



**Efectividad de Intervención Grupal Cognitivo Conductual Para Manejo del Estrés en  
Padres con Hijos Diagnosticados con TDAH**

Johanny Icelsa Belliard Polanco

14-0912

Gloriannys Báez Rodríguez, MSc.

Junio, 2025

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Maestría en Intervención Psicoterapeuta

Trabajo Final de Master

## **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de terapia con técnicas cognitivas conductuales en formato grupal, para la reducción del estrés parental en familias con hijos diagnóstico con TDAH. Se realizaron 7 de las 8 sesiones semanales programadas de una (1) hora y 20 minutos, con técnicas cognitivas conductuales y Psicoeducación. El estudio se realizó con padres, madres y tutores de niños diagnosticados con TDAH del Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes, con un total de 7 participantes. El instrumento de evaluación utilizado fue el Índice de Estrés Parental de Abidin en la versión reducida en español (PSI-SF). Este instrumento fue aplicado al inicio de las sesiones, sin embargo, la intervención se vio interrumpida por razones de tiempo en relación a la fecha de entrega de la investigación. Los resultados demostraron altos niveles de estrés en la mayoría de los participantes, siendo más alto los resultados en la esfera de interacción disfuncional. Los participantes describieron que los entrenamientos y las técnicas recibidas les fueron de utilidad en momentos puntuales de mucho estrés y que necesitaban regularse. Otro resultado a destacar es que las familias con mayor índice de estrés tienen a sus hijos bajo tratamiento farmacológico, lo que puede indicar que las conductas disruptivas, son marcadas y aun persistan con el tratamiento, por esto recomendamos que se realicen investigaciones con muestra más grandes que puedan profundizar en estos hallazgos.

**Palabras claves:** Estrés parental, Niños, TDAH y Familia

### **Dedicatoria**

Una de las motivaciones más inherentes que un ser humano puede tener es el amor hacia los demás. El deseo de cada día buscar ser mejor persona para dar lo mejor de mí ha sido mi gran reto como ser humano.

Dedico este trabajo a mi familia por ser ese motor de impulso que me mantiene con el deseo y la motivación de ir más allá del conocimiento.

Mi esposo Diógenes quien no ha dejado de apoyarme en todas mis metas personales y académicas, Jehová te ha puesto como un pilar para mi vida.

Mi hijo Asael eres una fuente de motivación y amor incalculable para mí. Tu llegada ha significado un antes y un después en mi existir.

Arlet mi niña, cuanta sabiduría, paciencia y comprensión el Señor te ha dado a tu corta edad, para esperar por mí sin reclamos, después de pasar horas de trabajo.

A mis padres que tanto se ocuparon de mi bienestar, y en particular a mi madre y mi hermano mayor Henry, aunque ya no están en el plano terrenal, han seguido siendo fuente de inspiración para mí, y los consejos brindados me siguen animando a alcanzar mis propósitos profesionales.

### **Agradecimientos**

A mi torre y castillo fuerte, El Gran Yo Soy, Jehová Yiré que hasta aquí me ha permitido llegar. "Porque yo, Jehová, soy tu Dios, quien te sostiene de la mano derecha, y te dice: No temas, yo te ayudo. Isaías 41:13.

A mis padres Ignacio e Iselsa, quienes me enseñaron la responsabilidad y el amor por los estudios.

A mis hermanos Henry, Danny, Robert, David, y Lizi, de los cuales recibí ánimo, apoyo y solidaridad cada vez que los necesité. Han sido un ejemplo de crecimiento profesional para mí. Mi sobrina Kristy quien siempre estuvo presente para orientarme con toda la disposición, y ha sido como una hija para mí.

Muy agradecida con los maestros que fueron parte de este desarrollo académico, sobre todo a Licda. Vanessa Espaillat y mi asesora Licda. Gloriannys Báez Rodríguez, quien estuvo guiando en cada detalle en la elaboración de este proyecto.

No puedo dejar de lado el gran apoyo brindado del personal de la Unidad de Salud Mental del Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes, quienes me brindaron la oportunidad de usar sus instalaciones y me facilitaron el contacto de los pacientes y sus familias para este proyecto.

Agradecimiento especial a la Lic. Eni Medina, porque me alentó a continuar y me brindó su mano solidaria para perseguir este logro.

A todos los padres y tutores que han sido parte de este proyecto, admiro como se esfuerzan cada día para cumplir la labor encomiable de la crianza y educación de sus hijos.

## Tabla de Contenido:

Efectividad de Intervención Grupal Cognitivo Conductual Para Manejo del Estrés en Padres con Hijos Diagnosticados con TDAH .....	0
Resumen .....	0
Dedicatoria.....	1
Agradecimientos .....	2
Índice de Tablas .....	5
Índice de Gráficos .....	6
Intervención Grupal Cognitivo Conductual Para Manejo del Estrés en Padres con Hijos Diagnosticados con TDAH .....	7
Hipótesis .....	20
Pregunta general de investigación .....	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos .....	21
Método .....	22
Tipo .....	22
Muestra.....	22
Participantes .....	22
<i>Criterios de inclusión</i> .....	23
<i>Criterios de exclusión</i> .....	23
<i>Instrumentos</i> .....	23
<i>Pautas de Corrección</i> .....	26
Procedimiento .....	27
<i>Primera sesión</i> .....	28
<i>Segunda Sesión</i> .....	28
<i>Tercera Sesión</i> .....	29
<i>Cuarta Sesión</i> .....	30
<i>Quinta Sesión</i> .....	30
<i>Sexta Sesión</i> .....	31
<i>Séptima Sesión</i> .....	32
Análisis De Datos .....	32
Narrativa de vivencias personales Epojé del autor .....	33
Resultados.....	36

Datos Demográficos de los hijos.....	36
Datos demográficos de los padres.....	38
Resultados del cuestionario PSI-SF .....	40
Hallazgos cualitativos.....	45
Discusión .....	49
Conclusiones.....	55
Referencias .....	57
Apéndice .....	65
Instrumento de medición utilizado.....	65
<i>Índice de Estrés Parental versión abreviada de Abidin.</i> .....	65
<i>Consentimiento Informado</i> .....	69
<i>Declaración de consentimiento informado</i> .....	71
<i>Copia de Certificación de Ética</i> .....	72
<i>Carta Comité de Ética Aprobación del Estudio</i> .....	74
<i>Programa de Intervención</i> .....	75

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Frecuencia grado Educativo de los niños.....	37
<b>Tabla 2</b> Profesional que confirma el diagnóstico.....	38
<b>Tabla 3</b> Nivel educativo de los padres .....	39
<b>Tabla 4</b> Ingreso mensual por familia.....	39

### Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> Relación malestar paterno y niño medicado .....	41
<b>Gráfico 2</b> Relación interacción disfuncional y medicación .....	42
<b>Gráfico 3</b> <i>Relación niño difícil y medicación</i> .....	43

### **Intervención Grupal Cognitivo Conductual Para Manejo del Estrés en Padres con Hijos Diagnosticados con TDAH**

Uno de los trastornos del neurodesarrollo que, en la actualidad, está siendo diagnosticado con mayor frecuencia, es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los niños con este diagnóstico tienden a presentar conductas persistentes de inatención, impulsividad e hiperactividad. La norma en que inicia a manifestarse es durante la etapa del desarrollo infantil (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2019). Al respecto de esta conceptualización, Diego Macià Antón (2012), expone que los niños con TDAH desde muy pequeños manifiestan un temperamento difícil. Entre los principales problemas de comportamiento citados por este autor se encuentran, su alto nivel de obstinación, persistentes demandas, tendencia a la agresividad, desafío a sus autoridades, desobediencia continua y evasión de las reglas. Todo esto, aunado a los conflictos frecuentes que surgen por la incompetencia de las autoridades que les rodean para entender a estos chicos y manejar prácticas de corrección y de educación que sean adecuadas. Todo esto conlleva que estos niños acumulen una historia de fracasos conductuales, educativos, baja autoestima, problemas de regulación emocional y pobres habilidades sociales, que con frecuencia causan un círculo vicioso, donde los adultos castigan y ponen consecuencias, produciendo malestar tanto al niño como al ambiente familiar, y vuelve el ciclo de malas conductas, desafío a la autoridad y desobediencias incesantes (Macià Antón, 2012).

Una de las razones por la que es ampliamente estudiado es porque este trastorno no solo impacta la vida del individuo que lo padece, sino que incurre en cambios y reajustes tanto de la dinámica familiar, como de la convivencia en sentido general, por los desafíos que genera el diagnóstico (Caviglia, 2022). Esto ocurre porque estos niños suelen necesitar asistencia en sus

procesos educativos, terapias para mejoras conductuales y desarrollo de habilidades sociales, además de que las personas con TDAH pueden ser propensos a desarrollar otras comorbilidades como pueden ser depresión, ansiedad, trastorno negativista desafiante, entre otros, (Caviglia, 2022; Chen & Jiang, 2024; Galán et al., 2017). Como manifiestan los autores, Cossio et al. (2019) y Teherán Suárez (2019), esto promueve a que los padres y cuidadores de estos niños manifiesten niveles elevados de angustia y estrés, ya que deben enfrentar frecuentes conductas emocionales desreguladas, además de los comportamientos disruptivos, las demandas y asistencia por las dificultades académicas que enfrentan sus hijos. El diagnóstico de TDAH además de alterar la dinámica familiar, puede repercutir en la aparición de trastornos emocionales y afectar la salud mental de los progenitores, asimismo puede restringir la libertad personal y el tiempo de descanso de los cuidadores (Guerro et al., 2015). Según estos autores también los niños con TDAH pueden generar malestar al relacionarse con sus hermanos, ya que pueden recurrir al uso de la manipulación, la violencia, asaltos verbales, el uso del control y malos tratos con los hermanos, lo que repercute en una sobrecarga dentro del sistema familiar (Guerro et al., 2015). En consecuencia, a todos estos factores, los autores Chen y Jiang (2024), consideran que la crianza y la educación se convierte en un gran desafío para los padres con hijos con este diagnóstico.

Un dato importante para destacar planteado por López y Förster (2022), es que, a pesar de que los trastornos del neurodesarrollo hacen su aparición durante la niñez y la adolescencia, no solo se manifiestan en esta etapa, sino que tienden a sostener un perfil evolutivo con cierta estabilidad en el tiempo, muchas de sus características logran ser cambiadas de acuerdo con el desarrollo madurativo y mecanismos compensatorios del individuo, aunque otras

manifestaciones persistan. En cuanto al TDAH se ha reconocido que la hiperactividad se reduce significativamente en torno al periodo de la pubertad, no obstante, se considera que a lo sumo, dos terceras partes de la población mantienen algunas características básicas en la edad adulta (López & Förster, 2022).

El concepto de estrés desde la perspectiva transaccional es calificado como resultado de una transacción o intercambio que surge de la relación dada entre el individuo y su entorno, por lo que se considera que el estrés se manifiesta cuando la persona percibe su entorno o las situaciones que enfrenta como fastidiosas o inaguantables, el sujeto siente que no posee los recursos para encarar dichas situaciones y que por ende, pone en peligro su tranquilidad y bienestar (Meichenbaum, 1987). Asimismo, este autor plantea que, la teoría transaccional busca trabajar la reducción del estrés más allá del individuo o del grupo, explica que es importante que, en este proceso, también surjan cambios y mejoras en el entorno y en las organizaciones que rodean a los individuos para poder lograr cambios significativos en la reducción del estrés. Otra de las teorías explicativas sobre el estrés, se trata del determinismo recíproco planteado por Bandura, el cual consideró que en el proceso del estrés existe una interacción recíproca entre las variables situacionales y las variables personales (Ruiz et al., 2012). Estos autores además señalan que el modelo de inoculación al estrés está sustentado por varios fundamentos importantes a considerar, que son la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), la teoría de determinismo recíproco de Bandura (1977), y los modelos teóricos que ponen en marcha o activan el estrés sobre los mecanismos cognitivos-afectivos. Meichenbaum (1987), citado por Ruiz et al. (2012), plantea que, en el modelo de inoculación del estrés, se presta atención especial a las fases de preparación y asimilación de los eventos estresantes, dado que, lo

inesperado y la falta de conocimiento complican la labor del afrontamiento y favorecen al desajuste emocional.

En el caso que nos compete, como indican Ramos y Flores (2023), el estrés parental se considera un proceso complicado y abrumador, que emerge cuando se presentan en los progenitores sentimientos de agobio y abatimiento con respecto a la crianza. Al respecto de esta problemática, diversos autores señalan que, dentro de la unidad familiar, el estrés alcanza gran relevancia como factor predisponente que puede lesionar el bienestar psicológico y el rol de los padres, influyendo negativamente en la relación niño y adulto, y, por ende, interfiere en un sano desarrollo emocional y conductual de los infantes a temprana edad (Aracena et al., 2016; Díaz et al., 2011; Ríos et al., 2022). Como resaltan los autores Rolle et al. (2017), aunque tener un hijo es calificado como un evento de felicidad, a la vez representa la llegada de nuevas demandas y mayor carga de responsabilidades a la pareja, lo que puede provocar perturbación y angustia a los inexpertos padres y se manifiesta con la frustración de asumir las nuevas funciones. Además sugieren que el estrés parental no solo impacta a ambos padres de manera particular, sino que puede ser un predictor de síntomas de depresión y ansiedad en ambos miembros de la pareja (Rolle et al., 2017).

Considerando el tema que nos ocupa, según declaran Restrepo et al. (2023), los cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo suelen estar bajo mayor presión que los padres y cuidadores de niños sanos, ya que estos chicos requieren de mayor atención, terapias, ambientes especiales, además indican que, la función de cuidar para estos padres se convierte en una labor de mayor trascendencia, ya que, del desempeño realizado, depende de manera indisoluble la vida y el bienestar de sus hijos. En el caso de los padres de niños diagnosticados con Déficit de Atención, el estrés parental tiende a intensificarse debido a las responsabilidades

adicionales en la crianza, dada la frecuencia de comportamientos disruptivos, dificultades escolares y el estigma social que rodea al diagnóstico (Catalán Roldan, 2022; Caviglia, 2022; Cossio et al., 2019). Cuando se presentan dichas situaciones según explica Teherán Suárez (2019), las mismas pueden influir negativamente en la salud mental de los cuidadores además de perjudicar la práctica de la crianza y puede lesionar la dinámica familiar en su conjunto. Aunado a esto, los autores Galán et al. (2017), explican que cuando uno de los miembros de la familia se ve afectado en algún aspecto de su desarrollo, ya sea a nivel cognitivo, físico o emocional, esto impacta la dinámica familiar, pues surge la necesidad de dirigir la atención a dicha problemática.

Como exponen Villavicencio et al. (2018), recibir un diagnóstico de discapacidad para los padres suele ser un momento crucial en el cual estos padres experimentan una serie de preocupaciones referente al desarrollo funcional de sus hijos, de las cuales destaca el rechazo, la disminución de oportunidades laborales, sociales y educativas. En ese mismo orden, Galán et al. (2017), indican que las familias con niños con trastornos del desarrollo experimentan cambios en la dinámica familiar, ya sean de manera súbita o de forma pausada, entre estos cambios resaltan los problemas económicos, la percepción de su capacidad de resolver conflictos, además que se han evidenciado aumento en los gastos, incremento en los riesgos de divorcio, mayor inversión de tiempo de horas laborables de uno o ambos padres, y hasta cambios de roles en el proceso de crianza.

Se ha podido constatar en la documentación de diversos estudios, que la mayoría de los padres pueden experimentar cierto nivel de estrés, y muchos de estos padres por aspectos culturales y por querer mostrar una buena impresión y equilibrio en la crianza, reprimen su malestar y el agotamiento que pueden estar experimentando (Sánchez, 2015). En concordancia

a este punto, Oliva et al. (2006), reseñan que en estudios previos se ha determinado una relación estable entre el niño preescolar y el estrés parental. Sin embargo, han sido palpables los estudios que demuestran que en los casos de padres con hijos con autismo y déficit de atención los niveles de estrés pueden ser mucho más elevados que el resto de los trastornos del neurodesarrollo, y muy superior al estrés que experimentan los padres con hijos que tienen un nivel de desarrollo típico (Craig, et al., 2016; Insa et al., 2021; Theule et al., 2010). Otras características encontradas es que los problemas emocionales, de comportamiento y el CI están relacionados a niveles altos de estrés, y a raíz de sus hallazgos, recomiendan que los padres con hijos con algún trastorno del desarrollo, deben recibir intervenciones, entrenamientos y estrategias para poder tener una calidad de vida más placentera y reducir el estrés (Oliva et al., 2006).

El estrés parental puede complicar la eficacia del vínculo afectivo, las prácticas de crianza y el bienestar psicológico de los cuidadores (Valenzuela, 2017). Mientras que, Villavicencio et al. (2018), refieren que los padres pasan por diversas etapas de duelo al recibir el diagnóstico de uno de sus hijos, por lo cual estos padres pueden experimentar desregulación emocional y afectar por tanto el compromiso y la responsabilidad de la crianza, si no elaboran un adecuado proceso de duelo. Referente a este punto, Theule et al. (2013), explica que además de los síntomas descritos, los padres con elevados niveles de estrés pueden verse afectados en su capacidad para ejercer la educación adecuada con sus hijos, mientras que, en contraste, si los niveles de estrés son bajos, se considera que los padres tendrán una mejor gestión parental, y por esta razón la intervención en entrenamiento familiar suele ser muy recomendada para familias con niños con TDAH.

Como se ha evidenciado, el diagnóstico de TDAH, suscita una serie de retos académicos, sociales y conductuales que no solo afectan a los niños, sino que generan malestar en el sistema familiar, provocando problemas emocionales y funcionales en los cuidadores primarios, los cuales tienden a manifestar altos grados de frustración, culpa y agotamiento físico (Cossio et al., 2019). Es importante comprender desde una postura de salud mental y clínica, que el estrés parental puede obstaculizar la relación afectiva entre padres e hijos, así como influir negativamente en las estrategias de disciplina y apoyo emocional que los niños con TDAH necesitan para tener un desarrollo adecuado (Muñoz et al., 2017). Además, como explican los autores Ríos et al. (2022), se ha relacionado que niveles elevados de estrés parental pueden generar un impacto directo en el desarrollo socioafectivo y cognitivo de un niño. Por ello es esencial intervenir no solo sobre los síntomas del niño, sino también sobre el bienestar psicológico de sus cuidadores (Teherán, 2019).

En consonancia a este punto, como sugieren Pérez et al. (2014), el estrés parental tiende a estar asociado como un indicador negativo en el progreso evolutivo de los niños, en este sentido, se vuelve necesario implementar estrategias de intervención que, no solo se centren en el niño con TDAH, sino también en la familia como núcleo afectado. En un estudio realizado por Muñoz et al. (2017), se determinó que existen potentes predictores de estrés para las madres, y entre estos se encuentran, los problemas de conducta y los inconvenientes presentados en el ámbito social que estos chicos arrastran. Siguiendo en este orden de ideas, estudio realizado en Brasil por Bertoldo et al. (2020), en el cual exponen que, tanto las prácticas parentales, como una dinámica familiar disfuncional, son factores predisponentes que pueden interaccionar e impactar la inclinación genética en niños con TDAH, y resaltan que aún en niños que presentan una predisposición mínima al diagnóstico, si la familia ha desarrollado un

ambiente turbulento, con padres pocos afectivos, de limitada comunicación, con problemas de impulsividad y agresividad, esto dará como resultado, pobres habilidades de regulación emocional y pudiese ser un entorno propicio para exacerbar síntomas del TDAH. Por esto enfatizan la importancia de la participación de las familias en programas de intervención y entrenamiento. Otros autores refieren que pueden existir factores particulares que provienen directamente de los padres, que pueden estar relacionados a la predisposición del estrés parental, como son aquellos relacionados directamente con características de crecimiento personal de los cuidadores. En este sentido, plantean que una cualidad individual es la inteligencia emocional, otro es el apoyo social, como característica ambiental y por último indican un factor cognitivo, el cual se refiere a la autoeficacia parental y la percepción de ver la crianza como un reto lleno de oportunidades para crecer como padres y no como una amenaza llena de situaciones perturbadoras (Finzi et al., 2011).

En consideración a lo expuesto, Galán et al. (2017), sugieren que la familia posee un papel fundamental dentro de los programas de intervención, ya sea para mejorar la salud física, como para la salud mental de sus hijos, además consideran que, a menor habilidad parental, serán mayores las dificultades presentadas en estos niños y jóvenes. A razón de estas situaciones Caviglia (2022), proponen la implementación de la terapia multisistémica, ósea la de combinar la intervención terapéutica con el niño, así como con la familia, y plantean la importancia y efectividad que tienen los entrenamientos para padres y como esto influye en las mejoras del comportamiento del niño con TDAH.

A raíz de todo lo antes mencionado, es que se considera que una de las intervenciones con mayor evidencia empírica para trabajar intervenciones con familias, es la terapia cognitivo conductual en formato grupal, ya que permite que las familias no se sientan solos, ayuda a las

familias a desarrollar habilidades de afrontamiento, la reestructuración cognitiva y autorregulación emocional (Catalán, 2022). Estas intervenciones al ser aplicadas en formato grupal también potencian el apoyo social y la normalización de experiencias, reduciendo sentimientos de culpa o aislamiento entre las familias (Bertoldo et al., 2020; Caviglia, 2022; Insa et al., 2021; López Ortega, 2009). Además, como explican los autores Garay et al., (2008), la terapia cognitivo conductual en formato grupal (TCCG), ha sido aplicada como método de intervención en diversos trastornos y problemas, y recomiendan que su aplicación esté dirigida a grupos que compartan situaciones similares. Estos autores subrayan que la TCCG ha demostrado ser efectiva y ahorra tiempo de atención y costos comparada con la terapia individual.

En este sentido, durante el proceso de esta investigación, se ha podido constatar que es relativamente reciente el velar no solo por la salud y bienestar de los niños con problemas del neurodesarrollo, sino también que es necesario e imprescindible para las mejoras de estos chicos, la creación de programas combinados para asistir a las familias. Como plantea Herráez Martín de Valmaseda (2020), es necesario considerar desde el inicio de las terapias y tratamiento con los niños con TDAH, a las familias y sobre todo a los padres, para lograr una intervención más productiva y efectiva con los menores. Por tal motivo esta autora, considera oportuno la implementación de grupos psicoeducativos diseñados para brindar estrategias a las familias. A la vez considera que estos hallazgos respaldan la eficacia de la implementación de grupos psicoeducativos como herramienta fundamental en el abordaje del tema del déficit de atención, promoviendo una intervención más integral y personalizada desde el inicio del diagnóstico.

A lo largo de la exploración de trabajos e investigaciones, se evidencia que, en Latinoamérica, la salud mental sigue enfrentando limitantes, así mismo tiene retos y desafíos, los cuales deben ser sustentados por políticas públicas creadas desde los gobiernos y orientadas hacia contextos familiares y comunitarios (Córdoba & Hernández, 2024). Desde la perspectiva social, la intervención en grupo a nivel de Latinoamérica, según la revisión teórica realizada por Jiménez Martínez (2020), sigue siendo una labor limitada, por lo que la mayor evidencia se encuentra en países fuera de la región, lo cual dificulta una implementación más efectiva. Y como bien plantea Fernández Álvarez (2017), es innegable el gran auge y desarrollo de la Psicoterapia en América Latina, casi concomitantemente con el desarrollo de la misma en Europa y Estados Unidos. Este impulso de crecimiento se ha visto impregnado con la instauración de diversos institutos con formación en los diferentes modelos teóricos y terapéuticos, y la formación de un gran número de profesionales. Sin embargo, a pesar de los avances en el desarrollo de la terapia, referente al campo de la investigación, la región se encuentra aquejada por la limitación de recursos del que disponen los grupos de trabajo, además que el peso de los estudios metodológicos se encuentra a nivel cualitativo. Este autor considera importante resaltar que, aunque queda una amplia trayectoria enfocada en la creación de programas de asistencia en el área de salud mental, Latinoamérica es destacada en organismos internacionales por tener psicoterapeutas reconocidos (Fernández Álvarez, 2017).

Aunque no es discutible el avance que ha tenido en Latinoamérica tanto la investigación científica, como el desarrollo de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), también ha de reconocerse que sigue enfrentando marcados retos como práctica de salud mental. En estos interfieren los problemas económicos que enfrenta la región, así como las diferencias culturales

y conflictos políticos, además de la limitada formación continua o especializada de los profesionales de la región (Neufeld et al., 2021).

Si bien es cierto, que ha surgido un despertar reciente a nivel de salud mental, dirigido al trabajo con las familias de niños con trastornos del neurodesarrollo a nivel internacional, podemos evidenciar que también en países latinoamericanos está suscitando mayor interés, sin embargo, el mayor énfasis aún sigue siendo para muchos profesionales la intervención dirigida a la asistencia con los menores. Por esto es mayor el número de trabajos de investigación enfocados en la labor con los chicos, y limitada la labor de intervenciones combinadas con sus cuidadores. Otra limitación, que se ha constatado es que, un gran número de los trabajos son más bien de corte cualitativo o basadas en investigaciones centradas en revisión literaria existente como es el caso de Ríos et al. (2022) y Theule et al.,(2013), y son reducidos las investigaciones realizadas con enfoque experimental cuantitativo. En adición a esto, durante el levantamiento y la búsqueda de información en los diferentes repositorios digitales de las principales universidades de nuestro país, la autora, ha evidenciado que las investigaciones con relación a esta problemática son prácticamente inexistentes.

Por tanto, se considera necesario realizar una investigación que evalúe de forma cuantitativa la efectividad de un programa grupal cognitivo conductual para la reducción del estrés parental en los padres de niños diagnosticados con el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, los cuales son pacientes del Hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes, entendiendo que estos padres manejan niveles altos de estrés que influyen negativamente en el desarrollo funcional de sus hijos. Estudio realizado por Antón et al., (2018), indican que este tipo de terapia muestra eficacia con buenos resultados en su implementación para diversas condiciones de salud, y que, además es eficaz para reducir los

tiempos de espera en pacientes de atención primaria. En adición a esto, otros autores señalan que las terapias de grupo brindan un espacio para que las personas sientan el apoyo de compañeros, permitiendo así un ambiente que facilita la recuperación, según comparten pensamientos, sentimientos y experiencias (Gil & Rodríguez, 2022).

En este estudio se pretende dar respuesta a una problemática que está latente y es de creciente preocupación en el contexto de la Salud Mental y el bienestar familiar en sentido general. A raíz de la pandemia los problemas en salud mental que trajo el confinamiento sufrieron un aumento considerable en la población en general, tanto en niños como en adultos, no obstante, una población altamente afectada, la cual fue muy perjudicada, fueron los niños que presentan necesidades de atenciones especiales, como es el caso de niños con trastornos del neurodesarrollo y sus cuidadores respectivamente (Restrepo et al., 2023). Este autor explica que, los padres que ya estaban sobrecargados tanto emocional como físicamente, con los requerimientos de sus hijos, sufrieron un incremento considerable de estrés por las limitantes a las que estuvieron sometidos sus hijos durante la pandemia. En el caso de los padres con hijos diagnosticados con el Déficit de Atención no fueron la excepción (Restrepo et al., 2023).

La terapia cognitivo conductual en modalidad grupal se presenta como una alternativa eficaz y accesible para atender esta necesidad en las familias. Estudios recientes han demostrado que este tipo de intervención permite a los padres reconocer y modificar patrones de pensamiento disfuncionales, adquirir habilidades de afrontamiento más adaptativas y reducir significativamente sus niveles de estrés (Catalán, 2022; Chen & Jiang, 2024; Izadi-Mazidi et al., 2015). Además, el trabajo grupal favorece el sentido de comunidad y validación emocional entre participantes lo que reduce el aislamiento social y promueve el apoyo mutuo (Martínez, 2020).

A nivel práctico esta investigación contribuye a generar evidencia empírica sobre intervenciones breves de menor costo que son efectivas, y con oportunidad de ser implementados en contextos clínicos, escolares o comunitarios, especialmente en países latinoamericanos, donde los recursos para la atención psicológica suelen ser limitados, como señala el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018). No es una excepción que se encuentren también a nivel de República Dominicana, limitaciones similares, donde las familias con discapacidad enfrentan diferentes desafíos, como son la falta acceso a la seguridad social, altos costos en los servicios, falta de programas desde Salud Pública y Educación que brinden atenciones especiales dirigidas a estas necesidades (Oficina Nacional de Estadística [ONE], 2019). En este sentido, la ONE (2019), en su informe indica que una de las mayores dificultades de acceder a los servicios para los niños con discapacidad, es la falta de integración y empoderamiento de las familias, al no comprender y estar desinformadas, retrasan los procesos de evaluación, diagnóstico y por ende los tratamientos que necesitan sus hijos. De acuerdo a lo planteado en este informe, se destaca como factor estresor la carga emocional que genera a las familias, notificar sobre la discapacidad de un hijo o hija a la familia extendida y a las amistades (ONE, 2019). A razón de estas situaciones, este estudio pretende ofrecer un diseño que pueda ser adaptado por profesionales de psicología clínica, educativa o familiar interesados en promover el bienestar integral de las familias con hijos con necesidades especiales.

Durante la revisión de la literatura, se identificó que los estudios más recientes relacionados al estrés parental son limitados a nivel mundial y de Latinoamérica, y más aún a nivel nacional. Esto se puede deber a diferentes razones, una de ellas puede ser las implicaciones culturales basadas en la presión social que permea a los padres latinoamericanos,

y suelen ocultar las dificultades para no ser juzgados. Otras de las razones según plantea Gómez Pineda (2022), es que, a nivel de Latinoamérica, los estados están volcados en la creación de programas dirigidos hacia poblaciones más vulnerables, como son los niños, niñas y adolescentes, por los diversos temas que impactan la vida de esta población. Además de esto, otra causa es que a nivel de Latinoamérica es muy bajo el porcentaje de creación de políticas públicas en favor de la salud mental, eso se debe a la falta de financiamiento para la creación de programas en favor de la población en general (Díaz et al., 2011). Otra característica común ha sido encontrar que en mayoría los estudios dirigidos están enfocados a la Psicoeducación grupal, y no es tan frecuente los estudios realizados con el enfoque de intervención cognitivo conductual en formato grupal. En cuanto a los servicios, como exponen las investigaciones referentes a temas de salud mental, tanto en Latinoamérica como en nuestro país, el acceso a los mismos están más concentrados en zonas urbanas a mayor escala y son escasos o inexistentes los centros de asistencia en zonas rurales (Fernández Álvarez, 2017).

Por tan razón en este sentido, se plantea la siguiente presunción:

### **Hipótesis**

La terapia cognitivo conductual en formato grupal es eficaz para reducir el estrés parental en padres de niños diagnosticados con TDAH. Lo que lleva a plantear la siguiente interrogante:

### **Pregunta general de investigación**

¿Cuál es la efectividad de un programa de terapia cognitivo-conductual grupal para reducir el estrés parental en padres de niños diagnosticados con TDAH?

### **Objetivo General**

Determinar la efectividad de un programa de terapia cognitivo-conductual grupal para reducción del nivel de estrés parental en padres de niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

### **Objetivos Específicos**

Evidenciar el nivel de estrés parental según las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, educación, medicación, ingresos, entre otras).

Identificar cuáles son los síntomas de estrés en los padres y cuáles son las causas que lo producen.

Comprobar cuáles son las técnicas más efectivas percibidas por los participantes para el alivio de los síntomas y la reducción del estrés.

Comparar los niveles de estrés parental pre y post intervención para determinar si surgen cambios en los resultados estadísticos entre la primera y segunda aplicación del PSI-(SF).

## **Método**

### **Tipo**

El presente estudio fue realizado de forma prospectiva con un enfoque mixto, con diseño cuasi experimental con aplicación de pretest y posttest en grupo único. Como explica Hernández et al. (2014), este tipo de investigación se realiza bajo un esquema de procesos secuenciales, y como establece este autor, para continuar a la siguiente fase se debe haber finalizado la anterior. En estudios similares han implementado este procedimiento, con la administración de este instrumento y la evaluación de antes y después, aplicado a poblaciones de padres con hijos con TDAH, y han plasmado evidencia de resultados efectivos para esta problemática, tanto con la validación de los test como con las intervenciones cognitivas conductuales (Antón et al., 2018; Aracena et al., 2016; Bertoldo et al., 2020; Catalán Roldan, 2022; Chen & Jiang, 2024; Izadi-Mazidi et al., 2015; Muñoz Silva et al., 2017).

### **Muestra**

El tamaño de la muestra está compuesto por 7 participantes los cuales fueron seleccionados para la aplicación de la escala de estrés parental de Abidin en la versión reducida en español. El muestreo utilizado fue el no probabilístico, la selección se basó en criterios no aleatorios, de tipo a conveniencia por cuotas, disponibilidad, ya que fueron seleccionados de acuerdo a las características de los criterios de inclusión dispuestas por el investigador. Como explica Gallardo Echenique (2017), este método consiste en no tomar en cuenta la ley del azar, y seleccionar la muestra en función de características comunes de dicha población, de manera que se puedan construir conjuntos, no aleatorios sino a discreción del investigador.

### **Participantes**

Los participantes fueron seleccionados con un muestreo no probabilístico intencional, los cuales debían cumplir con las características mencionadas en los criterios de inclusión. La muestra estuvo compuesta por ambos géneros, la mayoría son personas casadas, con bachillerato en proceso o concluido, y oscilan entre las edades de los 30 a 70.

### ***Criterios de inclusión***

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: a) padres o tutores que hayan recibido diagnóstico al menos uno de sus hijos con el diagnóstico de TDAH, b) padres o tutores que vivan y estén a cargo de la formación, educación y crianza de los hijos con diagnóstico de TDAH, c) padres o tutores que no reporten ninguna enfermedad psiquiátrica, d) padres o tutores que hayan iniciado la secundaria, e) padres o tutores que dominen el idioma español, f) padres o tutores que sus hijos diagnosticados estén dentro de los 6 a 14 años de edad.

### ***Criterios de exclusión***

Para nuestro estudio los criterios de exclusión fueron los siguientes: a) familias que el niño tenga otros trastornos psiquiátricos, b) padres o tutores extranjeros que no dominen el idioma español, c) padres o tutores que no sean los responsables de la educación de sus hijos. d) Familias que incumplan con el compromiso de asistencia a las sesiones.

### ***Instrumentos***

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron los registros de asistencia, el formulario de consentimiento informado, las entrevistas sociodemográficas, el diario de campo y escala de estrés parental en español, versión abreviada, conocido también por las abreviaturas: (PSI-SF), con la intención de medir antes y después de las intervenciones la variable de estrés parental.

El diario de campo fueron anotaciones que la autora fue plasmando con la finalidad de documentar impresiones, hechos y comentarios puntuales de los participantes que se consideraron significativos durante las intervenciones terapéuticas.

El cuestionario de estrés parental de Abidin, también conocido como Índice de Estrés Parental (PSI), es uno de los instrumentos más utilizados para medir el estrés que perciben los padres y cuidadores (Díaz et al., 2011; Rivas et al., 2021). En este sentido, Díaz et al., (2011), explica que, de este instrumento su creador realizó dos adaptaciones, una es la versión completa y otra en la versión reducida. A pesar de mostrar eficaces propiedades psicométricas, la versión completa del instrumento manifiesta algunos inconvenientes, como es la amplitud de preguntas, lo que provoca que se requiera de mayor tiempo para completarlo. En este sentido, su autor procuró subsanar estas limitaciones, y en 1995 implementó la versión corta de la escala derivada de la versión completa. La primera versión del cuestionario de estrés parental de Abidin adaptada al español fue desarrollada por Solís y Abidin en 1995 (Sánchez, 2015).

El índice de estrés parental ha sido de gran utilidad para evaluar los niveles de estrés en padres, tanto en investigaciones como en contextos clínicos y que suponen un alto riesgo (Guerro et al., 2015; Rivas et al., 2021). Esta escala ha demostrado una efectiva consistencia interna y adecuada fiabilidad en su aplicación de test- retest desde sus inicios, esto es confirmado por diferentes estudios divulgados a lo largo del tiempo. Las razones por las cuales mantiene estas características es por su gran abanico de aplicaciones en diferentes idiomas y contextos culturales como son, los Países Bajos, Irán, Portugal, Francia, Finlandia, China, Canadá (Ríos et al., 2022). Además ha sido utilizado para población en países de habla hispana como son España, Chile, México, Perú, Brasil, Venezuela, Colombia, entre otros. Autores como Aracena et al. (2016), sugieren en su investigación, que la escala de índice de estrés parental

PSI-SF versión abreviada puede ser adecuado su aplicación para intervenir y trabajar con familias con hijos en edad preescolar no solo en población chilena, sino también en los demás países de la región Latinoamericana. Consideran también que es un instrumento con gran potencial para ser usado por los profesionales que asisten a familias en atención primaria, y puede ser un buen predictor para evitar el desarrollo de niveles elevados de estrés en los padres y tutores. A la vez estos autores apuntan otra ventaja en el uso del PSI-SF, y es que puede ser usado en programas creados por líderes estatales e investigadores, y así ser un instrumento para intervenir en el cuidado de la población chilena y latinoamericana (Aracena et al., 2016).

Como indica Barroso et al. (2016), este cuestionario fue diseñado inicialmente en el idioma inglés con 120 ítems, con el fin de reducir el tiempo de aplicación se consideró bajar los ítems de 120 a 36, el cual se identifica por las siglas PSI-Short Form (PSI-SF). Fue creado para ser implementado con padres que tengan hijos en edades desde el primer mes de nacido hasta 12 años de edad. El índice de estrés parental se trata de un cuestionario de autoinforme diseñado para medir estrés parental, y permite identificar de una manera más eficiente aquellas familias que necesitan intervención y seguimiento (Díaz et al., 2011).

En la primera subescala que se denomina Malestar Paterno, contempla las preguntas del 1 al 12, y es utilizada para medir los estilos de crianza de los padres, la falta de apoyo externo para cuidar al hijo, el sentido de competencia para atender las necesidades del hijo y el aplazamiento de otras actividades. En este apartado podemos identificar aquellos factores intrínsecos, características individuales del padre o madre, y la percepción que tienen sobre su rol parental. En esta primera dimensión de la escala, puntajes elevados evidencia sentimientos de culpa, dificultad para actuar con asertividad y autoridad ante el niño, sensación de restricción de la libertad, aislamiento social, y deterioro en la salud (Sánchez, 2015).

La segunda fase de la escala designada con el nombre, Interacción Disfuncional Padre-Hijo, está integrada entre los ítems 13 al 24. Esta fase busca identificar la relación conflictiva que surge entre el padre y el hijo, y está relacionada con las expectativas que tienen los padres al desarrollo de su hijo, la percepción que tienen sobre calidad de la relación entre ambos y el reforzamiento que reciben de sus hijos (Díaz et al., 2011).

En el tercer apartado, es el que se denomina Niño Difícil, abarca los ítems 25 al 36, y procura medir el grado en que el estrés parental se ve impactado por las características propias del hijo como es el temperamento, las demandas o necesidades, conducta y adaptabilidad (Rivas et al., 2021). Es decir, que esta última mide los aspectos del niño que dificultan el rol de la crianza de los padres, como por ejemplo la poca capacidad del niño para adaptarse a cambios, la demanda de atención mediante conductas difíciles, el estado de ánimo, dispersión, impulsividad y agitación del niño (Guerro et al. 2015; Sánchez, 2015).

Se considera importante puntualizar que además de los 36 ítems, esta escala cuenta con una escala de sucesos estresantes que se contabilizan desde el ítem 37 al 55, y es para que los padres indiquen aquellos eventos ocurridos que puedan ayudar al evaluador a identificar alguna causa adicional del estrés de los padres en los últimos 12 meses. Se espera una respuesta dicotómica, de verdadero y falso, pero no son incluidas dentro del puntaje total de la prueba, y se interpretan de manera cualitativa e individual (Sánchez, 2015).

### ***Pautas de Corrección***

El PSI cuenta con una serie de afirmaciones, que se responden de acuerdo a su grado de conformidad con ellas. Luego de corregir cada sub escala, las puntuaciones correspondientes se suman para dar el puntaje de estrés total. Como la misma escala indica: estrés adecuado es cuando oscila entre el puntaje de los percentiles entre 25 y 80, un alto nivel de estrés, es cuando

el percentil puntúa de 85 en adelante, y un nivel inferior de estrés: se produce cuando el percentil queda en 20 a menos. Se considera clínicamente significativa una puntuación por encima del percentil 85 en la escala de estrés total (Rivas et al., 2021).

La corrección se realiza en escala tipo Likert, siendo las formas de responder las siguientes: Muy en desacuerdo (MD) de valor un (1) punto, En desacuerdo (D) con valor asignado de dos (2) puntos, No estoy seguro (NS) corresponde a tres (3) puntos, De acuerdo (A) correspondiente a cuatro (4) puntos. Y finalmente Muy de acuerdo (MA) con valor de 5 puntos. El estrés total es la sumatoria de cada una de las categorías (Gómez Pineda, 2022).

### **Procedimiento**

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Iberoamericana, UNIBE bajo el registro número ACECEI2024-269. El principal objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en formato grupal en padres, familias o tutores que tienen niños diagnosticados con el Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad, también conocido por sus siglas en inglés como TDAH.

Para la recolección de los datos el método que se utilizó fue el siguiente: durante entrevistas y consultas regulares con las familias y sus hijos con el diagnóstico de TDAH, la autora les fue informando a los padres, madres o tutores sobre el proyecto, la finalidad y las ventajas de mismo para las familias participantes. Se les aclaró que no afectará con los servicios del hospital, si deciden no continuar con el proyecto. A los interesados se les pidió permiso de recolectar sus datos, a los cuales ellos accedieron.

La autora solicitó permiso para ser incluidos en un grupo de difusión vía la plataforma de Whastapp. Se les ofreció tres horarios para elegir uno que fuera el más conveniente para la

mayoría de los interesados. Al tenerse la fecha y hora pautada a conveniencia de los interesados, se inició el proyecto. Originalmente se había propuesto un programa de intervención de 8 sesiones, sin embargo, por gestión de tiempo, solo fue posible realizar 7 sesiones del total propuesto. Aunque no se concluyó el programa de intervención por motivos de tiempo y fecha de entrega de este documento, el proyecto se continuará con los participantes hasta concluir con la propuesta de intervención que se les prometió a los participantes.

### ***Primera sesión***

La primera sesión fue para realizar la presentación formal con los participantes, explicar las reglas del grupo, objetivo de la investigación y entregar el consentimiento informado. Se procedió a aplicar a todo el grupo la primera prueba de la escala de estrés parental, también llenaron el formulario sociodemográfico y la hoja de consentimiento informado. Al finalizar la sesión se indagó con los participantes sobre su interés en participar e iniciar este proceso terapéutico, nos interesó conocer más de ellos y de sus chicos, y las motivaciones y expectativas que tenían al respecto de nuestro proyecto. Sus respuestas demostraron entusiasmo en continuar y varios incluso, preguntaron que si podían traer a otros familiares e involucrarlos en la terapia; recibiendo respuesta de aprobación de nuestra parte. Como tarea en este primer encuentro se les dejó una reflexión puntual, para que durante la semana realizaran un análisis en cómo ha afectado a la familia y a sus vidas el tener un hijo con este diagnóstico.

### ***Segunda Sesión***

Este segundo encuentro inició recordando las reglas y socializando sobre los sentimientos y las respuestas evocadas de la tarea planteada la semana anterior. Luego se pasó a impartir un taller para la capacitación sobre el Déficit de Atención, las características más comunes de este trastorno, la forma en que se manifiesta, los diferentes niveles, la incidencia de

la genética en su aparición, las conductas manifiestas, los elementos que las pueden detonar, entre otros (Macià Antón, 2012). También se les entregó un afiche diseñado por la autora, con datos puntuales sobre el diagnóstico para que tengan información precisa y breve y puedan socializarlo y discutirlo con la familia y amigos cercanos. Se les dejó como tarea ver un video animado educativo con respecto al trastorno, para identificar aquellas conductas que se relacionan con la de sus hijos, y traer sus anotaciones para el próximo encuentro.

### ***Tercera Sesión***

Como siempre se da la bienvenida y se repasan las reglas del grupo. En este encuentro se revisó la tarea dejada de la semana anterior acerca del trastorno de TDAH. Se realizó entrenamiento sobre el tema del estrés y sus consecuencias para la salud. Luego de la presentación se les pidió a los participantes que expusieran aquellos síntomas que hayan identificado de los que fueron expuestos. Se utilizó hoja de registro diseñada por la autora para identificar los síntomas físicos, emocionales, cognitivos y sus consecuencias. Fue evidente las señales de los síntomas que el estrés ha generado en ellos. Destacaron entre síntomas físicos, dolores musculares, tensión muscular, dolor en articulaciones, deshidratación, dolor de cabeza, algunos han desarrollado diabetes, hipertensión, insomnio crónico. Síntomas emocionales ansiedad anticipada, preocupación excesiva por el futuro, frustración, estado de ánimo variable. De los cognitivos indicaron falta de concentración, olvidos frecuentes y pensamientos recurrentes. De las consecuencias, señalaron el consumo excesivo de bebidas azucaradas, alimentación inadecuada, irritabilidad y desánimo para realizar tareas pendientes.

En esta sesión después del entrenamiento se entrenó a los participantes con dos técnicas de relación y control físico, la primera fue la respiración profunda, y la segunda fue la relajación muscular progresiva. Estas técnicas son consideradas como efectivas para producir

un estado antagonista a los estados fisiológicos que produce la ansiedad (Ibáñez & Manzanera, 2012) . Se les asignó como tarea realizar las prácticas de relajación enseñadas.

#### ***Cuarta Sesión***

Al inicio de la sesión se dio la bienvenida y se recordaron las reglas. Se indagó en el cumplimiento de la tarea, y comentaron momentos puntuales en que la realizaron la técnica de respiración profunda. Indicaron que en momentos de estrés durante la semana al menos una de las técnicas enseñadas fue puesta en práctica. Esta sesión se centró en identificar los pensamientos e ideas irracionales que producen malestar. Se utilizó formulario de autoinstrucciones y se les entrenó explicando el modelo ABC de la TREC para identificar y modificar patrones de pensamientos disfuncionales que repercuten en el malestar del paciente. A la vez se realizó la técnica de reestructuración cognitiva, para cambiar esos pensamientos disfuncionales y reemplazar por otros más realistas y adaptativos. Se les asignó como tarea utilizar la hoja de autoregistros o ficha técnica para identificar situaciones disparadoras de estrés y los pensamientos y consecuencias que estos producen.

#### ***Quinta Sesión***

Como de costumbre se inició dando la bienvenida y recordando las reglas. Se indagó sobre la asignación dejada para trabajar durante la semana. Comentaron algunos momentos puntuales en las que se estresaron mucho y al llenar las hojas pudieron advertir los pensamientos fatalistas, lograron detener y cambiar por otros más realistas en situaciones de fuerte estrés.

Se inició con la dinámica de romper hielo: ¿Cómo me siento hoy? Y le pusimos el ejemplo la pila descargada y la pila totalmente cargada. Los participantes podían utilizar otras referencias de cómo se sienten y que se ajustaran más a los ánimos de ese día. La sesión fue

enfocada en el entrenamiento de afrontamiento, concepto, formas de afrontamiento que existen, identificar cuando es negativo y cuando es positivo el afrontamiento. Se les pidió a los participantes exponer algunas situaciones que enfrentan con sus hijos y como han manejado la situación, y cómo describirían el afrontamiento de ese momento. Se realizó dinámica practica y vivencial "Mi caja de herramientas de afrontamiento", consiste en evaluar qué cosas nos ayudan a tener un mejor ambiente para reducir situaciones estresantes. Se puntualizó en cómo establecer límites, las rutinas, el autocuidado, los tipos de afrontamiento más común en cada uno. Se le asignó como tarea el poder identificar durante la semana evaluar el tipo de afrontamiento que utilizan, identificar quien puede ser un aliado en este proceso y se agregue como red de apoyo. Sin dejar de reflexionar en qué funcionan en casa para cuidar de mí y de mi familia.

### ***Sexta Sesión***

Se inició como de costumbre dando la bienvenida y se nombrando las reglas. Se indagó sobre la tarea. En esta sesión se les brindo Entrenamiento y Psicoeducación en Atención Plena (Mindfulness), fue realizada en el patio del hospital. Se procedió a presentar el tema brindando información sobre el concepto, origen, beneficios y cuales practicas se recomiendan. Se realizó dinámica de respiración con música instrumental, con sonidos de la naturaleza. Se les permitió que eligieran la posición con la que se sintieran más cómodos. Se focalizó en escuchar la música y los sonidos del ambiente con los ojos cerrados, solo concentrados en la música y la respiración inicial. Luego se pasó a entregarles varias hojas de frutos diferentes para que con los ojos cerrados identificaran características de las hojas e identificaran por su olor a cuáles frutos pertenecían. Al concluir se indagó sobre las sensaciones percibidas y sonidos identificados.

Se realizó lluvia de ideas de aquellas actividades que tienden a hacer por placer y que le son de son estimulantes para relajarse. Tarea asignada para la semana fue recordar conectar de forma consciente con aquellas cosas que nos agradan y nos relajan. Material a utilizar: hoja de registro para colocar actividades de atención plena que realizaron durante la semana.

### ***Séptima Sesión***

Después de dar la bienvenida y repasar las reglas, se procedió a realizar la dinámica de inicio al realizar pregunta reflexiva sobre cómo le transmiten a los demás cuando algo les molesta. Se inició la sesión con el tema de asertividad, concepto, importancia, características de las personas asertivas, tipos de comunicación no asertivas, creencias irracionales que bloquean que seamos asertivos. La asignación dejada para trabajar la asertividad durante la semana, consiste en evaluar de forma consciente el estilo de comunicación que utilizan con sus chicos al momento de señalar una conducta, poner una nueva regla o reforzar una rutina establecida. Además de observar que tan asertivos son con otras personas.

### **Análisis De Datos**

Este proyecto se concibió como una investigación mixta, de tipo cualitativa y cuantitativa. Para probar la hipótesis se pretendía utilizar la Prueba t de muestras dependientes, para comparar el antes y después de la intervención. Sin embargo, debido a que se interrumpió el programa inicial planteado, solo se realizó al análisis descriptivo de los datos, como fue el promedio, porcentajes, frecuencias, entre otros.

Para realizar el levantamiento del análisis estadístico y la creación de las tablas y gráficos se utilizó para importar los datos correspondientes el software creado por el Equipo JASP (Versión 0.19.3), (JASP, 2024).

Además, se realizó un análisis fenomenológico de las experiencias de la investigadora en su diario de campo, donde se plasman aquellas impresiones y expresiones dadas por los participantes al respecto de las terapias recibidas.

### **Narrativa de vivencias personales Epojé del autor**

A partir que inicié mi pasantía de grado en este hospital identifiqué que las familias en su mayor proporción llegan por referimientos de las escuelas, que muchas veces los padres no están conscientes, ni asocian que sus hijos tienen alguna condición que les dificulta el aprendizaje y que les genera una serie de conductas fuera de la norma, por lo que estos niños han sido tratados más como niños inadaptados o de mal comportamiento. Tanto en las escuelas como las familias en su mayoría, no han identificado que las conductas de estos niños son debido a una sintomatología de origen neurológica. Es alta la frecuencia en que el sistema tanto escolar como familiar no detecta estos inconvenientes en la primera infancia, lo que retrasa el diagnóstico y por ende el desarrollo educativo de estos niños, los cuales tienden a ser considerados para evaluación a partir de los siete u ocho años y otros aún con más edad, entre 10 y 12 años. Muchos de los niños inician el proceso de atención en el hospital, sin tener dominio de lectoescritura y presentan serios inconvenientes de aprendizaje y conductuales. Lastimosamente llegan tanto las familias como los niños muy marcados por el estigma que le infiere la sociedad y las autoridades académicas, y en diversos casos es evidente notar laceración tanto en los pacientes como en sus familiares.

Como madre me conmovió observar tanto a padres como a tutores, que aún sin saber sobre el diagnóstico, estaban luchando con esfuerzo, amor y coraje por sus hijos. A todo esto, con limitaciones económicas, y muchas veces sin apoyo de las autoridades escolares, sin embargo, aún en medio de circunstancias adversas y confusas, seguía primando el amor, el

empeño y la voluntad de continuar sosteniendo el desarrollo académico de los chicos. La mayoría de estos padres deben enfrentar conflictos diversos con sus hijos, como son el acoso escolar o bullying, quejas frecuentes por problemas de aprendizaje, conductas disruptivas, falta de atención en la clase, falta de empatía de los maestros, riesgos de expulsión de la escuela, repeticiones de año escolar, y en algunos casos surge inevitablemente la deserción escolar de parte del sistema. Y según lo indican estas familias, en diversos casos lograr la reinserción puede ser un reto aún mayor.

Mi experiencia desde la postura de ser madre de un niño con TDAH, y los retos que me ha tocado con respecto a los temas de educación, socialización y conductas desafiantes de mi hijo, me hizo empatizar con las familias para el desarrollo de este proyecto, además de considerar que muchas madres y padres estarían enfrentando niveles altos de estrés con sus hijos y dificultades con la crianza. Así mismo como profesional tuve la oportunidad de participar junto a un equipo de expertos, en la ejecución de sesiones grupales con familias con hijos con discapacidad, dentro de una institución de gran influencia en favor de la discapacidad de nuestro país. En este proyecto vivencié las aportaciones y beneficios que estas sesiones en grupos generan a las familias que tienen hijos con alguna incapacidad. El poder combinar mi experiencia tanto profesional como personal, en cuanto al tema de intervención en grupos de terapia familiar para asistir a padres con hijos con condición, me abrió camino y alta motivación para la implementación de este proyecto.

No puedo negar que en algún momento mi experiencia personal con un hijo con TDAH me hizo pensar de manera sesgada, de que todos los padres y tutores pudieran estar experimentando emociones, retos conductuales y relacionales similares a los míos, sin embargo, aunque manifiestan niveles altos de estrés, hubo tutores que mostraron niveles adecuados en la

subescala de malestar paterno, y que en sus discursos evidencian una relación cercana con sus hijos, lo que demuestran una crianza positiva, manejo de mayor tolerancia y empatía con sus proles. Sobre todo, fue más palpable en los participantes que son abuelos, quizás por tener una mayor experiencia como cuidadores en esta etapa de sus vidas.

## Resultados

### Datos Demográficos de los hijos

A continuación, se presentan las características e informaciones arrojadas por el formulario sociodemográfico. La muestra estuvo compuesta por un total de 7 padres o tutores de niños y niñas; este grupo de niños de un total de siete; se resalta que seis de los pacientes son varones y una sola es hembra. La edad de los niños, al momento del estudio, presentó una media de 9.714 ( $DE = 2.289$ ), con un rango que osciló entre 6 y 12. Con relación a la variable edad, al momento del diagnóstico, la media fue de 8.714 ( $DE = 2.430$ ), con un mínimo de 5 y un máximo de 12. Estos datos permiten observar que el diagnóstico fue realizado, en promedio, durante la segunda infancia o como también se le conoce la niñez intermedia.

Como se puede apreciar en la Tabla 1, la cual describe el nivel de escolaridad de los niños, la mayoría al momento del proyecto se encontraban cursando entre el 3ro y 5to de primaria. A pesar de estar en estos grados, algunos de estos chicos aún persisten en serias dificultades con el aprendizaje en general y en su mayoría están apenas dominando la lectoescritura. De este grupo el 85% están activos y asisten a escuelas públicas. De los activos solo el 42.857 % han logrado completar el proceso de aprendizaje de la lectoescritura. El grupo restante aún está en el proceso de aprender.

Actualmente, uno de los niños se encuentra inactivo por decisión del sistema educativo desde los 7 años de edad, este chico al presente tiene 11, ósea que tiene 4 años sin recibir educación formal. Su condición de deserción escolar fue dada tanto a nivel de la educación pública como de la privada, por razones de conducta y temas de aprendizaje la escuela pública sugirió llevar a otro centro de estudios con menos alumnos por aula, sin embargo, fue inscrito en entidad privada, la cual tampoco pudo lidiar con sus dificultades conductuales y escolares,

por lo que fue retirado al mes. En la actualidad solo asiste a salas de tareas. En la totalidad de los niños pertenecientes a esta muestra, se pudo constatar que todos reciben y han recibido adaptaciones y acomodaciones del currículo escolar, también reciben terapias de aprendizaje y/o conductual y asisten a salas de tarea fuera del horario escolar.

**Tabla 1**

*Frecuencia grado Educativo de los niños*

Grado de Escolaridad de los niños	Frecuencia	Porcentaje
1ro. De primaria	1	14.286
2do. Primaria	1	14.286
3ro. Primaria	3	42.857
5to. Primaria	2	28.571
Total	7	100.000

En la Tabla 2, se puede identificar cuáles profesionales están involucrados con la determinación del diagnóstico, además de evidenciar que con mayor frecuencia el profesional que informa sobre el diagnóstico a los padres es el psicólogo. Con respecto a la medicación que se administra a los niños el 42.857 % recibe medicación mientras que el 28.571 aún están en proceso de recibirla y el 28.571 aún no ha sido considerado para tratarse con farmacología.

**Tabla 2**  
*Profesional que confirma el diagnóstico*

Profesional que confirma el diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Neurólogo/psiquiatra	1	14.286
Psicólogo	5	71.429
Psicólogo/Psiquiatra	1	14.286
Total	7	100.000

### Datos demográficos de los padres

Con respecto a la muestra de los padres y tutores, la misma contó con la participación de un total de 7 padres de niños y niñas; de estos 7 participantes se encuentran 5 madres, un abuelo y una abuela. La edad de los participantes fue en promedio de 42.714 ( $DE = 13.696$ ), con un rango que osciló entre 30 y 70. De 7 participantes se contó con la presencia de 6 mujeres y hombre. Se pudo identificar que en la mayoría de estos padres el número de hijos oscilan entre tener 2 a 4 hijos, según los datos demográficos obtenidos. Y que el 71.492% de los participantes se encuentran casados, mientras que el resto en unión libre y soltería.

En la Tabla 3. Se puede observar que el 42.857% de estos participantes concluyó sus estudios de bachillerato. Se determinó según la frecuencia que el 57.143% de los participantes no trabajan actualmente, solo están activo laboralmente el 42.857% de esta población, y de los que laboran se resalta que son madres que realizan funciones diversas como, ser niñera, seguridad hospitalaria y manicurista.

**Tabla 3***Nivel educativo de los padres*

Educación	Frecuencia	Porcentaje
Inicio de Secundaria	2	28.571
Secundaria	3	42.857
Tec. Enfermería	1	14.286
Universitario	1	14.286
Total	7	100.000

Como se puede apreciar en la Tabla 4 los niveles de ingreso de estas familias son limitados. Cabe destacar que el 57.141 de los participantes residen en viviendas propias y el resto que corresponde al 42.857 reside en viviendas alquiladas.

**Tabla 4***Ingreso mensual por familia*

Ingreso mensual	Frecuencia	Porcentaje
\$1500-\$20000	3	42.857
\$20000-\$30000	2	28.571
\$30000 o mas	1	14.286
Menos de \$15000	1	14.286
Total	7	100.000

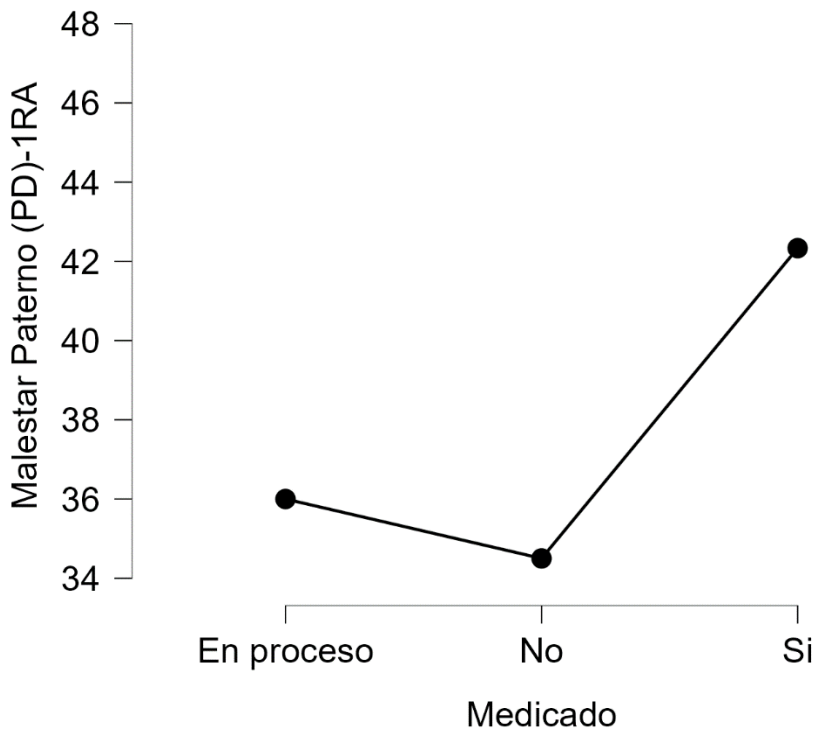
**Resultados del cuestionario PSI-SF**

Los resultados de la primera evaluación aplicada antes de la intervención ( $N = 7$ ), se observaron los siguientes valores en las escalas del cuestionario PSI-SF. En la subescala que corresponde al malestar paterno, las puntuaciones directas (*PD*) presentaron una media de 38.29 ( $DT = 10.78$ ), con valores que oscilaron entre 27 y 58, mientras que las puntuaciones percentilares (*PERC*) tuvieron una media de 83.43 ( $DT = 15.30$ ) lo que se considera un nivel alto, con un rango de 60 a 99. En cuanto a la interacción disfuncional de padre e hijo, la media en las puntuaciones directas fue de 34.86 ( $DT = 6.49$ ), con un mínimo de 25 y un máximo de 45; y en las puntuaciones percentilares de 94.57 lo que se interpreta dentro del rango alto ( $DT = 6.73$ ), con un rango de 80 a 99.

Para la subescala de niño difícil, la media de las puntuaciones directas fue de 38.43 ( $DT = 9.13$ ), con un rango de 25 a 50, y en las puntuaciones percentilares de 85.57 lo que interpreta dentro del rango alto ( $DT = 17.05$ ), con valores entre 50 y 99. Finalmente, en el estrés total, se observa que las puntuaciones directas mostraron una media de 111.57 ( $DT = 23.76$ ), con un rango de 84 a 148, mientras que las puntuaciones percentilares tuvieron una media de 92.43 lo que se interpreta como un valor alto y clínicamente significativo ( $DT = 7.66$ ), con valores entre 80 y 99. Estos resultados indican niveles elevados de malestar paterno, interacción disfuncional, percepción del niño como difícil en la mayoría de los participantes, y la sumatoria de estas 3 subescalas dio como resultado el estrés parental, el cual resultó alto en la totalidad de la muestra evaluada.

En relación con la subescala de malestar paterno en la primera evaluación, se analizó los resultados según el estado de medicación del niño o niña. En el grupo de participantes en proceso de medicación ( $n = 2$ ), la media fue de 36.00 ( $DT = 11.31$ ), con un error típico de 8.00

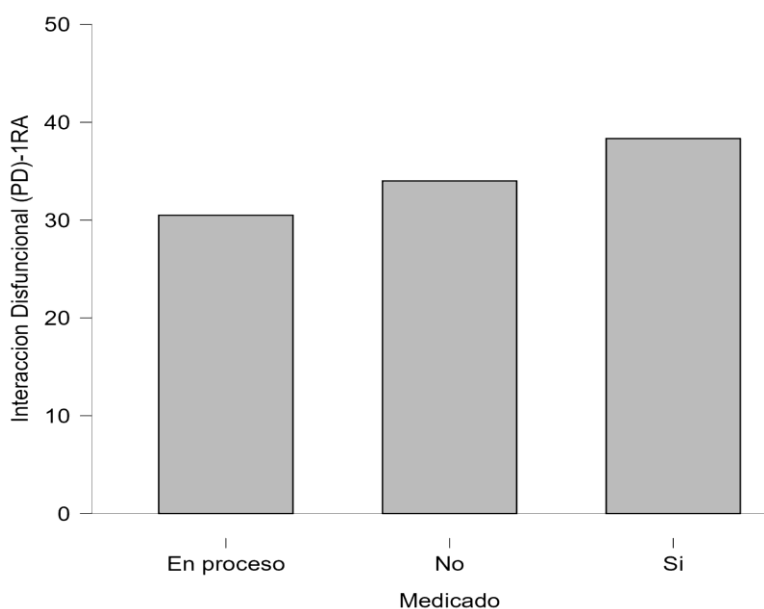
y un coeficiente de variación de 0.314, lo que indica una dispersión moderada respecto a la media. En el grupo no medicado ( $n = 2$ ), la media fue de 34.50 ( $DT = 0.71$ ), con un error típico de 0.50 y un coeficiente de variación muy bajo (0.020), reflejando alta homogeneidad en las respuestas. Por otro lado, en el grupo medicado ( $n = 3$ ), se observó una media más elevada de 42.33 ( $DT = 15.50$ ), con un error típico de 8.95 y un coeficiente de variación de 0.366, lo que sugiere una mayor variabilidad interna. Estos resultados permiten observar diferencias en los niveles de malestar paterno, percibido en función del estado de medicación del niño o niña, siendo más altos y variables en el grupo medicado. Ver Gráfico 1.



**Gráfico 1**

*Relación malestar paterno y niño medicado*

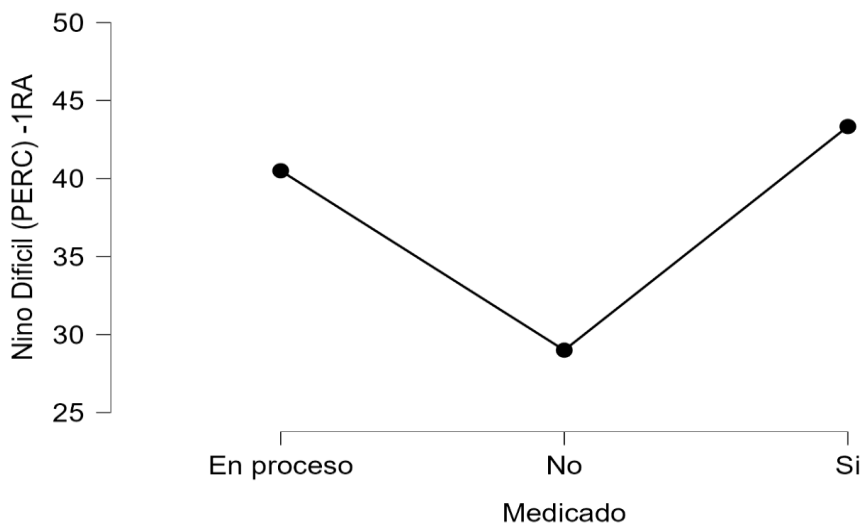
En la subescala de interacción disfuncional correspondiente a la primera evaluación, se analizó las puntuaciones según el estado de medicación del niño o niña. En el grupo en proceso de medicación ( $n = 2$ ), la media fue de 30.50 ( $DT = 7.78$ ), con un error típico de 5.50 y un coeficiente de variación de 0.255, lo que indica una variabilidad moderada. En el grupo no medicado ( $n = 2$ ), se obtuvo una media de 34.00 ( $DT = 4.24$ ), con un error típico de 3.00 y un coeficiente de variación más bajo (0.125), lo cual refleja una mayor consistencia en las puntuaciones. En el grupo medicado ( $n = 3$ ), la media fue de 38.33 ( $DT = 7.02$ ), con un error típico de 4.06 y un coeficiente de variación de 0.183. Estos datos sugieren una tendencia a mayores niveles de interacción disfuncional entre padre e hijo percibida por parte de los padres en el grupo medicado, en comparación con los grupos no medicado o en proceso, aunque con una dispersión moderada en todos los casos. Ver gráfico 2.



**Gráfico 2**

*Relación interacción disfuncional y medicación*

En cuanto a la tercera subescala, que corresponde a niño difícil, en la primera evaluación, los resultados mostraron variaciones según el estado de medicación del niño o niña. En el grupo en proceso de medicación ( $n = 2$ ), la media fue de 40.50 ( $DT = 13.44$ ), con un error típico de 9.50 y un coeficiente de variación de 0.332, indicando una alta dispersión de las respuestas. En el grupo no medicado ( $n = 2$ ), se obtuvo una media inferior de 29.00 ( $DT = 5.66$ ), con un error típico de 4.00 y un coeficiente de variación de 0.195. Por su parte, el grupo medicado ( $n = 3$ ) presentó la media más alta con 43.33 ( $DT = 3.79$ ), pero con la menor variabilidad (coeficiente de variación = 0.087), lo que sugiere mayor homogeneidad en la percepción del niño como difícil dentro de este grupo. Estos resultados apuntan a una percepción más elevada y consistente de dificultad en el comportamiento infantil en los casos en los que ya se ha iniciado tratamiento farmacológico. Se puede apreciar observando gráfico 3.

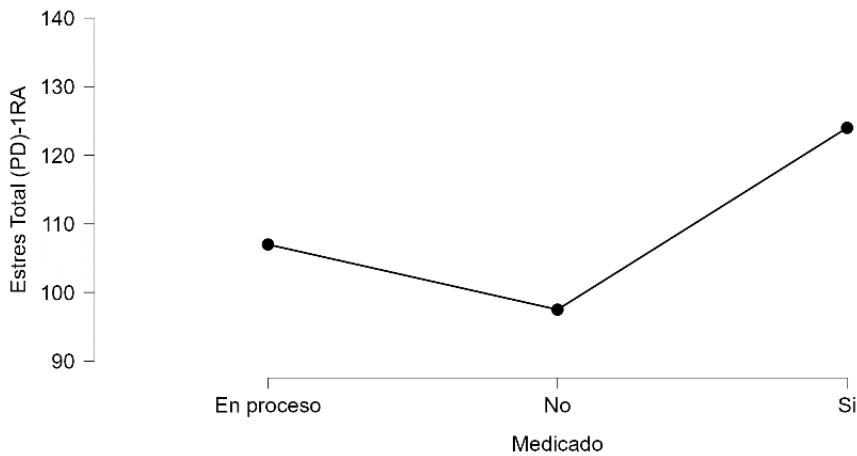


### Gráfico 3

*Relación niño difícil y medicación*

Referente a al análisis del estrés parental en la primera evaluación, los resultados mostraron variaciones según la etapa de medicación del niño o niña. En el grupo en proceso de

medicación ( $n = 2$ ), la media fue de 107 ( $DT = 32$ ), con un error típico de 23 y un coeficiente de variación de 0.304, indicando una alta dispersión de las respuestas. En el grupo sin medicación ( $n = 2$ ), se obtuvo una media inferior de 97.50 ( $DT = 10.60$ ). Por su parte, el grupo con medicación ( $n = 3$ ) presentó la media más alta con 124 ( $DT = 25.63$ ), lo que sugiere un mayor estrés parental dentro de este grupo. Estos resultados apuntan a una percepción más elevada y consistente de las dificultades y retos que enfrentan estos padres en la conducta de sus hijos, y que aún persisten en los casos en los que ya se ha iniciado tratamiento farmacológico. Esto es observado en gráfico 4.



#### Gráfico 4

##### *Relación estrés parental y niño con medicación*

Los resultados en relación a los eventos estresantes que plantea el cuestionario de estrés parental, a partir del ítem 37 al 50, se subraya, que todos los participantes expresan que, en los últimos 12 meses, han sido afectados por menor ingreso familiar debido a diferentes situaciones. Uno de los participantes expresó que gana muy poco en su trabajo actual y también está separada de su pareja hace siete meses. Otro indicó que los ingresos bajaron cuando su hijo mayor murió quien era de gran apoyo a la economía familiar. Otras cuatro madres informaron

que dejaron sus empleos para poder dedicar más tiempo a sus hijos, y una madre explicó que gana poco y que el padre de su hijo está fuera del país y no es constante en la manutención.

### **Correlación**

Se efectuó un análisis de correlación de Spearman, porque los datos no eran normales, para examinar la relación entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las distintas dimensiones del estrés parental evaluadas en la primera medición. Pero no se encontraron correlaciones significativas entre el tiempo desde el diagnóstico y ninguna de las subescalas del cuestionario de estrés parental ( $p > 0.05$ ).

### **Hallazgos cualitativos**

En las sesiones realizadas se han evidenciado síntomas de salud que denotan una alta carga alostática, ya que estos participantes han experimentado desgaste físico, debido al tiempo sometidos a estrés crónico, puesto que les ha tocado estar enfrentando diversas situaciones difíciles con sus hijos, sobre todo desde la ignorancia del diagnóstico, y por ende sin tener herramientas para solucionar dichas situaciones. Estos participantes tienen un genuino interés en ser asistidos y una marcada necesidad de tener espacios donde se sientan entendidos, escuchados y sobre todo sentir que no están solos.

Se les ha impartido Psicoeducación para una mejor comprensión del diagnóstico, y a la vez recibir estrategias efectivas para lidiar con las conductas desafiantes de sus hijos, lo que se considera un paso importante para bajar la carga de estrés; conjuntamente de han sido instruidos en técnicas cognitivas conductuales que ayudan a aliviar el estrés. SE ha evidenciado que pueden identificar los pensamientos disparadores de estrés, aquellas ideas irracionales o pensamientos disfuncionales que distorsionan la realidad. Fueron entrenados para utilizar

autoregistros para identificar los ABC de la Terapia Racional Emotiva (TREC) de Ellis, y con la reestructuración cognitiva se han logrado hacer cambios de pensamiento fatalistas por pensamientos más saludables y realistas. Aunado a esto, recibieron entrenamientos para implementar técnicas de respiración y relajación para reducción de estrés en momentos puntuales. También se les ha brindado entrenamiento sobre afrontamiento, asertividad, escucha activa y atención plena.

Hasta ahora la motivación manifestada y el valor que estos padres le han dado a la intervención, son muestra de la gran necesidad que tienen de mejorar su situación familiar y a la vez esto indica su interés de encontrar alivio de la carga estresora que conlleva la crianza de sus hijos con este diagnóstico. En adición el valor y la retroalimentación positiva que expresan, motivan a continuar brindando el servicio posterior a la investigación.

Entre las experiencias particulares que expresan los participantes durante las sesiones terapéuticas se consideró citar algunas textualmente, usando en vez de sus nombres reales, un seudónimo para colocar e identificar:

Silvia madre de 35 años, expresó que antes de saber del diagnóstico de su hijo se sentía incompetente como madre, indicó: *“Yo pensaba que yo no estaba haciendo bien mi labor de madre”*.

Pedro, un caballero que funge como tutor y abuelo, comentó en una ocasión: *“La técnica de respiración me ayudó a ir menos tenso a una reunión de la escuela, que me daba mucha vergüenza asistir, por la conducta inapropiada de mi hijo”*.

Agustina, madre de 41 años que está a tiempo completo en la crianza explica: *“En la semana cuando uno tiene tantas situaciones, solo espera llegar el sábado para tener un lugar donde poder sentirse escuchado y recargarse”*

Betty 34 años, sentía presión cuando fue llamada a otra reunión de la escuela por problema de conducta de su hijo reflexionó y comentó: *“Defendí a mi hijo pues el no solo tiene cosas malas, también tiene muchas cosas a destacar”*.

Pedro en otra ocasión, donde confesó que sentía frustración por las conductas de su chico, expresó: *“Ahora yo entiendo que mi hijo no es que quiere ser así, es más por su condición que se altera y confronta a la maestra”*

Otro relato interesante que se ha encontrado a través de los testimonios de estos padres y tutores, es que las autoridades escolares del sector público suelen sugerir a las familias que consideren el traslado de sus hijos a otros centros educativos que tengan aulas de menor población, interrumpiendo así la escolaridad de algunos de los niños. Esta solicitud se realiza en función de los temas de conductas complejas y las deficiencias académicas marcadas que presentan algunos de los chicos. Sin embargo, la realidad es que son muy pocos los programas inclusivos tanto a nivel público como a nivel privado que estén al alcance de esta población vulnerable, lo que produce que algunos niños pierdan uno o más años de escolaridad esperando encontrar alguna oportunidad.

En este sentido, dentro de la muestra se encuentra el caso de un niño de 11 años, que está fuera del sistema escolar desde los siete años de edad. La escuela pública por problemas de conductas frecuentes con maestros y compañeros, además de su falta de atención, propusieron a los padres llevarse a su hijo a otro centro; y aunque fue inscrito en un centro privado de su sector, al mes, este centro educativo informó a los padres que no podían continuar con el niño, dando como excusas las mismas conductas problemáticas, la cual consideraban podían ser de riesgo tanto para el alumno, como para los demás compañeros. Una condición que puede agravar más el caso de este chico con dificultad, es que los padres tampoco lograron terminar

sus estudios de básica y/o secundaria respectivamente. De hecho, el padre no sabe leer ni escribir, lo que puede ser un factor de predisposición a que estos padres no den el valor correspondiente a los estudios, y que tampoco sepan a qué autoridades dirigirse para buscar ayuda.

A sabiendas de lo que plantea la Ley de educación dominicana 66-97, en la ordenanza 05-2024, donde indica que todo niño tiene el derecho de recibir educación, incluso aquellos que tienen necesidades específicas (Ministerio de Educación de la República Dominicana., 2024); este caso, es una muestra de las barreras, las limitaciones y la precariedad que tiene nuestro sistema educativo. También es un reflejo de lo que ocurre realmente en la práctica, según lo que expresan estos padres.

Considero, que todos estos factores mencionados impiden cumplir con los derechos de educación, los cuales son de carácter obligatorio, y deben ser suplidos por el estado a través de los centros educativos públicos, sin embargo, en la práctica la realidad es otra. A razón de estas limitantes a nivel de la educación, es que puede ser más frecuente de lo que se pueda imaginar, que ocurran exclusiones dentro del marco educativo, a niños, niñas y adolescentes con dificultades.

### **Discusión**

En el presente estudio se planteó como objetivo general, evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual dentro del formato grupal en familias con hijos con TDAH para abordar el estrés de los participantes y brindar herramientas prácticas para su reducción. Es importante destacar que este proyecto recibió una buena aceptación y acogida de parte de los padres participantes, los cuales hasta sugieren que las terapias continúen después de la 8va sesión.

Con respecto a la aplicación del índice de estrés parental, en análisis de resultados, se evidencia que la totalidad de los participantes muestran niveles altos de estrés, por los retos y la carga que genera la crianza de estos niños tanto a nivel conductual como a nivel escolar y social, además de las desventajas tienen estas familias por las restricciones económicas que enfrentan unido con la carga de gastos que aumenta con las ayudas adicionales para la educación de sus hijos. Esto se relaciona al observar los resultados de la subescala de la interacción disfuncional de padre e hijo, la cual demuestra que estos padres enfrentan conductas desafiantes que convergen con la descripción de niño difícil. Conjuntamente de que pudiesen estar experimentando sentimientos de culpa, problemas para ejercer su autoridad, no ser claros ni asertivos en la implementación de reglas y límites, no sentirse validados por sus hijos. Otros factores es que pueden ser padres que esperan más de los que sus hijos pueden dar, también perciben frecuentes demandas y resistencia a los cambios de los niños, aunado a conductas desbordadas, dispersión, impulsividad y desregulación emocional de los pequeños.

Los hallazgos de estudios anteriores realizados con población de características sociodemográficas similares a esta muestra, donde se destaca un nivel económico bajo; indican

relación con esta población, sobre las variables de niño difícil e interacción disfuncional entre padre e hijo (Aracena et al., 2016; Barroso et al., 2016; Rivas et al., 2021). Donde estos autores encontraron al igual que en este estudio, dificultades de los padres para una mejor gestión de crianza que influya en un comportamiento más adecuado, así como evidencias de limitaciones que tienen las familias para crear estructuras sólidas con reglas y rutinas claras, correcciones formativas, con sistema de consecuencias viables para el sistema familiar.

En este estudio, una variable que se ha de puntualizar dentro del marco familiar es como tener un hijo con la condición de TDAH no solo ha impactado la estabilidad familiar, sino que ha afectado a nivel económico a las familias, como bien se ha descrito en los datos sociodemográficos, conforme al primer objetivo, cuatro de las madres se han quedado sin empleo para dedicar más tiempo al cuidado y las atenciones de su hijo o hija, mientras que el padre ha tenido que aumentar las horas de trabajo para equilibrar la disminución presentada en la economía familiar. En relación a este punto, estudios como los Cossio et al. (2019), y Guerro et al. (2015), encontraron en el análisis de sus resultados como la condición de TDAH producía una disminución de los ingresos familiares, ya sea por la falta de empleo de uno de los progenitores, y en otros casos sencillamente mostraba un aumento considerable en los gastos a raíz de los tratamientos y ayudas adicionales que requiere la condición.

Otro resultado relativo a datos demográficos es que los padres que tienen sus hijos con tratamiento farmacológico, manifiestan niveles más altos de estrés parental y en las tres subescalas también se hace evidente, al comparar estos datos con estudios como el de Guerro et al. (2015), encontramos contradicción, ya que estos autores observaron mejoras conductuales en los niños y adolescentes tratados con tratamiento farmacológico, y al realizar la prueba retest del instrumento PSI-SF, obtuvieron índice inferior de estrés parental; y por consiguiente

evidenciaron mejoras en el sistema familiar. Esto puede deberse a diversas razones a considerar con respecto a este estudio, la primera, es la variable de haber sido recientemente diagnosticado, y en consecuencia el periodo de tiempo que tienen con el tratamiento de farmacología es poco; y la segunda converge de la primera, considerando el hecho, de que en su mayoría estos niños han sido diagnosticados en la etapa de la adolescencia donde surgen mayores complejidades conductuales, independientemente del diagnóstico, una tercera causa pudiese ser la inestabilidad de la administración del tratamiento por parte de la familia, dado que un que otra madre comentó haber interrumpido de forma abrupta con el tratamiento, por los efectos secundarios que su hijo manifestaba. Desde esta perspectiva, la Dra. Rodillo (2015), en su experiencia como neuróloga pediátrica, plantea al referirse al tratamiento farmacológico, que, para que un joven con el déficit de atención y su familia puedan mantenerse adheridos al tratamiento farmacológico, la medicación debe estar ajustada de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente, y que el tratamiento a su vez debe combinar dos elementos importantes: un mayor beneficio clínico y a la vez una disminución de los efectos adversos. Todo esto para aminorar el abandono o manejo inestable del tratamiento que desde la perspectiva tanto del paciente como de los familiares.

En relación al segundo objetivo, con la finalidad de identificar los síntomas y las situaciones que suelen detonar estos síntomas de estrés en los padres, entre las situaciones se ha podido determinar que en su mayoría, estos participantes padecen de insomnio crónico, pensamientos intrusivos y catastróficos, como el temor al futuro de sus hijos formas de comer compulsivas, la pérdida de memoria frecuente, sensación de agotamiento físico y pérdida de la orientación espacial y malestar físico y muscular.

Muchos de estos síntomas se pueden presentar a raíz de diversos acontecimientos, como son, las dificultades de aprendizaje, las continuas quejas de las escuelas y las frecuentes llamadas a reuniones, los problemas de conducta manifiesto a nivel social, conflictos con otros niños y otras figuras de autoridad, además de las limitaciones económicas para sustentar las terapias y ayudas particulares que estos niños necesitan. Estos resultados se relacionan con los estudios de autores como son Galán et al. (2017), e Izadi-Mazidi et al. (2015), en los cuales encontraron una serie de síntomas similares a los expuestos en esta investigación, dado por las preocupaciones frecuentes y las demandas constantes de atenciones que cambian no solo la vida de los padres, sino la dinámica familiar completa.

En concordancia a el tercer objetivo, se ha evidenciado que las técnicas percibidas como más efectivas por los participantes, según las impresiones recibidas, son la identificación de pensamientos irracionales, la reestructuración cognitiva para cambiar aquellos pensamientos pesimistas por otros más objetivos, las técnicas de respiración y relajación, que ayudan a producir disminución en los niveles de estrés y fomentan bienestar general. Además de haber adquirido mejores formas de comunicar sus expresiones y sentimientos. Estos resultados son similares a los encontrados por Bertoldo et al., (2020), donde apuntan además que al combinar la disminución de los síntomas del hijo con TDAH y la reducción del estrés de los padres, las familias tienden a tener un mejor funcionamiento en sentido general, mejor relación entre la pareja, mayor cohesión e integración familiar, entre los hermanos y otros miembros de la sociedad.

Dadas las manifestaciones brindadas por los participantes en este estudio, se ha podido identificar que la interacción grupal ha permitido que estos padres no se sientan solos, sientan un apoyo y acompañamiento emocional, se sienten entendidos por otros padres que viven

situaciones similares, y han podido reconocer que no son ellos los que fallaron como padres. Estos hallazgos concuerdan con autores como Bertoldo et al., (2020), Caviglia, (2022), Chen & Jiang, (2024) y Herráez Martín de Valmaseda, (2020) los cuales plantean la importancia que tiene la intervención y la psicoeducación de las familias en formato grupal, e indican la relevancia de que los padres conozcan y tengan una mejor comprensión de los síntomas del TDAH y que puedan aplicar técnicas de crianza y correcciones más adecuadas.

Algunas limitaciones que son importantes de destacar, en primer lugar, no se ha podido dar la conclusión del cuarto objetivo, en función de la evaluación retest al finalizar las intervenciones debido que solo se han podido realizar siete sesiones de las ocho propuestas. Otra limitación importante es que la muestra es muy reducida, debido a la poca disponibilidad de tiempo de los padres y también por razones del limitado espacio dispuesto por el hospital para la implementación.

Además de ser muy reducida la muestra tampoco hubo homogeneidad ya que de los participantes solo uno fue varón, el restante de género femenino, lo que impide poder tener una mayor información sobre las diferencias del manejo del estrés, según las variables sociodemográficas de género y edad, aunque asistieron 2 padres varones entre una y otra sesión, por razones de carga laboral no pudieron asistir fielmente como se hubiese deseado. Otra limitación fue no contar con grupo control, para poder realizar comparaciones en referencia al grupo experimental.

Por estas limitaciones se recomienda que trabajos como éste puedan realizarse con muestras de mayor tamaño y que tengan un alcance que puedan ser representativas de la población dominicana. Las futuras investigaciones deben incluir mayores programas de intervención terapéutica donde no deben faltar Psicoeducación y entrenamiento familiar, puesto

que han demostrado ser de favorables para los participantes. Estos espacios han demostrados ser de bienestar en atenciones primarias del área de salud mental a nivel público, ya que reducen costos y permiten el alcance de atención a mayor cantidad de personas (Antón et al., 2018). También una consideración importante que planteo como propuesta, es que tanto en este hospital Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes, como a nivel de atención pública en general, se implementen programas de intervenciones grupales de manera continua, como un servicio de libre acceso para trabajar de manera integral con las familias. Esta solicitud se hace en base a la basta literatura e investigaciones revisadas que destacan que los niños con diagnóstico de TDAH, no muestran mayores avances, si no se generan cambios en sus ambientes y mejoras tanto a nivel familiar como a nivel escolar.

### **Conclusiones**

Como ya se ha explicado los niños con el diagnóstico del TDAH pueden tener serios problemas para prestar atención, por esta causa suelen ser despistados o distraídos. Cuando se les indica alguna ordenanza parecería para los padres que no están escuchando y en el ámbito escolar su habilidad de concentrarse es limitada, por lo que muestran resistencia a seguir instrucciones y a concluir las actividades asignadas. Por todas estas cosas los padres regularmente pueden sentir frustración y angustia además de sentir estrés y ansiedad por no ver avances en los aspectos evolutivos del desarrollo de su hijo. Sin embargo, cuando los padres son entrenados y conscientes sobre el diagnóstico del TDAH, sus perspectivas actúan mejor y pueden ayudar a sus hijos de una manera más efectiva a salir adelante. Tener una visión diferente sobre las conductas inadecuadas de sus hijos, mirarlo desde la comprensión de la condición, recordar que estos chicos aprenden de manera diferentes.

En este sentido, se ha evidenciado que estos padres han manejado sentimientos de culpa, de vergüenza y angustia por las deficiencias tanto cognitivas como conductuales de sus hijos, además de la tensión que suscita cada vez que reciben llamadas de las escuelas, mientras que hoy reconocen que manejan menos frustración, más empatía con sus hijos, y han podido bajar la tensión y la culpa. Se sienten más empoderados para enfrentar a las autoridades escolares y defender a sus hijos, buscar alternativas educativas más factibles para instruir a sus hijos en la formación y la disciplina aplicada. Reconocen la importancia de tener una red de apoyo en el proceso de crianza.

Los padres pueden modelar habilidades de afrontamiento saludables para sus hijos, procuran la solución cuando se presentan situaciones difíciles, pueden expresar sus sentimientos

sin desbordarse, y han mostrado que son capaces de dar significado positivo a experiencias complejas que enfrentan.

Comprenden el valor que tiene el autocuidado como fuente de bienestar en sus vidas. Identifican cuando surgen pensamientos disfuncionales y son capaces de detenerlos para reemplazar por pensamientos más objetivos y realistas. Han aprendido técnicas de autorregulación y relajación, las cuales les ha permitido bajar la tensión en momentos puntuales.

Estos padres han comprendido la importancia de poner límites y reglas claras, además de establecer consecuencias lógicas a sus hijos, utilizando métodos disciplinarios adecuados a la condición. Aunado a esto, admiten la importancia de valorar y reconocer las mejoras alcanzadas en el comportamiento de sus chicos, y procuran recompensar a estos niños para reforzar cuando su conducta ha sido la esperada. Muestran mayor capacidad para manejar sus emociones de manera equilibrada.

Por tanto, se reitera la utilidad que tienen las intervenciones de la TCCG, diseñadas para estas familias, donde se les brinde la contención emocional, se puedan sentir acompañados, bajen los niveles de estrés y desarrollen conocimiento del diagnóstico, en adición reciban entrenamiento en habilidades parentales desde la perspectiva de la condición, y puedan enfocarse en las necesidades particulares de su niño o niña.

### Referencias

- Antón, V., Jareño, B., Lara, I., Redondo, M., & García, P. (diciembre de 05 de 2018). Eficacia de la intervención psicológica grupal en Atención Primaria. *SEMERGEN: Medicina y Familia*, 45(2), 86-92. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-eficacia-intervencion-psicologica-grupal-atencion-S1138359318302806>
- Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K., & Molina, Y. (20 de septiembre de 2016). Validez y confiabilidad del Índice de Estrés Parental (PSI-SF) aplicado a una muestra chilena. *Revista de Estudios Infantiles y Familiares*, 25(12), 3554-3564. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0520-8>
- Barroso, N., Hungerford, G., Garcia, D., Graziano, P., & Bagner, D. (04 de octubre de 2016). Psychometric properties of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a high-risk sample of mothers and their infants. *Psychological assessment*, 28(10), 1331–1335. Obtenido de <https://doi.org/10.1037/pas0000257>
- Bertoldo, L., Feijó, L., Benetti, S., & Serralta, F. (10 de julio de 2020). Intervenção psicológica grupal com pais de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em unidade assistencial pública: relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 126-138. Obtenido de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200010&lng=pt&tlng=pt).
- Catalán Roldan, J. (2022). *Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/2469>
- Caviglia, F. (2022). TDAH y Familia: el rol del entrenamiento a padres en un abordaje sistémico. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jorandas

- de Investigación. XVIII Encuentro de investigadores en Psicología MERCOSUR:*, (págs. 6-10). Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/000-084/203.pdf>
- Chen, M., & Jiang, X. (15 de mayo de 2024). The impact of modified Cognitive-Behavioral Group Therapy in social adjustment functions of children with attention deficit hyperactivity disorder and their parents' stress levels: A nonrandomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 80(9), 1969–1980. doi:10.1002/jclp.23704
- Córdoba, E., & Hernández, D. M. (29 de nov de 2024). Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la Salud Mental Comunitaria en Latinoamérica: Revisión integrativa de la literatura. [Abstrac]. *Revista Ciencias De La Salud*, 22(3), 1–28. Obtenido de <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251>
- Cossio, M., Castaño, E., & López, J. (julio-septiembre de 2019). Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno de Deficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(3), 21-31. Obtenido de <https://doi.org/10.31766/repisij.v36n3a3>
- Craig, F., Operto, F. D., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Ivagnes, S., . . . Margari, F. (30 de Aug de 2016). Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry Res.*, 242, 121-129. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27280521/>
- Díaz, Á., Brito, A., López, J., & Pérez, J. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038. Obtenido de <https://www.psicothema.com/>
- Dra. Rodillo, E. (January–February de 2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000097>
- Fernández Álvarez, H. (noviembre de 2017). Psicoterapia en un mundo en un mundo emergente. El paisaje de América Latina. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI,(3), 255-260. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281953368002.pdf>

- Finzi, R., Segal, Y., & Golubchik, P. (02 de marzo-abri de 2011). Predictores del crecimiento relacionados con el estrés en padres de niños con TDAH. *Elsevier*, 32(2), 510-519. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178116301366?via%3Dihub>
- Galán López, I. G., Lascarez Martínez, S., Gómez Tello, M. F., & Galicia ALvarado, M. A. (10 de 2 de 2017). Abordaje Integral en los trastornos del neurodesarrollo. 84(1), 19-24. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2017/ju171e.pdf>
- Gallardo Echenique, E. (2017). *Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo*. (H. U. Continental, Ed.) Obtenido de <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/4278>
- Garay, C., Korman, G., & Keegan, E. (enero de 2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastorno del estado de ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*(12), 61-72. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630251004.pdf>
- Gil Escudero, G., & Rodríguez Zafra, M. (marzo de 2022). Revisión de la evidencia sobre al efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/358972085\\_Revisión\\_de\\_la\\_Evidencia\\_sobre\\_la\\_Efectividad\\_de\\_la\\_Psicoterapia\\_de\\_Grupo](https://www.researchgate.net/publication/358972085_Revisión_de_la_Evidencia_sobre_la_Efectividad_de_la_Psicoterapia_de_Grupo)
- Gómez Pineda, N. A. (2022). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Estrés Parental, versión abreviada, en padres con hijos menores de 12 años de Lima Sur. [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Perú]*. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2392>
- Guerro, D., Mardomingo, M., Ortiz, J., García, P., & Soler, B. (noviembre de 2015). Evolución del estrés familiar en niños con trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. *Anales de Pediatría (Edición en inglés)*, 83(5), 328-335. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403314005554>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, C. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Edición ed.). México D.F., México: McGraw Hill. Obtenido de [https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Metodologia\\_de\\_la\\_Investigacion-Sampieri.pdf](https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Metodologia_de_la_Investigacion-Sampieri.pdf)
- Herráez Martín de Valmaseda, C. (2020). Grupos psicoeducativos para padres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. (S. Ediciones Mayo, Ed.) *Acta Pediátrica Española*, 78(1-2), 14-18. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7304455>
- Ibáñez, C., & Manzanera, R. (14 de MAYO de 2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN*, 38(6), 377-387. Obtenido de [www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)
- Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M., & Huguet, A. (agosto de 2021). Difference in Psychic Distress Lived by Parents With ADHD Children and Parents With Healthy Children: Focus on Gender Differences [Abstract]. *Journal of attention disorders*, 25(3), 332–339. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/1087054718790010>
- Izadi-Mazidi, M., Riahi, F., & Khajeddin, N. (23 de Sept. de 2015). Effect of cognitive behavior group therapy on parenting stress in mothers of children with autism. *Iran J Psychiatry Behav Sci.*, 9(3). doi:10.17795/ijpbs-1900
- JASP, E. (2024). JASP (Versión 0.19.3) [Software de computadora]. Obtenido de <https://jasp-stats.org/>
- Jiménez Martínez, D. M. (30 de mayo de 2020). Trabajo social con grupos y sus dimensiones de intervención. Revisión documental en América Latina. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 34(34), 84-124. Obtenido de <https://doi.org/10.18566/rfts.v34n34.a04>
- López Ortega, M. (2009). Modelos para el trabajo con grupos. *Psicología.com*, 13(1). Obtenido de <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-tecnica-luis-vargas-torres/modalidades-turisticas/modalidades/92179553>

- López, I., & Förster, J. (30 de 06 de 2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista Médica Las Condes*, 33(4), 367-378. Obtenido de <https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>
- Macià Antón, D. (2012). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. (Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide ed.). (S. A. Grupo Anaya, Ed.) Madrid, España: Pirámide. Obtenido de <https://www.studocu.com/es/document/universidad-a-distancia-de-madrid/evaluacion-psicologica/tdah-en-la-infancia-y-la-adolescencia/64592552>
- Martínez, D. M. (30 de 03 de 2020). Trabajo social con grupos. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 34(34), 84-124. doi:<http://dx.doi.org/10.18566/rfts.v34n34.a04>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación al estrés*. Barcelona, España: Martínez Roca S. A. Obtenido de <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-abierta/ciencias-de-la-educacion/manual-de-inoculacion-de-estresocr/8551718>
- Ministerio de Educación de la República Dominicana. (2024). *Ordenanza No. 05-2024, que establece los lineamientos para la Educación Inclusiva en el Sistema Educativo Dominicano*. Obtenido de <https://www.educando.edu.do/portal/wp-content/uploads/2024/07/ORDENANZA-05-2024-lineamientos-educacion-inclusiva.pdf>
- Muñoz, A., Lago, R., Sánchez, M., & Carmona, J. (22 de 12 de 2017). TDAH en niños y adolescentes y estrés parental: el papel mediador del impacto familiar y los problemas de conducta. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Neufeld, C., Szupszynski, K., Barletta, J., Romero, F., Rutzstein, G., Airaldi, M., . . . Keegan, E. (2021). The Development of Cognitive Behavioral Therapy: Practice, Research, and Future Directions in Latin America. *International journal of cognitive therapy*, 14(1), 235–246. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7878186/>
- Oficina Nacional de Estadística (ONE), C. N. (2019). *Discapacidad en niños, niñas y adolescentes en la República Dominicana: situación y respuesta*. Santo Domingo. Obtenido de

<https://www.one.gob.do/media/fxjoy1mo/estudiodiscapacidadenni%C3%B1osni%C3%B1asyadoloscentesenlarepdomsituaci%C3%B3nyrespuesta2019.pdf>

Oliva, L., Montero, J., & Gutiérrez, M. (julio-diciembre de 2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16(2), 171-178. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29116206.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019). 6A05. *Trastorno por hiperactividad con deficit de atención. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11)*. OMS. Obtenido de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#821852937>

Pérez, J., Menéndez, S., & Hidalgo, M. (20 de abril de 2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 25-32. doi:<http://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>

Ramos, E., & Flores, M. (15 de noviembre de 2023). Estrés parental y percepción del cuidado parental de enfermería en neonatología. *Pensamiento Americano*, 16(32), 1-19. doi:<https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.525>

Restrepo, J., Castañeda, T., Gómez, M., & Molina, D. (21 de marzo de 2023). Salud mental de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo durante la pandemia. *Neurología Argentina*, 15(1), 28/36. doi:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002823000034?via%3Dihub>

Ríos, M., Zekri, S., Alonso, Y., & Navarro, E. (septiembre de 2022). Parental stress assessment with the Parenting Stress Index (PSI): A systematic review of Its psychometric properties. *Children*. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9688973/>

Rivas, R., Arruabarrena, I., & Paúl, J. (enero de 2021). Parenting Stress Index-Short Form: psychometric properties of the spanish version in mothers of children aged 0 to 8 years. *Psychosocial Intervention*, 30(1), 27-34. Obtenido de <https://doi.org/10.5093/pi2020a14>

- Rolle, L., Prino, L., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., . . . Piera Brustia, P. (23 de mayo de 2017). Estrés parental, salud mental y adaptación diádica: un modelo de ecuaciones estructurales. *Frontiers Psychology*, 8(1). Obtenido de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. ((2012).). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (2ª ed. ed.). (S. Desclée De Brouwer, Ed.) Bilbao. Obtenido de [https://dama.umh.es/discovery/fulldisplay/alma991001161640306331/34CVA\\_UMH:VU1](https://dama.umh.es/discovery/fulldisplay/alma991001161640306331/34CVA_UMH:VU1)
- Sances Macero, C. (2009). *Intervención familiar grupal con niños con Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. [Teis de grado, Universitat Abat Oliba CEU]. Repositorio Institucional, Andalucía, España. Recuperado el 2025, de <http://hdl.handle.net/10637/11035>
- Sánchez Griñán Martínez del Solar, G. (2015). *Cuestionario de estrés parental: características psicométricas y análisis comparativo del estrés parental en padres de familia con hijos e hijas de 0 a 3 años de edad de lima moderna*. [Teis de grado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional. Obtenido de <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/3384>
- Teherán Suárez, M. (2019). Familia y trastorno del desarrollo un desafío de emociones y aprendizajes . *Psicogente*, 22(41), 1-5. doi:10.17081/psico.21.40.3094
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (18 de Nov. de 2013). Estrés parental en familias de niños con TDAH: un metaanálisis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* , 21(1), 3-17. Obtenido de <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Participación de los padres y madres, la familia y la comunidad en la educación inclusiva*. América Latina y el Caribe, UNICEF, Panamá. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/7446/file>
- Valenzuela Bonilla, E. B. (2017). *Estrategias de afrontamiento en familias con hijos que presentan necesidades educativas especiales*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII, Facultad de Psicología

Universidad de Buenos Aires, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR., Buenos Aires. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-067/545>

Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., & Peñalosa, W. (15 de enero de 2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades.*, 5(1), 89-98. doi:DOI: 10.30545/academo

**Apéndice****Instrumento de medición utilizado***Índice de Estrés Parental versión abreviada de Abidin.***INDICE de TENSIÓN de LOS PADRES: VERSIÓN REDUCIDA  
(PARENTING STRESS INDEX: SHORT FORM)**

Nombre de la persona que completa el cuestionario

\_\_\_\_\_

Relación con el Niño/a:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que completa el cuestionario:

\_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Al contestar las siguientes preguntas piense en su niño o niña que más le preocupa. En cada una de las siguientes preguntas favor de indicar la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si no encuentra una respuesta que exactamente describa sus sentimientos, indique la que más se parezca a ellos.

DEBE RESPONDER DE ACUERDO A LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUES DE LEER CADA PREGUNTA.

**Las posibles respuestas son:**

**MA= Muy de Acuerdo    A=De Acuerdo    NS=No estoy segura    D=En desacuerdo    MD= Muy en desacuerdo**

(Para esta pregunta, si a veces le gusta ir al cine, haga un círculo alrededor de la letra A. Si se equivocó marque la respuesta equivocada con una X y haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones muy bien.	MA	A	NS	D	MD
2. Me encuentro dando más de mi vida para satisfacer las necesidades de mi hijo que lo que esperaba.	MA	A	NS	D	MD
3. Me encuentro atrapado/a con las responsabilidades de ser padre/madre.	MA	A	NS	D	MD
4. Desde que mi hijo nació no he podido hacer ni cosas nuevas ni cosas diferentes.	MA	A	NS	D	MD
5. Desde que tuve a mi hijo encuentro que casi nunca puedo hacer las cosas que desearía hacer.	MA	A	NS	D	MD
6. No estoy contenta con la ropa que me compré la última vez.	MA	A	NS	D	MD

7. Hay muchas cosas que me molestan acerca de mi vida.	MA	A	NS	D	MD	
8. Tener un hijo a causado más problemas de lo que esperaba en mi relación con mi esposo/esposa (amigo/amigo).	MA	A	NS	D	MD	
9. Me siento solo/sola y sin amigos/amigas.	MA	A	NS	D	MD	
10. Cuando voy a una fiesta usualmente no espero divertirme.	MA	A	NS	D	MD	
11. No estoy tan interesado/a en la gente como antes acostumbraba a estar.	MA	A	NS	D	MD	
12. No disfruto tanto las cosas como antes.	MA	A	NS	D	MD	
<b>MP</b>						
13. Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien.	MA	A	NS	D	MD	
14. Casi siempre siento que mi hijo no me quiere y no quiere estar cerca de mí.	MA	A	NS	D	MD	
15. Mi hijo me sonrío mucho menos de lo que esperaba.	MA	A	NS	D	MD	
16. Cuando yo hago algo para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados.	MA	A	NS	D	MD	
17. Mientras juega mi hijo en general no se ríe.	MA	A	NS	D	MD	
18. Mi hijo no parece aprender tan rápidamente como la mayoría de los niños.	MA	A	NS	D	MD	
19. Mi hijo no parece sonreír tanto como los otros niños.	MA	A	NS	D	MD	
20. Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo desearía o esperarías.	MA	A	NS	D	MD	
21. Mi hijo tarda mucho y le es difícil acostumbrarse a cosas nuevas.	MA	A	NS	D	MD	
22. Siento que yo soy	5	4	3	2	1	
1.						Muy buen padre/ madre.
2.						Mejor que el promedio de los padres/ madres.
3.						Como uno del promedio.
4.						Una persona que tiene alguna dificultad siendo padre/ madre.
5.	No muy bueno siendo padre.					
23. Yo había esperado tener una más estrecha y cálida relación con mi hijo que la que tengo y esto me molesta.	MA	A	NS	D	MD	
24. Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan, por el mero hecho de ser malo.	MA	A	NS	D	MD	
<b>ID P-H</b>						
25. Mi hijo parece llorar y encapricharse más a menudo que la mayoría de los niños.	MA	A	NS	D	MD	
26. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.	MA	A	NS	D	MD	
27. Yo siento que mi hijo es muy malhumorado y se enoja fácilmente.	MA	A	NS	D	MD	
28. Mi hijo hace algunas cosas que me molestan bastante.	MA	A	NS	D	MD	
29. Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando ocurre algo que no le gusta.	MA	A	NS	D	MD	
30. Mi hijo se enoja fácilmente por la menor cosa.	MA	A	NS	D	MD	

31. El horario de comer y dormir de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba.	MA	A	NS	D	MD
32. He notado que cuando pido a mi hijo que haga algo o que pare de hacer algo es: 1. Mucho más fácil de lo que yo esperaba. 2. Algo más fácil de lo que yo esperaba. 3. Igual a lo que yo esperaba. 4. Algo más difícil de lo que tu esperaba. 5. Mucho más difícil de lo que yo esperaba.	5	4	3	2	1
33. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace y que le molestan. Por ejemplo: pierde el tiempo, no parece escuchar, es demasiado activo, es distraído, interrumpe con frecuencia, pierde las cosas fácilmente, pelea con otros niños, llora fácilmente, tiene dificultad para aprender, no sigue las reglas, poco ordenado, no duerme bien, olvida rápido lo que se le ordena, habla mucho, entre otras. Por favor marque el número que incluya el número de cosas que contó.	10+	8-9	6-7	4-5	1-3
34. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.	MA	A	NS	D	MD
35. Mi hijo ha sido más problema de lo que esperaba.	MA	A	NS	D	MD
36. Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de los niños.	MA	A	NS	D	MD
<b>ND</b>					
<b>Σ dato</b>					

Escala	Puntuación directa	PC
Estrés Parental		
Interacción disfuncional Padre e Hijo		
Niño difícil		
Escala total		

**En las cuestiones siguientes escoja entre “S” para “SÍ” y “N” para “NO”**

Durante los últimos 12 meses ha sucedido en su núcleo familiar directo alguno de los siguientes acontecimientos:

37	Divorcio	S	N
38	Reconciliación de pareja	S	N
39	Matrimonio	S	N
40	Separación	S	N
41	Embarazo	S	N
42	Otro pariente se ha mudado a su casa	S	N

43	Los ingresos han aumentado sustancialmente	S	N
44	Me he envuelto en grandes deudas	S	N
45	Me he mudado a un nuevo lugar	S	N
46	Promoción en el trabajo	S	N
47	Los ingresos han bajado sustancialmente	S	N
48	Problemas de alcohol o drogas	S	N
49	Muerte de amigos íntimos de la familia	S	N
50	Comenzó un nuevo trabajo	S	N
51	Entró alguien en una nueva escuela	S	N
52	Problemas con un superior en el trabajo	S	N
53	Problemas con los maestros en la escuela	S	N
54	Problemas Judiciales	S	N
55	Muerte de un miembro cercano a la familia	S	N

**Gracias por su participación**

*Consentimiento Informado***HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES****Título:**

**“Intervención de Terapia Cognitiva Conductual en formato grupal, para manejo del estrés en padres y tutores de niños con TDAH en el hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes, ubicado en el ensanche La Fé, en Santo Domingo D. N.”**

**Investigador Principal:**

Licda. Johanny Belliard, estudiante de Postgrado Universidad UNIBE.

**Servicio:**

Atenciones Psicológicas

**Unidad y centro:**

Área de Salud Mental, del Hospital infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez, antiguo Santo Socorro.

**Introducción:**

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un estudio. Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo. Nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir en cualquier momento. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Al firmar este documento, usted acepta que se utilicen sus datos generales de forma confidencial.

**Participación voluntaria**

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

**Objetivos y procedimientos:**

Este estudio tiene la finalidad de implementar las técnicas de terapia cognitivo conductual y la Psicoeducación en intervenciones grupales, con el objetivo de brindar conocimiento y estrategias a las familias con hijos con TDAH. Con la intención de que el conocimiento ayude a entender mejor la condición de sus hijos, y poder expresar en un contexto terapéutico las preocupaciones para liberar el estrés causado por este diagnóstico y sus implicaciones.

Se estaría realizando en 8 sesiones grupales semanales de 1 hora y 20 minutos de duración. Estas sesiones culminarían en 8 semanas seguidas. También se realizará la aplicación de cuestionario de estrés parental PSS-SF de Abidin antes y después de iniciado el proyecto.

**Riesgos y Beneficios:**

No hay riesgos mayores a los de una intervención normal. Los beneficios contemplados serán los conocimientos que usted obtendrá y le permitirán entender mejor a la condición de su hijo o hija con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. También podrá tener un espacio donde podrán esclarecer sus dudas, temores y preocupaciones sobre este diagnóstico. Además de poder estar en un espacio de contención y cohesión grupal con otras familias que están enfrentando situaciones similares con sus hijos.

**Lugar de las intervenciones:**

Área de salud mental, del Hospital infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jimenes.

**Derecho de revocación del consentimiento**

Si cambiara de opinión en relación a su participación en este proyecto, tiene derecho a retirarse sin que esto tenga ninguna penalidad ni afecte los servicios recibidos por el hospital.

***Declaración de consentimiento informado***

Título del Proyecto:

“Efectividad de Intervención grupal cognitivo conductual para manejo del estrés en padres con hijos con TDAH en el hospital Infantil Dr. José Manuel Rodríguez Jiménez”

Investigador Principal:

Yo, \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
  - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
  - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
  - Que mi participación es voluntaria y altruista
  - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
  - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
  - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

**CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO**

**SÍ      NO**

**(marcar lo que corresponda)**

**Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:**

Fecha .....

Firma.....

Nombre investigador .....

Firma del investigador.....

**APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, .....

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

Firma y Fecha de la revocación

*Copia de Certificación de Ética*



Estimado/a Johanny I: Belliard Polanco,

Por la presente le notificamos que **aprobó** el Examen en Ética de Investigación. Es por esto que el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana le **certifica** en ética de investigación.

Esta certificación permanecerá vigente por un período de dos años a partir de 19-02-2025.

Su número de certificado es **DIAIRB2025-0907**.

Muy cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'E. P. A.', written in a cursive style.

Comité de Ética de Investigación, Vicerrectoría de Investigación  
**Universidad Iberoamericana, UNIBE.**



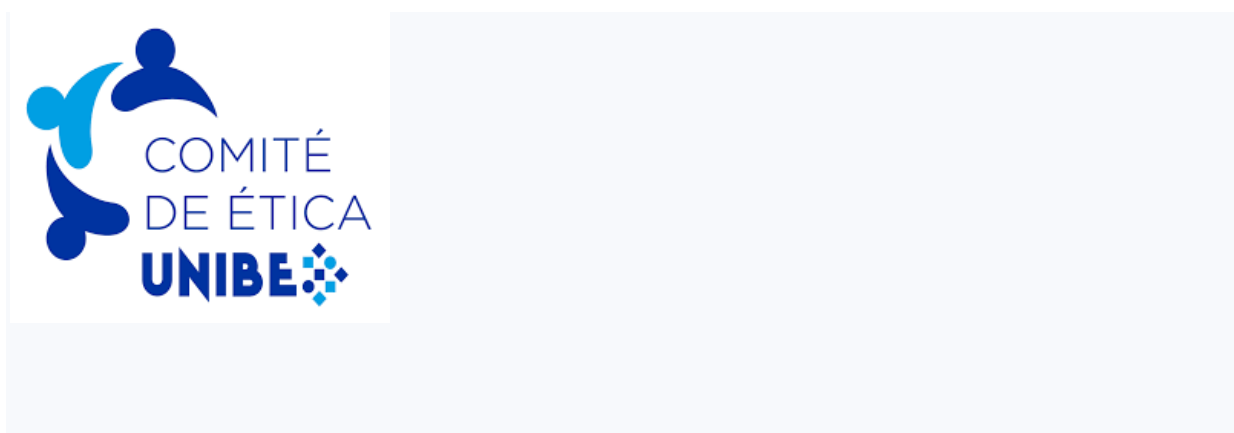
## CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

<b>Nombre Completo</b>	Johanny I: Belliard Polanco
<b>Matrícula o código institucional</b>	140912
<b>Correo Electrónico Institucional</b>	jbelliard@est.unibe.edu.do
<b>Carrera/Posición:</b>	Postgrado en Psicología
<b>Estado del examen</b>	Aprobado
<b>Número de Certificación</b>	<b>DIAIRB2025-0907</b>
<b>Fecha</b>	Wednesday, February 19, 2025

**Michael A. Alcántara-Minaya, MD**  
Coordinador Comité de Ética  
Vicerrectoría de Investigación e Innovación  
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



*Carta Comité de Ética Aprobación del Estudio*



Hola Johanny I. Belliard Polanco,

Su aplicación al Comité de Ética de Investigación ACECEI2024-269 de UNIBE ha sido **aprobada**. Adjunto se encuentra el formulario firmado. Puede proceder a su recolección de datos.

Saludos,

Comité de Ética de Investigación, Vicerrectoría de Investigación  
**Universidad Iberoamericana, UNIBE.**



Comité de Ética de Investigación, Vicerrectoría de Investigación  
**Universidad Iberoamericana, UNIBE.**

**Programa de Intervención**

Sesión	Objetivos	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar la presentación</li> <li>-Establecer relación terapéutica</li> <li>-Dar a conocer las reglas del grupo</li> <li>-Instaurar el compromiso y la participación.</li> <li>-Entregar los formularios a llenar:</li> <li>-Consentimiento informado</li> <li>-Form. Sociodemográfico</li> <li>-Escala de Estrés parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presentación del terapeuta</li> <li>-Presentación del objetivo del programa</li> <li>-Presentación del padre o tutor</li> <li>-Firmar Consentimiento informado</li> <li>-Llenado del Form. sociodemográfico</li> <li>- Las reglas de la intervención</li> <li>-Aplicación PSI-SF (Pretest)</li> <li>-<b>Tarea:</b> Reflexionar sobre cómo ha afectado el diagnóstico de TDAH la vida familiar</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explorar conocimiento del diagnóstico de los participantes</li> <li>-Psicoeducar sobre el diagnóstico TDAH. Incluye video corto:” <b>Pablito niño con TDAH</b></li> <li>- Fomentar el dialogo sobre el impacto familiar de esta condición</li> <li>-Identificar sentimientos de duelo, angustia y preocupación general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bienvenida y socialización de reglas</li> <li>-Dialogo abierto sobre la reflexión de a la tarea anterior</li> <li>-Identificar que conocimiento poseen del diagnóstico</li> <li>-Entrenamiento sobre el TDAH</li> <li>-Ver video sobre TDAH (<a href="https://www.youtube.com/watch?v=Hf3UDfp-qUs&amp;t=209s">https://www.youtube.com/watch?v=Hf3UDfp-qUs&amp;t=209s</a>)</li> <li>-Que conductas identifican en sus hijos de lo visto en el video</li> <li>-<b>Tarea:</b> Escribir sus vivencias y emociones para el próximo encuentro</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicoeducar sobre el estrés. Incluir Video: <b>“Cómo afecta el estrés a su cuerpo”</b></li> <li>-Distinguir los síntomas de estrés: físicos, emocionales y conductuales</li> <li>-Identificar que les ayuda a regularse emocionalmente</li> <li>-Entrenamiento en respiración</li> <li>-Entrenar la Relajación Muscular progresiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienvenida y socialización de reglas</li> <li>-Expresión de las emociones vivenciadas</li> <li>-Escribir en hoja de registro los síntomas de estrés y discutir en grupo.</li> <li>-Ver video: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=6LiMuJkp2Ig">https://www.youtube.com/watch?v=6LiMuJkp2Ig</a></li> <li>- Hacer juego de roles en actividades estresantes (2 participantes, uno será padre y otro hijo)</li> <li>-Identificar síntomas físicos, emocionales y conductuales que están afectando actualmente e hoja de registro.</li> <li>-Realizar técnica de respiración y técnica de relajación muscular de Jacobson</li> <li>-<b>Tarea:</b> Practicar en la semana las técnicas aprendidas de respiración y relajación.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar factores que generan estrés en la crianza de un hijo con TDAH. Luego visualizar video: <b>“Tú decides Ahora”</b></li> <li>-Identificar creencias o ideas irracionales o fatalistas</li> <li>-Utilizar razonamiento inductivo y deductivo</li> <li>-Dinámica de grupo vivencial para lograr la reestructuración cognitiva de estas ideas o pensamientos utilizando: <b>Ficha Técnica para cambiar pensamientos negativos.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bienvenida y socialización de reglas</li> <li>-Diálogo abierto sobre la tarea de las preocupaciones.</li> <li>-Ver video 1: encontrar similitudes en sus vidas</li> <li>-Utilización de reestructuración cognitiva para cambiar las ideas irracionales:</li> <li>-Identificar Modelo ABC de las creencias irracionales</li> <li>-Llenar autoregistros sobre las situaciones estresantes</li> <li>-Discusión y debate de creencias</li> <li>-Actividad guiada para llenar la Ficha técnica: <b>“Lo que pienso me estresa más de lo que ocurre”</b></li> <li>-<b>Tarea:</b> Utilizar la hoja de autoregistros o ficha técnica para identificar situaciones disparadoras de estrés y los pensamientos y consecuencias que producen.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entrenar en habilidades de afrontamiento: concepto, tipos de afrontamiento, estrategias funcionales y no funcionales del afrontamiento. Autocuidado, estructura, rutinas, red de Apoyo (familiar, escolar y clínica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienvenida y socialización de reglas</li> <li>-Psicoeducación sobre el afrontamiento</li> <li>- Examinar cuál es el tipo de afrontamiento que normalmente utilizan y si debe cambiar por otro más funcional</li> <li>- Identificar quienes son aquellas personas con la que contamos y nos pueden apoyar.</li> </ul>

	<p>-Realizar dinámica practica y vivencial para sellar lo aprendido llenando hoja de registro.</p> <p>-Entrenar sobre la importancia del cambio</p> <p>-Indagar sobre las mejoras que han logrado identificar hasta ahora durante la terapia</p>	<p>-Entrenamiento sobre cambio y adecuaciones en las rutinas y dinámica familiar que pueden beneficiar</p> <p>-Dinámica: "<b>Mi caja de herramientas de afrontamiento</b>". Consiste en utilizar una hoja de registro identificando las cosas que hago y las que puedo mejorar.</p> <p>-<b>Tarea:</b> Identificar quien puede ser un aliado en este proceso y sea parte de la red de apoyo. Y qué me funcionan en casa para cuidar de mí y de mi familia.</p>
6	<p>-Entrenamiento en Atención plena (Mindfulness): concepto, origen, beneficios y las prácticas relacionadas.</p> <p>-Trabajar regulación emocional con Mindfulness con dinámica vivencial de respiración profunda, conectados con la naturaleza, con música instrumental</p> <p>-Reflexión grupal al final de la sesión con 2 preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué emociones surgen comúnmente cuando sus hijos tienen un "mal día"?</li> <li>2. ¿Cómo podría ayudarlos estar más presentes durante esos momentos?</li> </ol>	<p>- Bienvenida y socialización de reglas</p> <p>-Indagar que conocen del concepto de Atención Plena</p> <p>-Brindar entrenamiento sobre el mindfulness y los beneficios que aportar llevar a la práctica esta enseñanza</p> <p>-Dinámica vivencial en un ambiente cálido, calmado y al aire libre, realizar ejercicio de respiración por 15 minutos con los ojos cerrados concentrados en los sonidos de la naturaleza tanto del ambiente como de la música instrumental.</p> <p>Finalizar con las hojas de árboles frutales, identificando por el olor a que árbol pertenecen</p> <p>-<b>Tarea:</b> Practicar el ejercicio de mindfulness en casa con la hoja de registro.</p>
7	<p>-Psicoeducación en Asertividad para fortalecer la comunicación de padres e hijos y mejorar las habilidades sociales.</p> <p>-Enfocar la Asertividad de los padres hacia los hijos.</p> <p>Dinámica de inicio para identificar la manera en que respondemos a diferentes situaciones.</p> <p>Ver Video: "Escuela para padres: Comunicación Asertiva"</p> <p>-Indagar si han sido asertivos al comunicarse con sus hijos en momentos puntuales.</p>	<p>- Bienvenida y socialización de reglas</p> <p>-Dialogo sobre cómo les fue realizando la tarea de Atención plena en la semana.</p> <p>Dinámica: Mi forma de comunicarme cuando...</p> <p>-Ver video sobre la asertividad: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=Unm-oEer410&amp;t=147s">https://www.youtube.com/watch?v=Unm-oEer410&amp;t=147s</a></p> <p>-Recordar momentos en que han sido asertivos con sus hijos y los resultados obtenidos.</p> <p>-<b>Tarea:</b> Ahora que saben el diagnóstico, ¿cómo transmitir a otros este conocimiento?</p>
8	<p>-Hacer un levantamiento de lo aprendido hasta ahora</p> <p>-Explorar la labor realizada por los padres y brindar nuevas ideas a realizar para mejorar el diagnóstico.</p> <p>-Evaluación retest de escala de estrés</p> <p>-Validar el proceso con los participantes de cuales técnicas le fueron de mejor ayuda</p>	<p>-Indagación y búsqueda de personas o instituciones que pueden brindar ayuda a su rol de padres</p> <p>- Búsqueda de alternativas y actividades sostenibles según las dinámicas y limitaciones de cada familia</p> <p>-Aplicar prueba post intervención</p> <p>-Impresión del proceso</p> <p>-Cierre y despedida</p>