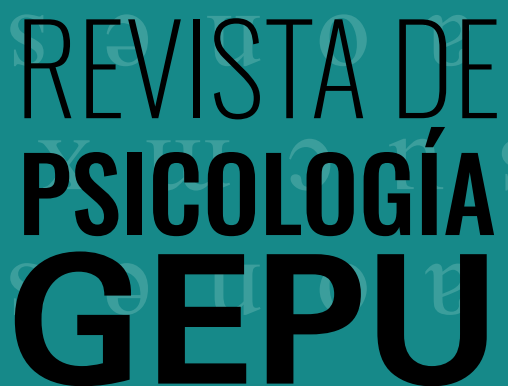
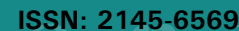
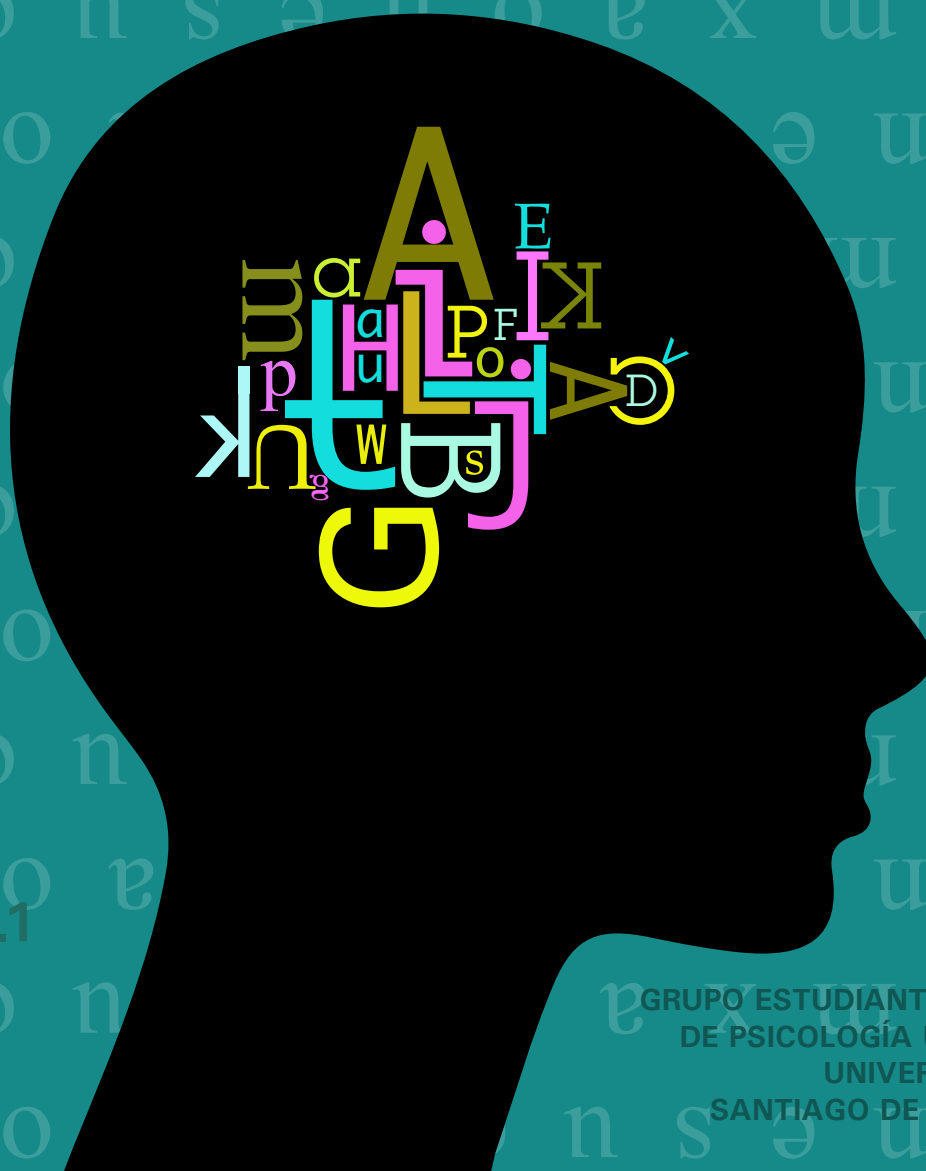




<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>



**GRUPO ESTUDIANTIL Y PROFESIONAL
DE PSICOLOGÍA UNIVALLE - GEPU -
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA**



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU

Vol. 9 No. 1 – Junio de 2018

ISSN 2145-6569

Editores

Argeli Arango Vásquez – Andrey Velásquez Fernández
argeli.arango@correounivalle.edu.co – andreyvelasquez@psicologos.com



COMITÉ EDITORIAL

Cindy Carolina Valencia
Corporación Viviendo

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Nicole Andrea Pérez
Universidad del Valle

Valeria Trujillo
Cámara de Comercio de Cali

Dangelly Muñoz
Universidad del Valle

Diego Alejandro López González
Fundación Católica Lumen Gentium

Natalia Ramírez Moncada
UCC Cali

Diana Mildred Rodríguez
Universidad del Valle

Helena Rojas Garzón
Secretaría de Paz Cali

Rosa Elena Bejarano
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

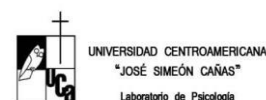
Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la diseñadora de portada y separadores interiores: Daniela Moskvín Torres. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 9 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-9-No.-1.htm>



2 1 4 5 - 6 5 6 9 - 0 - 7

PROGRAMA “PARENTALIDAD POSITIVA” PARA MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL MILITAR “JOSÉ ÁNGEL ÁLAMO”*

PROGRAM "POSITIVE PARENTING" FOR PREGNANT WOMENS OF THE MILITARY HOSPITAL "JOSÉ ÁNGEL ÁLAMO"

Freddy Rafael Suárez Álvarez, Elaine Shuanyek Mogollón Moreno, Karen Alexandra González
Castillo & Jhoander Eneider Oropeza Camacaro

Página | 44

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado – UCLA – / Venezuela

Referencia Recomendada: Suárez, F., Mogollón, E., González, K., Oropeza, J. (2018). Programa “Parentalidad Positiva” para mujeres embarazadas del hospital militar “José Ángel Álamo”. *Revista de Psicología GEPU*, 9 (1), 44-62

Resumen: La labor realizada en el Hospital Militar “José Ángel Álamo”, en el área de Ginecología y Obstetricia, aborda las necesidades familiares desde el programa de atención Parentalidad Positiva dirigidas a las mujeres embarazadas, utilizando como muestra a 9 participantes. La metodología fue mixta, utilizando la observación, entrevista semi-estructurada, entrevista sociodemográfica y talleres vivenciales. El modelo teórico fue el empoderamiento y se asumió un nivel de prevención primario. Se identificó el desconocimiento de las participantes sobre la gestación y sus competencias parentales, problemas de transcripción de epidemiología, entre otros. Se observaron beneficios como aumento de consciencia en hábitos alimenticios, necesidad de acudir al equipo multidisciplinario durante el embarazo, rol activo de la pareja, entre otros. Así el programa de Parentalidad Positiva contiene resultados efectivos en centros hospitalarios. Se recomienda motivar a las actrices sociales para que exista mayor participación, sensibilizar a los médicos para desarrollar un plan integral de prevención en dificultades durante el embarazo, establecer oficialmente el programa de Parentalidad Positiva, poner en práctica el Protocolo de Atención a la Mujer Embarazada, ingresar la información epidemiológica de manera más cuidadosa.

Palabras Clave: Psicología, Psicología Comunitaria, Parentalidad Positiva.

Abstract: The work carried out in the Military Hospital “José Ángel Álamo”, in Gynecology and Obstetrics area, addresses the family needs from the program of Positive Parenting, directed toward pregnant womens, using as a sample 9 participants. The methodology was mixed, using observation, semi-structured interview, sociodemographic interview and experiential workshops. The theoretical model was empowerment and a primary level of prevention was assumed. It was identified the participants' lack of knowledge about gestation and their parental skills, transcription problems of epidemiology, among others. Benefits such as increased awareness of eating habits, need to go to the multidisciplinary team during pregnancy, active role of the couple, among others were observed. Thus, the Positive Parenting program contains effective results in hospital settings. It is recommended to motivate social actors to increase participation, to sensitize physicians to develop a comprehensive prevention plan during pregnancy, to officially establish the Positive Parenting program, to implement the Protocol of Attention to Pregnant Women, enter the epidemiological information more carefully.

Key words: Psychology, Positive Parenting, Community Psychology.

Recibido: 4 de Julio de 2017 / **Aprobado:** 30 de Junio de 2018

* El presente artículo es una adaptación de nuestro informe final del proceso de pasantías de Psicología Comunitaria de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA). Edo. Lara, Venezuela, iniciado en Junio del 2016 y culminado en Enero del 2017.

Freddy Rafael Suárez. Licenciado en Filosofía. Estudiante del 10mo semestre de Pregrado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA). Edo. Lara, Venezuela. Correo: freddysuarez17@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-7134-9881>

Elaine Shuanyek Mogollón. Bachiller. Estudiante del 10mo semestre de Pregrado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA). Edo. Lara, Venezuela. Correo: elaineshuanyek@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-5981-1858>

Karen Alexandra González. Bachiller. Estudiante del 10mo semestre de Pregrado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA). Edo. Lara, Venezuela. Correo: karengonzalez3110@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9954-5099>

Jhoander Eneider Oropeza. Bachiller. Estudiante del 10mo semestre de Pregrado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” (UCLA). Edo. Lara, Venezuela. Correo: jhoanderbaterista@hotmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-5890-4713>

Introducción

La Psicología Comunitaria se caracteriza principalmente por necesitar a la comunidad como ente activo en los procesos, es decir, tiene como característica primordial contar con la participación activa de la comunidad, no sólo como invitada, o como espectadora aceptada o receptora de beneficios, sino como agente activo con voz y voto (Rappaport, 1977). Quien ejerce la Psicología Comunitaria como profesión, cumple con el deber de transformar a la sociedad y demostrar que son las personas quienes tienen la capacidad de modificar el contexto en el cual se desarrollan y por ende su realidad. De este modo los actores sociales se hacen partícipes de sus procesos de vida, empoderándose del conocimiento y de las herramientas para alcanzar los objetivos comunes (Montero, 2006).

Página | 45

Por otro lado, es importante resaltar que la familia como comunidad debe considerarse como un ente conformado por relaciones interpersonales, por lo tanto, puede ser el punto de partida para el desarrollo conductual de todo ser humano. La familia en la actualidad continúa siendo la institución emblemática en nuestras sociedades occidentales, concibiendo a esta como un núcleo de relaciones interpersonales, enmarcada en un contexto social e influida por los cambios socio históricos, los cuales les confieren la responsabilidad de dar vida, protección y promover el desarrollo, (Rodrigo, Maiquez, y Martin, 2010).

A través de esta construcción histórica se han generado representaciones características acerca del rol de la familia en el desarrollo social y específicamente del rol de padre y madre, en el proceso de crianza, enseñanza y aprendizaje de sus hijos e hijas (Rodrigo, Martín, Cabrera, y Máiquez, 2009). Estos roles son caracterizados a través de la responsabilidad en la orientación y soporte cognitivo, afectivo y social de sus hijos, por lo que la labor de los padres resulta ser una tarea compleja, que requiere de diversos niveles de actuación, compromiso y conocimiento (Rodrigo y Palacios, 1998).

En el caso venezolano, la mujer es quien asume las responsabilidades principales de acuerdo a su rol parental de cuidar, brindar atención y educar a sus hijos, lo que le otorga el lugar central de la familia por ser la principal cuidadora. En ciertos casos esto se puede ver afectado por la ausencia de la pareja, bien sea por razones económicas, afectivas o geográficas, lo que recarga aún más su labor (Contreras, Marquina y Quintero, 2008). *“la carga es toda mía, él no quiere asumir su rol de padre, quiere y no quiere, va y viene”* (entrevistada 4).

Según Moreno (1995), la relación de pareja exige la convivencia continuada de manera que tanto el hombre como la mujer puedan asumir sus responsabilidades en función de la familia: crianza de los hijos, satisfacción de sus necesidades básicas (económicas, afectivas y sociales). Sin embargo, la mujer no comparte estas responsabilidades, sino que las asume, por lo que se focaliza una relación madre-hijo, donde esta se instituye como el elemento funcional de la familia venezolana.

Esta construcción del rol funcional y principal de la madre como pilar de la familia, ha generado una construcción de las funciones parentales entorno al cuidado y atención de los hijos, asumiéndose este como un proceso cargado de angustia y estrés por la alta demanda física, cognitiva, afectiva y económica (Monasterios, 2001).

Por otro lado, la Federación Española de Municipios y Provincias [FEMP] (2010), señala la importancia que tienen las relaciones entre padres, madres, hijos e hijas, para lograr un mejor proceso de socialización entre la familia y la sociedad, y así adaptarse de manera más eficaz a la adquisición de normas y valores que son llevadas a cabo en su interacción diaria. Es por ello que el FEMP (2010) promueve el programa de Parentalidad Positiva (PP) como elemento esencial para el desarrollo de las familias, afirmando que:

La parentalidad positiva se refiere «al comportamiento de los padres fundamentado en el interés superior del niño, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño» (p. 11).

Así pues, el fin último de este programa es la de fortalecer las relaciones positivas entre los padres, madres e hijos/as con el objetivo de garantizar los derechos del infante y su desarrollo integral, así como también el ejercicio responsable de la maternidad y paternidad.

La PP posee tres bases fundamentales: el conocimiento de los niños y niñas, protegerlos y ofrecerles seguridad y por último el diálogo para la solución de conflictos de manera positiva (Organización Save the Children, s.f.), es decir, para lograr ejercer la parentalidad de maneras más eficaz, se debe conocer la etapa evolutiva de los niños/as y lo que se espera de su edad, de esta forma se logrará asegurar su protección y se podrá establecer normas claras que solucionen los problemas de maneras más segura y sin violencia.

Es importante resaltar que la maternidad y paternidad no se ejerce aisladamente, es decir, esto se da dentro de un contexto específico donde afecta también la época y la cultura en que se vive. Es por esta razón que la PP depende de tres tipos de factores: el contexto psicosocial, las necesidades de los niños y niñas y las capacidades parentales. De esta forma se puede notar el carácter sistémico del que depende el ejercicio parental y el desarrollo integral de los infantes.

De esta manera, se hace necesario exponer una serie de antecedentes que se han enfocado en el estudio de las familias, como por ejemplo el de Vielma (2002), donde llevo a cabo una investigación de tipo cualitativo y de carácter exploratorio.

Participaron 50 estudiantes universitarios/as a los cuales se les aplicaron técnicas e instrumentos como la observación directa y participante, diagnóstico interventivo, test de frases incompletas, genograma o mapa familiar, ejercicios de introspección

guiada sobre el tópico de aprendizaje familiar, estilos educativos y estilos de crianza, dinámicas de grupo basadas en el uso de las técnicas de comunicación dialógica, juego de roles, dramatizaciones, registros y documentos de carácter testimonial, relatos anecdóticos o episódicos de la vida cotidiana familiar.

Los resultados obtenidos expresan que los estilos de crianza existentes en familias andinas venezolanas se caracterizan por ser permisivos en un 75% de los casos por lo que, los padres y las madres no exigen a sus hijos, presentan dificultades para colocar, clarificar y argumentar las normas, no se encuentran límites ni afectivos, ni físicos, ni espaciales, los padres y madres se han olvidado de sus derechos y necesidades.

Por otra parte muestran ser autoritarios en un 15% de los casos en donde constantemente recuerdan las obligaciones que tienen y deben cumplir toda la familia, no invitan a hacer las cosas, son sobre exigentes, desconfiados e hipercríticos, en un 10% de los casos son inductivos siendo estos asertivos, fijan normas y acuerdos familiares con coherencia, claridad, firmeza y flexibilidad. La muestra de estudiantes manifestaron su deseo por que los padres y madres que dirijan operativamente a la familia, que la autoridad no interfiera con la expresión de afectos, ni viceversa, que las normas puedan ser negociadas pero no la autoridad, que las reglas sean claras, específicas y ajustadas a la realidad familiar.

Los estilos de crianza identificados son tradicionales, transicionales y alternativos. Además se encuentran dos tipos de familia: la tradicional, en el cual la vida cotidiana se mantienen presentes las tradiciones y comportamientos heredados socialmente de generaciones anteriores en donde las figuras parentales son ejemplo a seguir, y seguidamente la familia moderna, caracterizándose por la convivencia familiar está mediada por la lógica de los afectos y el amor, los padres pierden su rol de educadores, teniendo más influencia las instituciones educativas, los pares o el grupo de referencia y por ultimo ya no es motivo de orgullo transmitir las enseñanzas y experiencias de la vida personal y familiar.

Por otra parte, en el estudio de Torío, Peña, y García-Pérez (2015), participaron 48 personas (22 parejas nucleares y 4 familias monoparentales) de 6 centros educativos de educación infantil y educación primaria del Principado de Asturias.

Es de tipo mixto, utilizando como instrumentos el Cuestionario de evaluación final para padres y madres participantes en el programa, creado por los mismos autores, y el Documento de trabajo para la dinámica de la sesión 10, además de los talleres vivenciales impartidos.

Los resultados revelan que el planteamiento y estructura del programa ha sido exitoso, ya que las familias demuestran gran interés en el mismo, así como también cambios cognitivos y conductuales en los roles sexuales, el reparto del trabajo doméstico, la comunicación, el establecimiento de normas y la resolución de conflictos.

Es importante resaltar el trabajo de Vázquez, Ramos, Molina, y Artazcoz (2016), fue cuasiexperimental antes-después sin grupo control. Los participantes fueron los asistentes al “Programa de desarrollo de habilidades parentales para familias” (PHP). Se recogió información sociodemográfica de los 257 participantes, antes de la intervención y de estrés parental antes y después de esta. Se empleó la versión española de Parental Stress Scale, se aplicaron test no paramétricos y una regresión logística binaria.

Los resultados demuestran que el análisis bivariado identificó reducción del estrés parental para todas las categorías de las variables predictoras. Además los hombres (Ora = 3,62; IC 95% = 1,17- 11,18), las personas con menor nivel de estudios (Ora = 3,16; IC 95% = 1,19-8,56) y los participantes en situación de desempleo (Ora = 2,69; IC 95% = 1,40-6,59) presentaron mayor probabilidad de reducir el estrés. Además, se observó una tendencia estadísticamente significativa para el nivel de estudios. Es por ello que el PHP demuestra ser un programa exitoso para reducir el estrés parental en diferentes grupos.

Tomando en cuenta lo anteriormente planteado, el objetivo general de la presente investigación fue desarrollar un plan de intervención orientado al fortalecimiento de las competencias parentales de las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Militar Dr. “José Ángel Álamo” mediante el modelo de empoderamiento.

Descripción de la comunidad

La comunidad a ser atendida son las mujeres embarazadas que asisten a consulta prenatal en el Hospital Militar “José Ángel Álamo”. De acuerdo con esta descripción, se define comunidad a través del concepto de Klein (1968) quien la conceptualiza como un conjunto de interacciones determinadas por un espacio, en donde un grupo de individuos tratan de conseguir integridad física, seguridad y apoyo durante tiempos de estrés, además de lograr individualidad y significado en el transcurso de la vida.

El grupo a intervenir se define como un tipo de comunidad funcional debido a que, estas nacen y se van modificando debido a una necesidad específica, en donde al solucionar la problemática latente el grupo puede desaparecer o surgir ciertos cambios.

La comunidad está constituida por un grupo de 9 mujeres, en un rango de edad entre 32 y 21 años residentes en el estado Lara. El 66,6% de las participantes son residentes en el municipio Iribarren, y un 33,3% residentes en el Municipio Palavecino. Así mismo, el 22% de las mismas, residen en zonas rurales, específicamente, en el municipio Palavecino y el 78% residen en zonas urbanas. Por otro lado, el 55,5% de las mismas poseen una carrera universitaria, y el 44,5% son bachilleres.

En cuanto a sus ocupaciones actuales el 55,5% expresan ser amas de casa mientras que el 44,5% ejerce su profesión universitaria. Por otro lado, el 66,6% son

casadas, el mismo porcentaje no ha planificado su embarazo y además son primigestas; mientras que el 33,3% son solteras, esta misma cantidad son múltiparas y planificaron su embarazo. En lo que respecta a la gestación, un 11% de las participantes se encuentra en su primer trimestre y en el segundo y tercer trimestre se encuentran un 45% respectivamente.

Además se revela un 33% de familias nucleares, y este mismo porcentaje de familias extendidas encontrándose miembros de diferentes generaciones en un mismo hogar, de igual forma, un 11% son familias complejas, es decir, integran familiares y no familiares dentro de una misma residencia, en este caso, hacemos referencia a dos parejas que comparten el mismo hogar y poseen un lazo familiar, finalmente, un 11% expresa ser una familia monoparental y el otro 11% se describe como una familia monoparental extendida.

Enfoque metodológico

Para obtener la información del contexto institucional, se utilizó como método la observación. Según Peretz (2000), “consiste en ser testigo de los comportamientos sociales de individuos o grupos en los propios lugares de sus actividades o residencias, sin modificar su marcha ordinaria” (p. 20). De esta manera, fue posible recabar información sobre el estado físico de las instalaciones del hospital y su funcionamiento.

Por otra parte, se inició con el proceso de sensibilización o familiarización que según Montero (2004) es un medio por el cual un factor externo puede relacionarse, conocer y vincularse, dentro una comunidad, esperando ser admitido y considerarlo parte de ese contexto. Este proceso fue llevado a cabo a través de un conversatorio que se realizó con el responsable del área de Ginecología y Obstetricia y el responsable del área de Psicología de la institución.

Siguiendo con el mismo proceso, se realizó una entrevista semi-estructurada a especialistas de las áreas de Medicina Interna, Nutrición, Pediatría Neonatal, Odontología y Bioanálisis. Según Mayan (2001), esta técnica se utiliza con la finalidad de recolectar información de los participantes por medio de una serie de preguntas abiertas previamente establecidas. Esto con el fin de determinar el grado de atención que se les brinda a las mujeres embarazadas desde estas áreas de especialidad. Además, se estableció contacto con las mujeres embarazadas asistentes a consulta y emergencia de Ginecología y Obstetricia del hospital.

Por su parte, para dar inicio a la fase diagnóstica se realizó primeramente una búsqueda de información por medio de la data existente en el área de admisión. De esta manera se obtuvo los datos de las actrices sociales y se ubicaron a través de llamadas telefónicas para una posterior reunión.

Se contó con la participación de las pacientes en el taller introductorio al programa de Parentalidad Positiva, en donde se realizó una ponencia sobre sus beneficios. Así mismo, se efectuó una entrevista semi-estructurada, la cual consiste en un

proceso de interacción bidireccional, dirigida a la comprensión de las perspectivas que tienen las participantes sobre sus experiencias, emociones y situaciones vitales, construidas desde su propio verbatim (Taylor y Bogdan, 1986). Simultáneamente, se elaboró una entrevista sociodemográfica con la finalidad de obtener la información necesaria para la caracterización de la población. Los porcentajes obtenidos de los resultados se analizaron por medio del programa Office Excel 2010.

Paralelamente, se elaboró el proceso de categorización de la entrevista cualitativa. Este proceso corresponde a la construcción elaborada por parte de los investigadores/as con el fin de establecer los tópicos a abordar que surgen a través del análisis de información y significaciones emergentes durante la propia indagación (Cisterna, 2005).

Conjuntamente, como parte del proceso de validación se realizó una entrevista cualitativa a 12 pacientes (diferentes a las 9 de la muestra) que asistieron al área de consulta de Ginecología y Obstetricia del hospital, puesto que la entrevista cualitativa nos permite a través de una conversación fluida y natural conocer las vivencias, percepciones y recuerdos de cada una de las entrevistadas, ante la presencia e influencia del investigador/a quien logra captar la esencia de esos significados (Vargas, 2012). Esta entrevista abarco de manera directa las 6 dimensiones resultantes de la categorización.

Para el proceso de contraste de información se hizo uso de la matriz FODA siendo este un instrumento de análisis que nos permite valorar tanto factores externos como internos, en este caso influye en el funcionamiento de las comunidades abordadas y nos orienta a una posible intervención (Ponce, 2007). De este modo, a través de este método fue posible contrastar los valores positivos y aspectos por mejorar de nuestra comunidad y las actoras sociales entrevistadas, y así generar un diagnóstico.

Seguidamente, se realizó el proceso de jerarquización de las problemáticas encontradas a través de la aplicación de la matriz Hanlon, método diseñado para la jerarquización de problemáticas, ya que las clasifica y las ordena de acuerdo a su intensidad y magnitud y da apertura a la consideración de recursos a los que se dispone para atender a dichas problemáticas (Cruz, Fernández y López, 2012). Este proceso nos permitió determinar la priorización de las problemáticas encontradas.

Una vez detallado el proceso metodológico elaborado se puede determinar que la metodología utilizada es de tipo mixta, debido a que se utilizaron herramientas de la investigación cuantitativa y cualitativa, ya que ambas nos permiten conocer diferentes perspectivas de un mismo problema (Mayan, 2001). Además que las técnicas cualitativas se utilizan para completar o ampliar los resultados obtenidos con los instrumentos cuantitativos, esto permite la generalización más exacta de los resultados (Quecedo y Castaño, 2002).

Diagnóstico

Las practicas parentales en las familias venezolanas están asociadas a los comportamientos emprendidos por las madres hacia el crecimiento y desarrollo de sus hijos y el padre como principal proveedor (Martin, 2015). Estas prácticas son asumidas desde dos vertientes principales: la perspectiva biológica, referida al cuidado y nutrición del bebe; y la perspectiva social que se enfoca en los recursos brindados por los padres para el desarrollo cognitivo, afectivo y social sano en sus hijos (Salles y Ger, 2011).

Página | 51

En relación con lo antes expuesto, fue posible denotar que nuestra comunidad percibe la parentalidad desde su concepción biologicista. *“Mis responsabilidades son su alimentación, amamantarlos, cuidar que el espacio este limpio para él, asearlo y que siempre este conmigo”* (entrevistada 3).

Esto es evidenciado durante el proceso de categorización, en donde se encontró un déficit de comprensión en las áreas de: conocimientos sobre el embarazo, manejo emocional, competencias parentales, rol parental, rol de pareja, y la concepción de los derechos de los niños. Dichas debilidades, son englobadas dentro de las competencias parentales, siendo estas la capacidad percibida por parte del padre y madre para cuidar a sus hijos y dar las respuestas de forma adaptativa y flexible a sus necesidades cognitivas, psicológicas, afectivas y sociales, en concordancia con el ciclo vital del infante y de la propia familia (Sales y Ger, 2011).

Por otro lado, Sahuquillo, Ramos, Pérez, y Camino (2016), afirman que otra de las tareas dentro de las competencias parentales es la de desempeñarse de manera adaptativa ante las realidades que se presentan en los deberes educativos familiares, al mismo tiempo que desarrollan habilidades para mejorar el contexto y beneficiarse de las oportunidades que se les ofrecen. En este sentido, se evidencia que la problemática de nuestra comunidad está enmarcada en el reconocimiento y manejo de sus competencias parentales.

Así pues, la validación de esta información nos permitió corroborar los datos obtenidos de acuerdo a la categorización de las entrevistas cualitativas a través de la identificación de fortalezas y debilidades que poseen las mujeres entrevistadas en lo que respecta a las competencias parentales. En el caso de las fortalezas se describe el uso de recursos religiosos, apoyo familiar, conocimiento de los cuidados del bebe, características personales de responsabilidad y atención plena.

Las debilidades encontradas, enfatizan el desconocimiento de los derechos maternos y de los niños, dificultades en la identificación y manejo de emociones, desconocimiento del modelo de crianza implementado, rol de principal cuidadora y su influencia en la interacción de pareja.

En base a lo antes expuesto, resulta un deterioro de la actividad parental que se reflejan en las dificultades para construir un modelo de crianza sólido para sus hijos que considere los derechos fundamentales de los niños y la familia, así como en

poder generar de manera coordinada y consistente, las respuestas y atención necesarias desde un plano, afectivo, cognitivo y comportamental, ante las tareas y demandas contextuales de sus hijos/as y de sí mismos como pareja. *“Antes podíamos liberarnos saliendo, pero ahora con las responsabilidades además de la situación no tenemos tiempo para hacer esas cosas”* (entrevistada 7).

El desconocimiento de esta facultad de los padres, sobre su responsabilidad en la creación de ambientes para el desarrollo de los hijos, ha sido la principal área de interés para nuestra investigación, lo cual podría generar resultados significativos entre tener una vida plena o una trayectoria vital limitada (Martínez, 1996). *“Las cosas que vivo me afectan a nivel psicológico, el estar sola sin apoyo del padre, me siento abandonada”* (entrevistada 3).

Los resultados de este abordaje de la parentalidad, han demostrado respuestas conductuales en el ejercicio parental a través de la confusión, angustia e insatisfacción que denota una ambigüedad en el proceso de crianza, de este modo, aumentan el número de hogares desintegrados, o cuyas conformaciones se sustentan en bases poco definidas y eso se ha constituido en característica de nuestras familias venezolanas (Vielma, 2002).

Los niños que crecen en entornos negligentes ante estos aspectos son niños y/o adolescentes que presentan dificultades académicas, emocionales y conductuales, sienten inseguridad, inestabilidad; por un lado, podrían ser totalmente dependiente de los padres, con baja tolerancia a la frustración y por otro lado, asumir conductas delictivas o abusivas, acompañas de indiferencia (Capano, 2013).

De este modo, referimos la importancia de abordar en nuestra comunidad las deficiencias existentes en cuanto a las prácticas parentales, en la concepción de sus propias habilidades y capacidades para asumir no solo los cambios generados por el embarazo en contextos sociales y afectivos, sino también la comprensión e integración de estos elementos como competencias necesarias para la construcción de espacios de crecimiento óptimos para los hijos/as y el desarrollo de un modelo de crianza solido que genera valores e identidades sanas.

Es importante atender el desconocimiento de las madres sobre sus propios derechos más allá de sus responsabilidades y como estas últimas son compartidas. Igualmente, identificar recursos y herramientas útiles para el manejo y reconocimiento emocional y cómo conducir estos elementos en el contexto de pareja.

Paralelamente, atender a los derechos fundamentales de los niños asociados a recibir una satisfacción oportuna de sus necesidades, la presentación de oportunidades y recursos para desarrollarse sanamente, en el seno de su contexto familiar y social. Es necesario que los padres desarrollen las competencias requeridas para asumir los desafíos, crear formas de aprendizaje y formas de resolver los conflictos que se presenten en el trayecto vital familiar.

Por lo tanto, a través de esta propuesta se desea dotar al núcleo familiar, y en especial a la mujer quien asume el rol de principal cuidadora, con las estrategias necesarias para afrontar de manera adaptativa los cambios y resolver las situaciones adversas o inesperadas, esto a través del fortalecimiento de sus capacidades y recursos para poder autodirigir sus vidas, emociones y decisiones, influyendo así de manera positiva en la creación de un entorno sano para el crecimiento de sus hijos/as.

Modelo teórico de intervención

El proceso de intervención se realizó a través del modelo de empoderamiento. Este modelo, se enfoca en mejorar la calidad de vida potenciando los recursos que posee el sujeto a nivel individual, grupal y comunitario. Así mismo se basa en la idea de que el desarrollo de los recursos de cada persona va a producir nuevos ambientes en donde los individuos aumentaran el control de sus propias vidas.

Por su parte Powell, 1990 (citado en Buelga, 2007) asevera que el empowerment logra que los grupos, comunidades e individuos tengan el control de las circunstancias y puedan alcanzar sus objetivos con el fin de aumentar su calidad de vida.

De acuerdo a los planteamientos antes descritos y aspectos más relevantes arrojados por el diagnóstico, es pertinente alinear la investigación en este modelo, ya que las actoras sociales poseen escasas herramientas para manejar la situación que enfrentan en este momento, es decir, el proceso de embarazo el cual tiene impacto en cada entorno en el cual se desenvuelven cotidianamente. Al potenciar las herramientas, se pretende empoderar a las mujeres de su embarazo y rol materno mejorando su calidad de vida y aumentando el control sobre las circunstancias o situaciones que enfrenten.

Resultados

Con base a la problemática identificada, se procedió a elaborar un programa que llevó como objetivo general desarrollar un plan de intervención orientado al fortalecimiento de las competencias parentales de las mujeres gestantes asistentes al Hospital Militar Dr. "José Ángel Álamo", siendo realizados por medio de talleres psicoeducativos impartidos una vez a la semana. Se hace mención a las competencias parentales, que de acuerdo a Sales et al., (2011) son las capacidades percibida por parte del padre y madre para el cuidado de sus hijos, de manera que se puedan brindar respuestas adaptativas y flexibles a las necesidades cognitivas, psicológicas, afectivas y sociales del infante y de la propia familia.

La intervención se llevó a cabo a través de un nivel de atención primaria ya que se basa en la implementación de medidas enfocadas a evitar la aparición de daños en la salud o enfermedades, por medio del control de variables causales, predisponentes o condicionantes (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa, 2011). En

este caso se enfocó en disminuir factores de riesgo en el seno familiar durante el proceso de embarazo y crianza en la familia venezolana.

Para la primera sesión, el objetivo fue sensibilizar a las participantes al proceso de formación de competencias parentales, posterior a este objetivo, se propuso promover la adquisición de conocimientos acerca los cambios físicos y psicológicos durante el II y III trimestre de embarazo, en donde se abordaron temáticas relacionadas con competencias parentales, cambios físicos, emocionales y sociales durante la gestación y derechos maternos, siendo expuesto estos contenidos por medio de un conversatorio, discusiones grupales y actividades de tipo vivenciales. Seguidamente al desarrollo de la primera sesión se pudieron alcanzar cambios a nivel cognitivo, verificados a través de la ampliación de conocimientos relacionados con los cambios físicos y emocionales experimentados durante el II y III trimestre de embarazo en las participantes. Esto pudo ser corroborado por medio de un glosario de términos y la retroalimentación realizada por las participantes, igualmente, el verbatim expresado durante sesiones posteriores permitió identificar la expresión y el manejo de conceptos abordados durante la primera sesión.

En relación a esto, Ortiz (2014) expresa que la adquisición de conocimientos acerca del proceso de gestación juega un papel importante en el desarrollo adaptativo del proceso de embarazo, pues permite que la madre y su pareja obtengan estrategias, conocimientos y habilidades que servirán de ayuda y preparación para afrontar de manera adecuada los diversos cambios físicos y emocionales que conlleva el dicho proceso.

Para la segunda sesión, se estableció como objetivo facilitar el reconocimiento de los cuidados primarios asociados principalmente al proceso de alimentación y actividad física acorde al proceso de embarazo y lactancia materna. Acá se desarrolló un proceso psicoeducativo enfocado en brindar a las participantes herramientas que permitieran obtener hábitos de alimentación saludables y actividad física en pro de su proceso de embarazo, donde se tuvo como invitadas a las especialistas del área de nutrición.

De igual forma, se logró identificar cambios a nivel cognitivo, se pudo apreciar que las participantes otorgaron gran importancia a las características de la alimentación que llevaban a cabo, y lograron contrastar los hábitos sugeridos y esperados durante el proceso de embarazo. Asimismo, de acuerdo a su verbatim, se pudo percibir el interés y apertura en adquirir hábitos alimenticios saludables, además de ello, se denotó la adquisición de conocimientos sobre la importancia de la actividad física dentro de su propio espacio de confort, siendo esto corroborado a través de exposición de mapas conceptuales que permitieron contrastar la información adquirida y la relevancia de la misma para cada una de las participantes.

En relación a lo antes mencionado, Otten, Hellwig, & Meyers (2006) exponen la importancia de la adquisición de conocimientos sobre una adecuada alimentación, ya que el no ingerir los nutrientes necesarios durante esta etapa se vincula con bajo peso al momento del nacimiento del bebé, parto prematuro y aumento de la

mortalidad perinatal, de igual forma, esto repercute sobre el desarrollo físico y cognitivo del neonato. Así mismo Guarino, Scremin y Borrás (2010) expresan que la calidad de vida durante el embarazo representa menor alteración en la autonomía de las mujeres y la experimentación de menores variaciones en su vida cotidiana, además de mayor estabilidad física y emocional para afrontar el proceso de parto y transición a la maternidad.

Por su parte, la tercera sesión tuvo como objetivo impulsar el manejo asertivo e igualitario de roles parentales dentro del núcleo familiar, donde las participantes pudieron expresar e identificar los roles de vida desempeñados socialmente. Así mismo, pudieron alcanzar un proceso reflexivo acerca de su rol personal predominante actualmente, y pudieron revisar la poca inclinación que poseen hacia el desarrollo y ampliación de otras áreas de su vida, además de la influencia que estos ejercen en su vida conyugal y familiar.

En esta sesión se lograron avances significativos a nivel cognitivo, vinculados al sistema de creencias sobre a sus roles de vida; de igual forma las participantes pudieron identificar las posibilidades que poseen de desarrollarse efectivamente en todos los aspectos, empoderándose de su rol de mujer, persona y conyugue. Gonzales (2010) señala la importancia de la igualdad de condiciones para las mujeres y la autonomía de estas, haciendo hincapié en la relevancia del empoderamiento de estas sobre sus roles personales, que vincula el proceso de toma de decisiones, sentirse segura y desarrollar una visión de sí misma en el momento actual y a futuro.

Conclusiones

La Psicología Comunitaria desde sus orígenes ha estado vinculada a la ejecución de políticas públicas y su relación con las necesidades sentidas de los grupos sociales, lo que ha permitido enfatizar sus acciones sobre el fortalecimiento de la participación, enfrentar el individualismo para la consolidación de valores colectivos, toma de conciencia y transformación de realidades para enfrentar adversidades y mejorar los propios modos de vida (Rodríguez, 2012).

Desde este aspecto, la Psicología Comunitaria ha tenido un enlace poco estudiando en lo que refiere a su participación en el contexto de salud o sanitario, lo que ha enfocado la intervención principalmente hacia el área de trastornos mentales dejando por fuera problemáticas de salud que corresponden al contexto subjetivo de las personas, derivado de sus nexos sociales y familiares (Cofiño, Álvarez, Fernández y Hernández, 2005).

En el caso de esta intervención, reflejó las contradicciones expuestas por numerosos teóricos en relación al trabajo integral en los sistemas de salud, pues se encuentra sumergidos, especialmente en el contexto venezolano, dentro un modelo científico dominante que sostiene la individualización de los procesos psicológicos, físicos y sociales, por lo que, la integración de ambos campos en la actualidad, resulta además de contradictoria, incompatible (Wiesenfeld, 2014)

En este sentido, los resultados de este proceso ejercerán preponderante influencia en la calidad de vida de la comunidad atendida mediante el fortalecimiento de los recursos individuales en cuanto a la ampliación de sus conocimientos acerca del proceso de embarazo y los cambios inherentes, y al motivarlas a asumir hábitos alimenticios balanceados y saludables al igual que el reconocimiento de las posibilidades de ejercitación física durante el embarazo, empoderándose de esta manera de su imagen de mujer, madre, y los roles que cumplen en cada una de estas áreas (González, 2010).

Aunado a ello, logro ejercer un impacto en el contexto familiar, donde las y los participantes funcionaron como entes multiplicadores de los conocimientos adquiridos durante un proceso de reflexión acerca de su concepción de maternidad/paternidad y la necesidad de definir un estilo de crianza, haciendo énfasis en que el punto de partida es el reconocimiento y autoevaluación personal. Conjuntamente, este programa ha ejercido influencia en la actividad comunitaria de las participantes, al funcionar como espacio de apoyo social, lo que abrió las puertas para la expresión emocional, contribuyendo a un manejo adaptativo del estrés y tensión producidos por el proceso de embarazo, así como también al intercambio de experiencias (Kolodin y Rodríguez, 2014). Asimismo, el programa permitió abordar sus experiencias desde la complejidad de su cotidianidad y contexto, atendiendo a los temores presentados y permitirles afrontarlos de manera flexible y adaptativa, considerando sus propias necesidades para así poder atender, cuidar, proteger y educar con calidad y afecto a sus hijos e hijas.

De este modo, los beneficios derivados de este programa se asocian principalmente al abordaje de las competencias parentales desde el contexto comunitario, tema poco abordado en latitudes latinoamericanas y cuyas derivaciones se extienden al desarrollo de modelos de crianza que aseguren el desarrollo sano de los infantes (Urzua, Godoy y Arcallo, 2011), lo que derivó en las participantes el reconocimiento de la responsabilidad que deben asumir ante el bienestar de sus hijos/as, mediante el fortalecimiento del enlace del rol parental y conyugal, favoreciendo la dinámica familiar.

Así, este programa de formación en Parentalidad Positiva asume una función preventiva ante aquellas condiciones generadoras de problemas psicosociales, que en el caso venezolano, hace referencia a altos índices de violencia, maltrato y abandono de la familia, y especialmente a los niños/as (Rodríguez, et al, 2010).

De igual manera, la apropiación del conocimiento y de su rol materno genera niveles de conciencia en las mujeres embarazadas, tal y como lo expresa Organización Mundial de la Salud a través de la Carta de Ottawa (1986), donde expresa que la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social, a través de la proporción de información, educación e inducción de aptitudes indispensables para la vida cotidiana, así, la población ejerce control sobre su salud y por el contexto que la suministra.

En este sentido, podemos referir lo indispensable que resultan los programas comunitarios desde la ciencia Psicológica en el campo de la salud para el abordaje de las carencias presentes en nuestro sistema sanitario en relación a la atención integral de la mujer embarazada y su familia, tomando a esta última como eje central, pues funge como preservadora de la supervivencia física, social y emocional (Alba, 2012), haciendo énfasis en la relevancia que requieren estos procesos dentro de nuestra sociedad venezolana, cuyas condiciones actuales expresan la necesidad de atención integradora que potencie el desarrollo de una sociedad saludable (Jiménez, 2004).

Finalmente, se puede afirmar que el programa de Parentalidad Positiva, por medio del modelo de empoderamiento, contiene resultados efectivos y que pueden ser aplicados en centros hospitalarios a través de la Psicología Comunitaria de la Salud, ofreciendo el fortalecimiento de los recursos necesarios que permitan el desarrollo integral de la familia venezolana, y adjudicar la responsabilidad de crear un ambiente familiar con sistemas adaptativos y positivos para las futuras generaciones, potenciando la participación activa de los y las participantes para alcanzar cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual, como parte del propio potencial de transformación de nuestras comunidades.

Recomendaciones

- Se ha encontrado que muchos de los médicos se apoyan en otros especialistas sólo cuando aparece una enfermedad. Es por ello que es necesario sensibilizar a los especialistas de la salud para el desarrollo de un plan integral para la prevención de dificultades durante el embarazo en las pacientes.
- Es importante empoderar a las familias venezolanas para el desarrollo integral de las mismas. Es por esta razón que se recomienda que durante los encuentros con las participantes se puedan realizar estrategias de motivación y/o publicidad para que exista un mayor acercamiento de las mismas y de su pareja o familiar, para que de esta manera se aprovechen más los talleres.
- Ya que en estos momentos el hospital cuenta con un programa psicoeducativo de apoyo integral para la mujer embarazada y sus familiares, se sugiere el establecimiento oficial del programa Parentalidad Positiva, de manera que pueda ser dirigido por los miembros del hospital (médicos, enfermeras, personas que hayan participado en el programa, entre otros), aun en ausencia de los investigadores y que se pueda fortalecer el crecimiento de la familia venezolana.
- El Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela, siguiendo las normativas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, establece oficialmente un

Protocolo de Atención a la Mujer Embarazada, por lo que se recomienda su puesta en práctica para dar cumplimiento a esta ley.

- Se encontraron debilidades en la base de datos del hospital, ya que no contaba con un registro actualizado de los diagnósticos y números telefónicos de las pacientes. Es por ello que se recomienda ser cuidadosos al momento de ingresar los datos personales y mantener actualizado el diagnóstico de las pacientes.

Referencias

Alba., L. (2012). Familia y práctica médica. *Universidad de Medellin*, 53 (2), 166-185.

Alzate, L. M., Aristizábal, M. S., Cardona, S., Gañán, D., y Oliver, D. M. (2001). Perfil psicosexual de la pareja durante la gestación. *Investigación y educación en enfermería*, 19(1), 26-34.

Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.

Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar*. 154-173. Universidad de Zaragoza, España.

Canovas, P., y Sahuquillo, P. (2011). *El desarrollo de competencias parentales como factor de resiliencia*. Recuperado de: <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/122.pdf>

Capano, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61-71.

Contreras, J., Marquina, M., y Quintero, A. (2008). La mujer en el contexto de la familia popular venezolana. *FERMENTUM*, 18(53), 478-492.

Cofiño, R., Alvarez, F., Fernandez, S., y Hernandez, R. (2004) Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Reflexiones en medicina de familia*, 36(9), 478-483

Cruz, V., Fernández, R., y López, J. (2012). Determinación de prioridades por el método Hanlon en el laboratorio de análisis clínico en un hospital de 2do nivel de atención. *Waxapa*, 1 (6), 80-91.

Espinal, E., Gimeno, A. y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-34.

Federación Española de Municipios y Provincias [FEMP] (2010). *Parentalidad Positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. Madrid, España. Editorial FEMP. C.

Página | 59

González, R. (2010). Salud materno-infantil en las américas. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 75(6), 411-421.

Gonzales, M. (2010). Feminismo, Feminismos: Avances hacia la equidad. En *Teorías Psicosociales*. (pp.115-152). Costa Rica.

Gómez, M., Salazar, M., y Rodríguez, E. (2014). Los talleres vivenciales con enfoque centrado en la persona, un espacio para el aprendizaje de competencias sociales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 175-190.

Guarino, L., Scremin, F., y Borrás, S. (2010) Estilo emocional, salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *SUMMA Psicológica UST*, 7 (1), 79-90.

Klein, D. (1968). *Community dynamics and mental health*. Nueva York. Wiley.

Kolodin, S., y Rodriguez, G. (2014). Estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en tres municipios de Chiapas. *Salud en Chiapas*, 1, 6-16.

Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22(1), 5-14.

Martín, C. (2015). La parentalidad: controversias en torno de un problema público. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 3(22), 7-34.

Martínez, J. (1996). Impacto de las relaciones parentales y el entorno social en la primera infancia. Editorial CEREBRUM. Santiago de Chile.

Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: un módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Recuperado de: <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>

Monasterios, M. (2001). La familia venezolana desde la perspectiva de la mujer sola jefe de hogar. *Telos*, 3(1), 64-79.

Montero, M. (2006). Teoría y práctica de la psicología comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires. Paidós

Moreno, A. (1995). El aro y la trama: episteme, modernidad y pueblo. Caracas. CIP.

Normativa sobre la de clasificación de establecimientos de atención medica del subsector público. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32.650, Decreto N° 1.798 – del 21-1-83 – Dr. Luís Herrera Campíns. Recuperado de: <http://maiquiflores.over-blog.es/article-normas-sobre-clasificacion-de-establecimientos-de-atencion-medica-del-sub-sector-salud-37528888.html>

Organización Internacional del Trabajo y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2013). *Trabajo decente y cuidado compartido. Hacia una propuesta de parentalidad*. Recuperado de: https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/113B09_86_span.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Empoderamiento de mujeres adolescentes: Un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Asdi. Biblioteca Sede OPS. Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C: OPS. Recuperado de: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Empoderamiento%20de%20Mujeres%20Adolescentes.pdf>

Organización Save the Children (s.f.). 10 principios sobre parentalidad positiva y buen trato. España. Recuperado de: http://www.leganes.org/portal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_41813_1.pdf
Ortiz, C. (2014). Influencia de la Educación Maternal en el embarazo, parto, puerperio y salud neonatal.

Otten, J., Hellwig, J., & Meyers, L. (eds.). *Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements*. The National Academies Press. Washington, DC. 2006. p. 530-541.

Peretz, H. (2000). *Los métodos en Sociología, la observación*. Ediciones Abya-Yala. Quito. Ecuador.

Ponce, H. (2007). La matriz foda: Alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(1), 1133-130.

Quecedo, R., y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 104, 1-26.

Ramos, M., Pratts, M., González, M., Bernal, L., Jiménez, E., Flores, G., y Gutiérrez, R. (2004). *Calidad de la atención de salud*. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. Nueva York. Rinehart and Winston.

Rodrigo M., y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza Editorial.

Rodrigo, M., Martín, J., Cabrera, E., y Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.

Rodríguez, A. (2012). Aportes de la psicología comunitaria al campo de las políticas públicas sociales: el caso del Uruguay. En J. Alfaro, A. Sánchez y A. Zambrani (Comps.), *Psicología comunitaria y políticas sociales* (pp. 111-146). Buenos Aires. Paidós.

Página | 61

Rodríguez, M., y Maiquez, M. (2010). *Parentalidad positiva y políticas de apoyo a las familias*. Federación española de municipios y providencias. España, Madrid.

Rodrigo, M., Máiquez, M. y Martín, J. (2010). La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva. Madrid, España. FEMP. C

Sahuquillo, P., Ramos, G., Pérez, A., y Camino, A. (2016). Las competencias parentales en el ámbito de la identificación/ evaluación de las Altas capacidades. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 20(1), 200-217.

Salles, C., y Ger, S. (2011). Las competencias parentales de la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, 49, 25-47.

Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(2), 87-104.

Taylor, S., y Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Torío, S., Peña, J., y García-Pérez, O. (2015). Parentalidad positiva y formación experiencial: análisis de los procesos de cambio familiar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 5 (3), 296-315.

Urzúa, A., Godoy, J., y Ocaño, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310.

Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa, nuevas tendencias y retos. *Revista CAES*, 31(1), 119-139.

Vargas-Rubilar, J. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Niñez y Juventud*, 12(1), 171-186.

Vázquez, N., Ramos, P., Molina, M., y Artazcoz, L. (2016). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*, 16(2), 137-147.

Vielma, J. (2002). Estilos de crianza en familias andinas venezolanas. Un estudio preliminar. *FERMENTUM*, 12(33), 46-65.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11.

Wiesenfeld, E. (2014). La Psicología Social Comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o crisis? *Psicoperspectivas*, 12(2), 6-18.