



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

ESTRÉS Y ETAPA PARENTAL ANTE LA DISCAPACIDAD: INTERVENCIÓN VIRTUAL DE CRIANZA CONSCIENTE EN CIUDAD JUÁREZ

Alejandra Vargas Alba¹ y Elsa Beatriz Maldonado Santos²

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue intervenir en padres y madres de hijos con discapacidad a través de la adaptación virtual de un programa de Crianza Consciente para aumentar la atención plena, disminuir niveles de estrés y modificar la etapa de ajuste parental ante la discapacidad. El diseño fue un pre experimento con muestreo por conveniencia y evaluación pretest, postest y de seguimiento. La muestra consistió en 7 madres de hijos con algún tipo de discapacidad y participaron en el programa de 8 semanas. Se encontró después de 18 horas de intervención reducción del estrés, aumento en la atención plena, y en la etapa de adaptación y reacción. Los resultados se mantienen e incluso aumentan dos meses después de la intervención presentando reducción en el estrés asociado a las características y conductas del hijo con discapacidad y en la modificación de una etapa de shock a una etapa de reacción lo que propicia el reconocimiento de la discapacidad, aceptar e integrar a la vida familiar al hijo(a) con discapacidad. Esto sugiere la eficacia del programa virtual de crianza consciente respecto al objetivo inicial, permitiendo inferir un aprendizaje significativo que impacta en la salud mental de los padres, en el desarrollo del hijo(a) y posteriormente en la familia.

Palabras clave: Atención plena, crianza consciente, estrés parental, etapa de ajuste parental, intervención.

¹ Lic. Alejandra Vargas Alba. Maestrante en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez del programa Maestría en Psicología. Correo electrónico: vargas_a@hotmail.es

² Profesora en Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Correo electrónico: beatriz.maldonado@uacj.mx

STRESS AND PARENTAL ADJUSTMENT IN FRONT TO DISABILITY: VIRTUAL INTERVENTION OF MINDFUL PARENTING IN CIUDAD JUÁREZ

ABSTRACT

The purpose of this study was to intervene in fathers and mothers of children with disabilities through the virtual adaptation of a Mindful Parenting program to increase mindfulness, decrease stress levels and modify the stage of parental adjustment in front to disability. The design was a pre-experiment with convenience sampling and pre-test, post-test, and follow-up evaluation. The sample consisted of 7 mothers of children with disability, trained through the program during a period of 8 weeks. A reduction with respect to stress and an increase in mindfulness, adaptation stage and reaction stage was found at the end of 18 hours of the workshop-intervention. The results are maintained and increase two months after the intervention. There is a reduction in stress associated with the characteristics and behaviors of the child with a disability and in the modification of a shock stage to a reaction stage, which promotes the recognition of the disability, accepting and integrating the child with disability into family life. This suggests the effectiveness of the virtual conscious parenting program with respect to the initial purpose, allowing significant learning to be inferred that impacts the mental health of the parents, the development of the child, and later the family.

Keywords: Intervention, mindfulness, mindful parenting, parental stress, parental adjustment stage.

A nivel internacional las personas con discapacidad significan un 15% de la población, en América Latina se registran 70 millones de personas con discapacidad, en el estado de Chihuahua se reporta a 138 424 personas (4.1% de la población) y en Ciudad Juárez, se identifican a 48 621 casos (3.6% de la población total), cabe resaltar que estos datos a nivel municipal no han sido modificados desde el año 2010, dejando en evidencia la necesidad de actualizar la información estadística sobre las personas con discapacidad y sus familias, sus características y necesidades actuales (Comisión Económica para América Latina y del Caribe [CEPAL], 2021; IMIP, 2020; OMS, 2011).

Si bien, la discapacidad es un concepto que ha estado en constante cambio actualmente la Clasificación Internacional del Funcionamiento Humano, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) dice que la discapacidad de una persona dependerá de la interacción que se da entre el individuo y su entorno, y no de las características de su condición, trastorno o enfermedad, por lo que, actualmente es

entendida como un término global que comprende al funcionamiento humano y todas las condiciones o factores de salud desde tres perspectivas: las afectaciones corporales, los déficits y las restricciones a la participación, considerando factores contextuales, características ambientales y personales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

El entorno donde las personas con discapacidad mayormente interactúan y se desarrollan es el familiar, hablar de discapacidad en este contexto es hablar de una de las principales condiciones de vulnerabilidad social y económica, además de cambios en su estructura, cohesión y comunicación familiar, afectando a los padres directamente como cuidadores principales exponiéndolos a una constante readaptación y a experimentar altos niveles de estrés, sus afectaciones y actitudes parentales ante la discapacidad a través de etapas de ajuste parental de shock, reacción y adaptación, que influirán en su forma de cuidar y relacionarse con el hijo(a) con discapacidad (Bögels y Restifo, 2014; Fernández y Oliva, 2012; Oliva et al., 2014; OMS, 2011; Ponce, 2020; Ruiz et al., 2011).

Respecto a las etapas de ajuste parental ante la discapacidad, autores como Estrada (2020), Fernández y Oliva (2014), Guevara y González, (2012), Jerez (2019), Oliva et al (2014), Rangel (2021), Ruiz (2011) y Suñer (2016), concuerdan en que ningún padre cuenta con herramientas psicológicas y emocionales para hacer frente a la noticia de discapacidad para uno de sus hijos(as), por lo que, antes de adoptar estilos de crianza es necesario reconocer la aceptación y disponibilidad de relacionarse con las características de la discapacidad, a fin de tener expectativas realistas del desarrollo y potencial del hijo(a). Estas actitudes han sido clasificadas para población mexicana de la siguiente manera (Tabla 1).

Tabla 1
Actitud parental ante la discapacidad

Etapas parentales	Características
Etapa de Shock	Sentimientos, emociones y conductas de conmoción, bloqueo, desorientación, desdicha, incapacidad para afrontar la situación, confusión, preocupación y anhelo del hijo(a) que se deseaba tener. Creencia de responsabilidad y culpa por la discapacidad del hijo, percepción de falta de información y necesidad de

buscar profesionales que den un nuevo diagnóstico o cura. Esta etapa puede variar su permanencia en el tiempo, desde unos minutos, días o años.

Etapa de Reacción	Conductas y reacciones de enojo, infelicidad, rechazo, vergüenza, sentimientos de dolor, pérdida, ansiedad, conductas agresivas o de sobreprotección. Actitudes de reconocimiento de la discapacidad en el hijo, atención del desarrollo educativo del hijo a través de servicios disponibles, mayor relación con el hijo, se reconoce su lugar en la familia y su parentalidad. Actitud positiva sobre el futuro del hijo, mayor involucramiento en el desarrollo educativo y atención de sus necesidades.
Etapa de Adaptación	Interrogantes sobre la condición del hijo, sobreprotección, sentimientos de responsabilidad y culpa (en menor intensidad), reconocimiento de la discapacidad, sin tristeza, molestias, angustia o vergüenza. Menor atención a comentarios despectivos o de rechazo, mayor vinculación con el hijo(a) otorgando un lugar en la familia, mayor atención al desarrollo educativo y necesidades generales, actitud positiva sobre el futuro del hijo(a), reconocimiento de éxitos obtenidos.

Nota. Información tomada de Fernández y Oliva (2012)

Dichas etapas de ajuste parental, los retos y cambios a los que se enfrentan los padres están acompañados de altos niveles de estrés que se estarán presentando durante el desarrollo del hijo(a) con discapacidad y en el ciclo vital de la familia, independientemente del nivel socioeconómico o del tipo de discapacidad del hijo(a), afectando las habilidades de crianza con actitudes más reactivas y negativas, mostrándose menos pacientes y afectivos, negligentes en la atención temprana o la que se brinda a diario, tendencia a gritar, amenazar o golpear, contribuyendo así a la condición de discapacidad y estigmatización del hijo(a) (Bögels et al., 2010; Bögels y Restifo, 2014; Shaffer, 2020; Swain, 2020; UNICEF, 2014).

Asimismo, el estrés al que están expuestos los padres genera agotamiento, angustia, ansiedad, depresión, miedo e incertidumbre (Ponce, 2020; Sairanen et al., 2019; Shaffer, 2020). Por lo que, el estrés parental que experimentan es entendido como aquel que es provocado por el cuidado, convivencia, conductas y/o características del hijo(a) con discapacidad, así como por las características personales de los padres y madres (Abidin, 1990; Abidin, 1992; Bögels y Restifo,

2014; Díaz, 2020 Diez, 2018; Fernández y Oliva, 2012; OMS, 2011; Ponce, 2020; Swain, 2020).

Una revisión de la literatura actual indica que los programas basados en atención plena, como los programas de crianza consciente, son efectivos para reducir el estrés, fomentar la aceptación y compasión, incrementar la atención plena y mejorar la relación padre-hijo a través de temas como; estrés parental, la preocupación de los padres respecto a la condición del hijo(a), enfermedad o trastorno de hijo(a), esquemas y patrones de crianza, autocuidado, roles conyugales, reconectando con el cuerpo como padres y madres, entre otros, además, estos programas presentan una mayor permanencia de resultados en el tiempo (Bögels y Restifo, 2014; Díaz, 2020; Diez, 2018; García y Grau, 2017; Díaz; 2020; Shaffer, 2020).

Respecto a la práctica de la atención plena por parte de los padres, el programa de crianza consciente ofrece beneficios en su manera de acercarse a la crianza en tiempos de alto estrés, ya sea originado por características personales de los padres o por la convivencia, cuidado y conductas del hijo(a), reenfocando el trato y la reducción del estrés al otorgar herramientas para atender y disminuir niveles de estrés general y estrés de la crianza a través de técnicas de atención plena, yoga, práctica de la gratitud y bondad personal, identificar patrones y esquemas de crianza y desarrollar una crianza basada en la atención plena, la evidencia ha demostrado que la práctica de la atención plena propicia una mejor autorregulación emocional en situaciones de estrés agudo y aumenta la flexibilidad cognitiva que beneficia a padres y en consecuencia a los hijos (Bögels, 2010; Bögels y Restifo, 2014; Díaz; 2020; Evans, 2016; García y Grau, 2017; Kabat-Zinn, 2013; Moreno, 2012; Neff y Faso, 2015; Ponce, 2020; Sarmiento-Bolaños y Gómez-Acosta, 2013; Shaffer, 2020)

Por lo anterior se propuso una intervención a través de la adaptación virtual del programa de Crianza Consciente de Bögels y Restifo (2014), mismo que se basa en el Programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena (MBSR) desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1979 y la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (MBCT) desarrollada por Segal et al (2002) a fin de ofrecer una

opción más accesible y sustentable, además de responder a un contexto de confinamiento por pandemia de Covid-19 (Shaffer, 2020; Sairanen et al., 2019)

Objetivo

Reducir los niveles de estrés, modificar la etapa de ajuste parental ante la discapacidad y aumentar la atención plena a través de un programa virtual de crianza consciente para padres de hijos con discapacidad en ciudad Juárez

MÉTODO

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con muestreo por conveniencia y un diseño preexperimental de un solo grupo con evaluaciones pretest, postest y seguimiento después de 8 semanas, empleando un total de 18 horas de intervención.

Escenario

Para el reclutamiento de la muestra en un contexto de pandemia se tomaron en cuenta los reglamentos basados en los principios éticos propuestos por la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2019). Se hizo una convocatoria abierta a través de la red social de Facebook, y se utilizaron las plataformas de Zoom para realizar la intervención sincrónica y Google Forms para firmar la carta de consentimiento informado y recolectar datos de los tres momentos de evaluación.

Participantes

Las participantes fueron madres (N=7) de hijos con algún tipo de discapacidad, con un rango de edad de 39 a 53 años, los criterios de inclusión consistieron en presentar altos niveles de estrés, medios o bajos niveles de atención plena y no estar en proceso terapéutico. Las características sociodemográficas se observan en la Tabla 2.

Tabla 2
Características de la muestra

Características		N	%
Género	Femenino	7	100
	Masculino	0	
Rango de Edad	30-39	1	14
	40-49	5	72
	50-59	1	14

Estado civil	Soltero(a)	1	14
	Casado(a)	5	72
	Viudo(a)	1	14
Último grado académico	Secundaria	1	14
	Bachillerato	1	14
	Licenciatura	3	43
	Maestría	2	29
Ocupación actual	hogar	4	57
	profesional	3	43
Sexo del hijo(a)	Femenino	0	
	Masculino	7	100
Lugar que ocupa el hijo(a) con discapacidad en la familia	Mayor	2	28
	Menor	3	43
	Único(a)	2	28
Edad del hijo(a)			
	5-7	1	14
	8-10	3	43
	11-13	1	14
	14-16	1	14
	17-18	1	14
Discapacidad que presenta el hijo(a)	autismo	4	57
	TDA-TDAH	1	14
	lenguaje	1	14
	neuromotora	1	14
Edad del hijo en que fue diagnosticado	2-3	5	72
	4-6	1	14
	13-18	1	14

Instrumentos

Índice de Estrés Parental – Versión corta (PSI-SF) (Solís, 1991; Abidin, 1992). Consta de 36 afirmaciones en su versión abreviada con 5 respuestas tipo Likert. Comprende 3 subescalas de 12 ítems cada una: Estrés Parental (PD, 1-12), Interacción Disfuncional Padres-Niños (P-CDI, 13-24) y Niño Difícil (DC, 25 – 36). La suma de las 3 subescalas arroja una puntuación global de *Estrés Total* (TS). La validez interna es de un alfa de Cronbach de .94, las subescalas tienen los siguientes puntajes: PD= .89, P-CDI= .88 y DC= .89. Su objetivo es evaluar el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad generado por el cuidado y características conductuales del hijo(a) o características personales de los padres.

Escala de Actitud Parental Ante la Discapacidad (Fernández y Oliva, 2012), consta de 2 dimensiones: datos sociodemográficos y actitudes respecto a la discapacidad. Se conforma de 19 ítems de 4 opciones de respuesta tipo Likert, comprende tres etapas de actitud parental en subescalas de, etapa de shock, etapa de reacción y etapa de adaptación. En la validación se obtuvo un alfa de Conbrach de .782. Su objetivo es identificar la etapa de ajuste en la que se encuentran los padres respecto a la discapacidad del hijo(a).

Versión Mexicana de la Escala de Atención Plena (MASS) por sus siglas en inglés *Mindful Attention Awareness Scale* (López, et al, 2015). Comprende 15 preguntas con respuestas tipo Likert, su puntuación total se obtiene promediando los puntajes de los elementos individuales, ha mayor puntaje mayor nivel de atención plena. En la validación en población mexicana obtuvo buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de .89 y evidencia de validez interna. El objetivo es medir las habilidades de atención plena y la frecuencia con la que las personas experimentan estados de atención plena durante la vida diaria.

Procedimiento

De manera general el estudio constó de 4 fases que se presentan en la Tabla 3. La recolección de la muestra se realizó a través de la red social de Facebook, en grupos de padres y madres de hijos(as) con discapacidad facilitando información de contacto como correo electrónico, número telefónico y chat del perfil de Facebook para las personas interesadas en participar.

Tabla 3
Cronograma general de la intervención

Fase/Sesión	Etapa/ tema	Objetivo	Actividades	Técnicas de intervención	Instrumentos de registro
Fase 1	Invitación a padres	Invitación a través de Facebook en grupos de CAM, USAER y Red de familias	Promocionar el programa a través de carteles/videos en Facebook.		Registro diario
Fase 2	Reunión informativa. Invitación para interesados	Presentar el objetivo de la intervención y resolver dudas.	Bienvenida. Presentar horarios, temas y materiales a utilizar en la sesión uno. Primer contacto entre participantes	Motivación. Psicoeducación.	Registro diario.
Fase 3/ Sesión 1	Evaluación inicial. Introducción presencial. Encuadre.	Identificar cómo reaccionamos al estrés de la crianza cotidiana. Tema: Crianza automática	Psicoeducación/ Evaluación pretest 1. Meditación sobre intenciones. 2. Presentación. 3. Reglas del grupo. 4. Ejercicio de pasa. 5. Escaneo corporal. 6. Revisar tarea en casa. 7. Meditación de clausura.	Psicoeducación/Aplicación de instrumentos. Meditación guiada. Escaneo corporal. Ejercicio mente de principiante	Consentimiento informado. Instrumentos (MASS/ PSI-SF/ Actitud parental ante la discapacidad). Registro de práctica en el hogar. Registro diario

Sesión 2	Intervención	Conciencia de percepciones: experiencias con hijos no son puras ni completamente precisas. Tema: Crianza con mente de principiante	1. Escaneo corporal. 2. Comentar/ práctica en casa. 3. Ejercicio imaginación. 4. Video de gorila. 5. Ver conscientemente. 6. Práctica de gratitud. 7. Respiración sentada. 8. Revisar tarea en casa. 9. Meditación de clausura.	Psicoeducación. Meditación guiada. Escaneo corporal. Ejercicio, mente de principiante.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario
Sesión 3	Intervención	Atención al cuerpo y conectar con el momento presente. Tema: Reconnectándose con el cuerpo como padres y madres	1. Meditación sentada. 2. Comentar práctica en casa. 3. Minutos de respiración. 4. Yoga. 5. Observar el cuerpo durante la crianza. 6. Estrés de crianza. 7. Revisar tarea en casa. 8. Minutos de respiración.	Psicoeducación. Meditación guiada. Respiración sentada. Yoga. observación guiada.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario
Sesión 4	Intervención	Conciencia de la crianza bajo estrés, aprender a responder más sabiamente. Tema: Respondiendo vs reaccionando al estrés.	1. Meditación sentada. 2. Leer Koan. 3. Comentar momentos estresantes. 4. Agarrar y solar. 5. Minutos de respiración bajo estrés. 6. Ejercicio de imaginación. 7. Tarea en casa.	Meditación sentada. - Minutos de respiración bajo estrés.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario
Sesión 5	Intervención	Oportunidad de hacer algo diferentes a los propios padres, dar al hijo algo que no se experimentó. Tema: Patrones de crianza y esquemas.	1. Meditación sentada de emociones. 2. Revisar práctica en casa. 3. Modos de crianza y esquemas reactivos. 4. Minutos de respiración. 5. Meditación a pie. 6. Sosteniendo emociones. 7. Tarea en casa.	Meditación sentada sobre emociones. - Meditación caminando.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario

Sesión 6	Intervención	Ver el mundo con la perspectiva del hijo. Tema: Conflicto y crianza	1. Meditación sentada. 2. Revisar práctica en casa. 3. meditación de pie afuera. 4. Revisar tarea en casa. 5. poema.	Meditación sentada sobre emociones. - Meditación caminando.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario
Sesión 7	Intervención	Cultivar compasión y amor propio, hacia los hijos y otros, cultivar compasión y establecer límites. Tema: Amor y límites.	1. Meditación amorosa. 2. Revisar práctica en casa. 3. Discutir día de atención plena en el hogar. 4. ¿Qué necesito? 5. Límites, ejercicio de imaginación. 6. Tarea en casa. 7. Leer historia 2 lobos.	Psicoeducación. Meditación amorosa. - límites. Ejercicio de imaginación.	Cuadernillo de registro de práctica en el hogar. Registro diario
Fase 4/ Sesión 8	Post evaluación. Cierre después de 8 sesiones	Establecer que crianza consciente es un proceso continuo a medida que crecerán los hijos. Tema: Un camino consciente a través de la crianza	1. Escaneo corporal. 2.Práctica en casa. 3. Práctica de gratitud. 4. Meditación de lo aprendido. 5. Plan de meditación 8 semanas. 6. Lectura, sugerencias de crianza. 7. Meditación Metta.	Psicoeducación. Escaneo corporal. Práctica de gratitud. Meditación guiada.	Instrumentos (MASS/ PSI-SF/ Actitud parental ante la discapacidad). Registro de práctica en el hogar. Registro diario
Sesión 9	Evaluación de seguimiento. 8 semanas después de intervención. Cierre	Discutir como seguir practicando sin el apoyo del grupo.	1. Meditación sentada con las emociones. 2. Compartir-práctica y experiencia a 8 semanas sin el grupo. 3. Discutir si el programa ha sido suficiente. 4. Meditación. La montaña. 5. Ejercicio Deseo de bienestar/despedida. 6. Evaluación.	Psicoeducación. Meditación sentada con las emociones. Meditación en la montaña para padres.	(MASS/ PSI-SF/ Escala de actitud parental ante la discapacidad). Registro diario.

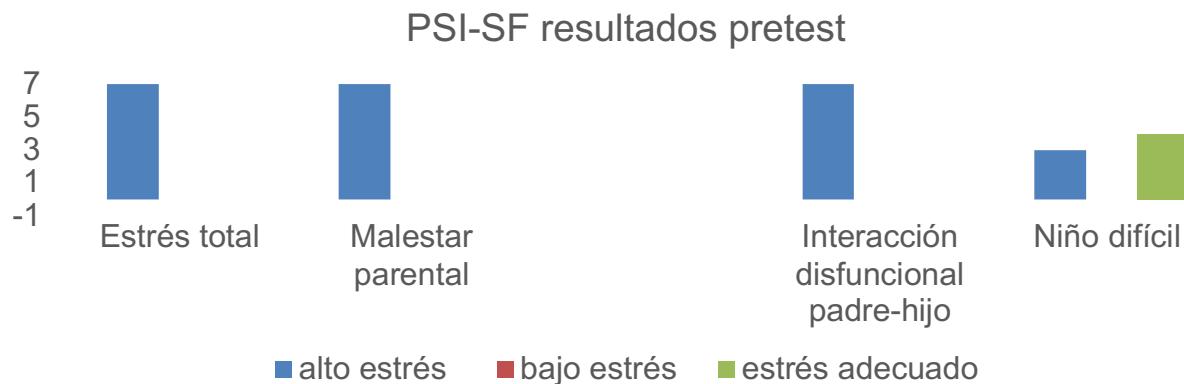
Para el análisis de los resultados se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Se emplearon estadísticos descriptivos para obtener rangos, frecuencias y análisis de los datos demográficos. El tipo de pruebas que se realizaron fueron no paramétricas debido al tamaño muestral ($N=7$) pues no se cumple con distribución normal generalizable. En el proceso de las pruebas de análisis, primero se usó la prueba de Wilcoxon, la cual permite identificar en que muestras relacionadas existe diferencia estadísticamente significativa, después, para calcular el tamaño del efecto real que generó el programa de intervención en las variables dependientes de estrés, actitud parental ante la discapacidad y atención plena se realizó la prueba G de Hedges.

Cabe resaltar que este programa de intervención fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (CEI-2021-1-374). Antes de comenzar la intervención todas las interesadas firmaron el consentimiento informado donde se les compartió que su participación era completamente voluntaria.

RESULTADOS

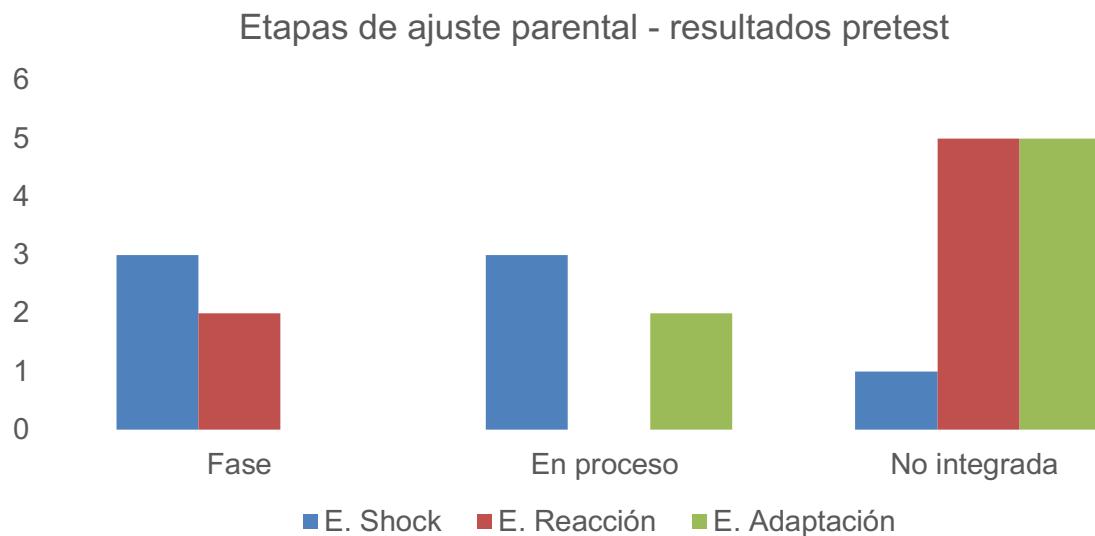
Se emplearon estadísticos descriptivos para analizar los datos de pretest obtenidos del Índice de Estrés Parental Versión Corta (PSI-SF) (Figura 1), permitiendo observar los niveles de estrés percibido en las 7 participantes respecto al cuidado del hijo con discapacidad. Encontrando altos niveles de estrés en la escala total y sus subescalas (con índices por encima de 90 puntos, que significa un nivel de estrés clínicamente significativo). Solo se reportó estrés adecuado en 4 participantes para la subescala de *niño difícil*.

Figura 1
PSI-SF resultados pretest



También se utilizaron estadísticos descriptivos para analizar los datos pretest obtenidos con el Cuestionario de actitud parental ante la discapacidad (Figura 2), encontrando que 6 de las participantes se encontraban en etapa de shock o en fase presentando características propias de la etapa.

Figura 2
Actitud parental ante la discapacidad-resultados pretest



Nota. *Fase*, significa estar en una etapa de conducta parental. *Proceso*, significa presentar conductas características de una etapa. *No integrada*, significa que no presentan conductas características de determinada etapa.

Respecto a los datos pretest de la escala de Atención plena (MASS) se informa que 4 participantes registraron baja atención plena y 3 registraron media atención plena en su vida diaria.

Posteriormente, para corroborar si se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pretest-postest, pretest-seguimiento y postest-seguimiento se realizó la prueba de Wilcoxon. Asimismo, se empleó la prueba de G de Hedges para conocer el tamaño del efecto real de la intervención. Los resultados pretest-postest de estas pruebas de análisis respecto a los instrumentos de PSI-SF, cuestionario de actitud parental ante la discapacidad y MASS se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4
Prueba de Wilcoxon y prueba G Hedges

	Pretest	Posttest	Z	p	G Hedges
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)			
PSI-SF					
Estrés total (TS)	121 (40)	95 (62)	-1.69	.091	0.6385
Malestar parental (PD)	41 (23)	35 (30)	-2.12	.034*	0.9213
Interacción disfuncional padre-hijo (P.CDI)	42 (18)	29 (26)	-2.197	.028*	1.1186
Niño difícil (DC)	30 (18)	34 (18)	-1.018	.309	0.2755
Actitud parental ante la discapacidad					
Etapa de Shock	9 (5)	9 (6)	-0.106	.916	0.0044
Etapa de Reacción	22 (11)	24 (11)	-1.612	.107	0.5793
Etapa de Adaptación	18 (3)	18 (3)	-1.511 ^b	.131	0.9411
MASS					
Atención plena	39 (26)	56 (37)	-2.384	.017*	1.2201

*p < .05

Los resultados de pretest-postest para la prueba de Wilcoxon muestran diferencias estadísticamente significativas en: en el aumento de la puntuación total de la escala de MASS, así como en la reducción del estrés en las subescalas de *malestar parental* (PD) e *interacción disfuncional entre padre-hijo* (P.CDI), pertenecientes al inventario de PSI-SF.

Respecto a la prueba de G de Hedges se encontró un tamaño del efecto grandes para la reducción del estrés en las subescalas de PD y P.CDI del inventario de PSI-

SF, en el aumento de la *etapa de adaptación* del Cuestionario de actitud parental ante la discapacidad y en la escala MASS.

Los resultados de pretest y seguimiento de las pruebas de Wilcoxon y G de Hedges respecto a los instrumentos de PSI-SF, cuestionario de actitud parental ante la discapacidad y MASS se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5
Prueba de Wilcoxon y prueba G Hedges

	Pretest Mdn (Rango)	Seguimiento Mdn (Rango)	Z	p	G Hedges
PSI-SF					
Estrés total (TS)	121 (40)	73 (58)	-2.366	.018*	1.4294
Malestar parental (PD)	41 (23)	25 (27)	-1.577	.115	1.4720
Interacción disfuncional padres-hijos (P.CDI)	42 (18)	24 (24)	-2.366	.018*	1.8097
Niño difícil (DC)	30 (18)	25 (20)	-1.183	.237	0.6533
Actitud parental ante discapacidad					
Etapa de Shock	9 (5)	13(6)	-2.214	.027*	1.5348
Etapa de Reacción	22 (11)	28 (14)	-2.117	.034*	1.5035
Etapa de Adaptación	18 (3)	19 (5)	-1.802	.072	1.1579
MASS					
Atención plena	39 (26)	56 (27)	-2.207	.027*	2.2832

*p < .05

Los resultados de la prueba de Wilcoxon indican diferencias estadísticamente significativas en: el incremento de la atención plena, en la reducción del estrés total (TS) y en la reducción del estrés para la subescala de P.CDI, también en la reducción de los indicadores de la *etapa de shock* y en el incremento de la *etapa de reacción*.

Sobre la prueba G de Hedges se encontraron tamaños del efecto grandes para todas las subescalas y puntuaciones totales, con excepción de la subescala de *niño difícil* (DC) que registra un tamaño del efecto mediano.

A continuación, en la Tabla 6 se presentan los resultados de la evaluación postest y seguimiento de las pruebas de Wilcoxon y G de Hedges respecto a los instrumentos de PSI-SF, cuestionario de actitud parental ante la discapacidad y MASS

Tabla 6
Prueba de Wilcoxon y prueba G Hedges

	Postest Mdn (Rango)	Seguimiento Mdn (Rango)	Z	p	G Hedges
PSI-SF					
Estrés total (TS)	95 (62)	73 (58)	-1.992	.046*	0.7566
Estrés parental (PD)	35 (30)	25 (27)	-1.577	.115	0.5245
Interacción disfuncional padres-hijos (P.CDI)	29 (26)	24 (24)	-1.997	.046*	0.5288
Niño difícil (DC)	34 (18)	25 (20)	-1.787	.074	1.0333
Actitud parental ante discapacidad					
Etapa de Shock	9 (6)	13(6)	-2.384	.017*	1.206
Etapa de Reacción	24 (11)	28 (14)	-2.12	.034*	1.0501
Etapa de Adaptación	18 (3)	19 (5)	-0.677	.498	0.4482
MASS					
Atención plena	56 (37)	56 (27)	-2.197	.028*	0.8214

*p < .05

Los resultados entre postest y seguimiento de la prueba de Wilcoxon muestran diferencias estadísticamente significativas en: el incremento de la atención plena y en la reducción del estrés para las subescalas de TS y P.CDI, en la reducción de la *etapa de shock*, generando una modificación a la etapa de reacción.

En los resultados de la prueba de G de Hedges se registró un tamaño del efecto grande para la subescala de TS y hasta este momento de evaluación para la subescala DC. También para las subescalas de *etapa de shock* y *etapa de reacción* y en la escala total de MASS. Asimismo, se presentaron tamaños del efecto mediado para la subescala de PD y P.CDI.

DISCUSIÓN

Los resultados de pretest en la Versión Mexicana de la Escala de Atención Plena (MASS), muestran que las participantes reportaron una media y baja atención plena, lo que indica, de acuerdo con la literatura, que hay mayor tendencia a centrarse en emociones negativas, a interpretar y exagerar los problemas, personas o situaciones de la vida diaria (Sarmiento-Bolaños y Gómez-Acosta, 2013).

Respecto a la etapa de shock y los altos niveles de estrés que se registraron en las participantes se consideran como características esperables debido a los cambios

en su estructura familiar y a los retos sociales, económicos y de cuidado a los que se enfrentan (Bögels y Restifo, 2014; OMS, 2011; Ponce, 2021; Shaffer, 2020; Swain, 2020; UNICEF, 2014). Sobre las puntuaciones de estrés *adecuado* presente en la subescala de Niño difícil, podría responder más a que las participantes no atribuyen su estrés a las características y conductas del hijo, pero si al rol y competencias parentales, a un vínculo débil con el hijo y experimentar culpa, para algunos autores esto implica que no hay un reconocimiento de la discapacidad (Abidin, 1992; Fernández y Oliva, 2012; Oliva et al., 2014).

Los resultados que se presentan en evaluación pretest-postest sugieren que, al incrementar la atención plena, se deja de luchar por no presentar síntomas negativos, hay una actitud de aceptación psicológica y ante una situación de estrés se percibe y se responde de diferente manera (Evans, 2016; Moreno, 2012). Con relación al estrés se presenta una reducción del estrés general y el relacionado con el malestar parental e interacción disfuncional padre-hijo, lo que propicia una reducción de sentimientos, pensamientos y conductas negativas y agresivas hacia el hijo(a) con discapacidad, además de un reconocimiento y aceptación de lo que genera estrés, como las conductas y características del hijo con discapacidad, pues se registra un aumento del estrés en la subescala de *niño difícil*, es decir, después de la intervención las participantes pareciera que se permiten reconocer este tipo de estrés en su vida (Abidin, 1990; Bögels y Restifo, 2014; Sarmiento-Bolaños y Gómez-Acosta, 2013).

Asimismo, la reducción que se presenta en la etapa de shock y la modificación hacia una etapa de reacción pudiera responder a la reducción de estrés general y de interacción disfuncional padre-hijo, así como al aumento de atención plena que, de acuerdo con la literatura se desarrollan actitudes de aceptación, hay un aumento en la atención de sentimientos, emociones y en las relaciones afectivas, es decir, aunque presenten estrés relacionado con el malestar parental o por las características y conductas del hijo(a) con discapacidad, este no afecta o interfiere de manera negativa en su crianza, manteniendo un estrés bajo en la interacción disfuncional padre-hijo (Bögels y Restifo, 2014; Fernández y Oliva, 2012; Jerez, 2019; Suñer, 2016).

Posteriormente se observa que hasta la evaluación de postest y seguimiento aparece un tamaño del efecto grande (1.0333) para la subescala de Niño Difícil, es decir, se sugiere que la psicoeducación impacta positivamente con el tiempo en la salud mental de las participantes, y de acuerdo con la literatura, se espera que también impacte en el desarrollo positivo del hijo(a) y posteriormente en la familia (Bögels y Restifo, 2014; Diez, 2018; Ponce, 2021; Sairanen et al., 2019). Mientras que el aumento de la atención plena, la reducción del estrés general, el relacionado con la interacción disfuncional entre padre-hijo, la reducción de los indicadores de la etapa de shock y la modificación a una etapa de reacción se mantienen a dos meses después de la intervención, lo que sugiere prevalencia de los resultados en el tiempo y una inferencia de aprendizaje significativo (Bögels et al, 2010; Bögels y Restifo, 2014; García y Grau, 2017; Shaffer et al, 2020; Suñer, 2016).

Con relación al uso de una plataforma virtual, los resultados indican que puede ser una opción viable para apoyar a esta población que se enfrenta a retos de movilidad, economía, desplazamiento y tiempo, permitiendo que más padres y madres puedan tener acceso a este tipo de apoyo independientemente de su ubicación (Shaffer, 2020)

Las limitaciones de este estudio recaen en el tamaño muestral pequeño y en la falta de un grupo control, por lo que se sugiere para próximos estudios atender estas características. Sin embargo, después de este estudio se identifica que el tamaño de un grupo virtual deseable no rebasaría los 15 participantes, a fin de poder tener una interacción y atención adecuada. Esto se relaciona con lo propuesto por Bögels y Restifo (2014) quienes comentan que en la sistematización del programa de Crianza Consciente los grupos comprendieron entre 8 a 16 participantes máximo.

Esto también responde a las características del programa de Crianza Consciente, que se centra en los padres tratando de ofrecer un sentido de pertenencia al considerar sus experiencias, ejemplos y situaciones de vida tan particulares respecto a la discapacidad, a diferencia de otros programas que solo se basan en las pautas de reducción de estrés basados en la atención plena (MBSR) creadas por Jon Kabat-Zinn, por lo que los diálogos abiertos entre participantes y el facilitador son primordiales, así el número de participantes debe ser considerado a

fin de poder otorgar atención y tiempo de calidad a todos los interesados (Bögels et al., 2010; Bögels y Restifo, 2014; Neff y Faso, 2015).

Es importante resaltar que este programa aporta una nueva propuesta de atención e intervención para la salud mental de los padres cuidadores de hijos(as) con discapacidad y que a su vez propicia un reconocimiento de esta, lo que implica adquirir herramientas para la gestión emocional y atender estereotipos y etiquetas respecto a la discapacidad, reconociendo que, la discapacidad de una persona dependerá de la interacción entre el individuo y su entorno y no de su condición, trastorno o enfermedad (CEPAL, 2021; OMS, 2001; UNICEF, 2014).

Por lo anterior, se sugiere seguir estudiando esta línea de investigación en el futuro cercano pues la población se encuentra en una constante vulnerabilidad social y económica que impacta en su salud mental y en el cuidado del miembro de la familia con discapacidad, recordando que el acceso al cuidado digno es un derecho humano. De esta manera, se reconoce que atender los niveles de estrés y actitudes parentales ante la discapacidad es una labor noble y necesaria, sin embargo, también se debe reconocer que estas afectaciones tienen causas sociales, por lo que, una vez atendida la salud mental habrá que voltear a ver y atender aspectos de difusión, conocimiento y demanda de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias (Purser, 2019).

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio son consistentes con la literatura actual al mostrar diferencias estadísticamente significativas en el aumento de la atención plena, en la reducción de estrés y en la modificación de la etapa de ajuste parental ante de la discapacidad de shock a una etapa de reacción después de una intervención virtual para padres de hijos(as) con discapacidad basada en un programa de crianza consciente (Bögels y Restifo, 2014; García y Grau, 2017; Neff y Faso, 2015; Shaffer et al., 2020; Suñer, 2016).

Asimismo, se corrobora que el aprendizaje a dos meses de la intervención se mantiene e incluso mejora con el tiempo, por lo que se podría inferir que hubo un aprendizaje significativo al tratarse de un acercamiento psicoeducativo, ya que se

internalizó en el día a día de las participantes y sin el apoyo del grupo. Esto es relevante, pues se espera que las herramientas adquiridas por las participantes puedan trasladarse y beneficiar las actividades sugeridas en casa por profesionales de la salud, y en el aprendizaje de otros programas como control y manejo conductual del hijo(a) o relaciones maritales (Abidin, 1990; Bögels y Restifo, 2014; Ponce, 2020)

Se reconoce la importancia de intervenir en los padres de familia al ser la principal red de apoyo de los hijos(as) con discapacidad, atender su salud mental y ofrecer herramientas para su gestión del estrés se identifica como un primer paso de atención para esta población. También se les reconoce como actores sociales que al recibir un diagnóstico de discapacidad para uno de sus hijos(as) se enfrentarán en primer lugar con su concepto de discapacidad, por lo que la modificación de la etapa de shock a una etapa de reacción es muy relevante, ya que significa reconocer la discapacidad y su ejercicio de parentalidad, aceptar e integrar a la vida familiar al hijo(a) con discapacidad (Aquino-Canchari, 2020, Juárez-Ramírez et al., 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1992). Manual del índice de estrés parental (Trud. de H. Ayala y M. Gutiérrez). *Documento inédito*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting, Journal of Clinical child Psychology, 19(4), 298-301, DOI: 10.1207/s15374424jccp1904_1. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*, (2020) (p.428). American Psychological Association
- Bögels, S. M., Lethtonen, A., y Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12671-010-0014-5.pdf>
- Bögels, S., y Restifo, K. (2014). Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. New York, NY: Springer

- CEPAL, N. (2021). Personas con discapacidad y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19: que nadie se quede atrás.
<http://hdl.handle.net/11362/46600>
- Díaz, F.Y. (2020). Afrontamiento del estrés y modelos de intervención en las familias que tienen hijos o hijas con TEA o Asperger. Una revisión bibliográfica.
- Diez, P. M. (2018). Programa de intervención para padres de niños con autismo basado en el método Mindfulness. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/32241>
- Estrada, R. C. G. (2020). Actitud de los padres ante la discapacidad de sus hijos: una revisión sistemática de la literatura científica en los últimos 20 años.
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/27084/Trabajo%20de%20Investigación%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Evans, S. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Generalized anxiety Disorder. In *Mindfulness-based cognitive therapy*. (pp. 145-154). Springer, Cham. DOI: 10.1007/978-3-319-29866-5_13
- Fernández, R. M. y Oliva, Z. L. (2012). *Descubriéndome como padre frente a la discapacidad de mi hijo. Afrontamiento de la discapacidad.*
<http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/47314>
- García, Y. A., y Grau, I. A. (2017). Entrenamiento conductual y atención plena sobre el estrés parental y relación padre-hijo. *Psicología: teoría e Pesquisa*, 33. 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3323>
- Guevara, B.Y. y González, S. E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3).
- IMIP. (2020). *Radiografía socioeconómica del municipio de Juárez, 2019. Así comenzó 2020.*
<https://www.imip.org.mx/imip/files/radiografia/Radiografia2019-2020.pdf>
- Jerez, J. M. (2019). Capacidades sensoriales, actitud parental ante la discapacidad y habilidades comunicativas en jóvenes sordociegos.
<http://hdl.handle.net/10983/23745>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Hachette uK
- Moreno, C. A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(01), 1-18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>

- Neff, D. K., y Faso, J. D. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
<https://doi.org/10.1007/s12671-014-0359-2>
- Oliva, Z. L., Fernández, R. M., y González, F. M. (2014). Ajuste parental ante la discapacidad de un hijo. *Revista Electrónica de Psicología Iztapalapa*, 17(1), 254.
- OMS. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. ISBN 92 4 154542 9
- OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad.
https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- Ponce, R. Á. (2020). Mindfulness y familias con hijos con necesidades especiales. Un entrenamiento para afrontar el estrés y encontrar la calma. *Fundación Caser*, 23, 77-95. <http://hdl.handle.net/11181/6198>
- Purser, R. (2019). *McMindfulness: How Mindfulness Became the New Capitalist Spirituality*. Repeater.
- Rangel, M. S. A. (2021). Procesos de ajuste y adaptación frente a la presencia de discapacidad cognitiva en un miembro de la familia.
<http://hdl.handle.net/20.500.1 ...>
- Ruiz, F.M., Castro, V. F., Fajardo, C. I., Bermejo, G. M., García, A. V., y Pérez, . R. R. (2011). Discapacidad e intervención familiar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 4(1), 341-352.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lappalainen, P., Kaipainen, K., Carlstedt, F., Anclair, M., y Hiltunen, A. (2019). Effectiveness of a web-based Acceptance and Commitment Therapy intervention for wellbeing of parents whose children have chronic conditions: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 94-102.
- Sarmiento-Bolaños, M.J., y Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(1), 140-155.
- Segal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shaffer, J. E., Lape, E. J., y Salls, J. (2020). Decreasing Stress for Parents of Especial Needs Children Through a Web-Based Mindfulness Program: A Pilot Study. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 18(4), 16. 10.46743/1540-580X/2020.1887

Suñer, M. A. (2016). Beneficios del mindfulness en la mejora del vínculo parento-filial aplicado a madres y padres de hijos/as con trastorno de espectro autista (TEA) y parálisis cerebral (PCI). Universidad de Valencia.
<http://hdl.handle.net/10550/62999>

Swain, E. S. (2020). The effects of behavioral skills training on parent-delivered statements and parenting related. Doctrinal dissertation, The Chicago School of Professional Psychology.

UNICEF, (2014). Definición y clasificación de la discapacidad. Cuadernillo 2.