



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Jacquelyn Catalan Roldan

Director de Tesis:

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Comité Tutorial

- Dr. Antonio García Anacleto
- Mtra. Natalia Quetzal Galán López
- Mtra. Iliana Murguía Álvarez-Rubio
 - Dra. Deni Stincer Gómez

Junio 2022

A mi madre Hortensia Gracida González,
Por siempre motivarme a la superación,
por ser imparable y enseñarme
a nunca rendirme.

A mamá Canchi, quien fomentó los valores
que hoy rigen mi vida, sin su amor
incondicional no estaría aquí.

A mis hermanos y sobrinos, quienes
siempre me inspiran con su cariño.

A Andrés, mi compañero de vida.
Por el apoyo y comprensión que
ha mostrado en mi proceso
de superación.

Agradecimientos

A UAEM, a la Facultad de Psicología, y a CONACYT por el apoyo institucional y brindar los recursos necesarios para alcanzar este logro profesional.

A mi directora de tesis la Mtra. Ximena Ramírez, quien confió en mí desde el inicio del proyecto y aún con las dificultades que aparecieron en el camino siempre buscó la manera de alcanzar la meta. Gracias por la exigencia, motivándome a dar lo mejor de mí.

A mis asesores, la Mtra. Natalia, el Dr. Antonio, la Mtra. Iliana y la Dra. Deni, por quienes siento una gran admiración. Gracias por sus enseñanzas, el tiempo y las aportaciones al proyecto.

A los padres de familia que participaron de manera voluntaria en este proyecto. Gracias, Miriam, Lupita y Mauricio por sobreponerse a las dificultades y tratar de mantenerse en el taller.

A mis compañeros de maestría, Brisa, Muro y Roy con quienes compartí preocupaciones y miedos, pero sobre todo motivación mutua a lo largo de este proceso, gracias.

Finalmente, agradecer a mi familia, a mi compañero de vida y amigos, quienes fueron mi apoyo absoluto en esta etapa de mi vida y quienes me han sostenido cuando lo necesito. Gracias, por tanto.

Contenido

Resumen	10
Introducción	11
Capítulo I: Diagnóstico del TDAH e implicaciones sociales, educativas y familiares	13
1.1. Desarrollo y estado actual del concepto de TDAH.....	13
1.2. Prevalencia	15
1.3. Sintomatología y criterios diagnósticos del TDAH	16
1.3.1. particularidades de la inatención.	18
1.3.2. Particularidades de la hiperactividad.....	20
1.3.3 Particularidades de la impulsividad.....	20
1.3.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad asociada	20
1.4. Etiología	23
1.4.1. Factores biológicos y genéticos.....	24
1.4.2. Factores psicosociales.	24
1.5. Tratamiento	25
1.5.1. Intervención Farmacológica.	26
1.5.2. Intervención Familiar y Educativa.	26
Capítulo II	27
2. Estrés parental y estrategias de afrontamiento asociadas a la crianza del niño con diagnóstico de TDAH.	27
2.1. Desarrollo y estado actual del concepto estrés.....	27

2.2. Modelo transaccional del estrés	29
2.3. Estrés parental	30
2.3.1 Modelo multidimensional del estrés parental de Abidin.....	32
2.4 Afrontamiento	34
2.4.1 Estilos y estrategias de afrontamiento.....	36
2.4.2 Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de TDAH.	38
2.4.2.1 Estilos de crianza y disciplina de padres de hijos con Diagnóstico de TDAH. ...	40
Capítulo III.....	41
3. Modelos de intervención psicoterapéuticos para el manejo del estrés en población con diagnóstico de TDAH	41
3.1 Psicoterapia	41
3.1.1 Psicoterapia individual.....	43
3.2 Psicoterapia grupal	44
3.2.1 Intervención psicoterapéutica grupal para el manejo del estrés en padres de niños con TDAH.....	46
3.3 Terapia cognitivo-conductual (TCC)	48
3.3.1 Adiestramiento en inoculación de estrés.....	50
3.3.1.1. Reestructuración cognitiva.....	51
3.3.1.2 Resolución de problemas.....	52
3.3.1.3 Entrenamiento en relajación.....	53

3.3.1.4 Autoinstrucciones o autodiálogo dirigido.....	54
IV Método.....	55
4.1. Justificación y Planteamiento del problema.....	55
4.2 Hipótesis.....	61
4.3 Objetivo general:	62
4.3.1 Objetivos específicos:	62
4.4 Enfoque de intervención	62
4.5 Diseño.....	64
4.6 Análisis de datos.....	64
4.7 Participantes.....	64
4.7.1 Universo	64
4.7.2 Muestra.....	64
4.7.3 Criterios de inclusión:	65
4.7.4 Criterios de exclusión:.....	65
4.7.5 Criterios de eliminación para análisis de datos.....	65
4.8 Escenarios:	65
4.9 Instrumentos y técnicas de intervención:	66
4.9.1 Escala Connors	66
4.9.2 Entrevista individual semiestructurada:	66
4.9.3 Cuestionario de estrés parental de Abidin.....	67

4.9.4 Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE).....	68
4.10 Procedimiento:	69
4.11 Aspectos éticos.....	70
V. Resultados	72
5.1 Estudio de la distribución normativa de los datos.....	73
5.2. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas del universo	74
5.3. Estudio descriptivo de las variables de estrés parental y estrategias de afrontamiento del universo poblacional.	75
5.4 Estudio descriptivo de la corroboración diagnóstica del TDAH.....	77
5.5. Análisis de la efectividad del programa de intervención de AIE en las estrategias de afrontamiento y el estrés parental	78
5.6. Percepción del beneficio al recibir el programa de AEI	83
VI. Discusión y conclusiones de los resultados	86
6.1 Discusión	86
El impacto del programa AIE en las estrategias de afrontamiento	87
El impacto del programa AIE en las dimensiones del estrés parental	96
6.2 Conclusiones	101
6.3 Limitaciones	104
6.4 Recomendaciones.....	105
Referencias:	107

Apéndices.....	133
Apéndice A. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)	133
Apéndice B. Escala de estrés parental PSI-SF	135
Apéndice C. Cuestionario abreviado para padres/maestros Conners	137
Apéndice D. Consentimiento informado para padres	138
Apéndice E. Consentimiento informado para profesores.....	141
Apéndice F. Hoja de información para profesores	143
.....	143
Apéndice G. Carta de autorización de ingreso a la escuela	145
Apéndice H. Fichas descriptivas del programa AIE	146
Tabla H1	146
Tabla H2	148
Tabla H3	150
Tabla H4	152
Tabla H5	153
Tabla H6	154
Tabla H7	156
Apéndice I. Manual del Programa de Adiestramiento en inoculación de estrés.....	157
Figura I1	157
Figura I2	157

Figura I3	158
Figura I4	158
Figura I5	159
Figura I6	159
Figura I7	160
Figura I8	160
Figura I9	161
Figura I10	161
Figura I11	162
Figura I12	162
Figura I13	163
Figura I14	163
Figura I15	164
Figura I16	164

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo principal estructurar un programa breve de enfoque cognitivo conductual, para evaluar los efectos del “Adiestramiento en Inoculación de Estrés” (AIE) sobre las estrategias de afrontamiento y el estrés parental de padres de niños con TDAH. El estudio buscó obtener resultados mediante un diseño preexperimental pre-post test con medición intermedia, de corte transversal, con un sólo grupo experimental. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se evaluaron 13 padres con un hijo diagnosticado con TDAH entre los seis y 11 años; sólo tres padres lograron apegarse al programa AIE.

Se analizaron medidas de tendencia central y frecuencias, los resultados muestran que a partir de la intervención los padres experimentaron mejoría en el nivel de estrés parental, los efectos en las subescalas malestar paterno, interacción disfuncional y niño difícil se mostraron tendientes a la disminución. Los resultados también revelan que los padres mejoraron su repertorio de afrontamiento; aumentaron la utilización de estrategias centradas en el problema, específicamente la reevaluación positiva y la focalización en la solución de problemas; no obstante, la búsqueda de apoyo social disminuyó. Con relación a las estrategias centradas en la emoción los resultados muestran tendencia al aumento en el uso de la evitación, la religión, la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta. Se discute la influencia del confinamiento por COVID-19 en el uso y modificación de las estrategias de afrontamiento, y en consecuencia los efectos del cambio a modalidad virtual del programa AIE.

Palabras clave: Adiestramiento en Inoculación de Estrés, Estrategias de afrontamiento, Estrés parental, TDAH.

Introducción

El estudio del estrés asociado al rol parental, es un tema recurrente en los contextos familiares de niños con el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, mejor conocido como TDAH; son múltiples las investigaciones (Theule et al., 2013; Wiener et al., 2016; Ben-Naim et al., 2018) que refieren la importancia de generar intervenciones que provean de herramientas psicológicas y conductuales a los padres que tienen que enfrentarse a las demandas de la crianza de un hijo con necesidades específicas y diferentes a la población normativa.

De acuerdo con Pérez et al. (2014) el estrés parental es un factor determinante en el comportamiento de los padres, por ello la presente investigación se centra en generar una intervención que permita permear las consecuencias de la tensión recurrente que existe en las familias de niños con TDAH. Según se reporta en la literatura la percepción que puedan tener los padres en relación con su desempeño parental puede generar sentimientos de frustración y rabia, e incluso generar ambientes violentos (Pérez y Menéndez, 2014), lo cual estaría repercutiendo no sólo en la calidad de vida de los padres sino también en la de sus hijos.

Por lo tanto, en este trabajo se presenta una propuesta de intervención grupal centrada en disminuir el estrés parental, que pretende generar estrategias de afrontamiento sanas ya que según se reporta en la literatura los padres de niños con TDAH se perciben con poca autoeficacia para enfrentar las dificultades de la crianza (Vásquez et al., 2011).

El modelo conceptual que fundamenta el adiestramiento en inoculación del estrés es la perspectiva transaccional que fue propuesta por Lazarus y Folkman (1986) quienes explican que el estrés es una respuesta que se detona por la dinámica bidireccional entre el medio y la persona; es decir, en este caso los padres también tiene un papel activo contribuyendo al estrés que experimentan, pues la manera de interpretar los hechos, pensamientos, imágenes y sentimientos

es lo que determina en gran medida la respuesta conocida como estrés. Por ello, Meichenbaum (1987) el autor del AIE propone que la modificación de las estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales significaría modificar la valoración subjetiva; y por ende habría que esperar que esto impacte en el nivel del estrés parental percibido.

Bajo el mismo modelo transaccional se retoma en este trabajo el modelo multidimensional de Abidin que es el modelo científico más aceptado para explicar el estrés parental (Bravo, 2019); el cual considera que el estrés está determinado por tres dimensiones: las características del padre, las características del niño y la relación entre ambos. Este modelo sustenta el “Cuestionario de estrés parental de Abidin” el cual nos permitió realizar el análisis de la variable estrés parental.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se utilizó el “Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE), el cual se respalda en los postulados de Lazarus y Folkman (1986) explicados anteriormente; y que incluye dos dimensiones de afrontamiento, el racional y el emocional.

Por lo anterior, la hipótesis planteada en esta investigación es que la técnica de Adiestramiento en Inoculación del Estrés modificará las estrategias de afrontamiento y, tendrá efectos que favorecerán la reducción del estrés parental de padres de niños con TDAH.

Para llevar a cabo este estudio se estructuraron tres capítulos que comprenden el marco teórico: en el primero se analiza el cuadro psicopatológico del TDAH y nos abre el panorama de las dificultades que deben enfrentar los padres según la sintomatología predominante. En el segundo capítulo se efectúan algunas precisiones teórico-conceptuales del estrés parental y las estrategias de afrontamiento, así mismo se retoman las investigaciones hechas específicamente en padres de niños con TDAH. Finalmente, en el capítulo tercero se habla sobre los modelos psicoterapéuticos en el manejo del estrés y las técnicas implementadas en este programa cognitivo-conductual.

Capítulo I: Diagnóstico del TDAH e implicaciones sociales, educativas y familiares

1.1. Desarrollo y estado actual del concepto de TDAH.

El concepto del TDAH ha evolucionado y se ha transformado a lo largo de la historia, dando como resultado divergencias entre los criterios diagnósticos y las formas de tratamiento. Las primeras descripciones, aunque encarecidas pero similares al concepto que hoy se conoce, aparecen a mediados del siglo XIX alrededor del año 1844 y se asocian a el primer relato descrito por Heinrich Hoffman en la obra Felipe el enredador quien describió a un niño inquieto, que no paraba a pesar de las indicaciones de sus padres (González, 2018).

Posteriormente, George Still en el año 1902 realiza la primera descripción que hoy podríamos llamar científica, por medio de la evaluación de sus pacientes infantiles observa la presencia de alteraciones comportamentales, definiendo características específicas en su muestra, tales como la impulsividad, hiperactividad, conductas antisociales, dificultades en la atención y aprendizaje, entre otras a las que explicó como un defecto temporal o permanente del “control de la moral” (Aguilar, 2014). Al respecto, Still aclaró que el concepto moral, no estaba relacionado con alteraciones o desviaciones sexuales, si no, con la capacidad cognitiva de saber diferenciar lo bueno y lo malo (Quintero, 2009).

Más tarde, Tregold en 1908 en su libro Deficiencia Mental mencionó que estos niños presentaban daño cerebral a un nivel mínimo, lo que provocaba debilidad mental y consecuencias para adherirse a la educación escolar regular; además, consideró que estos niños eran proclives a presentar comportamiento criminal (Cervera et al., 2001).

Durante los inicios del siglo XX la relación entre el trastorno y un defecto en el sistema nervioso central fue la primordial corriente explicativa (Aguilar, 2014). Para los años 1917 y 1918 debido a la epidemia de encefalitis viral los índices de la conducta anormal fueron en

aumento, por lo que, algunos médicos psiquiatras continuaron relacionando el TDAH con la lesión frontal. Provocando así, las primeras descripciones que asumían la relación entre el daño mental y el cuadro clínico caracterizado por la hiperactividad (Soutullo y Díez, 2007).

En décadas posteriores, cuando existían formas leves de hiperactividad se atribuía a malas prácticas de crianza o a ambientes relacionados con pobreza y delincuencia, implicaciones erróneas que aún en el siglo XXI siguen vigentes (Soutullo y Díez, 2007). Por otro lado, alrededor de los años 50' y 60' se le da a este trastorno de la infancia el nombre de “Daño cerebral mínimo” y a la par “Disfunción cerebral mínima” (Quintero, 2009). Por lo que, enseguida en 1968 el TDAH apareció por primera vez en la 2da. Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II), donde se le reconoció con la etiqueta de reacción hiperkinética de la infancia la cual consideraba a la hiperactividad como el principal síntoma; sin embargo, años más tarde se comienza a prestar mayor cuidado a la dificultad para mantener la atención (Alonso et al., 2015).

Durante la década de los 70' se comenzó a reconocer la persistencia de los síntomas del trastorno en el adulto, al que se denominó tipo residual (Quintero, 2009). A finales de los años 80' de acuerdo con Soutullo y Díez (2007) se intentó definir los subtipos basándose en la presencia o ausencia de la hiperactividad, además, en esos años se reconoce el carácter crónico del trastorno y la influencia de factores biohereditarios, corroborados más tarde por los avances en neuroimagen y los conocimientos sobre genética.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), el TDAH se define como “un patrón de conductas persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad”, que se manifiesta de manera precoz antes de la edad escolar pero que persiste en la edad adulta, el cual produce deficiencias en el

funcionamiento social, familiar, escolar y ocupacional; diferenciando según la sintomatología tres predominios: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado (American Psychiatric Association, 2013).

En suma, cuando hablamos de TDAH se reconoce que es un trastorno complejo por lo que podemos encontrar diversidad respecto a sus criterios diagnósticos (Ramos, 2010).

1.2. Prevalencia

De acuerdo con el DSM-5 la prevalencia mundial de TDAH es del 5 % en niños y el 2,5% en adultos (APA, 2013). Al respecto González et al. (2015) en su revisión sistemática, coinciden parcialmente con el dato anterior encontrando que la prevalencia del trastorno en población general es del 5-8 % en niños.

En el caso de México se ha encontrado en edad escolar prevalencias que van desde el 9.11 % al 14.6 % (Cruz et al., 2010; Cornejo-Escatell et al., 2015). Así mismo, se estima que existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes en el país, de los cuales 1 millón 500 mil podrían presentar TDAH, lo que representa al 30% de los casos psiquiátricos infantiles (Sauceda, 2014).

Vasconcelos, Ramírez y Mildestein (2018) nos mencionan que el TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente de la infancia con mayor prevalencia entre los seis y nueve años. De manera que, en el contexto clínico mexicano se ve reflejada esta realidad ya que el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se reporta que el principal trastorno de consulta externa en el año 2016 ha sido el TDAH (Márquez-Caraveo et al., 2017).

En cuanto a la prevalencia relacionada con el sexo, el DSM- 5 (2013) menciona que existe mayor prevalencia en el sexo masculino, tal y como se reporta en algunos estudios (Ullebø et al., 2011; Ajinkya et al., 2013; Richa et al., 2014), pues se observa que existe una proporción de 4:1

entre niños y niñas, evidenciándose en las muestras clínicas mayor prevalencia en varones (Reinhardt y Reinhardt, 2013).

Vasconcelos et al. (2018) menciona que el subtipo combinado se da en un 60% de los casos, mientras que el inatento se presenta en un 30%, para finalmente encontrar sólo un 10% del tipo hiperactivo-impulsivo. Sin embargo, González et al. (2015) mencionan que en un metaanálisis más reciente se reporta que el subtipo inatento es el de mayor predominancia en muestras no clínicas (3,4-3-6 %), seguido por el combinado (2,2-2,3%) e impulsivo-hiperactivo (1,1-1,3 %).

Barrios et al. (2016) reporta que en los niños mexicanos el predominio de TDAH que impera es el subtipo inatento (33.65%), seguido por el subtipo combinado (37.4%) y finalmente en menor medida está el hiperactivo-impulsivo (29%).

En último lugar es importante rescatar, que la prevalencia tendrá relación con el método y otros elementos a analizar, así lo sugieren Díaz et al. (2013) quienes describen algunos factores a tomar en cuenta respecto al análisis de la prevalencia; entre los que se encuentran, la ausencia de pruebas definitivas para el diagnóstico de TDAH, los criterios clínicos, la elección del informante, edad de la muestra, tipo de población, entre otros.

1.3. Sintomatología y criterios diagnósticos del TDAH

De acuerdo con el DSM-5 los síntomas cardinales del TDAH son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad; sintomatología que debe hacer aparición antes de los 12 años y en más de un solo entorno (APA, 2013).

Rodillo (2015) explica que las conductas descritas en el DSM-5 se pueden encontrar en el desarrollo normal de los niños y adolescentes, por lo que para hacer la identificación como criterios diagnósticos se requiere que estas características sean desproporcionadas y severas, de acuerdo con lo esperado para el nivel de desarrollo del niño.

Retomando la clasificación diagnóstica del DSM-5 (APA, 2013) se describen los siguientes criterios para el diagnóstico clínico:

A. 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 todas las actividades.

Nota: Los síntomas no son sólo la manifestación de una conducta oposicionista desafiante, hostilidad o una falla para entender instrucciones o tareas. Para adolescentes y adultos (17 años o más), se requieren al menos cinco.

- a) Dificultad en mantener la atención en detalles (errores en las tareas escolares o en cualquier otra actividad)
- b) Dificultad para mantener la atención en actividades recreativas (Conversaciones, clases, etc.)
- c) A menudo parece no escuchar cuando le hablan
- d) A menudo no sigue instrucciones, no concluye trabajos o actividades (evade con facilidad)
- e) Con frecuencia no organiza sus actividades y tareas
- f) No muestra entusiasmo y evita actividades que requieren atención mantenida
- g) A menudo pierde sus útiles y cosas necesarias para realizar sus tareas
- h) Se distrae fácilmente con estímulos externos (Adultos y adolescentes incluye pensamientos no relacionados)
- i) A menudo olvida actividades cotidianas (en niños las tareas y adultos y adolescentes, situaciones como pagar cuentas, ir a citas, etc.)

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 todas las actividades.

- a) A menudo está en constante movimiento jugueteando con las manos, se mueve constantemente de su asiento.
- b) Se para constantemente, en situaciones donde se espera se encuentre sentado.
- c) Constantemente corre en situaciones no apropiadas
- d) No tiene tranquilidad para llevar a cabo actividades como jugar
- e) Se encuentra siempre en movimiento
- f) A menudo habla en exceso
- g) Contesta antes de que se concluya la pregunta (No respeta turnos durante las conversaciones, termina las frases de otros)
- h) Le cuesta esperar su turno
- i) A menudo interrumpe las actividades de los otros

1.3.1. particularidades de la inatención.

Para entender la intención es necesario hacer referencia al concepto de atención, que según Delgado et al. (2012) es entendido como el proceso por el cual seleccionamos los estímulos que consideramos relevantes; en otras palabras, tiene relación con responder a un solo estímulo o a varios de manera intencional, capacidad que se le dificulta al niño con TDAH.

Los mecanismos atencionales implicados en las dificultades presentadas son en primer lugar los mecanismos selectivos, lo que impide al niño seleccionar el estímulo entre una serie de alternativas; por lo que, se generan constantes distracciones y dificultad para seguir instrucciones (Marcía, 2014).

En segundo lugar, se encuentran comprometidos los mecanismos de distribución, que son activados con la atención dividida, la cual se utiliza al poder mantener la concentración en distintas demandas simultaneas, habilidad que no posee el niño con TDAH, por lo que se desconcentra en cuanto existen 2 estímulos distintos que llamen su atención (Marciá, 2014).

López et al. (2014) menciona que la inatención se observa en primera instancia cuando los niños presentan gran dificultad para realizar una actividad en el transcurso de largos periodos de tiempo y necesitan ejecutar un gran esfuerzo para no distraerse con otros estímulos.

En concordancia, Soutullo y Díez (2007) describen algunas expresiones de la inatención en los niños con TDAH, como lo son:

- Dificultad en operaciones matemáticas, en ortografía y en enunciados, pues no hay registro de los detalles.
- Presentan un rendimiento inferior de acuerdo con sus habilidades, continuamente cometen errores en actividades que ya dominan; por ejemplo, se colocan la ropa al revés.
- Cambian de actividad o juego continuamente, se aburren o cansan con facilidad.
- Presentan dificultad para organizarse y planificar, por lo que dejan tareas a medias y sin concluir.
- Rehúsan de actividades que le requieren mayor esfuerzo para sostener la atención, tal como los puzzles, crucigamas, etc.
- Existen olvidos en cuanto a sus materiales o encargos; así también, pierden juguetes u objetos escolares.
- Suele confundirse en cuestiones auditivas, en ocasiones cuando se les habla directamente, no registran, por lo que no hacen caso.

1.3.2. Particularidades de la hiperactividad

La sobreactividad o hiperactividad se describe como los niveles excesivos de actividad motora, que son inadecuados para la edad de los niños o para la situación presentada y aun cuando este síntoma se mitiga con la edad, durante la infancia causan comportamientos de nerviosismo o excesiva inquietud, que dificulta las actividades del infante (Marcía, 2014).

En relación con ello, López et al. (2014) explica que los niños con hiperactividad están en movimiento constante sin sentido alguno, se mueven de sus asientos o se encuentran sentados, pero con continuos movimientos tocando todo lo que se encuentre a su alcance, de modo que tienen invariables accidentes en comparación con otros niños de su edad; además hablan sin parar por lo que interrumpen la clase y son ruidosos.

1.3.3 Particularidades de la impulsividad

Soutullo y Mardomingo (2009) explican que realizar actos y responder sin detenerse a pensar es una característica de los niños con impulsividad, quienes no se detienen a evaluar consecuencias frente a las situaciones, pues no existe control sobre los comportamientos.

De la misma manera el DSM-5 (APA, 2013) refiere que estos niños tienden a realizar acciones apresuradas, debido a que no existe capacidad para retrasar la gratificación, situación que desencadena riesgos de daño personal.

1.3.4. Diagnóstico diferencial y comorbilidad asociada

La caracterización clínica del TDAH se puede deber a otros trastornos neurológicos, psiquiátricos y/o médicos (Soutullo y Mardomingo, 2009) por lo que es importante describir los cuadros clínicos con los que comparte sintomatología. El diagnóstico diferencial es un procedimiento que nos va a permitir identificar un trastorno mediante la exclusión de otros trastornos similares o semejantes (Fernández-Jaén et al., 2018).

Según el DSM-5 (APA, 2013) los trastornos en los que debemos indagar para realizar el diagnóstico diferencial son los siguientes:

Trastorno negativista desafiante: se distingue por la hostilidad y negatividad, luego entonces en el diagnóstico de TDAH hay que distinguir si la causa de que el niño tenga aversión a las tareas que requieren esfuerzo mental se explican por los déficits atencionales, por el olvido a las instrucciones o por la impulsividad no controlada y no por las características de hostilidad que se relacionan concretamente con no querer realizar la actividad. Además, se menciona que es el trastorno clínico con más complicaciones diferenciales ya que el niño con TDAH usualmente desarrolla actitudes negativistas.

Trastorno explosivo intermitente: No es común que se desarrolle durante la infancia, sin embargo, comparte niveles de impulsividad con el TDAH, pero a diferencia de éste el trastorno explosivo intermitente dirige una hostilidad marcada hacia los demás.

Trastorno del espectro autista: aun cuando existe en los niños con TDAH excesiva actividad motora, los movimientos no son repetitivos y estereotipados, además no existe desvinculación social ni indiferencia a las señales de comunicación tonales y faciales.

Trastorno de Tourette: se debe tener en cuenta que los tics múltiples podrían confundirse con los juegos generalizados que se presentan en los niños con TDAH.

Trastornos específicos del aprendizaje: estos niños con capacidad limitada pueden observarse como inatentos, no obstante, los déficits no conllevan deterioros fuera del entorno académico.

Trastornos de ansiedad: los niños con TDAH muestran atracción por actividades agradables, por lo que su inatención es debida a estímulos externos, caso contrario en los trastornos de ansiedad la inatención se explica por la rumiación y preocupación de ciertas situaciones.

Trastornos depresivos: existe un déficit importante en la concentración, que sólo se mantiene durante el episodio depresivo. Cabe mencionar que los niños con TDAH pueden desarrollar depresión secundaria debido a las repercusiones en su funcionamiento global, por lo que alrededor del 30% tiene asociado un trastorno afectivo (Gómez et al., 2008).

Trastorno bipolar: este raramente muestra caracterizaciones clínicas preadolescentes, en cambio en el TDAH es común encontrar su expresión clínica en la infancia y adolescencia. En el trastorno bipolar la inatención e impulsividad se relaciona con un estado de grandiosidad y estado de ánimo elevado, que se manifiesta durante varios días.

Trastorno de la personalidad: es necesario identificar que, aunque comparten características como la desorganización, desregulación emocional y cognitiva, los niños con TDAH no se caracterizan por presentar ambivalencia extrema, miedo al abandono o autolesión.

Luego entonces, el diagnóstico diferencial es de suma importancia ya que es frecuente la comorbilidad asociada a otros trastornos psiquiátricos, en este aspecto de acuerdo con Soutullo y Mardomingo (2009) el 70% manifiesta al menos un trastorno psiquiátrico comórbido y el 40% presenta al menos dos, lo cual complica el diagnóstico, empeora la sintomatología y dificulta la efectividad del tratamiento.

De acuerdo con Gómez et al. (2008) los trastornos comórbidos con mayor frecuencia son los trastornos disruptivos (trastorno de la conducta y trastorno oposicionista desafiante) con un porcentaje de 35-60%, seguidamente se encuentra el trastorno de ansiedad con un porcentaje del 25-34% y finalmente entre el 18-60% de los niños manifiesta como comorbilidad un trastorno del estado de ánimo (depresión mayor, bipolaridad).

En este mismo sentido, Soutullo y Mardomingo (2009) mencionan que efectivamente el Trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta son los trastornos comórbidos más

frecuentes, los cuales asociados con el TDAH, presenta mayor severidad de la sintomatología y mayores repercusiones en el ajuste social, tal y como lo corroboran Presentación y Siegenthaler (2005) cuando reportan en su estudio que los niños con comorbilidad asociada al trastorno negativista desafiante presentan un deterioro significativo en su vida cotidiana.

Por otra parte, se conoce que cuanto más tiempo transcurra sin que el niño sea diagnosticado o sin recibir la atención adecuada, se amplían las posibilidades de que se desarrolle comorbilidades; por ejemplo, debido a los déficit cognitivos que presenta el niño con TDAH, tarde o temprano se presentarán dificultades escolares, que si no son tratadas pueden desarrollarse trastornos del aprendizaje; así mismo, al no poder seguir instrucciones o interrumpir las clases constantemente estos niños se encuentran expuestos al rechazo, lo que tarde o temprano desencadenara aislamiento y conductas disruptivas (Soutullo y Díez, 2007).

1.4. Etiología

El TDAH es avalado por múltiples estudios de neuroimagen, epidemiológicos, genéticos, neuropsicológicos y clínicos como un trastorno del neurodesarrollo, en los que se comprueba que los neurotransmisores y las disfunciones a nivel cerebral ocupan un papel importante dentro de la etiología (Rodillo, 2015). Así mismo, otras investigaciones mencionan una fuerte carga genética (Barkley, 2000; Rothenberger y Banaschewski, 2004).

Aunque los factores biológicos ocupan un papel importante, los factores etiológicos determinantes aún se desconocen (Gómez et al., 2008). En este sentido, Hidalgo y Esperón (2008) explican distintos factores etiológicos entre los cuales se encuentran, la neuroanatomía, neurofisiología, genética molecular y conductual y por supuesto el entorno psicosocial.

1.4.1. Factores biológicos y genéticos.

La teoría explicativa con mayor aceptación en la actualidad respecto a la etiología es la relacionada con la disfunción de los neurotransmisores de la corteza prefrontal, zona que lleva a cabo las funciones de la regulación conductual y la planificación, pues se conoce que sujetos con lesiones en esa área del cerebro se comportan inatentos, impulsivos y poco dispuestos a seguir instrucciones (Gratch, 2009).

Por otro lado, existen investigaciones que reportan que el 80 % de los casos de TDAH son hereditarios. Así mismo, existe extensa bibliografía respecto a las disfunciones en la corteza prefrontal y los ganglios basales; los genes más investigados son el DRD4, DAT1, MAOA, COMT y DBH (Puddu et al., 2017).

Carrasco et al. (2004) explica que el alelo DRD4/7R positivo, se encuentra relacionado con la hiperactividad /impulsividad, por lo tanto, estos niños se aburren ante la ausencia de situaciones estimulantes y se muestran intolerantes ante la espera. Además, Puddu et al. (2017) añade que el DRD4/7 y el DAT1/10 están relacionados con disfunciones de dopamina, lo que afecta la transmisión neuronal y aumenta el riesgo de tener TDAH.

1.4.2. Factores psicosociales.

Mayén y Urraca (2007) corroboran que existen factores perinatales que se han asociado con daños cerebrales y alteraciones en áreas específicas del encéfalo, esto debido al consumo de alcohol, tabaco o plomo, lo que tiene repercusiones en el desarrollo del TDAH.

Por otro lado, según la Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad existen algunos factores psicosociales que contribuyen a la persistencia de la sintomatología, tales como vivencias en el entorno familiar que producen estrés psicológico y ansiedad en el niño, así como técnicas educativas ineficientes (Vásquez et al., 2010).

Rivera-Flores (2013) reporta en su estudio que las habilidades parentales, las dificultades sociales entre compañeros y los eventos estresantes que vive el niño tienen influencia en la evolución del TDAH.

Para Ramos (2010) de la misma manera existen variables asociadas al contexto, tales como el ambiente sociofamiliar, la cultura y las condiciones precarias que dan lugar a estilos educativos específicos los cuales tarde o temprano van a tener influencia sobre el aumento de la hiperactividad.

1.5. Tratamiento

El tratamiento para el TDAH se tendrá que enfocar en disminuir la sintomatología central, así como la comorbilidad asociada, con el fin de facilitar la transición hacia la vida adulta. Así mismo, la psicoeducación y entrenamiento en técnicas de manejo conductual para padres es una parte importante del tratamiento, así también, el tratamiento farmacológico y el apoyo escolar (Soutullo y Mardomingo, 2009).

Alonso et al. (2015) mencionan que tanto los psicofármacos como las medidas no psicofarmacológicas (entrenamiento a padres), tienen efectos positivos en el TDAH, además, sugieren que la efectividad y los beneficios terapéuticos de las intervenciones se evalúan a partir del mejoramiento en la calidad de vida del paciente. Durante el tratamiento se deben presentar objetivos medibles de la efectividad, variables que deben ser cuantificadas; por ejemplo, los logros académicos, la disminución de comportamientos disruptivos y el mejoramiento de la conducta prosocial, entre otros (Rodillo, 2015).

1.5.1. Intervención Farmacológica.

De acuerdo con una revisión actual de la guía de tratamiento del TDAH de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), se recomienda como primera línea de tratamiento los medicamentos estimulantes, principalmente si no existe comorbilidad asociada, sin embargo, si se presentan problemas de consumo de sustancias, depresión y ansiedad, se recomienda la administración de atomoxetina (Rabito-Alcón y Correas-Lauffer, 2014).

Alonso et al., 2015, menciona que el metilfenidato es el medicamento más utilizado para tratar la sintomatología del TDAH, además es el psicofármaco aprobado por la Food and Drug Administration,, con el cual se reporta mejoría en la atención sostenida, disminución de la impulsividad y mejoramiento de las funciones neurocognitivas. No obstante, el tratamiento no es recomendable para niños preescolares (Rabito-Alcón y Correas-Lauffer, 2014).

1.5.2. Intervención Familiar y Educativa.

La intervención psicosocial que incluye a la familia, profesores y a otros cuidadores primarios, es de suma importancia. A pesar de que la terapia farmacológica se implementa de forma sencilla y consigue beneficios rápidos, se reporta que alrededor del 30% no responde a este tratamiento y al menos un 10% presenta efectos secundarios adversos, por el contrario, esto no sucede con los tratamientos no farmacológicos (Alonso et al., 2015).

La psicoeducación que se brinda a los adultos que se encuentran en contacto con los niños con TDAH es parte importante del tratamiento, según Soutullo y Mardomingo (2009) se debe informar a los actores antes mencionados sobre todas las implicaciones del TDAH (causas, evolución, tratamientos, efectos secundarios). En este sentido, Rodillo (2015) explica que la intervención cognitivo conductual ha mostrado efectividad y es usada para modificar el ambiente físico y social del infante, así mismo, bajo este enfoque se busca entrenar a los padres y

maestros, otorgándoles estrategias para la modificación de las conductas, a través de recompensas y consecuencias.

El apoyo académico-escolar será fundamental, los profesores deben realizar modificaciones al entorno, así como implementar técnicas que ayuden al control de la conducta; por ejemplo, revisar periódicamente la agenda de tareas, remarcar reglas claras y sencillas, ofrecer más tiempo para la finalización de actividades, usar sistema de puntos, elogiar y reforzar conductas, buscar adaptaciones curriculares, entre otros (Soutullo y Mardomingo, 2009).

Capítulo II

2. Estrés parental y estrategias de afrontamiento asociadas a la crianza del niño con diagnóstico de TDAH.

2.1. Desarrollo y estado actual del concepto estrés

Las nociones de equilibrio, homeostasis y estrés han estado implicadas en el contexto de salud y enfermedad desde hace más de 2000 años (Adolfo, 2002).

Rosales (2014) explica que “estrés” es un concepto utilizado desde el siglo XV, el cual inicialmente se utilizó en el campo de la física para hacer referencia a la fuerza, que generaba tensión sobre las estructuras mecánicas. Es a finales del siglo XIX, que Walter Cannon lo describe como un mecanismo que busca el equilibrio fisiológico y que lo utilizan los organismos para autorregularse y protegerse ante cualquier presión del medio ambiente, al cual llamó homeostasis.

Mas adelante, en el año de 1936, el concepto se introduce en el área de la biología, gracias a Hans Selye, quien lo describió como un síndrome general de adaptación (SGA), el cual, es un conjunto de reacciones biológicas que preparan al individuo para hacerle frente a las situaciones

de tensión, aquellas que se desenvuelven cuando los estímulos estresores se presentan más rápido de lo que el organismo puede afrontar, lo que da como resultado un desequilibrio conductual y cognitivo (Ospina, 2016). Adicionalmente, bajo esta aportación se explica que, por tratarse de respuestas biológicas, el SGA se compone de tres etapas:

- a. Fase de alarma: el organismo responde al sentirse amenazado por su medio ambiente, con una serie de respuestas fisiológicas para poder alcanzar la supervivencia.
- b. Fase de resistencia: cuando el organismo es amenazado por agentes sociales, físicos, biológicos, etc. puede adaptarse gradualmente o no lograr la adaptación avanzando a la siguiente fase.
- c. Fase de agotamiento: interrupción de la adaptación, lo que lleva a patologías y a la muerte.

Desde esta perspectiva, la crítica más importante que se le hizo a Hans Selye, respecto a su trabajo fue que no tomó en cuenta que los efectos del estrés, también son mediados y regulados por factores psicológicos. Lo que dio paso a Lazarus y Folkman, para elaborar su teoría transaccional del estrés en los años 80, la cual trató de explicar, por qué ante los mismos hechos estresantes cada persona responde de acuerdo con sus diferencias personales, más allá de lo fisiológico (Rosales, 2014).

Finalmente, Schaufeli y Salanova (2002) explican que este modelo explicativo es el más defendido en la actualidad; ya que, el concepto de estrés trasciende la perspectiva fisiológica y se estudia desde distintas perspectivas y áreas científicas como lo son la investigación psicológica, biológica e inclusive sociológica (Rosales, 2014).

2.2. Modelo transaccional del estrés

El modelo transaccional del estrés o modelo interactivo del estrés fue propuesto en la década de los 70' por Lazarus y Folkman, el cual explica que el estrés es una reacción que se desencadena debido a una dinámica interaccional entre el medio y la persona. En este sentido, Lazarus y Folkman (1986) nos definen al estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.43).

Del mismo modo, Dahab et al. (2010) sugiere que el modelo transaccional, nos explica que el estrés aparece cuando una persona valora sus recursos como insuficientes para afrontar las demandas del entorno; es decir, el sujeto hace una evaluación de las demandas y de los recursos con los que cuenta y luego entonces, si percibe discrepancias se desencadena como respuesta el estrés, donde intervienen los siguientes elementos:

Estímulos: acontecimientos externos, eventos cotidianos, físicos, psicológicos y sociales.

Respuestas: reacciones cognitivas, subjetivas, comportamentales, las cuales pueden o no ser adecuadas.

Mediadores: se trata de la valoración del estímulo y la intervención de los recursos de afrontamiento.

Moduladores: factores que pueden aumentar o disminuir el proceso del estrés, pero no lo provocan, ni lo impiden.

Por lo tanto, Lazarus y Folkman (1986) defienden que existe una relación recíproca entre el estrés y el afrontamiento, dado que, de acuerdo con la valoración subjetiva de la persona se tendrá un subsecuente positivo o negativo.

En este sentido, Rodríguez et al. (2016) explica que con base en el modelo transaccional, cuando la persona se enfrenta a un evento estresor se realizan dos diferentes evaluaciones: la primaria donde se evalúa si el evento es dañino o no y si representa amenaza y la secundaria, que se relaciona con la autoeficacia y consiste en evaluar si se tienen las capacidades para hacerle frente al evento; es decir, en esta fase la persona valora sus recursos de afrontamiento; los cuales, según estos autores van a formar repertorios de estrategias conductuales y cognitivas que van a mediar el proceso de percepción y adaptación, durante la situación estresante.

En conclusión, bajo este enfoque, se entiende que los estímulos no son estresantes, por sí mismos; por esta razón, González y Landero (2010), nos explican que los eventos son únicamente transacciones que pueden ser o no estresantes, según la valoración de los estresores y los recursos para hacerle frente.

2.3. Estrés parental

El estudio del estrés relacionado con el rol parental permite generar un mejor análisis de la paternidad, para entender cómo influye en el vínculo paternofilial (Deater-Deckard, 2005).

Desde esta perspectiva, de acuerdo con Abidin (1992) el estrés parental se define como un proceso en donde los padres se sienten sobrepasados por las responsabilidades que conlleva su rol de madre y padre (Padilla et al., 2014).

Por consiguiente, Pérez-López et al. (2012) manifiestan que el estrés parental o estrés de crianza es el que genera mayor tensión en los entornos familiares, debido a que la crianza desde el nacimiento supone reorganizaciones y adaptaciones dentro del sistema familiar.

En este mismo sentido, Pérez et al. (2012) mencionan que la parentalidad incluye desempeñar atenciones, actitudes y responsabilidades, relacionadas con el cuidado, lo que es de gran importancia en el desarrollo de los hijos; sin embargo, declaran que esta función puede verse

mermada, si el rol de padre o madre se percibe como complicado, lo que lleva en efecto a experimentar estrés parental, asociado a un elevado malestar psicológico. Es por ello, que el estrés parental, se considera un elemento determinante en el comportamiento de los padres (Pérez et al., 2014).

Por otro lado, para dar explicación a los factores intervinientes en el estrés parental, Ayala-Nunes et al. (2014), retoman teóricamente la propuesta de Abidin (1992), quien sugiere que intervienen tres fuentes en las relaciones paternofiliales 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 por último los factores sociodemográficos como la mono parentalidad, la falta de apoyo y las carencias económicas; así pues, son factores que pueden aumentar la percepción de estrés parental o bien ser protectores ante el mismo según su disminución.

En suma, existen estudios que han demostrado que el estrés parental, va a influir en el desempeño de los padres (Farkas y Valdés, 2010), tal y como lo reportan investigaciones recientes (Olhaberry y Farkas, 2012; Pérez et al., 2014) en donde se ha encontrado asociación entre altos niveles de estrés parental y conductas paternas disfuncionales y negativas; Así mismo, otros aportes demuestran que el estrés parental además de afectar el vínculo paternofilial, impacta en la salud mental y el funcionamiento psicológico de los padres (Deater-Deckard, 2005; Álvarez et al., 2017).

Por consiguiente, cabe señalar que se ha comprobado la asociación entre el estrés parental y los problemas a los que se enfrentan los padres debido a un trastorno del neurodesarrollo. Por ejemplo, Theule et al. (2013), mediante la realización de un metaanálisis, identifica que los padres de niños con TDAH presentan niveles de estrés parental comparativamente más altos, que

los de padres de niños sin el trastorno y añaden que éste se ve aumentado conforme se presenten recurrentes problemas de conducta.

Por otro lado, Wiener et al. (2016) reporta que los altos niveles de estrés en padres de niños con TDAH se presentan en relación con el sentimiento de culpa e impotencia respecto a su rol parental.

Se han realizado estudios enfocados a determinar el papel del estrés parental en las familias de niños con TDAH, donde se reporta que enfrentarse a las demandas específicas del comportamiento del niño y hacerse cargo de su crianza impacta en la disfuncionalidad familiar (Foley, 2010; González et al., 2014; Muñoz et al., 2017).

Por esta razón, se explica que el estrés parental tiene un gran impacto en el vínculo que se establece con los hijos, tal y como lo confirman Del Arco y Del Barrio (2010) al afirmar que las madres con estrés parental perciben una relación negativa con sus hijos, aunado a una satisfacción parental más baja, por lo que aprecian que son menos competentes para desarrollar su rol parental de manera eficaz.

Del mismo modo, otro aspecto que considerar en el estudio del estrés parental son las repercusiones que se tienen en la relación de pareja, dado que se conoce que, debido a ello, disminuye la satisfacción en la relación marital, reconociendo que se desencadenan varios conflictos en la dinámica familiar (Ben-Naim et al., 2018).

2.3.1 Modelo multidimensional del estrés parental de Abidin.

El modelo multidimensional de Richard Abidin fue desarrollado en 1985 el cual permite predecir los efectos del estrés desde una postura bidireccional entre padres e hijos y retoma tres dimensiones para su comprensión: dimensión del padre, características del niño y la relación

padre-hijo; además, cabe mencionar que actualmente es el modelo científico más influyente para entender el estrés parental (Bravo, 2019).

De acuerdo con Abidin y Solis (1991), la dimensión del padre hace referencia a las características psicológicas de los padres, tales como autoestima, personalidad, percepción de las estrategias de afrontamiento, sentido de competencia, dificultades con la pareja, etc. En cuanto a la dimensión del hijo refieren que se incluyen todos aquellos elementos psicológicos y conductuales que perciben los padres de su hijo, en los que se engloba el temperamento, reacciones emocionales, autocontrol, desarrollo cognitivo. Por último, el constructo que hace referencia a la relación padre-hijo, incluye las expectativas que tienen los padres, en cuanto al desarrollo de su hijo, por lo que se evalúa las expectativas de los logros de sus hijos, los esfuerzos que perciben por parte de ellos (hijos), las dificultades entre ambos, entre otras características relacionales.

Bajo esta propuesta teórica, el estrés parental es entendido como un elemento activador, que estimula los recursos de afrontamiento, para hacerle frente a las demandas específicas del rol parental, el cual está constituido por las expectativas y creencias de los progenitores (Abidin, 1992).

Por su parte, Deater-Deckard (2005), realiza un análisis del modelo y concluye que el estudio de las características de los padres y su percepción respecto a las características del niño, son necesarias para comprender como se desarrolla el estrés de crianza y en este mismo sentido, Crnic y Low (2002) explican el alto valor de las diferencias individuales, para entender la valoración diferenciada de los eventos estresantes.

Por otro lado, Pérez (2014) coinciden que este modelo se rige bajo los supuestos teóricos del modelo transaccional del estrés, de Lazarus y Folkman (1984), explicando que el estrés parental

se encuentra determinado por un proceso valorativo de los recursos parentales propios, así como de las estrategias de afrontamiento para resolver las demandas específicas de la crianza.

De la misma manera, Belsky (1980), concuerda con la perspectiva de que el estrés parental explicado desde Abidin puede entenderse como transaccional; por lo que, propone un modelo ecológico que sugiere que los padres desarrollan sus funciones con base a un sistema bidireccional inter sistémico; en otras palabras, explica que las características de los padres, los menores y el entorno, están intrínsecamente relacionados.

Para finalizar, entender el modelo multidimensional de Abidin permite explicar las consecuencias directas del estrés parental sobre los padres y la calidad de la relación paternofilial, las cuales se mencionan en párrafos anteriores. Así mismo el modelo evidencia la importancia del afrontamiento.

2.4 Afrontamiento

El concepto de afrontamiento es para la psicología un tópico de interés desde hace más de setenta años, en cual forma parte de distintos programas psicoterapéuticos y educativos, para desarrollar los recursos adaptativos de los individuos (Gutiérrez y Veliz, 2018).

De acuerdo con el modelo de Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento tiene que ver con todo esfuerzo conductual o cognitivo que se utiliza para manejar las demandas internas o externas, que son percibidas como desbordantes de los recursos de la persona (Galindo-Vázquez et al., 2013). En este sentido, Rubio (2015) concluye que el afrontamiento es un proceso que incluye lo que una persona piensa sobre el evento estresante y añade que la reacción psicológica y conductual de ello, dependerá de la evaluación e interpretación de la situación.

Conjuntamente, Pujadas (2015) menciona que 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 constata si el evento representa una amenaza para el individuo, ¿me perjudica o beneficia esta situación? y la evaluación secundaria, que verifica si la persona posee o no los recursos para hacerle frente, ¿Qué puedo hacer al respecto? Esta última incluye específicamente el desencadenamiento del afrontamiento.

Por su parte, Pelechano (2000) agrega que, la evaluación secundaria se divide en dos etapas: primero se estima las opciones de afrontamiento y consecutivamente se realiza la evaluación de la capacidad-habilidad para llevar a cabo esas elecciones, provocando una tercera fase en el proceso de la evaluación cognitiva, al que se le conoce como reevaluación, la cual permitirá realizar correcciones sobre la valoración previa.

Finalmente, Gutiérrez y Veliz (2018) retoman que el afrontamiento es un proceso, el cual explican desde la perspectiva teórica de Frydenberg (1997), sobre la cual sintetizan los siguientes principios:

1. El afrontamiento, depende de factores contextuales, por tanto, es cambiante, según la situación a la que el individuo se enfrenta.
2. Existen al menos dos funciones centrales al enfrentarse a una situación estresante, una enfocada al problema y otra orientada a la emoción, cuyo uso depende del grado de control.
3. El afrontamiento, es capaz de determinar el resultado emocional de una situación estresante.

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 (Solís y Vidal, 2006).

En este sentido, cabe añadir que los recursos psicológicos que son activados para hacer frente a las demandas no siempre garantizan éxito; sin embargo, ayudan a disminuir o evitar el dicho malestar (Macías et al., 2013).

2.4.1 Estilos y estrategias de afrontamiento.

Realizar una diferenciación entre los estilos y estrategias de afrontamiento, es necesario para entender la forma en que se manifiestan en el individuo. Por una parte, los estilos de afrontamiento se refieren a 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).

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.

Al respecto, Di-collaredo et al. (2007) y Rodríguez et al. (2016) explican que las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se relacionan con los intentos de modular las respuestas emocionales a las que la situación da lugar; mientras que, las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema se encuentran enfocadas a las acciones que modifican la dificultad en sí.

De modo que, el afrontamiento dirigido a la emoción aparece cuando se percibe que no existen recursos para modificar las condiciones desbordantes del entorno, mientras que, el afrontamiento dirigido al problema aparece cuando la persona evalúa que el medio ambiente es susceptible al cambio.

En este mismo sentido, Paris (2007) explica que la regulación dirigida a la emoción es una estrategia de afrontamiento que se enfoca a disminuir el desequilibrio emocional, modificando la percepción de cómo se vive la situación sin cambiarla objetivamente; es decir, se trata de un paliativo en el que se regulan las emociones, pero no se soluciona el problema.

Actualmente, según Macías et al. (2013) la mayor parte de los estudios nos mencionan como estrategias de afrontamiento individuales las siguientes: 1) Estrategia centrada en el problema 2) Estrategia centrada en la evitación y 3) estrategia centrada en la emoción, a la que se recurre al tratar de mantener el equilibrio emocional.

Además, mencionan que aquellas que están centradas en las emociones aparecen cuando el estrés parece incontrolable, por el contrario, las estrategias centradas en el problema se utilizan ante niveles de estrés controlables y, a su vez, las estrategias de evitación aparecen cuando la persona tiene la necesidad de realizar una búsqueda de recursos psicosociales antes de afrontar el problema.

En suma, es necesario entender que las estrategias centradas en el problema y las centradas en las emociones, no son excluyentes, debido a que un mismo comportamiento puede enfocarse en distintas funciones (Di-colloredo et al., 2007).

2.4.2 Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de TDAH.

De acuerdo con la literatura revisada, uno de los principales estudios comparativos entre las estrategias utilizadas por padres de niños con TDAH y padres de niños sin el trastorno, es el de González et al. (2014), quienes mencionan que, a pesar de las diferencias significativas en el nivel de estrés, ambos grupos utilizan estrategias similares de afrontamiento. Su estudio demuestra que, las madres de niños con el trastorno utilizan principalmente las siguientes estrategias de afrontamiento: solución del problema, autofocalización negativa, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social.

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 TDAH (González et al., 2014).

Vásquez et al. (2011) indican en su estudio que la estrategia principal de los padres de niños con TDAH se centra efectivamente en la delegación de las soluciones a instancias externas, lo que refleja la sensación de impotencia y la falta de autoeficacia de los padres; por lo que, en consecuencia concluyen que la principal estrategia de afrontamiento se reduce a la búsqueda de apoyo externo, dejando a un lado la propia responsabilidad en la transformación de los patrones de crianza y convivencia.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento emocional, González et al., (2014), aporta que las madres de niños con TDAH utilizan la expresión emocional abierta y la autofocalización

negativa. En este sentido, 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. En relación con ello, Pedraza-Vargas et al. (2008), encontró que el afrontamiento familiar en esta población suele verse caracterizado por pautas de crianza coercitivas y punitivas, que buscan desaparecer las exigencias propias del rol parental.

Finalmente, se reporta que, a pesar de utilizar algunas estrategias disfuncionales centradas en la emoción, no se encuentra la estrategia de evitación; en otras palabras, los padres de niños con TDAH no se concentran en otras situaciones, con el fin de ignorar el problema (González et al., 2014).

Por otro lado, los aportes de Iborra et al. (2015) indican que, si el TDAH se encuentra asociado a otro trastorno del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista (TEA), las estrategias de afrontamiento se enfocan en la desconexión comportamental esto implica que los padres evitan cualquier tipo de resolución del problema.

Así mismo, estos autores comentan que imperan estrategias evitativas, que resultan en comportamientos paliativos que no desaparecen la dificultad; tales como fumar, comer, jugar, etc. Debido a ello, Iborra et al. (2015) proponen que se realicen intervenciones centradas en la adquisición de estrategias de afrontamiento, eficaces para desarrollar en los padres habilidades racionales centradas en la resolución del problema.

Ospina y Vivas (2014), nos mencionan que el afrontamiento familiar de los padres de niños con diagnóstico de TDAH tiene extensa complejidad, en donde los recursos psicoemocionales jugaran un papel muy importante en la contribución de este afrontamiento y añaden, que buscar medidas terapéuticas y farmacológicas es parte de las estrategias que deben poseer los padres.

2.4.2.1 Estilos de crianza y disciplina de padres de hijos con Diagnóstico de TDAH.

Cuando se habla de estilos de crianza parentales, se hace referencia a las tendencias de comportamiento, que engloban conductas y actitudes de madres y padres, que se utilizan a la hora de interactuar con los hijos, para la toma de decisiones o la resolución de conflictos en situaciones cotidianas (Torío et al., 2008).

Retomando a Pedraza-Vargas et al. (2008), se entiende que, como parte del afrontamiento, los padres utilizan pautas de crianza punitivas para desaparecer las sobredemandas implicadas en la relación del niño con TDAH. Así mismo, González et al. (2014) retoman para su estudio dos estilos parentales, uno relacionado al afecto y otro entendido como la tendencia a establecer normas y exigencias; según sus resultados, la percepción del estilo parental de madres de niños con TDAH apunta a que la comunicación tiende a presentar mayor crítica y rechazo, así mismo, los padres se muestran menos afectuosos y comunicativos con sus hijos, por lo que, existe menor aceptación y confianza en el vínculo.

En efecto, los padres se sienten inseguros para enfrentarse a las dificultades que se relacionan con el TDAH provocando que su capacidad para expresar emociones y afectos sea nula, desbordándose emocionalmente por la pérdida de control y pasando impulsivamente a la acción para resolver, lo que define su estilo de disciplina (García-Quiroga y Ibáñez-Fanes, 2007).

Justamente, Healey et al., (2011) explica que los padres con altos niveles de estrés desarrollan patrones de disciplina ineficaces los que se caracterizan por conductas coercitivas hacia los hijos, por el contrario los estilos de crianza positivos moderan la seriedad de la sintomatología del TDAH, por esta razón, coinciden con Raya et al. (2008) quien identifica que bajo modelos

democráticos se desarrolla el afecto, la comunicación y el control, por lo que, el nivel de hiperactividad disminuye, pues existe mejor ajuste en la relación paternofilial.

Por lo tanto, la importancia de los estilos educativos parentales ha tomado relevancia, pues existen gran cantidad de investigaciones que apuntan a que las prácticas de crianza pueden beneficiar o empeorar la sintomatología del TDAH ya que al encontrarse que la satisfacción parental es baja se ha observado que los comportamientos de las madres son más reactivos y hostiles con los niños más difíciles (Del Arco y Del barrio, 2014).

Capítulo III

3. Modelos de intervención psicoterapéuticos para el manejo del estrés en población con diagnóstico de TDAH

3.1 Psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento que atiende las manifestaciones psíquicas o físicas de origen psicológico, a través de la modificación del comportamiento, con el objetivo de la búsqueda del bienestar biopsicosocial de las personas o el grupo, tales como la pareja o la familia. Así mismo, el campo de acción de la psicoterapia es muy amplio, pues abarca acciones enfocadas a todas las edades, desde niños hasta adultos mayores (Santibáñez et al., 2009).

Ávila (2016) explica que la psicoterapia apuesta a la transformación del sufrimiento psíquico, la cual debe retomar en su intervención los elementos subjetivos y objetivos del individuo para construir los planteamientos teóricos, las estrategias de acción y sus técnicas. Por su parte, Sibils (2017) añade que la psicoterapia permite sobrellevar las crisis y ocasionalmente, se dirige a personas “no enfermas”, quienes únicamente buscan potencializar su vida emocional.

Al principio de su aplicación, la idea de que pudieran ocurrir efectos terapéuticos en relación con las transformaciones emocionales, conductuales y cognitivas, fue motivo de controversia e incertidumbre, debido a que la herramienta de trabajo era la palabra. De modo que, desde la década de los 50' a fin de utilizar métodos empíricos rigurosos se realizaron los primeros estudios para demostrar la eficacia de algunos enfoques psicoterapéuticos, haciendo hincapié en la ineficacia de la psicoterapia psicoanalista, que en aquel momento era la terapia predominante (Argudín y De la Osa, 2017).

No obstante, actualmente los principales enfoques de intervención psicoterapéutica son los siguientes: modelos psicodinámicos, humanísticos-existenciales, conductuales, sistémicos y cognitivos (Ruiz y Sánchez, 1998).

Sibils (2017) explica que más allá de la controversia entre los modelos, las investigaciones actuales revelan resultados equivalentes en cuanto a la utilidad clínica y recalca, que su eficacia es mediada en buena medida por el vínculo terapeuta-paciente lo que se conoce como alianza terapéutica; y señala que el 75% de las personas que acuden a procesos psicoterapéuticos mejoran su calidad de vida, independientemente de los distintos enfoques

Argudín y De la Osa (2017), explican que algo que ha dificultado la evidencia científica de la eficacia en psicoterapia son las diferentes modalidades que existen y reportan los siguientes datos encontrados en distintos años, 60 modalidades en 1960, 125 en 1975, 400 en 1986. En consecuencia, mencionan que la investigación científica debe resumirse en cuatro grandes modelos teóricos:

1. El enfoque centrado en el aprendizaje y adquisición de nuevas formas de comportamiento (modelo cognitivo-conductual).

2. La orientación hacia una mayor comprensión de sí mismo y el entendimiento de los conflictos inconscientes (modelos psicoanalíticos).
3. Los que se basan en facilitar la comprensión de las experiencias del aquí y el ahora (modelos existencialistas).
4. Enfoques que buscan la transformación de las relaciones interpersonales, que se basan en una perspectiva de interconexión de los elementos que forman un todo (modelo sistémico).

Pérez-Sánchez et al. (2014), sugiere que, la intervención psicoterapéutica debe tener en cuenta los distintos modelos teóricos, debido a que no existe un método único o apto para todo tipo de padecimiento ya que esto se determina según cada caso o paciente. En este sentido, concluyen que los objetivos generales de los diferentes modelos psicoterapéuticos son lograr el bienestar biopsicosocial a través de una perspectiva integradora, buscar la adaptación social del paciente y finalmente, eliminar los síntomas o comportamientos desadaptativos.

3.1.1 Psicoterapia individual.

De acuerdo con Jara (2008) la terapia individual es aquella en donde no existe la posibilidad de un tercero; es decir, únicamente participa un terapeuta y un paciente, por ello, está indicada para la mayoría de los trastornos psiquiátricos -psicológicos.

A pesar de ello, durante la intervención se deben considerar algunos factores que pudieran ser causa de mal pronóstico, los cuales son: falta de motivación e implicación y/o débil, dificultad en las relaciones interpersonales, factores estresantes durante el tratamiento y trastornos psiquiátricos graves; de la misma manera, se pueden presentar factores relacionados con el terapeuta los cuales pueden pronosticar una mala intervención: dificultad de adaptación a cada paciente, escasa empatía y errores en la propia técnica. (Lana y Vidal, 1998).

3.1.1.1 Intervención psicoterapéutica individual para el manejo del estrés en padres de niños con TDAH.

La intervención terapéutica individual para padres de niños con TDAH se basa principalmente en asesorar a los padres en técnicas de modificación de la conducta, con el fin de regular los comportamientos disruptivos de los niños y así evitar las dificultades relacionadas (Delgado et al., 2012).

Existen investigaciones que han reportado mejoría de la dinámica familiar a raíz de la intervención psicosocial (Casas y Ferrer, 2010; Basurco y Calderón, 2019). No obstante, con base a la literatura revisada, no se encuentran intervenciones individuales que arrojen datos sobre su eficacia en la reducción específica del estrés parental generado en la relación paternofilial de un hijo con TDAH, a pesar de que distintas investigaciones (Grau, 2007; Gómez et al., 2015; Wiener et al., 2016; Ben-Naim et al., 2018) nos muestran las repercusiones.

3.2 Psicoterapia grupal

La intervención terapéutica grupal, es un tratamiento en el que se reúnen los pacientes en grupo, de acuerdo con distintos criterios de selección, según su motivo de consulta, su edad, el objetivo, etc. Se encuentra formado por una persona experta que es el terapeuta, quien tiene la función de generar cambios en los conflictos que refieren los pacientes (Jara, 2008).

Reyes (2014) con base a la revisión de distintos autores propone que la terapia grupal se define según algunas particularidades o características específicas que se presentan en este tipo de intervención:

- 1) Interacción: hace referencia a que la intervención grupal tiene como fin que los individuos se comuniquen unos con otros, debido a que se encuentran en un espacio

determinado y sugiere, que es un lugar donde los vínculos que establecen se forman por la interacción emocional, intelectual y física.

- 2) Percepción y conocimiento: se alude a que un grupo es una unidad formada de una percepción colectiva, por lo que, el actuar de los participantes toma en cuenta el actuar de los otros, sobre los que también tiene influencia.
- 3) Motivación y resolución de necesidades: se entiende que el grupo es un dispositivo al que se integra una persona con la idea de satisfacer o resolver una necesidad, por ejemplo, seguridad, afiliación, reconocimiento, aceptación, etc.
- 4) Metas de grupo: define al grupo, como la composición de dos o más personas que se reúnen con distintos fines o metas que se esperan alcanzar en conjunto.
- 5) Organización del grupo: considera que el grupo es un sistema social, que busca la permanencia a través de la aplicación de valores y normas que van a regular el comportamiento de cada integrante.
- 6) Interdependencia de los miembros: de acuerdo con esta visión el grupo se compone de dos o más individuos, donde se visualizan niveles jerárquicos entre los miembros, debido a que cada uno cumple un rol según las funciones del grupo y las reglas que se establecen.

Se ha demostrado que la terapia grupal tiene la ventaja de que puede abordarse desde distintos modelos teóricos o enfoques, por ejemplo, psicoterapia psicoanalítica, cognitivo-conductual, gestáltica, etc. (Lana y Vida, 1998; Jara, 2008).

Zrebiec (2013) explica ventajas de la psicoterapia grupal:

- El grupo ofrece modelos de conductas alternativas, que antes no se habrían considerado.
- Las interacciones de los integrantes, favorece habilidades sociales adecuadas.

- Las habilidades de afrontamiento se modifican al sentirse identificados los pacientes, por lo que perciben que la problemática es más tolerable.
- La interacción expone la forma de actuar de los pacientes, por lo que se pueden reconocer patrones habituales de conducta.

Ochoa et al., (2010) menciona que el grupo favorece la expresión de las problemáticas (catarsis), ayuda a visualizar que el otro puede pasar por lo mismo (universalidad), facilita la socialización, el aprendizaje interpersonal y el altruismo, elementos que Ribé et al. (2018) reporta en su estudio son de gran eficacia en la intervención grupal.

En suma, podemos diferenciar los grupos según algunos objetivos: terapéuticos, psicoeducativos, grupos de apoyo, entrenamiento en asertividad, etc. (Lana y Vidal, 1998). Sin embargo, cabe entender que la psicoterapia grupal, se diferencia de otros grupos de apoyo, debido a que en la primera el objetivo específico es producir una modificación sobre el comportamiento del paciente y que, además, sea amplio y de larga duración. Por ello, el terapeuta debe tener una visión del aquí y el ahora, debido a que los pacientes acuden para entrenar habilidades que necesitaran en el exterior (Ochoa et al., 2010).

3.2.1 Intervención psicoterapéutica grupal para el manejo del estrés en padres de niños con TDAH.

Como se ha reportado en párrafos anteriores, la intervención multimodal que incluye la intervención con padres se enfoca principalmente en disminuir la sintomatología relacionada a los comportamientos disruptivos del niño; en este sentido, Castillo (2014) menciona que este tipo de intervención está basada, en la aún vigente concepción, de que los padres son responsables del

cambio en el niño, sin embargo, no considera las implicaciones directas en la salud mental de los progenitores.

Al respecto, Robles y Romero (2011) realizan un metaanálisis de distintos programas enfocados a la intervención grupal con padres de niños con TDAH en el trascurso de 1989-2009, esto con el objetivo de analizar la eficacia de este tipo de intervenciones, de acuerdo con sus resultados, sugieren que estos programas son eficaces; sin embargo, recalcan que estos tendrían mayor eficacia si se entrenará a los padres en habilidades de comunicación, empatía y solución de problemas, con el objetivo de mejorar la interacción entre padres e hijos y el estrés parental.

Delgado et al. (2012), recalca la importancia de enseñarles técnicas enfocadas en la resolución de problemas, en relajación y la reestructuración cognitiva y al igual que Robles y Romero (2011), menciona que esto ayuda a reducir los niveles de estrés que sufren los padres a consecuencia del comportamiento de sus hijos.

En consecuencia, se han comenzado a implementar intervenciones psicoterapéuticas grupales enfocadas en disminuir el estrés parental (Parand et al., 2010; Castillo, 2014; Montañez, 2014; Fontana y Ávila, 2015; Saura, 2015) 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.

Mientras tanto, la literatura no aporta datos sobre si es más eficaz la intervención individual o grupal en padres de niños con problemas de conducta; sin embargo, se concluye que el dispositivo grupal permite que las personas compartan su problemática, con la revisión de un profesional y además, se reconoce que es más apropiado en cuanto a los costos-beneficios, debido a que se puede intervenir con varias personas a la vez y finalmente es más atractivo para las familias (Robles y Romero, 2011).

3.3 Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC fue creada por Aarón Beck en los años 50' e inicialmente fue propuesta para el tratamiento de la depresión; sin embargo, ha demostrado su eficacia en distintos trastornos mentales (Chávez-León et al., 2014). Por este motivo, Jame (2015) menciona que este enfoque psicoterapéutico se ha convertido en el paradigma dominante de la psicología y en consecuencia es utilizado por investigadores y terapeutas clínicos.

La TCC se caracteriza por ser breve y directiva, orientada a metas u objetivos específicos; de modo que esta psicoterapia busca la modificación de las cogniciones distorsionadas y/o conductas mal adaptativas, que generan malestar asociado a los distintos trastornos psicopatológicos, de ahí, que el objetivo de las intervenciones bajo este modelo sea enseñar al paciente distintas estrategias para disminuir tal malestar (Fullana et al., 2011).

De acuerdo con Chimeno (2018), una parte fundamental de la TCC es instruir a los pacientes sobre cómo interpretar las situaciones de forma más adaptativa y manejar el propio comportamiento. Así mismo, añade, 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.

De manera similar, Ruiz et al. (2012) concuerda con lo anterior y sintetizan cuatro aspectos fenomenológicos de la TCC, aplicados a la terapia actual:

- Primero. La TCC interviene con las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, las cuales son aprendidas y se han convertido en hábitos; en este sentido, se considera importante enseñar al paciente que se pueden desaprender y tener control sobre ellas.

- Segundo. La TCC, se enfoca en la intervención a corto plazo de tiempo limitado, por lo que cuenta con técnicas y programas específicos para los diferentes trastornos psicológicos.
- Tercero. La TCC, tiene una fase de conceptualización (conocer el problema), a través de la cual se desarrollan módulos educativos.
- Cuarto. La TCC se basa en todo momento en un carácter auto-evaluador, debido a la visión de otorgar evidencia empírica y experimental.

Por otro lado, se reconoce que la TCC, es pragmática, debido a que se centra en la resolución de problemas. Por ello, desde el inicio de la terapia, el terapeuta indaga sobre los problemas; al respecto, Nezu et al. (2006) menciona que el rol del terapeuta justamente es el de un solucionador de problemas; en otras palabras, el tratante tiene la responsabilidad de que el paciente logre las metas a través de un proceso resolutivo.

Con respecto a la intervención, Valencia (2019), explica que la TCC se lleva a cabo en tres fases: evaluación, tratamiento y seguimiento:

La primera fase, comprende la evaluación psicológica del paciente, con el objetivo de identificar y delimitar los problemas; además, la importancia de esta fase reside en que se pactan las metas u objetivos, para así aclarar prioridades.

La segunda fase, es el tratamiento, donde se llevan a cabo las estrategias y técnicas para generar cambios, asimismo, todas y cada una de ellas debe ser adecuada al paciente y a la problemática.

La tercera fase, corresponde al seguimiento en donde se sugiere espaciar las consultas, por lo que las estrategias estarán dirigidas a la generalización y mantenimiento de los cambios, de ser así, se da de alta al paciente.

3.3.1 Adiestramiento en inoculación de estrés.

De acuerdo con Meichenbaum (1987) el adiestramiento en inoculación de estrés (AIE) tiene un enfoque cognitivo conductual, que retoma el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, debido a que éste proporciona la oportunidad de trabajar cogniciones y conducta, para crear repertorios de afrontamiento flexible.

El AIE, no es una técnica aislada, si no un paradigma de tratamiento que varía según la población tratada, su objetivo general es desarrollar habilidades de afrontamiento, para las situaciones actuales de estrés, como para resolver situaciones futuras (Meichenbaum, 1987).

Retomando las aportaciones del Manual de inoculación de estrés (1987), se menciona que el AIE se realiza bajo 3 fases:

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 in vivo.

Actualmente, no se poseen datos sobre la aplicación del AIE en padres de niños con TDAH; sin embargo, la AIE ha comprobado su eficacia y adaptabilidad en distintas poblaciones, con diferentes problemáticas.

Dentro de los problemas médicos, se ha logrado mejorar las estrategias de afrontamiento y disminuir el nivel de estrés en casos de síndrome de intestino irritable (Sánchez et al., 2002),

pacientes con VIH/SIDA (González, 2002), pacientes odontológicos (Franco, 2003) y pacientes con cardiopatías (Canales, 2010). Por otro lado, también se reportan aplicaciones en ámbitos educativo, en donde se ha logrado disminuir los efectos del estrés en docentes (Jiménez, 2015) y alumnos (Treviño y González, 2012).

3.3.1.1. Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva consiste en que el tratante (terapeuta) ayude a identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, para modificarlos y disminuir el malestar emocional y/o conductual (Bados y García, 2010).

Actualmente, las técnicas de reestructuración cognitiva más utilizadas son la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional emotiva de Ellis, la reestructuración racional sistemática de Goldfried y el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (González y Landero, 2013). Dichas intervenciones tienen la finalidad de modificar los pensamientos automáticos negativos y los esquemas de creencias disfuncionales, que son los responsables de los trastornos mentales (Soler y Gascón, 2005)

Algunos aspectos centrales para entender los pensamientos automáticos son que estos son involuntarios, es decir, se realizan de manera irreflexiva, por otro lado, estos pensamientos son incuestionables por el paciente (Beck, 1976).

Beck (1976) explica que tales pensamientos automáticos hacen referencia a cogniciones involuntarias. Además, Bados y García (2010) mencionan que los pensamientos automáticos desadaptativos desde la intervención cognitivo-conductual deben considerarse como hipótesis, que estarán en constante cuestionamiento, por lo que el terapeuta debe formular preguntas y experimentos conductuales que ayuden a los pacientes a evaluar su veracidad.

Específicamente en la intervención terapéutica para manejo del estrés, Meichenbaum (1987) propone que el papel de la reestructuración cognitiva será la de enseñar a los pacientes a reconocer como las cogniciones y emociones influyen en el mantenimiento del estrés, para posteriormente iniciar el proceso de cuestionar su validez.

3.3.1.2 Resolución de problemas.

El adiestramiento en esta técnica tiene como meta terapéutica ayudar a la persona a identificar y solucionar problemas, que son los generadores de respuestas desadaptativas; es decir, ayuda a generar en el paciente habilidades básicas para manejar las dificultades (Bados y García, 2014).

Meichenbaum (1987), sintetiza nueve etapas generales encontradas en distintos programas, para llevar a cabo el adiestramiento, estas son:

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

3.3.1.3 Entrenamiento en relajación.

La relajación como método de entrenamiento, permite al paciente adquirir el dominio de una respuesta incompatible con los estados de ansiedad (Guerra y Plaza, 2009). De acuerdo con Trujillo (2007), esta técnica es una herramienta eficaz para el control de la activación fisiológica asociada al estrés.

La técnica de adiestramiento en relajación suele utilizarse como primer recurso para el manejo del estrés ya que es de fácil utilización, por otro lado, Woolfolk y Lehrer (citado en Meichenbaum, 1987) mencionan las pautas básicas para dirigir su aplicación:

Primero, la relajación debe darse en una etapa introductoria, en el proceso de conceptualización el terapeuta tiene la tarea de dar a entender al paciente que la relajación y la tensión son incompatibles, por lo que, el entrenamiento en la primera tendrá como resultado la interrupción del estrés.

Segundo, durante el proceso de relajación es importante que el terapeuta no sólo se base en el adiestramiento, si no también que indague en las cogniciones y pensamientos respecto a lo que significa estar relajado para el paciente.

Tercero, es necesario ofrecer la técnica como una habilidad de afrontamiento activa, que requiere de la constante práctica, por lo que, el terapeuta debe mencionar a los pacientes que al ser una habilidad las mejorías son graduales, según se practique.

Cuarto, la relajación se compone de distintos procedimientos, tales como imágenes personales placenteras, ejercicios de respiración, etc.

Quinto, se debe realizar el adiestramiento explicando que la relajación es una técnica de previsión de situaciones estresantes, por lo que se tiene que utilizar cuando las señales que indican estrés son de baja intensidad.

Sexto, finalmente, es necesario que el paciente se autoevalúe en pro de las consecuencias de sus esfuerzos y se reconozca como el generador de las mejoras.

3.3.1.4 Autoinstrucciones o autodiálogo dirigido.

Esta técnica, se basa en el diálogo interno, en otras palabras, es una serie continua de afirmaciones o pensamientos que dirigimos a nosotros mismos, en donde la idea principal es autoindicar lo que hemos de pensar y creer. Se trata, por lo tanto, de una reestructuración cognitiva que busca la auto-regulación de la conducta (Cano-Vindel, 2002).

El entrenamiento en autoinstrucciones inicia como la mayoría de las técnicas con la psicoeducación, para posteriormente enseñar al paciente a utilizar guías verbales encubiertas, que ayudarán a crear conductas específicas más adaptativas, desapareciendo los diálogos internos disfuncionales (Minici et al., 2008).

En resumen, el adiestramiento en autoinstrucciones comienza con la identificación de las imágenes y/o sentimientos que se desencadenan de la situación estresante, luego el terapeuta y el paciente señalan las consecuencias respecto a la exacerbación de las respuestas desadaptativas y finalmente se motiva al paciente para personalizar las autoafirmaciones que pueden generar nuevas formas de afrontamiento (Meichenbaum, 1987).

Por otro lado, Meichenbaum (1987) recalca que es importante entender que las autoafirmaciones deben ser adaptadas a las propias palabras del paciente, para que estas sean significativas, además de que estas no deben ser muy generales, puesto que podrían volverse automáticas.

IV Método

4.1. Justificación y Planteamiento del problema

El TDAH, es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfieren con el funcionamiento del individuo y que no corresponden a su edad, la prevalencia mundial es del 5% en niños y 2.5 % en adultos (American Psychiatric Association, 2013).

Al respecto, González et al. (2015) en una revisión sistemática, coinciden parcialmente con el dato anterior encontrando que la prevalencia del trastorno en población general es del 5-8 % en niños. Por otro lado, Jiménez-Figueroa et al. (2020) reporta estudios epidemiológicos en todo el mundo que muestran importantes discrepancias entre las prevalencias de distintos países; por ejemplo, del 8.7 % y 10.6 % en Estados Unidos, 3% en Italia y del 5.7 % en Colombia.

En el caso de México las cifras en edad escolar van desde el 9.11 % al 14.6 % (Cruz et al., 2010; Comejo-Escatell et al., 2015). Se estima que existen aproximadamente 42.5 millones de niños y adolescentes en el país, de los cuales 1 millón 500 mil podrían presentar TDAH, lo que representa al 30% de los casos psiquiátricos infantiles (Sauceda, 2014). Al respecto, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” reportó que durante el año 2016 el principal trastorno de consulta externa fue el TDAH (Márquez-Caraveo et al., 2017).

Según la “Declaración de Cartagena” realizada en la Ciudad de México durante el III consenso Latinoamericano para el TDAH, existen al menos 36 millones de personas en Latinoamérica con el trastorno, de los cuales sólo un 23% recibe apoyo terapéutico psicosocial, a pesar de ser uno de los principales trastornos infantojuveniles (De la Peña, Palacio y Barragán, 2010).

Para Balbuena (2016) la alta prevalencia del TDAH y las diferencias entre las cifras reportadas se explican por más de un factor, entre los que se incluyen las discrepancias que existen en los criterios diagnósticos, los instrumentos y las escalas de juicio clínico.

Para la realización de un diagnóstico las manifestaciones pueden identificarse desde los 3 primeros años de vida, no obstante, es a partir de los 5 años que se hace presente la intensidad y su diversidad clínica (Portela, Carbonell, Hecheverría y Jacas, 2016).

Pascual-Castroviejo (2008) explica que existen indicadores del trastorno incluso en el transcurso del primer año de vida, de modo que los niños suelen presentar insomnio, gran movimiento físico durante el sueño, miedo a dormir sin los cuidadores y algunos emprenden la marcha entre los seis y diez meses.

Wilma (2013) añade otras expresiones que dan indicios del TDAH en los primeros años de vida tales como el temperamento difícil expresado cuando el infante llora incontrolablemente dada la dificultad para la regulación emocional, así mismo se observa gran angustia en los niños cuando son separados de la madre o el cuidador primario. Sin embargo, en niños preescolares, es difícil definir los límites normales de comportamiento y lo clínicamente patológico (Marín-Méndez et al., 2017).

En la edad preescolar, Wilma (2013) describe que los niños con TDAH continúan con problemas de autorregulación los cuales van a repercutir en el desarrollo de las habilidades sociales lo que les impide relacionarse de manera positiva con sus pares, aunado a que en muchos casos se presenta un atraso en tareas pre académicas lo que tarde o temprano tendrá como consecuencia un rendimiento escolar bajo.

Brown (2010) señala que durante la etapa escolar la sintomatología persiste y es durante este periodo que los niños en los que no predomina la hiperactividad/ impulsividad comienzan a

mostrar dificultades de autogestión que se hacen evidentes cuando tienen que permanecer sentados por prolongados periodos de tiempo, de ahí que hasta entonces se canalice a los menores con un profesional ya que con anterioridad no presentaban mayores dificultades. Lo cual puede explicar porque las cifras apuntan a que la edad de mayor prevalencia es entre los seis y nueve años según reporta Vasconcelos et al. (2018).

Marín-Méndez et al. (2017) refieren que es en esta etapa donde se presentan marcadas dificultades en el rendimiento académico, principalmente bajos resultados en áreas como la lecto-escritura y las habilidades matemáticas, dificultades que son marcadas en niños con predominio inatento.

Al ser un trastorno neurobiológico los síntomas y sus expresiones no desaparecen, por lo que entre el 60 y 75 % de los niños continúan con la sintomatología durante la adultez (Portela Sabari et al., 2016). En algunos niños las dificultades con sus recursos de autorregulación persisten o se cronifican a medida que las exigencias normativas aumentan; por ello, algunos preadolescentes al no recibir tratamiento presentan impulsividad por lo que se involucran en conductas de riesgo tales como el robo, fugas del hogar y consumo de sustancias (Marcía, 2014).

Por otro lado, Hervás y Durán (2014) reportan que al menos un 67% de los niños con TDAH presentan alguna comorbilidad psiquiátrica o del neurodesarrollo, entre los que destacan el trastorno del aprendizaje (46%), trastorno de conducta (27%), ansiedad (18%), depresión (14%), trastorno del espectro autista (6%) y epilepsia (2,6 %).

Pelaz (2020) menciona que los niños con alguna comorbilidad asociada a problemas de aprendizaje y conducta tienen peor evolución, por lo que cerca del 50% presentará alguna secuela en la adultez, lo que presagia una tendencia a accidentes de tráfico, trastornos ansiosos y depresivos.

La comorbilidad de TDAH y el trastorno oposicionista desafiante (TOD) es una constante (Hervás y Durán, 2014). Wiener et al. (2016) señala que cuando el TDAH se encuentra asociado a trastornos graves de comportamiento como el TOD es esperado que aparezca el estrés parental, debido a que el trastorno se encuentra ligado a comportamientos negativos, conductas de hostilidad, poca tolerancia a la frustración, etc.

De acuerdo con el metaanálisis de Theule et al. (2013) en el que se analizaron 44 estudios, se concluye que es esperado que la familia comience a presentar malestar asociado a la sintomatología, pues los padres de niños con TDAH experimentan mayor estrés en comparación a otros padres de niños sin problemas clínicos.

Los padres de niños con TDAH no sólo presentan estrés sino también un alto nivel de ansiedad, que termina por presentarse como un rasgo estable en la personalidad (Gómez et al., 2015).

Para Grau (2007) el estrés parental tiene relación con la percepción que se está manteniendo respecto al comportamiento del niño, en este sentido los padres están refiriendo sentimientos negativos relacionados a su falta de autoeficacia para resolver las dificultades académicas y de comportamiento, debido a que aprecian que el control que pueden tener sobre sus hijos es escaso, generando en ellos sentimientos de gran frustración.

Ben-Naim et al. (2018) reportan una concordancia en sus hallazgos respecto a la disminución de la autoeficacia y añaden que los padres presentan disminución en la satisfacción conyugal, por lo que la pareja puede verse en riesgo.

Gracia, Musitu y García (1991) mencionan que la frustración, rabia y desajuste psicológico son algunos de los efectos negativos del estrés parental y señalan que estos desajustes crean ambientes potenciales para el maltrato infantil, lo cual afecta gravemente la relación padres-

hijos; así mismo, Pérez et al. (2014) corroboran que cuando existen altos niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento disfuncionales pueden aparecer conductas violentas en la familia.

Cabrera et al. (2012) considera que el estrés parental puede generar estrategias de crianza rudas, lo que a largo plazo hace que se manifiesten conductas más agresivas en los niños, desencadenando que sean rechazados y tratados generalmente de forma negativa, tanto en su familia como en el contexto escolar.

Algunas otras aportaciones (Yousefia et al., 2011; González et al., 2014; Molina et al., 2016) concuerdan en que los padres de niños con TDAH a consecuencia del estrés parental utilizan estilos de crianza inadecuados; en especial, un estilo educativo autoritario asociado a una disciplina rígida y menos indulgente en donde el afecto y la comunicación se ven disminuidas, trayendo graves consecuencias en el ambiente familiar.

Al respecto, Muñoz et al. (2017) señala que el estrés parental crea conflictos interparentales por lo que la relación entre padres e hijos se ve afectada, no sólo por la sintomatología sino también por los problemas conductuales y emocionales que perciben los padres.

González et al. (2014) reporta que las madres de niños con TDAH utilizan como estrategias de afrontamiento la “autofocalización negativa” y la “expresión emocional abierta”, estrategias asociadas a la frustración y la falta de autorregulación, por ello los investigadores hacen hincapié en que se deben considerar intervenciones focalizadas a la mejora de las estrategias de afrontamiento.

Theule et al. (2011), realiza un estudio que arroja que el estrés parental se ve influenciado por la percepción que se tiene respecto al desempeño parental y por factores contextuales como el apoyo social; por lo que la preparación psicológica puede mejorar el afrontamiento de los padres.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), existen tres factores que intervienen en el estrés: el ambiente, la susceptibilidad fisiológica de la persona y la valoración cognitiva de las circunstancias, donde esta última es la que determina la interacción entre las dos primeras.

Bajo esta propuesta teórica, el estrés parental es entendido como un elemento activador, que estimula los recursos de afrontamiento para hacerle frente a las demandas específicas del rol parental, el cual está constituido por las expectativas y creencias de los progenitores, por lo que el estrés parental se encuentra determinado por un proceso valorativo de los recursos parentales propios (Abidin, 1992).

Para Chimeno (2018) la terapia cognitivo conductual (TCC) permite trabajar en las interpretaciones de las situaciones, lo cual puede generar nuevas formas de afrontamiento. Según Meichenbaum (1987) el adiestramiento en inoculación de estrés (AIE) retoma el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) debido a que éste proporciona la oportunidad de trabajar cogniciones y conductas, para crear repertorios de afrontamiento flexible.

Hasta el día 21 de Marzo del 2022, no se encontraron datos sobre la aplicación del AIE en padres de niños con TDAH; sin embargo, menciona Meichenbaum (1987) que esta técnica nos va a permitir la adaptación a distintas poblaciones, pues es sensible a las diferencias culturales e individuales.

En la revisión de literatura se encontraron intervenciones en otros países, las cuales han utilizado técnicas de TCC, tales como la reestructuración cognitiva, la relajación y el manejo de comportamiento, que han mostrado eficacia para disminuir el estrés y el malestar psicológico asociado a la crianza del niño con TDAH (Parand et al., 2010; Montañez, 2014).

Por otra parte, se ha demostrado la eficacia de modelos de intervención enfocados en la inteligencia emocional de los padres (Fontana y Ávila, 2015); y otros orientados en métodos de autocontrol, meditación y coaching (Saura, 2015). Intervenciones desarrolladas con el objetivo de lograr la regulación emocional de los padres y la disminución de la sintomatología de TDAH, logrando resultados eficaces para dichos objetivos.

Otra ventaja que podría ofrecer la AIE, es la posibilidad de realizar intervenciones de menor duración, pues se reportan intervenciones cortas y con eficacia en diferentes tratamientos médicos (González, 2002; Franco, 2003; Canales, 2010) y otras con efectos significativos en el estrés de docentes (Jiménez, 2015) y alumnos (Treviño y González, 2012).

Con base a los planteamientos, la tesis propone analizar si:

¿La intervención cognitivo-conductual basada en Adiestramiento en Inoculación del Estrés (AIE) tendrá efectos que modifiquen las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés, de padres de niños de 6 a 11 años con diagnóstico de TDAH?

4.2 Hipótesis

Hi: La técnica de *Adiestramiento en Inoculación del Estrés* modificará las estrategias de afrontamiento y, tendrá efectos que favorecen la reducción del estrés parental de padres de niños con TDAH.

Ho: La técnica de *Adiestramiento en Inoculación del Estrés* no modificará las estrategias de afrontamiento y, no favorecerá a la reducción del estrés parental de padres de niños con TDAH.

4.3 Objetivo general:

Analizar cuáles son los efectos que tiene la intervención cognitivo- conductual basada en la técnica de Adiestramiento en Inoculación del Estrés (AIE) sobre las estrategias de afrontamiento y el estrés parental que presentan los padres de niños con diagnóstico de TDAH.

4.3.1 Objetivos específicos:

- Valorar conductualmente el diagnóstico de TDAH, a través de las escalas Conners para padres y maestros.
- Diseñar y aplicar un programa de intervención basado en la técnica de Adiestramiento en Inoculación del Estrés (AIE) con enfoque cognitivo-conductual para padres de niños con Dx. de TDAH.
- Analizar el uso y modificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres de niños con TDAH.
- Analizar el nivel de estrés parental y su modificación en relación con sus tres dimensiones (malestar paterno, interacción disfuncional padres-hijo y niño difícil), a partir del AIE.

4.4 Enfoque de intervención

Intervención a través de un modelo de *Adiestramiento en Inoculación del Estrés (AIE)*, que está ideado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento del estrés, no sólo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras (Meichenbaum, 1987). Dentro del conjunto de técnicas cognitivo- conductual a utilizar en la intervención son las siguientes:

Enseñanza didáctica (Psicoeducación)

Entrenamiento en relajación

Entrenamiento en asertividad

Modificación conductual para niños con TDAH

Reestructuración cognitiva

Autoinstrucciones

Representación de papeles (rol playing)

Según Meichenbaum (1987) el AIE está diseñado para:

- Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
- Adiestrar a los pacientes para que autocontrolen pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
- Adiestrar a los pacientes en la resolución de problemas, es decir, definición del problema, consecuencias, previsiones, toma de decisiones y evaluación de los resultados.
- Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.
- Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptadoras como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.
- Ofrecer prácticas de ensayo in vitro imaginado y conductual y asignaciones graduadas in vivo, cada vez más exigentes, para fomentar la confianza del paciente y la utilización de sus repertorios de afrontamiento.
- Ayudar a los pacientes a adquirir conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos y habilidades de afrontamiento que les faciliten mejores maneras de abordar situaciones estresantes (in)esperadas.

4.5 Diseño

Esta intervención se estructuró como un estudio de diseño pre- experimental pre- post test con medición intermedia, según la clasificación de Hernández Sampieri, R. (2010). Se manipula una variable independiente (intervención) para ver su relación y efecto en las variables dependientes (estrategias de afrontamiento y estrés parental) en un único grupo experimental, sin grupo control, de muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.6 Análisis de datos

Los datos recolectados se analizaron en función del objetivo de la presente investigación enfocado a determinar la influencia del programa de adiestramiento en inoculación del estrés sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento; a partir del tamaño de la muestra se decidió realizar análisis descriptivos a través de medidas de tendencia central y frecuencias.

4.7 Participantes

4.7.1 Universo

El universo estuvo conformado por nueve mujeres y cuatro hombres, dando un total de 13 padres; quienes asistían a la Clínica de la Facultad de Comunicación Humana y el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPSI), de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos para recibir apoyo en el tratamiento del TDAH de sus hijos.

4.7.2 Muestra

Se obtuvo una muestra experimental conformada por tres padres dos de ellos mujeres y un hombre, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, e hicieron cumplimiento total de las sesiones.

4.7.3 Criterios de inclusión:

Padres y Madres:

- Con hijos con TDAH entre 6 y 11 años.
- En rango de edad entre 21 -50 años.
- Con altos niveles de estrés según el “Índice de Estrés Parental” (percentiles 85 o superior).
- Con escolaridad mayor a secundaria.

4.7.4 Criterios de exclusión:

Padres y madres:

- Con medicación psiquiátrica.
- Que se encuentren en proceso psicoterapéutico o en algún otro tratamiento con relación a su salud mental.
- Que su hijo con Dx. de TDAH presente como comorbilidad otro trastorno del neurodesarrollo.

4.7.5 Criterios de eliminación para análisis de datos

Padres y madres

- Que falten dos ocasiones a las sesiones de intervención en AIE.

4.8 Escenarios:

Clínica de la Facultad de Comunicación Humana, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Plataforma virtual Zoom y WhatsApp.

4.9 Instrumentos y técnicas de intervención:

4.9.1 Escala Conners

La escala de Conners evalúa tres dimensiones: hiperactividad/ impulsividad, déficit de atención y problemas de conducta, compuestas por un listado de síntomas que deben valorarse según la intensidad: nada (0), poco (1), bastante (2) o mucho (3).

Esta escala, ha demostrado repetidamente su capacidad para discriminar entre sujetos con y sin síntomas clínicos de TDAH y su validez de constructo se ha establecido mediante análisis factorial en muestras estadounidenses (Conners, 1989). Los estudios sobre las cualidades psicométricas de la escala original señalan que la consistencia interna (evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach) es adecuada, oscilando entre 0.73 y 0.94 en las versiones de padres; entre 0.77 y 0.95 en las versiones para profesores.

En México existen distintas investigaciones (Sadek, 2015; Gallardo-Saavedra, Martínez y Padrón, 2019; Mendoza, 2019) en las cuales se ha utilizado la Escala Conners para la evaluación de sintomatología de TDAH. Para esta investigación se utiliza el Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Conners para Padres/Maestros forma abreviada (ver Apéndice C), específico para población mexicana de Zúñiga y Lucho (2009).

4.9.2 Entrevista individual semiestructurada:

Técnica donde se alternan preguntas estructuradas y preguntas espontáneas (ver Tabla H1), se utilizó para obtener datos de identificación y sociodemográficos de los padres de niños con TDAH, así como para indagar en aspectos del diagnóstico y sus implicaciones en las estrategias de afrontamiento y el estrés parental.

4.9.3 Cuestionario de estrés parental de Abidin

Este instrumento es un autoinforme, fue elaborado por Abidin en 1995 en Estados Unidos, su aplicación se realiza de manera individual o grupal, está dirigido a población de padres y madres entre los 18 y 60 años, con hijos que oscilen entre 1 mes y 12 años.

Este cuestionario tiene bases según el modelo multidimensional de crianza de Abidin, que explica que el estrés parental está determinado por factores extrínsecos entendidos como las características relacionadas al temperamento, a las necesidades y adaptabilidad del niño, así como por factores intrínsecos de los padres, tales como su personalidad, además de la relación que se da entre los progenitores y sus hijos.

Este Cuestionario fue traducido y adaptado al español en base a una muestra de 223 madres de España, obteniendo como resultado propiedades psicométricas adecuadas, posteriormente ha sido estandarizado en México por Montiel y Vera (1998) en población Sonorense en una muestra de 112 madres, con hijos en nivel preescolar de segundo y tercer año. Los factores presentaron una consistencia interna de 0.70 en las agrupaciones a excepción del tercer factor que obtuvo un valor de 0.68. En las dimensiones de la madre se obtuvo un alfa de 0.77 y para el niño un valor de alfa 0.80. En lo que respecta a toda la escala se alcanzó un índice de confiabilidad de 0.85.

Actualmente el instrumento en su versión reducida (ver Apéndice B) está compuesta por 36 ítems y presenta un formato Likert de respuesta de cinco opciones, desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), abarca 3 diferentes dimensiones (subescalas): Malestar Paterno (MP); Interacción Disfuncional entre la madre y el hijo (ID); y Niño Difícil (ND). De acuerdo con la suma de las tres subescalas se obtiene el puntaje total, un resultado ubicado en percentiles 85 o superior indica alto estrés parental, en cuanto a las subescalas de malestar paterno y la percepción

del niño difícil se consideran significativas arriba de 33 puntos, así mismo la interacción disfuncional padres-hijos por arriba de 26 puntos (Abidin,1995).

Esta versión reducida también cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias, se ha utilizado en investigaciones con población Latina (Espinoza, 2015; Chung, 2017); así como en población mexicana (Barrientos et al., S.A.; Vera et al., 2005; Callejas, 2018).

4.9.4 Cuestionario de afrontamiento al estrés (CAE)

El cuestionario fue diseñado en España por Sandín y Chorot (2003), su versión se compone de 42 reactivos que valoran 7 maneras de afrontamiento: Autofocalización negativa, reevaluación positiva, focalización en la solución del problema, evitación, búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta y religión, las cuales se agrupan en 2 factores de orden superior. Uno relacionado al afrontamiento con solución al problema y otro enfocado al componente emocional del afrontamiento. Estas dimensiones se explican en el modelo de Lazarus y Folkman (1986) de la siguiente manera:

- 1) Afrontamiento racional o centrado en el problema: Involucre a los esfuerzos que se realizan para modificar o eliminar la fuente del estrés, a través de la búsqueda de soluciones. Las formas de afrontamiento que compone este factor son: búsqueda de apoyo social, focalización en la solución del problema y reevaluación positiva.
- 2) Afrontamiento emocional: el sujeto no busca modificar la situación estresante, se enfoca en regular únicamente los estados emocionales. Los tipos de afrontamiento que lo compone son: evitación, autofocalización negativa, expresión emocional abierta y religión.

El CAE es una escala tipo Likert de 5 puntos (0=nunca, 1=pocas veces, 2=A veces, 3= Frecuentemente y 4= Casi siempre) estandarizada y validada en población mexicana. La

versión reducida de 21 reactivos (que se encuentra en Apéndice A) mantiene valores adecuados de consistencia interna: Alpha de Cronbach de 0.66 a 0.91 para las 7 formas de afrontamiento y para los factores superiores de segundo orden de 0.78 para afrontamiento racional y 0.71 para afrontamiento emocional (González y Landero, 2007).

4.10 Procedimiento:

1. Se estableció contacto con la Facultad de Comunicación Humana y con el Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, pertenecientes a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos con el objetivo de solicitar espacio y apoyo para cumplir con las fases de la intervención.
2. Se seleccionó de las clínicas a los padres de niños con TDAH que cumplieran con los criterios.
3. Se realizaron sesiones informativas individuales, con la intención de clarificar a los interesados los objetivos de la investigación; luego entonces, se buscó la participación voluntaria, así como la firma del consentimiento informado para posteriormente aplicar el Cuestionario de “Índice de estrés parental” y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés “CAE.
4. Posteriormente se citó a los padres a una sesión individual de aproximadamente 1 hr., con el objetivo de llevar a cabo la entrevista semiestructurada y se aplicó la Escala Conners para la corroboración del diagnóstico de TDAH.
5. Se asistió a las escuelas, con el respectivo consentimiento de los padres para poder realizar la aplicación de la Escala Conners a los profesores.

6. Se recolectaron datos generados durante el proceso de pretest, para la elaboración de un psicodiagnóstico clínico, para hacer adecuaciones al programa.
7. Los padres que no obtuvieron puntajes significativos en la escala de estrés parental se les ofreció una sesión informativa de herramientas útiles para el manejo del estrés.
8. Se trabajó con los padres de manera presencial 3 sesiones grupales, cada una con duración de 2 horas. Posteriormente, se llevaron a cabo 3 sesiones en modalidad virtual que por cuestiones del COVID-19 tuvieron que adaptarse a condiciones individuales, mediante la plataforma Zoom y videollamadas WhatsApp.
9. Al finalizar la tercera sesión se realizó la medición intermedia, reaplicando los cuestionarios, que fueron enviados de manera virtual a cada uno de los participantes.
10. Finalmente, al concluir las 6 sesiones se reaplicó a los padres los mismos instrumentos, con la finalidad de determinar cómo influyó el programa sobre las estrategias de afrontamiento y el estrés parental.

4.11 Aspectos éticos

Para esta investigación se retoman los aspectos éticos de la American Psychological Association que se encuentran conglomerados en la norma 8 de “Investigación y publicación” (APA, 2010):

8.01 Autorización institucional: En caso de que se requiera autorización institucional, se proveerá información precisa acerca de la propuesta de investigación para obtener la autorización y posteriormente realizar la investigación. Se dirige la investigación de acuerdo con el protocolo autorizado.

8.02 Consentimiento informado para la investigación: Se redactará dicho documento utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas. se les

informará (1) el propósito de la investigación, la duración estimada y los procedimientos; (2) su derecho a rehusarse a participar y retirarse de la investigación una vez que su participación haya comenzado; (3) las consecuencias previsibles de rehusarse o retirarse; (4) los factores razonablemente previsibles que puedan influenciar su voluntad de participar, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; (5) cualquier beneficio posible de la investigación; (6) los límites de la confidencialidad; (7) los incentivos por la participación; y (8) a quién contactar para preguntar acerca de la investigación y los derechos de los participantes en investigaciones. Dan la oportunidad a los eventuales participantes de formular preguntas y recibir respuestas.

Se informará a los participantes al inicio de la investigación sobre (1) la naturaleza experimental del tratamiento; (2) los servicios que estarán o no disponibles para el o los grupos control si fuera apropiado; (3) los medios a través de los cuales se realizarán las designaciones de los tratamientos y los grupos control; (4) tratamientos alternativos disponibles si un individuo no desea participar en la investigación o desea retirarse una vez que el estudio haya comenzado; y (5) la compensación o costo monetarios por la participación, incluyendo si se solicitará o no un reembolso para el participante o una tercera parte responsable del pago.

8.03 Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación

8.06 Oferta de incentivos para la participación en investigación:

a) Se realizarán todos los esfuerzos razonables para evitar ofrecer incentivos excesivos o inapropiados, financieros o de cualquier otro tipo, para la participación en investigación cuando tales incentivos pudieran ser coercitivos.

8.07 Engaño en la investigación: No se involucran consignas engañosas

8.08 Interrogatorio (Debriefing) (a) se ofrecerá a los participantes la oportunidad de obtener información apropiada sobre la naturaleza, resultados y conclusiones de la investigación, para corregir cualquier malentendido que pudiera producirse.

8.10 Informes de los resultados de investigación: No se inventarán los datos obtenidos

8.11 Plagio: no presentar como propios partes del trabajo o datos ajenos, aun cuando éstos sean citados ocasionalmente.

V. Resultados

A continuación, se reportan los resultados encontrados con base a los objetivos planteados en la presente investigación.

Para presentar los análisis de manera sistemática, a continuación, se describe el contenido de cada apartado:

- a) Valor normativo de la distribución de los datos del universo y la muestra, a través del análisis Shapiro Wilk.
- b) Estudio descriptivo de las características sociodemográficas del universo estudiado.
- c) Estudio descriptivo de las variables de estrés parental y estrategias de afrontamiento del universo poblacional.
- d) Estudio descriptivo de la corroboración diagnóstica del TDAH que se llevó a cabo con las escalas Conners para padres y maestros.
- e) Análisis de la efectividad del programa de intervención de AIE en las estrategias de afrontamiento y el estrés parental.
- f) Percepción del beneficio al recibir el programa de AIE.

5.1 Estudio de la distribución normativa de los datos

Tabla 1.

Análisis de la Normalidad de la distribución de datos del universo

	N=13											
	EP	MP	ID	ND	CAE	BAS	EEA	RLG	FSP	EVT	AFN	REP
Sig. (bilat)	.137	.215	.229	.679	.044	.078	.178	.006	.159	.012	.508	.508

Nota: N= número de padres EP= estrés parental; MP= subescala de malestar paterno; ID= subescala de interacción difícil; ND= niño difícil; CAE=escala de afrontamiento al estrés; BAS= subescala de búsqueda de apoyo social; EEA= subescala expresión emocional abierta; RLG= subescala religión; FSP= subescala focalización en solución de problemas; EVT= subescala de evitación; AFN= subescala de auto focalización negativa; REP= subescala reevaluación positiva.

Se observa en la tabla 1 que no existe una tendencia a la distribución normal dentro del grupo de 13 padres, sus parámetros de respuesta no poseen características similares entre ellos para la mayoría de las subescalas.

Tabla 2.

Análisis de la Normalidad de la distribución de datos de la muestra

	N=3											
	EP	MP	ID	ND	CAE	BAS	EEA	RLG	FSP	EVT	AFN	REP
Sig. (bilat)	.637	.350	.537	.000	.077	1.00	.780	.878	.463	.637	.463	.000

Nota: N= número de padres EP= estrés parental; MP= subescala de malestar paterno; ID= subescala de interacción difícil; ND= niño difícil; CAE=escala de afrontamiento al estrés; BAS= subescala de búsqueda de apoyo social; EEA= subescala expresión emocional abierta; RLG= subescala religión; FSP= subescala focalización en solución de problemas; EVT= subescala de evitación; AFN= subescala de auto focalización negativa; REP= subescala reevaluación positiva.

Se observa en la tabla 2 que no existe una tendencia a la distribución normal dentro del grupo de tres padres, sus parámetros de respuesta poseen características heterogéneas en la mayoría de las subescalas.

5.2. Estudio descriptivo de las características sociodemográficas del universo

Se analizan en este bloque los datos sociodemográficos más destacados de la muestra total.

Para identificar la estructura general del universo poblacional estudiado en la tabla 3 se presentan frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de las variables independientes del estudio.

Tabla 3

Estructura general de las variables independientes

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	4	30.8%
Femenino	9	69.2%
Escolaridad		
Primaria	2	15.4%
Preparatoria	5	38.5%
Universidad	6	46.2%
Estado civil		
Soltero/a	1	7.7%
Casado/a	12	92.3%
Religión		
Ninguna	5	38.4%
Católica	8	61.5%

Tabla 4

Edad de los padres

Características	Media (DE)	Mediana	Moda
Edad	38.58 (7.012)	37.50	35

En la tabla 4 se visualizan estadísticos descriptivos que permiten conocer las características de la variable edad. Se observa que la media de edad del grupo de padres es de 38 años.

Tabla 5.
Número de hijos por participante

	Frecuencia	Media	Mediana	Moda
Número de hijos				
1	4			
2	7	1.85	2.00	2
3	2			

En la Tabla 5 se aprecia que los padres que participaron en este estudio tienen en promedio dos hijos, siendo este dato el de mayor frecuencia.

5.3. Estudio descriptivo de las variables de estrés parental y estrategias de afrontamiento del universo poblacional.

Tabla 6.
Medias de la Escala de Estrés Parental

	N	Media (DE)	Mínimo	Máximo
Estrés parental	13	108.69 (27.43)	69	147
Malestar paterno (MP)	13	35.15 (14.89)	14	56
Interacción disfuncional (ID)	13	32.54 (9.76)	15	44
Niño difícil (ND)	13	41.00 (8.16)	28	53

En la tabla 6 se logra apreciar que la media de estrés parental del grupo es 108 puntos que indican estrés parental patológico. La subescala niño difícil representada con un 41.00 es la media superior de las subescalas que poseen el mismo número de reactivos.

Tabla 7.
Medias del Cuestionario Afrontamiento del Estrés.

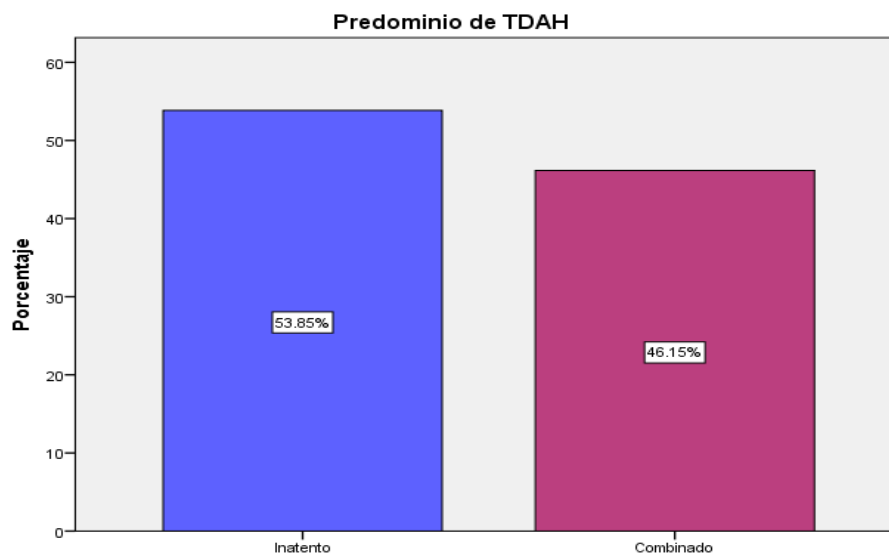
	N	Media (DE)	Mínimo	Máximo
CAE (total)	13	38.85 (14.147)	23	76
Búsqueda de apoyo social (BAS)	13	5.31 (3.987)	1	12
Expresión emocional abierta (EEA)	13	4.77 (3.140)	1	11
Religión (RLG)	13	3.77 (4.438)	0	12
Focalización en la solución de problemas	13	9.38 (2.399)	5	12
Evitación (EVT)	13	4.08 (2.985)	1	11
Autofocalización negativa (AFN)	13	9.15 (3.184)	3	14
Reevaluación positiva (REP)	13	6.54 (2.537)	3	12

Los resultados del análisis de las estrategias de afrontamiento muestran que las medias superiores pertenecen a la categoría “focalización en la solución de problemas” con una media de 9.38, seguida de la categoría “autofocalización negativa” representada por una media de 9.15, mientras que la media menor es de 3.77 que pertenece al afrontamiento basado en la “religión” y precedida por la categoría “evitación” con 4.08, siendo así las estrategias de afrontamiento menos utilizadas.

5.4 Estudio descriptivo de la corroboración diagnóstica del TDAH

Figura 1

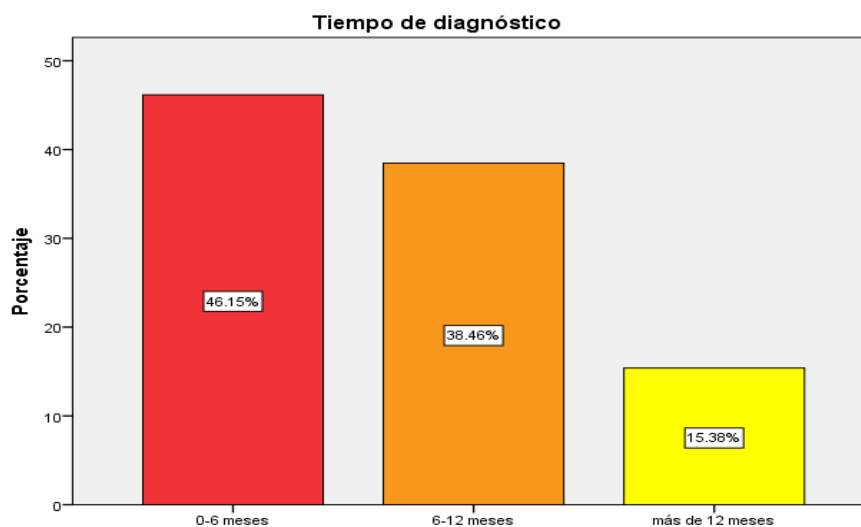
Predominio de TDAH en los Hijos de los Participantes



En la figura 1 se visualiza que los predomios encontrados fueron el predominio inatento con una presencia del 53.8% del total y el predominio combinado con un 46.2%, apreciándose que en esta muestra no se encontraron casos con predominio hiperactivo-impulsivo.

Figura 2

Tiempo de diagnóstico clínico del TDAH



En la figura 2 se observa que el 46.2% de los diagnósticos clínicos de TDAH fueron hechos entre los 0-6 meses previos a la evaluación de la muestra y un 38 % de los diagnósticos se hicieron entre los 6-12 meses; mientras que la menor parte representada por un 15.4% se encuentra con un diagnóstico previo mayor a los 12 meses. Siendo en su mayoría diagnósticos recientes.

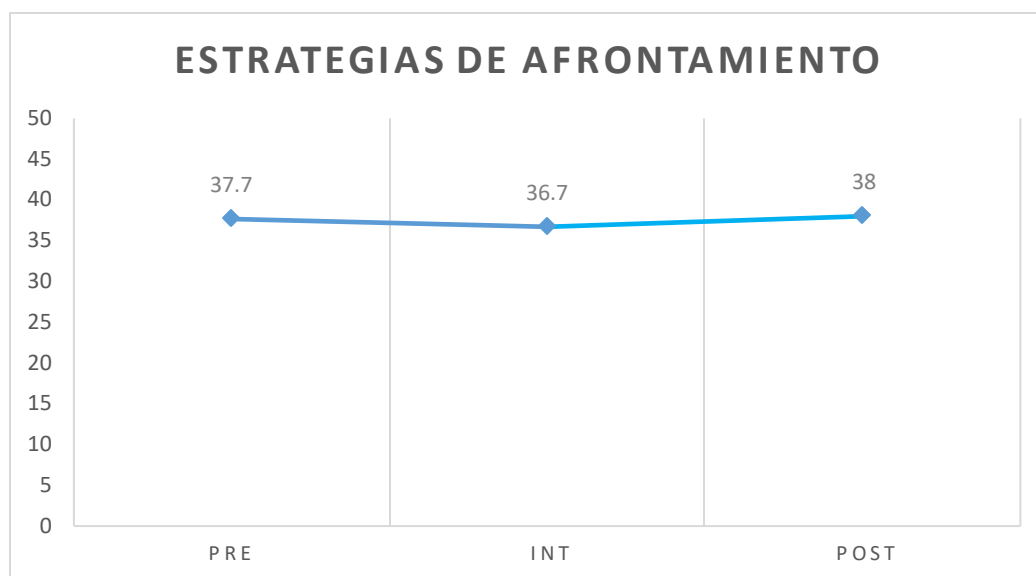
5.5. Análisis de la efectividad del programa de intervención de AIE en las estrategias de afrontamiento y el estrés parental

Para medir la efectividad del programa de intervención grupal sobre las estrategias de afrontamiento y el estrés parental, se realizaron tres mediciones con el objetivo de cuantificar diferencias:

- En un primer momento, se realizó la medición del estrés parental y las estrategias de afrontamiento sin intervención (pre-tratamiento).
- En un segundo momento, al término de la tercera sesión se realizó medición intermedia. Misma que coincidió en inicio de la pandemia por COVID-19.
- En un tercer momento, al término de las seis sesiones se realizó la medición final (post-tratamiento).

A continuación, se presentan los resultados de la comparación de medias pre y postratamiento a través de gráficos que permiten un análisis visual del comportamiento de las variables.

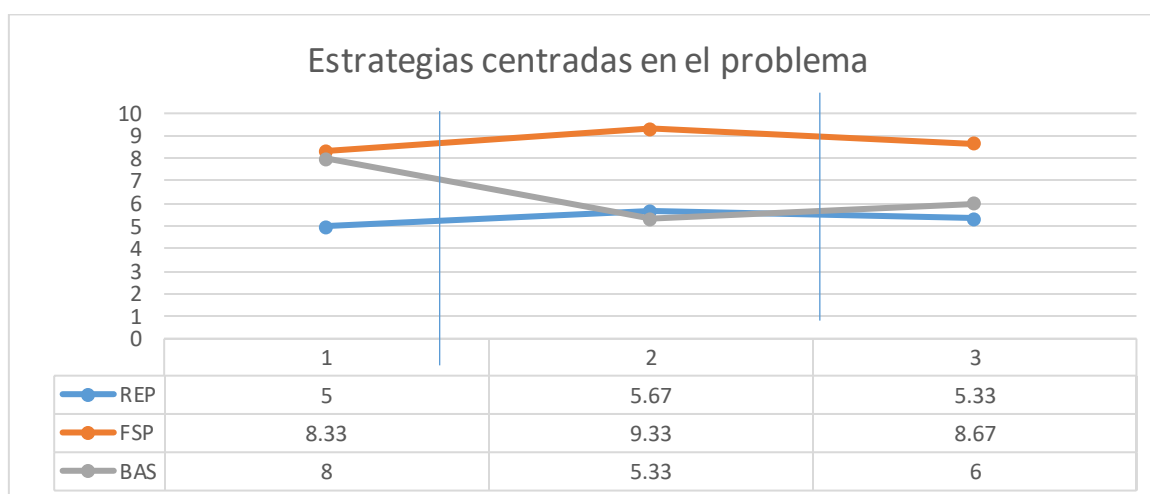
Figura 3
Resultados de las estrategias de afrontamiento



Nota: PRE= evaluación pre test; INT= evaluación intermedia; POST= evaluación post test.

En la gráfica se logra apreciar que el programa logró una tendencia en el aumento de las estrategias de afrontamiento; sin embargo, los puntajes se mantuvieron estables a lo largo de la intervención.

Figura 4
Resultados del uso y modificación de las estrategias centradas en el problema

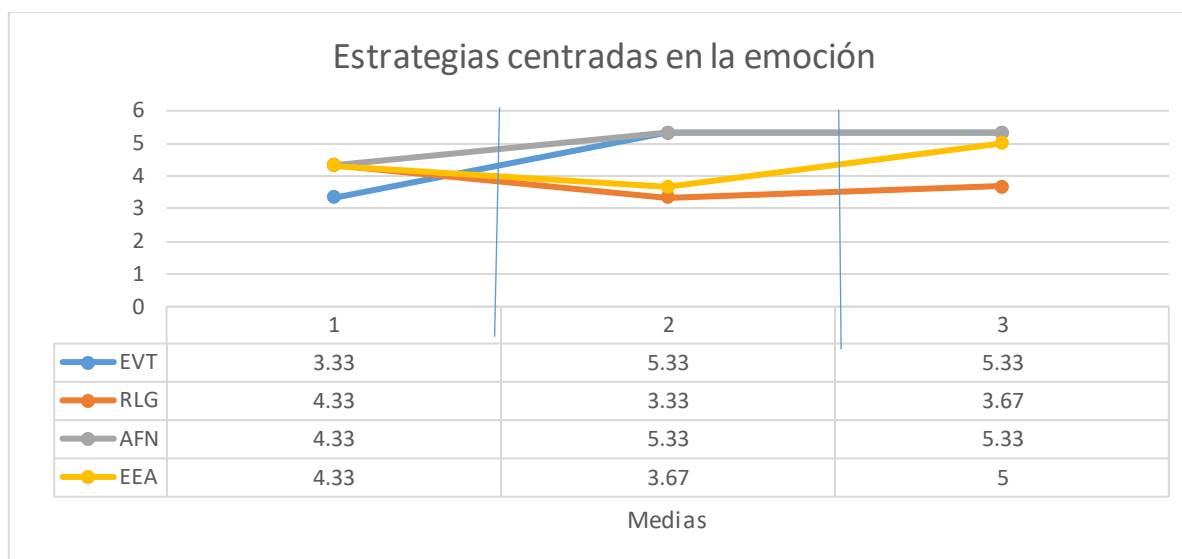


Nota: REP= subescala reevaluación positiva; FSP= subescala focalización en solución de problemas; REP= subescala reevaluación positiva.

En la gráfica se logra apreciar que la subescala “búsqueda de apoyo social” disminuyó a lo largo de la intervención, no obstante, las subescalas “reevaluación positiva” y “focalización en la solución de problemas” manifiestan una tendencia a aumentar durante el tratamiento.

Figura 5

Resultados del uso y modificación de las estrategias centradas en la emoción

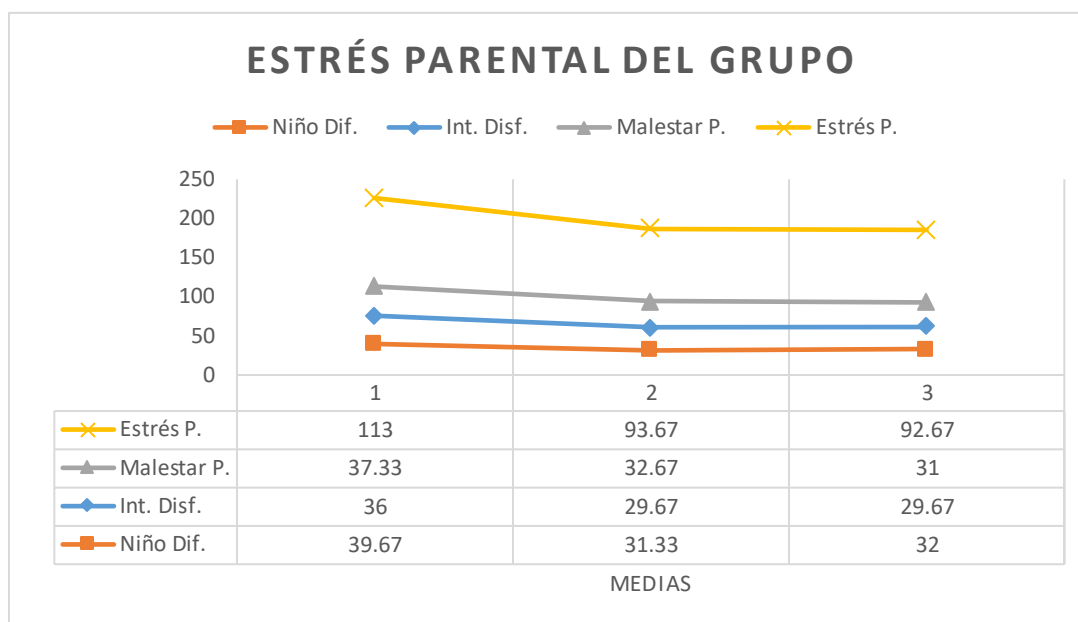


Nota: EVT= subescala de evitación; RLG= subescala religión; AFN= subescala de auto focalización negativa;

EEA=subescala expresión emocional abierta.

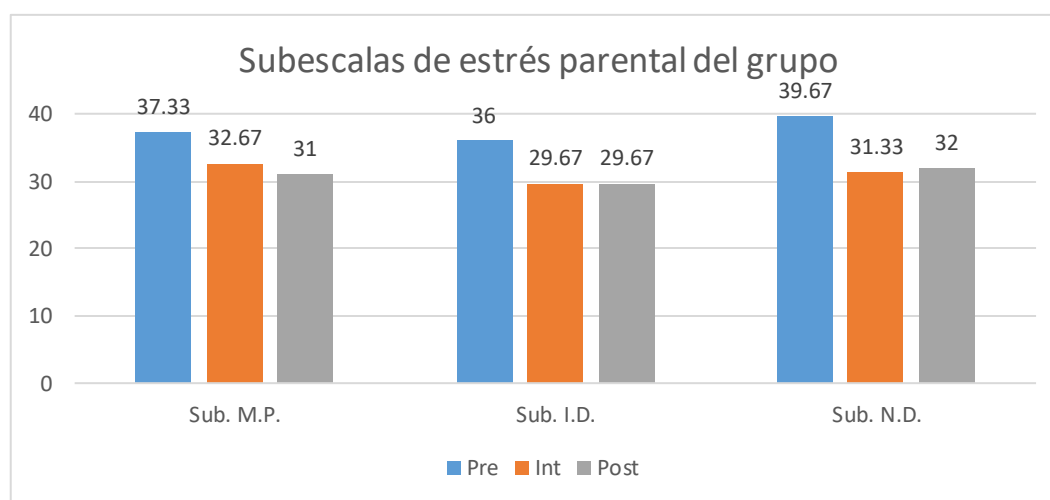
Se observa en la gráfica que las estrategias centradas en la emoción aumentaron al finalizar la intervención; también se logra apreciar que la estrategia “expresión emocional abierta” y “religión” aumentaron posterior al punto intermedio de la intervención.

Figura 6
Resultados del estrés parental y las subescalas



La grafica muestra diferencias tendientes a la disminución en los puntajes de estrés parental y las subescalas de malestar paterno, interacción disfuncional y niño difícil.

Figura 7
Resultados de los cambios en Malestar Paterno, Interacción Difícil y Niño Difícil



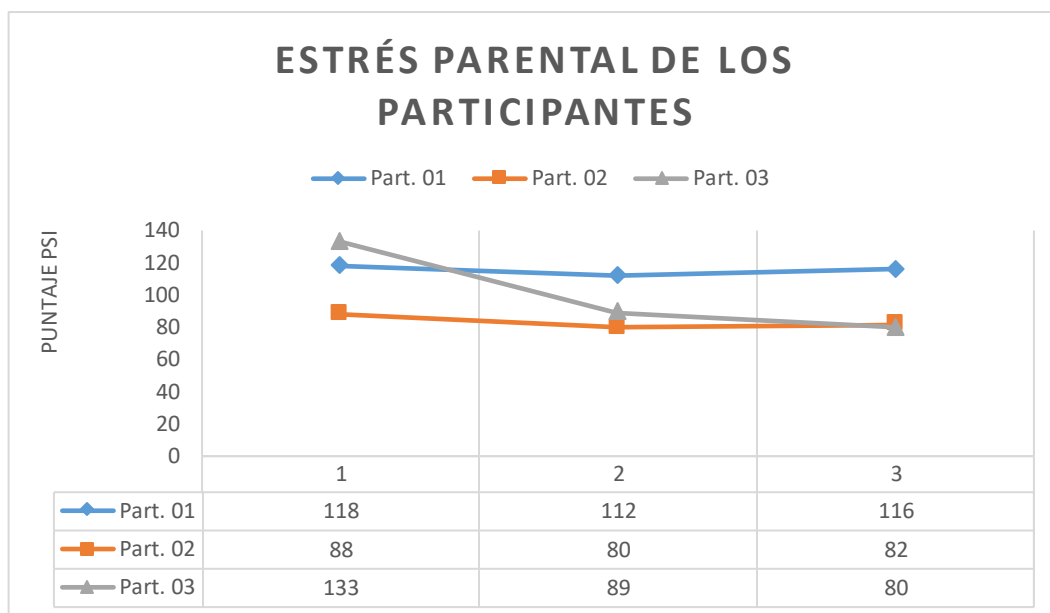
Nota:

Pre= pre test; Int= evaluación intermedia; Post= post test; Sub. M.P.= subescala malestar paterno; Sub. I.D.= subescala interacción difícil; Sub. N.D.= subescla niño difícil.

La gráfica de barras muestra una tendencia a la disminución en cada una de las subescalas de estrés parental; sin embargo, se observa que la medición intermedia en comparación a la última medición no muestra marcadas diferencias.

Figura 8

Resultados de la modificación del estrés de los participantes



En la siguiente gráfica logramos apreciar los puntajes totales de los participantes que conformaron la muestra experimental del estudio. Se observa que los participantes 02 y 03 lograron alcanzar un puntaje en el percentil <85 lo que indica clínicamente estrés adecuado.

5.6. Percepción del beneficio al recibir el programa de AEI

Figura 9

Formatos de percepción de beneficio del Participante 1

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Folio: 07

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☒ ☐ ☒ ☐ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: 1 Fecha: 28/02/2020

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Folio: 01

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☐ ☐ ☐ ☒ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: _____ Fecha: 18/05/2020

La imagen muestra que el participante 01 previo a la intervención percibía estrés moderado; al final de la intervención su percepción se modificó disminuyendo el nivel de estrés.

Figura 10
Formatos de percepción del beneficio del Participante 2

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
 Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
 Folio: 11

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☐ ☐ ☒ ☐ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: 1 Fecha: 28/02/20

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niño: 28/02/20
 Facilitador: Jacquelyn Catc
 Folio: 11
 Núm. de sesión: 1

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☐ ☐ ☐ ☒ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

La imagen muestra que el participante 2 previo a la intervención percibía estrés moderado; al final de la intervención su percepción se modificó disminuyendo el nivel de estrés a leve.

Figura 11*Formatos de percepción del beneficio del participante 3*

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Folio: 812

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☒ ☐ ☐ ☐ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: 4 Fecha: 28/02/20

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☐ ☐ ☐ ☒ ☐
 Estrés máximo Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: _____ Fecha: _____

La imagen muestra que el participante 3 previo a la intervención percibía estrés intenso; al final de la intervención su percepción se modificó disminuyendo el nivel de estrés a leve.

VI. Discusión y conclusiones de los resultados

6.1 Discusión

El primer objetivo planteado en esta investigación se cubrió logrando establecer la corroboración diagnóstica del TDAH, aun cuando no se obtuvo una muestra significativa se logró identificar en los hijos de los participantes que la predominancia es el subtipo inatento, encontrando similitudes en los datos previamente reportados por González et al. (2015) quienes realizan un metaanálisis en muestras no clínicas reportando que el subtipo inatento es el más frecuente. Así mismo, Barrios et al. (2016) reportan que en los niños mexicanos impera el subtipo inatento, seguido por el combinado y finalmente el hiperactivo impulsivo, el cual no se logró identificar en la presente investigación.

De acuerdo con Theule (2013) tanto el predominio inatento como el hiperactivo-impulsivo son predictivos del estrés parental; sin embargo, nos explica que los síntomas relacionados a la falta de atención se asocian en menor medida con la desorganización familiar; en cambio, los niños que tienen TDAH con predominio hiperactivo-impulsivo ocasionan más frecuentemente problemas de conducta que terminan por impactar de manera negativa en el ambiente familiar y por ende en el estrés de crianza.

Relacionado a lo anterior, en este estudio se esperaba que los problemas disruptivos fueran las principales dificultades a las que se enfrentaban los padres; no obstante, analizando las entrevistas iniciales los padres recalcan que las principales problemáticas están principalmente relacionadas con los problemas atencionales como lo son las tareas escolares, las dificultades para la organización de actividades y la falta de motivación que tienen sus hijos para realizar un esfuerzo mental sostenido en distintos quehaceres. En este sentido, a pesar de que los padres no

reportan problemas de comportamiento disruptivo en sus hijos; los puntajes advierten que se encuentran en estrés patológico.

Esto pone a la vista la importancia de conocer de manera específica cuales son las dificultades que ocasionan el estrés parental, lo cual puede ser una guía para la adecuada implementación de futuros programas de intervención. Particularmente en este estudio el perfil de estrés de los padres muestra que sus principales problemáticas son relacionadas con la dimensión niño difícil, que incluye todos los elementos psicológicos y conductuales que los padres perciben como problemáticos en sus hijos; en este sentido, es probable que la eficacia del programa podría haberse visto mejorada al brindar a los padres estrategias centradas en sobrellevar la sintomatología de inatención y no únicamente en los síntomas hiperactivos impulsivos, que característicamente en esta muestra no resaltaron.

El impacto del programa AIE en las estrategias de afrontamiento

Existe abundante evidencia que respalda bibliográficamente que el estrés parental afecta la salud mental de los padres de niños con TDAH (Theule et al., 2013; Wiener et al., 2016; Ben-Naim et al., 2018), siendo esta variable un predictor de conductas paternas disfuncionales (Pérez y Menéndez, 2014). Como resultado de esta evidencia, la implementación de programas para lograr cambios en las actitudes y comportamientos de los padres se hacen necesarios, por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar el efecto de un programa que permitiera en pocas sesiones mejorar las estrategias de afrontamiento, disminuyendo así el estrés parental.

Los primeros resultados, arrojados por el cuestionario CAE, indican que durante la intervención se generaron algunas modificaciones en las estrategias de afrontamiento, mostrando una tendencia al aumento en determinadas estrategias. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) el estrés parental tiene una perspectiva transaccional, por lo que la valoración subjetiva

que los padres realizan de la situación es lo que determina en gran medida la respuesta de afrontamiento; ya sea, centrada en la resolución de problemas (afrontamiento racional) o centrada en la resolución de la emoción (afrontamiento emocional).

Al respecto, se observó en el análisis de resultados un aumento en las estrategias asociadas al afrontamiento racional, lo que nos indica que el programa AIE generó estrategias que permitieron a los padres realizar acciones directas para tratar de modificar el entorno. González et al. (2014) nos explica que, al usar este tipo de estrategias, los padres pueden generar alternativas, aprenden de sus dificultades y resaltan lo positivo afrontando el problema de manera menos estresante.

El acercamiento de los padres a la intervención es en sí una acción concreta que busca de alguna manera resolver la problemática relacionada al TDAH de sus hijos. En este sentido, los resultados de la intervención coinciden con las aportaciones de González et al. (2014) y Achachao et al. (2018), al indicar que los padres de niños con TDAH buscan la manera de afrontar la situación involucrándose en el tratamiento.

Los resultados proyectan específicamente que durante la intervención grupal la estrategia denominada focalización en la solución de problemas fue en aumento, lo que implica que mientras los padres asistían al taller se mantenían enfocados en realizar esfuerzos para manejar las situaciones que consideraban problemáticas.

Con relación a lo anterior, la función del AIE a través de la psicoeducación que se le dio en la primera sesión a los padres probablemente permitió que tuvieran mejor entendimiento del trastorno, logrando la estructuración de acciones para sobrellevar las dificultades relacionadas a la sintomatología del TDAH. En esta misma línea, Achachao et al. (2018) menciona que los

padres de niños con TDAH buscan constantemente información que les permita tomar decisiones para facilitar el manejo de las problemáticas.

Por otro lado, los resultados aportan que la intervención AIE logró una tendencia a la mejora en la subescala reevaluación positiva, lo cual se relaciona con la búsqueda de aspectos positivos que mejoran la experiencia estresante; al respecto, Garza et al. (2021) demuestra que esta estrategia es una forma activa de afrontamiento que está asociada a un menor riesgo de desarrollar psicopatologías, la cual también genera mayor bienestar psicológico.

Los anterior es consistente con la finalidad de la reestructuración cognitiva que se implementó en el taller durante las sesiones dos y tres, la cual buscó modificar pensamientos automáticos que se viven como desagradables y que generan malestar paterno; de acuerdo con los resultados se consiguió que los padres se cuestionaran la veracidad de dichos pensamientos realizando una reevaluación positiva. Estos resultados se ven reforzados con los aportes de Meichenbaum (1987), quien explica que la modificación de pensamientos automáticos y las autoinstrucciones permiten la identificación de los pensamientos negativos ayudando a generar diálogos internos más funcionales.

Dentro de la implementación del AIE, también se observó en los resultados a partir de la medición intermedia, una mínima disminución de los puntajes de la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva, período en el que se hizo el cambio a la modalidad virtual debido a la contingencia por COVID-19. Aun cuando los puntajes se mantienen arriba de la medición inicial, es necesario hacer la observación del cambio que surgió en la variable, al modificar la modalidad de trabajo presencial a virtual.

Es de considerar que la eficacia del programa AIE pudo verse afectada por distintos retos que los padres tuvieron que enfrentar al intentar adaptarse al contexto de pandemia; existe diversa

literatura que corrobora que la pandemia generó desafíos y retos en los padres de familia entre los que resaltan la responsabilidad de la administración y gestión de los procesos educativos, dificultades económicas y tecnológicas (López y Cabrera 2021).

Los hallazgos anteriores se vivieron también reflejados en las condiciones de las familias mexicanas, pues de acuerdo con los aportes de Fajardo-Campoverde y Castro-Salazar (2021) los padres tenían disposición para adecuarse a las nuevas condiciones; sin embargo, la adecuación a trabajar de manera virtual provocaba descontento al percibir que no se encontraban preparados para ello.

Dicha actitud fue manifestada por los participantes del taller al realizar el cambio de la intervención a la modalidad virtual, debido a que tuvieron marcadas dificultades con el uso de las TIC y con la gestión de su tiempo; por lo que, fue difícil que los tres padres coincidieran en la misma plataforma y en el mismo horario, ya que las actividades laborales y académicas de sus hijos les requerían diferentes demandas. Por lo anterior, fue necesario realizar las sesiones a conveniencia de los padres y algunas de manera individual, variable que afectó indudablemente la dinámica grupal pero que fue necesaria para dar continuidad al proyecto.

Por otro lado, a diferencia de la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva que tuvieron un aumento a partir de la intervención AIE, la estrategia búsqueda de apoyo social disminuyó notablemente. De acuerdo con González y Landero (2007) la búsqueda de apoyo consiste en buscar orientación en los demás para dar solución a su malestar y no está ligada al estrés percibido.

De manera similar, Achachao et al. (2018) reporta que el 70% de los padres de niños con TDAH buscan ayuda, principalmente de un profesional y de instituciones especializadas ante situaciones complicadas en relación con su hijo, pues aun cuando les resulta difícil compartir sus

vivencias y confiar para hablar respecto a los problemas, cuando lo logran es una forma de percibir la situación menos catastrófica.

En este mismo sentido, González et al. (2014) explica que principalmente en esta población los padres tienden a buscar personas o profesionales que les ayuden a afrontar las dificultades; así mismo, se ha comprobado que esta búsqueda de apoyo social tiene que ver con la sensación de impotencia dejando en algunas ocasiones la propia responsabilidad en el apoyo externo y no en la modificación de los patrones de comportamiento (Vásquez et al., 2011).

A la luz de los resultados anteriores, se podría argumentar que la necesidad de contención emocional por un momento se vio cubierta por el programa de intervención, ya que la dinámica grupal pudo permitir que las habilidades de afrontamiento se modificaran al sentirse identificados entre sí, dando mayor confianza entre los participantes, porque al encontrar personas que pasan por lo mismo se puede percibir que la problemática es más tolerable (Zrebiec, 2013); sin embargo, al percibir que el grupo era su principal apoyo esto pudo disminuir el acercamiento hacía otras personas.

No obstante, cabe mencionar que la medición intermedia en la que se muestra principalmente la disminución de la búsqueda de apoyo social se llevó a cabo las primeras semanas de aislamiento preventivo obligatorio por COVID-19, por lo que la disminución de búsqueda apoyo social pudo deberse al confinamiento mismo.

Es importante reconocer que el papel de la pandemia pudo ser un factor determinante para la disminución de esta estrategia racional, ya que no era esperado este resultado de acuerdo con la literatura revisada, que nos indica que el patrón de afrontamiento tras un programa de intervención psicológica mejorará en cuanto a la frecuencia en el uso de las estrategias de regulación emocional, como las de resolución de problemas (Saura, 2015).

Hasta el 11 de Mayo del 2022 no se encontró en la literatura información sobre el perfil de afrontamiento de padres de niños con TDAH en el contexto pandemia, que pudiera dar una explicación teórica más precisa sobre la utilización y modificación de las estrategias de afrontamiento durante el confinamiento, esto sin una intervención psicoterapéutica de por medio.

Como acercamiento a la utilización de las estrategias de afrontamiento en pandemia, se retoma el estudio de López y Cabrera (2021), el cual fue llevado a cabo con padres de niños con TEA, donde se encontró que las estrategias predominantes durante el COVID-19 fueron aquellas que se encontraban enfocadas a la emoción y no al afrontamiento racional, debido a que las condiciones resultaron evaluadas como no susceptibles al cambio.

Finalmente, se reconoce que algunas familias en situación de encierro realizaron acciones tales como evitar socializar con amigos, vecinos y/o familiares externos al hogar, esto como una forma de autocuidado al evitar hablar del tema referente a pandemia, llevando a vivir en hermetismo, y limitando efectivamente la búsqueda externa de apoyo social (Guerrero y Vasco, 2021), lo cual puede explicar los resultados ya que ante el contexto se vieron limitadas las interacciones sociales.

En consecuencia, es importante reconocer que la búsqueda de apoyo social como lo marcan algunos investigadores (González et al., 2014; Achachao et al., 2018) es una forma de afrontamiento que puede ser funcional; sin embargo, se reconoce en la presente investigación que esta variable fue afectada por las condiciones de confinamiento, y en este sentido se discute como limitación el método de medición transversal, ya que la medición longitudinal pudiera dar más certeza del comportamiento de la variable.

Por otro lado, en cuanto al análisis de las estrategias centradas en la resolución de la emoción, encontramos también modificaciones a partir de la intervención AIE. En los resultados se

observa que inicialmente la estrategia de evitación y la autofocalización negativa aumentaron considerablemente en comparación con otras estrategias centradas en la emoción.

La estrategia de evitación considerada dentro del afrontamiento emocional no suele encontrarse en los padres de niños con TDAH. Achachao et al. (2018), explica que los padres no consideran la evitación o el escape como una estrategia, ya que buscan afrontar directamente el diagnóstico de su hijo, generando estrategias directas y resolutivas como la búsqueda de información que les permita generar acciones.

De manera similar los aportes de González et al. (2014) apuntan a que los padres no tienden a concentrarse en otras cosas como una forma de evasión ante los conflictos que trae la crianza del hijo con TDAH, explicando que el comportamiento de esta muestra no busca inclinarse al trabajo, a beber o a mantenerse ocupados en otras actividades para evadir. Sin embargo, sus aportaciones mencionan que la autofocalización negativa sí aparece dentro del perfil de afrontamiento, lo que quiere decir, que las madres se autoconvencen de que ya no hay más que hacer y generan resignación.

Al respecto, de acuerdo con varios investigadores el afrontamiento dirigido a la emoción aparece cuando las personas perciben que es imposible modificar la situación estresante (Dicollo et al., 2007; Rodríguez et al., 2016), y normalmente esta forma de afrontamiento se encuentra asociada a trastornos como la ansiedad o problemas somáticos (Sandín y Chorot, 2003).

Lo anterior, se corrobora en padres que se encuentran ante situaciones que conllevan mayor demanda, como es el caso de familias que enfrentan el TDAH asociado a otro trastorno como el TEA; en este caso se ha reportado que se presenta la evitación a través de la desconexión comportamental, lo que significa que los padres buscan sentirse mejor realizando actividades

evitativas, las cuales se considera no son las más efectivas para el manejo de las situaciones estresantes (Tijeras et al., 2015).

En contraposición, existen aportes que explican que a pesar de que el afrontamiento emocional puede ser una estrategia paliativa, también puede reducir la tensión provocada por el estrés, principalmente en situaciones desbordantes (López y Cabrera, 2020).

Chung (2017) reporta que la evitación y la autocrítica, aun siendo consideradas como afrontamientos desadaptativos están relacionadas a menor estrés parental, de acuerdo con sus resultados y análisis determina que el despliegue de un determinado tipo de estrategia no supone en sí mismo un adecuado manejo; es decir, aun cuando estas estrategias pertenecen a un modo disfuncional de afrontamiento su adecuada utilización en asociación con otras estrategias puede generar menor estrés parental.

Saura (2015) coincide con lo anterior, pues comenta que la diversificación a la hora de resolver problemas, aún con métodos evasivos y de resignación, hace más variado el perfil de afrontamiento generando mayor amplitud para la resolución del conflicto. Lo que podría indicarnos que es de suma importancia conocer el contexto bajo el cual se emplea una u otra estrategia según lo requiere la situación; en este caso no hay que olvidar que los padres se encontraron con distintos estresores para los cuales no estaban preparados en relación con el confinamiento.

Por otro lado, dentro de los resultados que arroja la medición intermedia encontramos que la religión y la expresión emocional abierta disminuyeron posterior a las tres primeras sesiones de intervención, este efecto pudo deberse a la oportunidad que dio el grupo para expresar sus inquietudes y preocupaciones; no obstante, de acuerdo con los resultados estas estrategias aumentaron al iniciar la modalidad virtual y a la par del encierro obligatorio.

De acuerdo con lo reportado por los padres al finalizar la modalidad presencial, y no tener contacto con sus compañeros se generó en ellos la pérdida de un espacio de contención para expresarse abiertamente, lo cual puede explicar por qué el aumento en la expresión emocional abierta; pues cómo reportan algunas investigaciones el que los padres de niños con TDAH puedan acceder a un grupo trae consigo beneficios en la forma de canalizar sus emociones (Fontana & Ávila, 2015; Saura, 2015).

A propósito de la pandemia, López y Cabrera (2021) explican que los padres durante la contingencia de COVID-19 tenían que enfrentarse con situaciones novedosas, como: incertidumbre de las circunstancias, clases virtuales, desinfectar las compras para evitar contagios en casa, riesgo de perder el trabajo y problemas financieros, lo que sugiere porqué los padres de niños con trastornos del neurodesarrollo tuvieron que desarrollar estrategias cognitivas para manejar los estados emocionales, desencadenados por una situación altamente estresante.

Lacomba-Trejo et al. (2020) por su parte corrobora que en las familias las estrategias de regulación emocional eran deficientes durante la pandemia, lo que provocó sintomatología ansiosa, depresiva y por supuesto, aumento en el estrés.

En síntesis, se deduce que ante las condiciones en las que se desarrolló la presente investigación las estrategias de afrontamiento emocional no necesariamente se encuentran relacionadas con una forma disfuncional de afrontamiento, e incluso cómo corrobora Chung (2017) no precisamente indican mayor estrés, ya que al final constituyeron una forma de sobrellevar las demandas del contexto; inclusive Macías et al. (2013) menciona que la evitación como estrategia de afrontamiento puede aparecer ante el peligro de muerte y al mismo tiempo es una estrategia que se manifiesta ante la necesidad de recopilar recursos psicosociales para posteriormente llevar acciones que permitan centrarse en las condiciones ambientales.

Los hallazgos que se reportan corroboran la modificación de las estrategias de afrontamiento, en el que se observa mayor amplitud de recursos a la hora de resolver dificultades con relación a la crianza. Concluido el programa AIE se logra una diversificación de estrategias centradas en el problema y la emoción, volviendo más funcional el patrón de afrontamiento.

El impacto del programa AIE en las dimensiones del estrés parental

Al respecto del estrés parental y el objetivo de la presente investigación a continuación se analiza la modificación de la variable estrés y sus subescalas, posterior al programa de AIE.

Los estudios de Theule et al. (2013), Wiener et al. (2016), Muñoz et al. (2017), Ben-Naim et al. (2018), predicen que los padres de niños con TDAH tienen altos niveles de estrés; de modo que, los datos arrojados en la presente investigación coinciden, pues se encontró que tanto el universo como la muestra experimental estudiada presentaban estrés parental patológico determinado por puntuaciones al percentil >85 , pues se detecta la media del grupo en 113 lo cual indica un nivel patológico de estrés parental (Abidin, 1995).

Bajo el modelo teórico de Abidin (1992) se considera que el estrés parental es un proceso evaluativo complejo que dependerá de la interacción entre las características de los padres, las características del niño y la interacción entre ambos. En este sentido, el presente estudio evidenció que las subescalas malestar paterno, interacción disfuncional y niño difícil se encontraban en niveles clínicamente patológicos previo a la intervención AIE.

De acuerdo con la literatura revisada existen programas que demostraron eficacia al disminuir el estrés parental en padres de niños con TDAH, a través del entrenamiento en prácticas de crianza positiva (Montañez, 2014) y es que existen distintas aportaciones que apuntan a que el estrés puede generar estrategias de crianza disfuncionales generando así ambientes negativos que

impactan en la salud mental de los hijos (Yousefia et al., 2011; González et al., 2014; Molina et al., 2016).

No obstante, el presente programa de intervención tuvo como objetivo no sólo generar herramientas que mejoraran el manejo conductual de los hijos, esto debido a que se consideró de importancia retomar los hallazgos que apuntan a que la preparación psicológica podría mejorar la percepción de autoeficacia (Theule et al., 2011). Tal y cómo explica Abidin (1992) el estrés parental es un proceso estrictamente valorativo de los recursos parentales, por ello, las sesiones fueron estructuras con el objetivo de trabajar en la valoración de los eventos estresantes.

De acuerdo con los resultados el principal factor desencadenante del estrés en la muestra se asocia a la percepción del niño difícil; manteniéndose a lo largo de la intervención como la principal dificultad, esto quiere decir que el estrés de los padres se detonaba principalmente por la percepción que se tiene respecto al temperamento del niño y su comportamiento.

Respecto a la dimensión antes explicada, los resultados muestran que la media del grupo se encontraba al final de la intervención entre el percentil 80 y 85, que de acuerdo con el manual del cuestionario de estrés parental (Abidin, 1995) dicha puntuación indica que a partir de la intervención con el programa AIE los participantes lograron disminuir la percepción de que era difícil manejar a su hijo; sin embargo, esta puntuación se encuentra en los límites del estrés adecuado y la categoría de estrés disfuncional.

A causa de lo anterior, se discute la importancia de generar dentro de la intervención un mayor número de sesiones que generen estrategias que puedan permear las principales quejas de los padres respecto a sus hijos, como lo son el incumplimiento de sus obligaciones, el desorden en las cosas y el que no terminan las actividades que comienzan (Vásquez et al., 2011).

Ahora bien, los trabajos de investigación de Theule et al (2011, 2013) explican qué, si bien el estrés parental está significativamente ligado a las dificultades que presenta el niño con TDAH, también estará determinado en gran medida por las características psicopatológicas de los padres cómo lo son el TDAH adulto, la ansiedad y depresión que pueden ser factores que influyen en la percepción del niño difícil. A pesar de ello, estos autores no descartan la importancia de que las intervenciones incluyan estrategias conductuales para el manejo comportamental, tal y cómo se realizó en la presente intervención.

Lo anterior pone a la vista que el factor malestar paterno se encuentra presente en las dificultades que intervienen en el proceso transaccional del estrés parental, dimensión que considera los factores personales que están relacionados directamente con el rol paterno; como el sentimiento de competencia parental, los conflictos personales e incluso la presencia de depresión o ansiedad. Al respecto, Ben-Naim et al. (2018) corroboran que los padres con un hijo con TDAH tienden a presentar características personales que inciden en el nivel de estrés parental.

De acuerdo con los resultados la intervención AIE logró disminuir el malestar paterno, pues con base a la media del grupo se logró el percentil 80 lo que indica que este componente logró entrar en la categoría de estrés adecuado; esto significa que la intervención AIE aumentó el sentimiento de competencia parental logrando así disminuir la percepción del mal funcionamiento en el desempeño del rol parental.

A pesar de que el presente estudio es una intervención breve conformada por 6 sesiones, estos hallazgos coinciden con otras intervenciones que han implementado técnicas cognitivo conductual y que han tenido eficacia en disminuir el estrés y otros aspectos psicológicos que generan malestar a los padres de niños con TDAH. Nuestros resultados son similares con los de

Parand et al. (2010) quienes reportaron la eficacia de un programa cognitivo-conductual en 50 madres de niños con TDAH; el programa contenía 10 sesiones en el que se usaron técnicas similares a nuestro taller, estas son la psicoeducación, el manejo conductual de niño, la reestructuración cognitiva y la relajación; sus resultados muestran significativamente una mejora en la depresión, la ansiedad y el estrés.

Durante la revisión de programas, no se encontró algún otro que aplicara técnicas similares al programa AIE con la población mexicana; sin embargo, se analizó el programa respira que incorpora técnicas cognitivo conductual de tercera generación cómo lo son el mindfulness, identificación de valores y la aceptación, en el cual a través de 12 sesiones grupales y cuatro familiares a lo largo de 6 meses, buscó modificar las estrategias de afrontamiento, el estrés parental y la satisfacción con el rol parental, obteniendo como resultado la mejora en cada una de las variables.

Por otro lado, la evaluación del factor interacción disfuncional mostró de igual manera tendencia a disminuir; esto quiere decir que los padres lograron mejorar en cierta medida la percepción de los hijos con relación a si estos cumplen o no con sus expectativas, encontrando en el cuestionario cuestionamientos cómo “mi hijo rara vez hace cosas por mí” o “mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba”. Sin embargo, de acuerdo con los resultados la media del grupo se mantuvo en un percentil >85 lo que indica que los padres aún se mantenían en un nivel patológico respecto a esa categoría, lo que indica que el programa AIE debe reforzar este aspecto dentro de las sesiones.

En cuestión al aspecto relacional, son distintas investigaciones que ponen en evidencia que la dinámica familiar puede volverse complicada ante el estrés en la familia, favoreciendo una interacción ineficaz con los hijos (Álvarez et al., 2017; Muñoz et al., 2017; Wiener et al. 2016).

Asociado a ello, es importante mencionar que dentro de las condiciones que pudieron influir en la interacción disfuncional se encuentra el cambio en el estilo de vida durante la pandemia; por ejemplo, Lores Martínez (2021) reporta que los padres que realizaron actividades laborales de manera virtual sufrieron estrés en la crianza y cambios importantes en la dinámica de pareja. Así mismo, Bravo-Gómez y Oviedo-Gutiérrez (2020) corroboran que el aislamiento social provocó estrés emocional en los padres de familia, encontrando como factores desencadenantes de tensión, el miedo al contagio y principalmente el mantenerse aislados, lo cual les provocaba irritabilidad e incertidumbre.

Finalmente, en la escala general de estrés parental, la media del grupo aún se encontró en estrés patológico (percentil >80); sin embargo, es indudable los efectos positivos que la intervención logró en el manejo del estrés, manteniendo una tendencia a la disminución en las tres subescalas que lo componen. Estos resultados son consistentes con el formato de percepción del beneficio, en el cual se logra analizar que los padres de niños con TDAH percibieron una mejoría en la sintomatología de estrés.

Si bien la efectividad del programa no pudo corroborarse estadísticamente, no podemos dejar de lado la relevancia de los datos a nivel clínico, pues de acuerdo con el análisis de los resultados el programa AIE logró disminuir el nivel de estrés parental, a pesar de que los padres tuvieron que enfrentarse a nuevos estresores que impactaron en la crianza, pues durante la realización del proyecto inició el confinamiento obligatorio.

6.2 Conclusiones

A través del modelo de AIE se logró una intervención grupal con el objetivo de dar herramientas cognitivo-conductuales a padres de niños con TDAH, para incidir en las estrategias de afrontamiento y en el nivel de estrés, retomando la perspectiva transaccional del estrés se concluye que es un proceso bidireccional complejo (padres-hijos) que es regulado en gran medida por la autoevaluación de los recursos de afrontamiento. A la vista de los resultados obtenidos el presente estudio aborda un perfil psicopatológico caracterizado por altos niveles de estrés:

- Con relación al primer objetivo del trabajo de investigación, se encontró que imperaba el predominio inatento, por lo que se concluye que las dificultades generadoras de estrés parental no sólo se reducen a conductas disruptivas, asociadas más frecuentemente al predominio hiperactivo impulsivo; por lo tanto, conductas como distracción en las tareas, olvidos constantes, dificultades en la organización, y quejas de la escuela por la dificultad en el mantenimiento de la atención, también pueden incidir en la tensión que se genera en los padres. Por ello, es importante en futuros programas de intervención tomar en cuenta las dificultades específicas del comportamiento de los niños que más pueden generar estrés parental.
- Dentro del programa AIE las sesiones tres y cuatro se focalizaron al cambio conductual, aplicando reforzadores y castigos; sin embargo, por lo antes explicado se concluye que es necesario dentro de los programas, enseñar a padres técnicas que puedan dar mayor organización a sus hijos, y técnicas que ayuden a mantener la atención en tareas que requieren esfuerzo; esto sin olvidar, que es importante que los

padres tengan entendimiento del TDAH y la asociación con los comportamientos antes mencionados.

- El segundo objetivo de la presente investigación estuvo enfocado en diseñar y aplicar un programa de intervención basado en la técnica AIE, el cual se logró construir con base al modelo de Meichenbaum (1987), generando seis sesiones enfocadas a mejorar la valoración de los eventos estresores. Al respecto, sólo se pudieron llevar a cabo tres sesiones de manera presencial y grupal, debido a que la contingencia sanitaria por COVID-19 ocasionó el confinamiento obligatorio para evitar contagios, por ello, fue necesario acoplar las últimas tres sesiones a modalidad on-line y realizar la intervención individual en algunos casos.
- Respecto al tercer objetivo, se concluye que el programa AIE logró modificar el uso de las estrategias centradas en el problema y las estrategias centradas en la emoción, generando así un perfil de afrontamiento mucho más variado para manejar las dificultades del rol parental.
- A partir de la implementación del taller AIE, la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva aumentaron, en consecuencia, al usar este tipo de estrategias se espera que los padres generen planes de acción, acentuando lo positivo al enfrentar eventos estresores.
- La estrategia de búsqueda de apoyo social disminuyó a partir del programa AIE, posiblemente esta necesidad pudo verse cubierta por el grupo y la contención que le brindaba este, haciendo innecesario buscar externamente otro tipo de ayuda; no obstante, el contexto de confinamiento pudo ser una variable ajena a la intervención que generó que los padres evitaran socializar con amigos y familia.

- La evitación y la autofocalización negativa, aumentaron con la intervención AIE, su adecuada asociación con otras estrategias puede generar menor estrés parental; en este caso fueron utilizadas de manera funcional, tratando de disminuir la tensión provocada por los nuevos estresores a los que los padres tuvieron que enfrentarse en condiciones de confinamiento cómo, incertidumbre de las circunstancias, clases virtuales en las que tomaron un papel educador, riesgo de perder el trabajo, entre otros.
- La expresión emocional abierta y la religión fueron en aumento particularmente a partir de la modalidad virtual e inicio de la pandemia por COVID-19, se sugiere que los padres al percibir la pérdida de un espacio de contención donde podían expresarse abiertamente buscaron como manejar sus inquietudes y preocupaciones. Se concluye qué, aun siendo estrategias centradas en la emoción, estas fueron utilizadas para manejar el estrés.
- Con relación al cuarto objetivo, se puede rescatar que la variable de estrés parental y sus tres factores mantuvieron una tendencia a la disminución; no obstante, se observó que, a partir del confinamiento y el cambio a la modalidad virtual, esta variable se mantuvo sin cambios importantes, aún con la influencia del programa AIE.
- La intervención logró que la percepción del niño difícil y el malestar paterno, disminuyeran a niveles de estrés adecuado; es decir, los resultados sugieren que gracias a la intervención los padres han mejorado la autoeficacia en su rol parental, percibiendo que pueden gestionar de mejor manera el comportamiento de sus hijos.
- Así mismo, los resultados arrojan que los padres se mantienen en estrés patológico respecto a la dimensión interacción difícil, sin embargo, si se mostró mejoría posterior

al taller. Lo anterior sugiere, que debe reforzarse dentro de la intervención los aspectos relacionales, tomando en cuenta que el vínculo paternofilial también se ve afectado.

- Finalmente, se concluye que el programa AIE logró modificar las estrategias de afrontamiento, generando un perfil de afrontamiento mucho más variado, que permitió a los padres disminuir el nivel de estrés parental.

6.3 Limitaciones

Respecto a la intervención basada en AIE, se analizan las limitaciones que dificultaron el desarrollo del estudio y el análisis de resultados:

- 1) Dificultad en el acceso a muestras clínicas de niños ya diagnosticados con TDAH.
Las instituciones a las que nos acercamos durante la realización de este estudio se vieron con poca disposición pidiendo gestionar un trámite de largo tiempo, siendo necesaria su autorización para acceder a los padres.
- 2) Una de las principales limitaciones reside en el tamaño muestral, que se aleja por completo de la prevalencia del trastorno. Afectado por la dificultad en el acceso a la muestra, pero también por los criterios de inclusión y exclusión, los cuales nos muestran que metodológicamente los parámetros pueden ser los adecuados; sin embargo, dichos criterios no se adecuaron al ámbito clínico donde fue complicado encontrar padres que no presentaran otros cuadros psicopatológicos y/o con tratamiento farmacológico.
- 3) Como limitación ambiental encontramos suspensión de actividades y el confinamiento obligatorio, que afectó el seguimiento continuo de las sesiones. La intervención se vio interrumpida al finalizar la tercera sesión, durante tres semanas

no se dio seguimiento a los padres; posteriormente, la intervención se llevó a cabo en modalidad virtual.

- 4) No fue posible contar con las condiciones adecuadas para la interacción virtual; destaca la dificultad de los padres con el uso de las TIC, la falta de un espacio privado, así como problemas en la conexión inalámbrica.
- 5) El planteamiento metodológico inicial, también se vio afectado por las limitantes ambientales y el tamaño muestral. Al iniciar este estudio la perspectiva en el análisis de los datos era cuantitativa, sin embargo, no se contó con el mínimo de casos para realizar el análisis estadístico planteado inicialmente. Al querer rescatar de manera cualitativa la información no se contaba con un adecuado manejo y control de esta. Lo anterior impactó en el análisis de los resultados, sin la posibilidad de reportar una significancia estadística.
- 6) El enfoque transversal, fue una limitante ya que no permitió medir los efectos longitudinales, debido al tiempo limitado para la entrega de la tesis.

6.4 Recomendaciones

- Se recomienda para futuras intervenciones un incremento en el tamaño de la muestra, reconsiderando los criterios de inclusión y exclusión apegados a la realidad clínica de los padres de hijos con TDAH. El estudio nos indica que habría que tomar en cuenta para el desarrollo de futuras intervenciones, la comorbilidad asociada al estrés parental.
- Para futuros programas de intervención es necesario incluir a los niños con TDAH dentro la intervención; ya que como se reporta en la revisión de la literatura la

sintomatología del niño y la variable relacional entre padres e hijos puede influir en la sintomatología de estrés.

- Se recomienda que durante la intervención se abran espacios individuales ya que clínicamente se observó que los padres de niños con TDAH necesitan un nivel instruccional alto; es decir, una constante supervisión y apoyo para llevar a cabo los ejercicios revisados entre sesiones.
- Se recomienda realizar programas de intervención con una perspectiva cualitativa y longitudinal, debido a que se podrían recolectar muchos más datos clínicos respecto a la eficacia del programa.

Referencias:

- Abidin, R. R. y Solis, M. L. (1991). The Spanish Version Parenting Stress Index: A psychometric Study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(4), 372- 378.
doi:10.1207/s15374424jccp2004_5.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412.
- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Achachao, D. J., Pinco, C. L. y Quispe, S. I. (2018). *Estrategias de afrontamiento en padres de niños con diagnóstico de trastorno de hiperactividad con déficit de atención en un instituto para el desarrollo infantil*. (Tesis grado de Licenciatura), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Peru.
- Adolfo, G. (2002). Estrés: desarrollo histórico y definición. *Rev.argentina de anestesiología*, 60(6), 350-353.
- Aguilar, M. M. (2014). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos. España: Librería-Editorial Dykinson.
- Ajinkya, S., Kaur, D., Gursale, A. y Jadhav, P. (2013). Prevalence of parent-rated attention deficit hyperactivity disorder and associated parent-related factors in primary school children of Navi Mumbai—a school based study. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(3), 207-210. doi.org/10.1007/s12098-012-0854-1.
- Alonso, E., Diz, L., Fernández, M. A., García, L. y Giachetto, G. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): controversias terapéuticas. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, 2, 36-47.

- Álvarez, M., Rodrigo M. J. y Rodríguez, G. (2017). Predictores de una interacción eficaz entre madre e hijo/a en contextos de riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 16 (1).
<https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-1.piem>.
- American Psychological Association (APA). (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. Recuperado de:
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *DSM- 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Medica panamericana.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L. y DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20(5), 503-520. <https://doi.org/10.1007/BF00916812>.
- Argudín, S. G. y De la Osa, M. (2017). Evidencia científica y psicoterapia. En Onofrio, B. (compilador), *Manual de psicoterapias, importancia de las psicoterapias en psiquiatría desde diferentes perspectivas* (pp. 13-18). Buenos Aires, Argentina: Editorial APAL.
- Ávila, A. (2016). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. Jalisco, México: Editorial ITESO.
- Ayala-Nunes, L., Lemos, I. y Nunes, C. (2014). Predictores del estrés parental en madres de familia en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13 (2), 529-539. doi:
 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.pep.
- Bados, A. y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

- Bados, A. y García, E. (2014). Resolución de problemas. *Universidad de Barcelona*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>.
- Balbuena Rivera, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología educativa*, 22(2), 81-85.
<https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Baker, D. B. y McCal, K. (1995). Parenting stress in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder and parents of children with learning disabilities. *Journal of child and family studies*, 4(1), 57-68.
- Barbero. (2013). Tdah. factores genéticos, epigenéticos y ambientales.
https://apnadah.org/web2/bkofwb/docspdf/mj_1359372216.pdf
- Barkley. R. (2000). El trastorno de hiperactividad y de falta de atención. *Revista investigación y ciencias*, 22, 50-55.
- Barrios, O., Matute, E., de Lourdes Ramírez-Dueñas, M., Chamorro Y., Trejo, S. y Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los padres. *Suma psicologica*, 23(2), 101-108.
doi: <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001>
- Basa, J. A. (2010). Estrés parental con hijos autistas: un estudio comparativo [en línea]. (Tesis Grado Licenciatura), Universidad Católica Argentina. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/collect/tesis/import/159/estres-parental-con-hijos-autistas/estres-parental-con-hijos-autistas.pdf>
- Basurco, M. P. y Calderón, R. P. (2019). Efectividad de las intervenciones no farmacológicas para la mejora de habilidades sociales en niños con trastorno de déficit de atención e

- hiperactividad (Trabajo para grado de especialista en salud mental). Universidad privada Norbert Wiener. Lima, Peru.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, S. J. young, G. H. y Tarnowski, K. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 29(4), 558-565.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00008>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, L. y Einav, M. (2018). Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association Between Children's ADHD and Marital Satisfaction. En *Journal of Attention Disorder*, 1-11. doi: 10.1177 / 1087054718784659.
- Betancourt-Ocampo, D., Riva-Altamirano, R. y Chedraui-Budib, P. (2021). Estrés parental y problemas emocionales y conductuales en niños durante la pandemia por COVID-19. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(2), 227-238.
- Botana, I. y Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. En *revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 1 (1), 55-63. doi: 10.17979/reipe.2014.1.1.23
- Bravo, M.C. (2019). *El estrés parental y su relación con el nivel de resiliencia de los adolescentes internados en el Hospital Emergencias Pediátricas en el año 2017* (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Peru.
- Bravo-Gómez, B. W. y Oviedo-Gutiérrez, A. D. (2020). Estrés emocional debido al aislamiento social por la pandemia covid-19 en padres de familias vulnerables. *Polo del Conocimiento*, 5(9), 579-591.

- Brown, T. E. (2010). *Comorbidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Elsevier España
- Cabrera, V. E., González, M. R. y Guevara, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Canales, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica UST*, 8(1), 21-28.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. *Control del Estrés*, 247-271. https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577047_Tecnicas_cognitivas_en_el_control_del_estres/links/0fcfd501997ded989c000000.pdf
- Cardo, E. y Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. En *Rev. NEUROL*, 40 (Supl 1).
file:///C:/Users/HP%20240/Downloads/preval1_revneurol.pdf
- Carrasco, X., Rothhammer A. P., Moraga, M., Henríquez B., Aboitiz D. y Rothhammer, E. (2004). Presencia de los alelos DRD4/7R y DAT1/10R en miembros de familias chilenas con síndrome de déficit atencional con hiperactividad. *Revista médica de Chile*, 132(9),1047-1052. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000900004>.
- Carver, S. y Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184-195.
- Casas, A. M. y Ferrer, M. S. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Informació psicològica*, (100), 100-114.

- Castillo, C. E. (2014). *Efecto de un programa de prácticas de crianza positiva en el estrés parental* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, D.F., México
- Cervera, H., Michaca, G., Rubio, S. y Sánchez, O. (2001). *Descripción, evaluación y tratamiento del trastorno por déficit de la atención*. México: Intersistemas, S.A. de C. V.
<https://vdocuments.site/descripcion-evaluacion-y-tratamiento-del-tdah.html>
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E. y Ontiveros, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37 (2), 111-117.
- Chimeno, S. C. (2018). Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Guía con todas las preguntas y respuestas. CogniFit: Salud, cerebro y neurociencia. <https://blog.cognifit.com/es/terapia-cognitivo-conductual-tcc/>
- Chung, S. M. (2017). *Estrés parental y estrategias de afrontamiento en padres con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad de colegios de Ventanilla* (Tesis de Licenciatura). Universidad privada del Norte, Lima, Peru.
- Cornejo-Escatell, E., Fajardo-Fregoso, B. F., López-Velázquez, V. M., Soto-Vargas, J. y Ceja-Moreno, H. (2015). Prevalencia de déficit de atención e hiperactividad en escolares de la zona noreste de Jalisco, México. *Revista Médica MD*, 6(3), 189-195.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153d.pdf>
- Crnic, K. y Low, C. (2003). Everyday stresses and parenting. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, 5, 243-267.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.457.3309&rep=rep1&type=pdf#page=280>

- Cruz Alcalá, L. E., Ramos Herrera, A., Gutiérrez Paredes, M. F., Gutiérrez Pérez, D. E., Márquez García, A. V., Ramírez Jiménez, D. C., ... y Sepúlveda Barba, K. G. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 11(1), 15-19.
- Dahad, J., Rivadeniera C. y Minici A. (2010). El enfoque cognitivo-transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual [Internet]*. <http://cetecic.com.ar/revista/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres/#more-63>.
- Deater-Deckard, K. (2005). Parenting Stress and Children's Development: Introduction to the Special Issue. *Infant and Child Development*, 14(2), 111-115.
<http://dx.doi.org/10.1002/icd.383>
- Compas, B.E. y Gotlib, H.I. (2003). Introducción a la psicología clínica. México: McGraw Hill.
- Del Arco, E. y Del Barrio, J. A. (2010). Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. <http://www.interpsiquis.com>.
- Del Arco, E. y Del Barrio, J. A. (2014). Papel relevante de los estilos educativos en la evolución de los síntomas de tdah. Excellent role of parenting styles in the evolution of the symptoms of adhd. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (1), 1, 251-258.
- De la Peña, F., Palacio, J.D. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud*, 8 (1), 93-98.
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/1285/1212>

- Delgado, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L. y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 45-51.
- Díaz, A., Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Afonso, M. y Artiles, C. (2013). Consideraciones de los estudios de prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista de Psicología y Educación*, 8(2), 155-170.
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D. P. y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Donenberg, G. y Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (2), 179–198.
<https://doi.org/10.1007/BF00911315>
- Elias Cuadros, Y. (2005). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bases neurobiológicas, modelos neurológicos, evaluación y tratamiento. Ed. Trillas S.A. de C.V
- Enríquez, C., Alba, L., Corzo, L., Caballero, D. y Rojas, D. (2017). Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Médica del Centro*, 12(1), 57-64.
- Fajardo-Campoverde, N. S. y Castro-Salazar, A. Z. (2021). Educación inicial en tiempos de pandemia: Retos de los padres y docentes. *CIENCIAMATRIA*, 7(13), 345-370. doi: 10.35381/cm.v7i13.494
- Farkas, C. y Valdés, N. (2010). Maternal stress and perceptions of self-efficacy in socioeconomically disadvantaged mothers: An explicative model. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 654-662. DOI: 10.1016/j.infbeh.2010.09.001

- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., Jiménez, A., Albert, J., López-Martín, S. y López-Arribas, S. (2018). Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*, 66(Supl 1), 103-7.
- Foley, M. (2010). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(2011), 39–49. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010. 00269.x
- Fontana, M. y Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educacional*, 54(2), 20-40. DOI: 10.4151/07189729-Vol.54-Iss.2-Art.290.
- Franco, P. M. (2003). *Aplicación de un programa de adiestramiento en inoculación de estrés en pacientes odontológicos comparando su efectividad con dos distintos terapeutas* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México. Iztacala, México.
- Frydenberg, E. (1997). Manual: Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS). Madrid: TEA Ediciones.
- Fullana, M. A., Fernández, L. Bulbena, A. y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017
- Galindo-Vázquez, O., Álvarez-Avitia, M. A. y Alvarado-Aguilar, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.

- García-Quiroga, M. y Ibáñez-Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo MadreHijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 123- 134.
- Garreta, E., Beltrán, T. J. y Barceló, M. S. (2018). Análisis de la efectividad de un programa de entrenamiento de padres de niños con TDAH en un ambiente hospitalario. *Actas españolas de psiquiatría*, 46(1), 21-28.
- Garza, V. J. P., De la Cruz, C., Lejía, G. G. J., Sánchez, R. K. E., y Kawas, V. O. (2021). Reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento del estrés durante la pandemia de COVID-19. *Salud mental*, 44 (4), 177-184. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2021.023
- Gracia, E., Musito, G. y García, F. (1991). Sucesos y cambios vitales estresantes y ajuste psicológico: un análisis del apoyo social como variable moduladora en padres normales y padres que maltratan a sus hijos. *Iniciativas*, 3, 81-94.
https://www.uv.es/~garpe/C_/A_/C_A_0007.pdf
- Gratch, L. O. (2009). Etiología y manifestaciones clínicas. *El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*, (23-35). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R. y Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of abnormal child psychology*, 39(7), 1073.
- Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M. (2008). *Psiquiatría clínica*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Gómez, C., Ventura, J. L., Carrasco, L., Bracqbien, C. y Campos, A. (Octubre de 2015). Evaluación de la Ansiedad en padres de hijos con TDAH. En M. Concepción de la Cruz

- (Presidencia). *5to. Simposium internacional de investigación multidisciplinaria*. Simposio llevado a cabo en Universidad Juárez, Autónoma de Tabasco, México.
http://www.archivos.ujat.mx/2016/div_rios/publicaciones/Memoria-5-SIIM-6ENIC.pdf#page=460
- González, C. (2018). Historia del TDAH. *TDAH: nuevas estrategias de diagnóstico e intervención*. España: Punto Rojo Libros.
- González, C., R., Rodríguez Sacristán, A. y Sánchez García, J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 58-61. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- González, M. T. y Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12(3), 189-198. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- González, M. T. y Landero, R. (2010). Evaluación del estrés y el impacto de la fibromialgia después de autoaplicar técnicas cognitivo-conductuales. *Psicología desde el Caribe* (26), 119-141.
- González, M. T. y Landero, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(1), 35-43.
- 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 psicología*, 10 (17), 71-84. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.786>.
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 8. DOI:10.11600/1692715x.1217060413

- Grau, Ma. D. (2007). “Análisis del contexto familiar de niños con TDAH”. (Tesis Grado Doctoral) Universidad de Valencia, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf> Base de datos.
- Guerra, C. y Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-129. doi: 10.5354/0719-0581.2011.17130.
- Guerrero, A., C. M., y Vasco, M. K. V. (2021). *Caracterización de estrategias de afrontamiento en familias en situación de confinamiento por pandemia-COVID 19 en el sector Martha de Roldós* (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas, Guayaquil.
- Gutiérrez, N. y Veliz, S. (2018). *Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en estudiantes del nivel secundario de una institución particular de Lima Sur* (Tesis de título profesional). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú
- Healey, D.M., Flory, J.D., Miller, C.J. y Halperin, J.M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hiperactive/Inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20, 148-161.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
- Hervás, Z. A. y Durán, F. O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/el-tdah-y-su-comorbilidad/>
- Hidalgo M.I. y Esperón, C. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 177, 197.

- Iborra, A. T., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, X., Blázquez-Garcés, J. V. y Tárraga, R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con trastorno de espectro autista (tea) con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). *Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 311-322. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.63>
- Jara, S. (2008). *Psicoterapia [Apuntes electrónicos]*
https://www.academia.edu/16854213/3._Psicoterapia
- Jarne, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica*. Herder Editorial.
- Jiménez, M. (2015). *La técnica de la inoculación y los efectos en el estrés laboral de los docentes “pensionado americano”* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Jiménez-Figueroa, G., Vidarte Claros, J. A. y Restrepo de Mejía, F. (2020). Control de la interferencia en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): revisión. *Revista CES Psicología*, 13(1), 104-124. doi: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.1.7>
- Korzeniowsk, C. y Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(1).
<http://www.redalyc.org/html/2819/281921796006/>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Postigo-Zegarra, S., Pérez-Marín, M. y Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de diadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72. doi: [10.21134/rpcna.2020.mon.2035](https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2035)

- Lana, F. y Vidal, S. J. (1998). Introducción a la psicoterapia. En Hidalgo, I. y Díaz, R. (Eds.). *Psiquiatría Clínica: Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales*, pp. 403-420. Madrid, España: Editorial Aula Médica.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D. y Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27(1), 76-96.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, España: Biblioteca de Psicología - Editorial Desclée De Brouwer
- López, C., Belchi, A. y, Romero, A. (2014). *TDAH y Trastornos del Comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Madrid, España: Piramide.
- López, E. M. y Cabrera, F. P. (2021). *Estrategias de Afrontamiento al estrés en tiempos de pandemia COVID-19 en padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) del Centro Análisis e Intervención Conductual en Edad Temprana en el periodo Enero-Abril 2020, Santo Domingo. (Tesis grado Licenciatura)*. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Lores Martínez, M. S. (2021). *Teletrabajo afrontamiento diádico de pareja y estrés asociado a la crianza y el cuidado de los niños/as en contexto pandemia. (Tesis grado Magister)*. Pontificia Universidad Católica de Chile Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología Subdirección de Investigación y Postgrado. Santiago, Chile.
- Maciá, D. (2014). *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid, España: Ediciones pirámide.

- Macías, M. A., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Individual and family coping strategies when facing psychological stress situations. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), 123-145.
- Marín-Méndez, J. J., Borra-Ruiz, M. J., Álvarez-Gómez, C. y Soutullo Esperón, C. S. (2017). Desarrollo psicomotor y dificultades del aprendizaje en preescolares con probable trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Estudio epidemiológico en Navarra y La Rioja. *Neurología*, 32(8), 487-493. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.009>
- Márquez-Caraveo, M. E., Arroyo-García, E., Granados-Rojas, A. y Ángeles-Llerenas, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud pública de méxico*, 59(4), 477-484.
- Mash, E. J. y Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1), 86-99.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.1.86>
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de terapia cognitivo-conductual*, 15, 1-5. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44(2), 23-25.

- Molina, J., Arellano, D., González, V. H. y Ramos, C. M. (2016). Relación entre los comportamientos asociados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los estilos de crianza desde la apreciación de los adultos. *Avances en Psicología*, 24(2), 149-157. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/150/110>
- Montañez, Ma. I. (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia*. (Tesis grado Doctoral). Universidad de Extremadura, Dto. de psicología y antropología, España.
http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2466/TDUEX_2014_Monta%C3%B1ez_Gomez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moreno, M. I. C., Moral, V. S. y Hesse, B. M. (2002). Entrenamiento en inoculación de estrés en un Síndrome de Intestino Irritable. 71-80.
[file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Entrenamiento_en_inoculacion_de_estres_en_un_sindr%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Entrenamiento_en_inoculacion_de_estres_en_un_sindr%20(1).pdf)
- Morris, M. (2001). Parental stress and marital satisfaction in families of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Disertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies*, 61.
- Muñoz, A., Lago, R., Sánchez, M. y Carmona J., (2017). Child/Adolescent's ADHD and Parenting Stress: The Mediating Role of Family Impact and Conduct Problems. En *Front Psychol*, 8 (2252) Doi: 10.3389/fpsyg.2017.02252
- McEwen, B. y Sapolsky, R. (2006). El estrés y su salud. *The Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 91(2), E1-E2.

- Ochoa, C., Sumalla, E. C., Maté, J., Castejón, V., Rodríguez, A., Blanco, I. y Gil, F. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34.
- Nezu, A. M., Maguth, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Olhaberry, M. y Farkas, C. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Univ. Psychol. Bogotá*, 11 (4), 1317- 1326.
- OMS (1992), CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid. Ed. Méditor.
- Ospina, K. X. y Vivas, M. (2014). *Afrontamiento familiar de niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad rol de enfermería*. (Tesis grado profesional) Universidad de la sabana facultad de enfermería y rehabilitación chía, Colombia.
- Ospina A. (2016). *Síntomas, niveles de estrés y estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes masculinos y femeninos de una institución de educación superior militar: análisis comparativo* (tesis de maestría). Universidad Católica de Colombia, Bogota, Colombia.
- Padilla, J. P., Álvarez-Dardet, S. M. y Hidalgo, M. V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 25-32.
- <http://dx.doi.org/10.5093/in2014a3>

- Palacios-Cruz, L., De la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, S. y Ulloa, R.E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 34(2), 149-155.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200008&lng=es&lng=es.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M. yekta, M. S., Besharat, M. y Khooshabi, K. (2010). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1135-1139.
- Paris, L. (2007). Estrategias de afrontamiento del estrés asistencial y satisfacción laboral-personal en médicos y enfermeros. *Revista interamericana de Psicología ocupacional*, 26(2), 7-21.
- Paris, L. (2007). *Estrés laboral asistencial, recursos de afrontamiento y satisfacción laboral en trabajadores de la salud de la ciudad de Rosario* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Protocolos de Neurología*, 140-150.
- Pedraza-vargas, S. F., Perdomo-Carvajal, M. F. y Hernández-Manrique, N. J. (2008). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*, 8(1), 199-214.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel

- Pérez, J. (2014). *El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial* (memoria para grado). Universidad de Huelva, España.
- Pérez, P.J., Hidalgo, G. J. y Menéndez, A-D., S. (2012). Estrés parental en familias en riesgo psicosocial. El papel del lugar de control como progenitor. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 55-67.
- Pérez-López, J., Pérez-Lag, M., Ramón, M. D. P. M. y Velasco, L. P. P. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 123-132.
- Pérez, P.J. y Menéndez, A-D., S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental*, 37 (1), 27-34.
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100004
- Pérez, P., J., Menéndez, A-D., S. y Hidalgo, M. V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 25-32.
- <https://doi.org/10.5093/in2014a3>
- Pérez-Sánchez, L., Parra-Jiménez, E. L. y Espinosa-Parra, I. M. (2014). Introducción a la psicoterapia.
- https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf
- Portela Sabari, A., Carbonell Naranjo, M., Hechavarría Torres, M. y Jacas García, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*, 20(04), 556-607. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65188>

- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(3), 18-26. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000200003
- Presentación, M. J. y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28(3), 261-275.
- Puddu, G., Rothhammer, P., Carrasco, X., Aboitiz, F. y Rothhammer, F. (2017). Déficit atencional con hiperactividad: trastorno multicausal de la conducta, con heredabilidad y comorbilidad genética moderadas. *Revista médica de Chile*, 145(3), 368-372.
- Pujadas, M. D. (2015). *Diseño de un programa de evaluación e intervención de variables emocionales, conductuales y personales para personal de emergencias* (tesis doctoral). Universidad de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España.
- Quihui, A. (2003). *Estrés Materno y el Desarrollo Infantil en Comunidades al Sur del Estado de Sonora*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Sonora, México.
- Quintero, F. J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. España: Elsevier España.
- Rabito-Alcón, M. F. y Correas-Lauffer, J. (2014). Guías para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: una revisión crítica. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 315-24.
- Ramos, M. R. (2010). Aproximación al conocimiento etiológico del trastorno. *Tratamiento de la Hiperactividad*. España: Ideaspropias Editorial SL.

- Rangel, J. F. (2014), El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Rev Salud Ment*, 37 (1).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100009.
- Raya, A. F., Herreruzo, J. y Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Ribé, J. M., Mercadal, J., Carrió, A., Sánchez, J., Ramilans, C. y Alberich, C. (2018). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 473-489.
 doi: 10.4321/S0211-57352018000200007
- Reinhardt, M.C. y Reinhardt, C.A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Rev J Pediatr*, 89 (2), 124-30. Doi:10.1016/j.jpeds.2013.03.015.
- Reyes, J. E. (2014). *Terapia de grupo para madres y padres con hijos con osteosarcoma en el Hospital Infantil de México Federico Gómez* (Tesis de especialidad en intervención clínica). Universidad Nacional Autónoma de México, D.F, México.
- Richa, S., Rohayem, J., Chammai, R., Kazour, F., Haddad, R., Hleis, S., ... y Gerbaka, B. (2014). Prevalencia de TDAH en la población libanesa en edad escolar. *Diario de trastornos de atención*, 18(3), 242–246. doi.org/10.1177/1087054712445065
- Rivera-flores, G. W. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.

- Robles, Z. y Romero, E. (2011). Entrenamiento de padres de niños con problemas de conducta: una revisión de eficacia. *Anales De Psicología / Annals of Psychology* , 27 (1), 86-101. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113511>
- Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>
- Rodríguez, A., Zúñiga, P., Contreras, K., Gana, S. y Fortunato, J. (2016). Revisión Teórica de las Estrategias de Afrontamiento (Coping) según el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman en Pacientes Quirúrgicos Bariátricos, Lumbares y Plásticos. *Revista El Dolor*, 66, 14-23.
- Rosales, R. (2014). Estrés y salud. (Tesis de grado en psicología). Universidad de Jaén facultad de humanidades y ciencias de la educación, España.
- Roselló, B., García-Castellar, A., Tárraga-Mínguez R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *REV NEUROL*, 36 (Supl 1), 79-S84.
- Rothenberger, A. y Banaschewski, T. (2004). Síndrome por deficit de atención con hiperactividad. *Mente y Cerebro*, 9, 65-71.
- Ruiz, J. J. y Sánchez, J. J. (1998). Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios, 31-78.
http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Tercero/III_EMF_31.pdf
- Ruiz, M. (2007). *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastorno por Déficit de Atención*. Df, México: Editores de textos Mexicanos S.A. de C.V.

- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer, S.A.
- Rubio, L. (2015). Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad (Tesis doctoral). Granada, España: Universidad de Granada.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56046>
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Santibáñez, P. M., Román, M. y Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Sauceda García, J. M. (2014). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 57(5), 14-19.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un145c.pdf>
- Saura M. L. (2015). *La efectividad de un programa de intervención psicológica en la mejora del afrontamiento parental al estrés y su repercusión en la adaptación general de niños con TDAH* (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. L. (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo?. *Prevención, trabajo y Salud*, 20(1), 4-9
- Sibils, R. (2017). *La psicoterapia como técnica específica y, muy especialmente, como intervención en la entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Edi. APAL.
- Soler, P. y Gascón, J. (2005). Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Barcelona: ArsMédica
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39.

- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Epidemiología del TDAH*. En Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. [Versión DX Reader] (11-15). Madrid España: Medica Panamericana.
- Soutullo, C. y Mardomingo, M.J. (2009). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica Panamericana.
- Tijeras, I., A., Fernández-Andrés, M., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, C. X., Blázquez-Garcés, J.V. y Tárraga, M. R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno de Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.
<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.63>
- Torío, S., Peña, J.V. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A. y Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family studies*, 20(5), 640-647. doi: 10.1007/s10826-010-9439-7
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. y Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD. A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. doi: 10.1177/1063426610387433
- Treviño, J. R. y González, M. T. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 26-38.

- Trujillo, H. (2007). Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes. *Psicología Conductual*, 15(3), 339-371.
- Ullebø, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Obel, C. y Gillberg, C. (2012). Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: effects of informant, gender and non-participation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(5), 763-769.
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0379-3>
- Valencia, E. (2019). *La **terapia** cognitivo-conductual como alternativa para la abstinencia en el consumo de Cannabis sativa en adolescentes de 14 a 17 años de centros de integración juvenil de Valle de Chalco* (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del México, D. F., México.
- Vasconcelos, A. F., Ramírez, M. M. y Mildestein y. P. (2018). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, algunas consideraciones en su diagnóstico y tratamiento. *Acta Médica del Centro*, 12(4). <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/899>
- Vásquez, J., Cárdenas, E. M., Fera, M., Benjet, C., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/guia_tdah.pdf
- Vásquez, R., Benítez, M., Izquierdo, Á., Dueñas, Z., Gómez, D. L. y Caicedo, J. C. (2011). What is hyperactivity and how do parents view the problem? Analysis of chief complaints and coping strategies of ADHD in a sample of high socioeconomic status in Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 488-503.
- Yousefia, S., Far, A. S. y Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.

- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. y Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 561-574. DOI: 10.1007/s10802-015-0050-7
- Wilma, R. F. G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.
- Zrebiec, J. F. (2013). Terapia de grupo. México: Familianova Schola
- Zúñiga, R.A. y Lucho, A. (2009). Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Conners para Padres/Maestros forma abreviada.
<https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conne>

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE)

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud., la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.**

	0	1	2	3	4
	Nunca	Pocas veces	A Veces	Frecuentemente	Casi siempre
Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud., piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problema más estresantes vividos recientemente.	N u n c a	P o c a s v e c e s	A v e c e s	F r e c u e n t e m e n t e	C a s i s i e m p r e
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
4. Asistí a la iglesia	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
9. Pedía parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
10. Acudí a la iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4

11. Me sentí indefenso (a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
12. Agredía algunas personas	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
16. Experimente personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
17. Me irrité con algunas personas	0	1	2	3	4
18. Pedía algún amigo o familiar que me indicara cual sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. Acudí a la iglesia a poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Fecha _____

Apéndice B. Escala de estrés parental PSI-SF

Lee con detenimiento cada una de las preguntas centrando la atención sobre tu hijo y lo que te preocupa de él y de tu vida. Redondea con un círculo la respuesta que mejor represente tu opinión y sentir.

1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 No estoy seguro	4 De acuerdo	5 Totalmente de acuerdo
----------------------------------	--------------------	----------------------	-----------------	-------------------------------

1. A menudo tengo la sensación de que no puedo manejar bien las cosas	1	2	3	4	5
2. Me siento atrapado con las responsabilidades como padre/madre	1	2	3	4	5
3. Desde que tengo a mi hijo/a siento que casi nunca puedo hacer las cosas que me gustaría hacer.	1	2	3	4	5
4. Estoy entregando mucho de mi vida para cubrir las necesidades que siempre esperé para mi hijo/a.	1	2	3	4	5
5. Desde que tuve a mi hijo/a no he hecho cosas nuevas y diferentes.	1	2	3	4	5
6. No estoy contento/a con las últimas compras de ropa que he hecho para mí.	1	2	3	4	5
7. Hay bastantes cosas que me preocupan acerca de mi vida.	1	2	3	4	5
8. Tener a mi hijo/a ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación con mi pareja.	1	2	3	4	5
9. Me siento solo/a y sin amigos	1	2	3	4	5
10. Cuando voy a una fiesta, normalmente creo que no voy a disfrutar.	1	2	3	4	5
11. No estoy tan interesado/a en la gente como solía estar acostumbrado/a.	1	2	3	4	5
12. No disfruto con las cosas como acostumbraba.	1	2	3	4	5
13. Mi hijo/a rara vez hace cosas por mí que me hagan sentirme bien.	1	2	3	4	5
14. La mayoría de las veces siento que mi hijo/a no me quiere y no desea estar cerca de mí.	1	2	3	4	5
15. Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba.	1	2	3	4	5
16. Cuando hago cosas por mi hijo/a tengo la sensación de que mis esfuerzos no son muy apreciados.	1	2	3	4	5
17. Cuando mi hijo/a juega no se ríe a menudo.	1	2	3	4	5
18. Mi hijo/a no aprende tan rápido como la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
19. Mi hijo/a parece que no sonríe mucho como la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
20. Mi hijo/a no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba.	1	2	3	4	5
21. Se necesita mucho tiempo y trabajar duro para que mi hijo/a se acostumbre a cosas nuevas.	1	2	3	4	5
22. Elige una de las 5 frases que se presentan a continuación y que mejor refleje tu sentimiento como padre/madre. Siento que soy...					
(1) Muy buen padre/madre					

(2) Superior a la media (3) En la media (4) Cometo muchos errores siendo padre/madre (5) No soy muy buen padre/madre					
23. Esperaba estar mucho más cercano/a y tener unos sentimientos más tiernos de los que tengo hacia mi hijo y esto me duele.	1	2	3	4	5
24. Muchas veces mi hijo/a hace cosas que me preocupan porque no son buenas.	1	2	3	4	5
25. Mi hijo/a tiene rabietas y grita más a menudo que la mayoría de los niños.	1	2	3	4	5
26. La mayoría de las veces mi hijo/a despierta de mal humor.	1	2	3	4	5
27. Siento que mi hijo/a tiene un humor muy cambiante y se altera fácilmente.	1	2	3	4	5
28. Mi hijo/a hace cosas que me molestan mucho.	1	2	3	4	5
29. Mi hijo/a reacciona bruscamente cuando sucede algo que no le gusta.	1	2	3	4	5
30. Mi hijo/ se altera fácilmente con las cosas más pequeñas.	1	2	3	4	5
31. El horario de comidas y de sueño es más difícil y duro de establecer de lo que yo pensaba.	1	2	3	4	5
32. <i>Elige una de las cinco frases que se presentan a continuación y que mejor refleje tu sentimiento como padre/madre.</i> Me he dado cuenta de que con mi hijo conseguir hacer algunas cosas o parar de hacer otras es respecto a lo que yo esperaba: 1. Mucho más fácil 2. Algo más fácil 3. Tan duro como esperaba 4. Algo más duro 5. Mucho más duro					
33. <i>De las 5 posibilidades de respuesta, elige la que mejor se adapte a lo que usted cree.</i> Piense con cuidado y cuenta el número de cosas que le molestan de su hijo/a. Por ejemplo; que se entretenga con todo, que no escuche, la hiperactividad, los gritos, las interrupciones, su resistencia y oposición, los lloriqueos, etc. 1. 1 – 3 2. 4 – 5 3. 6 – 7 4. 8 – 9 5. 10+					
34. Hay algunas cosas que hace mi hijo/a que realmente me preocupan bastante.	1	2	3	4	5
35. Tener a mi hijo/a ha dado lugar a más problemas de los que yo esperaba.	1	2	3	4	5
36. Mi hijo/a me plantea más demandas que la mayoría de los chicos. CAE	1	2	3	4	5

Apéndice C. Cuestionario abreviado para padres/maestros Connors

Nombre del niño: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Grado Escolar: _____ Nombre de la Escuela: _____
 Nombre de los padres, tutor(es) o maestros: _____
 Fecha de aplicación: _____
 Número de Folio: _____

Observación	Grado de actividad			
	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
2. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
3. Molesta a otros niños	0	1	2	3
4. No termina las cosas que empieza- cortos periodos de atención	0	1	2	3
5. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
6. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
7. Sus demandas deben satisfacerse de manera inmediata- se frustra con facilidad	0	1	2	3
8. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
9. Cambia de estado de ánimo con rapidez y drásticamente	0	1	2	3

Comentarios:

Apéndice D. Consentimiento informado para padres



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Título del proyecto: “Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH”

Nombre del investigador principal: Jacquelyn Catalan Roldan

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en este estudio, el cual pertenece al Programa de Maestría en Psicología por parte de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Si usted decide participar, es importante que considere la siguiente información. *Sienta la libertad de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.*

Justificación/objetivos:

Debido a las problemáticas a las que se enfrentan los padres de niños con TDAH, el presente proyecto de intervención tiene como objetivo brindar estrategias eficaces para disminuir el estrés parental, entendido como un proceso en donde los padres se sienten sobrepasados por las responsabilidades de la crianza.

Procedimiento:

Si usted accede a estar en este estudio, su participación consta de dos etapas:

En la primera etapa tendrá que asistir a **dos sesiones** de un tiempo aproximado de 1 hora cada una. En la primera sesión se le entregará este consentimiento informado para ser firmado y luego tendrá que contestar dos cuestionarios. En la segunda sesión se aplicará otro cuestionario y se realizará una entrevista; finalmente se le pedirá ayuda para establecer contacto con el profesor/a de su hijo/a, quien deberá llenar de igual forma un cuestionario de aproximadamente 10 min.

Los cuestionarios aplicados y la entrevista tienen la finalidad de conocer su nivel de estrés parental y las estrategias que utiliza para manejarlo, además tienen el propósito de corroborar el diagnóstico de TDAH de su hijo/a.

La segunda etapa, consiste en la Intervención grupal, donde deberá asistir por lo menos a cinco de las **seis sesiones** establecidas, con la finalidad de brindarle las estrategias para disminuir el estrés parental, dichas sesiones tendrán una duración de dos horas, una vez a la semana.

En el transcurso de la intervención nuevamente se le aplicarán dos cuestionarios, esto será en la tercera sesión y al final de la intervención, con el propósito de valorar los cambios en su nivel de estrés y sus estrategias para manejarlo.

Número de participantes:

Los grupos terapéuticos estarán formados por un mínimo de seis y un máximo de 12 participantes.

Riesgos:

Al tomar parte de este estudio usted puede estar expuesto a riesgos mínimos:

Incomodidad al contestar preguntas sobre su familia y la relación con ellos.

Revelación de actitudes que podrían conducir a prejuicio dentro del grupo terapéutico.

Sentimientos de culpabilidad o vergüenza respecto a la relación que usted tiene con su hijo.

Beneficios:

-Usted podrá beneficiarse de este estudio, al recibir estrategias que le ayudarán a disminuir el estrés parental, lo cual podría mejorar la manera en cómo se relaciona con su hijo.

-Se espera que usted adquiera mayor conocimiento del TDAH para atender eficazmente las necesidades de su hijo.

-Se buscará tener un ambiente de apoyo, en donde podrá conocer y relacionarse con personas que están pasando por la misma problemática.

Confidencialidad:

La participación en este estudio es completamente anónima en ambas etapas y el investigador mantendrá la confidencialidad de sus cuestionarios y reportes de sesión, los cuales no llevarán nombre y serán codificados usando un número de folio. Tanto los cuestionarios como este consentimiento quedarán únicamente en resguardo del investigador.

Los resultados integrales estarán únicamente a disposición de la comunidad científica y en caso de publicación, no lo identificaremos de manera alguna; en caso de solicitar un informe éste será entregado de manera confidencial e individualizado de sus resultados personales.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales en este estudio son mínimos, como se menciona en párrafos anteriores. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomodo/a, tiene el derecho de no responder.

La intervención terapéutica no tiene costo, sin embargo, si acepta participar conlleva a que usted tendrá que hacerse cargo de los costos generados en su traslado. No recibirá pago monetario de ningún tipo ya que su participación es estrictamente voluntaria.

Participación Voluntaria/Retiro:

Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Si decide abandonar el estudio, esto no le afectará de ninguna manera.

Compromisos del investigador:

Asistir a todas las sesiones acordadas.

Llevar a cabo la investigación conforme a principios éticos.
 Proteger la confidencialidad de los participantes.
 Comunicar los resultados del estudio a los participantes.

Compromisos del participante:

Asistir puntualmente a las sesiones acordadas.
 Contestar todos los cuestionarios para facilitar el análisis de los resultados.
 Llevar a cabo las recomendaciones terapéuticas, dadas por el investigador.

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio, favor de comunicarse con la Psic. Jacquelyn Catalan Roldan, Jacquelyn.catalanr@uaem.edu.mx, responsable del proyecto.

Si usted desea confirmar que el proyecto de investigación se encuentra registrado puede comunicarse con la Jefatura del Programa de Maestría en Psicología de la UAEM al Tel. 3-29-79-70 Ext. 3704.

Información técnica y metodológica del proyecto, Mtra. Luz Ximena Ramirez Bassail, luzximena@uaem.mx, corresponsable del proyecto.

Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación Transdisciplinar en Psicología, para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx

Si usted acepta participar en el estudio le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar. Su firma muestra que:

- Se le ha leído este consentimiento
- Se le ha explicado el estudio incluyendo objetivo, riesgos y beneficios.
- Ha podido hacer preguntas y se le han aclarado todas sus dudas.

PARTICIPANTE
 Nombre y Firma

TESTIGO 1
 Nombre y Firma

TESTIGO 2
 Nombre y Firma

En Cuernavaca, Morelos a

Gracias por su colaboración, agradecemos sinceramente su participación.

Apéndice E. Consentimiento informado para profesores



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESORES

Título del proyecto: “Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH”

Nombre del investigador principal: Jacquelyn Catalan Roldan

Estimado(a) Maestro/Maestra:

Usted ha sido invitado a participar en este estudio, el cual pertenece al Programa de Maestría en Psicología por parte de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). Si usted decide participar, es importante que considere la siguiente información. *Sienta la libertad de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.*

Justificación/objetivos:

Debido a las problemáticas a las que se enfrentan los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el presente proyecto de intervención tiene como objetivo llevar a cabo un grupo terapéutico que brindará estrategias eficaces para disminuir el estrés parental, entendido como un proceso en donde los padres se sienten sobrepasados por las responsabilidades de la crianza.

Procedimiento:

Si usted accede a participar en este estudio, su colaboración consiste en contestar un Cuestionario que tiene como objetivo corroborar en su alumno el diagnóstico de TDAH, Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad exacerbada de prestar atención que muchas veces se acompaña de comportamiento hiperactivo (actividad física excesiva) e impulsivo. El Cuestionario “Conners” que contestará es una escala que identifica 9 síntomas asociados al TDAH, su tiempo de administración es de 5 a 10 min. Al corroborar dicho diagnóstico se podrá determinar la participación de los padres en la intervención.

Riesgos:

El tomar parte de este estudio no representa riesgo alguno para usted, no se realizarán intervenciones directas en su conducta o alguna variable psicológica, únicamente se desea explorar la sintomatología del niño.

Beneficios:

Al participar no adquiere ningún beneficio directo, sin embargo, se provee que al corroborar el diagnóstico los padres puedan participar en el estudio lo que beneficiaría la conducta de su hijo/a en el ámbito familiar y escolar.

Confidencialidad:

La participación en este estudio es completamente anónima y el investigador mantendrá la confidencialidad de su cuestionario, el cual no llevará nombre y será codificado usando un número de folio. Tanto el cuestionario como este consentimiento quedará únicamente en resguardo del investigador.

En caso de solicitar información respecto a los resultados del cuestionario, esta tendrá que ser brindada de manera confidencial, siempre y cuando los padres den autorización.

Compensación:

No recibirá pago monetario de ningún tipo ya que su participación es estrictamente voluntaria.

Participación Voluntaria/Retiro:

Usted está en plena libertad de negarse a participar.

Compromisos del investigador:

Llevar a cabo la investigación conforme a principios éticos.

Proteger la confidencialidad de los participantes.

Compromisos del participante:

Contestar el cuestionario, para facilitar el análisis de los resultados.

Si usted tiene preguntas sobre su participación en este estudio, favor de comunicarse con la Psic. Jacquelyn Catalan Roldan, Jacquelyn.catalanr@uaem.edu.mx, responsable del proyecto.

Si usted desea confirmar que el proyecto de investigación se encuentra registrado puede comunicarse con la Jefatura del Programa de Maestría en Psicología de la UAEM al Tel. 3-29-79-70 Ext. 3704.

Información técnica y metodológica del proyecto, Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail, luzximena@uaem.mx, corresponsable del proyecto.

Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación Transdisciplinar en Psicología, para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx

Si usted acepta participar en el estudio le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar. Su firma muestra que:

- Se le ha leído este consentimiento
- Se le ha explicado el estudio incluyendo objetivo, riesgos y beneficios.
- Ha podido hacer preguntas y se le han aclarado todas sus dudas.

PARTICIPANTE

Nombre y Firma

TESTIGO 1

Nombre y Firma

En Cuernavaca, Morelos a _____

Gracias por su colaboración, agradecemos sinceramente su participación.

Apéndice F. Hoja de información para profesores



Título del estudio: “Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH”

Investigador principal: Jacquelyn Catalan Roldan

Correo: Jacquelyn.catalanr@uaem.edu.mx.

Tel: 7774449130

El presente estudio de investigación es promovido por el Programa de Maestría de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), el cual tiene por objetivo formar un grupo terapéutico que brindará a los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) estrategias para disminuir el estrés parental asociado a las dificultades de la crianza.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención, para poderle aclarar cualquier duda que pudiera surgir.

Debe saber que su firma autoriza su inclusión en el estudio. Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar, sin necesidad de explicar sus motivos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Para este estudio se invita a padres de niños con diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por la dificultad exacerbada de prestar atención que muchas veces se acompaña de comportamiento hiperactivo (actividad física excesiva) e impulsivo.

La intención es formar un grupo terapéutico que apoye a los padres de familia en las dificultades que se asocian a dicho Trastorno, para brindarles estrategias que les ayuden a disminuir la

sensación del estrés parental caracterizado por sentirse sobrepasados por las responsabilidades de la crianza.

Dicha intervención tiene dos etapas principales para poder verificar que realmente produce cambios en el nivel de estrés. La primera consiste en medir el nivel de estrés de los padres y conocer sus estrategias de afrontamiento, así mismo se busca en esta etapa corroborar el diagnóstico de TDAH del niño/a, aplicando a los padres y profesores un cuestionario de 9 preguntas, específico para detectar sintomatología.

La segunda etapa consiste en realizar 6 sesiones de intervención terapéutica con los padres, en las cuales se buscará disminuir el estrés.

Si tiene más preguntas o dudas, puede contactar al investigador principal a través del correo institucional indicado en la parte superior de esta hoja.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN

Su participación no conlleva riesgos mayores, no se realizarán intervenciones directas en su conducta o alguna variable psicológica, únicamente se desea explorar la sintomatología de su alumno/a para corroborar el diagnóstico de TDAH.

Respecto a los beneficios, no anticipamos ningún beneficio directo para usted, pero sí puede ayudar a su alumno/a y a los padres de este ya que al corroborarse el diagnóstico podrán participar en la intervención lo que los ayudará a disminuir el estrés parental y esto podría mejorar la manera en que ellos se relacionan con sus hijos.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

No recibirá ninguna compensación, ni ningún otro beneficio material ya que su participación es breve y estrictamente voluntaria.

INFORMACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS

Este estudio no pretende evaluar directamente a su alumno/a, si se requiere un reporte clínico completo de su conducta o sintomatología el investigador no se encontrará en condiciones de brindárselo. Únicamente se informará a los padres sobre si su niño/a cubre los criterios diagnósticos del TDAH. Previo a su autorización, se podría solicitar información respecto a los mismos.

Apéndice G. Carta de autorización de ingreso a la escuela

_____ de _____ del _____.

ASUNTO: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente, me dirijo a usted respetuosamente y hago de su conocimiento que actualmente curso el tercer semestre del programa de Maestría en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, inscrita con la matrícula 10013628, donde me encuentro desarrollando el proyecto de intervención titulado *“Intervención cognitivo-conductual: Estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH”*, el cual tiene como objetivo crear un grupo terapéutico que pretende disminuir el estrés parental de padres de niños con diagnóstico de TDAH, creando en los participantes estrategias efectivas para el manejo del mismo.

Por lo anterior le solicito de la manera más atenta de su apoyo para brindar la autorización y consentimiento para realizar la aplicación de un cuestionario breve llamado “Conners”, a el profesor titular del niño diagnosticado con TDAH (previa autorización de los padres), esto a fin de corroborar dicho diagnóstico y poder así determinar la participación de los padres en la intervención, de acuerdo con los criterios de inclusión en el estudio que se realiza. Cabe señalar que dicho cuestionario contiene 9 preguntas que tienen la finalidad de identificar sintomatología de TDAH, el cual tiene una duración de respuesta aproximada de 10 min. Anexo copia.

Hago de su conocimiento, que previo a este documento los padres han dado su autorización para tener acercamiento con el profesor titular de su hijo (a), mismo que ha convenido un horario y día de visita.

Este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología, para informes de dictamen y vigencia, escriba al correo cei.citpsi@uaem.mx

De ante mano le anticipo mi agradecimiento. Sin más por el momento.

Nombre y Firma de quien autoriza: _____

Cargo: _____

Apéndice H. Fichas descriptivas del programa AIE

Tabla H1

SESIÓN DE ENTREVISTA				
Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) para padres de niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)				
Objetivo General: Ayudar a los padres y madres a desarrollar y consolidar diferentes habilidades de afrontamiento intra e interpersonales, para coadyuvar a la disminución del estrés parental.				
Objetivos específicos: ✓ Establecer relación de colaboración con los participantes. ✓ Obtener datos de identificación. ✓ Indagar en las situaciones problema, para comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas. ✓ Indagar en aspectos del diagnóstico y sus implicaciones en el estrés parental.				
Fase 1 de la intervención	Técnica	Actividades	Duración	Material
Conceptualización	Rapport	Encuadre General	10 min.	
	Entrevista semiestructurada	1. Obtención de datos de identificación del participante ¿Cuál es su nombre completo? ¿Cuántos años tiene? / fecha de nacimiento ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es su nivel de estudios? ¿A qué se dedica actualmente? ¿Práctica o pertenece a alguna religión? ¿Puede proporcionarme su número telefónico y correo electrónico? 2. Aspectos específicos del Diagnóstico (Dx.) y tratamiento ¿Cuántos hijos tiene? ¿Cuántos de sus hijos han sido diagnosticados con TDAH? ¿Qué edad tiene su hijo(s) con TDAH? ¿Quién dio el Dx. de TDAH? ¿Hace cuánto tiempo le dieron el Dx. de TDAH? ¿Cuántos años tenía su hijo cuando usted comenzó a detectar síntomas o problemas asociados al Dx? ¿Cómo era el comportamiento de su hijo, que la/o hizo pensar en un problema? ¿Qué medidas o estrategias se tomaron para afrontar lo que describe anteriormente? ¿Su hijo recibe tratamiento conductual? Si la respuesta es afirmativa ¿Quién da el tratamiento? ¿En qué consiste? ¿Desde hace cuánto? Si la respuesta anterior es No, omitir las preguntas anteriores ¿Su hijo recibe tratamiento farmacológico? Si la respuesta es afirmativa ¿Quién da el tratamiento? ¿En qué consiste? ¿Desde hace cuánto? Si la respuesta anterior es No, omitir las preguntas anteriores 3. Aspectos en relación con la estructura y dinámica familiar ¿Cuántas personas viven en su hogar y quiénes son? ¿Cuántas personas aportan al gasto familiar? ¿Además de usted, alguien brinda apoyo en la crianza de su hijo(s) con Dx. de TDAH? ¿Cómo considera que es la convivencia o relación familiar entre ustedes? ¿Cómo considera que es su relación específicamente con su hijo diagnosticado con TDAH?	60 min.	Pluma Guía de entrevista semiestructurada.

		¿Cómo es la relación de su hijo diagnosticado con TDAH con los demás? 4. Estrés y estrategias de afrontamiento ¿Se ha sentido estresado últimamente? ¿Cómo sabe que se encuentra estresado? ¿Qué clase de señales o síntomas corporales tiene para identificar el estrés? (identificar pensamientos y emociones) ¿Qué clase de situaciones le hacen sentir más estresado? especificar ¿Cómo le afectan tales reacciones, en su vida diaria? ¿Qué clase de cosas parecen empeorar el estrés? ¿Qué clase de cosas parecen mejorar el estrés? ¿Cómo cambiaría su vida si pudiera aliviar las reacciones estresantes? ¿Cómo se siente respecto a su rol parental y el trabajo que hace como padre/madre? ¿Cuáles considera que son las principales demandas de su hijo con Dx. de TDAH en casa? ¿Cuáles considera que son las principales demandas externas de su hijo con Dx. de TDAH (por ejem. en la escuela)? ¿Considera usted que es sobrepasado por las demandas de su hijo? ¿Qué es lo que más se le dificulta en la crianza de su hijo con Dx. de TDAH? ¿Cuáles son las estrategias que utiliza para controlar o disminuir las demandas que presenta su hijo con Dx. de TDAH? ¿Ha recibido algún tipo de ayuda profesional para sobrellevar las dificultades específicas que se presentan con relación al TDAH? ¿Qué implicaciones tiene para usted y su familia el tener un hijo con Dx. de TDAH?		
--	--	---	--	--

SESIÓN 1: “Psicoeducación”					
Objetivos específicos: ✓ Establecer relación de colaboración con el grupo, buscando adherencia al tratamiento clínico. ✓ Explicar las implicaciones del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y su relación con el estrés parental. ✓ Psicoeducar al grupo sobre el modelo transaccional del estrés.					
Fase 2 de la intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
Adquisición de habilidades y ensayo	✓ Rapport y presentación	Presentación Análisis de expectativas y establecimiento de objetivos.	1. Presentación del terapeuta. 2. Pedir a los participantes que escriban en un porta gafete su nombre o la manera en que les gusta que se les llame. 3. Realizar la técnica introductoria de presentación de los participantes: “rompehielo” para abordar las expectativas respecto a la intervención (anexo 1). 4. Explicar los objetivos de la intervención a través de la presentación PowerPoint.	30 min.	Porta Gafete Hojas blancas en cuadros Lápices Presentación de Power Point Estambre Listas de asistencia
	✓ Encuadre grupal	Establecimiento de reglas.	5. Explicar a los participantes las reglas de trabajo tales como confidencialidad, respeto a la opinión de los demás, puntualidad, etc. mismas que estarán presentes en todas las sesiones en un papelógrafo, así mismo se hará uno extra de las reglas de trabajo que los mismos participantes determinen. 6. Enseñar a los participantes a establecer reglas con sus hijos de la misma manera que se hizo en el grupo, comentando los beneficios. 7. Entregar a los participantes un cuaderno de trabajo, con el objetivo de realizar ahí las actividades y tareas durante toda la intervención, el cual deberán llevar a todas las sesiones, sin excepción.	15 min.	Papelógrafo con reglas Plumones Cuaderno de trabajo
	✓ Psicoeducación	Psicoeducación sobre el TDAH y el modelo transaccional del estrés parental.	8. Explicar que es el TDAH y sus tipos y cómo influye en el estrés parental. 9. Explicar brevemente que es el estrés parental y la perspectiva transaccional, dando ejemplos de vida cotidiana y ejemplos de las situaciones específicas que cursan los padres ante las necesidades del niño con TDAH, retomando los de la entrevista inicial. 10. Pedir al grupo que recuerden situaciones estresantes en relación con el TDAH de su hijo, a continuación, deberán describir una de ellas en su cuaderno de trabajo, para posteriormente solicitarles que describan la misma situación	45 min .	Presentación de Power Point Lápices Cuadernillo de trabajo

		Explicación de las habilidades de afrontamiento.	desde la perspectiva transaccional, lo cual deberán entregar por escrito. 11. Comentar con el grupo, formas comunes, pero en ocasiones inefectivas para controlar el estrés parental como la descarga emocional contra otros o dormir y retomar las consecuencias. 12. Explicar brevemente que son las estrategias de afrontamiento y cuales se abordarán		
	✓ Modelado de técnica de respiración diafragmática	Adiestrar la respiración diafragmática.	13. Explicar brevemente la técnica de respiración diafragmática como una alternativa para conseguir la relajación y poder reflexionar las situaciones conflictivas. 14. Realizar modelado sentados, para posteriormente pedir al grupo que formen parejas con la intención de realizar el Check list de la técnica (Anexo 2.3), como primer paso la mitad del grupo realiza la respiración, mientras su compañero asignado verifica que se están cumpliendo los pasos, luego se les pedirá que cambien de lugar para verificar que el otro compañero realiza adecuadamente la respiración. 15. Retroalimentación de la relajación. 16. Indicar a los participantes las páginas en el cuaderno de trabajo, que serán su apoyo para realizar la relajación en casa.	15 min.	Cuadernillo de trabajo Lápices
			17. Cerrar la sesión con la elaboración de un análisis grupal, en donde se solicite al grupo que comente qué aprendió durante la sesión.	15 min.	
Tareas para la siguiente sesión: Realizar una lista de situaciones actuales que causan estrés, así como las formas actuales para afrontarlo, separando efectivas de inefectivas (Anexo 3). Practicar y registrar el ejercicio de la respiración diafragmática, requisito mínimo 1 práctica por día (Anexo 4).					

Tabla H3

SESIÓN 2: “Identificación de pensamientos automáticos”					
Objetivos específicos: - Comprender las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes. - Aprender a identificar pensamientos automáticos. - Continuar con el adiestramiento en relajación.					
Fase 2 de intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
Adquisición de habilidades y ensayo	Revisión de tareas	Revisión de lo aprendido.	- Pedir a los participantes que registren su asistencia en las listas. - Realizar un breve repaso de la sesión anterior y revisar tareas, incitando a la participación para aclarar dudas. - Sellar las hojas de trabajo a quienes realizaron la tarea, explicando a los padres que quien realice mayor número de tareas ganará un premio al finalizar.	20 min.	Plumón Papelógrafo /Pizarra Listas de asistencia
	Análisis grupal	Exploración de las estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones de estrés parental.	- Revisar grupalmente las estrategias de afrontamiento descritas anteriormente en el cuaderno de trabajo, analizando ventajas y desventajas, así como posibles causas de ineffectividad; hacer uso de la pizarra para elaborar un análisis grupal. Los participantes pueden participar activamente pasando a registrar su experiencia de estrés y su afrontamiento. - Explicar a los participantes que el problema no es la experimentación del estrés, sino como nos sentimos controlados por él, debido a que las estrategias utilizadas no son del todo eficaces y que durante el trabajo de grupo se aprenderán nuevas estrategias de afrontamiento que pudieran resultar más efectivas.	30 min.	Plumón Papelógrafo /Pizarra

	Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos	Identificación de los pensamientos automáticos	6. Explicar con la presentación Power Point el concepto de pensamientos automáticos y el papel que juegan en las emociones y en el mantenimiento del estrés. 7. Entregar la lista de pensamientos automáticos (Anexo 5) y ejemplificar cada uno de ellos con la ayuda de la presentación Power Point, para que posteriormente cada participante pueda identificar su uso en la vida cotidiana. 8. Pedir a cada participante que escriba en la pizarra 1 pensamiento automático que sea recurrente para ellos; luego se le proporcionará a cada participante un paquetito de post-it, en los cuales deberán escribir que tipo de pensamiento automático identifican, para posteriormente pegarlo a un costado de los pensamientos escritos en la pizarra. 9. Enseñar a los participantes a llenar los registros de pensamientos automáticos, que se encuentran en el cuaderno de trabajo (Anexo 6). 10. Comentar que esta técnica requiere de la práctica constante y ligado a ello se comenta la opción de contactar a otros padres del grupo en caso de necesitar apoyo, invitando a quien esté dispuesto a hacerlo que levante su mano y proporcione su teléfono al resto del grupo.	60 min.	Presentación Power Point Lápices Cuadernillo de trabajo Papelógrafo /Pizarra Post-it
	Entrenamiento en respiración diafragmática Imaginación guiada	Adiestramiento en relajación.	11. Realizar el Check list de respiración diafragmática en parejas. 12. Practicar de forma grupal la respiración diafragmática a la par de la imaginación guiada; se les pedirá a los participantes que tomen una posición cómoda en sus sillas.	20 min.	Cuadernillo de trabajo. Indicaciones de imaginación guiada.
	Tareas para la siguiente sesión: 1. Practicar sentados y registrar el ejercicio de la respiración diafragmática un de mínimo 3 veces por semana. 2. Registrar de 5 a 10 pensamientos automáticos que hayan provocado sensaciones desagradables, durante un momento de estrés.				

Tabla H4

SESIÓN 3: “Reestructuración Cognitiva y Autoinstrucciones”					
Objetivos específicos: • Reforzar el aprendizaje anterior sobre la identificación de los pensamientos automáticos, para adiestrar sobre como contrarrestarlos o modificarlos. • Adiestrar el control de pensamientos, imágenes y sentimientos negativos que generan estrés. • Que el paciente se autoanalice para hacer frente a las situaciones de estrés. • Fortalecer al paciente por haber intentado el afrontamiento.					
Fase 2 de intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
Adquisición de habilidades y ensayo	Resumen Revisión de tareas Reestructuración cognitiva	Revisión de lo aprendido.	1. Realizar breve repaso de la sesión anterior y revisar tareas, incitando a la participación para aclarar dudas. 2. Sellar las hojas de trabajo a quienes realizaron la tarea. 3. Explicar la forma de generar pensamientos alternativos que ayuden a la disminución del estrés (anexo 7).	30 min.	Lista de asistencia. Cuadernillo de trabajo.
	Reestructuración cognitiva	Adiestramiento de pensamientos alternativos.	4. Explicar a los miembros del grupo que el siguiente ejercicio se trabajará de forma anónima, donde la situación que produce estrés junto al pensamiento automático se escribirá en una tarjeta y cada participante escogerá una tarjeta al azar, para posteriormente hablar de la situación como si fuera propia y así buscar pensamientos alternativos de forma grupal, que mejoren la sensación de estrés. Usar de apoyo la pizarra o papelógrafo para dicho análisis y anotar en la tarjeta, el pensamiento alternativo.	40 min.	Hojas de papel en forma de tarjetas. Lápices Pizarra/Papelógrafo o Plumones
	Autoinstrucciones	Adiestramiento en autoinstrucciones.	5. Explicar a los participantes, a través de la presentación de power point el entrenamiento en autoinstrucciones y su objetivo para el manejo del estrés, utilizando ejemplos de la vida cotidiana. 6. Elegir de la lista de la primera sesión una situación de estrés, para repasar las autoafirmaciones que se tenían en las situaciones de estrés mencionadas. 7. Generar nuevas autoinstrucciones a partir del ejercicio del cuadernillo, enfocado a crear el autoanálisis de los pacientes frente a situaciones de estrés parental; y finalmente, reforzar el esfuerzo mediante las autogratificaciones (anexos 8 y 8.1).	30 min.	Presentación Power Point Lápices Cuadernillo de trabajo

	Entrenamiento en respiración diafragmática	Práctica de relajación	8. Realizar de pie la respiración diafragmática, llenando el Check list en parejas.	20 min.	Cuadernillo de trabajo Lápices
Tareas para la siguiente sesión: 1. Practicar de pie en una situación tranquila sin hacer nada y registrar el ejercicio de la respiración diafragmática, un mínimo de 3 veces por semana. 2. Registrar al menos una situación en donde se realizó el autodiálogo dirigido y escribir las autogratificaciones utilizadas, así como los impedimentos de llevar a cabo la técnica.					

Tabla H5

SESIÓN 4 modalidad virtual: “Modificación Conductual”					
Objetivos específicos: • Reforzar el aprendizaje anterior sobre el control de pensamientos, imágenes y sentimientos negativos que generan estrés. • Proporcionar estrategias de modificación conductual, para mejorar el repertorio de habilidades conductuales, con el fin de mejorar el afrontamiento.					
Fase 2 de intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
Adquisición de habilidades y ensayo	✓ Resumen de ✓ Revisión de tareas	Revisión de lo aprendido.	1. El terapeuta realizará un breve repaso de la sesión anterior, incitando a la participación para aclarar dudas. 2. Revisar las tareas establecidas para esta sesión y registrar el sello, comentando dudas y dificultades en su realización.	20 min.	Listas de asistencia Cuadernillo de trabajo
	✓ Adiestramiento en modificación de conductas	Enseñar la utilidad del reforzamiento y el castigo.	3. Pedir a los padres que verbalicen cuales han sido sus estrategias para castigar el comportamiento de sus hijos, tales como golpes, gritos, ignorar, etc., con la finalidad de concientizar la ineffectividad de dichas estrategias y sus consecuencias. 4. Explicar a los participantes, a través de la presentación de power point la utilidad del reforzamiento y el castigo para la		Presentación Power Point.

			modificación de conducta, a través de ejemplos prácticos y cotidianos. 5. Enseñar al paciente a identificar el tipo de reforzador y castigo que podría ser útil para su hijo, comentando que no a todos les funciona el mismo. 6. Los participantes deberán anotar qué conductas positivas podrían reforzar en sus hijos y cuáles serían los posibles refuerzos (Anexo 9). 7. Los participantes deberán identificar las conductas negativas y cuales podrían ser sus posibles castigos. (Anexo 9.1) 8. Retroalimentar sobre la eficacia de los reforzadores y los castigos.	60 min.	Cuadernillo de trabajo. Lápices
	✓ Entrenamiento en respiración diafragmática ✓ Imaginación guiada	Práctica de relajación	9. Practicar de pie la respiración diafragmática.	10 min.	
	Aplicación de los cuestionarios	Aplicación de PSI Y CAE	Pedir a los padres que realicen las pruebas enviándoles el archivo.	30 min.	
Tareas para la siguiente sesión: 1. Practicar de pie realizando alguna actividad y registrar el ejercicio de la respiración diafragmática, un mínimo de 3 veces por semana. 2. Registrar el uso de los reforzadores que han utilizado para llevar a cabo la modificación conductual (situación, técnica, utilidad).					

Tabla H6

SESIÓN 5 modalidad virtual: “Asertividad”					
Objetivos específicos: - Reforzar el aprendizaje anterior sobre las técnicas de modificación conductual y exploración de dificultades. - Brindar a los pacientes una estrategia que permita regular la conducta disruptiva. - Concientizar a los miembros del grupo, sobre la importancia del comportamiento asertivo y sus beneficios.					
Fase 2 de intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
	Resumen Revisión de tareas	Revisión de lo aprendido.	1. Realizar breve repaso de la sesión anterior y revisar tareas, incitando a la participación para aclarar dudas.	10 min.	Lista de asistencia

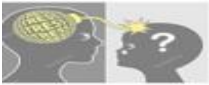
Adquisición de habilidades y ensayo					Cuadernillo de trabajo
	Economía de fichas	Enseñar la economía de fichas.	- Explicar con la presentación Power point la forma de utilizar la economía de fichas y sus beneficios. - Explicar las características que debe tener la consecuencia, para producir la modificación conductual en los niños. - Comentar el posible aumento de la conducta disruptiva. - Brindar a los padres información de la manera adecuada de establecer reglas y límites, a través de una herramienta grafica.	40 min.	Presentación Power Point
	Adiestramiento en asertividad	Adiestrar el comportamiento asertivo.	- Introducir el concepto de asertividad y exponer a través de la presentación PowerPoint los tres estilos de comunicación asertivo, agresivo y pasivo, para explicar que existen diferentes formas de comunicarnos ante una misma circunstancia. - Explicar que el comportamiento asertivo incluye: contacto visual, expresión facial, gestos y postura corporal, tono, inflexión y volumen de la voz, contenido y tiempo o momento en el que se expresa el comentario. - Explicar la relación entre la no asertividad y aumento de las situaciones estresantes. - Pedir a los participantes que realicen el dibujo de un padre o madre, que represente ante una misma situación los 3 estilos de comunicación. - Los participantes deberán explicar la situación y los beneficios que observan de la comunicación asertiva. - Pedir a los participantes que identifiquen 1 pensamiento automáticos que obstaculice la comunicación asertiva, para anotarlo en la hoja del ejercicio anterior.	50 min.	Hojas blancas Lápiz
	Entrenamiento en respiración diafragmática	Práctica de relajación	- Realizar de pie la respiración diafragmática. - Cerrar la sesión indicando que la última sesión será de fortalecimiento en las técnicas aprendidas.	20 min.	
	Tareas para la siguiente sesión: - Registrar en que situaciones durante la semana se practican las técnicas aprendidas y en qué situaciones hubo la oportunidad de aplicarlas obstáculos por los que no se aplicó. - Practicar en situaciones de estrés o ansiedad y registrar el ejercicio de la respiración diafragmática. - Identificar la estrategia de afrontamiento que podría disminuir el estrés parental, en una situación hipotética y otra real. (Anexo 10)				

Tabla H7

SESIÓN 6 modalidad virtual “Ensayo conductual”					
Objetivo General: Evaluar la comprensión del paciente sobre las estrategias de afrontamiento aprendidas durante la intervención.					
Objetivos específicos: - Realizar ensayos, que permitan poner en práctica los repertorios creados durante la intervención. - Que el paciente identifique la utilidad de las habilidades aprendidas.					
Fase 3 de la intervención	Técnicas	Contenido	Actividades	Duración	Material
Aplicación y consolidación	Resumen Revisión de tareas	Revisión de lo aprendido.	- Realizar repaso de la sesión anterior, incitando la participación para aclarar dudas. - Breve resumen del contenido de las sesiones. - Contabilizar los sellos acumulados durante la intervención y anunciar el premio de quien logró obtener la mayor cantidad.	30 min.	Lista de asistencia Cuadernillo de trabajo
	Ensayo conductual	Práctica de las habilidades de afrontamiento aprendidas.	Pedir a los participantes que formen parejas, para realizar la representación del terapeuta y paciente, simulando este último una de las situaciones desbordantes de estrés que se describieron en el ejercicio de tarea. El terapeuta deberá adiestrar al paciente en alguna de las técnicas.	60 min.	
	Procedimiento de evaluación final: (30 min.) - Comentar el cumplimiento de expectativas y retroalimentación del curso (buscando las situaciones más agradables y difíciles de enfrentar durante el mismo). - Llenar formato de percepción del beneficio (Anexo 11)				

Apéndice I. Manual del Programa de Adiestramiento en inoculación de estrés

Figura I1



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Enlón: _____

Núm. de sesión: _____



¿Qué es la respiración diafragmática?

La técnica de respiración diafragmática se basa en dos movimientos clave:

1. La inhalación (entrada del oxígeno)
2. Exhalación (salida del oxígeno).

Cuando inhalamos, el diafragma baja, de esta manera hay más espacio para que los pulmones se llenen de aire mientras que en la exhalación el diafragma se relaja, lo que ayudará a disminuir el ritmo cardíaco y promoverá la sensación de calma para poder afrontar el estrés.

4

Figura I2



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Enlón: _____

Núm. de sesión: _____



¿Cómo práctico la respiración diafragmática?

1. Adopte una posición cómoda, puede acostarse, estar de pie o sentado (a).



2. Coloque una mano en el pecho y la otra en el estómago.

La mano en su pecho no debe moverse mientras que la mano en su estómago permitirá sentir que su estómago sube y baja.



3. Inhale por la nariz de 3 a 5 segundos. Permita que el estómago suba conforme entra el aire.



4. Exhale por la nariz o boca de 3 a 5 segundos. Permita que el estómago baje conforme sale el aire de sus pulmones.



5. Repita cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.





CONSEJOS:

Concéntrate en la exhalación para mayor relajación.

Interrompe si hay mareos.

Figura I3



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folio: _____

Núm. de sesión: _____



¡VERIFICA QUE LO HAS HECHO BIEN!

MARCA CON UNA ✓ LOS PASOS QUE HAS SEGUIDO PARA CONSEGUIR LA RELAJACIÓN

_____ Colocar una mano en el pecho y la otra en el estómago.

_____ Inhalar lentamente por la nariz de 3-5 segundos.

_____ Permitir que el estómago suba conforme el aire entra a los pulmones.

_____ Retener por 3 segundos el aire en el diafragma.

_____ Exhalar lentamente por boca o nariz de 3-5 segundos.

_____ Permitir que el estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones, el ombligo se contrae.

_____ Repetir los pasos anteriores hasta conseguir la relajación.





Figura I4



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folio: _____

Núm. de sesión: _____



Instrucciones: Anota aquellas situaciones con tu hijo/a que te causan estrés, y describe como has intentado resolverlo. Marca con una ✓ si lo que hiciste mejoró o no el estrés.

 ¿Qué es lo que te ha estresado?	Afrontamiento ¿Qué acciones has hecho para resolver el problema o malestar?	¿Lo que hiciste resolvió tu malestar? Sí ✓ No	

Figura I5

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Hoja: _____ Núm. de sesión: _____

Registro de respiración

Registra en el siguiente formato como has llevado a cabo los ejercicios de respiración.
Recuerda: Aprender a respirar nos ayudará a relajarnos, es una habilidad que requiere de mucha práctica y que con el tiempo podrás dominar.

Hora del día	¿Cómo te sientes? Marca con una X	¿En qué posición estabas cuando realizaste la respiración? (Parado, sentado, acostado)	¿Cómo te sentiste después de la respiración? Marca con una X	Dificultades
	 Otra _____		 Otra _____	
	 Otra _____		 Otra _____	
	 Otra _____		 Otra _____	

Figura I6

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Hoja: _____ Núm. de sesión: _____

1. Identifica 1 pensamiento recurrente que se presente en situaciones de estrés.
2. Recolecta evidencia a favor y en contra de ese pensamiento.
3. Valora nuevamente que tan real es ese pensamiento.

RECUERDA: Los pensamientos son hipótesis, no hechos y puedes modificar que tanto influyen en tu comportamiento.

¿Qué pensaste?

¿Cuál sería un pensamiento más útil y racional?

Acontecimientos a favor del pensamiento:

Del 0 al 100% ¿Qué tanto crees en esa afirmación?

Acontecimientos en contra del pensamiento:

Después de analizar la evidencia. Del 0 al 100% ¿Qué tanto crees en esa afirmación? _____

Figura I7

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Nombre: _____
Núm. de sesión: _____

GENERANDO PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS, QUE ME AYUDEN A MANEJAR EL ESTRÉS

Piensa en una situación que anteriormente hayas registrado y que te provoque estrés

Recuerda, ¿Qué pensaste?

¿Te sentiste bien con la emoción y tú forma de actuar?

SI NO

¿Qué tipo de pensamiento automático negativo identificas?

PIENSA. ¿Qué otro pensamiento podría hacerte sentir mejor?

¿cómo crees que te sentirás con este nuevo pensamiento? Anota una emoción:

Ante la emoción anterior, ¿Cuál podría ser tu nueva forma de reaccionar?

14

Figura I8

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Nombre: _____
Núm. de sesión: _____

Registro de pensamientos automáticos

1. Cuenta ¿Qué te pasó?

2. Recuerda, ¿Qué pensaste?

3. ¿Cómo te sentiste?

4. Después de sentir y pensar lo anterior, ¿Cómo actuaste?

13

Figura I9

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Fecha: _____ Núm. de sesión: _____

RECUERDA: Las Autoinstrucciones son palabras, mensajes u órdenes que nos damos a nosotros mismos y que guían nuestro comportamiento indicándonos lo que debemos hacer o sentir en cada momento.

DETENTE A OBSERVAR



1. ¿Cuál es mi problema?
2. ¿Qué estoy pensando?
3. ¿Qué estoy sintiendo?
4. ¿Qué tengo que hacer?
5. ¿Qué cosas positivas me digo a mí mismo?
6. Seguir con lo que anteriormente decidí hacer
7. ¿Me ha funcionado?
8. AUTOGRATIFICATE por intentarlo

15

Figura I10

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Fecha: _____ Núm. de sesión: _____

GENERA TU PROPIA TARJETA DE AUTOINSTRUCCIONES



Escribe una felicitación:

RECUERDA: Las autoinstrucciones deben ser redactadas con nuestras propias palabras, ya que debe ser algo personal, de modo que con la práctica se hagan automáticas.

16

Figura I11



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folín: _____

Núm. de sesión: _____



Conductas positivas que podrían reforzarse

Cotidianamente prestamos mayor atención a las conductas negativas, por lo que no estamos acostumbrados a reforzar y reconocer las conductas positivas. Toma sólo algunos segundos identificar que conductas positivas quieres reforzar en tus hijos y que refuerzo será necesario.

Ejemplos: Hacer tarea, hablar con voz tranquila, prestar mayor atención, etc.

Conductas positivas	Posibles refuerzos

Figura I12



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH

Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folín: _____

Núm. de sesión: _____



Conductas negativas que podrían disminuirse

Reconocer aquellas conductas que quieres que dejen de suceder también son importantes para observar cambios en la conducta de tu hijo. Toma algunos segundos para identificar aquellas conductas que quieres disminuir o que esperas que dejen de suceder.

Conducta negativa	Posible castigo

Ejemplos: Berrinches, correr por toda la casa, perder los útiles escolares, etc.

Figura I13



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folio: _____ Núm. de sesión: _____

Registra los reforzadores y castigos que implementaste para llevar a cabo la modificación conductual durante la semana.

Comportamiento por modificar	Reforzador / Castigo	Resultados

Figura I14



Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan

Folio: _____ Núm. de sesión: _____

ANEXO 10. Imagina que te encuentras en la situación de estrés que enseguida se describe, y posteriormente elige que estrategias utilizarías para afrontarlo. Finalmente, explica cómo lo resolverías.

Imagina que: tu hijo/a comienza a llorar porque no quiere hacer la tarea, se para constantemente y se distrae con todo; estas muy cansado/a y piensas: "Siempre hace esto para molestarme, no puedo más".

Subraya al menos 2 estrategias que podrían ayudarte a disminuir el estrés:

- ✓ Relajación
- ✓ Modificación de pensamientos
- ✓ Autoinstrucciones
- ✓ Modificación conductual
- ✓ Asertividad

Explica ¿Cómo utilizarías las estrategias elegidas?

20

Figura I15

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Fecha: _____ Núm. de sesión: _____

ANEXO 10. Describe una situación de estrés que sea recurrente y posteriormente elige que estrategias utilizarías para afrontarlo. Finalmente explica como imaginas que lo resolverías.

Describe una situación actual o futura que te provoque estrés:

Subraya al menos 2 estrategias que podrían ayudarte a disminuir el estrés:

- ✓ Relajación
- ✓ Modificación de pensamientos
- ✓ Autoinstrucciones
- ✓ Modificación conductual
- ✓ Asertividad

Explica ¿Cómo lo harías?

21

Figura I16

Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés para padres de niños con TDAH
Facilitador: Jacquelyn Catalan Roldan
Fecha: _____ Núm. de sesión: _____

Marca con una X la carita que represente cómo te sientes ahora respecto al estrés parental con relación al TDAH de tu hijo/a.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Estrés máxima Intenso Moderado Leve Estrés manejable

Número de sesión: _____ Fecha: _____

22

Cuernavaca Mor., a 09 de Mayo de 2022

FPSIC/SPOSG/MAEST/2021/215

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DR. GABRIEL DORANTES ARGANDAR
COORDINADOR ACADÉMICO
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: ***“Intervención cognitivo-conductual: estrés y estrategias de afrontamiento en padres de hijos con TDAH”*** trabajo que presenta la C. **“Jacquelyn Catalan Roldan”**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL	X		
DR. ANTONIO GARCÍA ANACLETO	X		
MTRA. NATALIA QUETZAL GALÁN LÓPEZ	X		
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO	X		
DRA. DENI STINCER GÓMEZ	X		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

ILIANA MURGUIA ALVAREZ RUBIO | Fecha: 2022-05-09 15:41:34 | Firmante

HGzXuej9WgLQTRH2S+EVrZEt60IZEuKmNsx09COflkJSRqUDMRZNQPB7s2uqXsIoTvtotMNRT9lwWa36pnMI3eUwCUUvmiZQxmLN7WH7g7ypRGbEYysiPe4HL+t07yFR7I7KC4YOPDlzi9yGhANgdOGEj4nCK3biVPusi/VpK8CENNWrkhPENagukDuzZr5Estis1W1gl9/rBs9zUFygVsSEbPlaYlppS1O4s9++rpLb7RySoNTA9vSbDiXyVUNpG1XdK2pSwT/aJc3a807jtnHHZbKWc5GeuBal1wqglg/uj0S3JZtVpHUhb17xO9D8ak9Y3ZwnLEsSHN8fDDkw==

QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ | Fecha: 2022-05-09 16:41:20 | Firmante

qTGfTRfR9inCITrc/nA2BwNQ4Mpsl/9rCiWQlel0CnmkwGntJ7P62RIZkFR70Jipia9K8MxewpXRqOcrqtEJSaDdjrsUTyvo/fm5rYzfnQLPv139Bfiol/+iCzn0xKaZMinPq5Wwvhl/IF3f0h5waOekBK7WmVnUrbkQfvi0/9WEDSjOaGvqbmaljyK6dxc8mPyvFpqWNmoefxt7JMHp9aZ6pvlVYHfRnd5GnU+N+/gMzeZyCQJoirEyNjsbVoLA6jE4+iaQhZWSfjyzToBI2ErGP0Az90Aof+H0s3vshXj4rUtrRVCCjB/wP4zjRhHx7uKpgdq7P/HzpSvplg==

DENI STINCER GOMEZ | Fecha: 2022-05-09 20:52:03 | Firmante

cOtRcy2QfNr6y4zWDn2+9qxia4/2WXM9TKAnmQUCAxl6d39Pb8akicvNugQbdPAN6+7yRjXARilPHuU0QMdCD87PSQIMnctNE3LtsBYIQRyY0j6EADLPX0hAb0b4E5sJKezLdqEaSDJjclr7K+eF0i2/dU1XIPF3gYrM6BNnR50weuzNzJUvVhonVrBfe4qVyiEB/KPf/iiJtGes5BPEj7pG5EOo1ALYYkE6bm0ugXO+M85Zto7Ya4JOG7DuhQ/owhVYtYUvfuQ9oiMoRRbPKVzcBaKKuoZuTwnk8Dcguet4YY/S8Mwuus8uQt9j6yE8eMNOW50Ae2OH23ury2d6A==

ANTONIO GARCIA ANACLETO | Fecha: 2022-05-11 10:49:08 | Firmante

gewdjz2VaKBz1TCNmHLIFmS3G8vw1KqWz9RBxdVlb2UeBORpW9dE3V97DKVqj55czTvGhHrhik2QWO1ruUjzle/no0MF3eE8cyVISHkl4NFEvmzKjfAnLobmHzbYGj5ABlwsbSGopB76/fnf4cH3sEPgwP2oLhKNntkFBpbU8Cl+DzSZ3X4HrINlpeC0xhW9FAVj54RR0k9G4Tpyf4p6AixQ+n1fcXh6lb0pLJ1ZFbL1z3ak5L9SYAEmntqLq4thHsokbvcr+Wjg7391TKS5d8rZFboXSeH18gomtVMhW58lzfEgZ7iiUL/xejjZfjObf0ldlMnZBkCUrl+HdA==

LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL | Fecha: 2022-05-16 22:20:35 | Firmante

0H6syLA7MSM9ZFzifkxvayayDfP1Zri30t9xXgBom2VHN8u9UVDWBWkeaWbNkPsPVX1Lx9vHHV0dgKHSCTSuzRA0p9QNQDUMWxfMXSLVYi1mbsSiLwT+Ly98VqVamqlQo0Rvi7ituvjuQyJ2LnA3WkdaupOMN2mecDGMH9S0kXP/hc562WTb4MILhOmIbwwwuxpoCwXmdTC3klkJv7vg/hn75s8/x/K0YUqRDbPCy3bg1oHbqFiJliYpvk78Ff6QTMSVUNFc85/kTZ5INFI9w/JYGXhsis+Tvd4xa5oc+ZhDoU0sZHWtEvpQIWeYlhU40Itel6dq1Mw3bWhpfttvHGA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



R6Wphra3f

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/FMX7oroaD7CjS1wOBskFdwAZtGnynWyl>