



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL
GRUPAL EN ACUDIENTES DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H) QUE
PRESENTAN PROBLEMAS DE AFRONTAMIENTO PERTENECIENTES A LA
FUNDACIÓN VALÓRATE-2025**

Trabajo de grado para obtener el grado de Magíster en Psicología Clínica

POR
YAMILETH ITZEL CHUNGA NÚÑEZ
CED.:8-729-2003

ASESOR
DR. FERNANDO MON

PANAMÁ, 2025

DEDICATORIA

Para mi amado hijo Joseph Antony Reyes Chunga (Q.E.P.D.), que, aunque tu partida fue inesperada, tu recuerdo y legado viven en mí, como fuente de inspiración y fortaleza para seguir adelante. Esta tesis es un tributo a tu vida y a la huella que has dejado en mi alma.

También dedico este logro a todos aquellos que se atreven a soñar y a trabajar duro para alcanzar sus objetivos. Que esta tesis sea un recordatorio de que, con dedicación y perseverancia, todo es posible.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a todos los que contribuyeron, de una manera u otra, a que esta tesis se llevara a cabo exitosamente:

A mi hermana, Zincia María Chunga Núñez, por recordarme el sentido de la valentía y la tenacidad; a mi familia, amigos, colegas y profesores, por su apoyo y motivación en este largo proceso; y finalmente, a mis pacientes por confiar en mí y dejarme ser parte de su proceso de bienestar emocional. Esto me impulsa a continuar actualizándome para mejorar mis habilidades y competencias profesionales con el fin de ofrecer una atención de calidad.

ÍNDICE GENERAL

<i>DEDICATORIA</i>	<i>ii</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>iii</i>
<i>ÍNDICE GENERAL</i>	<i>iv</i>
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	<i>vi</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	<i>vii</i>
<i>ÍNDICE DE ANEXO</i>	<i>vii</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>viii</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>ix</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>x</i>
<i>CAPITULO I MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL</i>	<i>1</i>
<i>1.1 Marco Teórico</i>	<i>2</i>
<i>1.1.1 Antecedentes de investigación</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2 Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)</i>	<i>7</i>
<i>1.1.3 Clasificación del TDA/H</i>	<i>13</i>
<i>1.1.4 Afectación en padres de niños con TDA/H</i>	<i>16</i>
<i>1.1.5 Cuidadores</i>	<i>19</i>
<i>1.1.6 Afrontamiento</i>	<i>20</i>
<i>1.1.7 Terapia cognitivo conductual</i>	<i>27</i>
<i>1.1.8 Intervención psicoterapéutica grupal</i>	<i>34</i>
<i>CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO</i>	<i>36</i>
<i>2.1 Procedimiento</i>	<i>37</i>
<i>2.1.1 Diseño del programa de la investigación</i>	<i>37</i>

2.1.2 Sustento teórico del programa	40
2.2. Problema de investigación	42
2.3 Diseño de investigación.....	49
2.4 Objetivos.....	50
2.4.1 Objetivo general.....	50
2.4.2 Objetivos específicos	50
2.5 Hipótesis.....	51
2.5.1 Hipótesis general.....	51
2.6 Variables.....	51
2.6.1 Variable independiente.....	51
2.6.1 Variable dependiente.....	53
2.7 Instrumento de Evaluación.....	54
2.8 Población y muestra.....	55
2.9 Criterios de Inclusión.....	56
2.10 Criterios de Exclusión.....	56
CAPÍTULO III ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
3.1 Presentación de los Resultados.....	58
3.2 Discusión de Resultados.....	64
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 . <i>Mecanismo fisiopatológico del TDA/H</i>	9
Figura 2 <i>Modelo del estrés de Lazarus y Folkman</i>	21
Figura 3 <i>Estrategias de afrontamiento</i>	25
Figura 4. <i>Comparación de medias entre las puntuaciones de cada escala del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.</i>	58
Figura 5. <i>Comparación de medias entre las puntuaciones para cada escala de la dimensión “Estrategias de Aproximación al Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.</i>	59
Figura 6 . <i>Comparación de medias entre las puntuaciones de las escalas de la dimensión “Estrategias de Evitación del Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.</i>	60
Figura 7. <i>Distribución de la muestra para las puntuaciones en las escalas AL, RP, EC y AR, las cuales corresponden a “Estrategias de Aproximación al Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.</i>	61
Figura 8 . <i>Distribución de la muestra para las puntuaciones en las escalas BG, SP, BR y DE, las cuales corresponden a “Estrategias de Evitación del Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.</i>	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Criterios DSM5 para TDAH</i>	11
Tabla 2 . <i>Síntomas del TDA/H de acuerdo con la edad</i>	13

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo 1 <i>Guía de Entrevista</i>	84
Anexo 2 . <i>Instrumento CRI-A</i>	88
Anexo 3 <i>Consentimiento informado</i>	92
Anexo 4. <i>Material brindado a los padres dentro del Programa de intervención</i>	96
Anexo 5 <i>Certificación de revisión de español</i>	104

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la eficacia de una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H que presentan problemas de afrontamiento. El estudio buscó obtener resultados mediante un diseño preexperimental, específicamente un diseño de grupo único con mediciones pretest y post test, de corte transversal, con un sólo grupo experimental. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se incluyeron 30 acudientes de niños que fueron diagnosticados con TDA/H, que asistían a la Fundación Valórate, ubicada en la provincia de Panamá, a quienes se aplicaron dos instrumentos de recolección de datos: una entrevista clínica semiestructurada y el CRI-A, que permitieron evidenciar problemas de afrontamiento, por lo que implemento una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal conformada en doce sesiones agrupadas en cuatro bloques temáticos. Los resultados indican que los acudientes mejoraron su repertorio de afrontamiento; aumentaron la utilización de estrategias centradas en el problema, específicamente la reevaluación positiva y la focalización en la resolución de problemas.

Palabras clave: *terapia cognitivo conductual grupal (TCC), estrategias de afrontamiento.*

ABSTRACT

The main objective of this study was to evaluate the effectiveness of a group cognitive behavioral psychotherapeutic intervention in caregivers of children aged 6 to 12 with ADHD who have coping problems. The study sought to obtain results using a pre-experimental design, specifically a single-group design with pre-test and post-test measurements, cross-sectional, with a single experimental group. Participants were selected through non-probability convenience sampling. Thirty caregivers whose children had been diagnosed with ADHD and who attended the Valórate Foundation, located in the province of Panama, were included. Two data collection instruments were applied: a structured clinical interview and the CRI-A, which revealed coping problems. Therefore, I implemented a group cognitive-behavioral psychotherapeutic intervention consisting of twelve (12) sessions grouped into four (4) thematic blocks. The results indicate that caregivers improved their coping repertoire; they increased their use of problem-focused strategies, specifically positive reappraisal and problem-solving.

Keywords: *group cognitive behavioral therapy, coping strategies.*

INTRODUCCIÓN

Los padres o cuidadores de niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) enfrentan desafíos significativos debido a la imprevisibilidad del comportamiento del niño y a la dificultad inherente de autocontrol y autorregulación. El TDA/H tiene un gran impacto sobre el funcionamiento familiar en lo referente, tanto al estrés parental que conlleva, como a los estilos parentales de crianza característicos de esta población. Las relaciones entre padres y niños con TDA/H suelen caracterizarse por el conflicto debido a la mayor carga de cuidado, compromiso y tolerancia que ameritan.

En este sentido, los padres o cuidadores de niños con TDA/H necesitan contar con estrategias de afrontamiento adecuadas, que faciliten una interacción eficaz y productiva con sus hijos. Esto ayuda a disminuir los niveles de estrés y ansiedad, y al mismo tiempo, da el mejor apoyo a sus hijos. Este estudio se dirigió a implementar una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en un grupo de acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H de la Fundación Valórate de la Ciudad de Panamá, en quienes se determinó que presentaban problemas de afrontamiento.

La tesis se divide en tres capítulos; en el primero se presenta una revisión teórica acerca del tema central que lo ocupa, donde se expone el concepto, características clínicas y clasificación del TDA/H, con bases científicas. Además, se comenta sobre las características de las familias con niños diagnosticados con TDA/H, en el sentido de su dinámica y el impacto de esta condición clínica sobre el nivel de estrés de los padres y cómo estos lo afrontan desde una perspectiva psicológica. Se aborda el tema apoyado en investigaciones previas y autores especializados.

En el segundo apartado, comprende el marco metodológico seguido en el desarrollo del estudio. Se detallan los pasos cumplidos y los basamentos científicos conducentes a alcanzar los objetivos propuestos. Se presenta el esquema de aplicación del programa psicoterapéutico diseñado e implementado.

El tercer capítulo expone los resultados, el análisis y la discusión de la data en contraste con otros autores para terminar con las conclusiones y recomendaciones inherentes.

La implementación y evaluación de esta intervención psicoterapéutica apoya la evidencia existente acerca del impacto de este tipo de terapia en la mejora de las habilidades de afrontamiento de cuidadores de niños con trastornos de atención con y sin hiperactividad, por lo que resulta una opción comprobada y que puede ser replicada por otros profesionales, todo lo cual es una contribución a la salud mental de los panameños.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Antecedentes de investigación

El TDA/H aparece descrito por primera vez alrededor de 1798 en la obra *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental* de Sir Alexander Crichton, médico escocés que plasmó las características de esta entidad y la describió como *inatención o mental restlessness* (agitación o inquietud mental). Él hace referencia a un estado inquieto y a la incapacidad para atender con constancia (Vasconcelos et al., 2018).

Años después, en 1902, George Still, pediatra inglés, en un artículo publicado en la revista *The Lancet*, caracterizó a un conjunto de 20 niños con una clínica parecida al diagnóstico actual de TDA/H. Para 1960, se presenta la hiperactividad como un trastorno del comportamiento en consonancia con la visión conductista más radical. Stella Chess y otros investigadores separaron los síntomas de la hiperactividad de la noción de lesión cerebral y defendieron el síndrome del niño hiperactivo (Pavón, 2024).

Es en 1968, cuando el TDA/H aparece por primera vez en el DSM-II o *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (2da Edición) con el nombre de *reacción hiperquinética de la infancia*. En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional De Enfermedades (CIE-10) reconocen el TDA/H como una enfermedad clínica y la ubican en el CIE-10 dentro de los denominados trastornos hipercinéticos y en el DSM-5 como parte de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (Vasconcelos et al., 2018).

Las investigaciones sobre este tema son abundantes, algunas enfocadas en el diagnóstico, otras en el abordaje psicológico y otras en el apoyo a los cuidadores. En este sentido, se presentan algunas iniciativas publicadas tanto en el ámbito internacional como nacional.

González (2025) realizó una revisión sistemática con la finalidad de describir las características de las familias de niños diagnosticados con TDA/H, basado en la configuración, estilo de crianza, eventos traumáticos y otras características familiares que describen el funcionamiento familiar. Se encontraron altos niveles de estrés, sobre todo en madres solteras y en situaciones de escasos recursos socioeconómicos; del mismo modo, se describe que los estilos parentales negligentes y autoritarios repercuten negativamente en estos niños, además de las relaciones negativas entre padres. A esto se añaden los sentimientos de frustración, culpa y discriminación que experimentan los infantes con TDA/H. Finalmente, se hace referencia a que entre mayor estrés parental se presentan mayores conductas disruptivas en los hijos con TDA/H, esta es una situación de retroalimentación entre ambas variables.

Al respecto, Gutiérrez et al. (2025) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir y comparar la calidad de vida en 150 familias con niños diagnosticados con Trastornos del Neurodesarrollo (TDA/H, TEA y TA), considerando los factores que influyen en el bienestar familiar y las estrategias de afrontamiento adoptadas. Esta investigación no encontró diferencias significativas en esta muestra, atribuyéndose a que su nivel socioeconómico es similar y que tienen apoyo profesional, lo que habla a favor de la labor del equipo multidisciplinario para minimizar el impacto de estos diagnósticos

en la dinámica familiar, sin embargo se describieron dificultades en la estabilidad económica, la distribución de roles y la carga emocional de los cuidadores, pero también factores de apoyo como la adaptación familiar y el acceso a recursos.

En este sentido, Martín (2025) diseñó un programa basado en los principios de la parentalidad positiva, a fin de elevar la eficacia de los padres; dicho esquema se enfocó en tratar la depresión, ansiedad y la escasa sensación de control manifestada por este grupo. El programa se estructuró en 9 sesiones de 120 minutos con un grupo de entre 8 y 16 padres. Está conformado por 5 módulos con los que se pretende que los padres adquieran un mayor conocimiento sobre el trastorno de su hijo, principios de aprendizaje, establecer rutinas con los niños, técnicas de relajación, psicoeducación emocional, comunicación asertiva y establecer un tiempo donde fortalecer el vínculo paternofilial.

Por otra parte, Coco (2025) realizó una revisión bibliográfica que revela la existencia de iniciativas formativas de educación familiar y para padres cuya efectividad está ampliamente documentada a favor de maximizar las competencias parentales y fortalecer las dinámicas familiares. Entre las que se mencionan: el Programa de Competencia Familiar, Programas de Educación Parental para Progenitores con Hijos de 5 a 18 Años, Programas de Intervención Psicopedagógica en el Ámbito Familiar, Programa “Aprender juntos, crecer en familia”, dirigido a informar a las familias y enseñarles herramientas y estrategias para afrontar la crianza del niño con TDA/H.

Núñez (2024) describió las dinámicas en familias centroamericanas de bajo nivel socioeconómico con niños diagnosticados con TDA/H con el fin de establecer si este factor incide en alguna diferencia cultural o social respecto a esta situación. Se

encontraron dificultades similares, exhibidas en elementos referidos a la prevalencia de estilos parentales negativos, ausencia de acuerdos en el estilo de crianza, dificultad en la percepción de niños con probable TDA/H y mayor frecuencia de síntomas depresivos en los padres.

La revisión bibliográfica de Castaño et al. (2023) sobre las intervenciones dirigidas a proteger la salud mental de los cuidadores de niños con TDA/H muestran que desde 2015 se han publicado estudios que avalan el autocuidado de los padres como una forma efectiva de inducir cambios positivos en los niños, así como estrategias basadas en la atención plena en la crianza, alcanzando una armonía entre ambas dimensiones. Asimismo, mencionan el modelo de estrés y afrontamiento, destacan que al ofrecer estrategias de afrontamiento a estos padres se pueden minimizar los efectos negativos del estrés. Esto puede incluir buscar apoyo social, aprender técnicas de manejo del comportamiento, establecer rutinas estructuradas y mantener un cuidado personal adecuado.

En la República de Panamá, durante el IV Congreso Anual-2023 de la Fundación Valórate “El TDA/H es Real”, el Dr. Juan Carlos Pérez Castro explicó que el TDA/H no afecta la personalidad ni la capacidad intelectual de las personas, pues no hay pruebas científicas de esto, destacando que este padecimiento puede ser de provecho en la búsqueda de respuestas innovadoras y soluciones, siempre y cuando haya un buen control de este (Caja de Seguro Social [CSS], 2022).

Además, la CSS menciona que el TDA/H es una discapacidad mental, según la OMS, caracterizada por la falta de atención y concentración, impulsividad e

hiperactividad. Los síntomas afectan al desarrollo y la calidad de vida de las personas que lo padecen y causan conflictos en la vida familiar de los niños, ya que los padres o cuidadores se ven incapaces de manejar el tema.

En la *Revista Semilla Científica* de la Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (UMECIT), fueron publicados los resultados de la investigación que comparó los niveles de estrés que pueden llegar a experimentar los padres de hijos con trastorno de déficit atencional a diferencia de los padres de hijos sin el trastorno de déficit atencional. Se concluye que los padres con hijos con TDA/H tienen el doble de estrés, asociado con sentimientos de culpa, ansiedad y depresión, afectando su bienestar mental (Alabarca et al., 2022).

En relación con los antecedentes de artículos publicados al TDA/H, se encontró que el enfoque primordial es el diagnóstico y el tratamiento, hay poca referencia en el estudio del impacto en los padres o cuidadores. En el año 2023, en la *Revista Científica Especializada en Educación y Ambiente* de la Universidad de Panamá, se publicó la revisión bibliográfica de 231 artículos relacionados al estudio del TDA/H que cumplieron los criterios metodológicos. Se concluyó que los colegios en Panamá no escapan a la realidad que aqueja el TDA/H en la sociedad, sino que se ha convertido en una necesidad que los padres, cuidadores o familiares asuman la importancia de su papel mediante la orientación de un especialista (Pérez y Cerrud, 2023).

La investigación de Delgado (2023) implementó una intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual en la disminución de niveles altos de ansiedad estado en 24 cuidadores primarios de niños con TDA/H. El

programa constó de 8 sesiones grupales de 120 minutos y 2 sesiones adicionales de cierre y seguimiento. La efectividad de esta intervención se evaluó a través de un pretest y un posttest, que evidenció la disminución de los síntomas de ansiedad-estado de esta población.

1.1.2 Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

El TDA/H es un trastorno del neurodesarrollo, donde se presentan conductas no apropiadas, carentes de atención, desorganizadas, impulsivas, y que afectan negativamente al individuo (Castaño et al., 2023). Sus manifestaciones son típicamente una triada formada por falta de atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo, que es más frecuente y grave que lo que se observa típicamente en otras personas de un nivel de desarrollo comparable y, de acuerdo con la *American Psychiatric Association* (APA, 2013) deben permanecer por un lapso mayor a seis meses.

Las particularidades fundamentales de cualquier trastorno del desarrollo son:

- Originarse durante la infancia o en la adolescencia.
- Se dan dificultades varias en las capacidades, las habilidades, los conocimientos, etc.
- Su intervención psicoeducativa deberá contar con recursos y apoyos de carácter extraordinario a lo habitual en centros educativos.
- En lo que hace referencia a los aspectos sociales tendrán necesidad de apoyos o redes de ayuda, buscando la adaptación a sus contextos.

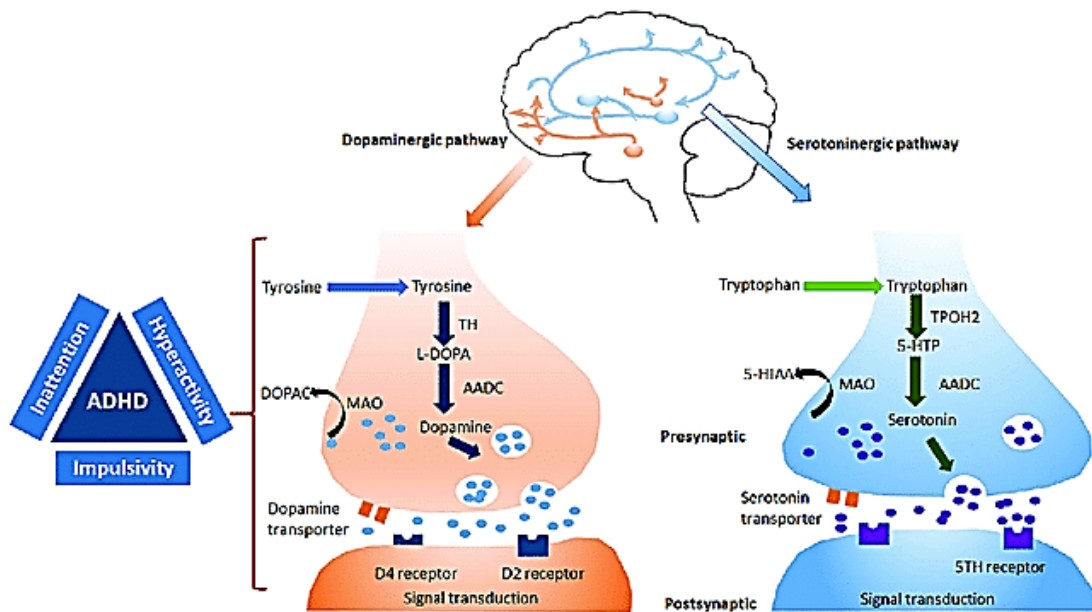
El TDA/H es presentado por expertos como Russell Barkley bajo la denominación de *Trastorno del Desarrollo del Autocontrol* (TDAC). Según el modelo propuesto por Barkley (citado en Pavón, 2024), para explicar el trastorno, el TDA/H es:

Un trastorno del desarrollo de la inhibición conductual, cuyo déficit genera, de forma secundaria, un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas que dependen de la inhibición y que se reflejan en el individuo en una deficiencia en la capacidad de autorregulación, en el control o guía de la conducta por medio de la información representada internamente y en la dirección de esa conducta en el futuro (p. 23).

Esta entidad se caracteriza por exhibir un modelo comportamental y de funcionamiento cognitivo, que puede evolucionar desde la infancia a la edad adulta y que es susceptible de provocar dificultades en el funcionamiento cognitivo, educacional y/o laboral de quien lo presenta, donde se ha atribuido a la maduración de las diferentes estructuras corticales un papel fundamental para su desarrollo.

Las manifestaciones aparecen durante la primera infancia, son de carácter relativamente crónico; además no se anclan a alguna deficiencia neurológica relevante, ni alteraciones sensoriales, motoras o del habla. Dichas expresiones tienen amplia relación con una dificultad para seguir las conductas gobernadas por reglas y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos. González et al. (2024) indican que las anomalías en los niveles de dopamina y/o serotonina contribuyen a los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad en el TDA/H.

Figura 1 . Mecanismo fisiopatológico del TDA/H



Nota. González et al. (2024)

Aunque los mecanismos de neurotransmisión y desarrollo cerebral han sido bien estudiados, aun no se ha logrado establecer una etiología concreta del TDA/H, estableciéndose una multicausalidad al tratar de explicar su origen, implicando elementos genéticos, biológicos, y psicosociales, destacando la implicación de la epigenética y la influencia ambiental.

Esto hace que el diagnóstico de TDA/H no sea tan fácil de conseguir, dado que no se cuentan con pruebas neurofisiológicas, bioquímicas, genéticas, de neuroimagen ni neuropsicológicas que sean específicas para tal fin, por lo que el diagnóstico sigue siendo eminentemente clínico.

Para el diagnóstico, se basa principalmente en los criterios establecidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM)* que

surgió del consenso de expertos y de una amplia investigación. Los criterios del DSM para TDA/H describen tres síntomas considerados cardinales los cuales se distribuyen en dos dominios: inatención e hiperactividad/impulsividad. El diagnóstico de TDA/H requiere la presencia de al menos seis de los nueve síntomas de cada dominio o una combinación de ambos (inatención-hiperactividad/impulsividad) como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios DSM5 para TDAH

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo, caracterizado en 1 y/o 2	
1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y /o sociales.	2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas presentes por más de seis meses y en un grado mayor a lo esperado a su nivel de desarrollo y con impacto negativo directo en sus actividades académicas, ocupacionales y/o sociales
<p>Nota: Los síntomas no son solo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A menudo falla en atender a detalles, se equivoca en tonteras b) Dificultad para mantener atención sostenida en tareas o juegos c) A menudo parece no escuchar cuando le hablan d) A menudo no sigue instrucciones, no termina los trabajos e) Tiene dificultad para organizar sus tareas, actividades. f) Evita actividades que exigen atención mantenida (en adolescentes preparar informes, completar formularios, lecturas extensas) g) A menudo pierde los útiles h) Se distrae fácilmente con estímulos externos (en adolescentes incluye pensamientos no relacionados) i) Se le olvidan las cosas (en adolescentes devolver llamados, pagar cuentas, respetar citas) 	<p>Nota: Los síntomas no son solo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (edad 17 años o más), se requieren al menos cinco.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se mueve constantemente en su asiento b) Se para constantemente c) A menudo corre cuando no es apropiado (en adolescentes incluye sensación de inquietud) d) Tiene dificultad para jugar tranquilo e) Esta siempre en movimiento f) Habla en exceso g) Contesta antes de que se le termine la pregunta h) Le cuesta esperar su turno i) Interrumpe a menudo (se mete y toma el lugar de los que están haciendo otros)
3. Varios síntomas de inatención o hiperactividad impulsiva están presentes antes de los 12 años	4. Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes en dos o más ambientes (casa, colegio, con amigos o parientes, otras actividades)

5. Existe clara evidencia de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional	6. Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de una esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico y no son explicables por otro trastorno mental (trastorno del ánimo, ansiedad, trastorno personalidad, intoxicación o depravación de sustancias)
---	---

Nota. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

El síntoma que más perdura en el tiempo es la inatención, mientras que la impulsividad y la hiperactividad disminuyen con la edad. En niños, los síntomas más frecuentes son estos últimos, mientras que en las niñas el síntoma predominante es la inatención. Hidalgo y Sánchez (2014) señalan otras dificultades derivadas del TDA/H son:

- Dificultades para relacionarse socialmente con sus iguales y con los adultos
- Problemas en el aprendizaje
- Rendimiento académico por debajo de su capacidad
- Dificultad para la expresión verbal
- Torpeza motora
- Escasa tolerancia a la frustración
- Escasa noción y manejo del tiempo
- Tendencia a tener una autoestima baja
- Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo.

Por otra parte, la asociación con otros trastornos se presenta frecuentemente hasta con un 75 % en el TDA/H, mientras que un 60 % de los casos se presentan varios trastornos mentales. La edad regula la comorbilidad. Es así como en la etapa escolar es

más frecuente encontrar trastornos del lenguaje, los trastornos del aprendizaje, el trastorno negativista desafiante, los tics y los trastornos por ansiedad. En la transición a la adolescencia surgen los trastornos depresivos y los trastornos de conducta severos, y, desde la adolescencia en adelante, el abuso de sustancias y el desarrollo de trastornos de personalidad (Mascaraque y Cohen, 2020).

Tabla 2 . Síntomas del TDA/H de acuerdo con la edad

Niños pequeños (1-3 años)	Irritabilidad
	Problemas de sueño
	Gases/Cólicos
	Impulsividad
	No obedecen
Preescolares (3-6 años)	Juegos deportivos
	Conducta desafiante
	Montan y rompen juguetes
	Inquietud motora
	Mala coordinación motora
	Problemas de aprendizaje
Escolares (6-12 años) Adolescencia	Disminuye la hiperactividad, se mantiene la inquietud y aumenta la inatención
	Problemas académicos
	Baja autoestima
	Conductas de riesgo

Nota: Mascaraque y Cohen (2020).

1.1.3 Clasificación del TDA/H

Este trastorno puede ser clasificado en dos variantes: predominantemente inatento (TDAH-I), y predominantemente hiperactivo- impulsivo (TDAH-HI), de acuerdo con las características establecidas por la American Psychiatric Association (APA, 2013).

- ***TDA/H de tipo inatento (TDAH-I)***

El TDA/H de tipo inatento se caracteriza por un patrón de inatención que interfiere con el desarrollo del individuo. De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V-TR), la sintomatología del TDAH-I es extensa: la persona puede tener problemas recurrentes para prestar atención a pequeños detalles o dar poca importancia a ciertos errores en su entorno educativo, en el trabajo o en actividades diarias. Además, puede presentar constantemente dificultades para mantener la atención y puede aparentar que no está escuchando cuando se le habla directamente. Asimismo, puede tener problemas para seguir instrucciones, para terminar y/u organizar tareas asignadas, y es posible que evite estas cuando implican un esfuerzo mental sostenido y exigente. Las personas con TDAH-I tienden a perder cosas que necesitan para actividades específicas y a olvidarse de sus responsabilidades diarias (APA, 2013).

- ***TDA/H de tipo hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI)***

El TDA/H de tipo hiperactivo-impulsivo se caracteriza por un patrón persistente de hiperactividad, referido al exceso de la actividad motora y la ejecución de actividades precipitadas sin previa reflexión, es decir, impulsividad. La sintomatología del TDAH-HI se evidencia a través del habla excesiva, sentimiento de incapacidad por ser partícipe de actividades que demanden mantenerse en un estado de ocio como permanecer sentado o tranquilo, manifestaciones de movimientos nerviosos e incapacidad por permanecer quieto, la cual puede manifestarse de muchas formas con base en la edad de la persona. La persona con TDAH-HI presenta una conducta acelerada, ya que tiene impedimentos

para esperar turnos e interrupciones en juegos o actividades de terceras personas (APA, 2013).

- ***TDA/H de tipo combinado (TDAH-C)***

El TDAH-C es la variante más conocida de este trastorno. Como su nombre lo indica, se caracteriza por la combinación de inatención e hiperactividad/impulsividad; ambas sintomatologías se manifiestan con la misma intensidad (APA, 2013). Aproximadamente, el 60 % de los individuos que padecen TDAH-C presentan comorbilidades psiquiátricas, siendo las más comunes la ansiedad, la depresión, los trastornos de conducta disruptiva y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Carrillo et al., 2024).

Por otra parte, es importante señalar que el TDA/H también se puede clasificar según la gravedad de los síntomas en tres niveles: leve, moderado y severo. En el primer nivel, no se suele exceder los síntomas para poder establecer el diagnóstico y, en caso de excederse, es por pocos síntomas, los cuales no resultan en un deterioro significativo del funcionamiento social u operacional de la persona. En el nivel moderado, los síntomas y deterioro funcional se encuentran en un punto intermedio entre el nivel leve y el severo. Por último, en el nivel severo, son muchos los síntomas que exceden los requeridos para establecer el diagnóstico y estos son particularmente graves debido a que causan un deterioro notable del funcionamiento social y operacional (Carrillo et al., 2024).

1.1.4 Afectación en padres de niños con TDA/H

El diagnóstico de TDA/H indudablemente tiene una importante repercusión en los padres y en la familia en general, quienes deben en principio, afrontar y entender las dimensiones de este trastorno y, posteriormente responder a la presencia de un miembro con requerimientos excepcionales, todo lo cual causa un desajuste inicial en su dinámica y convivencia habitual.

Las dimensiones en las que incide este trastorno son diversas, es decir, se extiende a todas las áreas del funcionamiento familiar, siendo especialmente relevante en los padres (ambos o, en algunos casos, solo uno de ellos) por ser quien se ocupa más directamente de la atención del niño o adolescente con TDA/H, por lo que se va a hacer énfasis, en las próximas líneas, en como esta situación influye en ellos.

Fontalvo et al. (2025) indican que la respuesta de la familia ante el TDA/H depende de los recursos que tienen para enfrentarlo, tanto en el orden social, económico y cultural, así como su grado de vulnerabilidad y la capacidad de adaptación de sus miembros y como grupo; de este modo mientras mejor sea la cohesión familiar, la flexibilidad y la comunicación existirá una mayor oferta de actividades y recursos ofertados al niño con este diagnóstico.

Los padres tienen enormes desafíos en el cuidado de sus hijos con TDA/H que les demandan implicaciones físicas, psicológicas y sociales, sumado a las circunstancias externas que inciden en gran medida sobre el autocuidado del cuidador, como la escasez de recursos financieros, asistenciales y el apoyo de familiares, amigos e instituciones. En

consecuencia, las atenciones que se deben dar a un niño con un trastorno del neurodesarrollo como el TDA/H se ha asociado con porcentajes elevados de ansiedad y depresión, un aumento de estrés y una reducción de la calidad de vida. Sumado a todo esto, la situación acarrea demandas económicas importantes, agotamiento, preocupación e incluso la intensidad en la demanda de tiempo de las tareas que deben realizar y su complejidad pueden generar la aparición de trastornos como el síndrome del cuidador, ansiedad, depresión, despersonalización, etc. (Restrepo et al., 2022).

González et al. (2018) reportaron que los factores referidos a la calidad de vida más afectados son emociones y conductas (52,6 %), seguidas de descanso/sueño (47,4 %) y relaciones familiares (31,6 %). Investigaciones comparativas evidenciaron que los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficiencia que los no cuidadores (Lazarín, 2019).

Los padres de niños con TDA/H están frente a responsabilidades extra en la crianza, que pueden elevar su grado de estrés, como se ha señalado en los estudios referidos anteriormente. El estrés parental es definido por Cossio et al. (2019) como “el estrés que aparece cuando se percibe que las exigencias que supone la crianza de los hijos superan sus recursos para hacerles frente” (p. 22).

La parentalidad implica desarrollar atenciones, actitudes y responsabilidades, relacionadas con el cuidado, lo que es de gran importancia en el desarrollo de los hijos; sin embargo, esta función puede verse afectada, si ejercer el papel de padre o madre se percibe como dificultoso, lo que lleva en efecto a experimentar estrés parental, asociado

a un elevado malestar psicológico. Es por ello por lo que el estrés parental se considera un elemento determinante en el comportamiento de los padres.

Otros investigadores han descrito niveles bajos de la autoestima y satisfacción en su rol: menor sensación de competencia, menores expectativas de éxito, más psicopatología y más discordia conyugal, especialmente cuando el TDA/H se acompaña de alteraciones conductuales (Barzallo, 2019). Además, estos padres experimentan más ansiedad en su vida familiar, disfunción social y sentimientos depresivos que los padres de niños con desarrollo típico, lo que parece relacionarse con la severidad de la sintomatología.

En este sentido, para dar explicación a los factores intervinientes en el estrés parental, Abidin (1992, citado en Martín, 2025) sugiere que intervienen tres elementos en las relaciones entre padres e hijos asociadas al estrés parental: las características de los padres (satisfacción matrimonial, estilos de afrontamiento, edad, etc.), las características del niño (sexo, conducta y edad) y los factores sociodemográficos como la mono parentalidad, la falta de apoyo y las necesidades económicas. Estas características se presentan como factores que pueden aumentar la percepción de estrés parental o bien ser protectores ante el mismo según su disminución.

Por otra parte, el hecho de transmitir el diagnóstico de TDA/H a familiares cercanos puede tener un impacto relevante. En algunos casos, la noticia puede generar una sensación de shock e inseguridad, derivadas de la inquietud sobre cómo afrontar el diagnóstico y sus implicaciones, lo que a su vez, puede conllevar a tensiones y dificultades en la comunicación.

Circunstancialmente, compartir el diagnóstico puede fortalecer los lazos familiares promoviendo una atmósfera de solidaridad y empatía; sumado a esto, el apoyo social y el entendimiento de la comunidad tienen un rol destacado en el fomento de la aceptación y la adaptación familiar al diagnóstico de TDA/H, al ofrecer recursos valiosos y redes de apoyo que pueden solventar la carga emocional y fortalecer la resiliencia familiar (León, 2024).

1.1.5 Cuidadores

Ruiz (2024) señala que el cuidador informal puede ser cualquier miembro de la familia que posea un elevado nivel de responsabilidad independientemente de la edad; este proporciona ayuda a la persona que requiere de cuidados cotidianos. La acción de cuidar de otro arriesga las dimensiones sociodemográficas de cada cuidador, modifica las distintas áreas de vida: laboral, familiar, sentimental y financiera, a partir de las diferentes manifestaciones de sobrecarga percibidas.

Los cuidadores son principalmente mujeres y demandan especial atención pues ellas se convierten en víctimas del cuidado. Según Perlado (citado en Roig et al., 1998), el agobio experimentado por los cuidadores a raíz del desequilibrio que se produce por el estrés de estar sobrecargado y la dificultad para conservar una vida funcional suele comprometer el estado de salud, siendo esto la condición más importante a la cual los cuidadores renuncian.

1.1.6 Afrontamiento

El concepto de afrontamiento hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que realiza el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín et al., 2008).

El afrontamiento es un proceso dinámico y multifactorial que incluye lo que el individuo piensa sobre el evento estresante, siendo esto una valoración continua, y que se acompaña, posteriormente de la reacción psicológica y conductual de ello, que dependerá de la evaluación e interpretación que se haga del momento o agente estresor. La evaluación cognitiva que se hace del estímulo estresante es el eje central de la teoría de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), la cual se realiza en función de dos secuencias: la evaluación primaria, que verifica si el evento representa una amenaza para el individuo, ¿me perjudica o beneficia esta situación? y la evaluación secundaria, que evalúa si se poseen o no los recursos para hacerle frente, ¿qué puedo hacer al respecto? Esta última incluye específicamente el desencadenamiento del afrontamiento.

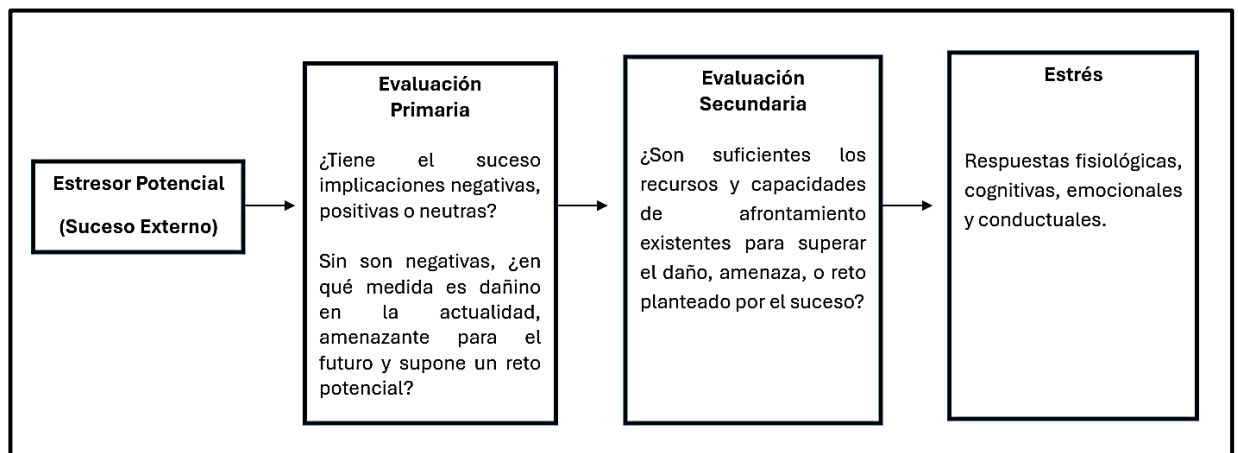
En conclusión, la evaluación que se hace de un riesgo determinará si este se percibe como amenazante o no, con base a las creencias, los recursos personales y principalmente de la capacidad de afrontamiento; la cual, si es eficaz, actuará como regulador de la perturbación emocional, evitando el malestar psicológico

Siguiendo esta definición se puede decir que los problemas de afrontamiento son las reacciones desadaptativas que se tienen ante las dificultades de la vida. Estudios

señalan que la mayoría de las personas experimentan al menos un evento potencialmente traumático en su vida (Bonanno y Mancini, 2008). La manera de reaccionar a estos eventos diferencia a unas personas de otras (Fletcher y Mustafa, 2013) y más aún cuando el trauma puede ser el resultado.

El modelo de Lazarus y Folkman (1984) aborda el estrés como el resultado un continuo dado por una negociación entre los estímulos estresores que provienen tanto del medio externo como interno y los recursos de afrontamiento con los que se cuenta y que estén disponibles.

Figura 2 Modelo del estrés de Lazarus y Folkman



Nota. Tomado de Estrategias de afrontamiento, por Valverde et al. 2003, en Medicina Clínica en Psiquiatría y Psicología.

- **Estrategias de afrontamiento**

Las estrategias propuestas bajo el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986) se dividen en dos grandes grupos, la primera centrada en el problema que incluye a la confrontación y planificación; y la segunda centrada en las emociones, a la

que pertenecen las siguientes estrategias: aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol, reevaluación positiva y escape o evitación (Valverde et al., 2003).

Las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción se vinculan con los objetivos de graduar las respuestas emocionales a las que la situación da lugar, no modificarla sino adaptarse a ella; mientras que, las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se encuentran enfocadas a las acciones que modifican la dificultad para minimizar el nivel de estrés que esta representa.

Actualmente, es común definir las diferentes estrategias de acuerdo con su capacidad para minimizar la angustia y/o aumentar el bienestar, partiendo de esta premisa, se ha identificado que las estrategias centradas en el control primario se encuentran relacionadas invariablemente con una mejor satisfacción emocional. El control primario está referido a modificar el acontecimiento, es decir, solucionar el conflicto, e incluye las estrategias inclinadas a la acción (afrontamiento activo) y las de toma de decisiones (planificación). El control secundario no modifica el evento, sino que gira en cambiar uno mismo, es decir, que la persona cambie su punto de vista sobre el acontecimiento o que realice una reestructuración cognitiva positiva de dicha situación (Izquierdo, 2020).

De esta manera, las estrategias de afrontamiento basadas en la acción mueven a la persona a buscarle soluciones al problema, para lo cual toma decisiones, se provee de información, solicita ayuda, entre otras formas que se caracterizan por tener como fin intentar solucionar eficazmente la situación adversa. Por otro lado, aquellas estrategias dirigidas a disminuir las preocupaciones provenientes del problema se refieren a

evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, regulación afectiva, descarga emocional, aceptación y reevaluación de la situación.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1985), en su escala de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping*, WOC), se presentan por lo menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

- *Confrontación*: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
- *Planificación*: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- *Distanciamiento*: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., “Ojalá hubiese desaparecido esta situación”) o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- *Reevaluación positiva*: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

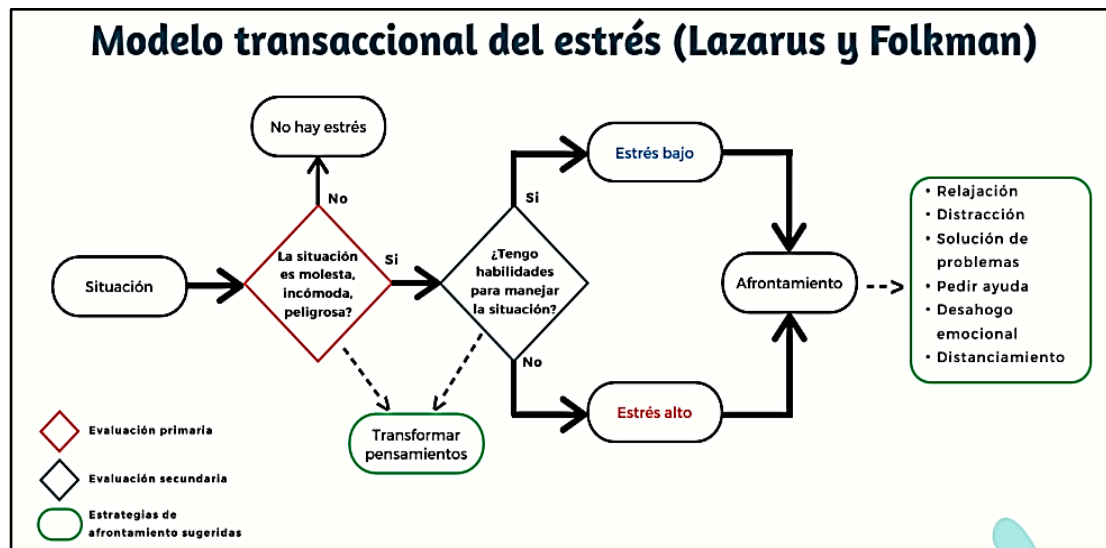
- *Búsqueda de apoyo social*: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

En todo este proceso de afrontamiento sus consecuentes y heterogéneas respuestas, se ha evidenciado la influencia de otros elementos que actúan como moduladores de las mismas, bien sea obstaculizando o potenciando cualquiera de ellas. Dentro de estos factores, se encuentran aquellos de índole externa, como situación económica, redes de apoyo y otros estresores simultáneos; y otros de naturaleza interna referidos a algunas variables de personalidad y estilos de afrontamiento.

A pesar que se pueden utilizar muchas estrategias ante una situación estresante, los individuos tienden a inclinarse por algunas en particular; de este modo se encuentran estilos de afrontamiento que abarcan las predisposiciones personales para afrontar distintas situaciones y son aquellos que establecen determinado uso de estrategias de afrontamiento, las cuales son procesos precisos y específicos que pueden ser cambiantes según la situación desencadenante (Gutiérrez y Veliz, 2018 citado en Reano, 2022).

Al respecto se mencionan las personas evitadoras y personas confrontativas: hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante) bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. El estilo confrontativo es útil pues puede anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad; se ha evidenciado que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Valverde et al., 2003 citado en Gómez et al., 2024).

Figura 3 Estrategias de afrontamiento



Nota. (Valverde et al., 2003).

Otro de los estilos de afrontamiento que se han encontrado es la catarsis, es decir, cuando las personas les cuentan sus problemas o preocupaciones a otras, por lo que, es probable que hablar y comunicar las preocupaciones tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica, como señala Serruto (2023). Esto, además, ayuda a la persona a establecer una red de apoyo, además de que la búsqueda de soluciones se nutre de la perspectiva de otros individuos.

En líneas generales, los estilos de afrontamiento no son manifestaciones univocas, pues las circunstancias que ocasionan estrés generalmente implican múltiples aristas, por lo que las respuestas también deben ser conjuntas, por lo que, para que el afrontamiento sea exitoso se requiere la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible.

- *Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de TDA/H.*

La situación de los padres con hijos diagnosticados con TDA/H es bastante exigente, diversos estudios han evaluado como estas personas hacen frente a dicha situación, en este sentido González et al. (2014), comparó a madres de niños con TDA/H y aquellas con hijos neurotípicos respecto al estilo parental y a las estrategias puestas en marcha. En cuanto al estilo parental, las madres del primer grupo, estas expresaron mayor crítica, menor expresión afectiva y comportamientos educativos más rígidos y, a pesar de que no hubo mayores disimilitudes en cuanto a las estrategias de afrontamiento, las madres de niños con TDA/H mostraron una inclinación por estrategias racionales y emocionales.

Con respecto a la dimensión de afrontamiento racional o centrado en el problema, estos investigadores mencionan que la resolución del problema y la búsqueda de apoyo social son las estrategias más utilizadas; por lo que, el afrontamiento en este tipo de población está dirigido a buscar soporte y orientación en otras personas o instituciones; en otras palabras, explican que los padres tienden a buscar profesionales que les ayuden a formar planes de acción frente a las dificultades del niño con TDA/H (González et al., 2014).

Esta predominancia es reforzada por Chimborazo y Farez (2023) quien en su investigación encontró que, en su mayoría, los padres de niños con TDA/H emplean el enfrentamiento activo, la planificación y la aceptación, y posteriormente se encuentra la reevaluación positiva. Este autor menciona que las estrategias usadas con menor

frecuencia corresponden a la religión, el apoyo emocional, la auto distracción y el desahogo (Chimborazo y Farez, 2023).

El núcleo familiar, en especial los padres, en base a sus estilos de afrontamiento, pautas de crianza y establecimiento de conexiones familiares, búsqueda de recursos y ambiente emocional, ejercen una valiosa influencia definiendo la calidad de las redes de apoyo con las que un niño con TDA/H pueda contar dentro de su núcleo de referencia.

1.1.7 Terapia cognitivo conductual (TCC)

La TCC es una forma de psicoterapia que hunde sus raíces en la teoría del aprendizaje y se basa en estudios empíricos para obtener información sobre la naturaleza de los trastornos y guiar el desarrollo de nuevas intervenciones y documentar la efectividad de los tratamientos existentes. La TCC no se limita al comportamiento y al intelecto puro; por el contrario, se ocupa del funcionamiento emocional del paciente e insiste en modificar las respuestas comportamentales emocionales y cognitivas desadaptativas que caracterizan a cada trastorno individual (Stern et al., 2005).

Esta forma de terapia fue concebida por Aaron Beck (Beck et al. 2002 citado en Toribio y Andrade, 2025) es uno de los modelos de psicoterapia que se utiliza con frecuencia en las intervenciones psicológicas, pues a través de su aplicación se busca alcanzar una modificación en la conducta y en la manera de percibir y entender una situación, por lo que la respuesta ante ella sea beneficiosa para el individuo.

El enfoque cognitivo-conductual incluye intervenciones tanto conductuales (conciben el cambio modificando al comportamiento) como cognitivas (dirigida

modificar pensamientos que mantienen el malestar) ambas sugieren que todas las consecuencias desadaptadas corresponden a aprendizajes erróneos anteriores y que se puede reducir el malestar percibido (síntomas) al desaprender lo aprendido o al obtener nuevas experiencias que admitan estructurar nuevos esquemas por ejemplo etiquetar las situaciones de forma más realista.

Molina (s.f) indica que “los fundamentos de la TCC se anclan en la premisa de que los pensamientos, las emociones y las conductas se encuentran interconectadas y se influyen mutuamente” (p. 12).

- ***Objetivos de la TCC***

En el caso de la terapia cognitiva, su objetivo se enfoca en los pensamientos y emociones que condicionan el comportamiento y la terapia conductual en cambiar o extinguir comportamientos no deseados; en conjunto han sido útiles para trabajar con síntomas físicos y cognoscitivos asociados a un estado de ansiedad. Con respecto a la ansiedad el enfoque sostiene que tiene su origen en las distorsiones cognitivas que surgen en el proceso de preocupación y que al ayudar a los consultantes a reconocer sus pensamientos ansiosos reemplazándolos por pensamientos alternos más racionales a la preocupación y aplicándolos en la realidad se puede romper el ciclo de pensamientos negativos y de preocupaciones los cuales también se ponen en control al combinar técnicas de relajación y técnicas cognitivas (Delgado, 2023).

De este modo la TCC tiene como finalidad ayudar a las personas a conocer y modificar esos esquemas de pensamiento y de comportamiento que son perjudiciales, para elevar su bienestar emocional y sus competencias. Al respecto, Lozano y Sandoval (2025)

señalan que la TCC enseña al paciente a identificar en distintas situaciones, los pensamientos, las emociones, las conductas y las sensaciones físicas que la acompañan ya que estos conforman las unidades de análisis, pues mediante su modificación se generaran nuevas formas de afrontamiento.

- ***Técnicas de la TCC***

El primer paso en el abordaje de un paciente es la entrevista, durante la cual se identifican las conductas problemas actuales, así como las objetivo, y partiendo desde ahí se escoge el método de intervención más efectivo. De acuerdo con Fernández (2010 citado en Alanís, 2018) está compuesta por:

- Establecimiento de *rapport*, el cual busca generar un clima empático durante las sesiones.
- Indagación sobre las diferentes áreas de la persona (familiar, escolar, laboral, social, médica, etc.) para la creación de la historia clínica del mismo.
- Realización del análisis funcional de las conductas problema (evaluar lo que sucedió antes, durante y después; así como la intensidad, duración y frecuencia de éstas y el impacto que tienen en otras áreas de su vida).
- El establecimiento de los objetivos, los cuales deben ser: específicos, reales, en positivo, alcanzables y medibles (Alanís , 2018).

A partir de ese diagnóstico inicial el terapeuta procede a desarrollar las técnicas de TCC que considere pertinentes para el caso en particular, dentro de estas técnicas se tienen:

- ***Reestructuración cognitiva***

La reestructuración cognitiva es un procedimiento técnico que se dirige a modificar los pensamientos distorsionados que provocan sensaciones desagradables y de frustración; de este modo, se centra en desagregar estructuras mentales involuntarias que aparecen ante determinadas situaciones, que no se hacen conscientes pero que influyen en el estado emocional (Clark y Egan, 2015).

Es así como esta técnica tiene como objetivo trabajar sobre los pensamientos automáticos, recurrentes o negativos a fin de establecer conductas más adaptadas para que el individuo conciba ideas claras y pertinentes para afrontar los momentos estresantes.

En este orden de ideas, Valderrama (2022) señala que esta técnica confronta los pensamientos desadaptativos (distorsiones cognitivas) con los de razonamiento, utilizando estrategias de visualización guiada o registro para llegar a una conclusión concreta. Este autor, señala cuatro dimensiones de la reestructuración cognitiva basándose en Ellis (1981):

- a) La conceptualización, que hace referencia a la comprensión de la narración detallada del contexto presente que genera reacciones inadaptadas al ambiente externo, así como pensamientos irracionales de forma individual. Los

indicadores de esta dimensión son la descripción del evento actual y el carácter de los pensamientos hipotéticos.

- b) El análisis del pensamiento inadaptado, aquí se indaga acerca de la configuración de los pensamientos disfuncionales que nacen del sistema de creencias de cada ser humano; a partir del cual se construye una percepción errada de la realidad. En esta etapa se plantean soluciones para mejorar esto, replanteando entonces el relato original. Los indicadores son la utilidad del pensamiento, soluciones de cambio y la conclusión reestructurada.
- c) El análisis de las respuestas conductuales, donde se escudriñan a fondo los pensamientos, para materializarlos a través de ejercicios donde el paciente realiza predicciones a partir de los pensamientos erróneos para verificar si su cumplimiento es real o no. Los indicadores son las pruebas de observación, ensayo activo y resultado del ensayo.
- d) Los supuestos y creencias, donde se cambian los esquemas que puedan afectar el avance existente; aquí el individuo forma nuevamente ideas alternativas; esto disminuye las posibilidades de reincidir y se constituyen en una tarea post terapia para perpetuar el proceso de cambio y un pensamiento más realista y cónsono con la situación.

- ***Desensibilización sistemática***

Esta técnica, conceptualizada por Joseph Wolpe, tiene sus principios en el condicionamiento clásico; en ella se expone gradualmente a la persona a la situación que le causa ansiedad, temor o fobia, al tiempo que aprende a relajarse. Esto se ampara en el concepto de que no se pueden sentir dos emociones al unísono; no es posible sentir miedo

y estar relajado a la vez, de esta forma, se aprende a sustituir la respuesta de ansiedad o temor por la respuesta de relajación (Molina, s.f.).

- ***Exposición y prevención de respuesta***

Esta técnica consiste en exponer a la persona al estímulo que le genera ansiedad, sin que se ejecuten los comportamientos de evitación o compulsiones que habitualmente tomaría (Molina, s.f.). Al principio se emplean imágenes (fotos o videos) y luego se expone a la situación real.

- ***Adiestramiento en inoculación de estrés.***

El adiestramiento en inoculación de estrés (AIE) tiene como finalidad principal la adquisición de habilidades de afrontamiento, para las situaciones actuales de estrés, como para resolver situaciones futuras; esta técnica se realiza en tres etapas de acuerdo con Meichenbaum (1987, citado en Roldan, 2022):

- ✓ La fase de conceptualización el principal objetivo es preparar el escenario para las intervenciones posteriores, estableciendo una relación de trabajo en colaboración entre el paciente(s) y el terapeuta.
- ✓ La segunda fase llamada de “adquisición de habilidades y ensayo”, es ayudar a los pacientes a desarrollar y consolidar una variedad de habilidades de afrontamiento intra e interpersonales.
- ✓ La tercera fase del AIE (aplicación y consolidación) consiste en ayudar a los pacientes para que practiquen sus habilidades de afrontamiento tanto en las sesiones de adiestramiento como en la vida real.

- ***Resolución de problemas***

La implementación de esta técnica tiene como objetivo terapéutico ayudar a al paciente a identificar y solucionar problemas, que provocan las respuestas desadaptativas; es decir, contribuye a fomentar capacidades básicas para manejar las dificultades (Bados y García , 2014). De este modo se exponen nueve fases en esta técnica:

- ✓ Definir el estresor o las reacciones de estrés como un problema que se ha de resolver.
- ✓ Establecer metas realistas lo más concretamente posible, expresando el problema en términos de conducta y delineando los pasos necesarios para lograr cada objetivo.
- ✓ Generar una amplia gama de posibles acciones alternativas.
- ✓ Imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les pidiera que trataran un problema de estrés similar.
- ✓ Evaluar los pros y los contras de cada solución propuesta y ordenar las soluciones desde la menos a la más práctica y deseable.
- ✓ Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica graduada.
- ✓ Intentar la solución más aceptable y factible.
- ✓ Esperar algunos fracasos, pero sentirse gratificado por haberlo intentado.
- ✓ Reconsiderar el problema original a la luz del intento de solucionarlo.

- ***Técnicas de relajación***

La relajación facilita al individuo una herramienta para controlar una respuesta incompatible con los estados de ansiedad, por lo que es aplicada para modular la activación fisiológica asociada al estrés. Esta técnica generalmente se pone en práctica como actividad de entrada en el manejo del estrés ya que su uso es sencillo (Roldán, 2022).

Etchebarne (2016) refiere algunas ventajas de la relajación como son su naturaleza “portátil” y aplicada, encontrando similitudes con el Mindfulness; la flexibilidad conductual; el abordaje transdiagnóstico; es de fácil entrenamiento y presentación; y es fácilmente integrable con otros abordajes cognitivo-conductuales.

1.1.8 Intervención psicoterapéutica grupal

Según Sarason y Sarason (1996 citado en Delgado, 2023), las características de una terapia grupal son autorrevelación (oportunidad de hablar acerca de los problemas personales) aceptación y apoyo (fomento de sentimientos de pertenencia y de ser valorado que facilitan la autoaceptación) aclaración de las normas (se aprende que no es la única persona con problemas y que sus problemas no son únicos o más graves) aprendizaje social (nueva forma de relacionarse de manera constructiva y adaptada) aprendizaje vicario (la posibilidad de aprender sobre sí mismo a partir de la observación de otros miembros y del terapeuta) y la comprensión de sí mismo (a través del autodescubrimiento mediante la interacción con el otro).

Roldan (2022) destaca la importancia de impartir a los padres técnicas enfocadas en la resolución de problemas, en relajación y la reestructuración cognitiva, señalando que las mismas ayudan a reducir los niveles de estrés que estos experimentan como consecuencia del comportamiento de sus hijos. Partiendo de esto, se han diseñado y llevado a cabo intervenciones psicoterapéuticas grupales destinadas a disminuir el estrés parental las cuales retoman principalmente el entrenamiento en relajación, psicoeducación, habilidades de inteligencia emocional, métodos de autocontrol, modificación de las habilidades de crianza y la resolución de problemas.

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO

2.1 Procedimiento

2.1.1 Diseño del programa de la investigación

El programa de intervención diseñado tiene como finalidad reducir los problemas de afrontamiento en los acudientes de niños con diagnóstico de TDA/H, mediante una serie de sesiones basadas en la psicoterapia cognitivo-conductual grupal.

Está dirigido a acudientes de niños entre 6 y 12 años atendidos en la Fundación Valórate, quienes han sido seleccionados por cumplir criterios establecidos en la muestra.

El programa consta de doce (12) sesiones temáticas, desarrolladas en un lapso de cuatro meses (octubre 2024 a febrero 2025) diseñadas a partir de la revisión de literatura científica relevante sobre el afrontamiento parental, las repercusiones emocionales del TDA/H en la dinámica familiar, y las técnicas eficaces del enfoque cognitivo-conductual y las observaciones de la Fundación Valórate para ofrecer un programa psicoeducativo preventivo.

Cada sesión se programó para una duración aproximada de 60 minutos y se desarrolla de forma grupal, con una metodología participativa, sin embargo, desde la séptima sesión la duración se extendió a 120 minutos (2horas).

Durante las sesiones se abordaron temas como: el impacto del TDA/H en la familia, el apego positivo, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en la solución, agentes estresores y el autocuidado, técnicas de reinterpretación positiva, entrenamiento en auto instrucciones, control de activación emocional, relajación progresiva, técnicas conductuales, mindfulness y un cierre integrador.

Se utilizaron estrategias didácticas como: exposiciones teóricas, dinámicas participativas, simulaciones, cuestionarios socráticos, ejercicios guiados de respiración, lluvia de ideas inversas, uso de videos explicativos, talleres prácticos y tareas para el hogar. La ejecución de las sesiones fue realizada por la investigadora.

El programa tuvo como objetivo general mostrar los efectos de saber gestionar los problemas de afrontamiento en los acudientes, y como objetivos específicos:

- Ofrecer información sobre estrategias personales, emocionales y educativas.
- Dotar de herramientas de autocuidado y técnicas de relajación.
- Entrenar en la búsqueda de apoyo y en habilidades de comunicación.
- Reforzar la autoconfianza parental y el manejo emocional.

Las sesiones fueron organizadas de manera progresiva para que las acudientes incorporarán y practicarán estrategias durante todo el proceso de intervención, estas se ilustran en la tabla 3.

Tabla 3. Estructura de las sesiones del Programa de Intervención Cognitivo-Conductual Grupal para acudientes de niños con TDA/H

SESIÓN	TEMA CENTRAL	OBJETIVO PRINCIPAL	TÉCNICAS/ACTIVIDADES
1	El impacto del TDA/H en la familia	Sensibilizar sobre cómo afecta el TDA/H a la dinámica familiar y el estrés parental.	Exposición, dinámica grupal, preguntas.
2	Relaciones padres-hijos y apego positivo	Identificar los patrones de pensamiento, promover el apego seguro y la comunicación efectiva.	Reflexión guiada, recomendaciones prácticas para las respuestas agresivas pasivas.
3	Afrontamiento centrado en la emoción	Identificar estrategias emocionales para el manejo del estrés, la ira y la frustración.	Representación de situaciones, lluvia de ideas inversas, discusión, registro de pensamientos.
4	Afrontamiento centrado en la solución	Entrenar habilidades prácticas para resolver problemas.	Simulaciones (la pregunta milagro).
5	Agentes estresores y autocuidado	Manejar el estrés a través de estrategias de autocuidado físico, mental y emocional.	Lista de estresores, hábitos saludables, técnicas de autocuidado.
6	Reinterpretación positiva	Fomentar resiliencia y cambio de perspectiva ante dificultades.	Cuestionamiento socrático, reformulación de creencias, registro de pensamientos.
7	Entrenamiento en auto instrucciones (EA)	Enseñar a guiar la conducta y controlar la ansiedad mediante auto instrucciones.	Trabajar el diálogo interno, presentación guiada, tareas para casa.
8	Detención del pensamiento (DP)	Aprender a interrumpir pensamientos obsesivos o negativos.	Técnica con estímulo disruptivo, pensamiento alternativo.
9	Relajación progresiva y respiración	Aplicar técnicas fisiológicas para controlar la activación emocional.	Ejercicios guiados, video, práctica en grupo.
10	Activación conductual	Reestructurar rutinas, fomentar comportamientos positivos y la participación en actividades placenteras.	Establecimiento de metas (tablero de visión), trabajar valores personales, registro de diario.
11	Mindfulness	Desarrollar conciencia plena y aceptación emocional sin juicio.	Trabajar la respiración en la caja, ejercicios prácticos para la casa, video.
12	Repaso final y cierre	Consolidar lo aprendido, fortalecer red de apoyo y aplicar técnicas aprendidas.	Retroalimentación general. Programación del postest.

2.1.2 Sustento teórico del programa

- ***Metodología de la fase de evaluación del Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-Conductual Grupal***

La fase de evaluación se enmarca en el modelo cognitivo-conductual, que pone el foco en la identificación de pensamientos automáticos, creencias desadaptativas, respuestas emocionales y patrones conductuales implicados en el afrontamiento cotidiano de los acudientes de niños con TDA/H (APA, DSM-5). Bajo este marco, se empleó una estrategia multimétodo para perfilar necesidades y ajustar el contenido del programa:

Para la fase de evaluación se emplearon dos instrumentos complementarios con el propósito de obtener una comprensión integral de las estrategias de afrontamiento y de las necesidades emocionales de los acudientes. En primer lugar, se utilizó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A), instrumento que estima la predominancia de estrategias centradas en el problema o en la emoción, así como distinguir entre estilos funcionales y disfuncionales de afrontamiento. Los puntajes obtenidos a través del CRI-A sirvieron como línea base para definir los objetivos de cambio y orientar la selección de técnicas psicoterapéuticas específicas, tales como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y la relajación aplicada.

En segundo lugar, se aplicó una entrevista clínica semiestructurada al acudiente (ver Guía en Anexo 1), diseñada para ampliar y contextualizar los resultados del CRI-A. Esta guía explora cuatro bloques temáticos: los datos generales y el contexto familiar y laboral, que incluyen aspectos como la composición del hogar, los horarios y las redes de

apoyo; la descripción personal y afrontamiento, que aborda las estrategias empleadas ante situaciones de estrés, las fortalezas, áreas de mejora y actividades de autocuidado; la experiencia y conocimientos sobre el TDA/H, en la que se indaga sobre la fuente del diagnóstico, el impacto percibido en la vida familiar, el manejo conductual en el hogar y las expectativas frente a la intervención; y finalmente, la observación conductual del evaluado, mediante una matriz de registro que considera variables como la expresión facial, la postura corporal, la orientación, el tono y fluidez del habla, y el contenido verbal.

Esta entrevista captó matices cualitativos vinculados con las creencias nucleares, las barreras contextuales y la motivación al cambio de los participantes, elementos que suelen pasar inadvertidos en los instrumentos de autoinforme y que resultan esenciales para individualizar los componentes psicoeducativos y las actividades prácticas del programa de intervención psicoterapéutica grupal.

- ***Metodología de la fase de intervención del Programa psicoterapéutico cognitivo-conductual grupal.***

La intervención fue diseñada con base en técnicas y principios de la psicoterapia cognitivo-conductual, como la reestructuración cognitiva, enfoque en el presente, entrenamiento en auto instrucciones, ejercicios de relajación y respiración, cuestionamiento socrático, registro de pensamientos, programación de actividades. Estas técnicas han demostrado efectividad en la reducción del estrés, la ansiedad y la mejora de habilidades de afrontamiento en diferentes poblaciones.

Se incorporaron también técnicas basadas en el modelo de afrontamiento transaccional de Lazarus y Folkman, que distingue entre estrategias adaptativas y desadaptativas, esto posibilita trabajar tanto a nivel emocional como práctico con los acudientes.

El programa se desarrolló en formato grupal, facilitando la interacción, el aprendizaje entre pares y la creación de redes de apoyo, aspectos que fortalecen la adherencia y la eficacia del proceso terapéutico.

2.2. Problema de investigación

El TDA/H se caracteriza por dificultades para mantener la atención, controlar los impulsos y manifestar hiperactividad, siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más comúnmente diagnosticados en la infancia. Sus manifestaciones pueden implicar al área cognitiva, académica, del comportamiento, emocional y del funcionamiento social.

Bermejo (2024) señala que las investigaciones prospectivas apuntan a que cerca del 34 % al 66 % de infantes diagnosticados con TDA/H continúan manifestando síntomas en la edad adulta. Respecto a los síntomas principales, se ha evidenciado diferencias en función del sexo, donde el sexo masculino se inclina por un patrón más hiperactivo y exhiben mayores dificultades en la inhibición de respuesta y flexibilidad cognitiva respecto a las féminas.

Se trata de una entidad crónica de etiología múltiple (genética, factores no hereditarios e interacción con factores ambientales) en el que también interviene la epigenética (Curiel et al., 2024). El TDA/H es bastante común en la población infantojuvenil; la prevalencia general se sitúa entre el 5,9 y el 7,1 %, describiéndose un 6,8 % en España; la CDC (2024) refiere que 7 millones (11,4 %) de niños estadounidenses de entre 3 y 17 años han sido diagnosticados alguna vez con TDA/H, mientras que este riesgo es menor en niños hispanos (10 %) frente a los no hispanos (12 %). Por lo general es más frecuente en niños que en niñas, con una proporción que va de 2 a 1 hasta de 9 a 13.

Las regiones que presentan una elevada variabilidad en los rangos de prevalencia son África y América del Sur, sumado a lo cual, estas áreas son a las que se le atribuyen las mayores cifras de prevalencia, las cuales de forma general están significativamente muy por encima de la media (González et al., 2024). Según la Liga Latinoamericana para TDA/H, en Latinoamérica hay más de 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado.

En Latinoamérica, Pavón (2024) señala que menos de 7 % de los niños siguen algún tratamiento farmacológico y que menos de 23 % siguen un tratamiento psicosocial, reportándose cerca de ocho millones de infantes sin diagnóstico ni tratamiento en esta región. Por su parte Rosenshain (2015) refiere que en Panamá en el 2009 aproximadamente el 7.4 % de los niños entre 6 y 11 años presentan este trastorno.

Los padres o cuidadores de niños con TDA/H enfrentan desafíos significativos debido a la imprevisibilidad del comportamiento del niño y a la dificultad inherente de

autocontrol y autorregulación. El TDA/H tiene un gran impacto sobre el funcionamiento familiar en lo referente, tanto al estrés parental que conlleva, como a los estilos parentales de crianza característicos de esta población. Las relaciones entre padres y niños con TDA/H suelen caracterizarse por el conflicto debido a la mayor carga de cuidado, compromiso y tolerancia que ameritan.

Esta situación puede generar sentimientos contradictorios de amor y rechazo, además de agotamiento físico y mental. El impacto del diagnóstico de TDA/H en la dinámica familiar es evidente, convirtiendo la crianza en un desafío considerable, como lo han señalado diversas investigaciones (González et al., 2025). Este impacto se evidencia en una tasa de separaciones y divorcios mayores en familias con TDA/H, incapacidad de establecer criterios comunes de crianza y dificultades para la convivencia en pareja (Barzallo, 2019).

Los padres o cuidadores son la pieza esencial para garantizar una evolución satisfactoria de estos individuos, así como su incorporación a la sociedad. Según González et al. (2018), el cuidado de niños y adolescentes con TDA/H presenta suficientes desafíos y los cuidadores generalmente presentan elevados niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta. En el caso de infanto-juveniles con TDA/H, los estilos de afrontamiento de los cuidadores revisten gran importancia, dado que si esos estilos no son los adecuados pueden generar consecuencias sociales, económicas, médicas y familiares.

González et al. (2020) reporta que las dimensiones más afectadas de calidad de vida en los cuidadores son las emociones y conductas, descanso y sueño, y la preparación

recibida para brindar cuidados al niño con TDA/H; por otra parte, Lazarín (2019) encontró que, a mayor grado de sobrecarga en madres de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, menor será la adherencia terapéutica de dicha población. El agotamiento físico y emocional es denominado Burnout parental llevando a los padres a presentar problemas personales, laborales y sociales, refiriendo, además, un elevado riesgo de entrar en conductas de maltrato o negligencia contra los niños, depresión, ansiedad e ideaciones suicidas o de escape (De Jesús, 2023).

En nuestro entorno la responsabilidad del cuidado de estos niños generalmente recae en la madre, quienes deben muchas veces, equilibrar su rol de atención al paciente con TDA/H y su trabajo o estudios; por lo que es la persona que pasa más tiempo con el niño. La Organización Mundial de la Salud define al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable de este en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta” (OPS/BID, 2023). Dichas acciones de cuidado pueden ser sumamente desgastantes para quien las lleva a cabo, ya que esta persona debe hacer frente a las demandas del paciente y a su vez asumir el rol familiar que llevó a cabo antes de dicha situación.

La carga del cuidador se conceptualiza como las actitudes y reacciones emocionales frente a la experiencia de cuidar y el grado de perturbación o cambios en diversos aspectos en el ámbito doméstico y en la vida de los cuidadores. Algunas variables evidenciadas en los cuidadores que han sido investigados para conocer el nivel de la

sobrecarga son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés (Lazarín, 2019).

Frente a este panorama se han llevado a cabo intervenciones que han demostrado resultados positivos en varias dimensiones como la mejora de los niveles de capacidad de afrontamiento y adaptación, así como mejoras en la valoración subjetiva de su calidad de vida (Enríquez, Torres, Mora y León, 2021); del mismo modo se han implementado intervenciones psicoterapéuticas grupales basadas en el enfoque cognitivo-conductual que han logrado disminuir la sintomatología de ansiedad-estado en cuidadoras primarias de niños con TDA/H (Delgado, 2023).

Conociendo el problema que aqueja a los padres o cuidadores, al no saber cómo manejar esta vivencia inesperada al tener un niño con TDA/H; se plantea investigar ¿en qué medida la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual grupal tendrá efectos en los problemas de afrontamiento que presentan los acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate 2025.

Esta investigación centra su importancia en proteger el bienestar físico y mental de los padres y/o cuidadores de niños y adolescentes con TDA/H quienes ejercen el importante papel de velar por el cuidado de estos pacientes, por lo cual se enfrentan a situaciones de riesgo para sobrellevar su propia salud, es imperante ayudarlos a sobrellevar su responsabilidad de la manera más adecuada pues de ellos depende la adaptación de los pacientes a su entorno.

Los programas de intervención psicoterapéutica en padres de niños con TDA/H han sido beneficiosos, ayudando a minimizar el impacto negativo de esta condición sobre los cuidadores, la familia, y mejorando la dinámica entre padres/hijos, por lo que la propuesta de este estudio se suma a la defensa de la salud de esta población.

Los resultados de esta investigación ofrecen una comprensión más amplia de la interacción entre los padres o cuidadores y los niños y adolescentes con TDA/H, así como las perspectivas de los primeros acerca de esta situación y cómo la afrontan, lo que a futuro puede servir de referencia para el desarrollo de estudios que abarquen estas dimensiones u otros aspectos similares.

Esta información es útil para los estudiantes y profesionales de psicología, pues su contenido sirve a otras áreas de la salud, como enfermería, medicina, así como a trabajadores sociales, docentes y demás especialidades implicadas en el abordaje multidisciplinario de los trastornos del neurodesarrollo, bien para ser empleados en el área de estudio, investigación o desarrollo profesional.

El enfoque en la salud mental de los cuidadores repercute directamente en el bienestar de los pacientes, además de beneficiar a los otros miembros de la familia, a su comunidad, así como al entorno escolar en que se desenvuelve el niño. Sumado a esto, la orientación a los padres proporciona conocimientos y experiencias valiosas que estos replicaran como información y conductas de referencia en sus ámbitos sirviendo como difusores de un contenido adecuado.

Debido a que existen limitaciones para los padres o cuidadores en el acceso para obtener apoyo, capacitación o acompañamiento en el manejo de las conductas

relacionadas a la condición del TDA/H y hacerle frente a la carga emocional ante el estigma de la sociedad y la propia familia, se hace necesario implementar programas de intervención terapéutica grupal desde el enfoque cognitivo-conductual para acudientes de niños con TDA/H, el cual busca demostrar la eficacia para reducir el estrés y la ansiedad, junto con otras conductas de riesgo; asimismo, se busca fortalecer el autoestima y las habilidades de los padres o cuidadores en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

La implementación de un programa de intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en la Fundación Valórate, contribuye a fortalecer la atención psicológica que se brinda dentro de esta institución, y puede ser replicada en otros grupos de acudientes, además de ser punto de referencia para su aplicación en otras instituciones donde se preste atención a este tipo de pacientes. A través de los resultados del programa de intervención, se espera lograr una mejor calidad de vida para los padres o cuidadores e incentivar su participación en las actividades y talleres ofrecidos por la Fundación Valórate, como fuentes de apoyo para su entorno familiar.

El estudio además es una contribución a la Universidad de Panamá como centro de investigación dirigida hacia la resolución de problemas que afectan a la comunidad, siendo la salud uno de los grandes retos dentro del país, y hacia el cual se dirigen una parte importante de los trabajos realizados por los futuros profesionales de esta casa de estudios.

2.3 Diseño de investigación

El diseño metodológico adoptado para este estudio es preexperimental, específicamente un diseño de grupo único con mediciones pretest y posttest. Este tipo de diseño pertenece a la categoría de los diseños cuasiexperimentales y se utiliza en contextos en los que no es posible aplicar aleatorización ni establecer un grupo de control, ya sea por motivos éticos, prácticos o logísticos (Ato., 2013).

En este diseño, un grupo de participantes es evaluado antes y después de recibir una intervención, consiste en observar cambios que puedan atribuirse al tratamiento aplicado. Es decir, se mide una variable dependiente en un primer momento (O_1 – pretest), luego se introduce el estímulo o tratamiento (X), y posteriormente se vuelve a medir la misma variable (O_2 – posttest), para identificar si se ha producido algún efecto.

Este diseño se representa simbólicamente de la siguiente manera:

- GE: $O_1 - X - O_2$
- GE: Grupo experimental (acudientes seleccionados)
- O_1 : Medición inicial antes de la intervención (pretest)
- X: Aplicación de la Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Grupal
- O_2 : Medición posterior a la intervención (postest)

Según Hernández-Sampieri et al. (2018), mediante este diseño se obtiene información preliminar sobre la viabilidad y los efectos potenciales de un programa, es particularmente útil en estudios exploratorios.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H que presentan problemas de afrontamiento pertenecientes a la Fundación Valórate, 2025.

2.4.2 Objetivos específicos

- Dotar a los acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate de estrategias de afrontamiento adecuadas para una mejor adaptación a los conflictos interpersonales y situaciones estresantes.
- Identificar los problemas de afrontamiento presentes en los acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate.
- Evaluar los resultados del Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRI-A en acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate.
- Comparar estadísticamente las estrategias de afrontamiento presentes en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRI-A entre acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate, antes y después de la aplicación de la psicoterapia cognitivo conductual grupal.

- Validar estadísticamente la efectividad de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H que presentan problemas de afrontamiento pertenecientes a la Fundación Valórate.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

La intervención basada en el programa de psicoterapia cognitiva conductual grupal reducirá los problemas de afrontamiento en una muestra de acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H de la Fundación Valórate.

2.6 Variables

2.6.1 Variable independiente

Intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal

- ***Definición conceptual***

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que hunde sus raíces en la teoría del aprendizaje y se basa en estudios empíricos para obtener información sobre la naturaleza de los trastornos guiar el desarrollo de nuevas intervenciones y documentar la efectividad de los tratamientos existentes. La TCC no se limita al comportamiento y al intelecto puro, por el contrario, se ocupa del funcionamiento emocional del paciente e insiste en modificar las respuestas

comportamentales emocionales y cognitivas desadaptativas que caracterizan a cada trastorno individual (Stern, Herman y Slavin, 2005).

- ***Definición operacional***

La aplicación o intervención cognitivo conductual grupal consistió en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales de forma grupal a lo largo de 12 sesiones semanales de 60 minutos de duración cada una.

Para llevar a cabo el Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Grupal se tomaron en cuenta tres (3) etapas.

- En la primera etapa se realizó una evaluación inicial que consistió en una entrevista clínica individual a los participantes y después se aplicó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRÍ-A) con la finalidad de identificar los problemas de afrontamiento.
- La segunda etapa consistió en la aplicación del Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Grupal, es decir, identificados los problemas de afrontamiento, se coordinaron doce (12) sesiones agrupadas en cuatro (4) bloques temáticos. La metodología de trabajo planteada en el programa estuvo formada por sesiones grupales. Cada sesión tenía uno o varios objetivos, combinando psicoeducación y actividades prácticas. Para el desarrollo de cada una de las sesiones, se diseñaron una serie de recursos digitales y materiales para los acudientes, facilitando así el proceso de aprendizaje.

- La tercera etapa, permitió administrar el CRI-A después de finalizado el Programa de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual Grupal para valorar la existencia o no de cambios significativos en el puntaje de los participantes.

2.6.1 Variable dependiente

- ***Problemas de Afrontamiento***

El concepto de afrontamiento hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; es decir, para tratar tanto con las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con malestar psicológico que suele acompañar al estrés (Sandín et al., 2008). Siguiendo esta definición, podemos decir que los problemas de afrontamiento son las reacciones desadaptativas que se tienen ante las dificultades de la vida. Estudios señalan que la mayoría de las personas experimentan al menos un evento potencialmente traumático en su vida (Bonanno y Mancini, 2008). La manera de reaccionar a estos eventos diferencia a unas personas de otras (Fletcher y Mustafa, 2013) y más aún cuando el trauma puede ser el resultado.

- ***Definición operacional***

Es la respuesta que obtendrán los participantes a través del CRI-A, el cual permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Sus ocho escalas incluyen estrategias de aproximación al problema (análisis lógico, reevaluación positiva, búsqueda de guía y orientación, resolución de problemas) y de evitación de este (evitación cognitiva, aceptación o resignación, búsqueda de recompensas alternativas, descarga emocional).

2.7 Instrumento de Evaluación

Para el presente estudio se emplearon dos instrumentos de recolección de datos, los cuales permitieron obtener información tanto cualitativa como cuantitativa sobre las variables en estudio.

El primer instrumento fue una entrevista clínica semiestructurada, diseñada para ser aplicada a los acudientes participantes antes del inicio de la intervención. Esta entrevista tuvo como propósito recabar información general, personal, médica y emocional, así como observar aspectos conductuales relevantes durante la interacción con el evaluador. Para ello, se incluyó una tabla de observación conductual, donde se registraron aspectos como la expresión facial, el tono de voz, la postura corporal, el sentido del humor y la apariencia personal, entre otros. Cada uno de estos ítems fue evaluado en una escala de tres niveles: inapropiada, normal o muy apropiada, con el fin de complementar la interpretación clínica del estado emocional y comportamental del participante.

El segundo instrumento fue el CRI-A, elaborado por R. H. Moos (1993) y adaptado al español por Teresa Kirchner Nebot y María Forns Santacana (2010). Esta herramienta fue aplicada de forma individual y tuvo como finalidad evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los acudientes frente a situaciones estresantes. El CRI-A constó de dos partes: una sección inicial en la que el participante debía describir una situación difícil vivida en los últimos 12 meses, y una segunda parte compuesta por 48 ítems divididos en ocho escalas, correspondientes a estrategias de afrontamiento tanto de aproximación como de evitación. Su aplicación tuvo una duración aproximada de entre

15 y 30 minutos, y los resultados fueron interpretados utilizando baremos estandarizados por sexo, expresados en percentiles y puntuaciones T.

2.8 Población y muestra

De acuerdo con lo mencionado por Supo (2020), la población de un estudio está referida al “conjunto de todas las unidades de estudio, ya sean sujetos u objetos, cuya característica observable o reacción que puedan expresar nos interesa estudiar” (p.51).

En este caso, y teniendo en cuenta la definición antes expuesta, la población objeto de estudio fueron los acudientes que presentan problemas de afrontamiento y que tienen niños que han sido diagnosticados con el TDA/H que asisten la Fundación Valórate. Esta fundación atiende a 234 niños y adolescentes a nivel nacional, de los cuales 182 pertenecen a la provincia de Panamá.

Para el desarrollo de la investigación, se trabajó con un total de 30 acudientes de niños fueron diagnosticados con TDA/H, que asistían a la Fundación Valórate, ubicada en la provincia de Panamá, y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

El tipo de muestreo que se empleó fue el muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual la elección de los elementos dependió de factores relacionados con las características del estudio y la accesibilidad por parte del investigador. El procedimiento no fue aleatorio ni se basó en fórmulas probabilísticas, sino que se determinó a partir del juicio y decisión del investigador, priorizando la

facilidad de acceso a los participantes. En este sentido, la muestra fue seleccionada porque representaba un grupo accesible para el desarrollo del programa de intervención (Pilco, 2022).

Para ello, la Fundación Valórate proporcionó el listado de acudientes que asisten de manera regular a la atención de sus hijos, de los cuales 30 presentaron puntajes bajos en el CRI-A.

2.9 Criterios de Inclusión

- Acudientes que presentaron puntajes bajos en el CRI-A y que tengan hijos/as con TDA/H, que estén dentro del grupo etario de niñez, entre 6 a 12 años, pertenecientes a la Fundación Valórate.
- Acudientes que aceptaron participar en la investigación firmando el consentimiento informado.
- Acudientes que aceptaron participar en las doce (12) sesiones grupales.
- Acudientes sin antecedentes de diagnóstico de trastorno mental.

2.10 Criterios de Exclusión

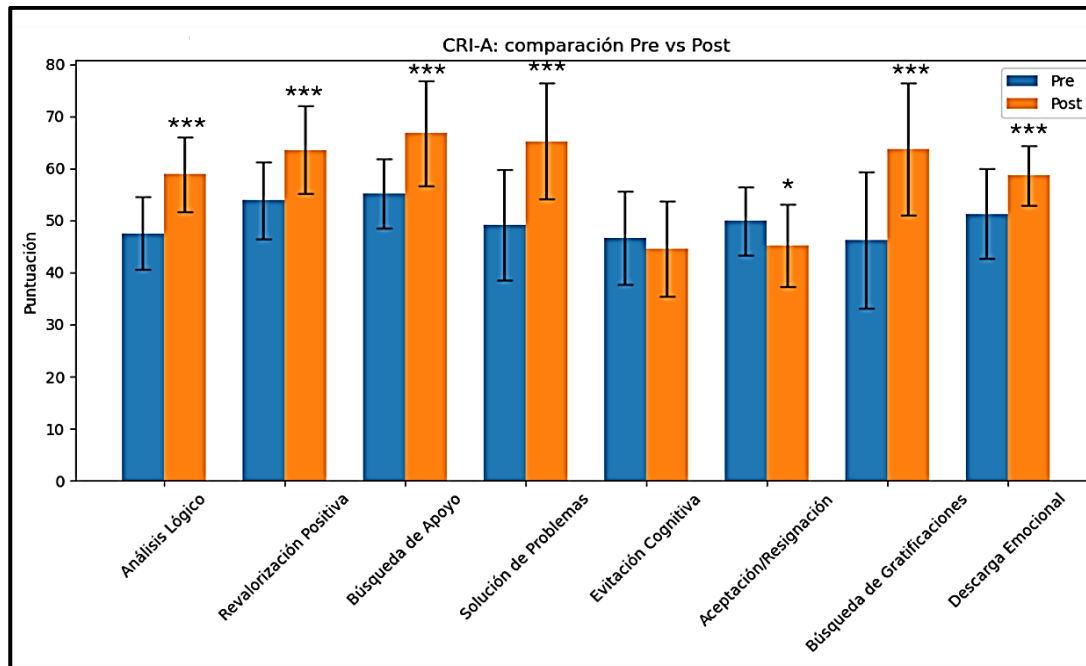
- Acudientes que alcanzaron puntuaciones altas en el CRI-A.
- Acudientes que no brindaron su consentimiento informado.
- Acudientes con antecedentes de diagnóstico de trastorno mental.

CAPÍTULO III ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo expone los resultados obtenidos de la aplicación del programa de intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual grupal dirigido a acudientes de niños con TDA/H. Se presentan los datos derivados del pretest y postest mediante el CRI-A, así como los hallazgos cualitativos observados durante el proceso. El análisis se orienta a identificar los cambios en las estrategias de afrontamiento, contrastarlos con los objetivos planteados e interpretar su relevancia clínica. Finalmente, se discuten los resultados a la luz de investigaciones previas para sustentar la eficacia del programa implementado.

3.1 Presentación de los Resultados

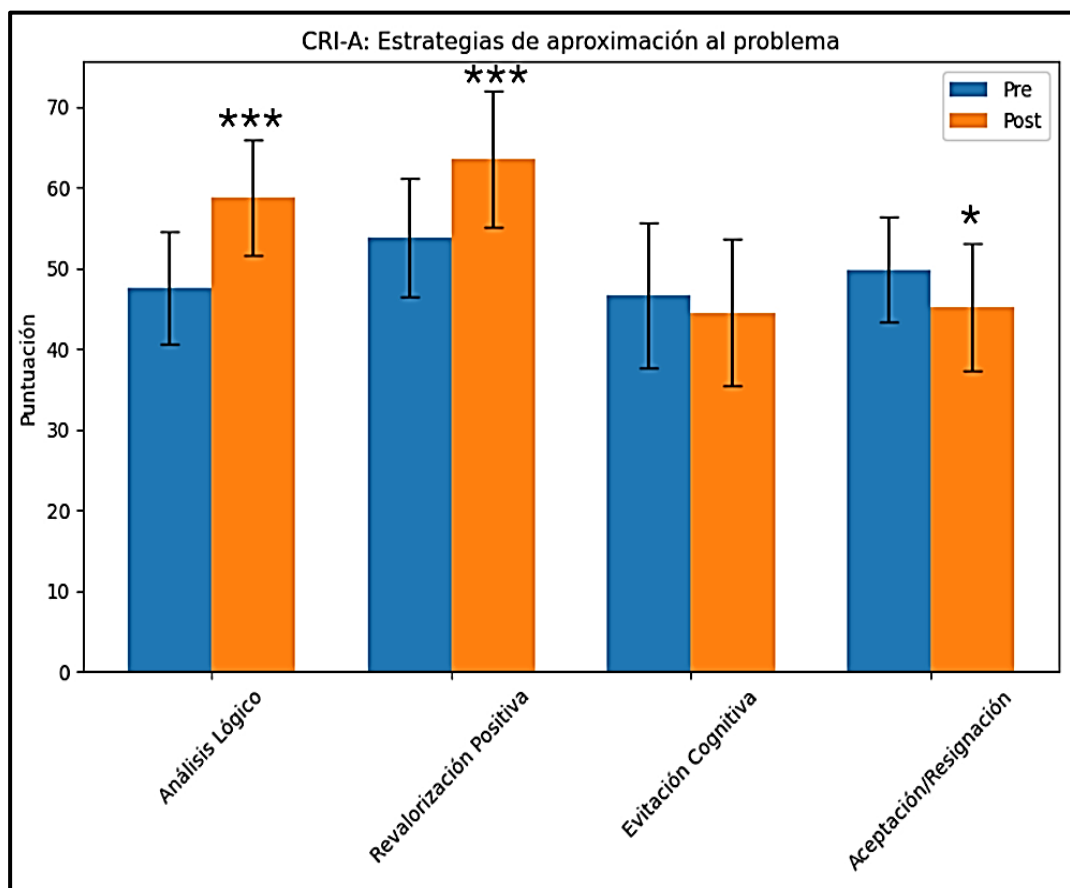
Figura 4. Comparación de medias entre las puntuaciones de cada escala del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.



Nota. * p -value < 0.05, ** p -value < 0.01, p -value < 0.0001.

En la figura 4, se evidencia que las estrategias de aproximación al problema más empleadas por los acudientes, antes de la implementación del programa fueron la Revalorización Positiva y la Aceptación o Resignación; una vez aplicada la intervención Cognitivo Conductual Grupal, se aprecia una relación estadísticamente significativa en las dimensiones Análisis Lógico, Revalorización Positiva, lo que determina la efectividad de dicho programa.

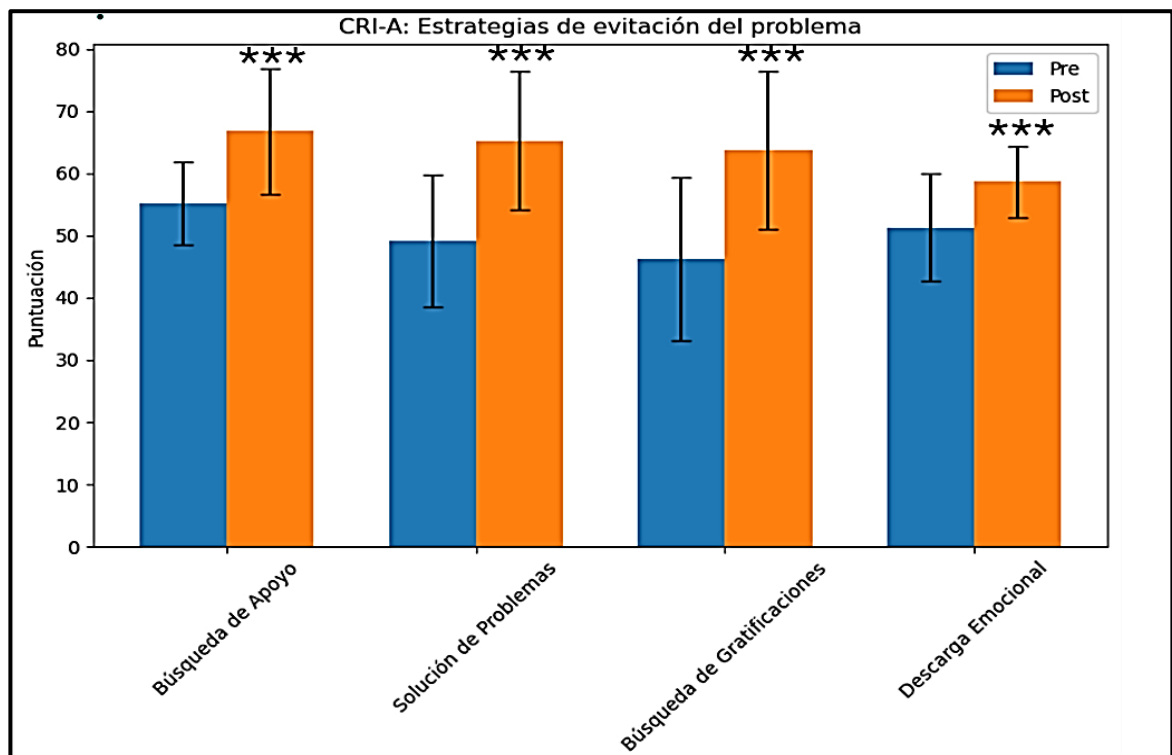
Figura 5. Comparación de medias entre las puntuaciones para cada escala de la dimensión “Estrategias de Aproximación al Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.



Nota. * p-value < 0.05, ** p-value < 0.01, p-value < 0.0001.

La figura 5 muestra que las estrategias de aproximación al problema más empleadas por los acudientes, antes de la implementación del programa fueron la Revalorización Positiva y la Aceptación o Resignación; una vez aplicada la intervención Cognitivo Conductual Grupal, se aprecia una relación estadísticamente significativa en las dimensiones Análisis Lógico y Revalorización Positiva, lo que determina la efectividad de dicho programa.

Figura 6. Comparación de medias entre las puntuaciones de las escalas de la dimensión “Estrategias de Evitación del Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.

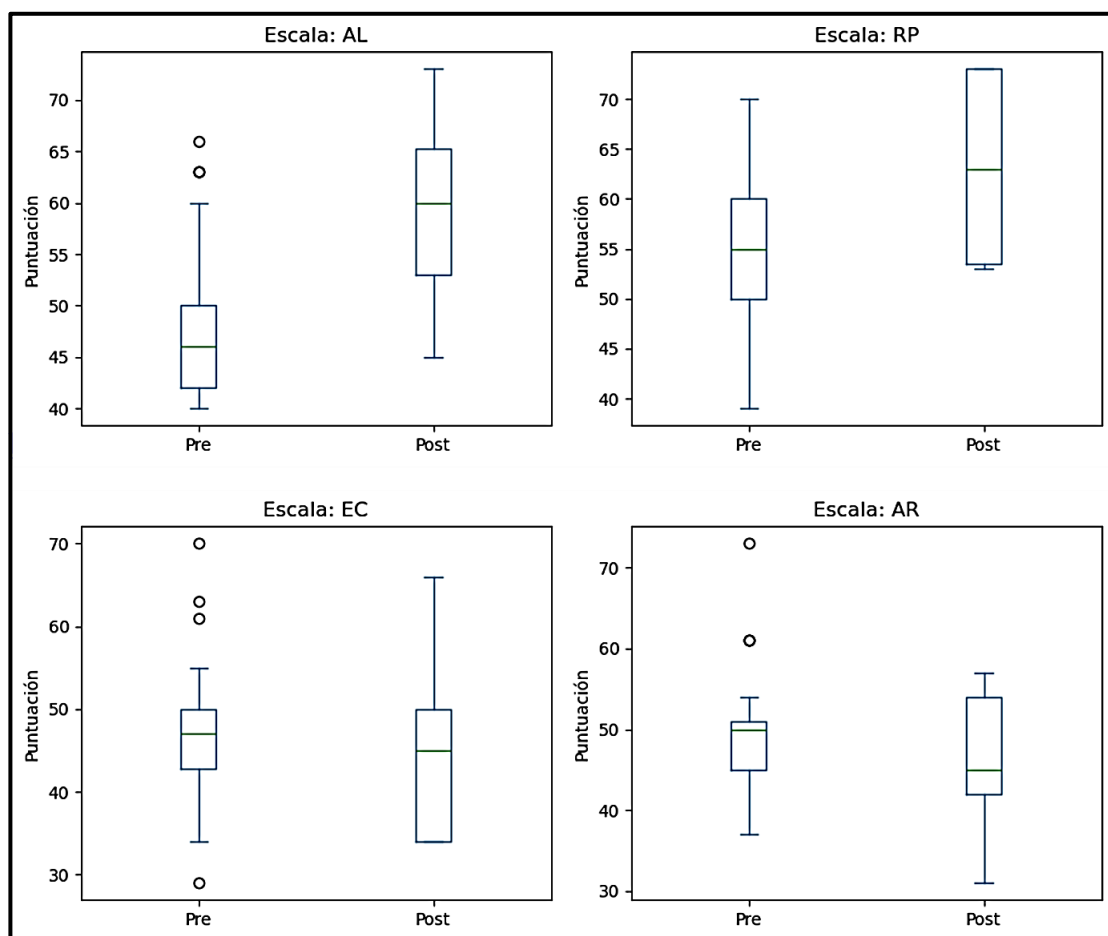


Nota. * p-value < 0.05, ** p-value < 0.01, p-value < 0.0001.

Se aprecia en la figura 6 que el programa cognitivo conductual grupal tuvo un efecto positivo sobre las estrategias de evitación del problema, pues los participantes

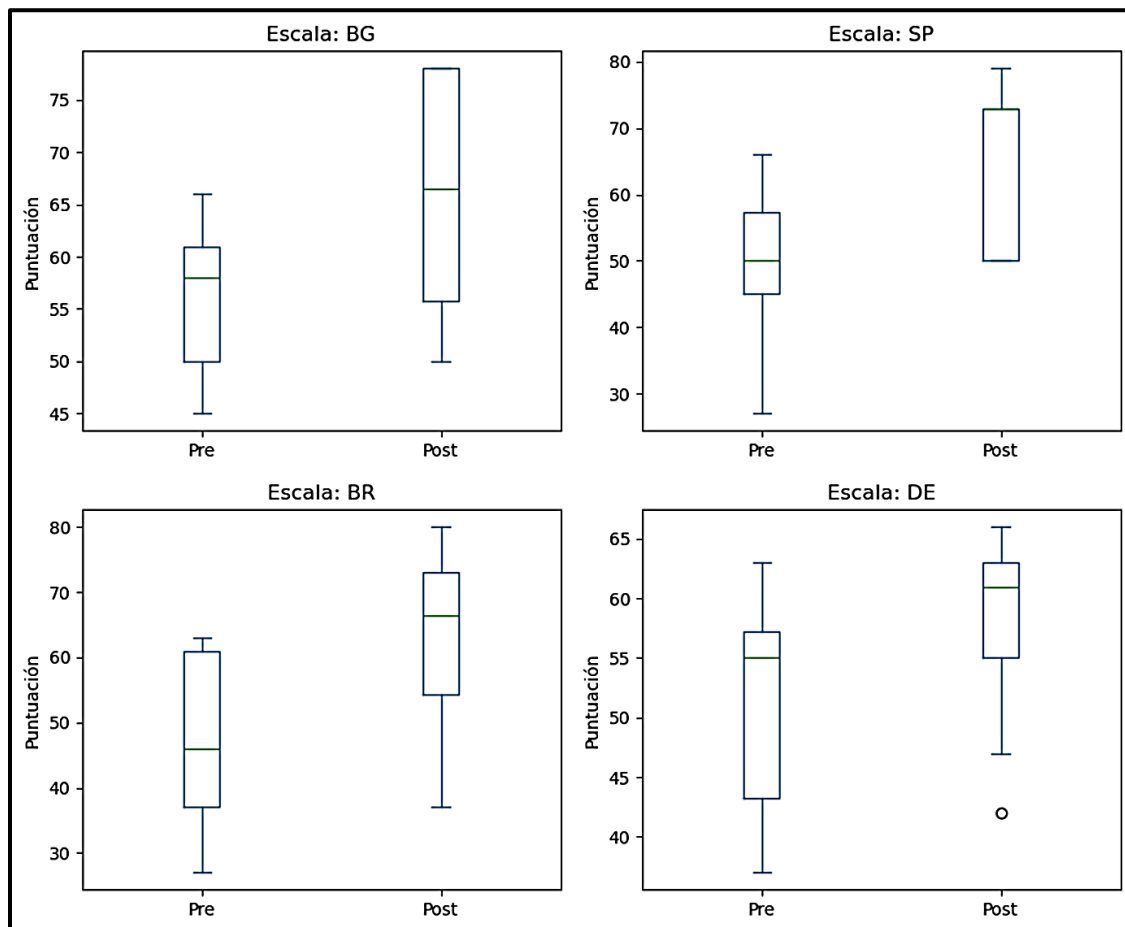
mostraron una mejora notable y estadísticamente significativa en su habilidad para buscar apoyo y orientación después de la intervención, así como en encontrar formas de obtener gratificación fuera del problema central que enfrentan.

Figura 7. Distribución de la muestra para las puntuaciones en las escalas AL, RP, EC y AR, las cuales corresponden a “Estrategias de Aproximación al Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.



Nota. Los “whiskers” representan Q1 y Q3, mientras que el “box” representa el 50% de la muestra, mientras que la línea verde representa la mediana. Los círculos fuera del ‘box plot’ son valores atípicos.

Figura 8 . Distribución de la muestra para las puntuaciones en las escalas BG, SP, BR y DE, las cuales corresponden a “Estrategias de Evitación del Problema” del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A.



Nota. Los ‘whiskers’ representan $Q1$ y $Q3$, mientras que el ‘box’ representa el 50% de la muestra, mientras que la línea verde representa la mediana. Los círculos fuera del ‘box plot’ son valores atípicos.

Tabla 4. Estadística descriptiva de las puntuaciones para cada escala del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos CRI-A

Escala	Pre-test		Post-test	
	Media	Mediana	Media	Mediana
Análisis Lógico	47.533 ± 6.947	46.000	58.833 ± 7.125	60.000
Revalorización Positiva	53.867 ± 7.357	55.000	63.567 ± 8.460	63.000
Búsqueda de Guía y Orientación	55.200 ± 6.620	58.000	66.733 ± 10.113	66.500
Resolución de Problemas	49.067 ± 10.615	50.000	65.200 ± 11.168	73.000
Evitación Cognitiva	46.633 ± 9.031	47.000	44.533 ± 9.100	45.000
Aceptación o Resignación	49.867 ± 6.590	50.000	45.200 ± 7.928	45.000
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	46.233 ± 13.096	46.000	63.733 ± 12.673	66.500
Descarga Emocional	51.267 ± 8.610	55.000	58.600 ± 5.751	61.000

Tabla 5. Resultados de la prueba T-Student

Escala	t-value	p-value
Análisis Lógico	8.610704	1.75E-09
Revalorización Positiva	5.576525	5.12E-06
Búsqueda de Guía y Orientación	5.307958	1.08E-05
Resolución de Problemas	7.911912	1E-08
Evitación Cognitiva	-1.02153	0.315451
Aceptación o Resignación	-2.57175	0.015509
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	7.74346	1.54E-08
Descarga Emocional	4.061224	0.000339

Nota. Intervalo de confianza del 95% que corresponde a un nivel de significancia de un $\alpha = 0.05$.

3.2 Discusión de Resultados

El TDA/H es una situación que representa una gran demanda para los cuidadores, especialmente durante la infancia, pues estas personas pasan a ser el soporte emocional, psíquico, físico y social de este grupo de niños. Se ha señalado que los padres con hijos con TDA/H, tienen el doble de estrés, lo cual se asocia con sentimientos de culpa, ansiedad y depresión, afectando su bienestar mental (Alabarca et al., 2022).

Cuando se desarrolla este papel, las estrategias de afrontamiento varían, y son estas las que permiten que las personas enfrenten sucesos estresantes de acuerdo con los recursos personales que posea. Bastidas et al. (2024), mencionan que hay estrategias de afrontamiento adaptativas y/o positivas, desadaptativas y/o negativas, distinguiendo entre el afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción.

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H que presentan problemas de afrontamiento pertenecientes a la Fundación Valórate, la cual, estadísticamente, tuvo un impacto positivo y significativo sobre los participantes, pues obtuvieron herramientas para mejorar sus habilidades de afrontamiento.

La evaluación inicial realizada evidenció que los acudientes hacían uso, con mayor frecuencia, de estrategias de acercamiento al problema, y, en menor medida empleaban las de evitación. Esto coincide con lo reportado por Serruto (2023) quien encontró que el 89.0 % de empleo estilos de afrontamiento al estrés; dichas estrategias se enfocan en el control primario o bien, en el control secundario, y, de acuerdo con Izquierdo (2020), se encuentran relacionadas invariablemente con una mejor satisfacción emocional. El control primario está referido a modificar el acontecimiento, es decir, solucionar el conflicto, e incluye las estrategias inclinadas a la acción (afrontamiento activo) y las de toma de decisiones (planificación), mientras que el secundario se basa en realizar una reestructuración cognitiva positiva de dicha situación; en esta investigación los acudientes se inclinaron por la búsqueda de guía y orientación, que sería un estilo de control primario, y por la revalorización positiva que se adapta a un control secundario, esta predominancia también es similar a lo encontrado por González et al. (2014) y Chimborazo y Farez (2023) quienes señalan que, en su mayoría, los padres de niños con TDA/H emplean el enfrentamiento activo, la planificación y la aceptación, y posteriormente se encuentra la reevaluación positiva.

Respecto a las estrategias de evitación del problema, la investigación apunta a un menor uso respecto a las de confrontación, siendo las más comunes la Descarga Emocional y la Aceptación o Resignación. En este sentido, González et al. (2014), indican que las madres de niños con TDA/H utilizan la expresión emocional abierta y la auto focalización negativa; las madres suelen descargar el mal humor en los demás, mostrando actitudes hostiles aunadas a la autopercepción de no poder cambiar la situación, lo que provoca autoinculparse negativamente. Además, se ha evidenciado que, a la larga, el estilo evitativo suele ser ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas (Valverde et al., 2003; citado en Gómez et al., 2024).

Basado en esto se aplicó el Programa Cognitivo Conductual Grupal, donde se ofrecieron herramientas a los participantes, que permitieron mejorar la capacidad de los participantes para abordar los problemas; especialmente en las estrategias de afrontamiento, que fueron reforzadas en su totalidad. Esto se hizo evidente con mayor énfasis en mejorar las habilidades de los participantes para resolver problemas de manera práctica, seguido de un incremento significativo en la habilidad de encontrar un lado positivo o un significado en las situaciones difíciles, lo cual es una estrategia de afrontamiento muy adaptativa.

Por otro lado, se disminuyó el uso de estrategias evitativas como la Aceptación o Resignación y la Evitación Cognitiva, por lo que los participantes, se sienten más capaces de afrontar activamente los desafíos, por lo que recurren menos a la resignación. Esto es un resultado positivo, ya que indica un cambio hacia un estilo de afrontamiento más proactivo. La Evitación Cognitiva (ignorar o distraerse de pensamientos estresantes) es a

menudo considerada una estrategia de afrontamiento menos adaptativa a largo plazo, y, según Iborra et al. (2015, citado en Roldan 2022) resultan en comportamientos paliativos que no desaparecen la dificultad; tales como fumar, comer, jugar, etc. La reducción en esta puntuación sugiere que el programa logro fomentar el uso de estrategias más directas y funcionales, como el Análisis Lógico o la Resolución de Problemas, en lugar de la evitación.

Del mismo modo, el programa ayudó a los acudientes a encontrar actividades o fuentes de placer fuera del rol de cuidado, lo cual es una forma crucial de autocuidado para prevenir el agotamiento (burnout). También se evidencio un aumento en la descarga emocional, promoviendo que los participantes se sintieran más capaces de expresar sus emociones; esta es una estrategia de afrontamiento adaptativa, ya que la supresión emocional resulta perjudicial a largo plazo.

El impacto positivo de este programa coincide con otras intervenciones que han implementado técnicas cognitivo conductual y que han tenido eficacia en potenciar las estrategias de afrontamiento en padres con niños con TDA/H, siendo sus resultados similares a Martín (2025) y Delgado (2023) quienes reportaron la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual en la disminución de niveles altos de ansiedad estado en 24 cuidadores primarios de niños con TDA/H; dicho programa consto de 8 sesiones grupales de 120 minutos que emplearon técnicas similares a la presente iniciativa, que permitió evidenciar la disminución de los síntomas de ansiedad-estado de esta población.

La efectividad de la terapia cognitivo conductual también ha sido avalado por Coco (2025) quien revela que existen iniciativas formativas de educación familiar y para padres cuya efectividad está ampliamente documentada a favor de maximizar las competencias parentales, del mismo modo, Castaño et al. (2023) destacan que al ofrecer estrategias de afrontamiento a estos padres se pueden minimizar los efectos negativos del estrés y es una forma efectiva de inducir cambios positivos en los niños.

CONCLUSIONES

La investigación permitió implementar una intervención grupal con base en la terapia cognitivo conductual, con el objetivo de dar herramientas cognitivo-conductuales a padres de niños con TDA/H.

El estudio probó la hipótesis planteada, demostró que la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual grupal mejoró significativamente las estrategias de afrontamiento de los acudientes de niños de 6 a 12 años con TDA/H pertenecientes a la Fundación Valórate. El aumento en el uso de estrategias centradas en la solución de problemas, la reevaluación positiva y el manejo emocional evidencia cambios clínicamente relevantes, lo que confirma la pertinencia del modelo aplicado.

Se alcanzaron los objetivos planteados. Se brindó información psicoeducativa, se entrenaron técnicas de afrontamiento adaptativo, se promovieron estrategias de relajación y se reforzó la búsqueda de apoyo social. Los cambios observados entre el pretest y el postest evidencian la efectividad del proceso.

Los problemas de afrontamiento presentes en los acudientes de niños de 6 a 12 años con diagnóstico de TDA/H de la Fundación Valórate fueron evaluados mediante la escala CRI-A apreciando que los acudientes hacían uso, con mayor frecuencia, de estrategias de acercamiento al problema, como la Búsqueda de Guía y la Revalorización Positiva, y, en menor medida empleaban las de evitación, como comunes la Descarga Emocional y la Aceptación o Resignación.

Los resultados del Inventario CRI-A mostraron una diferencia significativa en las puntuaciones pre y post intervención, evidenciando cambios positivos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los acudientes, siendo reforzadas las estrategias adaptativas y disminuyendo aquellas calificadas como desadaptativas.

Existe una diferencia estadísticamente significativa en las estrategias de afrontamiento identificadas con el CRI-A entre el pretest y el post test, tras la intervención cognitivo-conductual grupal.

La intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual grupal resulto estadísticamente efectiva para mejorar las estrategias de afrontamiento en los acudientes, según los resultados obtenidos en el CRI-A.

El estudio es relevante para la psicología clínica, pues aporta evidencia local sobre el abordaje del estrés parental en el contexto del TDA/H, una problemática poco explorada en Panamá. Además, refuerza la necesidad de integrar programas grupales dentro de instituciones educativas y de salud, ampliando las opciones de intervención accesible para cuidadores.

Por último, se sugieren como líneas futuras de investigación: evaluar la sostenibilidad de los cambios mediante seguimientos longitudinales; comparar la efectividad de intervenciones grupales versus individuales; incluir variables como calidad de vida, estrés parental y estilos de crianza; explorar la participación de padres varones; y replicar el programa en otras poblaciones o centros especializados. Estas proyecciones permitirán ampliar el conocimiento y fortalecer las prácticas basadas en evidencia para el apoyo a cuidadores de niños con TDA/H.

RECOMENDACIONES

A la Fundación Valórate: instaurar de forma permanente a nivel nacional el Programa Cognitivo Conductual Grupal dirigido a acudientes de niños con TDA/H, como parte de la atención brindada en esta institución a esta población.

A los profesionales de la psicología y estudiantes: considerar la replicación de esta iniciativa psicoterapéutica preventiva en otras instituciones o grupos con características similares, a fin de optimizar el abordaje del TDA/H, desde la perspectiva de los cuidadores.

A los organismos sanitarios: elevar el compromiso de proteger y defender la salud mental de los cuidadores de niños con TDA/H, a través de programas dirigidos por psicólogos, con el objetivo de que cuenten con mejores estrategias de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alabarca, D., Wardrope, N., y Montenegro, R. (2022). Estrés y su impacto en la salud mental en padres con niños que presentan Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Semilla Científica*, 3, 113-124. Obtenido de <https://revistas.umecit.edu.pa/index>
- Alanís , N. (2018). *Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León)*. Repositorio institucional. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/16543/1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5) (5a)*. Obtenido de American Psychiatric Association Publishing: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059.
- Bados, A., y García , E. (2014). Resolución de problemas. España: Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona .
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>

- Barzallo, P. (2019). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Ateneo*, 19(1), 77-86. <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/40>
- Bastidas , K., López, J., y Ruiz, J. (2024). *Sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de estudiantes con neurodiversidad (Tesis de nivel de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia)*. Repositorio institucional. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/bitstreams/565fc11f-0884-4cd3-9ac8-66e63aa858b9/download>
- Bermejo, F. (2024). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: perfil neuropsicológico y estudio de su impacto en las funciones ejecutivas y académicas. *In Anales de pediatría*, 100(2), 87-96.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.11.007>
- Bonanno, G., y Mancini, A. (2008). La capacidad humana para seguir adelante frente a un posible trauma. *Elsevier*, 69-75. <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-la-capacidad-humana-seguir-adelante-13116798>
- Caja de Seguro Social. (14 de julio de 2022). *TDAH: un trastorno no comprendido por la sociedad*. <https://prensa.css.gob.pa/2022/07/14/tdah-un-trastorno-no-comprendido-por-la-sociedad/>
- Carrillo, I., Fumagali, V., López, L., y Neira, A. (2024). Alteraciones en las áreas corticales y subcorticales cerebrales en las tres variantes del TDAH. Perú: Facultad de Psicología. Universidad de Lima.

<https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/22608/1.%20Alteraciones.pdf>

Castaño, L., Montaña, L., y Paz, N. (2023). *Estrategias de intervención para la salud mental de cuidadores de niños diagnosticados con TDAH: revisión temática (Tesis de nivel de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia)*.

Repositorio institucional.

<https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/213e5e77-e921-43c0-a4dd-f42f19d279dd>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Datos y estadísticas sobre TDAH*. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/adhd/data/index.html>

Chimborazo, L., y Farez, S. (2023). *Identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los representantes legales de los niños y niñas con un diagnóstico de Trastorno del Neurodesarrollo, Caso CEDIUC, marzo-julio 2023 (Tesis de nivel de licenciatura, Univ Pol Salesiana)*. Repositorio institucional.

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/25714/4/UPS-CT010777.pdf>

Clark, G., y Egan, S. (2015). The Socratic method in cognitive behavioural therapy: a narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 863-879.

[https://www.researchgate.net/profile/Gavin-](https://www.researchgate.net/profile/Gavin-Clark/publication/280495015_The_Socratic_Method_in_Cognitive_Behavioural_Therapy_A_Narrative_Review/links/589d3ca1aca272e6cd4900f0/The-Socratic-Method-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-A-Narrative-Review.pdf)

[Clark/publication/280495015_The_Socratic_Method_in_Cognitive_Behavioural_Therapy_A_Narrative_Review/links/589d3ca1aca272e6cd4900f0/The-Socratic-Method-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-A-Narrative-Review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gavin-Clark/publication/280495015_The_Socratic_Method_in_Cognitive_Behavioural_Therapy_A_Narrative_Review/links/589d3ca1aca272e6cd4900f0/The-Socratic-Method-in-Cognitive-Behavioural-Therapy-A-Narrative-Review.pdf)

- Coco, M. (2025). *Revisión bibliográfica y propuesta de intervención sobre los programas de educación familiar en base a la parentalidad positiva (Tesis de Postgrado, Universidad de Salamanca)*. Repositorio institucional, España.
<http://hdl.handle.net/10366/166325>
- Cossio, M., Castaño, E., y López, J. (2019). Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(3), 21-31. doi:<https://doi.org/10.31766/repisij.v36n3a3>
- Curiel, L., Mateos, P., Carballo, A., y Vergara, E. (2024). Entrenamiento ejecutivo en población infantil con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): una revisión sistemática. . *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 159-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9666405>
- De Jesús, M. (2023). *El impacto del “burnout” parental en cuidadores(as) de niños(as) con TDAH: Una guía para padres y profesionales de la salud (Tesis doctoral, Universidad Ana G. Méndez–Gurabo)*.
<https://es.scribd.com/document/680128798/out>
- Delgado, M. (2023). *Efecto de la intervención psicoterapéutica grupal basada en el enfoque cognitivo-conductual en la sintomatología de ansiedad-estado de los cuidadores primarios de niños con TDAH de la Fundación Valórate (Tesis de Maestría, UP)*. Repositorio institucional. http://up-rid.up.ac.pa/8354/1/marialejandra_delgado.pdf

Enríquez, C., Torres, J., Mora, Y., y León, Y. (2021). Efectividad de intervención educativa a cuidadores primarios de infantes con déficit de atención e hiperactividad. II COLOQUIO VIRTUAL “VICTORIA BRÚ SÁNCHEZ” 2021 <https://victoriabru2021.sld.cu/index.php/victoriabru/victoriabru/paper/viewPDFInterstitial/109/88>

Etchebarne , I. (28 al 30 de julio del 2016 de 2016). Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias. In Conferencia magistral presentada en el XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual, Alamos. https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Etchebarne/publication/315444922_Terapia_de_relajacion_aplicada_una_reconceptualizacion_desde_los

Fletcher, D., y Mustafa, S. (2013). Resiliencia psicológica: Una revisión y crítica de definiciones, conceptos y teoría. *European Psychologist*, 12, 12-23.

Fontalvo, S., Gutiérrez, K., Gutiérrez, M., Monroy, J., y Pineda , W. (2025). Calidad de Vida en Familias con Niños Diagnosticados con Trastornos del Neurodesarrollo. *Tejidos Sociales*, 7(1), 1-18.

<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/tejsociales/article/download/8305/694>

9

Gómez, O., Cabrera, F., Contreras, G., De La Roca, J., y Juárez, M. (2024). Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica

del estrés: Análisis crítico. Uaricha. *Revista de Psicología*, 22, 42-53.

<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/download/708/727>

González, A. (mayo de 2025). Relación entre funcionamiento familiar disfuncional y evolución negativa de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. una revisión sistemática. *Revista Psicología UNEMI*, 9(017), 102-131.

González, C., Esperón, J., Pérez, L., Borges, T., Zamora , Y., y Paisán , F. (2020).

Intervención educativa en la comunidad para cuidadores de infantes con déficit de atención e hiperactividad. *EduMeCentro*. 12(3), 221-240.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/edumecentro/ed-2020/ed203o.pdf>

González, L., Arango, J., Torres, M., Gómez, S., Sampayo, S., y González, M. (2024).

TDAH en Niños y Adultos: Actualización. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(4), 679-693.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9726100.pdf>

González, R., Bakker, L., y Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos

parentales en madres de niños con y sin Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Pensando en Psicología*, 10(17), 71-84.

doi:<http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.786>

Hernández-Sampieri, R., Mendoza-Torres, C., y Baptista-Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill.

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf

Hidalgo, V., y Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 18(9), 609-23. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=21>

Izquierdo, M. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica (Tesis de nivel de postgrado, Universidad Señor de Sipán)*. Repositorio institucional. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6889/Izquierdo%20Mart%C3%ADnez%20Miluska%20Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed>

Lazarín, C. (2019). *Relación entre la severidad de la sobrecarga materna y la adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Especialidad thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León (Tesis de postgrado, Univ Autónoma de Nuevo León)*. Repositorio institucional. http://eprints.uanl.mx/19096/1/2017_Lazar%C3%ADn%20P

León, A. (2024). *TFG. Género y TDAH en la niñez: un estudio sobre las percepciones y estrategias parentales (Tesis de grado, Universidad de La Laguna)*. Repositorio institucional. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/37021/Genero%20y%20TDAH%20en%20la%20niñez%20Un%20estudio%20sobre%20las%20percepciones%20y%20estrategias%20parentales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lozano, S., y Sandoval, M. (2025). *Intervención cognitiva conductual para reducir el estrés en adultos: Una revisión narrativa (Tesis de postgrado, Universidad Peruana Unión)*. Repositorio institucional.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstreams/67a84c32-76f3-486e-806d-ec1bf0f0964f/download>

Martín , P. (2025). *Propuesta de intervención sobre parentalidad positiva en niños con TDAH en Primaria (Tesis de nivel de Maestría, Universidad de Alcalá)*.

Repositorio institucional.

<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/65485>

Mascaraque, P., y Cohen, D. (2020). Trastorno por déficit de atención con

hiperactividad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*, 316-324.

https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv06/02/n6-316-324_PetraSanchez.pdf

Molina, M. (s.f.). Terapia Cognitivo-Conductual. TCC. Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales: Manual de Psicología. *La Terapia Cognitiva*.

Núñez, J. (2024). *Características psicológicas, familiares y escolares en menores con sospecha de TDAH de una zona de bajo nivel socioeconómico de la República Dominicana (Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears)*. Repositorio

institucional. <http://hdl.handle.net/11201/166203>

Ochoa Pachas, J., y Yunkor-Romero, Y. (2022). Los estudios explicativos en el campo de las ciencias sociales. *Acta Jurídica Peruana*, 4(1), 95-113.

<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/AJP/article/view/277>

OPS/BID. (2023). La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. doi:<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57356>

Pavón, P. (2024). *La vivencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en familias y profesionales: un estudio en la región extremeña (Universidad de Salamanca, Tesis de nivel Doctoral)*. Repositorio institucional .

<https://gedos.usal.es/handle/10366/159209>

Pérez , C., y Cerrud , F. (2023). Déficit Atencional e Hiperactividad y su Repercusión en la formación y desarrollo de la población estudiantil. *Revista Científica Especializada en Educación y Ambiente*, 2-10.

Pilco, J. (2022). *Orientaciones para la selección y el cálculo del tamaño de la muestra en investigación*. <https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstreams/01f12833-f2b7>

Reano, A. (2022). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en adolescentes. *Horizonte de la Ciencia*, 12(22), 253-262.

<https://www.redalyc.org/journal/5709/570969250018/570969250018.pdf>

Restrepo, J., Castañeda, T., Gómez, M., y Molina, D. (febrero de 2022). Salud mental de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo durante la pandemia.

Neurología Argentina . doi:Salud mental de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo durante la pandemia

- Roldán, J. (2022). *Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH (Tesis nivel de Maestría)*. Repositorio institucional. <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2469/CARJLC00T.PDF?sequence=1>
- Ruiz, E. (2024). *Estrés parental y las estrategias de afrontamiento en padres de niños diagnosticados con Espectro Autista en la Asociación de Chiclayo - 2022 [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]*. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/7702>
- Sandín, B., Belloch, A., y Campos, F. (2008). *Manual de Psicopatología, Vol. I. Edición revisada y actualizada*. España: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.
- Serruto, R. (2023). *Estilos de afrontamiento frente al estrés en tiempo epidemiológico de aislamiento y su influencia en el bienestar psicológico en estudiantes de la carrera de Administración Banc-Finan y Cont en estudiantes de 18 a 25 años del 1er ciclo (Tesis de Maestría)*. Universidad Católica de Santa María. *Repositorio institucional*. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5c7f6a97-c606-4ce5-95bf-d60c0fcb23af/content>
- Stern, T., Herman, J., y Slavin, P. (2005). *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: guía práctica*. McGraw-Hill Interamericana.

Supo, J. (2020). *Metodología De La Investigación Científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales*. Lima: Sincie.

Toribio Pérez, L., y Andrade Palos, P. (2025). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual para incrementar las estrategias de afrontamiento funcional y la salud mental positiva en universitarios mexicanos. *Pensando Psicología*, 21(1), 1-28.
doi:<https://doi.org/10.16925/2382-3984.2025.01.04>

Valderrama , M. (2022). *Propuesta preventiva cognitivo conductual en reestructuración cognitiva para mejorar el autoconcepto en estudiantes de una institución educativa privada en Trujillo (Tesis de nivel de licenciatura, Universidad Privada del Norte)*. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/11537/31722>

Valverde, C., López, M., y Ring, J. (2003). Estrategias de afrontamiento. *Medicina clínica en psiquiatría y psicología*, 425-436. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/257032587_Estrategias_de_Afrontamiento/links/5c3d94cc299bf12be3c8b542/Estrategias-de-Afrontamiento.pdf

Vasconcelos, A., Ramirez, M., y Peñalver, Y. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y su tratamiento. *Acta médica del centro*, 12(4), 485-495.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec1841.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 Guía de Entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA CLÍNICA

DATOS GENERALES:

Nombres: _____ Apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Lugar y fecha de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

Nivel educativo:

Ocupación actual:

Horario Laboral:

Estado civil:

Pareja actual: No Si Nombre de la pareja: _____

Tiempo que llevan juntos: _____ Hijos: Si No N.º de hijos: _____

Nombre hijo 1: _____ Sexo: H M Edad: _____

Nombre hijo 2: _____ Sexo: H M Edad: _____

Nombre hijo 3: _____ Sexo: H M Edad: _____

Nombre hijo 4: _____ Sexo: H M Edad: _____

Nombre hijo 5: _____ Sexo: H M Edad: _____

¿Cuál de los hijos tiene el diagnóstico de TDA/H? Hijo No. _____

OBSERVACIONES MÉDICAS:

Alguna enfermedad física o psicológica relevante: Si No

Tratamiento:

¿Ha presentado problemas para conciliar el sueño, Si No si es afirmativo, ¿desde cuándo?

ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE ¿Cómo es su carácter? ¿Qué lo altera (enojado o triste)?

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE ¿Cómo se comporta habitualmente ante situaciones de estrés, problemas económicos, problemas escolares con los hijos o conflicto familiares?

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE ¿Qué estrategias utiliza para mantener la calma, ante situaciones que le generan estrés, ansiedad o molestia?

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE ¿Qué actividades de esparcimiento realiza regularmente?

DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades, en este momento de su vida cuál es su proyecto de vida?

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL DURANTE LA ENTREVISTA

ASPECTOS DE LA CONDUCTA	INAPROPIADA	NORMAL	MUY APROPIADA
Expresión facial			
Sonrisas			
Postura corporal			
Orientación			
Gestos			
Tono de la voz			
Fluidez y claridad			
Tiempo de habla			
Contenido verbal			
Sentido del humor			
Apariencia personal			

COMENTARIOS GENERALES:

Fecha de la Entrevista: _____

Realizado por: Yamileth Chunga / Psicóloga

Anexo 2 . Instrumento CRI-A

Forma 9

CRI • A

Nombre y apellidos

Edad Sexo V M Fecha de evaluación / /

Años de escolaridad

Trabajo actual

INSTRUCCIONES

Este ejemplar contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de dos partes. En la **PARTE 1** deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los **últimos 12 meses**. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo... Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en **10 preguntas** que se le formulan acerca de **cómo valora** este problema, siguiendo este criterio:

SN: Si su respuesta es **SEGURO QUE NO.**

GN: Si su respuesta es **GENERALMENTE NO.**

GS: Si su respuesta es **GENERALMENTE SÍ.**

SS: Si su respuesta es **SEGURO QUE SÍ.**

En la **PARTE 2** deberá responder a **48 preguntas** expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

N: Si su respuesta es **NO, NUNCA.**

U: Si su respuesta es **UNA O DOS VECES.**


B: Si su respuesta es **BASTANTES VECES.**

S: Si su respuesta es **SÍ, CASI SIEMPRE.**

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que no hay contestaciones buenas ni malas, sencillamente siga su criterio personal.

Si quiere corregir alguna respuesta, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

Antes de empezar, no olvide anotar sus datos de identificación en la parte superior de esta página.



Autor: R. H. Moos. Copyright original © 1993 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., USA.
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**.
 Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE**.
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

Parte 1

Por favor, piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado
- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) el grado en que creía controlar este problema

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

SN	GN	GS	SS
SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SÍ	SEGURO QUE SÍ

1	¿Había tenido que resolver antes un problema como éste?	SN	GN	GS	SS
2	¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?	SN	GN	GS	SS
3	¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	SN	GN	GS	SS
4	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?	SN	GN	GS	SS
5	Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?	SN	GN	GS	SS
6	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?	SN	GN	GS	SS
7	Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	SN	GN	GS	SS
8	¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	SN	GN	GS	SS
9	¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	SN	GN	GS	SS
10	Si el problema ya se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?	SN	GN	GS	SS

Parte 2

Lea atentamente cada una de las 48 preguntas que aparecen a continuación y señale con qué frecuencia actúa de la manera que la pregunta indica para afrontar el problema que ha descrito en la PARTE 1. Anote sus contestaciones en el espacio reservado para ello en la página siguiente. Observe que las respuestas están ordenadas en filas. Si **no desea contestar** una pregunta, redondee

el número de dicha pregunta para indicar que ha decidido omitirla. Si alguna pregunta no se aplica a su caso **escriba NA (No aplicable)** a la derecha del número de la pregunta. Si quiere corregir alguna de sus respuestas, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema? 2. ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor? 3. ¿Habló con su cónyuge u otro familiar acerca del problema? 4. ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó? 5. ¿Intentó olvidarlo todo? 6. ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que la única cosa que tenía que hacer era esperar? 7. ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar? 8. ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado? | <ol style="list-style-type: none"> 9. ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo? 10. ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podían ser mucho peores? 11. ¿Habló con algún amigo sobre el problema? 12. ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran? 13. ¿Intentó no pensar en el problema? 14. ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema? 15. ¿Empezó a hacer nuevas actividades? 16. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado? |
|--|--|

17. ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?
18. ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
19. ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
20. ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
21. ¿Fantaseó o imaginó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?
22. ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
23. ¿Intentó hacer nuevos amigos?
24. En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
25. ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?
26. ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con el mismo problema que el suyo?
27. ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
28. ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
29. ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
30. ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
31. ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
32. ¿Gritó o chilló para desahogarse?

33. ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?
34. ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?
35. ¿Procuró informarse más sobre la situación?
36. ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
37. ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
38. ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
39. ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
40. ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
41. ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?
42. ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?
43. ¿Rezó para gularse o fortalecerse?
44. ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?
45. ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?
46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?
47. ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?
48. ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

N		U		B		S	
NO, NUNCA		UNA O DOS VECES		BASTANTES VECES		SÍ, CASI SIEMPRE	

1	2	3	4	5	6	7	8
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
9	10	11	12	13	14	15	16
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
17	18	19	20	21	22	23	24
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
25	26	27	28	29	30	31	32
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
33	34	35	36	37	38	39	40
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
41	42	43	44	45	46	47	48
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S



Autor: R. H. Moos. Copyright original © 1993 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Frey Bernardino Sahagún, 24 · 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.
 Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

PERFIL VARONES										PERFIL MUJERES									
Percentil	Puntuaciones directas								T	Percentil	Puntuaciones directas								T
	AL	RP	BA	SP	EC	AR	BR	DE			AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE	
>99								18	>99					18		18	18	>99	
99				18		18	18	18	80								17	80	
>99				17		17	17	17	79					18		17	16	79	
>99				16			16	16	78					17		16	16	78	
>99				16		16		16	77					16	16-17			77	
>99								15	76									76	
>99								15	75									75	
99	18	18	15	18	15	15	14	13	73									73	
98	17	17	14		14	14	13	11-12	70									70	
95	16	16	13		13	13	12	10	66									66	
90	15	15	12	17	12	12	11	9	63									63	
85				16	11	11			61									61	
84	14	14					10	8	60									60	
80				11	15		10		58									58	
75	13	13	10	14	10		9	7	57					11	10			57	
70		12					9	8	55					13	12		9	55	
65	12		9	13	9				54								8	54	
60		11					8	7	53								8	53	
55	11			12	8				51					9	8			51	
50	10	10	8		7	7	6		50					11	10	9	7	50	
45				11					48									48	
40		9	7				6	5	47					8	11	7		47	
35				10	6				46								6	46	
30	5	8	6		5	5	4	3	45					10	9		5	45	
25		7			9		4		43					9				43	
20	4		5	8	4		3	2	42					8	7	6	5	42	
16	7	6							40									40	
15		5	4	7	3	3	2	1	39					7	6	5	4	39	
10	6	4	3	6	2	2	1	0	37					6	5	4	3	37	
7	5								35					5				35	
5	4	3	2	5	1	1			34					4	4	3	2	34	
3	3	2		4					31					3	3	2	1	31	
2	2	1	1	3					29					2	2	2		29	
1	0-1	0	0	0-2	0	0	0		27					1	0-1	0-1	0	0	27

- **SUME** en cada columna los números rodeados por un círculo y anote el total en la casilla PD que está debajo de cada columna. Si el sujeto ha respondido a menos de 6 preguntas debe basarse en prorrateo, siguiendo las instrucciones que aparecen en el manual.
- **SELECCIONE** el baremo a emplear (varones o mujeres) y marque en el perfil con un círculo las puntuaciones obtenidas en cada escala. En los extremos de la fila donde haya marcado la puntuación directa encontrará el percentil y la puntuación T correspondiente.
- **DIBUJE** el perfil de las escalas del CRI-A.

	AL	RP	BG	SP	EC	AR	BR	DE
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PD								
Percentil								
T								

AL: Análisis lógico; RP: Resolución positiva; BG: Búsqueda de guía y soporte; SP: Selección de problemas; EC: Estrategia cognitiva; AR: Adaptación e investigación; BR: Búsqueda de recompensas alternativas; DE: Decirno emocional.

Anexo 3 Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: "Intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) que presentan problemas de afrontamiento pertenecientes a la Fundación Valórate, 2025"

Investigador Principal: Yamileth I. Chunga N.

Lugar del Estudio: Fundación Valórate

INFORMACIÓN QUE DEBE CONOCER ANTES DE ACEPTAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Les estamos solicitando su participación en un estudio de investigación. Los estudios de investigación incluyen solo a las personas que deciden formar parte de este. Este documento se llama consentimiento informado. Por favor, lea cuidadosamente esta información y tómese su tiempo para decidir si quiere participar o no. Siéntase libre de pedir a la persona encargada del estudio el discutir este documento de consentimiento con usted. Puede solicitarle que le explique cualquier término o información que no comprenda con claridad.

Este estudio está siendo realizado como parte del Proyecto de Tesis para obtener el título de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá, por la estudiante e Investigadora Principal Yamileth I. Chunga N., Psicóloga General, quien es la persona encargada de este estudio. Ella estará siendo asesorada por el Dr. Fernando Mon, Profesor Asesor.

Esta investigación se llevará a cabo en la Fundación Valórate.

La naturaleza del estudio, objetivo, beneficios, y otra información importante sobre la investigación se describen a continuación:

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal en acudientes de niños de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H) que presentan problemas de afrontamiento pertenecientes a la Fundación Valórate, 2025.



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:

Si usted participa en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

- Responder el "Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)", el cual consta de dos partes. En la primera parte, el sujeto debe describir el problema más crucial o la situación más complicada que haya vivido en los últimos 12 meses. Tras ello, debe puntuar 10 preguntas relacionadas con la valoración primaria de la situación estresante. La segunda parte consta de 48 ítems con una valoración primaria de la situación estresante.
- El tiempo que le tomará responder estas preguntas es de aproximadamente 10 a 30 minutos.
- Participar del programa de intervención; se coordinan doce (12) sesiones agrupadas en cuatro (4) bloques temáticos.

NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES:

Un mínimo de 30 acudientes de niños de 6 a 12 años con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) formarán parte de este estudio.

ETAPAS Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

El programa de intervención consta de tres (3) etapas: la primera es la evaluación inicial, la segunda es el desarrollo del programa de intervención y la tercera es la evaluación posterior a la intervención. El programa tiene una metodología de trabajo basada en sesiones grupales. Cada sesión se asienta sobre uno o varios objetivos a alcanzar, combinando psicoeducación y actividades prácticas. Para el desarrollo de cada una de las sesiones, se han diseñado una serie de recursos digitales y materiales para los acudientes, facilitando así el proceso de aprendizaje. Una vez finalizado el programa de intervención, se aplicará otra vez el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) utilizado en la fase de evaluación inicial, de forma que se pueda determinar si se ha producido un cambio significativo.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Hay riesgos mínimos asociados a la participación en este estudio. Si bien las intervenciones terapéuticas están diseñadas para tratar problemas emocionales, con el propósito de afrontar determinadas situaciones, hablar de temas personales puede aumentar temporalmente el malestar emocional. Sin embargo, la investigadora brindará el apoyo para cualquier angustia experimentada. Los beneficios potenciales incluyen obtener información en cuanto al desarrollo de estrategias personales, emocionales y educativas que mejoren la convivencia familiar y la comprensión ante las conductas de los niños con TDAH.



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



COMPENSACIÓN:

No se dará ninguna compensación económica por participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos que usted ofrezca son estrictamente confidenciales, por lo tanto, su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los datos de la investigación sean presentados o publicados.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO:

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted no debería sentir ninguna clase de presión para formar parte de este estudio. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con la Fundación Valórate. Si usted decide participar en este estudio y luego cambia de opinión, usted podrá retirarse en cualquier momento sin enfrentar ningún tipo de penalización por parte del investigador, con la salvedad de que la información recogida previo al retiro podrá ser incluida en el análisis de datos.

USTED PUEDE OBTENER LAS RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS, PREOCUPACIONES Y QUEJAS

Si durante el desarrollo de la aplicación de las pruebas o el programa de intervención, usted tiene alguna duda puede contactarse con la investigadora principal de este proyecto: Yamileth I. Chunga N. al teléfono 6378-3860 o al correo electrónico: ychungu007@gmail.com; asimismo, para cualquier consulta sobre los aspectos bioéticos del estudio puede contactar al Comité de Bioética al teléfono 523-5769 o al correo electrónico comitebioetica.invup@up.ac.pa

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Si desea participar en este estudio, favor firme el formulario, si las siguientes afirmaciones son verdaderas:

"Libremente doy mi consentimiento para participar en este estudio". Entiendo que al firmar este formulario estoy de acuerdo con participar en la investigación además de haber recibido una copia de este formulario.

Nombre del participante en el estudio _____

Cédula No. _____

En caso de discapacidad del participante: _____

Nombre del Testigo _____

Cédula No. _____

Firma del participante en el estudio _____

Fecha: _____

Firma del Testigo _____

Fecha: _____



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**



DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He explicado cuidadosamente a la persona que toma parte en el estudio lo que él/ella puede esperar de su participación. Por medio de la presente certifico que cuando esta persona firmó este formulario, según mi conocimiento, ha entendido:

- ✓ De qué se trata el estudio.
- ✓Cuál es el procedimiento del mismo.
- ✓ Que no hay otro beneficio más que ayudar a conocer sobre el tema del estudio.
- ✓ Que es un estudio de riesgo mínimo.

Puedo confirmar que el/la participante del estudio habla, lee y entiende el idioma español y que además está recibiendo una copia del formulario de consentimiento informado en el idioma correspondiente. Además, el/la participante pudo leer y entender este documento o, si no pudo, al menos, esta persona fue capaz de escuchar y entender el formulario cuando éste le fue leído junto a un testigo. El/La participante no padece de dificultades médico/psicológicas que puedan comprometer su comprensión; por lo tanto, no se hace difícil entender lo que se le está explicando y, por consiguiente, puede ofrecer su consentimiento informado, siendo este legalmente válido.

Este (a) participante no está bajo ningún tipo de anestesia o analgésicos que puedan nublar su juicio o hacer que sea difícil de entender lo que se está explicando; por lo tanto, puede considerarse competente para dar su consentimiento informado.

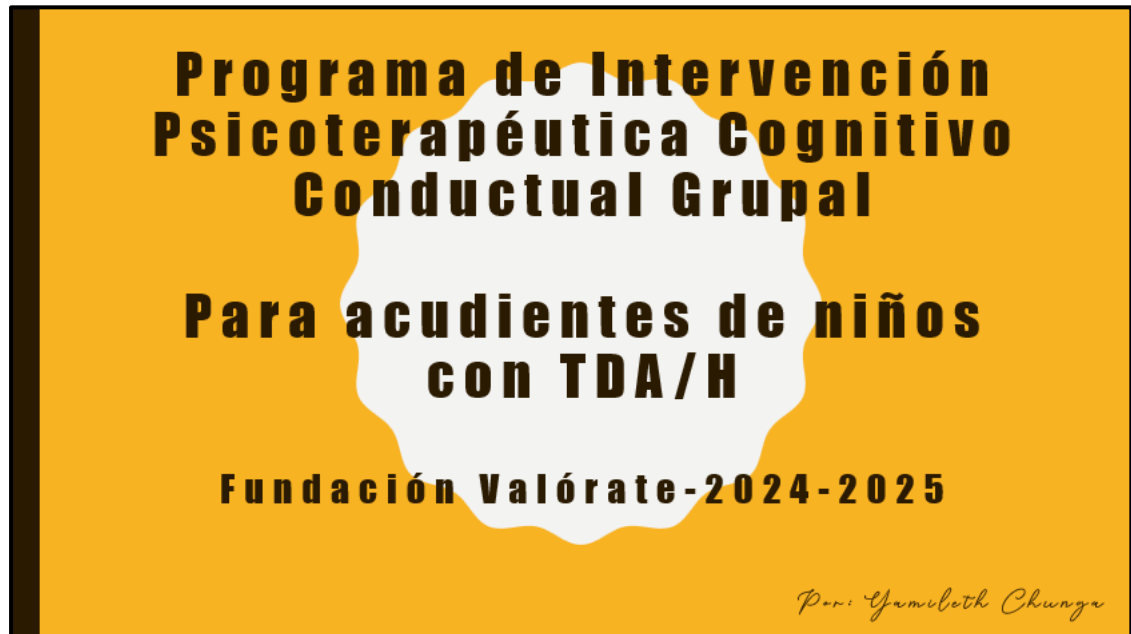
Firma de la Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento Informado

Yamileth I. Chunga N.

Nombre Legible Persona Autorizada que Obtiene el Consentimiento Informado

Fecha: _____ Hora: _____

Anexo 4. Material brindado a los padres dentro del Programa de intervención



**Programa de Intervención
Psicoterapéutica Cognitivo
Conductual Grupal**

**Para acudientes de niños
con TDA/H**

Fundación Valórate-2024-2025

Por: Yamileth Chunga



María se ha caracterizado por ser una niña que se porta bien, no da problemas para nada. En el salón de clases solía quedarse quieta y muy calladita. Hasta parecía que no había niña en el salón. Por poco reprueba primer grado y de ahí en adelante los ha ido pasando con promedios muy bajos. Siempre tiene problemas para concentrarse. Por más que le decimos que ponga atención, que se fije, tal parece que le entra por un oído y le sale por el otro...

Cada mañana es una batalla en casa. La alarma de José suena al cuarto para la cinco. Tengo que recordarle que debe salir de cama por lo menos cinco veces y después debo estar detrás de él, solamente para que recuerde cepillarse los dientes y vestirse antes de que llegue el colegial. ¡ y, aun así, algunas veces el autobús lo deja porque no está listo! Estoy cansada de pasar por esto todas las mañanas...

HOY INICIAMOS UN PROGRAMA PARA AUTOCUIDARTE Y FORTALECERTE COMO PADRE /CUIDADOR /ACUDIENTE

- Bienvenida-Presentación del Programa-Objetivos.
- Aplicación de Pretest-Prueba CRI-A- 05 al 12 de octubre de 2024.
- Aplicación de Postest-Prueba CRI-A-15 al 22 de febrero de 2025.

Bloque I

- Sesión 1: El impacto del TDA/H en la familia
- Sesión 2: Relaciones entre padres e hijos y el apego positivo
- Sesión 3: Afrontamiento dirigido a la Emoción (estrés, miedo o molestia)
 - Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Emoción
 - Autocontrol
 - Reevaluación Positiva
 - Búsqueda de Apoyo Social
 - Distanciamiento
 - Escape

HOY INICIAMOS UN PROGRAMA PARA AUTOCUIDARTE Y FORTALECERTE COMO PADRE /CUIDADOR /ACUDIENTE

Bloque II

- Sesión 4: Afrontamiento dirigido a la solución
 - Estrategias de Afrontamiento Centradas en la Solución
 - Confrontación
 - Planificación
 - Aceptación de la responsabilidad
- Sesión 5: Agentes estresores
 - Aprender a decir No
 - El estrés como oportunidad de crecimiento
- Sesión 6: La Técnica de Reinterpretación Positiva
 - Aprender de cada situación que nos sucede

HOY INICIAMOS UN PROGRAMA PARA AUTOCUIDARTE Y FORTALECERTE COMO PADRE /CUIDADOR /ACUDIENTE

Bloque III

- Sesión 7: Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA)
 - Diseña, aprende y repite

- Sesión 8: Detención del Pensamiento (DP)
 - Reducir la frecuencia y/o duración de pensamientos rumiativos u obsesivos

- Autoevaluación de su avance en el Programa
 - Impacto en sus vidas
 - Compartir experiencias
 - Proyecto de Vida

HOY INICIAMOS UN PROGRAMA PARA AUTOCUIDARTE Y FORTALECERTE COMO PADRE /CUIDADOR /ACUDIENTE

Bloque IV

- Sesión 9: Relajación progresiva y respiración
 - Reducir la tensión muscular y el estrés
 - Mejorar la conciencia corporal y promover un estado general de calma

- Sesión 10: Activación conductual
 - Recuperar el placer y el sentido en la vida al aumentar las interacciones con actividades significativas y gratificantes

- Sesión 11: Mindfulness
 - Entrenar la atención para centrarse en el momento presente
 - Aceptar pensamientos, emociones y sensaciones sin juzgarlos

- Sesión 12: Repaso final y cierre
 - Cierre-Retroalimentación sobre el Programa
 - Vision Board

OCTUBRE 2024						
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVIEMBRE 2024						
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DICIEMBRE 2024						
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ENERO 2025						
LU	MA	MI	JU	VI	SA	DO
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Cronograma de Sesiones

05 de octubre (Informativa)

- 19 de octubre
- 26 de octubre
- 23 de noviembre
- 30 de noviembre
- 07 de diciembre
- 14 de diciembre
- 21 de diciembre
- 28 de diciembre
- 11 de enero-2025
- 18 de enero
- 25 de enero
- 15 de febrero
- 22 de febrero (Cierre)

IMPACTO EN LA FAMILIA

- Fundamentos
- Impacto en los padres
- Impacto en los hermanos
- Impacto en parejas
- Situaciones especiales
- Mantenimiento de salud

FUNDAMENTOS

- ✓ Vivir con un niño que sufre de debilidades ejecutivas afecta a toda la familia.
- ✓ La complejidad de establecer expectativas realistas para un niño impulsivo y desorganizado por lo general causa estrés en los padres y puede conducir a un desgaste de la relación. Para algunas familias, esta es una fuente de tensión crónica.
- ✓ Los padres a veces se sienten aislados de familiares y amigos que no comprenden la naturaleza de la situación.
- ✓ Los hermanos pueden sentirse irritados, resentidos u olvidados en respuesta al nivel de atención y energía que los padres brindan a su hermano o hermana desorganizado (a).
- ✓ Algunos padres experimentan debilidades en sus propias funciones ejecutivas, lo cual hace que brindar un apoyo externo consistente que requieren sus hijos sea un reto mayor.

Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

IMPACTO EN LOS PADRES



Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

IMPACTO EN LOS HERMANOS



Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

IMPACTO EN LAS PAREJAS



Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

SITUACIONES ESPECIALES



Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

MANTENIMIENTO DE SALUD



Joyce Cooper-Kahn, P.D., & Dietzel, L. C. (2015). Tarde, perdido e impreparado. México: Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. / Proyectodah.

RECOMENDACIONES:

- ✓ **Cree una rutina.** Trate de seguir el mismo horario de actividades todos los días, desde el momento en que se despierta hasta el momento de irse a dormir.
- ✓ **Organícese.** Anime a su hijo a colocar la mochila de la escuela, la ropa y los juguetes en el mismo lugar todos los días; de este modo, será menos probable que el niño los pierda.
- ✓ **Controle las distracciones.** Apague la televisión, limite el ruido y proporcione un espacio de trabajo limpio cuando su hijo esté haciendo la tarea escolar. Algunos niños con TDAH aprenden bien si están en movimiento o escuchando música de fondo. Observe a su hijo y vea qué funciona.
- ✓ **Limite las opciones.** Ofrezca pocas opciones para elegir de modo que su hijo no se sienta abrumado ni sobrestimulado. Por ejemplo, ofrézcale elegir entre este conjunto de ropa o el otro, esta comida o la otra, o este juguete o el otro.
- ✓ **Sea claro y específico cuando hable con su hijo.** Hágale saber que lo está escuchando mediante una descripción de lo que su hijo dijo. Dé indicaciones claras y breves cuando el niño tenga que hacer algo.

CONSEJOS:

- ✓ **Ayude a su hijo a planificar.** Divida las tareas complicadas en pasos más simples y cortos. Para las tareas largas, comenzar con tiempo y hacer pausas puede ayudar a limitar el estrés.
- ✓ **Utilice metas y reconocimiento u otra recompensa.** Utilice una tabla para enumerar las metas y registrar las conductas positivas, luego hágale saber a su hijo que lo hizo bien diciéndoselo o recompensándolo de otra manera. Asegúrese de que las metas sean realistas, ¡los pasos pequeños son importantes!
- ✓ **Imponga disciplina de forma eficaz.** En lugar de alzar la voz o pegarle a su hijo, use tiempo fuera o quítele privilegios como consecuencia de comportamientos inapropiados.
- ✓ **Cree oportunidades positivas.** Hay ciertas situaciones que a los niños con TDAH pueden resultar estresantes. Descubrir qué es lo que su hijo hace bien y animarlo a hacerlo (ya sea en la escuela, deportes, arte, música o juegos) puede ayudar a crear experiencias positivas.
- ✓ **Proporcione un estilo de vida saludable.** Es importante ofrecer comida nutritiva, asegurarse de que el niño haga mucha actividad física y de que duerma lo suficiente; estas cosas pueden ayudar a evitar que los síntomas de TDAH empeoren.

Anexo 5 *Certificación de revisión de español*



YASMEL CORALIA CHAVARRÍA NIETO
ESPECIALISTA EN LINGÜÍSTICA
PROFESORA DE ESPAÑOL
CORRECTORA DE TEXTOS

CONTACTO

stilusycorreccion@gmail.com
 +507 68061022

Código de profesora
 de la Universidad de
 Panamá: C412

CERTIFICACIÓN EN CONCEPTO DE REVISIÓN DE TEXTO
040-2025

Panamá, 27 de noviembre de 2025

Señores
 PROGRAMA DE MAESTRÍA EN RECURSOS HUMANOS
 UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Certifico que he realizado la revisión, en lo relativo a redacción y estilo, conforme a las normas del español, a la tesis de maestría titulada INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVO CONDUCTUAL GRUPAL EN ACUDIENTES DE NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD (TDA/H) QUE PRESENTAN PROBLEMAS DE AFRONTAMIENTO PERTENECIENTES A LA FUNDACIÓN VALÓRATE-2025 elaborada por YAMILETH ITZEL CHUNGA NÚÑEZ (CED.:8-729-2003)

Señalo que esta certificación se limita a aspectos lingüísticos y de estilo. Los contenidos metodológicos y disciplinares del trabajo son responsabilidad exclusiva del autor y de su asesor.

Atentamente,

Yasmel C. Chavarría N.

Adj./ Imágenes de cédula y diplomas de especialidad

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 TRIBUNAL ELECTORAL

Yasmel Coralia Chavarria Nieto

NOMBRE USUAL:
 FECHA DE NACIMIENTO: 12-SEP-1972
 LUGAR DE NACIMIENTO: VERAGUAS, SANTIAGO
 SEXO: F DONANTE TIPO DE SANGRE:
 EXPEDIDA: 21-ENE-2020 EXPIRA: 21-ENE-2030

9-197-389

COPIA

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
 LA FACULTAD DE
Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
 HACE CONSTAR QUE

Yasmel Coralia Chavarria Nieto

HA TERMINADO ESTUDIOS DE POSTGRADO Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
 QUE LE HACEN ACREEDOR AL TÍTULO DE

Especialista en Lingüística

Y EN CONSECUENCIA SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
 HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
 ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS veintinueve
 DÍAS DEL MES DE mayo DEL AÑO DOS MIL veintiuno

[Signatures and stamps]

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
 LA FACULTAD DE
Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
 HACE CONSTAR QUE

Yasmel Coralia Chavarria Nieto

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO Y CUMPLIDO CON LOS
 REQUISITOS QUE LE HACEN ACREEDOR AL TÍTULO DE

Especialista en Lingüística del Verbo Aplicada a la Enseñanza del Español

Y EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
 HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
 ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMÁ, A LOS veintinueve
 DÍAS DEL MES DE abril DEL AÑO DOS MIL veintiuno

[Signatures and stamps]

COPIAS