre el tipo de familia (incluyendo en esta variable el número de hijos) y la presencia de trastornos mentales. Sin embargo, Pérez et al. (2010) hallaron una mayor intensidad en la sintomatología clínica relacionada con el estrés en los padres en relación con el número de hijos con los que convivían, conclusiones que coinciden con las halladas por Valdivia-Ocharan (2015), los cuales indicaron que el número de hijos influye en la aparición de estrés. En cuanto a los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la bibliografía citada, se puede considerar que la sintomatología clínica en relación con el número de hijos estaría mediada por otro tipo de variables como pueden ser: la cantidad de competencias parentales que se poseen, el grado de salud mental de la que parten los padres antes de iniciar la crianza o la existencia de alteraciones en los hijos.

De acuerdo con la cuarta hipótesis planteada (H4), se espera que los padres con mayor cantidad de ingresos en el hogar presenten menores niveles de sintomatología clínica relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés. Los resultados alcanzados indicaron que los padres que contaban con un mayor nivel de ingresos anuales y los que tenían menores ingresos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología clínica ( $p > .05$ ). Por tal motivo, no se confirma la hipótesis formulada. La literatura contradice los resultados obtenidos en la presente investigación, aunque confirma parte del contenido de la hipótesis planteada. Rojas et al. (2005) concluyen que las personas con menor poder adquisitivo presentan una peor salud mental y de ahí que sean vulnerables a presentar trastornos afectivos. Más adelante, Estay et al. (2018) ratificaron que la economía influye en la salud mental, afirmación corroborada, unos años atrás, en un informe publicado por la OMS en 2011 sobre el estado de la salud mental en Europa. Ante las consultas realizadas se puede concluir que posiblemente los resultados del presente estudio no coincidan con lo esperado debido a las características particulares de la muestra, ya que la mayoría de los padres pertenecen a una clase económica considerada media-alta, un 57.35% reconoció ingresar al hogar más de 28.000€ y únicamente un 5.88% indicó que sus ingresos eran inferiores a 10.000€. Estos porcentajes inducen a pensar que la población estudiada parte de un nivel de ingresos que permite cubrir sus necesidades básicas y la de sus hijos. Teniendo en cuenta este razonamiento,

resulta lógico pensar que la cantidad de ingresos en el hogar estimada en el estudio, no afecte significativamente al nivel de sintomatología clínica que presentan los padres.

Respecto a la quinta hipótesis planteada (H5), se esperaba que la convivencia de los padres tuviese impacto en los niveles de sintomatología clínica relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés. Los resultados obtenidos revelaron que los padres que vivían en pareja (incluyendo en el concepto pareja a los padres casados y a los padres que convivían sin estar casados) y los padres que no vivían en pareja (incluyendo en este concepto a los padres que estaban separados, divorciados o viudos) no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología clínica ( $p > .05$ ). Por consiguiente, no es posible confirmar la hipótesis aquí propuesta. En relación con la temática que encierra esta hipótesis, es relevante indicar que los estudios realizados sobre la repercusión de la salud mental en relación con los tipos de familia han aumentado considerablemente debido principalmente al incremento en el número de separaciones y divorcios que se están produciendo. Los resultados del presente estudio evidencian que la estructura familiar no es un factor relevante para los niveles de sintomatología clínica, datos que coinciden con los hallados por Yáñez-Yaben et al. (2012), autores que afirman que el hecho de estar divorciado no implica necesariamente que la sintomatología clínica aumente. En esta misma línea de conclusiones, Huayamave et al. (2019) afirman que la composición familiar determina el estilo parental y este, a su vez, la estabilidad emocional de los padres, la cual repercute en la inteligencia emocional de los hijos. Dichos autores han compartido la afirmación clínica que defiende que la calidad de la convivencia entre los padres es un factor desencadenante de sintomatología clínica a nivel familiar. Tras analizar los resultados obtenidos y haber revisado la bibliografía pertinente, se considera que el hecho de no haber podido confirmar la hipótesis planteada puede deberse a la falta de valoración de la calidad de las relaciones entre las figuras parentales, aspecto que puede ser de mayor valor que la variable Convivencia de los padres, para así poder determinar su relación con la sintomatología clínica que poseen las figuras parentales.

Atendiendo a la sexta hipótesis planteada (H6), se esperaba que la edad de los hijos tuviese impacto en los niveles de sintomatología clínica relacionados con

la ansiedad, la depresión y el estrés. Los resultados no permiten confirmar la hipótesis planteada ya que los padres no presentaron variabilidad en el nivel de sintomatología clínica en función de la edad de sus hijos ( $p > .05$ ). En la revisión bibliográfica realizada, no se han encontrado artículos que respalden la existencia de diferencias en la afectación clínica entre padres con hijos pequeños y padres con hijos mayores, ya que las publicaciones consultadas muestran mediciones sobre la salud mental de las figuras parentales en momentos determinados sin realizar comparaciones entre los grupos de población. Laursen et al. (1998), tras el estudio realizado, concluyeron que la edad de los hijos es una variable capaz de provocar: un aumento del rechazo y una sensación de negligencia, hostilidad y permisividad de los padres hacia sus hijos. En esa misma dirección, Rodríguez et al. (2009) concluyeron que el deterioro de la salud mental de los padres con hijos mayores podría ser debido al cambio producido en la dinámica familiar, ocasionado por el aumento en la edad de los hijos. Teniendo en cuenta todo ello, cabe plantearse que dichos resultados se deban a: (a) que el rango de edad propuesto como criterio de inclusión fue para niños menores de 12 años, y (b) a la diferencia de edad encontrada entre los hermanos que pertenecen a las familias de la muestra recogida.

### **8.1.2. Relación entre las variables sociodemográficas y la variable Satisfacción familiar**

El segundo objetivo de este apartado consistió en comprobar si existían diferencias en el nivel de satisfacción familiar de los padres en relación con las variables sociodemográficas.

En cuanto a la séptima hipótesis planteada (H7), se esperaba que los padres que contaban con ayuda familiar presentaran mayores niveles de satisfacción familiar. Los resultados indicaron que los padres que contaban con ayuda familiar para el cuidado de los hijos y los padres que no contaban con este tipo de ayuda no presentaban diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción familiar ( $p > .05$ ). Por este motivo, no se confirma la hipótesis planteada asociada a este objetivo.

En la literatura científica estudios recientes sí respaldaban la hipótesis planteada, pero no los resultados obtenidos en este estudio. Aguilar-Yamuza et al. (2019) demostraron que la falta de apoyo recibido por las figuras parentales de su red familiar disminuye la satisfacción familiar. La falta de confirmación de la hipótesis prevista puede ser explicada al haber incluido exclusivamente en la variable Ayuda familiar la ayuda en el cuidado de los hijos, conclusiones que podrían ser abaladas por los resultados obtenidos por Ka-Lok-Cheung (2014). En este estudio se argumenta que el hecho de tener ayuda doméstica no es un factor relevante respecto al correcto funcionamiento familiar. Dicho autor afirma tras su investigación que, a pesar de la creencia popular sobre los beneficios que reporta la contratación de ayuda doméstica sobre el descenso de los conflictos matrimoniales, ésta no ha sido demostrada con datos científicos.

De acuerdo con la octava hipótesis planteada (H8), se confiaba que los padres con mayor nivel de ingresos presentasen mayores niveles de satisfacción familiar. Los resultados mostraron que los padres con mayor nivel de ingresos económicos anuales y los padres con un nivel de ingresos inferior no presentaban diferencias significativas en los niveles de satisfacción familiar ( $p > .05$ ). Por ello, los resultados obtenidos no posibilitan corroborar la hipótesis formulada, a pesar de que los resultados obtenidos en el presente estudio son coherentes con los encontrados por Ka-Lok-Cheung y Park (2016), en los que se determinó que el nivel socioeconómico no implica necesariamente una mayor satisfacción familiar. En relación con el nivel de ingresos, es posible determinar que la falta de confirmación de esta hipótesis se deba, como se planteó en la hipótesis 4, al nivel de ingresos constatado por los padres de la muestra, el cual alcanza una economía suficiente para cubrir sus necesidades básicas y la de sus hijos. Por tanto, resulta lógico deducir que la cantidad de ingresos en el hogar estimada en el estudio no afecte significativamente al nivel de satisfacción familiar que presentan los padres.

En cuanto a la novena hipótesis planteada (H9), se esperaba que la convivencia de los padres no tuviese impacto en los niveles de satisfacción familiar. Los resultados mostraron que los padres que vivían en pareja (incluyendo en el concepto pareja a los padres casados y aquellos que convivían sin estar casados) y los padres que no vivían con el otro progenitor de sus hijos

(incluyendo en este concepto a los padres que están separados, divorciados o viudos) no se diferenciaban de forma significativa en los niveles de satisfacción familiar. Por consiguiente, en este caso sí se confirma la hipótesis planteada con los resultados obtenidos. Los datos encontrados en el presente estudio coinciden con los resultados alcanzados por Luengo-Rodríguez y Rodríguez-Sumanza (2013), autores que concluyeron que las familias reconstituidas son menos problemáticas de lo que su fama les precede, indicando que la clave de la satisfacción familiar no se encuentra en variables sociodemográficas, sino en aquellas asociadas a los procesos familiares. En relación con la influencia negativa que ejerce la falta de convivencia de los padres en relación con la satisfacción familiar, destacan los estudios de Townsend et al. (2017), en los que se indica que el divorcio es un predictor negativo de la satisfacción familiar. A tenor de los resultados obtenidos, se corrobora lo expuesto en la hipótesis 5, al concluir que, junto a la convivencia de los padres, hubiese sido importante incluir una variable relacionada con la calidad de las relaciones conyugales, ya que como indicaron anteriormente García-Moya et al. (2013), las relaciones entre los progenitores presentan una gran relevancia en el clima familiar.

Conforme a la décima hipótesis planteada (H10), se esperaba que el número de hijos, la edad de los padres y la edad de los hijos no tuviesen impacto en los niveles de satisfacción familiar. Los resultados señalaron que los padres con un mayor número de hijos y los padres con un menor número de hijos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción familiar ( $p > .05$ ). Asimismo, en relación con la edad de los padres tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los padres más jóvenes y los padres con edad más avanzada en los niveles de satisfacción familiar, ni en el caso del grupo de padres con hijos más pequeños ni en aquel con padres con hijos mayores ( $p > .05$ ). Por lo tanto, se confirma la hipótesis planteada. En relación con esta temática existe cierta controversia. Sánchez-López y Quiroga-Estevez (1995) contrariamente a los resultados obtenidos en este estudio, mostraron que los padres con hijos de menor edad tienen una mayor satisfacción familiar que aquellos con hijos mayores. Por otra parte, Luengo-Rodríguez y Román-Sánchez (2006) describieron que la satisfacción familiar en relación con el número de hijos variaba en función del tipo de familia, indicando que, en las familias nucleares, al

aumentar la edad de los hijos también lo hacía la satisfacción familiar, pero en las familias monoparentales el momento de mayor satisfacción se da cuando los hijos se encuentran en edades comprendidas entre los 19 y 25 años. En el caso de las familias reconstituidas la satisfacción es mayor cuando los hijos son adolescentes, aunque indican que en este tipo de familias cuanto mayor es el número de hijos menor es la satisfacción familiar expresada por los padres. Sin embargo, en familias monoparentales y nucleares la satisfacción familiar y el número de hijos correlacionan positivamente de forma muy leve. En el caso del número de hijos, Luengo-Rodríguez y Román-Sánchez (2006) coinciden al encontrar diferencias entre el tipo de familias y la satisfacción familiar.

### **8.1.3. Relación entre las variables sociodemográficas y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza**

El tercer objetivo específico de este apartado consistió en comprobar si existían diferencias en las puntuaciones obtenidas en las distintas habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, también denominadas en el presente estudio como variables relacionadas con la crianza, en función de las diferentes variables sociodemográficas.

De acuerdo con la undécima hipótesis planteada (H11), se esperaba que el sexo de los padres no tuviese impacto sobre las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza, también llamadas variables en relación con la crianza. Los resultados mostraron que hombres y mujeres no se diferenciaban de forma significativa en las puntuaciones obtenidas en las distintas variables en relación con la crianza ( $p > .05$ ). Por ello, se confirma la hipótesis planteada. Vilaregut-Puigdesens et al. (2012) coincidieron con los resultados alcanzados en el presente estudio al afirmar que los padres y las madres tienen unas capacidades parentales similares y que su principal diferencia se encuentra en la forma de ejercerlas. Esta afirmación fue descrita un año antes por García-Linares et al. (2011) al indicar que las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en relación con sus competencias se correspondían a formas divergentes en sus cogniciones y acciones a la hora de educar a los hijos.

De acuerdo a la duodécima hipótesis planteada (H12), se esperaba que la edad de los padres no tuviese impacto sobre las variables en relación con la crianza. Los resultados mostraron que los padres más jóvenes y los padres con edad más avanzada no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las variables en relación con la crianza ( $p > .05$ ). Sí se confirma la hipótesis propuesta. En relación con esta temática, no se han encontrado suficientes estudios que hayan correlacionado la edad de los padres con la calidad de las habilidades de crianza, excepto en aquellas relacionadas con la imposición de límites. A este respecto, Gershoff (2002) tras la realización de su estudio, concluyó que los padres más jóvenes presentan menos habilidades de crianza en relación con la imposición del límite, ya que utilizan en mayor medida el castigo físico que los padres más mayores. El hecho de no poder confirmar ni refutar los resultados alcanzados por Gershoff puede ser debido a que la edad media de los padres que realizaron el presente estudio fue de 39.88 años, y, por tanto, no fue posible realizar comparaciones en relación con la edad de los padres.

De acuerdo a la trigésima hipótesis planteada (H13), se esperaba que el número de hijos no tuviese impacto sobre las variables en relación con la crianza. Los resultados mostraron que entre los padres con un mayor número de hijos y los padres con un número de hijos más reducido no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las variables en relación con la crianza ( $p > .05$ ). Por lo tanto, sí se confirma la hipótesis formulada. En relación con el número de hijos y las habilidades de crianza, Moreno-León et al. (2017) indican que el hecho de tener un mayor número de hijos dificulta la acción parental durante la etapa de crianza, afirmación que va en la misma dirección que lo afirmado previamente por Coyl et al. (2002), los cuales indicaron que el hecho de tener más hijos hace que los padres necesiten recurrir, más a menudo, al uso de la disciplina como herramienta para de modificación de conducta y esto aumente el nivel de desgaste parental.

De acuerdo a la siguiente hipótesis planteada (H14), se esperaba que el estado civil no tuviese impacto sobre las variables en relación con la crianza. Los resultados mostraron que los padres solteros, casados, separados, divorciados o viudos no se diferenciaban significativamente en las puntuaciones obtenidas en las variables en relación con la crianza ( $p > .05$ ). Por consiguiente, se confirma la

hipótesis establecida. Con relación a esta cuestión, los resultados obtenidos coinciden con los de Jorge y González (2018), al indicar que no existen diferencias significativas en las habilidades de crianza en relación con el estado civil de los padres. Sin embargo, Roizblatt et al. (2018) en su estudio sobre separaciones y divorcios, apuntan a la existencia de factores que pueden acompañar al estado civil de los padres y su consiguiente afectación a las habilidades y aptitudes parentales, como por ejemplo son: el empeoramiento de la situación económica, los problemas emocionales, la persistencia de conflictos o la ausencia de acuerdo entre ambos educadores. Sánchez et al. (2020), en relación con los efectos del estado civil y dichas competencias, concluyeron que los cambios producidos tras la reconfiguración de la estructura de una familia son esenciales para evitar una afectación en la salud mental de padres e hijos, por lo que requieren de una reconfiguración de roles, espacios y rutinas eficaces que eviten posibles afectaciones en las competencias parentales.

De acuerdo con la hipótesis decimoquinta (H15), se esperaba que la convivencia de los padres no tuviese impacto sobre las variables en relación con la crianza. Los resultados indicaron que tanto los padres que vivían en pareja (incluyendo en el concepto pareja a los padres casados y a los que convivían sin estar casados), como los padres que no vivían en pareja (incluyendo en este concepto padres separados, divorciados o viudos) no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las variables en relación con la crianza ( $p > .05$ ) excepto para la variable Altruismo ( $p < .05$ ). Por lo tanto, se confirma la hipótesis parcialmente. El nivel de altruismo fue significativamente superior ( $M = 4.3$ ,  $DE = 1.5$ , Mediana = 4) en los grupos de padres que convivían conjuntamente, frente al grupo de padres que no convivían ( $M = 3.14$ ,  $DE = 1.07$ , Mediana = 3). Este resultado puede deberse al hecho de que los padres que no conviven en pareja tienen menos tiempo para gestionar actividades altruistas. Los resultados obtenidos coinciden con algunos estudios realizados sobre la dificultad en la implicación en actividades fuera del entorno familiar cuando existen compromisos familiares (Álvarez-Llorente, 2009). En relación con la variable Convivencia de los padres, reflejada tanto en la presente hipótesis como en la anterior (H14), Cantón et al. (2016) indican que la variable Calidad de las relaciones es más relevante que la convivencia entre ambos

progenitores con relación al ajuste socio-afectivo del contexto familiar, ya que aquellos padres que mantienen relaciones de pareja satisfactorias y armoniosas presentan una mayor capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de sus hijos. Mientras que, como indicó anteriormente Adler-Baeder et al. (2013), los padres que mantienen relaciones conflictivas presentan un estado de irritabilidad y agotamiento emocional que impacta negativamente en las prácticas de crianza, ocasionando una menor atención y un aumento en las prácticas punitivas.

En la siguiente hipótesis (H16), se esperaba que la variable horas de ayuda doméstica no tuviese impacto sobre las variables en relación con crianza. Efectivamente, se encontró que los padres no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la crianza en función del número de horas de ayuda doméstica excepto para la Sociabilidad ( $r = .26, p < .05$ ). Por lo tanto, se confirma parcialmente la hipótesis planteada. El hecho de que las horas de ayuda doméstica hayan tenido impacto sobre las variables relacionadas con la crianza refleja que aquellos padres que reciben ayuda doméstica disponen de más tiempo propio y, por tanto, podrían integrar en sus rutinas semanales actividades de tipo social. Estos resultados coinciden con las conclusiones obtenidas en el trabajo de Campos-Campos y Saldaña-Muñoz (2018), quienes indican que el hecho de delegar la ayuda doméstica y las cargas familiares a otras personas favorecen el alivio en la sobrecarga que origina la crianza y favorece el disponer de más tiempo propio.

En la hipótesis décimo séptima (H17), se esperaba que las horas de ayuda a la crianza no tuviesen impacto sobre las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza, también llamadas variables en relación con la crianza. Los resultados muestran que los padres que cuentan con un mayor número de horas para la ayuda a la crianza de sus hijos y los padres que carecen de esta ayuda, no difieren significativamente ( $p > .05$ ) excepto en las variables Flexibilidad y Reflexividad. La hipótesis se confirma parcialmente (Flexibilidad:  $r = -.12, p < .05$  y Reflexividad:  $r = -.24, p < .05$ ). A partir de estos resultados se podría concluir que aquellos padres que cuentan con competencias relacionadas con la flexibilidad y la reflexividad son menos propensos a necesitar ayuda para la crianza de los hijos que aquellos que no las poseen. Los resultados de Tur-

Porcar (2017) van en la misma dirección que los obtenidos en el presente estudio, al determinar que la capacidad de reflexión aumenta la capacidad de gestión de las necesidades propias. Este tipo de habilidades relacionadas con la flexibilidad y la reflexividad entran dentro de las denominadas competencias emocionales, las cuales favorecen el reconocimiento, la comprensión y la regulación de los afectos (Kehoe et al., 2014). Teniendo en cuenta estas investigaciones, se concluye que los padres que poseen este tipo de competencias, presentan una mayor capacidad para la dosificación de sus recursos personales y, por tanto, disminuye la necesidad de ayuda para la crianza de sus hijos.

De acuerdo con el planteamiento de la siguiente hipótesis (H18), se esperaba que la edad de los hijos no tuviese impacto sobre las variables de crianza. Los resultados indicaron que los padres de hijos con menor edad y los padres de hijos con mayor edad no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación con las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza ( $p > .05$ ), excepto en el Altruismo ( $r = .25, p < .05$ ). Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis planteada. Estos resultados podrían indicar que la edad de los hijos tiene impacto sobre las competencias relacionadas con el altruismo, posiblemente debido a que los padres que conviven con hijos mayores disponen de más tiempo para gestionar otro tipo de actividades. La crianza ha sido descrita como una tarea que requiere de un tiempo de dedicación elevado, ya que el objetivo de la intervención parental durante estos años, está destinado a garantizar el bienestar de personas dependientes (Grau-Muñoz y Navas-Saurin, 2012). Teniendo en cuenta estas afirmaciones y analizando los datos obtenidos en el presente estudio, se podría concluir que el hecho de cuidar de personas dependientes implica una mayor dedicación de tiempo y, por tanto, se limitan las oportunidades de realizar otras actividades altruistas

#### **8.1.4. Relación entre las variables clínicas y las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza**

El cuarto objetivo específico de este apartado consistió en comprobar si existía relación entre las variables clínicas, las variables relacionadas con las

habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza o variables en relación con la crianza y la satisfacción familiar.

En la hipótesis décimo novena (H19) se esperaba que las variables clínicas relacionadas con ansiedad, depresión y estrés se asociaran de forma negativa con las diferentes habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza, excepto con la variable Agresividad, con la que se espera una relación positiva.

En relación con la variable Ansiedad, como se observa en la Tabla 19 recogida en el capítulo 7, los resultados indican que los padres que presentaron mayor sintomatología ansiosa mostraron una relación estadísticamente significativa y negativa entre la variable Ansiedad y las variables en relación con la crianza ( $p < .05$ ): a mayor Ansiedad menor Asertividad, menor Autoestima, menor Capacidad para resolver problemas, menor Equilibrio emocional menor Tolerancia a la frustración, menor Sensibilidad hacia los demás, menor Capacidad de establecer vínculos afectivos, menor Cuidado afectivo, menor Capacidad de resolución del duelo y menor Cuidado responsable.

En relación con la variable Depresión, como se indica en la Tabla 16 inserta en el capítulo 5, los padres con sintomatología depresiva, mostraron una relación estadísticamente significativa y negativa entre la variable Depresión y las variables asociadas a la crianza ( $p < .05$ ): a mayor puntuación de Depresión, menor Apertura, menor Asertividad, menor Autoestima, menor Empatía, menor Equilibrio emocional, menor Capacidad de resolver problemas, menor Flexibilidad, menor Tolerancia a la frustración, menor Sociabilidad, menor Capacidad de establecer vínculos afectivos, menor Capacidad de resolución del duelo, menor Cuidado responsable, menor Sensibilidad hacia los demás y menor Cuidado afectivo.

Con relación al Estrés, como se indica en la Tabla 16 presentada en el capítulo 5, los resultados muestran una relación estadísticamente significativa y negativa entre la variable Estrés y las variables en relación con la crianza ( $p < .05$ ): a mayor Estrés, menor Asertividad, menor Reflexividad, menor Autoestima, menor Independencia, menor Equilibrio emocional, menor Flexibilidad, menor Capacidad de resolver problemas, menor Tolerancia a la frustración, menor Capacidad de establecer vínculos afectivos, menor Capacidad de resolución del duelo, menor Cuidado responsable, menor Sensibilidad hacia los demás y menor

Cuidado afectivo. Por otro lado, estos resultados indican una relación significativa positiva entre la variable Estrés y la variable Agresividad, por tanto, se concluye que a mayor estrés mayor agresividad.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las correlaciones estimadas entre las variables clínicas y las habilidades y dimensiones psicológicas, se confirma la hipótesis planteada. Una posible explicación a los resultados encontrados, podría ser que los padres que poseen niveles más elevados de calidad en las habilidades parentales mencionadas y una baja agresividad, tienen mayores recursos para hacer frente a las situaciones problemáticas que puedan generar la sintomatología ansiosa, depresiva, el estrés y otros tipos de respuestas desadaptativas. Los resultados obtenidos son consistentes con los reportados por Ruvalcaba-Romero et al. (2016) cuyas conclusiones sugieren que los estilos parentales positivos encierran habilidades relacionadas con autoestima, resiliencia y competencias socioemocionales, herramientas que facilitan el desarrollo de una buena salud mental. En relación con el estrés, los resultados obtenidos concuerdan con los alcanzados por Rodrigo-López et al. (2009), autores que afirmaron en sus conclusiones, que el estrés materno provoca un impacto negativo en las competencias parentales. Anteriormente, estos resultados habían sido corroborados por Bronte-Tinkew et al. (2007) al concluir en sus estudios que la sintomatología depresiva dificulta las relaciones entre padres e hijos debido a un detrimento de las competencias parentales. Recientemente, Salazar (2020) indica en sus conclusiones que el estrés parental está relacionado con las prácticas de crianza, afirmando que a mayores niveles de estrés los padres presentaban mayores puntuaciones en su valoración crítica, rechazo y rigidez, así como una menor puntuación en expresión afectiva, comunicación y exigencia al cumplimiento de normas hacia sus hijos. En relación con la depresión materna, Dudek et al. (2020) argumentaron que este tipo de patología incide en las habilidades parentales. En esta misma línea de resultados sobre la salud mental parental, Merchán-Gavilánez et al. (2021) concluyeron que la ansiedad y la depresión son factores psicológicos que afectan a la forma de criar a los hijos, pudiendo llegar, si es elevada, a provocar momentos de desatención e incluso llegar a manifestar episodios de maltrato físico y psicológico.

En la siguiente hipótesis (H20) se esperaba que la satisfacción familiar presentase una asociación positiva con las diferentes habilidades y dimensiones psicológicas ( $p < .05$ ), excepto con la variable Agresividad, que se esperaba que fuese negativa, como se observa en la Tabla 18 del capítulo 5, los resultados indican que los padres que presentan una mayor satisfacción familiar presentan una relación estadísticamente significativa y positiva en las siguientes variables relacionadas con la crianza: a mayor satisfacción familiar: más Autoestima, mayor Empatía, mayor Apertura, mayor Asertividad, mayor Reflexividad, más Capacidad para resolver problemas, mayor Equilibrio emocional, mayor Tolerancia a la frustración, mayor Capacidad de resolución del duelo, mayor Capacidad de establecer vínculos afectivos, mayor Cuidado responsable, mayor Sensibilidad hacia los demás y mayor Cuidado afectivo. Asimismo, se comprobó una relación estadísticamente significativa y negativa en Agresividad, a mayor satisfacción familiar menor agresividad. Teniendo en cuenta los datos obtenidos, se acepta la hipótesis planteada.

Estos resultados indican que la satisfacción familiar presenta una asociación positiva con la calidad de las habilidades y dimensiones psicológicas, resultados que concuerdan con los aportados hace unos años por Rodrigo-López et al. (2008). Estos autores encontraron que las habilidades y dimensiones psicológicas parentales aportan una actitud eficaz hacia el afrontamiento de la crianza, consiguiendo una mayor flexibilidad y adaptación a las necesidades de los hijos. Villavicencio-Aguilar y López-Larrosa (2019) afirmaron que la satisfacción familiar esta reaccionada con el aumento de estrategias y habilidades de afrontamiento.

De acuerdo con la hipótesis vigésimo primera (H21), se esperaba que las variables clínicas ansiedad, depresión y estrés presentasen una asociación negativa con la satisfacción familiar. De acuerdo con los resultados indicados, se confirma la hipótesis planteada. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Cummings et al. (2005), los cuales indicaron que la presencia de sintomatología depresiva y de estrés en las figuras parentales, afecta a dimensiones relacionadas con el funcionamiento familiar. En esta misma línea de investigación, Pérez y Santelice (2016) comprobaron que existía una correlación entre la calidad de los vínculos afectivos, acepción en la que incluyeron las relaciones familiares, con la

salud mental de los padres. Asimismo, Larraz-Rábanos et al. (2020) indicaron que la satisfacción familiar favorece la gestión emocional saludable y, por tanto, aumenta el bienestar psicológico.

## 8.2. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PEP ECUS PARA LA REDUCCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y EL AUMENTO DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR Y DE LAS HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

En relación con el objetivo específico segundo de presente tesis, se llevaron a cabo análisis estadísticos para comprobar la eficacia del PEP ECUS para la disminución de los niveles de depresión, ansiedad y estrés, el aumento de la satisfacción familiar y de las habilidades y dimensiones psicológicas. A partir de los datos alcanzados, se muestran los resultados obtenidos para la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

### 8.2.1. Eficacia del programa ECUS para la reducción de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés

De acuerdo a la hipótesis planteada (H22), se esperaba que el programa fuese eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y estrés de los padres comparando las puntuaciones pretest y posttest. Los resultados presentaron diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, se confirma la hipótesis propuesta: el PEP ECUS resultó eficaz para la disminución de los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Barlow y Coren (2018), entre otros autores, muestran en su metaanálisis que los PEP son capaces de reducir de forma significativa el nivel de estrés y de ansiedad en los progenitores, efectos que también habían avalado previamente Eyberg et al. (2004) y Rey (2006), los cuales concluyeron que este tipo de programas disminuía los niveles de estrés parental. Años más tarde, Timer y Clauson (2011) demostraron la eficacia de los PEP para la reducción de la sintomatología depresiva, resultados igualmente constatados Ferro-García y Ascanio-Velasco (2014).

### **8.2.2. Eficacia del programa ECUS para el aumento de la satisfacción familiar**

A tenor de siguiente hipótesis (H23), se esperaba que el programa fuese eficaz para aumentar la satisfacción familiar de los padres en las puntuaciones del pretest al postest. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas. Por consiguiente, se confirma la hipótesis formulada, corroborando así que el PEP ECUS es eficaz para el aumento de la satisfacción familiar. En líneas generales, los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con los encontrados por Díaz-Sibaja et al. (2010), en los que se demuestra la eficacia del programa de entrenamiento EDUCA en relación al aumento de la satisfacción familiar, resultados que posteriormente fueron avalados por Platsidou y Tsirogiannidou (2016).

### **8.2.3. Eficacia del programa ECUS para el aumento de habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza**

De acuerdo con la hipótesis planteada (H24), se esperaba que el programa fuese eficaz para aumentar las puntuaciones en “Altruismo, Empatía, Asertividad, Apertura, Capacidad de resolver problemas, Independencia, Flexibilidad, Equilibrio emocional, Sociabilidad, Capacidad de establecer vínculos afectivos, Reflexividad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de resolución del duelo, Sensibilidad hacia los demás, Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Agresividad” (Bermejo et al. 2014), en la comparación pretest y postest. Los resultados mostraron que las puntuaciones de los padres en habilidades en relación con la crianza en el pretest y las puntuaciones en habilidades en relación con la crianza en el postest presentaron diferencias estadísticamente significativas excepto en Altruismo. Por tanto, se confirma la hipótesis planteada parcialmente, indicando que el PEP ECUS es eficaz para el aumento de prácticamente todas las habilidades y dimensiones psicológicas.

El programa de entrenamiento ECUS, según los datos recogidos, ha conseguido demostrar su eficacia para el aumento de los niveles de satisfacción familiar, de las habilidades y dimensiones psicológicas parentales, y la disminución de la sintomatología clínica en relación con la depresión, la ansiedad y el estrés. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Lochman y

Steenhoven (2002), los cuales confirmaron la eficacia de los PEP para el aumento de la calidad del funcionamiento familiar y de las prácticas parentales, incluyendo como cambio en la conducta parental: el descenso de las conductas agresivas y el aumento de las expresiones menos punitivas ante el mal comportamiento de los hijos, incluyéndose en las practicas habituales una expresión afectiva mayor. Dichas habilidades podrían tener relación con el aumento de: el equilibrio emocional, la apertura, la empatía, la asertividad, la reflexividad, la capacidad de resolver problemas, la flexibilidad, la capacidad de establecer vínculos afectivos, la tolerancia a la frustración, el cuidado responsable, la sensibilidad hacia los demás, el cuidado afectivo, o el descenso de la agresividad. En esta misma dirección, Tucker y Gross (1997) demostraron que los PEP aumentaban las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con: (a) el realismo en las expectativas parentales sobre el comportamiento de los hijos; (b) el sentimiento de autocompetencia y de autoestima de los padres; y (c) al descenso de la dependencia establecida por las figuras parentales para intervenir desde la riña y el castigo físico. Así mismo, dichos autores corroboraron un aumento de la salud mental de los padres al demostrar una disminución en su sintomatología ansioso-depresiva y en los niveles de irritabilidad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con la eficacia demostrada por otros programas como: el programa *Parent Management Training the Oregon Mode*; *1, 2, 3 Magic*; *Parents Plus Children's Programme*; *Home Start o Incredible Years* ya que todos ellos han demostrado ser eficaces para el entrenamiento de los padres en técnicas para el manejo de las interacciones con sus hijos (Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo, 2017). El hecho de que el Altruismo no haya aumentado tras la aplicación del programa de entrenamiento ECUS, puede deberse a que las habilidades relacionadas con el altruismo constituyen una competencia parental que probablemente desgaste la capacidad de centrarse en las necesidades del núcleo familiar.

### 8.3. INFLUENCIA DEL PROGRAMA ECUS SOBRE LOS NIVELES INICIALES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA, SATISFACCIÓN FAMILIAR Y HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS

En cuanto al tercer objetivo, se realizaron los análisis correspondientes para comprobar la influencia de los niveles iniciales de sintomatología clínica de las figuras parentales, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas, así como la puntuación de cambio tras la recepción del PEP ECUS.

A partir del análisis realizado se muestran los resultados para la consiguiente aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

#### **8.3.1. Influencia en los niveles iniciales de sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés tras la implementación del programa ECUS**

De acuerdo a la hipótesis planteada (H25), se esperaba que los padres con menores puntuaciones iniciales en ansiedad, depresión y estrés experimenten un mayor cambio en dichas variables tras la recepción del programa de entrenamiento. Los resultados indicaron que, en la medida que los padres presentaron puntuaciones más elevadas en las variables clínicas en el pretest, mostraron mejoras significativas tras la recepción del programa. Por lo tanto, se confirma la hipótesis formulada. Estos resultados apuntan en la misma dirección que los obtenidos por Riveros et al. (2005), en los que determinaron que tras la implementación de su programa los asistentes con mayores niveles de sintomatología clínica relacionada con la ansiedad y la depresión, presentaron mayores beneficios en su salud mental.

#### **8.3.2. Influencia en los niveles iniciales de satisfacción familiar tras la implementación del programa ECUS**

De acuerdo a la hipótesis planteada (H26), se esperaba que los padres con menores puntuaciones iniciales en satisfacción familiar experimenten un mayor cambio en dicha variable tras la recepción del programa. Los resultados así lo indicaron, al mostrar puntuaciones significativamente más altas en satisfacción

familiar de aquellos padres con niveles más bajos al inicio del programa. Así pues, se confirma la hipótesis planteada. En los estudios revisados se aprecia una presunción de baja satisfacción familiar homogéneos para todos los individuos de la muestra, por lo que no se estima necesario el análisis de las diferencias alcanzadas en relación a las puntuaciones iniciales de los padres y los niveles de mejora hallados tras la realización del programa (Nuño-Gutierrez et al., 2006). No obstante, la heterogeneidad de las puntuaciones iniciales podría ser fuente de información relevante para evaluar el impacto del programa, aspecto que en el presente estudio se ha tenido en cuenta.

### **8.3.3. Influencia en los niveles iniciales de las habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la crianza tras la implementación del programa ECUS**

De acuerdo a la hipótesis planteada (H27), se esperaba que los padres con menores puntuaciones iniciales en las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza experimentasen un mayor cambio en dichas variables tras la recepción del programa. Los resultados indicaron que los padres con puntuaciones en el pretest más bajas en habilidades parentales y los padres con puntuaciones en el pretest más elevadas en habilidades parentales, mostraron diferencias estadísticamente significativas tras la recepción del programa en todas las variables ( $p > .05$ ) excepto Altruismo ( $\beta_1 = -.13, p > .05$ ), Equilibrio emocional ( $\beta_1 = .07, p > .05$ ) y Capacidad de resolución del duelo ( $\beta_1 = -.16, p > .05$ ). Por lo que se confirma parcialmente la hipótesis planteada. A lo largo de la literatura científica existe un número escaso de investigaciones que comparen el nivel de asimilación de contenidos en función de las puntuaciones iniciales de calidad de las habilidades y dimensiones psicológicas, siendo necesario remontarse a los estudios de Brightman et al. (1982) para poder corroborar esta hipótesis.

#### 8.4. FORMULACIÓN DE UN MODELO ESTRUCTURAL QUE RELACIONA LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LAS HABILIDADES Y DIMENSIONES PSICOLÓGICAS EN LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA Y LA SATISFACCIÓN FAMILIAR

Para cumplir con el cuarto objetivo, como se detalló en el capítulo 6, se elaboró un modelo estructural utilizando variables latentes. A raíz de dicho modelo, se estimaron las relaciones significativas establecidas entre las modificaciones producidas en las habilidades y dimensiones psicológicas en relación con la crianza con los cambios originados en las variables clínicas y en la satisfacción familiar tras la recepción del programa de entrenamiento ECUS.

Para abordar el objetivo de este apartado se planteó la hipótesis (H28), a partir de la cual se esperaba que el cambio en las variables en relación con la crianza tuviese un efecto positivo directo sobre el cambio encontrado en la satisfacción familiar y que la mejora en satisfacción familiar provocara mejoras en la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés. Los resultados obtenidos, como se describe a continuación, avalan la confirmación de la hipótesis formulada:

- 1) Las variaciones en Cuidado Responsable evidenciaron una relación positiva con las variaciones de la Satisfacción familiar, aunque no fue significativa de acuerdo con el *p-value* estimado por bootstrapping. A pesar de que los resultados encontrados no alcanzaron una relación estadísticamente significativa, se decidió continuar la relación estructural en el modelo para evitar posibles sesgos en el resto de los parámetros estimados. Así mismo, se deduce que las mejoras observadas en el Cuidado responsable favorecen, aunque ligeramente, la satisfacción familiar de los padres que asistieron al programa de entrenamiento ECUS.
- 2) El estimador de la relación entre la variación en Sensibilidad hacia los demás y la variación en Satisfacción familiar fue altamente significativo con un *p-value* de .012 y negativo, con un valor de -.285. Estos resultados permitieron concluir que la disminución en la variable Sensibilidad hacia los demás favorece el aumento de la Satisfacción familiar, ratificando el

hecho de que al no presentar una sensibilidad excesiva hacia personas o situaciones externas al sistema familiar se favorece la concentración de la atención hacia las personas que componen la familia y, por lo tanto, entraña una mejoría en la satisfacción familiar.

- 3) En cuanto a la variable Cuidado afectivo, el estimador de la relación entre este y las variaciones en la Satisfacción familiar presentó una relación positiva, con un valor de .298 y significativo al 10% de confianza<sup>3</sup>. Este resultado indicó que el hecho de mejorar el cuidado afectivo de aquellas habilidades y dimensiones psicológicas relacionadas con la autoestima, la capacidad de establecer vínculos y el equilibrio emocional hace que aumenten los niveles de satisfacción familiar.
- 4) Por su parte, los cambios en la Agresividad registrados mostraron un efecto directo sobre las variaciones en el Estado clínico, con una relación significativa y positiva de .215. Esto nos permite confirmar que, la reducción de los niveles de agresividad debido al programa de intervención facilitó la mejora en la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés en los padres.
- 5) Por último, las variaciones de la Satisfacción familiar, registradas en la intervención, mostraron un efecto directo sobre los cambios encontrados en las variaciones en el Estado clínico con un estimador negativo -.381 y significativo ( $p\text{-value} < .01$ ). Estos resultados permitieron concluir que las mejoras en la satisfacción familiar se convierten en uno de los factores determinantes en la disminución de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés.

A su vez, en las variaciones registradas del Estado clínico, los cambios producidos en el nivel de Estrés y Depresión son los que presentaron un mayor peso con una carga factorial de .878 y .876 respectivamente. Las variaciones en

---

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio en cuanto a la cantidad de datos disponibles y, debido a que el modelo estructural se estima sobre diferencias, se puede considerar umbrales de significatividad por encima del 5%; algo usual en la literatura econométrica (Kim, 2015). En la literatura econométrica cuando la cantidad de datos es baja por la naturaleza del experimento, y si encima tratamos con efectos y diferencias, pueden considerarse umbrales de significatividad hasta el 10%.

Ansiedad sobre las variaciones del Estado clínico se reflejaron de forma menos intensa con una carga factorial un 23%, inferior al resto de cambios en las variables de sintomatología clínica.

Los resultados obtenidos permiten concluir que las reducciones en los niveles de agresividad y el aumento en la satisfacción familiar se convirtieron en factores clave para la reducción de los niveles de sintomatología clínica de las figuras parentales, además, la diferencia de mejora entre los niveles de patologías estudiados que inclinaron el índice de mejora hacia la sintomatología clínica relacionada con la depresión y el estrés, podría deberse, como indica Fernández-Arias et al. (2019), a dos factores: (a) la alta comorbilidad entre la sintomatología que rodea a los distintos tipos de trastornos afectivo; y (b) el hecho de haber utilizado para la medición de la sintomatología clínica una escala de diagnóstico abreviada, ya que este tipo de test alerta de la existencia de sintomatología clínica asociada a un trastorno, pero requiere de una evaluación posterior más rigurosa para determinar con precisión el tipo de sintomatología que presenta el individuo.

En resumen y tras los análisis realizados en relación con el modelo estimado, el descenso en los niveles de sensibilidad hacia los demás, reflejado principalmente por un descenso en la empatía tras la recepción del PEP ECUS contribuyó al aumento de la satisfacción familiar. También se ha podido confirmar que el incremento en la satisfacción familiar y la reducción de la agresividad conseguida tras la recepción del programa de entrenamiento ECUS tuvieron un efecto directo en la mejora del Estado Clínico, lo que significa que se produjo una reducción de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés. Resultados que concuerdan con los alcanzados por Barlow y Coren (2018) en los que confirman que los PEP son capaces de aumentar la salud mental de los padres al reducir de forma significativa los niveles de estrés y de ansiedad. Así mismo, se ha comprobado que los PEP aumentan la satisfacción familiar (Platsidou y Tsirogiannidou, 2016) y fortalecen el aumento en la calidad las habilidades parentales (Vergara-Barra et al., 2020).

**CAPÍTULO IX  
CONCLUSIONES,  
LIMITACIONES Y  
FUTURAS LÍNEAS DE  
INVESTIGACIÓN**



## CAPÍTULO IX – CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

### 9.1. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se presentan a continuación las conclusiones más relevantes sobre la eficacia del PEP ECUS en relación con la mejora de la salud mental parental, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones psicológicas asociadas con la crianza:

- 1) El PEP ECUS ha demostrado ser una herramienta eficaz de intervención para la mejora de la salud mental parental, consiguiendo que se produzca un descenso en los niveles de ansiedad, depresión y estrés.
- 2) El PEP ECUS ha demostrado ser una herramienta eficaz de intervención para la mejora de la satisfacción familiar al aumentar las interacciones familiares gratificantes, experimentar un clima más agradable y describir una sensación de disfrute, agrado, apoyo, tranquilidad, bienestar, respeto y comprensión más pronunciada.
- 3) El PEP ECUS tiene efectos beneficiosos sobre las siguientes habilidades y dimensiones psicológicas: el altruismo, la apertura, la asertividad, la capacidad de resolución de problemas, la empatía, el equilibrio emocional, la independencia, la flexibilidad, la reflexividad, la sociabilidad, la tolerancia a la frustración, la capacidad de establecer vínculos afectivos y la capacidad de resolución del duelo. Así mismo, se ha comprobado que PEP ECUS disminuye la agresividad y, por tanto, desciende en los padres la tendencia a actuar de un modo más agresivo e impulsivo.
- 4) Al trabajar sobre las habilidades y dimensiones psicológicas se produce una mejora en la satisfacción familiar de los padres.

- 5) La satisfacción familiar es un factor protector de la salud mental parental, ya que consigue disminuir la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés de los padres.
- 6) Al trabajar sobre las habilidades y dimensiones psicológicas: autoestima, equilibrio emocional, capacidad para establecer vínculos, capacidad de resolver problemas, tolerancia a la frustración y asertividad en las figuras parentales, disminuye en ellos la sintomatología ansiosa, depresiva y los niveles de estrés. Igualmente, al disminuir la agresividad en los padres, se consigue reducir la sintomatología ansiosa, depresiva y los niveles de estrés.
- 7) Al reforzar las habilidades y dimensiones psicológicas, la resolución del duelo y la flexibilidad de los padres, disminuye en ellos la sintomatología depresiva y los niveles de estrés.
- 8) Al estimular las habilidades y dimensiones psicológicas: apertura, sociabilidad y empatía en los padres, disminuyen en ellos los niveles de sintomatología depresiva.
- 9) Al potenciar las habilidades y dimensiones psicológicas: independencia y flexibilidad en los padres, disminuyen sus niveles de estrés.
- 10) Al incrementar las habilidades y dimensiones psicológicas: autoestima, empatía, apertura, asertividad, equilibrio emocional, capacidad para resolver problemas, reflexividad, tolerancia a la frustración, capacidad de resolución del duelo y capacidad de establecer vínculos afectivos; mejora en los padres la satisfacción familiar. En esta misma línea de conclusiones, se ha comprobado que, al disminuir la agresividad en los padres, aumenta en ellos la satisfacción familiar.
- 11) Los padres con puntuaciones iniciales más elevadas en sintomatología ansiosa, depresiva y en estrés, experimentan niveles de mejora más elevados tras la recepción del programa que aquellos padres que parten de niveles más bajos de afectación clínica.

- 12) Los padres con puntuaciones iniciales más bajas en satisfacción familiar experimentan niveles de mejora más elevados tras la recepción del programa que aquellos padres que parten de niveles más altos de satisfacción familiar.
- 13) Los padres con menores niveles de competencias en las habilidades y dimensiones psicológicas tales como: apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, independencia, flexibilidad, reflexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración y capacidad de resolución del duelo, tras la recepción del programa experimentan mejoras en dichas habilidades y dimensiones psicológicas mayores que aquellos padres que parten de una capacitación mayor en dichas habilidades. En esta misma línea de conclusiones, se corrobora que, tras la recepción del programa, los padres con niveles más elevados de agresividad experimentan un mayor descenso de esta tendencia de comportamiento agresivo que los padres que comenzaron con niveles inferiores.
- 14) La reducción de la dimensión psicológica sensibilidad hacia los demás establecida fuera del núcleo familiar y reflejada principalmente por el descenso de la empatía, contribuye a un reequilibrio psicológico de los padres, y en consecuencia provoca en ellos, un aumento de la satisfacción familiar.
- 15) El incremento en la satisfacción familiar y la reducción de la agresividad mejoran la salud mental parental, gracias a la disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y del estrés.

En definitiva, el PEP ECUS es un programa estructurado, viable, respaldado por los supuestos teóricos contrastados desde la literatura científica relacionada, que se ajusta a los estándares exigidos por el método científico para el diseño y aplicación de programas de intervención. Además, este programa mantiene los criterios de calidad establecidos para la elaboración de PEP en cuanto a estructura, contenidos, número de sesiones y materiales.

Entre las características que se han detectado como significativas del programa en relación a su utilidad y eficacia son:

- 1) Es el único programa publicado hasta el momento que presenta como principal objetivo la mejora del bienestar psicológico de los padres.
- 2) Destaca sobre otros programas gracias a su capacidad para ser aplicado sin necesidad de variar el contenido y la estructura, como una herramienta para:
  - ◆ La mejora de la salud mental parental y el incremento de los niveles de satisfacción familiar.
  - ◆ La adquisición de habilidades y dimensiones psicológicas.
  - ◆ La prevención de posibles problemas de conducta en los hijos.
  - ◆ La intervención sobre los problemas psicosociales de los hijos.
  - ◆ El apoyo práctico a otros tratamientos enfocados a la mejora de patologías clínicas de los hijos.
  - ◆ La formación de profesores y psicólogos.

El PEP ECUS avanza hacia un espacio más clínico de los PEP tradicionalmente hablando, debido a la rigurosidad establecida para ser implementado por psicólogos expertos en psicología clínica y educativa. Asimismo, este programa intenta aproximarse a las técnicas de terapias de grupo ya que comparte con ella el hecho de ser aplicado a un grupo de personas; la utilización de planteamientos psicoterapéuticos; y la dotación a los participantes de estrategias de afrontamiento, recursos cognitivos y emocionales, autonomía y crecimiento personal.

## 9.2. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación presenta un PEP con el que se espera contribuir al reconocimiento de la Psicoeducación como una herramienta útil, eficaz y asequible para la mejora de la salud mental y la satisfacción familiar de los padres durante los años de crianza de sus hijos. Esto indudablemente repercute en el bienestar psicológico de todos los miembros de la unidad familiar y su desarrollo

personal presente y futuro. No obstante, y a pesar de los esfuerzos realizados, existen ciertas limitaciones que deberían ser subsanadas en futuras investigaciones cuyo contenido se expone a continuación.

En primer lugar, el tamaño muestral debería ser mayor. Del mismo modo, en relación con el tipo de muestreo utilizado, éste no permitió generalizar suficientemente los resultados obtenidos por el resto de la población. Se espera que futuras investigaciones partan de un tipo de muestreo probabilístico que permita una mayor generalización de los resultados. En esta misma dirección de limitaciones encontradas, es resaltable la inexistencia de un grupo control con el que comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental. En futuras investigaciones, se espera realizar modificaciones metodológicas con el fin de conseguir acercar las investigaciones realizadas sobre los beneficios de la Psicoeducación, con un mayor rigor científico, capaz de acercar la verificación de su eficacia a los requerimientos que sugiere el trabajo con tratamientos clínicos y, de ese modo, poder comprobar su validez externa e interna.

En segundo lugar, la batería de evaluación utilizada podría ajustarse más en el futuro, dada la extensión del *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores* utilizado. Esto podría haber ocasionado la problemática sufrida para recoger una muestra mayor al finalizar el programa. Futuras líneas de investigación partirán la elección de un instrumento de medición más breve y contemplarán el aumento de métodos para la obtención de una información variada y contrastable.

Por último, la presente investigación y el análisis teórico-empírico realizado abren otra serie de prospectivas de investigación futuras entre las que cabe destacar:

- ◆ Un camino hacia la validación de los PEP como una herramienta capaz de mejorar la sintomatología psicopatológica de los padres. Se trataría de valorar si este programa de intervención resulta eficaz no solo en condiciones controladas sino también, en la práctica real analizando los beneficios alcanzados a medio y largo plazo.
- ◆ Una nueva línea de investigación que permita verificar la eficacia del PEP ECUS para la mejora de la conducta, la salud mental y el rendimiento escolar en los hijos.

- ◆ La posibilidad de complementar este trabajo con la aplicación de pruebas de seguimiento que permitan comprobar, que tras varios meses después de haber finalizado el PEP, los cambios y mejoras logradas persisten en el tiempo.

El planteamiento del PEP ECUS aquí descrito es viable y ofrece posibilidades de continuación y réplica en aras de facilitar recursos tanto a la comunidad científica como a los padres para la reducción de los niveles de sintomatología clínica relacionados con la depresión, la ansiedad y el estrés, siendo capaz de dotar a las familias de herramientas que facilitan el desarrollo óptimo de la crianza y la satisfacción familiar.

**CAPÍTULO X**  
**REFERENCIAS**  
**BIBLIOGRÁFICAS**



## CAPÍTULO X – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo-Correa, L., Marín-Castillo, J., Heredia-Quintana, D., Gómez-Vargas, M., Múnera-Rúa, N., Correa-Sierra, L., y Medina, J. (2018). La adopción homoparental en Colombia: presupuestos jurídicos y análisis de la idoneidad mental. *Anuario de psicología jurídica*, 28(1), 58-65. <https://doi.org/10.5093/apj2018a8>
- Achenbach, T. M., Eldelbrock, C., y Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioural/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
- Acosta-Gavilánez, R. I. (2021). *Estrés emocional factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas: caso de estudio parroquia Tanicuchi-Ecuador* (Tesis doctoral, Universidad Técnica de Ambato). Repositorio institucional. <https://bit.ly/3460WdA>
- Adler A. y Brett, C. (2003). *Comprender la vida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Adler-Baeder, F., Calligas, A., Skuban, E., Keiley, M., Ketring, S. y Smith, T. (2013). Vincular los cambios en el funcionamiento de la pareja y la crianza de los hijos entre los participantes de la educación sobre relaciones de pareja. *Relaciones familiares*, 62(2), 284-297.
- Aguilar, M. A. L. (2019). Satisfacción familiar y relación con el afrontamiento de soledad en adolescentes 11 a 15 años. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 1(1), 19-28.
- Aguilar-Yamuza, B., Raya-Trenas, A. F., Pino-Osuna, M. J. y Herruzo-Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 36-43.
- Akhlaq, A., Iqbal, N. y Aslam, N. (2013). Family Communication and Family System as the Predictors of Family Satisfaction in Adolescents. *Science Journal of Psychology*, 253-258. <https://doi.org/10.7237/sjpsych/258>
- Akiskal, H. S. (2000). Temperament and mood disorders. *The Harvard Mental Health Letter*, 16(8), 5-6.

- Alarcón, R. (2008). Psicología positiva: un enfoque emergente. *Temática Psicológica*, 4(1), 7-20.
- Alarcón-Chávez, B. E. y Salvador-Pérez, P. (2018, noviembre 17). El entrenamiento para padres y su incidencia en los problemas de comportamiento de los niños. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://bit.ly/3ht50ws>
- Alegre, A. (2012). ¿Hay relación entre los estilos educativos de las madres y la inteligencia emocional de los hijos? *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 5-33.
- Alfonso-Hernández, C., Valladares-González, A., Rodríguez-San-Pedro, L., Selín-Ganén, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. *Medisur*, 15(3), 341-349.
- Almanza-Muñoz, J. J., Salas-Cruz, C. L., y Olivares-Morales, Á. S. (2011). Prevalence of postpartum depression and associated factors in puerperal patients at the Clinical of Women's Specialties. *Revista de Sanidad Militar*, 65(3), 78-86.
- Alomoto, M., Calero, S. y Rene, M. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 47-56.
- Alonso, J., Cabasés, J. M. y Puig-Barrachina, V. (2020). Informe SESPAS 2020. Retos actuales de la Salud Mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. *Gaceta Sanitaria*, 34(Suplemento 1), 1-86.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T. S., Taub, N., McColgen, Z., de Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W. A. M., Buist-Bowman, M. A., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Palacín, C., Autonell, J., ..., Bruffaerts, R. (2003). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55-67. <https://doi.org/10.1002/mpr.123>
- Álvarez, Á. L. y Antoñanzas, J. L. (2019). Estudio de la satisfacción familiar a través del ESFA y posibles variables relacionadas en alumnos de ESO y

- Bachillerato. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 437-442.
- Álvarez, A., Suárez, N., Tuero, E., Núñez, J. C., Valle, A. y Regueiro, B. (2015). Implicación familiar, autoconcepto del adolescente y rendimiento académico. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 293-311. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.133>
- Álvarez-Llorente, G. (2009). Determinantes del compromiso organizacional. ¿Están los trabajadores a tiempo parcial menos comprometidos que los trabajadores a tiempo completo? *Cuadernos de estudios empresariales*, 18, 73-88.
- Álvarez-Mon, M. A., Pereira, V. y Ortuño, F. (2017). Tratamiento de la depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2731-2742.
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57(5), 340-350. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313502.92227.87>
- Andolfi, M. y Mascellani, A. (2012). *Historias de la adolescencia. Experiencias en terapia familiar*. Gedisa.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., y Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango-López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E. y Bagney-Lifante, A. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR). MASSON.

- Arce-Cuesta, A. C. (2020). *Competencias parentales en padres de niños que asisten a centros de desarrollo infantil públicos de Cuenca* [Tesis doctoral, Universidad de Cuenca]. Repositorio institucional. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33775>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arenas, M. C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L. y Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta sanitaria*, 33(3), 235-241.
- Arias-Molina, Y., Herrero-Solano, Y., Cabrera-Hernández, Y., Chibás-Guyat, D. y García-Menderos, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista habanera de ciencias médicas*, 19, 1-13.
- Artazcoz, L., Borrel, C., Rohlf, I., Beni, C., Moncada, A. y Benach, J. (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta sanitaria*, 15(2), 150-153. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71534-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71534-8)
- Asensio-García, E. (2018). *Abordaje terapéutico individual de dos casos clínicos con sintomatología ansiosa desde la Terapia de Aceptación y Compromiso*. [Tesis de maestría, Universidad de Almería]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/10835/7046>
- Aslan, N. (2009). An examination of family Leisure and Family Satisfaction among traditional Turkish families. *Journal of Leisure Research*, 41(2), 157-176.
- Ayala-Nunes, L., Lemos, I. y Nunes, C. (2013). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13(2), 529-539.
- Bados, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Síntesis.
- Bados, A. y García, E. (2008). *Eficacia y utilidad clínica de la intervención en Psicología Clínica y de la Salud*. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. <https://bit.ly/3vZ9E9D>

- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the spanish versión of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Allen, I. B., y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza.
- Barlow, J. y Stewart-Brown, S. (2000). Behaviour problems and group-based parent education programs. *Journal of Development and Behavioural Pediatrics*, 21(5), 356-370.
- Barlow, J. y Coren, E. (2018). The Effectiveness of Parenting Programs: A review of Campbell Reviews. *Research on Social Work Practice*, 28(1), 99-102. <https://doi.org/10.1177/1049731517725184>
- Barlow, J., Coren, E. y Stewart-Brown. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, 52(476), 223-233.
- Barraca, J. y López-Yarto, L. (2017). ESFA. *Escala de satisfacción familiar por adjetivos (5ª edición, revisada y amplificada)*. TEA Ediciones.
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Síntesis.
- Barreras, A. F. (2001). La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del Adolescente*, 31(32), 183-198.
- Bartau, I., Maganto, M. y Etxebarria, J. (2001). Los programas de formación de padres: Una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 25, 1-17.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Gedisa.

- Basanta, J. L. (2010). *Menores en conflicto social: competencia parental, psicopatía y otras variables socio-familiares* [Tesis doctoral, Universidad de Vigo]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3fnsOAQ>
- Basterra, V. (2017). Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 324-326. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.004>
- Batstra, L. y Frances, A. (2012). Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychotherapy and psychomatics*, 81(1),5-10. <https://doi.org/10.1159/000331565>
- Baumrind, D. (1978). Patrones disciplinarios de los padres y competencia social en los niños. *Juventud y Sociedad*, 9(3), 239-267. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>
- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., y Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Benavides, A. (2018). *El programa Aprender a Convivir en Casa y su Influencia en la Mejora de la Competencia Social y la Reducción de Problemas de Conducta*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3fbEBBL>
- Bennett, C., Barlow, J., Huband, N., Smailagic, N. y Roloff, V. (2013). Group-Based parenting Programmes for Improving Parenting and Psychosocial Functioning: Systematic Review. *Journal of the Society for Social Work and research*, 4(4), 300-332. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2013.20>
- Berkowitz, B. P. y Graziano, A. M. (1972). Training parents as behaviour therapists: a review. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 297-317.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Parra, J. C., Polo, A., Sueiro, M. J. y Velázquez de Castro, F. (2014). CUIDA. *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (4ª edición)*. TEA Ediciones.

- Bermúdez, M. P., Álvarez, I. T. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Bermúdez-Durán, V., Barrantes-Martínez, M. M. y Bonilla-Álvarez, G. (2020). Trastorno por estrés postraumático. *Revista médica sinergia*, 5(9), e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Bernal, M. E., Klinnert, M. D. y Schultz, L. A. (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 677-691.
- Bernués, C. (2020). *Historias que se cuentan en silencio. Constelaciones familiares: teoría, prácticas y efectos*. Plataforma Editorial.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- Blanco, N., y Alvarado, M. E. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(3), 537-546.
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Child Psychology Review*, 26(7), 834-856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Bögels, S. M. y Siqueland, L. (2006). Family Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Clinical Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(2), 134-141. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000190467.01072.ee>
- Bornstein, M. H. (2017). Parenting in acculturation: Two contemporary research designs and what they tell us. *Current Opinion in Psychology*, 15, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.020>
- Box, S. J., Copley, B., Magagna, J. y Moustaki, E. (2015). *Psychotherapy with families: An analytic approach*. Routledge.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales de ansiedad, depresivos y de alimentación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.

- Brent, D. A. y Kolko, D. J. (1998). Psychotherapy: Definitions, mechanisms of action, and relationship to etiological models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 17-25.
- Brightman, R. P., Baker, B. L., Clark, D. B., y Ambrose, S. A. (1982). Effectiveness of alternative parent training formats. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13(2), 113-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(82\)90051-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(82)90051-9)
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., Matthews, G. y Carrano, J. (2007). Symptoms of Major Depression in a Sample of Fathers of Infants. Sociodemographic Correlates and Links to Father Involvement. *Journal of Family Issues*, 28(1), 61- 99.
- Burke, K., Brennan, J., y Cann, W. (2012). Promoting protective factors for young adolescents: ABCD Parenting Young Adolescents Program randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1315-1328. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.05.002>
- Campo-Arias, A. y Miranda, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598-613.
- Campos-Campos, C. y Saldaña-Muñoz, L. (2018). Relaciones de género y arreglos en parejas de profesionales: ejecución v/s responsabilización. *Revista Estudios Feministas*, 26(2), 1-18.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., y Cortés, M. R. (2016). Emotional security in the family system and psychological distress in female survivors of child sexual abuse. *Child abuse & Neglect*, 51, 54-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.005>
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Capeáns, C. y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4), 197-200. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.008>
- Cárdenas, R. (2016). Ideación suicida, afrontamiento y satisfacción familiar en adolescentes de instituciones educativas. [Tesis doctoral inédita,

- Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3fbhPtF>
- Cárdenas-Mansilla, C.S. (2008). Identificación de tipologías de actitud hacia las matemáticas en estudiantes de séptimo y octavo grados de educación primaria. *Perfiles Educativos*, 30(122), 94-108.
- Cardila, F., Martos, Á., Martín, Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M. y Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
- Carlo, G., McGinley, M., Hayes, R., Batenhorst, C. y Wilkinson, J. (2007). Parenting styles or practices? Parenting, sympathy, and prosocial behaviours among adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 168(2), 147-176. <https://doi.org/10.3200/GNTP.168.2.147-176>
- Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A. M. y Armenta, B. E. (2010a). Feelings or cognitions? Moral cognitions and emotions as longitudinal predictors of prosocial and aggressive behaviours. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 872-877. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.010>
- Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A. M. y Armenta, B. E. (2010b). The longitudinal relations among dimensions of parenting styles, sympathy, prosocial moral reasoning, and prosocial behaviours. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 1-9. <https://doi.org/10.1177/0165025410375921>
- Carranza, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu*, 1(1), 1-19.
- Cartié, M., Ballonga, J. y Gimeno, J. (2008). *Estudi comparatiu sobre competències parentals de famílies amb dinàmiques violentes vs. famílies amb dinàmiques no violentes ateses al SATAF*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Castañeda-López, E. y Peñacoba-Puente, C. P. (2017). Regulación emocional en la infancia. Relación con la personalidad, la calidad de vida y la regulación emocional paterna. *Cuadernos de Neuropsicología*, 11(3), 165-174.
- Ceberio, M. y Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollo del modelo sistémico en psicoterapia*. Psicolibro.

- Cedar, B. y Levant, R. F. (1990). A Meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *American Journal of Family Therapy*, 18(4), 373-384.
- Cerezo, M. T., Casanova, P. F., Manuel, J., y de la Villa Carpio, M. (2015). Estilos educativos paternos y estrategias de aprendizaje en alumnos de Educación Secundaria. *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 51-61
- Céspedes, L., Roveglia, A. y Coppari, N. (2014). Satisfacción familiar en adolescentes de un colegio privado de Asunción. *Eureka*, 11(1), 37-51.
- Chacko, A., Jensen, S., Lowry, L. S., Cornwell, W., Chimiklis, A., Chan, E. S. M., Lee, D. y Pulgarin, B. (2016). Engagement in Behavioral Parent Training: Review of the Literature and Implications for Practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 204-215. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Chao, R. K. y Willms, J. D. (2002). The effects of parenting practices on children's outcomes. En J. D. Willms (Ed.), *Vulnerable Children: Findings from Canada's national longitudinal survey of children and youth* (pp. 149-165). University of Alberta Press.
- Chapi-Mori, J. L. (2012). *Satisfacción familiar, ansiedad y cólera - hostilidad en adolescentes de dos instituciones educativas estatales de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3vgs4CC>
- Chin, W. W., Marcolin, B. L. y Newstead, P. R. (2003). A Partial Least Squares Latent Variable Modelling Approach for Measuring Interaction Effects: Results from a Monte Carlo Simulation Study and an Electronic-Mail Emotion/Adoption Study. *Information Systems Research*, 14(2), 189-219.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: *Review and future directions*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000020190.60808.a4>
- Chua, P. y Dolan, J. (2000). The neurobiology of anxiety and anxiety-related disorders: A functional neuroimaging perspective. En J. C. Mazziotta y A. W. Toga (Eds.). *Brain Mapping: The Disorders* (pp. 509-522). Academic Press.

- Cisneros, G. E. y Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 54(1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
- Clara, I. P., Cox, B. J. y Enns, M. W. (2001). Confirmatory factor analysis of the depression-anxiety-stress scales in pressed and anxious patients. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23, 61-67. <https://doi.org/10.1023/A:1011095624717>
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclée de Brower.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Clark, T. y Washington, T. (2011). Substance use risk and protective factors. *Encyclopedia of Adolescence*, 3863-3878.
- Clerici, G. y García, M. J. (2011). Autoconcepto y percepción de pautas de crianza en niños escolares. Aproximaciones teóricas. *Anuario de Investigaciones*, XVII, 205-212.
- Cluver, L., Meinck, F., Shenderovich, Y., Ward, CL, Romero, RH, Redfern, A., ... y Lechowicz, M. (2016). Un programa de crianza para prevenir el abuso de adolescentes en Sudáfrica: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio. *Ensayos*, 17(1), 1-10.
- Coloma, J. (1993). Estilos educativos paternos. En J. Quintana (Coord.), *Pedagogía familiar* (pp. 45-58). Narcea.
- Consejería de Salud de la Región de Murcia (2018). *Programa de acción para el impulso y la mejora de la Atención Primaria en la Región de Murcia*. Consejería de Salud de la Región de Murcia. <https://bit.ly/3vQG9Yp>
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2007). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. <https://bit.ly/3sey4dE>

- Consejería de Salud y SMS. (2018). *Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022*. Gerencia Regional de Salud Mental. <https://bit.ly/3vkY2Oo>
- Consejo Europeo. (2006). *Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. <https://bit.ly/3bLUEUE>
- Cooper, C. L., Dewe, P. J. y O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: a review and critical theory, research and applications*. Sage Publications.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Videl, A. y Grupo de Investigación PsiAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Correa, D. M., Abarca, A. N., Baños, C. A., y Ana luisa, S. G. (2019). Actitud y aptitud en el proceso del aprendizaje. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://bit.ly/2NUZ3fl>
- Cotter, K. L., Bacallao, M., Smokowski, P. R. y Robertson, C. I. B. (2013). Parenting interventions implementation science: how delivery format impacts the Parenting Wisely Program. *Research on Social Work Practice*, 23(6), 639-650. <https://doi.org/10.1177/1049731513490811>
- Coyl, D. D., Roggman, L. A., y Newland, L. A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23(1-2), 145-163. <https://doi.org/10.1002/imhj.10009>
- Craig, G. J. (1996). *Desarrollo Psicológico*. Prentice-Hill.
- Crandall, A., Deater-Deckard, K. y Riley, A.W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual frame work. *Developmental Review*, 36, 105-126. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>
- Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) (2016). *Cifras de población. Portal estadístico de la región de Murcia*. <https://econet.carm.es/web/crem//cifras-de-poblacion>

- Crespo-Generelo, T., Camarillo-Gutiérrez, L. y Diego-Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Cuervo-Martínez, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Perspectiva en Psicología*, 6(1), 111-121. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.08>
- Cummings, E. M., Keller, P. S. y Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 479-489.
- Cunningham, C. E., Bremner, R. B. y Boyle, M. (1995). Large Group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36(7), 1141-1159.
- Cupul-García, J. C., Hinojosa-Calvo, E., Villa-Rodríguez, M., Á., Herrera-Guzmán, I. y Padrós-Blázquez, F. (2018). Basic neuropsychological evaluation for adults in patients with generalized anxiety disorders. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 151-160. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300151>
- Dangel, R. F. y Polster, R. A. (1988). *Teaching child management skills*. Pergamon.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Davini, M. C., Gellon de Salluzi, S. R., y Rossi, A. A. (1978). *Psicología General*. Kapelusz.
- Davini, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). <https://bit.ly/3fd4hy7>
- Day, R. y Lamb, M. E. (2004). *Conceptualizing and measuring father involvement*. Erlbaum.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M. y Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of The Triple P Positive Parenting Program on Behavioral

- Problems in Children: A Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735.  
<https://doi.org/10.1177/0145445508317134>
- De Mattos, E. F. y Marinho, M. L. (1998). Ampliando la intervención psicológica a la familia en la terapia conductual infantil. *Psicología conductual*, 6(3), 617-627.
- De la Torre-Cruz, M. J., García-Linares, M. C. y Casanova-Arias, P. F. (2014). Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(32), 147-170. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.32.13118>
- De Pedro-Cuesta, J., Saiz-Ruiz, J., Roca, M. y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology*, 5(3), 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Delgado, M. P., Laporta, I., Rebollar-González, S. y Lahuerta, C. (2020). Funcionamiento familiar y su relación con la satisfacción con la vida familiar en adolescentes con autismo. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 8(2), 143-151. <https://doi.org/10.30552/ejpad.v8i2.139>
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19(2), 286-294.
- Díaz-Morales, J. F. y Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercebida en diferentes áreas vitales. *Psicothema*, 14(1), 100-105.
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche-Moreno, M. I. y Díaz-García, M. I. (2010). Programa EDUCA. Escuela de padres para mejorar los problemas de conducta, el clima social y la satisfacción familiar. *Apuntes de Psicología*, 29(2), 243-258.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1999). Introduction to the special section on the structure emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 803-804. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.5.803>

- Diener, E., Lucas, R., Helliwell, J. F., Schimack, U. y Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195334074.001.0001>
- Díez, C. y Sánchez, L. (2000). Etiopatogenia. En J. Vallejo y C. Gastó C. (eds.), *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión* (pp. 51-83). Masson.
- Domenech-Palau, A. (2017). *Comportamiento y emociones en la infancia media y tardía. Contexto familiar y social*. [Tesis doctoral inédita, Universitat de Valencia]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/34b3V4E>
- Dreikurs, R. y Soltz, V. (1964). *Children: The Challenge*. Hawthorn Books.
- Duchesne, S. y Ratelle, C. (2010). Parental behaviours and adolescents' achievement goals at the beginning of middle school: Emotional problems as potential mediators. *Journal of Educational Psychology*, 2(102), 497-507. <https://doi.org/10.1037/a0019320>
- Dudek, J., Colasante, T., Zuffianò, A. y Haley, D. (2020). Changes in Cortical Sensitivity to Infant Facial Cues from Pregnancy to Motherhood Predict Mother-Infant Bonding. *Child Development*, 91(1), 198-217. <https://doi.org/10.1111/cdev.13182>
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behaviour in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9(2), 197-222. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90028-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(89)90028-7)
- Duncan, K. y Maceiras, L. (2001). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Salud Pública, Educación y Salud*, 1(1), 19-22.
- Dunsmoor, J. E., Åhs, F. y LaBar, K. S. (2011). Neurocognitive mechanisms of fear conditioning and vulnerability to anxiety. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2011.00035>
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

- Egea, M. E. (2017). *Elaboración y valoración de un programa familiar para prevenir problemas de desobediencia en la infancia* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3d9LrW4>
- Eisenberg, N., Cumberland, A. y Spinard, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1)
- Eley, T.C., Sugden, K., Corsico, A., Gregory, A.M., Sham, P., McGuffin, P., Plomin, R. y Craig, W. (2004). Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular Psychiatry*, 9, 908-915. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001546>
- Erel, O. y Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. Parenting Satisfaction and Marital Satisfaction in Mothers and Fathers with Young Children. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 331-342. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.108>
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Escobar, F. (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. En Asociación Colombiana de Neurología (ed.), *Guía de Manejo de Neurología* (pp. 177-189). Bogotá.
- Escobar-Zurita, E. R., Serrano-Ávalos, K. V., Villavicencio-Narváez, L. C. y Gallegos-Murillo, P. L. (2019). Utilización de yoga como terapia alternativa en el tratamiento del estrés, mitos y realidades. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(4).
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 84, 9-17.
- Espinola, C. F. (2017). *Satisfacción familiar y conductas antisociales-delictivas en estudiantes adolescentes de una institución educativa estatal de Trujillo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <http://hdl.handle.net/11537/12323>
- Estay-Sepúlveda, J. G., Crespo, J. E., Lagomarsino-Montoya, M. y Peña-Testa, C. L. (2018). Salud mental y la sociedad abierta en la realidad actual: entre la Utopía de la Cordura y la Praxis de la Locura Mental. *Utopía Y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 42-49.

- Estévez-López, E., Murgui-Pérez, S., Musito-Ochoa, G. y Moreno-Ruiz, D. (2008). Clima familiar, clima social y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Eyberg, S. M., Boggs, S. y Algina, J. (1995). Parent-Child Interaction Therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behaviour and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Duke, M., y Boggs, S. R. (2004). *Manual for the Dyadic Parent-Child Interaction Coding System Third Edition*. University of Florida.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Masson.
- Falk, R. F. y Miller, N. B. (1992). *A Primer for Soft Modelling*. University of Akron Press.
- Farrington, D. P. y Welsh, B. C. (2003). Family-based prevention of offending: A meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36(2), 127-151.
- Febbraio, A. (2015). La evaluación psicológica de las fallas en las competencias parentales en padres maltratadores. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(1), 93-108.
- Fernández, A., Serra, L. y de Radio-Nikosis, G. D. D. (2020). Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.001>
- Fernández-Alonso, R., Álvarez-Díaz, M., Woitschach, P., Suárez-Álvarez, J. y Cuesta, M. (2017). Parental involvement and academic performance: Less control and more communication. *Psicothema*, 29(4), 453-461. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.181>
- Fernández-Arias, I., Bernaldo-de Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y Labrador-Méndez, M. (2019). Factores que interfieren en el curso del tratamiento de los problemas de ansiedad: La prolongación y la terminación prematura del tratamiento. *Papeles de Psicología*, 40(1), 15-20. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2876>
- Fernández-Arribas, J. L. (2020). Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrico. ABCDE. En Junta Directiva SEUP, F. J. Martínez-Mejías, R. Velasco-Zúñiga, Y.

- Fernández-Santervás, M. Á. García-Herrero, D. de la Rosa-Sánchez, J. L. Guerra-Díaz, C. Pérez-Cánovas y P. S. de Gracia-Calvo (Coords.), *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría* (pp. 15-30). Protocolos AEP.
- Fernández-López, O. I., Jiménez-Hernández, B., Alfonso-Almirall, R. B., Sabina-Molina, D. y Cruz-Navarro, J. R. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479.
- Ferro, M.A. y Boyle, M.H. (2015). The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 177-187. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9893-6>
- Ferro-García, R. y Ascanio-Velasco, L. (2014). Terapia de interacción padres-hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 169-180.
- Fishman, H. C., Andes, F. y Knowlton, R. (2001). Enhancing family therapy: the addition of a community resource specialist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(1), 111-116. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01143.x>
- Flores, L. M., Ruíz, M., Jiménez, J. y Mercado, S. J. (2017). Influencia de las prácticas parentales y los problemas internalizados y externalizados en sus hijos adolescentes. En L. M. Flores y J. Jiménez (eds.), *Funcionamiento familia y escolar. Estudios evaluativos y de intervención* (pp. 57-75). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Flores-Acuña, E. (2017). Nuevos modelos de familia y léxico español actual. *Tonos digitales: Revista de estudios filológicos*, 32, 1-39.
- Foa, E. B. y Franklin, M. E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders (3ª ed.)* (pp.209-263). Guildford Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastián-aa, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., Lucas-Molina, B., Inchausti, F. y Pérez-Albéniz, A. (en prensa, 2020). Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas del "cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology*, 20(3), 547-561.

- Fontana, M. y Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 54(2), 20-40. <https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.54-Iss.2-Art.290>
- Forehand, R.L. y McMahon, R.J. (1981). *Helping the Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training*. Guilford.
- Franco, N., Pérez, M. Á. y de Dios Pérez, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad y plurinuclearidad en la definición de familia. *Revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Connessioni*, 8, 11-22.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 117-138. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.10876>
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>
- Gallardo-Zanetta, A. M. (2019) Aculturación Parental: Una revisión de los desafíos y ajustes que implica el proceso de aculturación en las cogniciones parentales. *Summa Psicológica UST*, 16(2), 121-129. <https://doi.org/10.18774/0719-448.x2019.16.412>
- Ganzedo-García, A., Fuente-González, P., Chudáčik, M., Fernández-Fernández, A., Suárez-Gil, P. y Suárez-Martínez, V. (2018). Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Atención Primaria*, 51(5), 0-9.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*, 13(2), 197-215.
- García, A. y García, V. (2009). La disciplina familiar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 473-484.

- García, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28(2), 73-81.
- García-Herrera, J. M., Hurtado, L. M., Nogueras, E. V., Bordallo, A., Morales, J. M. (2015). *Guía práctica clínica para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y Salud Mental*. Servicio Andaluz de Salud. <https://bit.ly/2PpSx0y>
- García-Herrero, S., Mariscal, M., Gutiérrez, J. y Ritzel, D. (2013). Using Bayesian networks to analyse occupational stress caused by work demands: Preventing stress through social support. *Accident; Analysis & Prevention*, 57, 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.04.009>
- García-Linares, M. C., Cerezo-Rusiñol, M. T., de la Torre-Cruz, M. J., Carpio-Fernández, C. V. y Casanovas-Arias, P. F. (2011). Prácticas educativas paternas y problemas internalizantes y externalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23(4), 654-659.
- García-Medina, M. I., Estévez-Hernández, I. y Letamendía-Buceta, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 393-407.
- García-Moran, M. C. y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de salud. *Persona*, 19, 11-30. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>
- García-Moya, I., Rivera, F., Moreno, C. y López, A. (2013). Calidad de la relación entre los progenitores y sentido de coherencia en sus hijos adolescentes. El efecto de mediación de la satisfacción familiar. *Anales de Psicología*, 29(2), 482-490. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.138861>
- García-Ramos, J. M., Lacalle-Noriega, M., Valbuena-Martínez, M. C. y Polaino-Lorente, A. P. (2018). Educación y relaciones familiares: ansiedad, depresión y otras variables. *Revista Internacional Jurídica y Empresarial*, 1, 21-44. <https://doi.org/10.32466/eufv-r.i.j.e.2017.1.292.21-44>
- Garreta, E., Beltrán, T. J., y Barceló, M. S. (2018). Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(1), 21-28.

- Generelo, T. C., Gutiérrez, L. C., y de Diego Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Gentile, E. y Fernández, L. (2019). Efectividad de la terapia flora de Bach asociada al tratamiento farmacológico frente al tratamiento farmacológico solo en pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Acta Médica Orreguiana Hampi Runa*, 19(1), 101-108. <http://doi.org/10.22497/ActaMéd.OrreguianaHampiRuna.191.19111>
- Gerencia Regional de Salud Mental. (2018). *Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022* <https://bit.ly/34jznha>
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviours and Experiences: A Meta-Analytic and Theoretical Review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.539>
- Gershoff, ET (2002). El castigo corporal por parte de los padres y las conductas y experiencias infantiles asociadas: una revisión metaanalítica y teórica. *Boletín Psicológico*, 128(4), 539.
- Giannota, F., Ortega, E., y Statin, H. (2013). An attachment parenting intervention to prevent adolescents' problem behaviours: a pilot study in Italy. *Child & Youth Care Forum*, 42, 71-85. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9189-3>
- Gil-Bernal, F. y Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Giménez-Hernández, M. (2005). Optimismo y pesimismo. Variables asociadas en el contexto escolar. *Pulso*, 28, 9-23.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- Gómez-Beneyto, M. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad y Política Social. <https://bit.ly/3rgqoX1>
- Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., Martín-de-Francisco, C. y Crespo, M. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de estrés postraumático por accidente ferroviario. ¿Éxito terapéutico o evitación? *Clínica y Salud*, 29(2), 101-104. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a15>
- Gómez-Muzzio, E. y Muñoz-Quinteros, M. M. (2014). *Escala de parentalidad positiva. Manual*. Fundación ideas para la infancia.

- González, F. L. V., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, Á. J., y Ferraces, M. J. (2019). El impacto del reforzamiento ambiental reducido en la predicción de la severidad de la depresión en cuidadores. *Anales de Psicología*, 35(3), 357-363. <https://doi.org/10.6018/analesps>
- González-Abarca, A. J., Ramos-Corrales, J., Nolasco-García, E. A., Lara-Flores, A., Ramírez-Piedras, A., Márquez-Alcaraz, M. E., Illán-López, O. C. y Amaya, M. R. (2014). Depresión y suicidio. *Revista Médico-Científica de la secretaria de Salud Jalisco*, 1, 47-55.
- González-Arratía, N. I., Valdez, J. L., Serrano, J. M. (2003). Autoestima en jóvenes universitarios. *Ciencia Ergo Sum*, 10(2), 173-179.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., Hernández-Hita, F., Pérez-Poo, T., Cano-Videl, A. y Grupo de Investigación PsiAP. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. Elsevier, 23, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- González-García, H., Pelegrín, A. y Almagro, L. M. (2019). Padres autoritarios e ira en deportistas y practicantes de actividad física. *Acción Psicológica*, 16(2), 57-72. <https://doi.org/10.5944/ap.16.2.24331>
- González-Pienda, J. A., Núñez, J. C., Rocas, C., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R., Valle, A., Cabanach, R. G., Rodríguez, S. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477.
- González-Smith, I., Pérez-Sosa, O. R. y Piñeda Aguilar, J. (2018). La familia en la potenciación de la autoestima en los hijos e hijas. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://bit.ly/3w4YGA9>
- Gordon, T. (1975). *Parent Effectiveness Training*. Peter Wyden.
- Gottman, J. y De Claire, J. (1997). *Inteligencia emocional e a arte de educar nossos filhos* (29ª ed.). Editorial Objetiva.
- Gould, N. y Richardson, J. (2006) Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders: developing an integrated

- evidence-based perspective for health and social care. *Journal of Children's Services*, 1(4), 47-60. <https://doi.org/10.1108/17466660200600031>
- Gracia, E. y Bonilla-Algovia, E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1), 54-67. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.035>
- Gracia, F. J., Silla, I., Peiró, J. M. y Fortes-Ferreira, L. (2006). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados. *Psicothema*, 18(2), 256-262.
- Grau-Muñoz, A., y Navas-Saurin, A. (junio de 2012). Ladrones de tiempo, maternidades ubicuas y coocrianzas en proyecto. Imágenes alrededor de los tiempos de crianza y su reparto familiar. En I. Vázquez (Coord.), *Investigación y género. Inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género* (pp. 789-810). Universidad de Sevilla.
- Greenley, R. N., Holmbeck, G. y Rose, B. (2006). Predictors of parenting behaviour trajectories among families of young adolescents with and without Spina Bífida. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(10), 1057-1071. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj011>
- Gregory, A. M. y Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: what we've learned and where we're heading. *Clinical child and family psychology review*, 10(3), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0022-8>
- Griest, D.L. y Wells, K. C. (1983). Behavioral family therapy with conduct disorders in children. *Behavior Therapy*, 14(1), 37-53. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(83\)80086-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(83)80086-0)
- Grima, J. S. (2020). Inteligencia emocional: retrato e importancia en profesionales de la salud (trabajadores del sector fitness, cirujanos y podólogos). *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información*, 25(2), 23-40. [http://doi.org/10.35742/rcci.2020.25\(2\).23-40](http://doi.org/10.35742/rcci.2020.25(2).23-40)
- Grusec J. E. y Danyliuk T. (2014). *Parents' Attitudes and Beliefs: Their Impact on Children's Development*. <https://bit.ly/3viNmQ7>
- Guardamino, J. (2007). *La autoestima: técnicas y estrategias*. Narcea.
- Gueron-Sela, N., Atzaba-Poria, N., Barak-Levy, Y., Meiri, G. y Yerushalmi, B. (2011). Links between paternal depressive symptoms, parental sensitivity

- and children's responsiveness: A study on Israeli children with feeding disorders. *Family Science*, 2(2), 87-97. <https://doi.org/10.1080/19424620.2011.641333>
- Guerra-Santiesteban, J. R., Gutiérrez-Cruz, M., Zavala-Plaza, M., Singre-Álvarez, J., Goosdenovich-Campoverde, D. y Romero-Frómeta, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177.
- Guerrero, E. (1996). Estrés, ansiedad y depresión. *Trabajos de la enseñanza*, 172, 37-39.
- Guerrero-Barona, E., Sánchez-Herrera, S., Moreno-Manso, J. M., Sosa-Baltasar, D. y Durán-Vinagre, M. Á. (2019). El autoconcepto y su relación con la inteligencia emocional y la ansiedad. *Psicología Conductual*, 27(3), 455-476.
- Guevera-Gazca, M.P. y Galán-Cueva, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1, 47-55. <https://doi.org/10.5461/rlmc.v1.n1.06>
- Guillén, D. M. G. (2004). Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. *Labor Hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, 274, 89-142.
- Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., São-Romão-Preto, L., Granados-Gámez, G., Gutiérrez-Puertas, V., y Aguilera-Manrique, G. (2019). Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing students. *Nurse education in practice*, 34, 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.010>
- Gutiérrez-Trigo, J. M. y Márquez-Vázquez, R. (2021). Relación de las estrategias de afrontamiento cognitivas con sintomatología de ansiedad y depresión. *Apuntes de Psicología*, 38(1), 35-41.
- Guzmán-Huayamave, K., Bastida-Benavides, B. y Mendoza-Sangacha, M. (2019). Estudio del rol de los padres de familia en la vida emocional de los hijos. *Apuntes universitarios*, 9(2), 61-72. <https://doi.org/10.17162/au.v9i2.360>
- Haggerty, K. P., MacKenzie, E. P., Skinner, M. L., Harachi, T. W. y Catalano, R. F. (2006). Predicting participation in parents who care: Program initiation and exposure in two different formats. *Journal of Primary Prevention*, 27, 47-65. <https://doi.org/10.1007/s10935-005-0019-3>

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (2.<sup>a</sup> ed.) Desclée de Brouwer.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Paidós.
- Healy, W. J. y Bronner, A. F. (1926). *Delinquents and criminals: their making and unmaking*. MacMillan.
- Henares, J., Ruiz-Pérez, I., y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34, 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Herdman, M., Castenholz, R. W., Itehan, I., Waterbury, J. B. y Rippka, R. (2001). The Archaea and the deeply branching and phototrophic bacteria. En D. R. Boone y R. W. Castenholz (Eds.), *Bergey's Manual of Systematic Bacteriology* (2.<sup>a</sup> ed.) (pp 493–514). Springer Verlag.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.<sup>a</sup> edición). McGraw Hill.
- Hernández, C. A., González, A. M. V., San Pedro, L. R. y Ganén, M. S. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. Cienfuegos 2014. *Medisur*, 15(3), 341-349.
- Hernández-Carrillo, M., Botero-Carvajal, A., Jiménez-Urrego, Á.M., Gutiérrez-Posso, A.G. y Miranda-Bastidas, C.A. (2019). Prevalencia de trastornos mentales en menores de edad atendidos en un hospital psiquiátrico departamental. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 29-33. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69129>
- Hernández-Martínez, V. A., Calixto-Guerra, B. y Aguilar-Castañón, I. E. (2012). Aspectos psicológicos de familiares de personas diagnosticadas con Trastorno del Espectro Autista (TEA). *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 14(1), 73-90.

- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). <https://bit.ly/3u9m7WQ>
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Price, A., Ukoumunne, O. C., Rogers, S. y Wake, M. (2008). Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomized trial. *BMJ*, 336(318), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmj.39451.609676.AE>
- Iadarola, S., Levato, L., Harrison, B., Smith, T., Lecavalier, L., Johnson, C., Swiezy, N., Bearss, K. y Scahill, L. (2017). Teaching Parents Behavioral Strategies for Autism Spectrum Disorder (ASD): Effects on Stress, Strain, and Competence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1031-1040. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3339-2>
- Ibabe, I. (2015). Predictores familiares de la violencia filio-parental: el papel de la disciplina familiar. *Anales de psicología*, 31(2), 615-625. <http://doi.org/10.6018/analesps.31.2.174701>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J. y Gaínza-Tejedor, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la Metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 204-215. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2840>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Encuesta nacional de salud 2011-2012*. <https://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (21 de octubre de 2015). *Encuesta Europea de Salud en España*. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. <https://www.ine.es/prensa/np937.pdf>
- Ishak, Z., Low, S. F. y Lau, P. L. (2011). Parenting style as a moderator for students' academic achievement. *Journal of Science Education and Technology*, 21, 487-493. <https://doi.org/10.1007/s10956-011-9340-1>
- Izzedin-Bouquet, R. y Cuervo-Martínez, A. (2009). Conceptualización, factores asociados y estrategias de autorregulación de la tristeza en niños y niñas de 10 años. *Tesis Psicológica*, 4, 52-71.
- Izzedin-Bouquet, R. y Pachajoa-Londoño, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza. Ayer y hoy. *Liberabit*, 15(2), 109-115.

- Jackson, D. (1977). *El problema de la homeostasis familiar. En comunicación, familia y matrimonio*. Nueva Visión.
- Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares: desafío para la educación del siglo XXI. *Revista de Psicología*, 21(2), 272-289. <https://doi.org/10.18800/psico.200302.002>
- Jiménez, L. A. (2016). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 101-112. <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>
- Jiménez-Figueroa, A., González-Escobar, C. y Reyes-Pavez, D. (2009). Satisfacción familiar y laboral de mujeres con distintas jornadas laborales en una empresa chilena de servicios financieros. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 77-83.
- Jiménez-Figueroa, A., Mendiburo-Subiabre, N.P. y Olmedo-Fuentes, P.A. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 317-329.
- Jones, B.L., Hill, E.J. y Miller, R. B. (2020). Family routines and family satisfaction in Singapore: work-family fit as a moderator. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 58, 24-45. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12215>
- Jonyniene, J., Kern, R. M. y Gfroerer, K. P. (2015). Efficacy of Lithuanian Systematic Training for Effective Parenting (STEP) on Parenting Style and Perception of Child Behaviour. *The Family Journal*, 23(4), 392-406. <https://doi.org/10.1177/1066480715574473>
- Jorge, E. y González, C. (2018). Estilo de crianza percibidos y su relación con variables sociodemográficas en adultos que consultan por sus hijos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 21(2), 639-662.
- Jorge, E. y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Jurado-Pérez, V., Álvarez-Aguirre, A., Vázquez-Raya, A. y Moreno-González, M.M. (2017). Estrés familiar en padres con hijos adolescentes. Jóvenes en la ciencia. *Revista de divulgación científica*, 3(2), 481-485.

- Kahneman, D. (2003). Objective happiness. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (eds.), *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). Russell Sage Foundation.
- Ka-Lok-Cheung, A. (2014). Hiring domestic help and family well-being in Hong Kong: a propensity matching. *Journal of Comparative Family Studies*, 45(4), 475-495.
- Ka-Lok-Cheung, A. y Park, H. (2016). Single parenthood, parental involvement and student's educational outcomes. *Marriage & Family Review*, 52(1-2), 15-40. <https://doi.org/10.1080/01494929.2015.1073650>
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behaviour change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452. <https://doi.org/10.1177/014544557714001>
- Kazdin, A. E. (1985). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y en la adolescencia*. Martínez Roca.
- Kazdin, A. E. (1995). Scope of child and adolescent psychotherapy research: Limited sampling of dysfunctions, treatments, and client characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(2), 125-140. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2402\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2402_1)
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-78.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6ª ed.). Wadsworth.
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (2006). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Kazdin, A. E. y Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00195>
- Kazdin, A.E. y Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36.
- Keating, A., Sharry, J., Murphy, M., Rooney, B. y Carr, A. (2016). An evaluation of the Parents Plus – Parenting When Separated programme. *Clinical Child*

- Psychology and Psychiatry*, 21(2), 240-254.  
<https://doi.org/10.1177/1359104515581717>
- Kehoe, C. E., Havighurst, S. S. y Harley, A. E. (2014). Tuning in to teens: Improving parent emotion socialization to reduce youth internalizing difficulties. *Social Development*, 23(2), 413-431.  
<https://doi.org/10.1111/sode.12060>
- Kelley, M. L., Grace, N. y Elliott, S. N. (1990). Acceptability of positive and punitive discipline methods: Comparisons among abusive, potentially abusive, and nonabusive parents. *Child Abuse & Neglect*, 14(2), 219-226.  
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90032-o](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90032-o)
- Kendler, K. S., Gardner, C. O. y Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *The American journal of psychiatry*, 163(1), 115-124. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.115>
- Keyser, D., Ahn, H. y Unick, J. (2017). Predictores de problemas de conducta en niños pequeños de 3 a 9 años: el papel de los factores maternos e infantiles. *Child and Youth Services Review*, 82, 149-155.
- Kim, J. (2015). How to Choose the Level of Significance: A Pedagogical Note. *Munich Personal RePEc Archive*. <https://bit.ly/3bM9VoM>
- Klein, C. F. (2008). Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. *Universitas Psychologica*, 7(2), 468-468.
- Laca-Arocena, F. A., Mejía-Ceballos, J. C. y Gondra-Rezola, J. M. (2006). Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como componente de la salud mental. *Psicología y Salud*, 16(1), 87-92.  
<https://doi.org/10.25009/pys.v16i1.796>
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians Health and Welfare Canada*. Ministry of Supply and Services.
- Lamas, R. M., Colín, R. y González, A. (2020). Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 63(6), 20-30.  
<http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.03>
- Larraz-Rábanos, N., Urban-Ladrero, E. y Antoñanzas-Laborda, J. L. (2020). La satisfacción con la familia y su relación con la agresividad y la inteligencia

- emocional en adolescentes. *Know and Share Psychology*, 1(4).  
<http://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4247>
- Laursen B., Coy, K.C. y Collins, W.A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Children Development*, 69(3), 817-832.
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., y van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312-317.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Leon-Sanromà, M., Mínguez, J., Ceredo, M. J. y Téllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 46(1), 4-5. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.002>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Bethell, A., Robertson, L. y Bisson, J. I. (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), 1-80.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>
- Li, Y. y Ahlstrom, D. (2016). Emotional stability: A new construct and its implications for individual behaviour in organizations. *Asia Pacific Journal of Management*, 33(1), 1-28. <https://doi.org/10.1007/s10490-015-9423-2>
- Liles, B.D., Newman, E., LaGasse, L.L., Derauf, C., Shan, R., Smith, L.M., Arria, A.M., Huestis, M.A., Haning, W., Strauss, A., DellaGrotta, S., Dansereau, L.M., Neal, C. y Lester, B.M. (2012). Perceived Child Behavior Problems, Parenting Stress, and Maternal Depressive Symptoms Among Prenatal Methamphetamine users. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(6), 943-957.
- Llorente, G. Á. (2009). Determinantes del compromiso organizacional. ¿Están los trabajadores a tiempo parcial menos comprometidos que los trabajadores a tiempo completo? *Cuadernos de estudios empresariales*, 18, 73-88.
- Lochman, J. E. y Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.
- Lochman, J. E. (1985). Effects of different treatment lengths in cognitive behavioral interventions with aggressive boys. *Child Psychiatry and Human Development*, 16(1), 45-56.

- Lochman, J. E. y Wells, K. C. (2002). The Coping Power Program at the middle school transition: universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviours*, 6(4), 40-54.
- Lochman, J. E., Wells, K. C. y Murray, M. (2007). The Coping Power Program: Preventive intervention at the middle school transition. En P. Tolan, J. Szapocznik, y S. Sambrano. *Preventing substance abuse: Science-based programs for children and adolescents* (pp. 185-210). American Psychological Association.
- Lock, S. y Barrett, P. M. (2003). A Longitudinal Study of Development Differences in Universal Preventive intervention for Child Anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M. y Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 465-481. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.465>
- López-Arana, E. L. y Barandiaran-Arteaga, A. (2018). Vivencias sobre la maternidad: aspectos que tener en cuenta en la promoción de la salud.
- López-Ibor-Aliño, J. J. y Valdés-Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. 1ª ed. Masson.
- López-Sánchez, F. (2017). Conflictos entre padres e hijos. *Revista Adolescere*, 5(1), 70-80.
- Losada, A. V. y Marmo, J. (2019). *Manual de Psicología de la Familia*. Educa.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lozano-Rodríguez, I. y Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85-101.
- Luengo-Rodríguez, T. y Rodríguez-Sumanza, C. (2013). Análisis comparativo de la satisfacción familiar en estructuras nucleares y recompensas. En F. Expósito, I. Valor-Segura, M. Vilariño y A. Palmer (Eds.), *Psicología jurídica*

- aplicada a los problemas sociales* (pp. 19-27). Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense.
- Luengo-Rodríguez, T. y Román-Sánchez, J. M. (2006). Estructura y satisfacción parental. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 455-490.
- Lumbreras, B. y Hernández-Aguado, I. (2008). El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 216-222. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76095-3](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76095-3)
- Luna-Bernal, A. C. (2012). Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta colombiana de psicología*, 15(1), 77-85.
- Lundahl, B. W., Nimer, J. y Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis os Parenting Training Programs. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 251-262. <https://doi.org/10.1177/1049731505284391>
- MacCoby, E. y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology (Vol. 4) Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). John Wiley.
- Machargo, J. (1991). *El profesor y el Autoconcepto de sus alumnos: teoría y práctica*. Editorial Escuela Española.
- Machimbarrena, J. M., González-Cabrera, J. y Garaigordobil, M. (2019). Variables familiares relacionadas con el bullying y el cyberbullying una revisión sistemática. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 37-56. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.vfrb>
- MacKenzie, E. P., Fite, P. J. y Bates, J. E. (2004). Predicting outcome in behavioral parent training: Expected and unexpected results. *Child and Family Behavior Therapy*, 26(2), 37-54.
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A. y Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(11), 627-635. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x>
- Maldonado, K., Lobos, K., Novella, F. y Troncoso, M. (2020). Necesidades en salud de los cuidadores informales de adolescentes con depresión. *Revista Confluencia*, 2(1), 95-99.

- Mansilla, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de investigación en Psicología*, 3(2), 105-116.
- Markowitz, C. (2007). Depressed Mothers, Depressed Children. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1086-1088. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08060861>
- Martin, A. J. y Sanders, M. R. (2003). Balancing work and family: a controlled evaluation of the triple-p positive parenting program as a work-site intervention. *Child and adolescent mental health*, 8(4), 161-169. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00066>
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A. e Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 37, 20-21.
- Martínez, L. A. J. (2019). *Asociación entre trastorno de depresión mayor y polimorfismos de nucleótido sencillo en los genes relacionados con el transporte de las hormonas tiroideas rs10770704 y rs10444412 (OATP1C1) y con su activación rs225014 (DIO2)* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Querétaro]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/2PhY6hz>
- Martínez, M. y López, D. N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 101-107.
- Martínez, M., y García, M. C. (2011). Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 9(2), 535-545.
- Martínez-Barrondo, S., Saiz-Martínez, P. A. y García-Portillo-González, M. P. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Jano: Medicina y Humanidades*, 1714, 9-14.
- Martínez-González, L., Olivera-Villanueva, G. y Villareal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 99-104.
- Mason, W. A., January, S. A. A., Fleming, C. B., Thompson, R. W., Parra, G. R., Haggerty, K. P. y Snider, J. J. (2016). Parent training to reduce problem behaviours over the transition to high school: Tests of indirect effects

- through improved emotion regulation skills. *Children and Youth Services Review*, 61, 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.022>
- Mateo-Canedo, C., Laura-Andrés, M., Canet-Juric, L. y Rubiales, J. (2019). Influencia de las estrategias cognitivas de regulación emocional en el bienestar subjetivo y psicológico en estudiantes universitarios. *LIBERABIT. Revista Peruana De Psicología*, 25(1), 25-40. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.03>
- Mateo-Cristótomó, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Hernández-Ramírez, G. y Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consume de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health and addictions*, 18(2), 195-205. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.378>
- Matienzo-Manrique, M. E. (2020). Aporte del funcionamiento familiar en las conductas antisociales en estudiantes de secundaria. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(1), 8-17. <https://doi.org/10.35626/casus.1.2020.233>
- Matsumoto, Y., Sofronoff, K. y Sanders, M.R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program. Japanese society. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 87-91. <https://doi.org/10.1037/a0018181>
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L. y Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring Maternal Depression and Maternal Negativity in Predicting Young Children's Emotion Regulation and Socioemotional Difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 685-703.
- McLeod, B. D., Smith, M. M., Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R. y Kendall, P. C. (2015). Measuring treatment differentiation for implementation research: The Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy Revised Strategies Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 314-325. <https://doi.org/10.1037/pas0000037>
- McMahon, D.M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Taurus.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. (2003). *Helping the non-compliant child: Family based treatment for oppositional behaviour (2ª ed.)*. Guildford Press.
- Meléndez, J. C., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores: factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.

- Méndez, M., Andrade, P. y Peñaloza, R. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 99-118.
- Merchán-Gavilánez, M. L., Márquez-Allauca, V. M., Yáñez-Palacios, J. F. y Estrella-Acencio, L. P. (2021). Estilos de crianza ante la violencia infantil. *RECIAMUC*, 5(1), 416-429. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.416-429](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.416-429).
- Mestre Escrivá, M. V., Tur, A.M., Samper, A., Nácher, M.J. y Cortés, M.T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.
- Miedaner, T. (2002). Coaching para el éxito (Crecimiento personal). Urano.
- Milena, A. P., Milena, R. P., Fernández, M. L. M., Helmling, F. J. L., Gallardo, I. M. y Pulido, I. J. (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención primaria*, 39(2), 61-65.
- Mingote-Adán, J. C., Menjón-Beltrán, F. y Mingote-Bernad, B. (2019). Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. *Aperturas Psicoanalíticas*, 62, 1-18.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. <https://bit.ly/34b3Yxd>
- Minuchin, S., Lee, Y. y Simón, G.M. (2010). *Arte de la terapia familiar*. Paidós.
- Mirabile, S. P., Oertwig, D. y Halberstadt, A. G. (2016). Parent emotion socialization and children's socioemotional adjustment: when is supportiveness no longer supportive? *Social Development*, 27(3), 466-481. <https://doi.org/10.1111/sode.12226>
- Montalbán, M. V. (1998). *La literatura en la construcción de la ciudad democrática*. Crítica.
- Montenegro, A. O. y Soler, L. M. (2013). Institutionalized older: Rating of satisfaction and well-being in a religious nursing home. *Gerokomos*, 24, 18-21.
- Montenegro, M., Córdoba, P., Córdoba-Rosenow, P. y García-Payares, A. (2017). Caracterización del Bienestar Subjetivo mediante la aplicación de la Escala de Satisfacción Vital de Ed Diener en estudiantes de la Corporación

- Universitaria Antonio José de Sucre en Sincelejo durante el primer semestre del año 2015. *Revista Encuentros*, 15, 145-156. <http://dx.doi.org/10.15665/re.v15i2.613>
- Montorio-Cerrato, I. M. y Fernández-de Troconiz, M. I. (1992). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Síntesis.
- Moon, S. S., Kim, Y. J., Jang, S. M., Yoon, S. y Kim, J. (2016). Preventing substances abuse among adolescents. Evaluation of an integrated model combining life skills training and parent training. *People: International Journal of Social Science*, 2(1), 555-576. <https://doi.org/10.20319/pijss.2016.s21.555576>
- Mooney, S. (1995). Parent training: a review of Adlerian, Parent Effectiveness Training, and behavioral research. *Family Journal*, 3, 218-230. <https://doi.org/10.1177/1066480795033005>
- Moore, P. S., Whaley, S. E. y Siegman, M. (2004). Interactions between mothers and children; impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 471-476.
- Morales-Castillo, M. (2020). Las creencias parentales en el proceso de crianza y sus relaciones con el comportamiento adolescente. *Psicología USP*, 31, 1-12. <http://doi.org/10.1590/0103-6564e190052>
- Morales-Castillo, M., Aguirre-Dávila, E., y Durán-Urrea, L. (2019). Los contenidos de la formación parental y sus implicaciones en el comportamiento de los adolescentes: elementos desde una revisión. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 224-238. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181111>
- Mora-Torres, M. R., Gómez-Cortés, M. y Rivera-Heredia, M. E. (2013). La satisfacción marital y los recursos psicológicos en las parejas con y sin hijos pequeños en pro del bienestar familiar. *Uaricha*, 10(22), 79-96.
- Moreno, J. H., Espada, J. P. y Gómez, M. I. (2020). Role of parenting styles in internalizing, externalizing, and adjustment problems in children. *Salud mental*, 43(2), 73-84. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.011>
- Moreno-León, A. A., Ochoa, Y. D. y Díaz-Quintero, D. S. (2017). Pautas y estilos de crianza presentes en las familias hondureñas en el año 2015. *Revista Ciencia y Tecnología*, 20, 173-187. <https://doi.org/10.5377/rct.v0i20.5502>

- Mulberger, A., Balltandre, M., Montero-Pich, Ó. y Graus, A. (2015). La psicología en la revista médica de Barcelona: psicoterapia, higiene mental y moral. *Nova Época*, 8, 57-83. <https://doi.org/10.2436/20.2006.01.190>
- Muñoz, M. A. C., Morales, C. M., Tello, F. N. y Condor, C. L. B. (2020). Satisfacción familiar, depresión y rendimiento académico en adolescentes de un Colegio Estatal de Huánuco, Perú. *Boletín Redipe*, 9(2), 197-210.
- Muñoz-González, L. A., Price-Romero, Y. M., Reyes-López, M., Ramírez, M. y Costa-Stefanelli, M. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 32-39. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100005>
- Muñoz-Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, 5(2), 147-163.
- Namayandeh, H., Juhari, S. N. y Yaacob, J. (2011). The influences of work support and family support on work-family conflict (W-FC) among married female nurses in Shiraz-Iran. *Journal of American Science*, 6(12), 534-540.
- Naoki, Y., Matsuda, Y., Maeda, I., Kamino, H., Kozaki, Y., Tokoro, A., Maki, N. y Takada, M. (2018). Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home. *Palliative and Supportive Care*, 16, 260-268. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000232>
- Naranjo-Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista de Educación*, 33(2), 171-190.
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Júdez, J., Martínez, S., Kessler, R. C. y Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLOS ONE*, 10(9), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>
- Navas-Orozco, W. y Vargas-Baldares, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.

- Nerín, I., Crucelaegui, A., Novella, P., Beamonte, A., Sobradíel, N., Bernal, V. y Gallardo, P. (2014). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de bronconeumología*, 41(9), 493-498. <https://doi.org/10.1157/13078651>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2006). *Parent training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. <https://bit.ly/3yCW11N>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (November, 2017). *Bipolar disorder*. National Institute of Mental Health. <https://bit.ly/2RGEyFa>
- Nathalie, A. C., Díaz, D. C. y Ramírez, L. F. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, 25(143), 77-88.
- Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 1-28.
- Núñez, M. T. S., Fernández-Berrocal, P., Rodríguez, J. M., y Postigo, J. M. L. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 455-474.
- Núñez-Jiménez, C. y Vázquez-Fernández, M. E. (2018). Habilidades de comunicación con la familia. En AEPAP (ed.), *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 283-292). Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-de León, E., Martínez-Becerra, B. A., y Miranda-Moreno, R. (2006). Efectos a corto plazo de un programa educativo "Escuela para padres" sobre el ambiente familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(6), 519-527.
- Obaya-Prieto, C. (2018). Eficacia de la terapia psicoeducativa grupal de reducción de estrés basada en "atención plena/mindfulness" en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(3), 57-69.
- Oberst, U., Ibarz, V. y León, R. (2004). La psicología individual de Alfred Adler y la psicosis de Olivér Brachfeld. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67, 31-44.
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G. y Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder:

- results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 24(2), 172-183.
- Olivares, J. F., Méndez, F. X. y Ros, M. C. (2002). El tratamiento de los padres en contextos clínicos y de la salud. En V. Caballo y M.A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 127-156). Pirámide.
- Olivares, J. F., Méndez, F. X. y Maciá, D. (1996). *Tratamientos conductuales en la infancia y adolescencia. Bases históricas, conceptuales y metodológicas. Situación actual y perspectivas futuras*. Pirámide.
- Olsson, E. (2009). The Role of Relations: Do Disadvantaged Adolescents Benefit More from High-Quality Social Relations? *Acta Sociológica*, 52, 263-286.
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista de Psiquiatría Universitaria*,9(1), 85-90.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. <https://bit.ly/34dcsEk>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. <https://bit.ly/2Sndt9Y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013a). *Salud mental: un estado de bienestar*. [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013b). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. <https://bit.ly/3upMmZr>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En OMS (ed.), *Documentos básicos. 48ª edición* (pp. 1-21). Biblioteca de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (30 de enero de 2020). *Depresión*. <https://bit.ly/3vbVfqx>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (28 de noviembre de 2019). *Trastornos mentales*. <https://bit.ly/3wwdmI4>

- Orgilés, M., Penosa, P., Morales, A., Fernández-Martínez, I. y Espada, J. P. (2018). Maternal anxiety and separation anxiety in children aged between 3 and 6 years: the mediating role of parenting style. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatric*, 39(8), 621-628. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000593>
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R. y Enokido, M. (2013). Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender specific manner. *BMC Psychiatry*, 13(1), 345. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-345>
- Ovalle-Peña, O., Alejo-Riveros, A., Tarquino-Bulla, L. C. y Prado-Guzmán, K. (2017). Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 211-217. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59004>
- Padilla, J. P., Lara, B. L. y Álvarez-Dardet, S. M. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1), 47-57.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo social. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 267-284). Pirámide.
- Palacios, M. D., Conforme-Zambrano, E. G., Villavicencio, F., Arpid, N., Clavijo, R. y Mora, C. (2018). Manifestaciones de control de padres y madres de familia en Cuenca, Ecuador, sobre sus hijos de entre 5 y 12 años. *Perspectivas*, 3(1), 44-58. <https://doi.org/10.22463/25909215.1423>
- Palacios-Delgado, J. R. y Andrade-Palos, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinar*, 7(7), 7-18.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLOS ONE*, 9(8), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Parke, R. D., Coltrane, S., Duffy, S., Buriel, R., Dennis, J., Powers, J., French, S. y Widaman, K. F. (2004). Economic stress, parenting, and child adjustment in

- Mexican American and European American families. *Child development*, 75(6), 1632-1656. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00807.x>
- Parsons, B. V. y Alexander, J. F. (1973). Short-term family intervention: A therapy outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 195-201. <https://doi.org/10.1037/h0035181>
- Patall, E. A., Cooper, H. y Robinson, J. C. (2008). Parent Involvement in Homework: A Research Synthesis. *Review of Educational Research*, 78(4), 1039-1101.
- Patterson, G. R. (1968). Direct intervention in families of deviant children. *ERIC Document Reproduction Service*. <https://bit.ly/3vgV2SR>
- Patterson, G. R. (1976). Living with Children: New methods for parents and teachers. *B.A.B.P. Bulletin*, 5(2), 34-35. <https://doi.org/10.1017/S2041348300014294>
- Patterson, G. R. y Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of parent resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00006.x>
- Pattusamy, M. y Jacob, J. (2015). Testing the mediation of work-family balance in the relationship between work-family conflict and job family satisfaction. *South African Journal of Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/0081246315608527>
- Pavlov, I. P. (1997). *Los reflejos condicionados: lecciones sobre la función de los grandes hemisferios*. Ediciones Morata.
- Pelegrín, A. y Garcés de los Fayos, E. J. (2009). Análisis de las variables que influyen en la adaptación y socialización: el comportamiento agresivo en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 15(2-3), 131-150.
- Peña-de León, D., Mejía-Martínez, K., Ruíz-Chow, Á.A., Monsiváis-Ríos, R. y Álvarez-Bernal, C.A. (2020). Escala de síntomas cognitivos en depresión (EsADFUN). *Archivos de Neurociencias*, 24(4), 14-22.
- Pérez, D. (2019). *El arte de educar. Manual para familias y educadores*. Editatum.
- Pérez, F. y Santelices, M. P. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 235-244.

- Pérez, F. y Santelices, M. P. (2017). Alianza Triádica Familiar y Salud Mental Parental. *Terapia psicológica*, 35(1), 23-33. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100003>
- Pérez, J., Lorence, B. y Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17, 47-57.
- Pérez-Esparza, R., Kobayashi-Romero, L. F., García-Mendoza, A. M., Lamas-Aguilar, R. M., Vargas-Sosa, M., Encarnación-Martínez, M., González-Manríquez, L. A., Eternod-Rodríguez, S. A., Maltos-Gómez, F., Vargas-Valencia, K. M. y Fonseca-Pérez Amador, A. (2020). Ketamina, un nuevo agente terapéutico para la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 63(1), 6-13. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.1.02>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pérez-Ramos, M. y Aguilar-Villalobos, J. (2009). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud*, 18(1), 111-120. <https://doi.org/10.25009/pys.v19i1.651>
- Pérez-Saussol, C. (2015). "Educar con una sonrisa". *Aprendemos a educar desde el sentido común*. Ibáñez.
- Pérez-Saussol, C. e Iniesta, M. (2020). Eficacia de un programa de entrenamiento a padres para la mejora del bienestar psicológico y la satisfacción familiar: "Educar con una sonrisa" ("Parenting with a smile"). *European Journal of Education and Psychology*, 13(2), 201-218. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i2.36>
- Pi, A. M. y Cobián, A. E. (2016). Clima Familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *Multimed*, 20(2), 437-448.
- Pichardo, M. C., Benavides, A., Romero, M., y García-Berbén, T. (2019). Evaluación del programa "Aprender a Convivir en Casa". Estudio piloto para padres de Educación Infantil. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(1), 149-168. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v17i47.1875>

- Pichot, A. (1993), Histoire de la notion de vie. *Medical History*, 39(3), 379-380.  
<https://doi.org/10.1017/S0025727300060178>
- Pichot, P. (1993). Los conceptos de trastorno del estado de ánimo y de ansiedad: evolución histórica. *Átopos*, 4-13.
- Pinto-da Costa, M. y Neto, F. (2019). Psychometric evaluation of the Portuguese satisfaction with family scale. *Measurement Instruments for the social sciences*, 1(2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s42409-019-0009-5>
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Diamond, B., Farrington, D. P., Tremblay, E. E., Welsh, B. C. y Reingle-Gonzalez, J. M. (2016). A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behaviour and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12, 229-248.  
<https://doi.org/10.1007/s11292-016-9256-0>
- Platsidou, M. y Tsirogiannidou, E. (2016). Mejora de la inteligencia emocional, la comunicación familiar y la satisfacción familiar a través de un programa educativo para padres. *Revista de desarrollo de adultos*, 23(4), 245-253.  
<https://doi.org/10.1007/s10804-016-9240-y>
- Poff, R. A., Zabriskie, R. B. y Townsend, J. A. (2010). Modelling family leisure and related family constructs: A national study of US parent and youth perspectives. *Journal of Leisure Research*, 42(3), 365-391.
- Polaine-Lorente, A. y Cerezo, M. A. (1984). Algunos factores posibilitadores del entrenamiento de padres en modificación de conducta como una alternativa terapéutica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39(6), 457-472.
- Ponce-Díaz, C. (2003). Conductas antisociales-delictivas y satisfacción familiar en grupos de estudiantes de quinto de secundaria de Lima metropolitana pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos. *Revista de Investigación en Psicología*, 6(1), 104-125.
- Poppelaars, E. S., Klackl, J., Pletzer, B., Wilhelm, F. H. y Jonas, E. (2019). Social-evaluative threat: stress response stages and influences of biological sex and neuroticism. *Psychoneuroendocrinology*, 109.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104378>
- Portillo-González, C., Martín-Martín, C. y Hervás-Torres, G. (2020). Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 9-13.

- Portolés-Ariño, A. y González-Fernández, J. (2015). Rendimiento académico y correspondencias con indicadores de salud física y mental. *Revista Técnico-Científica del Deporte Escolar, Educación Física y Psicomotricidad*, 1(2), 164-181. <https://doi.org/10.17979/sportis.2015.1.2.1409>
- Portugal-Fernández, R. y Araúxo-Vilar, A. (2004). El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 54-64.
- Preciado-Duarte, N. Y., Trujillo-Madrigal, D. y Rojas-Espitia, H. F. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y apoyo social percibido en el proceso de hospitalización de la sociedad de cirugía. Hospital de San José de la ciudad de Bogotá-Colombia. *Psychologia*, 12(1), 71-87. <https://doi.org/10.21500/19002386.3263>
- Pugh, G., De' Ath, E. y Smith, C. (1994). *Confident parents and confident children: Policy and practice in parent education and support*. National Children's Bureau.
- Quintana-Peña, A. y Sotil-Brioso, A. (2000). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 29-45. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4990>
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*, 31(2), 167-177. <http://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- Ramírez-Gañán, A. E., Orozco-Quintero, D. y Garzón-Castrillón, M. A. (2020). Gestión de la felicidad, bienestar subjetivo y la satisfacción laboral. *Dimensión Empresarial*, 18(2). <https://doi.org/10.15665/dem.v18i2.2057>
- Ramírez-García, A., González-Fernández, N. y Salcines-Talledo, I. (2018). Vulnerabilidad infantil ante los smartphones: en busca de la competencia parental positiva. *LUMINA*, 12(1), 68-89.
- Ramírez-Lucas, A., Ferrando, M. y Sainz, A. (2015). ¿Influyen los estilos parentales y la inteligencia emocional de los padres en el desarrollo emocional de sus hijos escolarizados en 2º ciclo de educación infantil? *Acción Psicológica*, 12(1), 65-78. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14314>.

- Ramírez-Reyes, J. E. (2019). Entorno familiar y la salud mental en los niños de la unidad educativa Manuel Villamartín Ortiz, año 2019 (Tesis de maestría). Universidad técnica de Babahoyo, Los Ríos, Ecuador.
- Rápida, G. (2007). *Guía práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Laín Entralgo.
- Rechea, C. (2008). *Conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España*. Centro de Investigación en Criminología, 17, 1-61. <https://bit.ly/3lXqIcj>
- Requena, F. (2015). Absence of Support Networks and Welfare Systems. *Social Science Quarterly*, 96(5), 1436-1452.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 61-84.
- Rey, P.C. (2020). Carga social de los trastornos mentales. *Psiquiatría.com*, 24, 1-21.
- Reyno, S. M. y McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behaviour problems -a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Richardson, J. y Joughin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. Gaskell.
- Richaud-de Minzi, M. C., Lemos, V. e Illesurado, B. (2011). Relaciones entre la percepción que tienen los niños de relación y de la empatía de los padres y a conducta prosocial en la niñez media y tardía. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(2), 330-343.
- Rickard, E. D., Brosnan, E., O'Laoide, A., Wynne, C., Keane, M., McCormack, M., Sharry, J. (2016). A first-level evaluation of a school-based family programme for adolescent social, emotional and behavioural difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), 603-617. <https://doi.org/10.1177/1359104515603216>
- Rivera, D., Indacochea, L., Caverro, O., Vallejo, R. y Díaz, K. (2017). La autorregulación y la disciplina escolar de los estudiantes de bachillerato. *Augusto Guzzo Revista Académica*, 1(20), 61-72. <https://doi.org/10.22287/ag.v1i20.564>

- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A. y Iraurgi, I. (2011). El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicósomáticos. *Clínica y Salud, 2*, 175-186.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., y Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(3), 445-462.
- Rivillas, J. (2014). Encuentros y desencuentros: familia y escuela. Barreras y desafíos para la formación. *Revista Infancias Imágenes, 13*(2), 159-166.
- Robles, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa para padres* [Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/2QQql8i>
- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con -problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología, 27*(1), 86-101.
- Robles-Ortega, H. y Peralta-Ramírez, M.I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Ediciones Pirámide.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE Ediciones.
- Rodrigo, M. J., Almeida, A., Spiel, C. y Henderikus-Koops, W. R. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology, 9*(1), 2-10.
- Rodrigo-López, M. J., Máiquez-Chávez, M. L., Martín-Quintana, J. C., Byrne, S. y Rodríguez-Ruiz, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. En M. J. Rodrigo, M. L. Máiquez, J. C. Martín, S. Byrne, B. Rodríguez (Coord.), *Manual práctico de parentalidad positiva* (pp. 25-43). Síntesis.
- Rodrigo-López, M. J., Martín-Quintana, J. C., Cabrera-Casimiro, E. y Máiquez-Chaves, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention, 18*(2), 113-120.
- Rodrigo-López, M. J., Máiquez-Cháves, M. L., Martín-Quintana, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Pirámide.

- Rodríguez, J. A. P., Linares, V. R., González, A. E. M., y Guadalupe, L. A. O. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Rodríguez, M. Á., Del Barrio, M. V. y Carrasco, M. Á. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*, 2(2), 10-18.
- Rodríguez-Hernández, G. (2019). El rol eudemónico y hedónico de la felicidad en una población con altos niveles de satisfacción con la vida. *International Journal of Social Psychology*, 34(2), 242-255. <https://doi.org/10.1080/02134748.2019.1576323>
- Rodríguez-Mateo, H., Luján-Henríquez, I., Díaz-Bolaños, C.D., Rodríguez-Trueba, J.C. y González-Sosa, Y. (2018). Satisfacción familiar, comunicación e inteligencia emocional. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 117-128.
- Rodríguez-Rodríguez, I. M., García-López, T., Martín-González, J. A., Campos-Serrano, A., Cabrera-Rodríguez, A. y Jiménez-Anero, R. (2018). Aspectos psicológicos de los padres de niños con labios leporinos. En ASUNIVEP (ed.), *Avances de investigación en salud. Volumen IV* (pp. 39-43). Artes Gráficas Salvador.
- Rodríguez-Salón, R. (2010). Juventud, familia y posmodernidad: (des)estructuración familiar en la sociedad contemporánea. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 20(57), 39-55.
- Roizblatt, A., Leiva, V. M. y Maida, A. M. (2018). Separación o divorcio de los padres. Consecuencias en los hijos y recomendaciones a los padres y pediatras. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 166-172.
- Rojas, G., Araya, R. y Lewis, G. (2005). Comparing sex inequalities in common affective disorders across countries: Great Britain and Chile. *Social Science and Medicine*, 60(8), 1693-1703. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.030>
- Rojas-Carrasco, K. E. (2010). Validación del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 491-496.

- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. y Gómez-Fraguela, X. A. (2017). Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. *Adicciones*, 29(3), 150-162.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A. y Robles, Z. (2013). *EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles*. TEA Ediciones.
- Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., y Gómez-Fraguela, J. A. (2009). EmPeCemos: Un programa multicomponente para la prevención indicada de los problemas de conducta y el abuso de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 4, 420-447.
- Romero-González, M., Marín, E., Guzmán-Parra, J., Navas, P., Aguilar, J. M., Lara, J. P. y Barbancho, M. Á. (2020). Relación entre estrés y malestar psicológico de los padres y problemas emocionales y conductuales en niños preescolares con trastorno del espectro autista. *Anales de Pediatría*, 94(2), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.012>
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de un caso clínico con elevada comorbilidad de trastornos emocionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79-91.
- Rubio, F. J., Trillo, M. P. y Jiménez, M. C. (2020). Programas grupales de parentalidad positiva: una revisión sistemática de la producción científica. *Revista de Educación*, 389, 267-295. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2020-389-462>
- Rubio, M. J. C. y Crespo, M. (2019). La terapia de exposición narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Revista de Victimología*, 9, 5-29. <https://doi.org/10.12827/RVJV.9.01>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, I., Moriana, J. A., Buiza-Aguado, C., Jiménez-Cabré, G., González-Blanch, C. y grupo de investigación PsyAP. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y estrés*, 23(2-3), 118-223. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Ruma, P. R., Burke, R. V. y Thompson, R. W. (1996). Group parent training: Is it effective for children of all ages? *Behavioral Therapy*, 27, 159-169.

- Ruvalcaba-Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V. E. y Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166). Annual Reviews.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. y Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saklofske, D. H., Janzen, H. L., Hildebrand, D. K. y Kaufmann, L. (1998). Depresión en los niños. Ayudando a los niños en el hogar y en la escuela. *National Association of School Psychologists*, 187-190.
- Salamanca-Ortíz, D. N., Vergara-Vergara, J. Y., Escobar-Córdoba, F., Rodríguez-Cama, Á. y Caminos-Pinzón, J. E. (2014). Avances genéticos y moleculares en el estudio de trastornos mentales. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(2).
- Salazar Botello, M., Mendoza-Llanos, R., y Muñoz Jara, Y. (2020). Impacto diferenciado del tiempo de formación universitaria según institución de educación media en el desarrollo de habilidades sociales. *Propósitos y Representaciones*, 8(2). <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n2.416>
- Salazar-Álvarez, Y., Veytia-López, M., Márquez-Mendoza, O. y Huitrón-Bravo, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 141-148.
- Sales, A., Pardo-Atiénzar, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E. y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en

- personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 165-172.
- Salinas, O. A., Amaya-Díaz, L. P., Gallardo-Gaviria, J. M., Sanabria-Pico, K. J. y Galvis-Cala, M. C. (2018). Evaluación de las relaciones psicológicas presentes en padres y/o cuidador principal de paciente oncológico pediátrico en la ciudad de Bucaramanga durante el año 2017. *Boletín Redipe*, 7(6), 84-103.
- Salirrosas-Alegría, C. y Saavedra-Castillo, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista Neuropsiquiatra*, 77(3), 160-167.
- Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación social*, 49, 25-47.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sánchez, C. G., Vanegas, E. N. L., y Bustamante, A. R. (2020). Separación conyugal, efectos en la salud mental de los hijos. *Poiésis*, 38, 107-129. <https://doi.org/10.21501/16920945.3557>
- Sánchez, L. A. (2019). Nuevas imágenes del cambio familiar en España. *Revista Española de Sociología*, 28(2), 269-287.
- Sánchez-del Hoyo, P. y Sanz-Rodríguez, L. J. (2005). Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 95, 151-165.
- Sánchez-Herrero, S., Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2009). Hombre y trabajo doméstico: variables sociodemográficas y satisfacción. *Anales de psicología*, 25(2), 299-307.
- Sánchez-López, M. P. y Quiroga-Estévez, M. A. (1995). Relaciones entre satisfacción familiar y laboral: Variables moduladoras. *Anales de Psicología*, 11(1), 63-75.
- Sanders, M. (2002). Una estrategia de intervención conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. Caballo y M. A. Simón (Dir. y Coord.),

- Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos específicos* (pp. 387-416). Pirámide
- Sanders, M. R. (2003). Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-journal for the Advance of Mental Health*, 2(3), 127-143. <https://doi.org/10.5172/jamh.2.3.127>
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, 22(4), 506.
- Sanders, M.R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel support strategy for the prevention of behavioral and emotional problems in Children. *Clinical child and family psychology review*, 2(2), 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A. y Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiátrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 9-13.
- Sandoval-Barrientos, S., Dorner-París, A. y Véliz-Burgos, A. (2017). Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 260-266.
- Santamaría, C. (2001). *Historia de la psicología. El nacimiento de una ciencia*. Ariel.
- Santesteban-Echarri, O., Rentero-Martín, D., Güerre-Lobera, M. J., Espín-Jaime, J. C. y Jiménez-Arriero, M. Á. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de casos. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 80-90. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.001>
- Santisteban, D. A., Czaja, S. J., Nair, S. N., Mena, M. P. y Tulloch, A. R. (2017). Computer informed and flexible family-based treatment for adolescents: a

- randomized clinical trial for at-risk racial/ ethnic minority adolescents. *Behavior Therapy*, 48(4), 474-489. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.001>
- Saraceno, B. (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*, 3, 1-5.
- Sarason, B. y Sarason, I. (2006). *Psicopatología*. Pearson.
- Sarmiento-Silva, C. y Aguilar-Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. y Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 582-593. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.582>
- Schmidt, C. M. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población entrerriana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(26), 117-139.
- Schneider, B. W., Glover, J. y Turk, C. L. (2016) Predictors of Family Satisfaction Following a Child's Disclosure of Sexual Orientation. *Journal of GLBT Family Studies*, 12(2), 203-215. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2015.1037036>
- Schoeps, K., González, R. y Montoya-Castilla, I. (2016). Personalidad, relaciones familiares y satisfacción con la vida en parejas casadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(2), 89-100.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Sears, M. S., Repetti, R. L., Reynolds, B. M., Robles, T. F. y Krull, J. L. (2015). Spillover in the Home: The Effects of Family Conflict on Parents' Behavior. *Journal of Marriage and Family*, 78(1), 127-141.
- Sears, R. W. (2015). *Building competence in mindfulness-based cognitive therapy: Transcripts and insights for working with stress, anxiety, depression, and other problems*. Routledge.

- Seifer, R. y Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. En C. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health (2nd ed.)* (pp. 145-160). Guilford.
- Seisdedos, N. y Sánchez, P. (2001). *Cuestionario de conductas antisociales y delictivas A-D*. El Manual Moderno.
- Seligman, E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2015). Positive psychology: an introduction. En M. Csikszentmihalyi (Ed.), *Flow and foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer.
- Seligman, M. (1992). *Learned optimism*. Simon y Schuster Inc.
- Sención-Acosta, J. L., Avelino-Rubio, I., Martínez-González, M. G. y Lara-García, B. (2012). La escuela para padres y las constelaciones familiares: una experiencia de intervención. *Revista de Educación y desarrollo*, 20, 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.001>
- Senturk, V., Abas, M., Berksun, O. y Stewart, R. (2011). Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environment in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 11(48). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-48>
- Serrano, M. J. H., Grande, M. D. P. y González, S. S. (2015). Estilos educativos familiares: valoración en un grupo de familias españolas. *Revista de Ciências da Educação*, 32, 15-41.
- Serrano-Becerril, C. I., Zamora-Hernández, K. E., Navarro-Rojas, M. M. y Villareal-Ríos, E. (2012). Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Medicina Interna de México*, 28(4), 325-328.
- Shaffer, A., Kotchick, B. A., Dorsey, S. y Forehand, R. (2001). The past, present, and future of behavioral parent training: Interventions for child and adolescent problem behaviour. *The Behavior Analyst Today*, 2(2), 91-105. <https://doi.org/10.1037/h0099922>
- Shure, M. B. (1984). *Problem solving and mental health of ten- to twelve-year-olds*. National Institute of Mental Health.
- Shure, M. B. y Spivack, G. (1978). *Problem Solving Techniques in Childrearing*. Jossey-Bass.
- Sicras-Mainar, A., Rejas-Gutierrez, J., Navarro-Artieda, R., Serrat-Tarrés, J., Blanca-Tamayo, M. y Díaz-Cerezo, S. (2007). Costes y patrón de uso de

- servicios en pacientes que demandan atención primaria por problemas. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 306-313. <https://doi.org/10.1157/13108503>
- Skinner, B. F. (1939). *The behaviour of organisms*. Macmillan.
- Smith, C. (1996). *Developing parenting programmes*. National Children's Bureau.
- Snell-Johns, J., Mendez, J. L. y Smith, B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology*, 18, 19-35. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.1.19>
- Snooks, M. (2009). *Health psychology: biological, psychological and sociocultural perspectives*. Jones & Bartlett Learning.
- Sobrino-Chunga, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances en Psicología*, 16(1), 109-137.
- Solis, M. L. y Abidin, R. R. (1991). The Spanish version parenting stress index: a psychometric study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(4), 372-278. [http://doi.org/10.1207/s15374424jccp2004\\_5](http://doi.org/10.1207/s15374424jccp2004_5)
- Solís-Cámara, R., Díaz, M. y Medina-Cuevas, Y. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de parejas con niños pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 305-319.
- Soriano-Fuentes S., de la Torre-Rodríguez R. y Soriano-Fuentes, L. (2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina Familiar*, 4(2), 130-135.
- Soto, C. S. (2014). *Estrategias para fortalecer la salud mental de los padres de familia* [Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio institucional. <https://bit.ly/3wtSxmL>
- Spence, S. H., Sheffield, J. K. y Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 3-13. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.3>
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. University press.
- Stavropoulos, V., Lazaratou, H., Marini, E. y Dikeos, D. (2015). Low family satisfaction and depression in adolescence: the role of self-esteem. *Journal of Educational and Development Psychology*, 5(2), 109-118. <https://doi.org/10.5539/jedp.v5n2p109>

- Stewart, R. W., Tuerk, P. W., Metzger, I. W., Davidson, T. M. y Young, J. (2016). A decision-tree approach to the assessment of posttraumatic stress disorder: Engineering empirically rigorous and ecologically valid assessment measures. *Psychological Services, 13*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/ser0000069>
- Stolkiner, A. y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, XXIII*, 57-67.
- Su, Ch., y Hynie, M. (2010). Effects of Life Stress, Social Support, and Cultural Norms on Parenting Styles Among Mainland Chinese, European Canadian, and Chinese Canadian Immigrant Mothers. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 42*, 944-962. <http://doi.org/10.1177/0022022110381124>.
- Suárez de León, M. (2020). *Prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en tres centros de salud de la isla de La Palma* (Trabajo Fin de Grado, Universidad de La Laguna). Repositorio institucional. <https://bit.ly/388clvr>
- Suárez, N., Tuero, E., Bernardo, A. B., Fernández, M. E., Cerezo, R., González-Pienda, P. y Núñez, J. C. (2011). El fracaso escolar en Educación Secundaria: Análisis del papel de la implicación familiar. *Magister: Revista miscelánea de investigación, 24*, 49-64.
- Tapia, M. E. (enero de 2017). Guardianes de la luna. La astronomía en el desarrollo del pensamiento científico en preescolar. En A. Silvera (Comp.), *Educación en Primaria Infancia* (pp. 119-134). Corporación Universitaria Americana.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *The American Psychologist, 55*(1), 99-109.
- Taylor, T. K., y Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 41-60. <https://doi.org/10.1023/a:1021848315541>
- Tharp, R. G. y Wetzel, R. J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. Academic Press.

- Thomas, R. y Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple-P Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 35*, 475-495. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9>
- Timer, J. E., y Clauson, M. I. (2011). The use of selective admissions tools to predict students' success in an advanced standing baccalaureate nursing program. *Nurse Education Today, 31*(6), 601-606. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.10.015>
- Todres, R. y Bunston, T. (1993). Parent-education programme evaluation: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health, 12*(1), 225-257. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-1993-0013>
- Torío-López, S., Peña-Calvo, J. y Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema, 20*(1), 62-70.
- Torío-López, S., Peña-Calvo, J. V. y Rodríguez-Menéndez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación, 20*(16), 151-178.
- Townsend, J. A., Van Puymbroeck, M. y Zabriskie, R. B. (2017). The core and balance model of family leisure functioning: a systematic review. *Leisure Sciences, 39*(5), 436-456. <https://doi.org/10.1080/01490400.2017.1333057>
- Tucker, S. y Gross, D. (1997). Behavioral parent training: An intervention strategy for guiding parents of young children. *The Journal of Perinatal Education, 6*(2), 35-44.
- Tur, A. M., Mestre, M. V., y del Barrio, M. V. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y estrés, 10*(1), 75-88.
- Tur-Porcar, A. (2017). Crianza, competencia parental y su relación con el desarrollo de los hijos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 6*(2), 186-191.
- Urrutia, V. G. y Figueroa, A. J. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *POLIS, Revista Latinoamericana, 14*(40), 1-15.

- Valanzuela, C. y Sales, A. (2016). Los efectos de la participación familiar dentro del aula ordinaria. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 9(2), 71-86.
- Valencia, L. I. y Henao-López, G. C. (2011). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*, 15, 253-271.
- Valencia, P. D. (2019). Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? *Avances en Psicología*, 27(2), 177-190.
- Valencia-Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.
- Van Gastel, W., Legerstee, J. S. y Ferdinand, R.F. (2009). The role of perceived parenting in familial aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 46–53. <https://doi.org/10.1023/A:1005260311313>
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y. K., y Chen I. C. (2016). A component-centered metanalysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.007>
- Vargas, H. (2014). Tipos de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59
- Vargas-Bustos, J. (2006). Brevísimas historia de la psicología: la psicología interconductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vázquez-Martínez, F.D. (2001). Educación: ¿postura o actitud? *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, 31(1), 41-66.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Velarde-Arcos, M. P. y Ramírez-Flores, M. J. (2017). Efectos de las prácticas de crianza en el desempeño cognitivo en niños de edad preescolar. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(1), 12-18. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2017.12.01.04>

- Velásquez-Carranza, D. V. y Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(número especial), 836-844.
- Ventura, J. L., Castro-Muñoz, J. R. y Carrera-Fernández, P. (2017). El involucramiento afectivo como factor de protección contra el consumo de sustancias. *Horizonte sanitario*, 16(2), 103-109.
- Verdurmen, J. E. E., Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., van den Eijnden, R. J. J. M. y Engels, R. C. M. E. (2014). Risk moderation of a parent and student preventive alcohol intervention by adolescent and family factors: a cluster randomized trial. *Preventive Medicine*, 60, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.027>
- Vergara-Barra, P., Rincón, P., Oliva-Jara, K., Novoa-Rivera, C. y Pérez-Hueteo, C. (2020). Programas de fortalecimiento de prácticas parentales: un aporte a la prevención de conductas externalizantes en preescolares. *Revista chilena de pediatría*, 91(2), 275-280. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i2.1207>
- Vicente, X., Flores, L. M. y Jiménez, J. (2017). Influencia de las prácticas parentales y la ansiedad juvenil en la conducta autolesiva del adolescente. En L. M. Flores y J. Jiménez (eds.), *Funcionamiento familia y escolar. Estudios evaluativos y de intervención* (pp. 7-32). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vicente-Pardo, J. M. y López-Guillen, A. (2018). Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. *Medicina y seguridad de trabajo*, 64(253), 354-378.
- Vielma-Rangel, J. (2003). Estilos de crianza, estilos educativos y socialización: ¿Fuentes de bienestar psicológico? *Acción Pedagógica*, 12(1), 48-55.
- Vilaregut-Puigdesens, A., Mateu-Martínez, C., Virgili-Tejedor, C., Rusiñol-Estragues, J., Estrada-Ocón, M. y Cabra-Soler, Q. (2012). Estudio descriptivo y comparativo entre padres y madres que participan en un programa de prevención sobre consumo de drogas y conductas de riesgo. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(2), 165-182.

- Villavicencio-Aguilar, C. y López-Larrosa, S. (2019). Funcionamiento familiar y estrategias de afrontamiento de madres y padres de preescolares con discapacidad intelectual. *Ciencia Unemi*, 12(31), 140-153. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol12iss31.2019pp140-153p>
- Viloria, C. A. y González, A. F. (2016). Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 9(1), 30-42.
- Vizoso Gómez, C. M. (2019). Resiliencia, optimismo y estrategias de afrontamiento en estudiantes de Ciencias de la Educación. *Psychology, Society, & Education*, 11(3), 367-377. <https://doi.org/10.25115/psyse.v10i1.2280>
- Watson, D. y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.
- Webster-Stratton, C. (2001). The incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(3), 31-45.
- Webster-Stratton, C. (2017). *Trauma-informed Incredible Years Approaches and Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) Approaches to Help Children Exposed to Adverse Childhood Experiences (ACEs)*. <https://bit.ly/3hPCISD>
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1993). What really happens in parent training? *Behaviour Modification*, 17(4), 407-456. <https://doi.org/10.1177/01454455930174002>
- Webster-Stratton, C. y Spitzer, A. (1996). Parenting a young child with conduct problems. En T. H. Ollendick y R. S. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol. 18)* (pp.1-62). New York: Plenum Press.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2, 165-192. <https://doi.org/10.1023/A:1011510923900>

- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. y Verdeli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents. 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>
- Wells, K. C., Griest, D. L. y Forehand, R. (1980). The use of a self-control package to enhance the temporal generality of a parent training program. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 347-354.
- Wold, H. (1980). Construcción y evaluación de modelos cuando los conocimientos teóricos son escasos: Teoría y aplicación de mínimos cuadrados parciales. En Evaluación de modelos econométricos (págs. 47-74). Prensa académica.
- Wu, Q., Zhang, J., Walsh, L. y Slesnick, N. (2020). Family network satisfaction moderates treatment effects among homeless youth experiencing suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2019.103548>
- Xu, K., Ernst, M. y Goldman, D. (2006). Imaging genomics applied to anxiety, stress response, and resiliency. *Neuroinform*, 4, 51-64. <https://doi.org/10.1385/NI:4:1:51>
- Yasuko, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126.
- Young, J. E. (2003). *Young Parenting Inventory (YPI)*. <https://bit.ly/3uhFeyb>
- Zalbidea, M. A., Carpintero, H., y Mayor, L. (1990). Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista. *Revista de Filosofía*, 3, 71.
- Zambrano, C. y Almeida-Monge, E. (2017). Clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares. *Revista Ciencia UNEMI*, 10(25), 97-102.
- Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortéz, J. A., Sánchez-Cortes, N., Dehesa-Moreno, M., Vázquez-urbano, F., Sánchez-Aparicio, P. y Alfaro-Rodríguez, A. (2018). Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico. *Investigación en Discapacidad*, 7(1), 22-29.

- Zorzo, C., Banqueri, M., Higarza, S. G., Pernía, A. M., y Arias, J. L. (2019). Estado actual de la estimulación magnética transcraneal y sus aplicaciones en psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(3). <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.6.03>
- Zuna, N., Turnbull, A. y Summers, J. (2009), Family quality of life: Moving from measurement to application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 25-31.



# **CAPÍTULO XI**

## **ANEXOS**



**ANEXO 1.** Difusión de resultados y participación en proyectos de investigación relacionados con la realización del trabajo de tesis doctoral

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA UCAM

<b>Título:</b>	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES: “PRINCIPIOS DE CRIANZA EFECTIVA” (PCE)	
<b>Investigadores</b>	<b>Nombre</b>	<b>E-Mail</b>
Principal	Dra. Marina Iniesta Sepúlveda	mniesta@ucam.edu
Doctoranda	Carmen Pérez Saussol	carmensau@gmail.com

<b>Organismo al que se presenta el Proyecto de Investigación:</b> Universidad Católica San Antonio. Murcia (UCAM)
<b>Fecha límite para entregar el Proyecto:</b> enero 2017
<b>Resumen (Máximo 1000 caracteres)</b>
<b>Principales asuntos éticos a revisar, según el Investigador Principal (Máx. 500)</b>
<p>Todo el estudio se desarrollará conforme a las normas de buena práctica clínica y los principios éticos cuyo origen se encuentran en la Declaración de Helsinki, de este modo los sujetos serán debidamente informados por el personal investigador del estudio mediante comunicación oral y escrita a través de la Hoja de información al paciente, la cual será entregada a los asistentes. Aquellos sujetos interesados en participar firmarán el consentimiento informado. Se hará especial énfasis en que la participación es voluntaria, pudiéndose dar de baja en cualquier momento a lo largo del estudio. La privacidad y la confidencialidad será mantenida en todo momento ya que los pacientes solo serán identificados a través de un número en los formularios del estudio; El anonimato de los pacientes también será mantenido en cualquier publicación futura con los datos recogidos y analizados.</p>
<b>IMPORTANTE: Adjuntar la memoria del Proyecto de Investigación (incluidos los contratos de investigación regulados por el art. 83 de la LOU)</b>

**El proyecto incluye: (Marcar lo que corresponda)**

A. Experimentación clínica con seres humanos	
B. Utilización de tejidos humanos procedentes de pacientes, tejidos embrionarios o fetales	
C. Utilización de tejidos humanos, tejidos embrionarios o fetales procedentes de bancos de muestras o tejidos.	
D. Investigación observacional, psicológica o comportamental en humanos.	X
E. Uso de datos personales, información genética...	
F. Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o para las plantas.	
G. Experimentación con animales vivos.	
H. Experimentación con órgano aislado o muestras extraídas tras sacrificio de animales.	
I. Experimentación con muestras animales obtenidas de otras fuentes (mataderos, compra a otras empresas o investigadores).	
J. Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs)	

**Otros Comentarios para el Comité**

Adjunto el Plan de investigación

**Datos de contacto del Investigador Principal**

Departamento:	Psicología, Educación
Dirección:	UCAM Universidad Católica San Antonio de Murcia Campus de los Jerónimos, Nº 135 Guadalupe 30107 (Murcia) – España
Teléfono:	669 371 005

En Murcia a 07 de noviembre de 2016



**Dra. Dña. Marina Iniesta Sepúlveda**

## ANEXO 2. Hoja informativa entregada a los padres sobre el proyecto de investigación

Estimados padres:

Les invitamos a participar en un estudio de investigación dedicado a comprobar los beneficios personales y educativos que aporta la formación a padres y la capacidad de aumentar la satisfacción familiar. La participación en este proyecto no generará ningún perjuicio para ningún miembro de la familia. Únicamente consiste en rellenar unos cuestionarios antes de recibir el programa de formación a padres “Educar con una sonrisa” (ECUS) y unos cuestionarios al finalizar.

Este programa tiene como objetivo mejorar las habilidades de crianza de los padres, reforzar su seguridad y como consecuencia conseguir una mayor satisfacción familiar. Para ello aportaremos la información suficiente para aumentar el bienestar de los educadores, conocer los 14 principios básicos de educación y las necesidades físicas, afectivas e intelectuales de los niños.

Las evidencias científicas disponibles sugieren que este tipo de programas de intervención ayudan en gran medida a aumentar habilidades emocionales y sociales en los educadores. Para alcanzar los objetivos del estudio y evaluar el programa de intervención es preciso recoger datos de carácter personal de los padres. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado y la obtenida como consecuencia de las exploraciones a las que se va a someter pasará a formar parte del fichero automatizado INVESOCIAL, cuyo titular es la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN ANTONIO, con la finalidad de INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN LAS ÁREAS DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS, DE LA EMPRESA Y DE LA COMUNICACIÓN. Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla, dirigiéndose al domicilio de la entidad, en Avda. de los Jerónimos de Guadalupe 30107 (Murcia). Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos. Los destinatarios de esta información serán los investigadores del presente proyecto.

Los datos se obtendrán de la batería de test que realizan los padres antes y después de realizar el programa ECUS. Cuestionarios y pruebas de carácter totalmente voluntario. Está previsto recoger datos sobre la edad, el número de hijos, sus edades, nivel socioeconómico, lugar de nacimiento etc.

Para garantizar la seguridad de los datos y privacidad de sus titulares, los datos obtenidos se codificarán y serán sometidos a procesos de disociación y de encriptación. Y al terminar, los formularios serán destruidos. Una vez finalizado este estudio, los datos que hayan sido recopilados serán disociados de forma irreversible, de manera que ya no sea posible identificar a su titular.

Los participantes podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos. También es importante saber que los participantes pueden abandonar en cualquier momento el programa ECUS sin tener que dar explicaciones. Ante cualquier duda o consulta que pueda surgir en relación con su participación en la presente investigación, puede dirigirse a la investigadora Doña Carmen Pérez Saussol cuyos datos son los siguientes: Carmen Pérez Saussol. Psicóloga, experta en psicología clínica y educativa. Alumna del Programa del doctorado de la Universidad Católica San Antonio (UCAM). Teléfono: 669 371005. Dirección: Plaza Puerta Nueva nº 3 1esc. Bajo b. 30008 Murcia.

Con la firma de la presente hoja de información manifiesto haber recibido una copia de la hoja de información a los padres sobre el proyecto "Educar con una sonrisa".

Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Firma:

**ANEXO 3:** Declaración de consentimiento informado a los padres y autorización para el tratamiento de los datos personales

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Don/Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ manifiesto que he sido informado/a de los beneficios que podría suponer la participación en el proyecto de investigación "Educar con una sonrisa", los objetivos que pretende conseguir, los datos que debe recabar el estudio y las características de su intervención.

Y tomando todo ello en consideración, con mi firma otorgo el consentimiento de mi participación en este proyecto de investigación y tratamiento con el fin de cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Firmado:

**ANEXO 4:** Cuaderno de recogida de información entregado a los padres

## CUADERNO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Sexo

- Hombre
- Mujer

## Estado civil

- Soltero/a.
- Casado/a.
- Pareja.
- Separado/a - Divorciado/a.
- Viudo/a

## Estudios - Formación

- Sin estudios.
- Estudios primarios (graduado escolar, certificado de escolaridad o equivalente).
- Estudios secundarios (ESO, secundaria o equivalente).
- Estudios de bachillerato (BUP; COU, bachiller superior, formación profesional de grado medio, profesional técnico o equivalente).
- Estudios superiores (diplomados, licenciados, carrera técnica, graduados universitarios, ciclo formativo grado superior, FPPII).
- Master o equivalente (postgrado, Maestría).
- Doctorado o estudios avanzados
- Estudios - Formación del otro progenitor: \_\_\_\_\_

### Ocupación laboral

- Trabajador a tiempo parcial.
- Trabajador a tiempo completo.
- Ama/o de casa.
- Desempleado.
- Jubilado.
- Baja por enfermedad o discapacidad.
- Otro especificar \_\_\_\_\_

¿Es usted autónomo? SI / NO

Ocupación laboral otro progenitor: \_\_\_\_\_

- Trabajador a tiempo parcial.
- Trabajador a tiempo completo.
- Ama/o de casa.
- Desempleado.
- Jubilado.
- Baja por enfermedad o discapacidad.
- Otro especificar \_\_\_\_\_

### Datos de los hijos

#### Sexo

- Hombre
- Mujer

#### Edad

\_\_\_\_\_ años

	SÍ	NO
Parto múltiple		
Trastorno del desarrollo		
Trastorno psicológico diagnosticado		
Enfermedades crónicas diagnosticadas		
Discapacidad física diagnosticada		
Discapacidad intelectual diagnosticada		

---

**Nivel de ingresos por hogar (Bruto)**

---

- Menos de 10.000 /año.
- Entre 10.000-18.000 /año.
- Entre 18.000-28.000 /año.
- Más de 28.000 /año

---

**Datos del hogar – Número de personas que viven en la misma casa**

---

- ¿Ambos progenitores conviven en el mismo hogar? SI / NO.
- ¿Existe otro adulto conviviendo en el hogar? SI / NO ¿El adulto que convive en el hogar es familia? SI / NO ¿El adulto que convive en el hogar es una persona contratada? SI / NO ¿La persona que convive en casa se ocupa regularmente de los niños? SI / NO.

---

**Ayuda para la realización de tareas domésticas**

---

- ¿Recibe ayuda doméstica (para la realización de las tareas de limpieza del hogar)? \_\_\_\_ ¿Cuántas horas semanales? \_\_\_\_

---

**Ayuda para el cuidado de los niños**

---

- ¿Recibe ayuda para el cuidado de los niños? SI / NO ¿Cuántas horas semanales? \_\_\_\_\_
- Puede contar con algún familiar en momentos puntuales: SI / NO

**ANEXO 5: Cuestionario de salud para padres entregado en el PEP ECUS**

**DOC. 1. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES (ECUS)  
CUESTIONARIO DE SALUD**

	SI	NO
Horas suficientes de sueño – Descanso.		
Alimentación adecuada.		
Ingesta de agua.		
Cuidado de mi estética personal.		
Actividad física. (Contacto con la naturaleza).		
Momentos de parada. (Puesta al presente – Momentos de reflexión).		
Atención sanitaria. (Preventiva - Preventiva).		
Metas- Proyectos - Sueños. (Direccionalidad de mi vida).		
Tiempo propio: aficiones.		
Relación satisfactoria con mi persona. (Me trato bien y me cuido).		
Contacto con amigos. (Salud relacional con mis iguales).		
Cuidado de las relaciones de pareja. (Salud relacional con mi pareja).		
Recibir apoyo y ayuda externa. (Cuando se necesita).		
Relación adecuada con mis hijos. (Salud relacional con mis hijos).		
Mantenimiento de un estado emocional positivo. (Forzar la sonrisa).		
Cuido del entorno. (Entorno acogedor).		
Resolución de temas pendientes. (Sé resolver y resuelvo rápido).		

**ANEXO 6:** Claves de mejora para padres entregados en el PEP ECUS

DOC. 2. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES (ECUS) CLAVES DE MEJORA
---

Aprovechar las competencias que ya poseo
--

	SI	NO
Me conozco y me acepto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimino – me alejo de aquello que me resta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio los “Tengo que” ... por “Elijo”. (No me quejo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enriquezco la versión de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rentabiliza tu tiempo
-----------------------

	SI	NO
Acostumbro a simplificar mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busco ayuda cuando lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé decir que sí y sé decir que no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalizo las situaciones para avanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo rápidamente al presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simbolizo los inicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afronto y resuelvo hasta el final	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se elegante
-------------

	SI	NO
Mantengo un lenguaje interno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivo con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuido las formas y los contenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irradio un estado emocional positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO 7:** Principios de crianza efectiva entregados en el PEP ECUS

**DOC. 3. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES (ECUS)  
PRINCIPIOS DE CRIANZA EFECTIVA**

	SI	NO
1. Dedicar tiempo de calidad		
2. Valorar y reconocer		
3. Respetar el desarrollo madurativo. No comparar		
4. Facilitar que asuman responsabilidades		
5. Escuchar, prestar atención		
6. Comunicar de forma clara y precisa		
7. Asumir la responsabilidad como educadores		
8. Coherencia y asertividad		
9. Eliminar la queja, educar en positivo		
10. Ser amables, mostrar afecto abiertamente		
11. Orientar, Planificar y organizar sus vidas		
12. Poner límites de forma adecuad		
13. Proporcionar lo necesario.		

**ANEXO 8:** Características de autoridad entregados en el PEP ECUS

DOC. 4. CARACTERÍSTICAS DE AUTORIDAD (ECUS)		
	SI	NO
Sinceridad		
Disciplina		
Respeto		
Responsabilidad		
Marcar pautas		
Saber apoyar		
Firmeza		
Seguridad Física		
Seguridad Afectiva		
Seguridad Intelectual		
Capacidad de decisión		
Objetividad		
Respetar las normas		
Justicia		
Coherencia		
Aceptación		
Serenidad - Calma		
Accesibilidad		
Adecuación (Asertividad)		
Humildad		
Tolerancia		
Valorar y reconocer		
Entrega gratuita		
Capacidad de acogida		
Amabilidad		
Constancia		
Disponibilidad		
Flexibilidad		
Capacidad de escucha		
Sentido común		

---

Autocontrol		
Presencia: Estar presente		
Capacidad de perdón		
Compromiso		
Equilibrio		
Estado emocional positivo		

**ANEXO 9:** Niveles de adaptación de los niños entregados en el PEP ECUS

DOC. 5. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES (ECUS)  
NIVELES DE ADAPTACIÓN DE LOS NIÑOS

Nivel físico

H<sub>1</sub> H<sub>2</sub> H<sub>3</sub> H<sub>4</sub>

Horas suficientes de sueño indicadas para su edad

Alimentación adecuada. (Peso adecuado)

Higiene – Cuidado de la estética

Realización de actividad física

Nivel emocional – afectivo - relacional

H<sub>1</sub> H<sub>2</sub> H<sub>3</sub> H<sub>4</sub>

Relación sana con su persona (Autoestima – Autoconcepto)

Relación correcta con ambos padres

Relación sana con sus iguales. (Amigos – Hermanos – Primos)

Expresión equilibrada de sentimientos

Se elegante

Nivel intelectual

H<sub>1</sub> H<sub>2</sub> H<sub>3</sub> H<sub>4</sub>

Pertenencia a un programa de aprendizaje  
(Formación reglada)

Comunicación adecuada en relación a su edad

Relación adecuada con sus profesores

Resultados académicos satisfactorios

Desarrollo de capacidades artísticas

Planificación y apoyos acordes a su capacidad

## ANEXO 10: Artículo publicado

European Journal of Education and Psychology  
2020, Vol. 13, Nº 2 (Págs. 201-218)

© Eur. j. educ. psychol.  
e-ISSN 1989-2209 // www.ejep.es  
doi: 10.30552/ejep.v13i2.361

### **Eficacia de un programa de entrenamiento a padres para la mejora del bienestar psicológico y la satisfacción familiar: Educar con una sonrisa (“*Parenting with a Smile*”)**

Carmen Pérez<sup>1</sup> y Marina Iniesta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CIO centro Psicología, Murcia (España); <sup>2</sup>Universidad Católica de Murcia (España)

El objetivo del presente estudio consistió en diseñar, aplicar y analizar la eficacia del programa de entrenamiento para padres Educar con una sonrisa como modelo estructurado de intervención psicoeducativa destinado a la disminución de la sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés a través del aumento de la satisfacción familiar y la instrucción en habilidades de crianza y cambio de actitud en padres de hijos de entre 0 y 12 años. Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con una muestra de 68 padres. Se realizó una evaluación pretest- posttest de la sintomatología clínica de los padres relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés a través de la *Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21), de la satisfacción familiar según la *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (ESFA) y de las habilidades y dimensiones cognitivas en relación con la crianza mediante el *Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores* (CUIDA). El test de Wilcoxon mostró que las reducciones en las puntuaciones de la sintomatología clínica y los incrementos en la satisfacción familiar y habilidades de crianza, salvo para Altruismo, son significativas.

*Palabras clave:* Programas de entrenamiento, satisfacción familiar, crianza, habilidades parentales.

*Effectiveness of a parent training program aiming to improve the psychological wellbeing and the family satisfaction: Parenting with a Smile.* The purpose of this study was to design, implement and analyse the effectiveness of the parent training program Parenting with a smile, taking it as a structured role model in a psychoeducational intervention which aims to reduce anxiety, depression and stress symptoms by increasing the family satisfaction, the training in parenting skills and the change in attitude from parents with children aged between 0 and 12. A quasi-experimental study with a sample of 68 parents was carried out along with a pretest-posttest evaluation of the parents' clinical symptoms in relation to anxiety, depression and stress by using the Abbreviated Depression Anxiety Stress Scale [*Escala Abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21)], of the family satisfaction following the Family Satisfaction by Adjectives Scale (FSAS) [*Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (ESFA)] and finally of the skills and cognitive dimensions related to parenting through the Questionnaire for the assessment of adopters, carers, tutors and mediators [*Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores* (CUIDA)]. The reductions in clinical symptoms scores and the increase in family satisfaction and parenting skills, except for Altruism, shown in Wilcoxon test are significant.

*Keywords:* Training programs, family satisfaction, parenting, parenting skills, psychological wellbeing.

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

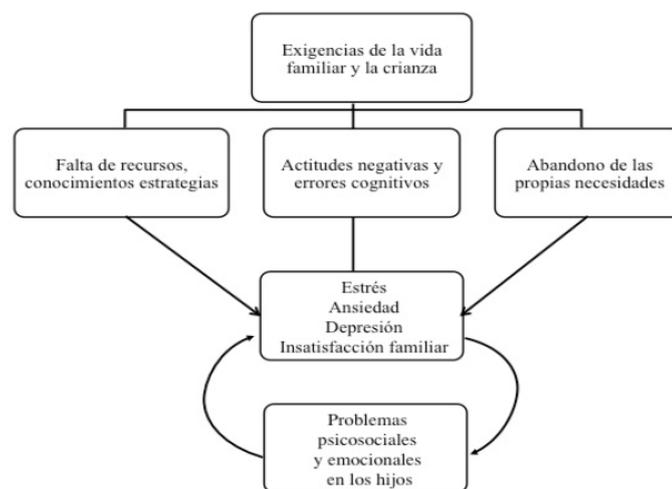
La familia se ha considerado tradicionalmente como un núcleo generador de bienestar (Manuel, Casanova, Carpio, y Cerezo, 2015). Sin embargo, diversos estudios han demostrado los efectos negativos que puede generar la crianza sobre la salud mental de los padres. La entrada en la paternidad se considera como una fuente importante de estrés (Padilla, Lara, y Álvarez-Dardet, 2010) y posible generadora de sintomatología ansiosa y/o depresiva (Pérez y Santelices, 2016). Tales estados psicopatológicos afectan a la calidad de la crianza y, a su vez, al desarrollo psicosocial y a la autorregulación de las conductas agresivas en los hijos (Raya, Pino, y Herruzo, 2009). Es por ello, que la calidad de las relaciones socio-afectivas entre padres e hijos durante la crianza ha sido relacionada con el ajuste psicológico, el desarrollo y la salud de los hijos (Maggi, Irwin, Siddiqi, y Hertzman, 2010). En esta misma línea de investigación, diversos autores han constatado la relación existente entre la presencia de sintomatología psicopatológica en los padres y el aumento en la probabilidad de padecer problemas psicológicos en los hijos (Bloomfield y Kendall, 2012; Leijdesdorff, van Doesum, Popma, Klaassen, y van Amelsvoort, 2017). Jones, Lebowitz, Marin, y Stark (2015) indicaron que los padres con elevados niveles de ansiedad manifestaban comportamientos que fomentaban la aparición de sintomatología ansiosa en sus hijos. Middeldorp et al. (2016) estudiaron el nivel de severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva en los padres como factor relevante en la respuesta psicopatológica de los niños. En consecuencia, la falta de salud mental de los padres constituye un factor de riesgo con implicaciones negativas en la calidad de las relaciones familiares y es determinante, en buena medida, en el desarrollo presente y futuro de los hijos.

El malestar psicológico asociado al proceso de crianza se encuentra asociado a diversos factores detonantes: (1) La crianza supone para los padres una tarea compleja que requiere de nuevas habilidades, recursos y fuentes de apoyo (Rodrigo, Almeida, Spiel, y Koops, 2012). (2) La ausencia de modelos referenciales y el acceso a información no contrastada en situaciones conflictivas durante la crianza puede dificultar el desempeño de unas adecuadas prácticas de crianza, generar mitos y expectativas falsas (Flores-Bravo, Valadez-Sierra, Rosal, y Betancourt-Morejón, 2018). (3) Las emociones, creencias y actitudes disfuncionales negativas suelen aflorar durante la maternidad y éstas pueden afectar negativamente al proceso de crianza (Crandall, Deater-Deckard, y Riley 2015; Otani et al, 2013). (4) La pérdida del control educativo sobre los hijos es algo frecuente durante la crianza (Sánchez, 2017). (5) El mantenimiento de un estado de alarma, preocupación, duda, auto-exigencia e incertidumbre suele ser un factor de malestar en las figuras parentales (López de Arana-Prado y Barandiaran-Arteaga, 2018). (6) La ausencia de dimensiones psicológicas parentales como la apertura, la capacidad para resolver problemas, la empatía, el equilibrio emocional, la sociabilidad, la tolerancia a la frustración y la capacidad para establecer vínculos afectivos han sido asociadas de manera significativa al desgaste psicológico en los cuidadores

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

(Pérez-Adame, Fulgencio-Juárez, y González-Zepeda, 2013). (7) La subordinación de las necesidades básicas de los padres a las de los hijos, como causa de malestar parental ante la sensación de límite de libertad y posibilidades de crecimiento profesional, fue recogida en una encuesta realizada por el Centro de investigaciones sociológicas (CIS, 2012).

Figura 1. Modelo explicativo propuesto para el proceso de crianza desadaptativo



De acuerdo con Armstrong, Birnie-Lefcovitch, y Ungar, (2005) y Pérez y Santelices (2016), las exigencias de la vida familiar, la crianza, los problemas relacionados con la salud, el comportamiento de los hijos, la gestión del tiempo, la economía, etc. llevaría a los padres a experimentar una sensación de falta de recursos, conocimientos y estrategias para hacer frente a las diferentes situaciones problemáticas que presentan. Este tipo de situaciones suelen actuar como desencadenante de conductas desadaptativas en los padres provocando problemas de tipo emocional y comportamental en los hijos y generando a su vez un incremento mayor del malestar parental, ocasionando un proceso cíclico y bidireccional de desajuste tanto para los padres como para los hijos (Furlong et al., 2012; Shlonsky et al., 2016).

Teniendo en cuenta la posibilidad de mejora de la salud psicológica en los padres y un aumento en el ajuste de los hijos durante la crianza, se propone un modelo explicativo sobre la aparición de síntomas psicopatológicos en los padres y su relación con los problemas psicosociales en los niños. La figura 1 refleja cómo las exigencias de la crianza provocan sintomatología clínica asociada a la ansiedad, la depresión y el estrés

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

a causa de la falta de recursos, conocimientos y estrategias; a la presencia de actitudes negativas y errores cognitivos; y al abandono de las propias necesidades de los padres. Esta sintomatología presente en las figuras parentales repercute en el desarrollo psicosocial y emocional de los hijos, revirtiendo en la sintomatología de los padres de manera cíclica y convirtiendo la etapa de crianza en un proceso disfuncional como indicó Furlong et al. (2012) y Shlonsky et al. (2016).

Gracias a los estudios realizados por Patterson y colaboradores sobre los programas de entrenamiento a padres (Patterson, 1982; Patterson, Reid, Jones, y Conger, 1975), surgieron varias líneas de investigación dirigidas a validar los programas de entrenamiento como una intervención clínica alternativa a la psicoterapia tradicional, encontrando tras sus resultados ventajas de coste y de eficacia (McMahon, 1991). A parte de constatar estos beneficios originados principalmente por su implementación grupal, Godoy, Ruiz-Castilla, Fresneda-López, y Puertas-González (2019) incorporaron como ventajas de los programas de entrenamiento sobre las terapias tradicionales (1) el empoderamiento que reciben las figuras parentales al ser dotados de la capacidad de intervención de problemas de comportamiento y (2) la posibilidad de trabajar en un ambiente natural para el niño. Tosh, Arnott, y Scarinci, (2017) equipararon el nivel de eficacia de los programas de entrenamiento a las terapias tradicionales, siempre que estos proporcionasen una dosis y una intensidad similar a las terapias tradicionales. Tras haber evidenciado que los programas de entrenamiento a padres mejoran las prácticas parentales y el ajuste emocional y comportamental de los hijos (Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett, y Jones, 2016). Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017) realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de los programas de entrenamiento a padres en relación con: 1) La metodología utilizada, en cuyos resultados señalaron una utilización generalizada de escalas y cuestionarios autoaplicables por encima de observaciones directas y registro de videos. 2) El tipo de problemática, siendo los más utilizados los programas cuyo objetivo consiste en mejorar el comportamiento de los hijos, seguidos de los programas centrados en la instrucción en habilidades parentales para la adquisición de competencias relacionadas con el aumento de responsabilidades y la mejora en la relación con los hijos, y en tercer lugar, aquellos programas cuyo objetivo consistía en aumentar las competencias parentales de padres de hijos con problemas específicos. 3) El tamaño del efecto, medido con la *d* de Cohen, utilizada para detectar las mejoras más efectivas y cuyos resultados resaltaron el comportamiento, las conductas agresivas de los hijos y el funcionamiento familiar. 4) Los tratamientos eficaces, a pesar de la dificultad para clasificarlos según el nivel de eficacia científica presentada (Chambless y Hollon, 1998); Lozano-Rodríguez y Valero-Aguayo (2017) determinaron que los programas de entrenamiento de mayor incidencia sobre la conducta de los hijos fueron: el programa *Parents Plus Children's Programme* (Mendoza, Pedroza, y Martínez, 2014), el programa *1,2,3 Magic Parenting Program* (Porzing-Ddrummong.,

Stevenson, y Stevenson., 2014, 2015), *Incredible Years* (Eamesa et al., 2010) y el programa *Parent Management Training y The Oregon Model* (Kjøbli y Ogden, 2009; Kjøbli, Hukkelberg, y Ogden, 2013). El programa *Home Start* (Hermanns, Assecher, Zijlstra, Hoffenaar, y Dekovic., 2013, Van Aar., Asscher, Zijlstra, Dekovic, y Hoffenaar, 2015) también fue destacado en cuanto a su eficacia para la mejora en la vida familiar y en la crianza de los hijos. A su vez, *Home Start* (Hermanns et al., 2013, Van Aar et al., 2015) e *Incredible Years* (Eamesa et al., 2010) fueron considerados los más relevantes para la organización metodológica y la mejora en el comportamiento de los hijos.

A pesar de que la literatura científica ha sido capaz de demostrar la eficacia de los programas de entrenamiento para la mejora y prevención de problemas de comportamiento (González, Castilla, López, y Godoy, 2019), la línea de investigación dirigida a la incidencia de los programas de entrenamiento a padres sobre el aumento de la salud psicológica de las figuras parentales no ha sido tan extensa como para presentar datos concluyentes. Bennett, Barlow, Huband, Smailagic, y Roloff (2013) realizaron un meta-análisis en el que detectaron que asistir a este tipo de programas de entrenamiento producía un efecto positivo modesto sobre la sintomatología clínica de los padres relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés. Igualmente, se observaron mejoras psicológicas así como, un aumento en las habilidades y dimensiones cognitivas relacionadas con el descenso de ira y culpa en los padres. Este tipo de estudios muestra contradicciones ya que existen investigaciones en las que no se ha hallado ningún efecto significativo de los programas de entrenamiento a padres sobre los síntomas psicopatológicos en las figuras parentales (Hiscock et al., 2008; Martin y Sanders, 2003; Matsumoto, Sofronoff, y Sanders, 2010). Esta ausencia de evidencia significativa en algunos estudios se atribuiría a que los programas de entrenamiento hasta la fecha se dirigían principalmente a enseñar a los padres técnicas y estrategias para el manejo de la conducta del niño, como se aprecia en el programa *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders, Turner, y Markie-Dadds, 2002). Otros programas como *Incredible Years Parent Training* (IYPT; Webster-Stratton, 2001) a pesar de combinar estrategias cognitivo-conductuales para identificar y cambiar patrones distorsionados de creencias y pensamientos, no centran su intervención, principalmente, en el aumento de la salud psicológica de los padres, ni en su satisfacción familiar.

Ante la falta de este tipo de investigaciones en relación a la salud psicológica de los padres se propone el programa de entrenamiento a padres *Educar con una sonrisa* elaborado tras la publicación del libro *Educar con una sonrisa* (Perez-Saussol, 2015). Este programa se construye con el objetivo principal de aumentar la salud psicológica de los padres y su satisfacción familiar para así conseguir instruir de manera eficaz a las figuras parentales en habilidades y competencias cognitivas en relación a la crianza. El presente artículo expone los resultados de la evaluación realizada sobre la eficacia de dicho programa para la mejora de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad,

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

la depresión y el estrés, la satisfacción familiar, así como, el aumento de diversas habilidades y dimensiones cognitivas relacionadas con el proceso de crianza.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se establecieron como criterios de inclusión ser mayor de 18 años de edad y tener al menos un hijo de edad comprendida entre los 0 y los 12 años, y como criterios de exclusión se determinó que los padres no debían presentar ninguna condición que pudiera limitar el entendimiento del proceso de intervención y evaluación, ni tener hijos con enfermedades crónicas, retraso grave en el desarrollo o trastornos. Para formar parte de la muestra se impuso como requisito que los padres debían haber acudido a todas las sesiones de entrenamiento, haber rellenado y entregado correctamente las evaluaciones realizadas y no haber tenido un retraso en la asistencia a ninguna de las sesiones de más de 10 minutos.

*Tabla 1.* Estado civil, sexo y edad de los participantes

Características de los padres	MUJERES (n=55, 80.9%)		HOMBRES (n=13, 19.1%)		TOTAL (N=68, 100%)		
	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	
Edad	39.2	4.11	42.62	5.12	39.88	4.30	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
E. Civil	Casado o en Pareja	51	92.73%	13	100%	64	94.12%
	Separado, divorciado o viudo	4	7.27%	0	.00	4	5.88%

*Tabla 2.* Características relacionadas con los hijos

	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	
Número de hijos	1.96	0.74	2.00	0.40	1.97	0.69	
Edad de los hijos	7.15	4.89	6.92	4.18	7.10	4.74	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Número de hijos	1 hijo	15	27.27%	1	7.69%	16	23.53%
	2 hijos	28	50.91%	11	84.62%	39	57.35%
	3 hijos	11	20.00%	1	7.69%	12	17.65%
	4 hijos	1	1.82%	0	0.00%	1	1.47%
Edad de los hijos	0-4	34	31.48%	9	34.62%	44	32.09%
	5-8	39	36.11%	7	26.92%	45	34.33%
	9-12	24	22.22%	7	26.92%	31	23.13%
	>12	11	10.19%	3	11.54%	14	10.45%
Sexo de los hijos	Varones	62	59.62%	20	76.92%	85	61.19%
	Mujeres	46	44.23%	6	23.08%	49	38.81%

El programa Educar con una sonrisa fue implementado en dos colegios, una empresa, una guardería y un centro de psicología de la Región de Murcia. De los 98 padres que comenzaron el programa de entrenamiento, 68 configuraron la muestra final del estudio, con 55 madres y 13 padres, los cuales tenían a su cargo un total de 134 hijos

entre todos. Las características de los padres, de los hijos y de las familias se recogen en la tabla 1.

#### *Instrumentos*

*Cuestionario de Información Sociodemográfica.* A través de este cuestionario se recogió información acerca del sexo del progenitor, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, profesión del otro progenitor, número de hijos, sexo y edad de los mismos, alteraciones en el desarrollo, nivel de ingresos anuales por familia, convivencia de ambos educadores en el mismo hogar, horas semanales de ayuda doméstica y de ayuda en la crianza.

*Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21;* Antony, Bieling, Cox, Enns, y Swinson, 1998). Se trata de un auto-informe breve de 21 ítems distribuidos en tres sub-escalas de 7 ítems cada una que miden la severidad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los ítems son valorados de 0 (*no se aplica nada a mí*) a 3 (*se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo*). En cuanto a las propiedades psicométricas la escala original mostró adecuada consistencia interna ( $\alpha = .87 - .94$ ), validez convergente con medidas de ansiedad y depresión, y capacidad para discriminar entre muestras clínicas y comunitarias (Antony et al., 1998). Las propiedades psicométricas de la versión española también han resultado satisfactorias (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, y Muñiz, 2010).

*Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA;* Bermejo et al., 2006). Se trata de un auto-informe de 189 ítems que valora aspectos psicológicos y habilidades relacionados con la capacidad de proporcionar atención y cuidados. Incluye la valoración de 14 variables relacionadas con la personalidad de los cuidadores: Altruismo, Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad para resolver problemas, Empatía, Equilibrio emocional, Independencia, Flexibilidad, Reflexibilidad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos y Capacidad de resolución del duelo. Asimismo, el instrumento permite obtener 4 puntuaciones de segundo orden: Cuidado afectivo, Cuidado responsable, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad. El test CUIDA presenta valores adecuados de consistencia interna para las diferentes sub-escalas y validez convergente con medidas de personalidad.

*Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA;* Barraca, López-Yarto, y Olea, 2000). Se compone de 27 ítems que incluyen adjetivos para valorar las respuestas afectivas, positivas o negativas del individuo con relación a las interacciones familiares. La escala presentó buenas propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente con otras medidas de satisfacción familiar.

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

#### *Procedimiento*

Para la evaluación de la eficacia del programa se empleó un diseño cuasi-experimental de un solo grupo con medidas pre-test y post-test. El muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico incidental. Una vez realizada la selección de centros escolares, empresas, escuelas infantiles y centros de psicología, se contactó con los equipos directivos para ofertar la posibilidad de impartir un programa de entrenamiento a padres y la consiguiente participación en el estudio y a su vez se solicitó el consentimiento por escrito a los padres participantes antes de la impartición del programa. Todos los datos recogidos fueron estrictamente anónimos y se cumplió lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Todos los procesos fueron revisados y autorizados por el comité de ética de la Universidad Católica de Murcia.

#### *Formato e intervención*

El programa de entrenamiento a padres Educar con una sonrisa es un modelo estructurado de intervención dirigido a padres de hijos en edades comprendidas entre 0 y 12 años, compuesto por 4 sesiones de intervención de dos horas, agrupadas en 3 módulos, impartido con una frecuencia semanal y administrado bajo un formato grupal de entre 5 y 10 personas. Esta intervención con grupos reducidos se debió a una estrategia elaborada con el fin de aumentar la eficacia del programa para la reducción de la sintomatología clínica. La persona que imparte el programa de entrenamiento debe ser un psicólogo experto en psicología clínica y educativa, con formación en el manejo de dinámicas grupales, ya que una de las funciones principales del terapeuta es actuar como “facilitador meta-cognitivo” competencia consistente en la modificación del pensamiento de aquellos participantes que muestren dificultades cognitivas y meta-cognitivas ante reflexiones sobre sus propios estados mentales (Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril, Ortuño-Sierra, y Gáinza-Tejedor, 2017).

El programa sigue un modelo de intervención psicoeducativo compuesto por entrenamientos cognitivo-conductuales, instrucción en habilidades de crianza, dinámica de grupo, reflexiones conjuntas, ejercicios de relajación y movilización que se realizan en todas las sesiones. Para facilitar la implementación del programa, se estructuró el contenido en 17 estrategias, 13 principios de crianza efectiva y 34 características de autoridad, así mismo, se entregaron 5 documentos como material de seguimiento de las explicaciones. Con el fin de asentar los conocimientos adquiridos se entregó a los participantes unas lecturas y unas actividades extraídas del libro Educar con una sonrisa (Pérez-Saussol, 2015).

El programa de entrenamiento Educar con una sonrisa centra sus objetivos en: (1) aumentar la salud física y psicológica de los padres, (2) instruir en habilidades de crianza y cambio de actitud a los padres y (3) ayudar a los padres a mejorar la adaptación

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

y funcionamiento psicosocial de sus hijos. En la tabla 3 se presenta la estructura completa del programa, los módulos con sus sesiones correspondientes, las estrategias, los principios de crianza efectiva y los documentos entregados.

*Tabla 3. Estructura completa del programa de entrenamiento Educar con una sonrisa*

Módulo 1. La Salud de los padres.	Sesión 1. Mejora del estado físico y psicológico de los padres.	Estrategias: Auto-recompensa (1): premiar el propio esfuerzo, Sonrisa (2): forzar la sonrisa para provocar un cambio de actitud, Hacer equipo (3): utilizar las competencias individuales a fin de conseguir una fuerza colectiva, Autoconocimiento (4): conseguir una percepción real de nosotros mismos, Normalización (5): eliminar el carácter de excepcionalidad de una situación, Potenciación (6): reforzar y hacer visibles las propias capacidades, Rutinas saludables (7): realizar actividades beneficiosas para la salud, Yo elijo (7): adquirir la conciencia de agentes responsables del cambio, Resolución (8): intervenir en la resolución de conflictos atendiendo a las parcelas de responsabilidad propia, Relajación (9): tomar conciencia del cuerpo en distensión y de la mente en calma. Documento: Cuestionario de salud para padres (1).
Módulo 2. Habilidades de crianza y cambio de actitud.	Sesión 2. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes I	Estrategias: Aceptación (10): asimilar las circunstancias personales, Empoderamiento (11): ensalzar las capacidades y habilidades propias, Movilización (12): realizar movimientos corporales para activar la energía corporal. Principios: Dedicar tiempo de calidad (1), Valorar y reconocer (2), Respetar el desarrollo madurativo – no comparar (3), Facilitar que asuman responsabilidades (4), Escuchar- prestar atención (5), Comunicar de forma clara y precisa (6). Documentos: Claves de mejora para padres (2) y Principios de crianza (3).
	Sesión 3. Entrenamiento en habilidades de crianza y cambio de actitudes II.	Estrategias: Acogida (13): vivenciar la sensación de afecto y cuidado. Principios: Asumir las responsabilidades (7), Coherencia y asertividad (8), Eliminar la queja - actuar en positivo (9), Amabilidad y afecto (10), Orientar y planificar (11), Establecer límites adecuados (12). Características de autoridad: sinceridad, disciplina, respeto, responsabilidad, marcar pautas, saber apoyar, firmeza, seguridad, capacidad de decisión, objetividad, respeto a la norma, justicia, coherencia, aceptación, serenidad y calma, adecuación, humildad, tolerancia, valoración y reconocimiento, entrega gratuita, capacidad de acogida, amabilidad, constancia, flexibilidad, capacidad de escucha, sentido común, autocontrol, presencia- estar presente, compromiso, equilibrio y estado emocional positivo. Documentos: Principios de crianza (3) y Características de autoridad (4).
Módulo 3. Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial del niño.	Sesión 4. Mejora del funcionamiento global del niño.	Estrategias: Extrañeza (14): responder fingiendo sorpresa o asombro, Salir de la escena (15): visualizar la situación conflictiva desde una perspectiva ajena, Nueva oportunidad (16): responder ante una situación no adecuada permitiendo una nueva versión de la acción anteriormente realizada, Apoyo (17): vivenciar la sensación de protección y seguridad. Principio: Proporcionar lo necesario (13). Documento: Principios de crianza (3) y Necesidades de adaptación de los niños (5).

#### *Procedimiento y Contenido de las sesiones*

El procedimiento utilizado en la impartición de la sesiones fue muy parecido en todas ellas: (1) comienza la sesión (a partir de la segunda) con una revisión de las tareas asignadas para casa e invitando a la consulta de posibles dudas, (2) se continúa presentando los objetivos de la siguiente sesión, (3) se procede a realizar la psicoeducación correspondiente acompañada de los ejercicios, estrategias, principios y documentos que requiera, (4) se realiza una ronda de comentarios sobre los conceptos aprendidos, (5) se asignan unas tareas para casa.

*Módulo 1: La salud de los padres.* Está formado por la sesión 1 y su objetivo principal consiste en ayudar a los padres a reconocer su situación actual de salud física y

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

psicológica; y en aportarles los recursos necesarios para incorporar rutinas saludables además de mejorar su bienestar psicológico. Cómo objetivos específicos se determinaron: (1) Presentar al terapeuta y el programa de entrenamiento. (2) Reflexionar sobre el rol de ser padres. (3) Exponer la importancia de cubrir las necesidades básicas de las figuras parentales. (4) Incorporar rutinas saludables en la vida de los padres. (5) Entrenar en las habilidades y estrategias que aparecen en la tabla 3. Los ejercicios que se llevaron a cabo fueron: (1) Presentación, (2) Relajación, (3) Rellenar un cuestionario de salud para padres.

*Módulo 2: Habilidades de crianza y cambio de actitud.* Está formado por la sesión 2 y 3. El objetivo principal del módulo 2 consiste en dar a conocer los primeros 12 principios de crianza efectiva y la estrategia Acogida cuyos contenidos se recogen en la tabla 2. Como objetivos específicos se determinaron: (1) Instruir en habilidades parentales relacionadas con la dedicación de tiempo de calidad a los hijos. (2) Dar a conocer herramientas que facilitan la valoración y el reconocimiento y aumentan la seguridad de los niños. (3) Aportar herramientas para una comunicación adecuada. (4) Reflexionar sobre la responsabilidad parental. (5) Reflexionar sobre la fuerza de la coherencia y asertividad. (6) Ofrecer herramientas que faciliten eliminar la queja y actuar en positivo. (7) Insistir en los beneficios de mejorar la comunicación con los hijos. (8) Conocer y entrenar en las características de autoridad. (9) Evidenciar la importancia de imponer límites adecuados. Los ejercicios realizados son: (1) Relajación dirigida, (2) Movilización, (3) Rellenar un cuestionario de claves de mejora para padres, (4) Comenzar a cumplimentar un cuestionario de principios de crianza efectiva, (5) Rellenar un cuestionario sobre características de autoridad.

*Módulo 3: Niveles de adaptación y funcionamiento psicosocial del niño.* Está formado por la sesión 4 y su objetivo principal consiste en conocer el nivel actual de adaptación y el funcionamiento psicosocial de los hijos y enseñar a los padres a intervenir en su mejora. Como objetivos específicos se determinaron: (1) Instruir en estrategias para marcar los límites con seguridad y adecuación. (2) Dar herramientas para evaluar a sus hijos a nivel físico, afectivo-relacional e intelectual y enseñar estrategias de intervención. (3) Reflexionar sobre el funcionamiento global de sus hijos. (4) Enseñar a los padres a realizar modificaciones cognitivas y conductuales. (5) Cerrar y despedir el programa de entrenamiento. Todos estos contenidos se encuentran recogidos en la tabla 3. Los ejercicios realizados son: (1) Apoyo, (2) Despedida y cierre.

#### *Análisis de datos*

Para realizar el análisis de datos se calcularon estadísticos descriptivos para las variables demográficas y de resultado. El análisis de normalidad de las variables

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

cuantitativas se llevó a cabo a través del análisis exploratorio y el Test Kolmogorov-Smirnov. Debido a que los resultados mostraron diferencias significativas ( $p = .00$ ) entre la distribución de las variables objeto de estudio y la distribución normal, se utilizó el Test de Wilcoxon para la comprobación de las diferencias entre pre-test y post-test. Finalmente para la comprobación del efecto de los niveles iniciales de severidad en la eficacia del programa sobre las variables clínicas, se llevaron a cabo modelos de regresión lineales donde se calculó el coeficiente de regresión  $\beta_1$ , el estadístico de significación  $t$  de Student y el coeficiente de determinación  $R^2$  para cada una de las variables.

## RESULTADOS

De los 98 padres que iniciaron el programa de entrenamiento, 68 fueron los que terminaron formando la muestra definitiva del estudio, por lo que la adherencia al programa fue del 69.4%. En la tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos del pre-test, como se puede observar, las medidas en las variables clínicas se encontraban en el rango subclínico, mientras que las habilidades en relación con la crianza y la satisfacción familiar presentaron puntuaciones dentro del rango de la población general.

### *Eficacia para la mejora de síntomas clínicos, satisfacción familiar y habilidades en relación con la crianza*

Los síntomas clínicos relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés mostraron mejoras significativas, como también ocurrió con la satisfacción familiar, la cual vio su puntuación incrementada significativamente tras la implementación del programa y las siguientes habilidades en relación a la crianza: apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexividad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos, capacidad de resolución del duelo, cuidado responsable, cuidado afectivo y sensibilidad hacia los demás, observándose a su vez una reducción significativa en la agresividad. Datos que se pueden contrastar en la tabla 4.

### *Severidad de los síntomas clínicos como moderador de la eficacia del programa*

Debido a que el programa de entrenamiento fue aplicado en una muestra de padres sin patología diagnosticada, la severidad promedio en ansiedad, depresión y estrés antes de asistir al programa de entrenamiento se situaba en un rango subclínico. A partir de estos resultados, se procedió a comprobar si los niveles iniciales alcanzados en estas variables ejercían efectos significativos sobre las variaciones que experimentaban dichas variables debido a la eficacia del programa. Con el fin de comprobar la influencia

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

de los niveles iniciales de las variables clínicas sobre la puntuación de cambio tras la recepción del programa (diferencia entre la puntuación pre-test y la puntuación post-test), se estimaron modelos de regresión lineal simple para cada una de las variables, utilizando como predictor la puntuación de cada variable en el pre-test y su puntuación de cambio como variable dependiente. La ecuación de regresión a estimar para cada variable fue la siguiente:  $\Delta X = \beta_0 + \beta_1 X^{\text{PRE}} + \epsilon$

Tabla 4. Medias, desviaciones típicas y resultados del test de Wilcoxon

Variables		Media (DT) Pre-test	Media (DT) Post-test	Media (DT) Cambio	Z	p
Clínicas	Depresión	3.18 (3.60)	1.32 (1.66)	-1.85 (2.69)	-5.26	.00
	Ansiedad	2.37 (2.83)	1.04 (1.53)	-1.32 (2.46)	-4.02	.00
	Estrés	7.10 (4.59)	4.38 (3.59)	-2.72 (4.11)	-5.03	.00
Satisfacción	Satisfacción familiar	125.54 (20.01)	138.37 (17.81)	12.82 (12.93)	6.57	.00
Habilidades de crianza	Altruismo	4.19 (1.50)	4.21 (1.91)	.15 (1.42)	0.07	.94
	Apertura	4.62 (2.10)	5.35 (2.04)	.73 (1.42)	3.76	.00
	Asertividad	3.91 (2.06)	4.88 (1.86)	.97 (1.40)	4.81	.00
	Autoestima	3.90 (1.98)	5.28 (1.67)	1.38 (1.29)	6.27	.00
	Capacidad de resolver problemas	3.29 (2.09)	4.22 (2.04)	.93 (1.24)	5.24	.00
	Empatía	4.31 (1.96)	5.00 (1.84)	.69 (1.45)	3.59	.00
	Equilibrio emocional	3.12 (1.79)	4.29 (2.03)	1.18 (1.17)	5.83	.00
	Independencia	4.19 (1.91)	4.63 (2.09)	.44 (1.56)	2.25	.02
	Flexibilidad	3.44 (2.04)	3.96 (2.12)	.51 (1.77)	2.30	.02
	Reflexividad	3.35 (1.81)	3.82 (1.66)	.47 (1.35)	2.73	.02
	Sociabilidad	4.24 (2.03)	4.87 (1.87)	.63 (1.58)	3.52	.00
	Tolerancia a la frustración	3.35 (1.73)	4.41 (1.93)	1.06 (1.48)	4.99	.00
	Capacidad de establecer vínculos afectivos	3.96 (1.93)	4.60 (1.90)	.65 (1.35)	3.65	.00
	Capacidad resolución del duelo	4.54 (1.21)	5.18 (2.13)	.63 (1.36)	3.48	.00
	Cuidado responsable	2.90 (1.95)	3.90 (1.98)	.95 (1.25)	5.33	.00
	Cuidado afectivo	3.69 (2.06)	4.93 (2.08)	1.23 (1.35)	5.65	.00
	Sensibilidad hacia los demás	3.51 (1.86)	4.40 (1.88)	.88 (1.19)	5.22	.00
	Agresividad	6.94 (1.91)	5.21 (1.94)	-1.73 (1.60)	-6.10	.00

Donde  $\Delta X$  fue la diferencia entre las puntuaciones posttest y pretest,  $X^{\text{PRE}}$  las puntuaciones iniciales de la variable clínica,  $\beta_0$  fue utilizado como el término constante de la recta de regresión,  $\beta_1$  la pendiente de la recta de regresión y, por lo tanto, reflejó como variaba  $\Delta X$  cuando cambiaba en una unidad la variable  $X^{\text{PRE}}$ ;  $\epsilon$  fue utilizado para el término de error, el cual recogió las diferencias entre los datos y la predicción del modelo de regresión. Para la comprobación de la significación estadística del coeficiente de regresión se llevaron a cabo pruebas *t* student bajo la hipótesis nula de  $\beta_1 = 0$ . Por último, se obtuvo el coeficiente de determinación  $R^2$  que indicó el porcentaje de varianza explicado de la puntuación de cambio por el nivel de la variable en el pre-test.

Como se puede observar en la tabla 5, todos los coeficientes de regresión resultaron significativos, lo que indicó una asociación entre los niveles iniciales de severidad en cada una de las variables clínicas y el cambio experimentado tras el programa. El sentido negativo de los coeficientes indicó que a mayor severidad de los síntomas, las mejoras experimentadas fueron mayores, con un porcentaje de varianza

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

explicada del 78% para los síntomas depresivos, del 67% para la ansiedad y del 44% para el estrés.

*Tabla 5.* Estimación de los coeficientes de regresión para la severidad inicial en las variables clínicas en función de la puntuación de cambio

VARIABLES CLÍNICAS	$\beta_1$	T	p	R <sup>2</sup>
Depresión	-.65	-13.86	.00	.78
Ansiedad	-.7375	-10.07	.00	.67
Estrés	-.6117	-7.072	.00	.44

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio aporta información acerca de la viabilidad y eficacia del programa de entrenamiento para padres Educar con una sonrisa para la mejora del bienestar psicológico, la satisfacción familiar y las habilidades y dimensiones cognitivas relacionadas con la crianza en padres de niños entre 0 y 12 años.

Del total de padres de 98 padres que iniciaron el programa se obtuvo una tasa de adherencia del 69.4%, quedando una muestra total de 68 padres, dato que resulta indicativo de los beneficios que reportan los programas breves de entrenamiento para el aumento de la adherencia a los programas y el seguimiento de los asistentes, facilitando la eliminación de impedimentos que presentan los programas de mayor duración, entre los que se encuentran: la modificación de horarios, la falta de tiempo y la atención a los hijos (Whittaker y Cowley, 2012).

Con relación a la eficacia del programa se han encontrado resultados estadísticamente significativos en las medidas de las variables clínicas. Estos hallazgos son similares a los observados en general para estudios acerca de programas de crianza que han utilizado medidas de resultado de tipo clínico (Bennett et al., 2013). Así mismo el efecto del programa sobre las variables Ansiedad, Depresión y Estrés se asoció significativamente a los niveles de severidad iniciales, observándose un mayor efecto cuando dichos niveles eran más elevados. En este sentido, los hallazgos de este estudio apoyan la idea del uso de programas de entrenamiento para la mejora del ajuste psicosocial parental, no solamente obtenida a través de la mejora de sus habilidades parentales, sino también, a través de la inclusión de componentes de intervención para abordar aspectos clínicos como puede ser el entrenamiento cognitivo, las estrategias de autorregulación emocional y la relajación como indicó Toro (2019) en sus trabajos.

Las medidas obtenidas en satisfacción familiar también se han visto incrementadas en las puntuaciones post-test. A su vez, tras examinar los efectos encontrados en las habilidades y dimensiones cognitivas en relación con la crianza obtenidas a través del test CUIDA (Bermejo et al., 2006), se observaron cambios significativos tanto en los factores de primer orden (Apertura, Asertividad, Autoestima, Capacidad de resolver problemas, Empatía, Equilibrio emocional, Independencia,

Flexibilidad, Reflexividad, Sociabilidad, Tolerancia a la frustración, Capacidad de establecer vínculos afectivos y Capacidad resolución del duelo), como en las dimensiones de segundo orden (Cuidado responsable, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad). La literatura científica sugiere que el aumento de dichas habilidades y dimensiones cognitivas provocan consecuencias en el bienestar psicológico de los padres (Pérez-Adame et al., 2013). A partir de los datos obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que la mejora en estas habilidades y dimensiones cognitivas relacionadas con la crianza se han visto acompañadas de mejoras en la sintomatología clínica y la satisfacción familiar. Sin embargo, estos resultados no permiten establecer con certeza si los efectos en el ajuste psicosocial de los padres son el resultado de las mejoras experimentadas en la satisfacción familiar y las habilidades en relación a la crianza para el manejo de la conducta de los niños, o por el contrario, son consecuencia de las estrategias incluidas en el programa para el abordaje directo del bienestar psicológico parental.

Las limitaciones del presente estudio abren una línea a nuevas líneas de investigación. En primer lugar, el uso de un diseño cuasi-experimental con ausencia de grupo control indica una cautelosa interpretación de los resultados de eficacia ya que a pesar de ser prometedores, requerirían de un estudio experimental. En segundo lugar, el reducido tamaño de la muestra y su carácter incidental no permiten establecer conclusiones definitivas acerca de la generalización de los efectos del programa, quedando pendiente su evaluación en un estudio con un mayor número de participantes, seleccionados de forma aleatoria. Por último, sería recomendable realizar una evaluación previa y posterior a la realización del programa de entrenamiento de los padres que posibilitase la valoración de los efectos del programa en los niños y comprobar cómo la salud mental de los padres tiene influencia en el comportamiento de los niños (Maggi et al., 2010).

Las posibles aplicaciones del programa de entrenamiento Educar con una sonrisa en relación a los resultados obtenidos abren la posibilidad de utilizar este programa como una herramienta: (1) para la prevención ante posibles dificultades de tipo psicológico en los padres durante la etapa de crianza, (2) clínica para la mejora de la sintomatología clínica relacionada con la ansiedad, la depresión y el estrés, (3) para la mejora de la satisfacción familiar, (4) para la mejora de las habilidades y dimensiones cognitivas en relación con la crianza, (5) para dar formación tanto a profesores como a psicólogos que trabajen con padres o con niños y, por último, (6), este programa de entrenamiento a padres podría ser ofertado tanto a psicólogos como a profesores de centros educativos y otras instituciones relacionadas con la infancia.

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

## REFERENCIAS

- Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W., y Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Armstrong, M.I., Birnie-Lefcovitch, S., y Ungar, M.T. (2005). Pathways between social support, family wellbeing, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269-281. doi:10.1007/s10826-005-5054-4
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., y Jones, H. (2016). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-94. doi:10.1002/14651858.CD003680.pub2
- Barraca, J., y López-Yarto, L. (1999). *ESFA: Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. TEA Ediciones.
- Barraca, J., Yarto, L.L., y Olea, J. (2000). Psychometric properties of a new family life satisfaction scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(2), 98-106. doi:10.1027//1015-5759.16.2.98
- Bennett, C., Barlow, J., Huband, N., Smailagic, N., y Roloff, V. (2013). Group-based parenting programs for improving parenting and psychosocial functioning: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(4), 300-332. doi: 10.5243/jsswr.2013.20
- Bermejo, F.A., Estévez, I., García, M.I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., ... y de Castro, F.V. (2006). *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. TEA Ediciones.
- Bloomfield, L., y Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behavior before and after a parenting program. *Primary Health Care Research y Development*, 13(4), 364-372. doi:10.1017/S1463423612000060
- Centro de investigaciones sociológicas – CIS– (2012). *Familia y género*. Recuperado de: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2940\\_2959/2942/es2942.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2940_2959/2942/es2942.pdf).
- Chambless, D.L., y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. doi:10.1037//0022-006x.66.1.7
- Crandall, A., Deater-Deckard, K., y Riley, A.W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36, 105-126. doi: 10.1016/j.dr.2015.01.004
- Eamesa, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C.J., Bywater, T., Jones, K., y Hughes, J.C. (2010). The impact of group leaders' behaviours on parent's acquisition of key parenting skills during parent training. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1221-1226. doi:10.1016/j.brat.2010.07.011
- Flores-Bravo, J.F., Valadez-Sierra, M.D., Rosal, A.B., y Betancourt-Morejón, J. (2018). Principales preocupaciones de padres de hijos con altas capacidades. *Revista de Educación y Desarrollo*, 47, 115-122.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21) en universitarios españoles. *Ansiedad y Estrés*, 16(2), 215-226.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M., y Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

- early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-239. doi:10.1002/14651858.CD008225.pub2
- Godoy, J. F., Ruiz Castilla, M., Fresneda López, M.D., y Puertas González, J.A. (2019). Eficacia de un programa de entrenamiento para padres destinado a mejorar la comunicación oral y la conducta de sus hijos: un estudio preliminar. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(2), 107-127. doi: 10.5209/rlog.62544
- González, J.A.P., Castilla, M.R., López, M.D.F., y Godoy, J.F. (2019). Eficacia de un programa de entrenamiento para padres destinado a mejorar la comunicación oral y la conducta de sus hijos: un estudio preliminar. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(2), 107-127.
- Hermanns, J.M., Assecher, J.J., Zijlstra, B.J., Hoffenaar, P.J., y Dekovic, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35, 678-684. doi: 10.1016/j.childyouth.2013.01.017
- Hiscock, H., Bayer, J. K., Price, A., Ukoumunne, O. C., Rogers, S., y Wake, M. (2008). Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *British Medical Journal*, 336, 318-321. doi: 10.1136/bmj.39451.609676.AE
- Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J., y Gaínza-Tejedor, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (MOSST): Marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 204-215.
- Jones, J.D., Lebowitz, E.R., Marin, C.E., y Stark, K.D. (2015). Family accommodation mediates the association between anxiety symptoms in mothers and children. *Journal of Child y Adolescent Mental Health*, 27(1), 41-51. doi:10.2989/17280583.2015.1007866
- Kjøbli, J., Hukkelberg, S.Y., y Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour*, 2, 1-10.
- Kjøbli, J., y Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review*, 31, 823-830. doi:10.1016/j.childyouth.2009.03.004
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., y van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312-317. doi: 10.1097/YCO.0000000000000341
- López de Arana Prado, E., y Barandiaran Arteaga, A. (2018). Vivencias sobre la maternidad: aspectos que tener en cuenta en la promoción de la salud infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 20(79), 237-243.
- Lozano-Rodríguez, I., y Valero-Aguayo, L. (2017). Una revisión sistemática de la eficacia de los programas de entrenamiento a padres. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 85-91. doi:10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.607
- Maggi, S., Irwin, L.J., Siddiqi, A., y Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: an overview. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 46(11), 627-635. doi: 10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x
- Manuel, J., Casanova, P.F., Carpio, M.V., y Cerezo, M.T. (2015). Consistencia e inconsistencia parental: relaciones con la conducta agresiva y satisfacción vital de los adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 6(2). doi:10.1989/ejep.v6i2.112
- Martin, A.J., y Sanders, M.R. (2003). Balancing work and family: A controlled evaluation of the Triple P-Positive Parenting Program as a work-site intervention. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(4), 161-169. doi:10.1111/1475-3588.00066

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

- Matsumoto, Y., Sofronoff, K., y Sanders, M.R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese society. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 87-91. doi:10.1037/a0018181
- McMahon, R.J. (1991). Entrenamiento de padres. *V. Caballo, Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid: Siglo XXI.*
- Mendoza, B., Pedroza, F.J., y Martínez, K.I. (2014). Prácticas de Crianza Positiva: Entrenamiento a padres para reducir Bullying. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(3), 1793-1808. doi: 10.1016/S2007-4719(14)70980-9
- Middeldorp, C.M., Wesseldijk, L.W., Hudziak, J.J., Verhulst, F.C., Lindauer, R.J., y Dieleman, G.C. (2016). Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 919-927. doi:10.1007/s00787-015-0813-2
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., Shibuya, N., Sadahiro, R., y Enokido, M. (2013). Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender specific manner. *BMC Psychiatry*, 13, 1-4. doi:10.1186/1471-244X-13-345
- Padilla, J.P., Lara, B.L., y Álvarez-Dardet, S.M. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1), 47-57.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G., Reid, J., Jones, R., y Conger, R. (1975). *A social learning approach to family intervention. Vol. 1: Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
- Pérez, F., y Santelices, M.P. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 235-244.
- Pérez-Adame, E., Fulgencio-Juárez, M., y González-Zepeda, A.P. (2013). Burnout en personal de estancias infantiles y su relación con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 24, 5-12.
- Perez-Saussol, C. (2015). *Educar con una sonrisa*. Murcia: Autoedición.
- Porzig-Drummon, R., Stevenson, R.J., y Stevenson, C. (2014). The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child problem behaviors and dysfunctional parenting: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 52-64. doi:10.1016/j.brat.2014.05.004
- Porzig-Drummond, R., Stevenson, R.J., y Stevenson, C. (2015). Preliminary evaluation of a self-directed video-based 1-2-3 Magic parenting program: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 32-42. doi:10.1016/j.brat.2015.01.003
- Raya, A.F., Pino, M.J., y Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-222. doi:10.30552/ejep.v2i3.28
- Rodrigo, M.J., Almeida, A., Spiel, C., y Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 2-10. doi:10.1080/17405629.2011.631282
- Sánchez, F. (2017). Conflictos entre padres e hijos: el problema de la disciplina. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 1, 70-80.
- Sanders, M.R., Kirby, J.N., Tellegen, C.L., y Day, J.J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 337-357. doi:10.1016/j.cpr.2014.04.003
- Sanders, M.R., Turner, K.M., y Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-189. doi:10.1023/a:1019942516231

PÉREZ e INIESTA. *Eficacia del programa Educar con una sonrisa*

- Shlonsky, A., Dennis, J.A., Devine, B., Tufford, L., Barlow, J., y Bjørndal, A. (2016). Mindfulness-based parenting programs for improving psychosocial outcomes in children from birth to age 18 and their parents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1-21. doi:10.1002/14651858.CD012445
- Toro, M. T. (2019). Relajación de jacobson para disminuir la ansiedad originada por evaluaciones e incremento del rendimiento académico en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima Metropolitana. *Avances en Psicología*, 27(2), 167-176.
- Tosh, R., Amott, W., y Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: a systematic review. *International journal of language & communication disorders*, 52(3), 253-269.
- Van Aar, J.V., Asscher, J.J., Zijlstra, B.J., Dekovic, M., y Hoffenaar, P.J. (2015). Changes in parenting and child behavior after the home-start family support program: A 10 year follow-up. *Children and Youth Services Review*, 53, 166-175. doi:10.1016/j.childyouth.2015.03.029
- Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years: Parents, teachers, and children training series. *Residential treatment for children y youth*, 18(3), 31-45. doi: 10.1300/J007v18n03\_04
- Whittaker, K. A. & Cowley, S. (2012). An effective programme is not enough: A review of factors associated with poor attendance and engagement with parenting support programmes. *Children y Society*, 26(2), 138-149. doi:10.1111/j.1099-0860.2010.00333.x

Recibido:  
Recepción Modificaciones:  
Aceptado:

