



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD DE POSGRADO**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN**  
**PSICOTERAPIA**

**Título**

Efectividad de la terapia Cognitivo Conductual en la reducción  
del Estrés Parental en cuidadores primarios

AUTOR: Lizbeth Tatyana Gómez Sierra

DIRECTOR: Juan Fernando Jaramillo Mantilla

ASESOR: Fernanda Cazares

IBARRA - ECUADOR

**2026**

## **Dedicatoria**

A mi esposo Andrés y a mis hijas, Victoria y María Paz, quienes con su amor iluminan mis noches de estudio y mis amaneceres de esperanza. Cada página de este trabajo lleva un pedacito de su apoyo silencioso, de sus sonrisas y de la fe que siempre depositan en mí. A ustedes, que son mi hogar y mi impulso, dedico este logro.

*Lizbeth Tatyana Gómez Sierra*

## **Agradecimiento**

Agradezco de corazón a todas las personas que me acompañaron en este proceso de formación académica. A mi esposo, y a mis hijas, Victoria y María Paz, por acompañar mis silencios, mis desvelos y mis esfuerzos, y por ser la razón que ilumina cada paso de mi crecimiento profesional. Su amor y paciencia dieron sentido a cada momento de este camino.

A mi tutor, el MSc. Juan Fernando Jaramillo, gracias por su guía generosa, su compromiso y la inspiración que brindó a lo largo de este trabajo. Extiendo también mi gratitud a las docentes del Centro de Desarrollo Infantil y a los padres de familia que confiaron y colaboraron para hacer posible esta investigación.

Este trabajo ha sido profundamente significativo y reafirma mi vocación por la psicología clínica, así como mi compromiso de contribuir, desde cada intervención, al bienestar y la construcción de una sociedad más consciente y compasiva.

*Lizbeth Tatyana Gómez Sierra*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020  
**FACULTAD DE POSGRADO**



Ibarra, fecha 06 de Enero 2026

**Dr. Jorge Gordón**  
**Decano (e)**  
**Facultad de Posgrado**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Efectividad de la terapia Cognitivo Conductual en la reducción del Estrés parental en cuidadores primarios” de la maestrante Lizbeth Tatyana Gómez Sierra, de la Maestría de Psicología Clínica mención psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Firma</b>
Director/a	MSc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla	 Firmado digitalmente por: JUAN FERNANDO JARAMILLO MANTILLA Fecha: 2026.01.07 14:26:02 -0500
Asesor/a	MSc. María Fernanda Cazares Zabala	 Firmado digitalmente por: MARIA FERNANDA CAZARES ZABALA Validez del documento con FirmadE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD  
TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Lizbeth Tatyana Gomez Sierra

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	Efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en la reducción del Estrés Parental en cuidadores primarios.
<b>AUTOR (ES):</b>	Lizbeth Tatyana Gomez Sierra
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	20/04/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia
<b>DIRECTOR /ASESOR:</b>	MSc. Juan Fernando Jaramillo

**2. CONSTANCIAS**

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 20 días del mes de abril de 2026

**EL AUTOR:**

(Firma).....

Nombre: Lizbeth Tatyana Gómez Sierra

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	12
1.1	Planteamiento del Problema .....	12
1.2	Antecedentes .....	14
1.3	Objetivos e hipótesis .....	16
1.3.1	Objetivo general.....	16
1.3.2	Objetivos específicos .....	17
1.4	Justificación .....	17
2	CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.....	20
2.1.1	Concepto .....	20
2.1.2	Causas, manifestaciones conductuales, emocionales y fisiológicas del estrés en cuidadores primarios. ....	21
	Factores de riesgo y protección en el estrés parental .....	23
2.1.3	Carga emocional .....	23
2.1.4	Apoyo social .....	24
2.1.5	Resiliencia.....	26
2.1.6	Condiciones socioeconómicas .....	27
2.1.7	Salud mental previa del cuidador.....	28
2.1.8	Consecuencias del estrés crónico en la relación padre-hijo, vínculo afectivo, desarrollo emocional del niño. ....	30
	Intervenciones psicológicas basadas en evidencia para el manejo del estrés parental....	31

## VI

2.1.9	Revisión comparativa de enfoques: TCC vs. otros modelos (psicoeducación, apoyo emocional, intervenciones grupales, etc.).	31
	Fundamentos teóricos y evolución de la TCC.....	33
2.1.10	Historia.....	33
2.1.11	Principios básicos y principales representantes .....	34
2.1.12	Evolución de la TCC como modelo psicoterapéutico.....	35
2.1.13	Reestructuración cognitiva.....	36
2.1.14	Entrenamiento en solución de problemas .....	37
2.1.15	Técnicas de relajación.....	37
2.1.16	Autorregulación emocional, etc.....	38
2.1.17	Evidencia científica sobre la efectividad de la TCC en contextos familiares, específicamente con padres o cuidadores .....	39
	Modelos contemporáneos de TCC de tercera generación y su relación con el estrés.....	42
2.1.18	Mindfulness.....	42
2.1.19	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) .....	43
2.1.20	Terapia Dialéctico Conductual (DBT), y su aporte en la reducción del malestar emocional.....	45
2.2	Marco Legal.....	49
2.2.1	Normativa de salud mental .....	50
3	<b>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	52
3.1	Descripción del área de estudio/Grupo de estudio.....	52
3.1.1	Grupo de estudio .....	52

## VII

3.2	Enfoque y tipo de investigación.....	53
3.2.1	Método/enfoque .....	53
3.2.2	Diseño .....	53
3.2.3	Tipo de Investigación.....	54
3.2.4	Alcance .....	54
3.2.5	Población y muestra.....	54
3.2.6	Técnicas e instrumentos .....	55
3.3	Procedimiento .....	58
3.3.1	Definición de las variables de investigación.....	58
3.3.2	Operacionalización de las variables.....	59
3.4	Consideraciones bioéticas .....	60
3.4.1	Declaración de Helsinki.....	60
4	CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	61
4.1	Perfil sociodemográfico de la muestra.....	61
4.2	Resultados evaluación pretest .....	64
4.3	Resultados de la evaluación pos-test.....	65
4.4	Pruebas de diferencias pre y postratamiento .....	67
4.4.1	Diferencias significativas entre pre y post de los grupos.....	67
	Conclusiones y recomendaciones .....	70
	Referencias.....	73
5	ANEXOS .....	85



## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Síntesis protocolo de intervención TCC.....	56
<b>Tabla 2.</b> Operacionalización de variables.....	59
<b>Tabla 3.</b> Datos demográficos 1.....	62
<b>Tabla 4.</b> Datos demográficos 2.....	63
<b>Tabla 5.</b> Pretest Estrés parental .....	65
<b>Tabla 6.</b> Resultados Postest Estrés Parental .....	67
<b>Tabla 7.</b> Prueba estadística diferencia por grupos.....	69
<b>Tabla 8.</b> Anova mixta (Grupo × Tiempo).....	70

# **EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS PARENTAL EN CUIDADORES PRIMARIOS**

## **RESUMEN**

El estrés parental, se entiende como la tensión a nivel emocional que experimentan los cuidadores, frente al desbordamiento de sus recursos a nivel personal, esto constituye un factor de riesgo para el bienestar familiar y el desarrollo en la niñez. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios que asisten con sus hijos a los Centros de Desarrollo Infantil del Ministerio de Desarrollo Humano en Otavalo. Se empleo un diseño cuasiexperimental con un grupo control y un grupo experimental, conformado por 21 participantes cada uno a quienes se les administró la Escala de Estrés Parental (PSS). El grupo Experimental recibió un programa de TCC estructurado de 10 sesiones, mientras que el grupo control no recibió ningún tipo de intervención. El análisis incluyó estadísticos descriptivos, prueba t, Mann–Whitney y cálculo del tamaño del efecto. Los resultados mostraron al inicio ambos grupos revelaron niveles de estrés sin diferencias estadísticamente significativas. Posterior a la intervención el grupo experimental obtuvo una reducción significativa en sus puntuaciones con un tamaño del efecto considerable ( $d = 1,84$ ) mientras que el grupo control no tuvo cambios. En conclusión, la aplicación de la TCC, mostró ser una intervención efectiva aplicable a contextos comunitarios, facultando la reducción del estrés parental y promoviendo bienestar emocional.

**Palabras clave:** Cuidadores; Estrés parental; Intervención psicológica; Terapia cognitivo-conductual.

# **EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING PARENTAL STRESS IN PRIMARY CAREGIVERS**

## **ABSTRACT**

Parental stress is understood as the emotional tension experienced by caregivers when their personal resources are overwhelmed. This constitutes a risk factor for family well-being and child development. The objective of the study was to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in reducing parental stress in primary caregivers who attend the Child Development Centers of the Ministry of Human Development in Otavalo with their children. A quasi-experimental design was used with a control group and an experimental group, each consisting of 21 participants who were administered the Parental Stress Scale (PSS). The experimental group received a structured 10-session CBT program, while the control group did not receive any type of intervention. The analysis included descriptive statistics, t-tests, Mann–Whitney tests, and effect size calculations. The results showed that at the beginning, both groups revealed stress levels without statistically significant differences. After the intervention, the experimental group obtained a significant reduction in their scores with a considerable effect size ( $d = 1.84$ ), while the control group showed no changes. In conclusion, the application of CBT proved to be an effective intervention applicable to community contexts, enabling the reduction of parental stress and promoting emotional well-being.

**Keywords:** Caregivers; Parental stress; Psychological intervention; Cognitive behavioral therapy

## CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante demandas internas o externas que son percibidas como amenazantes o desbordantes de los recursos personales (Vizoso, 2024). Según la Organización Mundial de la Salud, (2023) el estrés crónico no gestionado puede afectar seriamente la salud mental y física de las personas, incrementando el riesgo de trastornos como ansiedad, depresión, enfermedades cardiovasculares y problemas inmunológicos. Esta condición se ha convertido en un problema de salud pública global, debido a su alta prevalencia y a las repercusiones que tiene en el bienestar individual, familiar y social. En este contexto, el estrés parental representa una manifestación específica y cada vez más relevante, especialmente en entornos de alta demanda emocional y con escasos recursos de apoyo.

A nivel mundial, el estrés parental ha emergido como una de las formas más significativas y perjudiciales de malestar emocional en cuidadores primarios, especialmente cuando se enfrentan a condiciones de vulnerabilidad social, demandas excesivas en la crianza y escaso apoyo institucional. Este tipo de estrés se refiere a la percepción de que las exigencias del rol parental exceden los recursos personales, emocionales y materiales del cuidador (Vizoso, 2024). La literatura científica ha documentado que los padres sometidos a altos niveles de estrés tienden a desarrollar síntomas de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa e incluso dificultades en el vínculo afectivo con sus hijos (Gallardo y De Grandis, 2024). La situación se agrava en familias monoparentales, con hijos con condiciones especiales o en contextos de pobreza estructural, donde las redes de apoyo son limitadas y la carga emocional se intensifica.

Así, el estrés parental no solo impacta la salud mental del adulto, sino también el desarrollo emocional y conductual del niño.

Diversos estudios en Latinoamérica coinciden en que el estrés parental es una preocupación creciente, especialmente en contextos de migración, desigualdad y estructuras familiares cambiantes. En este sentido autores como Gutiérrez et al. (2023) mencionan que familias latinoamericanas migrantes mostraron que factores como la aculturación, las presiones económicas y la adaptación cultural están estrechamente vinculados con altos niveles de estrés parental. Otros trabajos, como el de Cuenca y Pachar (2020) en Saraguro Ecuador, hallaron que las madres con menor percepción de apoyo social reportaron niveles de estrés significativamente más altos, lo que resalta la importancia del entorno comunitario como factor protector.

En Ecuador, investigaciones recientes han abordado esta problemática de manera más específica. Un estudio de Sánchez y Santacruz (2024), revisó el estrés parental en familias con niños con TDAH en Quito, mostrando que la intervención terapéutica (enfoque sistémico breve) redujo marcadamente los niveles de malestar psicológico y mejoró la dinámica familiar. Asimismo, Tandazo (2020) reportó que los padres de neonatos en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en Loja experimentan altos niveles de ansiedad, culpa y estrés, especialmente relacionados con la comunicación hospitalaria y la incertidumbre clínica. Estas evidencias subrayan la realidad del estrés parental en diferentes niveles del sistema social en el país, y la falta de políticas públicas o protocolos institucionales para su atención.

Bajo este contexto, este estudio buscó resolver la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios?

## 1.2 Antecedentes

El estrés parental es una condición psicológica que emerge cuando las demandas del rol de cuidado exceden los recursos percibidos por los cuidadores, generando un impacto negativo en la salud mental y en la calidad del vínculo con los hijos (Rodríguez et al., 2021). Esta condición se ha asociado con síntomas de ansiedad, depresión y agotamiento emocional, afectando el funcionamiento familiar y el desarrollo socioemocional de los menores. En contextos donde existen factores de riesgo adicionales, como el bajo nivel socioeconómico o la mono parentalidad, los niveles de estrés parental tienden a incrementarse significativamente (Méndez et al., 2023).

Las investigaciones recientes muestran que los cuidadores primarios, especialmente mujeres, experimentan altos niveles de estrés debido a la sobrecarga de tareas, la presión social y la falta de apoyo institucional (Serrano et al., 2022). Este fenómeno se intensifica cuando los hijos presentan condiciones especiales como autismo, déficit de atención o enfermedades crónicas. La sobrecarga emocional y física sostenida puede deteriorar no solo la salud mental del cuidador, sino también las prácticas parentales, generando un ambiente disfuncional para el desarrollo del niño (García-Grau et al., 2021).

En Latinoamérica, los estudios muestran una prevalencia alarmante de estrés parental en contextos de pobreza estructural y debilidad de las redes de apoyo. Un estudio en Colombia reveló que más del 60% de los cuidadores informaron altos niveles de estrés, asociados con sentimientos de culpa, desesperanza y desbordamiento emocional (Lozano & Benítez, 2021). Esta evidencia demuestra la necesidad urgente de intervenciones eficaces que permitan reducir la carga emocional de los cuidadores, favoreciendo la salud familiar.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, el Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF) ha sido validado en múltiples idiomas y culturas, incluyendo población latinoamericana. El PSI-SF permite evaluar de forma confiable tres dimensiones del estrés parental: malestar parental, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil (Lucero & Figueroa, 2021). La validez de constructo y la consistencia interna del instrumento han sido confirmadas con alfas de Cronbach superiores a .85, lo que lo convierte en una herramienta ideal para estudios clínicos y comunitarios.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado ser una intervención efectiva para reducir el estrés parental, especialmente en cuidadores de niños con necesidades especiales (Durán et al., 2020). Esta terapia permite identificar pensamientos disfuncionales asociados al rol parental, reemplazándolos por cogniciones más realistas y funcionales. Además, enseña habilidades de afrontamiento y autorregulación emocional, lo que mejora significativamente el bienestar psicológico de los cuidadores.

En estudios controlados aleatorizados, se ha comprobado que la TCC disminuye el estrés parental en más del 40% de los casos tras ocho sesiones estructuradas, evidenciando una mejora en la percepción de autoeficacia parental y reducción de síntomas depresivos (Chandran et al., 2022). Esto demuestra que la intervención no solo aborda el estrés en sí, sino también sus consecuencias colaterales en la salud mental del cuidador.

Un metaanálisis reciente de intervenciones basadas en TCC reveló efectos de tamaño moderado a alto en la reducción del estrés parental, especialmente cuando la intervención incluía técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales (Thomas et al., 2021). Este hallazgo es consistente con el modelo teórico que sustenta la TCC, basado en la relación entre cogniciones, emociones y conducta.

Estudios en contextos similares al ecuatoriano han mostrado que las intervenciones grupales basadas en TCC son viables y eficaces en condiciones de bajo costo. Por ejemplo, en Perú y México, programas piloto de ocho sesiones lograron reducir significativamente los niveles de estrés parental, manteniéndose los efectos hasta tres meses después de la intervención (Morales et al., 2023). Estas intervenciones también fomentaron la creación de redes de apoyo entre los participantes, aumentando su percepción de apoyo social.

El enfoque preventivo de la TCC es especialmente relevante en contextos donde los recursos institucionales son limitados. La implementación de intervenciones breves, estructuradas y basadas en evidencia permite optimizar los recursos humanos en salud mental y llegar a un mayor número de familias (Jiménez-Ponce & Salas, 2020). Además, su flexibilidad permite ser aplicada tanto en formato presencial como virtual, lo que amplía su alcance geográfico.

Finalmente, la integración de la TCC en programas de atención primaria en salud ha mostrado resultados prometedores. En estudios realizados en centros comunitarios, se evidenció que los cuidadores que participaron en programas basados en TCC reportaron menor uso de estrategias disfuncionales como la evitación, el castigo y la culpabilización (López y Méndez, 2022). Estos resultados sugieren que la TCC no solo mejora el estado emocional del cuidador, sino que transforma las prácticas de crianza hacia un enfoque más positivo y respetuoso.

### **1.3 Objetivos e hipótesis**

#### *1.3.1 Objetivo general*

Evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios.

### 1.3.2 *Objetivos específicos*

- Identificar las características socio demográficas de una muestra de cuidadores primarios que asisten regularmente a los Centros de desarrollo Infantil del Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Evaluar los niveles iniciales de estrés parental en cuidadores primarios mediante un instrumento estandarizado.
- Aplicar un protocolo de Terapia Cognitivo Conductual a un grupo experimental de cuidadores primarios con estrés que presenten niveles bajos, medios y altos de estrés parental.
- Comparar los niveles de estrés parental pre y post intervención entre el grupo experimental y el grupo control.

### **Hipótesis general**

- **Hipótesis alterna:** La Terapia Cognitivo Conductual fue efectiva para reducir significativamente el estrés parental en cuidadores primarios.
- **Hipótesis nula:** La Terapia Cognitivo Conductual no tuvo un efecto significativo en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios.

### **1.4 Justificación**

El estrés parental representa un factor de riesgo para el desarrollo emocional de los hijos y el equilibrio psicológico de los cuidadores primarios. Cuidadores con altos niveles de estrés tienden a mostrar patrones de crianza inadecuados, desregulación emocional y mayor propensión al conflicto familiar (Abidin, 2012). En el contexto ecuatoriano, donde muchas familias enfrentan múltiples carencias estructurales, económicas y emocionales, esta situación se agrava. A pesar de esta realidad, las

intervenciones clínicas para reducir el estrés parental aún no están sistematizadas ni evaluadas empíricamente.

La Terapia Cognitivo Conductual ha sido validada en diversos contextos como una herramienta efectiva para modificar pensamientos disfuncionales, desarrollar estrategias de afrontamiento y reducir síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Beck, 2011). Aplicarla en cuidadores primarios ecuatorianos permitirá generar evidencia local sobre su efectividad, lo que puede fortalecer la oferta terapéutica en centros de salud, escuelas y unidades de atención psicológica.

Este estudio se justifica desde una perspectiva clínica, social y científica. Clínica, porque busca mejorar el bienestar de cuidadores con alto nivel de estrés. Social, porque contribuye al desarrollo saludable de las familias. Y científica, porque aporta datos experimentales a una línea de investigación poco desarrollada en el país. Además, la inclusión de un diseño con grupo control y experimental permite garantizar la validez de los resultados y abrir la puerta a futuras investigaciones con mayor alcance.

La TCC, al enfocarse en la identificación y reestructuración de pensamientos distorsionados, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el fortalecimiento de la regulación emocional, se presenta como una herramienta eficaz y adaptable a diversas poblaciones, incluyendo cuidadores con alta carga emocional. Diversos estudios han mostrado que la aplicación de programas de TCC en cuidadores primarios logra reducir significativamente los niveles de estrés y ansiedad, mejorar la percepción de autoeficacia parental y fomentar relaciones familiares más saludables (Chandran et al., 2022; Morales et al., 2023). Estos beneficios no solo son clínicamente relevantes, sino también sostenibles en el tiempo, lo que refuerza su aplicabilidad en contextos comunitarios con limitaciones de recursos.

Desde una perspectiva social, esta investigación también se justifica por su potencial para contribuir a la construcción de entornos familiares más saludables, resilientes y funcionales. Al mejorar el bienestar psicológico de los cuidadores, se promueve indirectamente el desarrollo afectivo y conductual de los niños, previniendo la aparición de trastornos psicológicos en etapas posteriores. Además, se espera que los resultados generen insumos para la elaboración de programas de intervención accesibles que puedan ser implementados en centros de salud, escuelas o comunidades, fortaleciendo el sistema de atención primaria en salud mental.

Desde el punto de vista académico y científico, el presente estudio pretende aportar evidencia empírica local sobre la eficacia de la TCC en cuidadores primarios, mediante un diseño cuasiexperimental con grupo control y grupo experimental. Esto permitirá evaluar los cambios producidos por la intervención con rigor metodológico y contribuir al cuerpo de conocimientos sobre prácticas terapéuticas eficaces en salud mental comunitaria. Asimismo, la validación de un instrumento como el Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) dentro del proceso, refuerza la fiabilidad del diagnóstico y el seguimiento de los cambios, permitiendo replicaciones futuras en otros contextos similares del país.

Finalmente, la investigación se enmarca dentro de la línea de investigación: “Salud y bienestar”; enfocada principalmente en temas relacionados a principios de salud mental, características componentes y factores asociados, además de resaltar el bienestar humano como eje principal.

## CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

### Marco Teórico

#### Definición y dimensiones del estrés parental

##### 2.1.1 *Concepto*

El estrés parental es un estado psicológico que emerge cuando las demandas del rol de cuidador exceden los recursos percibidos para cumplirlo de manera efectiva. Según Karatatar y Bilge, (2024) este tipo de estrés se manifiesta en la interacción diaria con los hijos, especialmente en contextos de crianza compleja como familias monoparentales, con hijos con necesidades especiales o en condiciones socioeconómicas precarias. A diferencia del estrés general, el estrés parental está directamente vinculado a la percepción de competencia, control y apoyo en el ejercicio del rol parental. Esto lo convierte en un fenómeno específico, de alto impacto en la dinámica familiar.

La conceptualización moderna del estrés parental reconoce su multidimensionalidad, considerando factores personales, familiares y contextuales. Burnard et al. (2021) sostienen que el estrés parental no solo refleja las dificultades propias del cuidado, sino también creencias disfuncionales sobre la paternidad, expectativas sociales y experiencias tempranas no resueltas. Esta visión ha dado paso a instrumentos estandarizados para su evaluación, como el Parenting Stress Index (PSI), ampliamente utilizado en investigación clínica y comunitaria. En consecuencia, el estrés parental se entiende hoy como una construcción compleja, sujeta a evaluación y abordaje psicológico especializado.

El estrés parental afecta de manera bidireccional la relación entre progenitores e hijos, deteriorando tanto la capacidad de respuesta sensible como el desarrollo emocional infantil. Un estudio longitudinal de Evers et al. (2023) evidenció que altos niveles de

estrés parental se asocian con un aumento en los problemas de conducta infantil y con un menor uso de estrategias disciplinarias positivas. Esta relación es más pronunciada cuando el estrés se cronifica, afectando la percepción del vínculo y la calidad del apego. Por tanto, su conceptualización no debe desligarse del contexto relacional y del desarrollo evolutivo de los hijos.

Además, el estrés parental ha sido recientemente reconocido como un factor de riesgo para la salud mental general de los cuidadores primarios. Según McWhorter et al. (2022) los padres con niveles elevados de estrés tienen mayor propensión a experimentar síntomas de ansiedad, depresión y fatiga crónica. Estos efectos adversos se intensifican en contextos de aislamiento social o en ausencia de redes de apoyo. De este modo, el concepto de estrés parental se amplía hacia una dimensión sistémica, donde la intervención no solo debe centrarse en la parentalidad, sino también en el entorno que sostiene o limita el bienestar de los cuidadores.

### *2.1.2 Causas, manifestaciones conductuales, emocionales y fisiológicas del estrés en cuidadores primarios.*

El estrés en cuidadores primarios tiene múltiples causas que combinan factores individuales, familiares y contextuales. Según Mbatha y Mokwena, (2023) las principales fuentes de estrés incluyen la sobrecarga de responsabilidades, la falta de tiempo personal, la escasa red de apoyo y las altas demandas emocionales del rol de cuidado. Estas causas se intensifican en cuidadores de personas con discapacidades, enfermedades crónicas o trastornos del desarrollo, donde el desgaste físico y emocional tiende a ser mayor. Además, situaciones como la pobreza, el desempleo y la violencia doméstica agravan las condiciones del entorno y aumentan la vulnerabilidad psicológica del cuidador.

Las manifestaciones conductuales del estrés parental pueden incluir irritabilidad, aislamiento, conductas de evitación y una menor implicación afectiva con los hijos. Un estudio de Pars y Çakir, (2025) encontró que los cuidadores bajo estrés crónico tienden a adoptar estilos de crianza más autoritarios o permisivos, lo cual repercute negativamente en el desarrollo socioemocional de los niños. También se ha reportado un aumento en conductas de riesgo como el consumo de sustancias, impulsividad y abandono parcial de responsabilidades. Estas respuestas conductuales no son signos de debilidad, sino intentos disfuncionales de afrontar una carga percibida como abrumadora.

A nivel emocional, el estrés en cuidadores se manifiesta comúnmente a través de sentimientos de frustración, ansiedad, tristeza y culpa. Según un metaanálisis realizado por Zeng et al. (2023) los cuidadores presentan una alta prevalencia de síntomas depresivos y trastornos de ansiedad generalizada, especialmente cuando carecen de recursos para hacer frente a las exigencias del cuidado. La disonancia entre las expectativas idealizadas de la crianza y la realidad cotidiana puede generar una percepción de fracaso, afectando la autoestima y el sentido de competencia parental. Este estado emocional prolongado deteriora tanto el bienestar psicológico como la capacidad de cuidar adecuadamente.

En el plano fisiológico, el estrés crónico activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, generando un aumento sostenido en los niveles de cortisol, lo cual afecta el sistema inmunológico y cardiovascular. Autores como, Zajdel et al. (2023) señalaron que los cuidadores con altos niveles de estrés presentan mayores tasas de enfermedades somáticas, alteraciones del sueño y fatiga persistente. Estos efectos fisiológicos refuerzan un círculo vicioso en el que el malestar físico amplifica el agotamiento emocional. Por ello, abordar el estrés en cuidadores no solo tiene beneficios psicológicos, sino también implicaciones importantes para la salud física y la calidad de vida general.

## **Factores de riesgo y protección en el estrés parental**

### *2.1.3 Carga emocional*

La carga emocional es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo del estrés parental, especialmente cuando el cuidado se vuelve prolongado e intensivo. Según Findling et al. (2024) esta carga se refiere al desgaste emocional que experimentan los cuidadores al enfrentarse diariamente a situaciones exigentes, como conductas problemáticas de los hijos, conflictos familiares o falta de autonomía del menor. Este estado puede derivar en sentimientos de impotencia, irritabilidad, y una sensación constante de agotamiento. A medida que se acumula la tensión emocional, se vuelve más difícil mantener una actitud paciente, afectiva y consistente en la crianza.

La carga emocional se intensifica cuando el cuidador experimenta demandas contradictorias entre su rol parental y otras obligaciones personales o laborales. De acuerdo con Gadot et al. (2025) el conflicto entre trabajo y familia contribuye significativamente al estrés parental, especialmente en madres trabajadoras y hogares monoparentales. Además, cuando el cuidador no dispone de espacios para la recuperación emocional, el estrés acumulado afecta negativamente su capacidad para procesar experiencias difíciles. Esto puede llevar a reacciones impulsivas o desconectadas afectivamente, lo que deteriora el vínculo con el hijo y agrava el ciclo del estrés.

La intensidad de la carga emocional también depende de la percepción que el cuidador tiene sobre su competencia como padre o madre. Un estudio de Evers et al. (2023) evidenció que los cuidadores que se perciben inadecuados o poco eficaces reportan mayores niveles de estrés y emociones negativas asociadas a la crianza. Este fenómeno se conoce como “estrés por incompetencia percibida” y está mediado por las expectativas sociales, los mandatos culturales y las experiencias personales previas del cuidador.

Cuando no se brinda apoyo emocional o psicoeducativo oportuno, esta carga emocional puede agravarse y derivar en síntomas clínicos como depresión o ansiedad generalizada.

En contextos de alta vulnerabilidad, la carga emocional se agrava por la falta de recursos externos e internos para afrontar las exigencias del cuidado. Según Güven y Çorabay (2024), cuidadores de niños con discapacidades o enfermedades crónicas experimentan una doble presión: gestionar los desafíos del hijo y mantener su propio equilibrio psicológico sin apoyos suficientes. En estos casos, la carga emocional deja de ser una variable subjetiva para convertirse en una condición estructural de riesgo. Por ello, identificar y mitigar esta carga es clave para prevenir el deterioro de la salud mental parental y garantizar una crianza más saludable y sostenible.

#### *2.1.4 Apoyo social*

El apoyo social es ampliamente reconocido como un factor protector clave frente al estrés parental, ya que ofrece recursos emocionales, informativos y prácticos que ayudan a los cuidadores a enfrentar las demandas de la crianza. Según Uchino et al. (2018), la percepción de contar con personas confiables para compartir experiencias y recibir ayuda reduce significativamente la sensación de sobrecarga. Este tipo de apoyo actúa como amortiguador del estrés, promoviendo un sentido de pertenencia, validación emocional y fortalecimiento del rol parental. De este modo, las redes sociales, ya sean familiares, comunitarias o institucionales, se convierten en un componente esencial del bienestar psicológico de los cuidadores.

La calidad del apoyo social tiene mayor impacto que la cantidad de contactos disponibles. Un estudio de Nunes et al. (2021) encontró que el apoyo emocional particularmente de la pareja o familiares cercanos es más eficaz que el apoyo instrumental aislado. Cuando los cuidadores sienten que sus emociones son comprendidas y validadas,

se genera una mayor confianza en sus capacidades parentales. Además, el apoyo social facilita el acceso a información útil sobre crianza, servicios de salud mental y programas comunitarios. Por lo tanto, su efecto protector no solo recae sobre el estrés percibido, sino también sobre la calidad de la interacción con el entorno.

El apoyo social también desempeña un papel mediador entre el estrés y la aparición de trastornos afectivos en cuidadores. En una revisión de meta-análisis Dunst (2023) evidenciaron que los niveles elevados de apoyo social están asociados con una menor incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad en padres de niños con necesidades especiales. Estos efectos se deben a que el apoyo social reduce el aislamiento, fomenta la resiliencia y modula la respuesta fisiológica al estrés. Incluso en situaciones de alta adversidad, los cuidadores con redes de apoyo sólidas presentan mejores indicadores de salud mental y mayor capacidad de afrontamiento.

Sin embargo, la falta de apoyo social puede actuar como un factor de riesgo que exacerba el estrés parental, especialmente en contextos de marginación o migración. Según Masten et al. (2021), los cuidadores que no cuentan con redes afectivas ni institucionales tienden a experimentar mayor frustración, inseguridad y sentimientos de soledad. Esta ausencia de apoyo no solo aumenta la vulnerabilidad emocional, sino que limita las oportunidades para buscar ayuda profesional o comunitaria. Por ello, las intervenciones psicosociales dirigidas a padres deben considerar la promoción y fortalecimiento de redes de apoyo como componente esencial de la prevención del estrés crónico.

### 2.1.5 *Resiliencia*

La resiliencia es un factor protector fundamental en el manejo del estrés parental, definido como la capacidad de adaptarse positivamente frente a la adversidad y mantener un funcionamiento psicológico saludable. Según Montalvo et al. (2022) la resiliencia no es una característica innata, sino un proceso dinámico que puede fortalecerse mediante recursos personales, familiares y sociales. En el contexto parental, la resiliencia permite a los cuidadores enfrentar los desafíos cotidianos con mayor flexibilidad emocional y cognitiva, favoreciendo la búsqueda activa de soluciones y el manejo efectivo del estrés. Este constructo ha sido asociado con mejores resultados en la salud mental y en la calidad de la interacción entre padres e hijos.

Diversas investigaciones han mostrado que la resiliencia modula el impacto negativo del estrés parental sobre la salud mental y el bienestar general. Por ejemplo, un estudio longitudinal de Gee (2021) encontró que los cuidadores con altos niveles de resiliencia presentaban menores síntomas de ansiedad y depresión, a pesar de enfrentar circunstancias adversas significativas. Además, estos cuidadores mostraron mayor autoeficacia parental y estrategias de afrontamiento adaptativas. Esto sugiere que la resiliencia funciona como un amortiguador psicológico que facilita la regulación emocional y reduce la vulnerabilidad a trastornos psicológicos.

La promoción de la resiliencia en padres y cuidadores se ha convertido en un objetivo clave de las intervenciones psicoeducativas y comunitarias. Según, Doan et al. (2022) estas intervenciones deben centrarse en fortalecer las habilidades individuales como el optimismo, la regulación emocional y la resolución de problemas, así como en mejorar el apoyo social y la cohesión familiar. Programas basados en la resiliencia han demostrado eficacia en la reducción del estrés parental y en el fortalecimiento del vínculo afectivo con los hijos, lo que contribuye a prevenir la transmisión intergeneracional de

malestar emocional. La resiliencia, por tanto, representa un recurso esencial para la salud mental en contextos familiares complejos.

No obstante, la resiliencia también está influenciada por factores socioeconómicos y culturales que pueden facilitar o dificultar su desarrollo. Según Masten (2024) las condiciones de pobreza, exclusión social o discriminación limitan el acceso a recursos protectores, haciendo que la resiliencia dependa no solo de características personales sino también de la justicia social y las políticas públicas. Por ello, el abordaje integral del estrés parental debe incluir estrategias de promoción de la resiliencia a nivel comunitario y estructural, garantizando que los cuidadores dispongan de condiciones favorables para afrontar las demandas del cuidado de manera saludable.

#### *2.1.6 Condiciones socioeconómicas*

Las condiciones socioeconómicas son determinantes críticos que influyen directamente en el nivel de estrés parental y en la capacidad de afrontamiento de los cuidadores. Según Randles (2020) las familias con bajos ingresos enfrentan mayores desafíos relacionados con la inseguridad alimentaria, vivienda inestable y acceso limitado a servicios de salud, lo que incrementa la probabilidad de estrés crónico. Esta precariedad crea un ambiente hostil que afecta no solo a los padres, sino también al desarrollo integral de los hijos. La presión económica prolongada limita los recursos emocionales y materiales disponibles para el cuidado óptimo, incrementando la carga psicológica sobre los cuidadores.

Además, las condiciones socioeconómicas influyen en la calidad y disponibilidad del apoyo social, elemento clave para mitigar el estrés parental. De acuerdo con Hoffmann et al. (2022) las familias en situación de pobreza o marginación social suelen experimentar un aislamiento social mayor, dificultando el acceso a redes comunitarias y

programas de asistencia. Esta exclusión intensifica la vulnerabilidad emocional y reduce la probabilidad de recibir ayuda en momentos de crisis. Por tanto, las condiciones económicas adversas actúan como un factor estructural que amplifica el impacto negativo del estrés parental.

Las limitaciones socioeconómicas también condicionan la exposición a factores estresores adicionales, como la violencia comunitaria, la discriminación y la precariedad laboral. Un estudio realizado por Evans y De France (2022) reveló que estas condiciones aumentan la activación del sistema nervioso autónomo en padres, generando respuestas fisiológicas exacerbadas al estrés. Estas reacciones no solo afectan la salud mental, sino que pueden deteriorar la calidad de las interacciones familiares, perpetuando ciclos de malestar emocional. De esta forma, la pobreza no es solo un contexto, sino un agente activo en la generación y mantenimiento del estrés parental.

Por último, las intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones socioeconómicas de las familias han demostrado ser efectivas para reducir el estrés parental y mejorar la salud mental. Según Scheidecker et al. (2023), políticas públicas que incluyen transferencias económicas condicionadas, acceso a servicios básicos y programas educativos para padres contribuyen a disminuir la ansiedad y la depresión, además de fortalecer la resiliencia familiar. Estas intervenciones multisectoriales evidencian que el abordaje integral del estrés parental debe contemplar no solo aspectos psicológicos, sino también socioeconómicos para lograr resultados sostenibles a largo plazo.

#### *2.1.7 Salud mental previa del cuidador.*

La salud mental previa del cuidador es un factor determinante en la aparición, intensidad y manejo del estrés parental. Investigaciones muestran que antecedentes de

trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trauma psicológico predisponen a una mayor vulnerabilidad frente a las demandas del cuidado. Según Slade et al. (2022), los cuidadores con historial de depresión o ansiedad tienen menor tolerancia al estrés, dificultades en la autorregulación emocional y un umbral más bajo de frustración en situaciones de crianza exigente. Estas condiciones previas afectan la percepción del rol parental y amplifican las respuestas emocionales negativas ante los retos cotidianos.

El impacto de la salud mental previa se refleja también en la relación vincular con los hijos. Un estudio longitudinal de Goodman et al. (2021), evidenció que las madres con antecedentes de trastornos afectivos mostraban menor sensibilidad emocional y mayor tendencia al desapego en la interacción con sus hijos, lo que puede afectar el desarrollo del apego seguro. Estos patrones de interacción pueden generar un círculo de retroalimentación negativa: los problemas conductuales del niño aumentan, lo que a su vez eleva el estrés del cuidador. Así, la salud mental previa no solo condiciona la vivencia del estrés, sino también su impacto en el entorno familiar.

La comorbilidad entre salud mental previa y estrés parental se agrava cuando no existen mecanismos adecuados de detección e intervención temprana. Según Smith et al. (2020), muchos cuidadores no buscan ayuda psicológica debido al estigma, la falta de recursos o la normalización del malestar emocional. Esta situación puede llevar a la cronificación de síntomas, afectando tanto el bienestar del cuidador como la calidad de la crianza. De ahí la importancia de implementar tamizajes psicológicos durante el embarazo, el posparto y en fases críticas del ciclo vital familiar para identificar riesgos de salud mental en cuidadores.

Sin embargo, tener antecedentes de problemas psicológicos no implica inevitablemente un mal desempeño como cuidador. Factores como el acceso a psicoterapia, redes de apoyo emocional y educación parental pueden mitigar el impacto

de la salud mental previa. Según Leight et al. (2022), las intervenciones terapéuticas dirigidas a fortalecer la autorreflexión, la autocompasión y las habilidades de regulación emocional pueden mejorar significativamente la capacidad de afrontamiento en cuidadores con historia de malestar psicológico. En este sentido, Scheidecker et al. (2023) reconocer y atender la salud mental previa del cuidador es una estrategia preventiva clave en la reducción del estrés parental y en la promoción del bienestar familiar.

### **Impacto del estrés parental en el desarrollo infantil y en la dinámica familiar**

#### *2.1.8 Consecuencias del estrés crónico en la relación padre-hijo, vínculo afectivo, desarrollo emocional del niño.*

El estrés parental crónico tiene efectos significativos en la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, especialmente en las etapas tempranas del desarrollo. Según Bernard et al. (2021), cuando los cuidadores están constantemente abrumados, su capacidad para responder de forma sensible y coherente a las necesidades del niño se ve reducida. Esto puede interferir con la formación de un apego seguro, ya que el infante percibe a su cuidador como impredecible o emocionalmente inaccesible. En consecuencia, el niño desarrolla patrones de apego evitativo o ambivalente, lo que compromete su regulación emocional y su seguridad interpersonal.

La relación padre-hijo también se ve afectada por la irritabilidad, la impaciencia y el desapego emocional que suelen acompañar al estrés parental sostenido. Un estudio longitudinal de Taraban et al. (2022) demostró que los padres con altos niveles de estrés tienden a interactuar con sus hijos de forma más autoritaria, punitiva o desinteresada, lo que debilita la calidad de la relación y eleva la probabilidad de conflictos conductuales. Esta dinámica perjudica la confianza mutua y genera un entorno familiar tenso, poco

propicio para el aprendizaje emocional y el desarrollo de habilidades sociales. Así, el estrés no afecta solo al cuidador, sino a la interacción misma.

En el plano emocional, los hijos de cuidadores estresados presentan mayores niveles de ansiedad, irritabilidad y dificultades para identificar y regular sus emociones. Según Zeytinoglu et al. (2021), el estrés parental crónico altera el modelado emocional que los niños reciben, ya que los cuidadores no logran transmitir seguridad emocional ni estrategias de afrontamiento saludables. Esto puede derivar en problemas de conducta, retraimiento social y síntomas internalizantes como la depresión infantil. A largo plazo, la exposición constante a un ambiente emocionalmente inestable puede afectar la autoestima, la autonomía y el desarrollo de la empatía.

Además, los efectos del estrés parental no solo se limitan a la relación diádica, sino que se extienden a toda la dinámica familiar. Según la revisión de Prime et al. (2020), los hogares marcados por el estrés crónico presentan mayor riesgo de disfunción familiar, conflictos de pareja y deterioro del clima emocional. Esta desorganización afecta la estructura familiar, limita los espacios de comunicación positiva y refuerza patrones disfuncionales de interacción. Por tanto, intervenir sobre el estrés parental no es únicamente una medida de salud mental individual, sino una estrategia fundamental para preservar la cohesión y el bienestar de todo el sistema familiar.

### **Intervenciones psicológicas basadas en evidencia para el manejo del estrés parental**

#### *2.1.9 Revisión comparativa de enfoques: TCC vs. otros modelos (psicoeducación, apoyo emocional, intervenciones grupales, etc.).*

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una de las intervenciones más respaldadas empíricamente para el manejo del estrés parental. Según Jones et al. (2021),

este enfoque permite a los cuidadores identificar y modificar pensamientos disfuncionales sobre la crianza, mejorar sus habilidades de afrontamiento y reducir síntomas de ansiedad y depresión. La TCC ha demostrado eficacia tanto en formato individual como grupal, y su estructura modular facilita su adaptación a distintos contextos. Además, el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, la exposición gradual y el entrenamiento en habilidades sociales ha mostrado mejoras sostenidas en la autorregulación emocional de los cuidadores.

No obstante, existen otros modelos de intervención que también han demostrado efectos positivos en la reducción del estrés parental, aunque con mecanismos y alcances diferentes. Las intervenciones psicoeducativas, por ejemplo, se centran en proporcionar información clara y accesible sobre el desarrollo infantil, manejo conductual y estrategias de disciplina positiva. Según Mihelic et al. (2022), estos programas, como Triple P o Incredible Years, han mostrado ser eficaces para reducir el estrés al aumentar la percepción de competencia parental. Aunque no trabajan directamente con distorsiones cognitivas, fortalecen el sentido de control y eficacia en el rol de cuidado.

Las intervenciones basadas en el apoyo emocional y la expresión afectiva también son relevantes, especialmente cuando el estrés parental está vinculado al aislamiento o a experiencias traumáticas previas. Programas de acompañamiento psicológico y grupos de apoyo entre pares, como los desarrollados en servicios de salud comunitaria, fomentan la validación emocional, el sentido de pertenencia y la construcción de redes de apoyo. Según Anderson et al. (2020), estos enfoques, si bien menos estructurados que la TCC, son efectivos para reducir la soledad, mejorar el estado de ánimo y promover estrategias de afrontamiento más saludables en cuidadores con altos niveles de estrés.

Las intervenciones grupales integrativas, que combinan TCC, psicoeducación y apoyo emocional, han emergido como propuestas prometedoras. Un metaanálisis de

Pontoppidan et al. (2022) evidenció que este tipo de programas híbridos, especialmente en modalidad grupal, logran reducir significativamente los niveles de estrés parental, mejorar el funcionamiento familiar y promover prácticas de crianza más positivas. Además, estas intervenciones tienden a ser más costo-efectivas y culturalmente adaptables. En conjunto, aunque la TCC se mantiene como el modelo más sólido a nivel empírico, una revisión comparativa sugiere que los enfoques integrados y contextualmente sensibles pueden lograr impactos más amplios y sostenibles en el bienestar familiar.

### **Fundamentos teóricos y evolución de la TCC**

#### *2.1.10 Historia*

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) surge como resultado de una integración progresiva entre los enfoques conductistas y cognitivos, consolidándose en la segunda mitad del siglo XX. Inicialmente, la terapia conductual dominó el panorama clínico con intervenciones centradas en el aprendizaje observable, especialmente a partir del condicionamiento operante y clásico. Sin embargo, durante los años sesenta y setenta, la aparición del modelo cognitivo propuesto por Aaron Beck marcó un punto de inflexión, dando lugar a una nueva concepción del tratamiento psicológico (Beck, 1976).

Aaron Beck y Albert Ellis son considerados los pioneros de la terapia cognitiva, cada uno con enfoques diferenciados, pero con un núcleo común: la influencia de los pensamientos en las emociones y conductas. Beck, desde una perspectiva clínica, desarrolló el modelo cognitivo de la depresión, mientras que Ellis propuso la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT), centrada en la reestructuración de creencias irracionales (King, 2002). La convergencia de estas propuestas con técnicas conductuales

consolidó lo que hoy se conoce como TCC, ampliamente utilizada por su eficacia en múltiples trastornos.

El auge de la TCC en los años ochenta y noventa se vio respaldado por una creciente base empírica, que favoreció su expansión como tratamiento de elección en diversos contextos clínicos. La American Psychological Association reconoce su efectividad para abordar trastornos del estado de ánimo, ansiedad y estrés, entre otros (American Psychological Association, 2019). Esta validación científica ha contribuido a su institucionalización en programas de salud mental a nivel mundial, situando a la TCC como un estándar de intervención psicoterapéutica basado en evidencia.

#### *2.1.11 Principios básicos y principales representantes*

Uno de los principios fundamentales de la TCC es que los pensamientos influyen directamente en las emociones y conductas de los individuos. Así, las distorsiones cognitivas o patrones de pensamiento disfuncional son objetivos primarios de intervención terapéutica (Beck, 2011). El objetivo de la TCC consiste en identificar, cuestionar y reemplazar estos pensamientos automáticos con alternativas más racionales y adaptativas, favoreciendo un cambio conductual y emocional sostenido.

Albert Ellis, a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual, propuso el modelo ABC, el cual establece que no son los eventos activadores (A) los que generan consecuencias emocionales (C), sino las creencias (B) que las personas tienen sobre dichos eventos (Ellis, 1962). Esta perspectiva revolucionó la psicoterapia al poner en el centro de la intervención los esquemas cognitivos subyacentes. De manera similar, Beck desarrolló el concepto de triada cognitiva en la depresión: pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1976)

Los enfoques contemporáneos de la TCC han expandido sus principios a través de la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia basada en mindfulness. Todos estos enfoques mantienen como base la relación entre cognición, emoción y conducta, pero integran elementos contextuales y experienciales (Hofmann et al., 2012). La versatilidad del modelo y su apertura a la integración teórica han fortalecido su presencia en el campo clínico.

#### *2.1.12 Evolución de la TCC como modelo psicoterapéutico.*

La evolución de la TCC como modelo psicoterapéutico se puede comprender en tres grandes olas. La primera ola estuvo dominada por la terapia conductual basada en el aprendizaje; la segunda incorporó los elementos cognitivos y consolidó el modelo TCC clásico; y la tercera ola introdujo componentes contextuales y de aceptación como el mindfulness (Hayes, 2004). Esta evolución ha permitido adaptar el modelo a nuevas demandas clínicas, poblaciones y contextos culturales.

El surgimiento de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia basada en mindfulness y la terapia dialéctica conductual (DBT) representa una transformación dentro de la TCC. Estos enfoques, aunque distintos entre sí, comparten una base empírica sólida y un compromiso con la validación científica de sus intervenciones (Hayes et al., 2012). La tercera ola ha demostrado ser eficaz en problemas complejos como el trastorno límite de personalidad, la ideación suicida o el estrés crónico.

Además, la TCC ha mostrado ser adaptable a diferentes formatos terapéuticos, incluyendo intervenciones individuales, grupales y online, con buenos resultados en salud mental pública (Cuijpers et al., 2013). La capacidad de evolución del modelo TCC ha garantizado su permanencia como una de las psicoterapias más investigadas, aplicadas y

efectivas en la actualidad, consolidando su utilidad en contextos clínicos diversos y poblaciones como padres, cuidadores y pacientes crónicos.

### **Técnicas y estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual aplicadas al manejo del estrés**

#### *2.1.13 Reestructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva es una de las técnicas más representativas de la TCC y consiste en identificar, cuestionar y modificar pensamientos automáticos disfuncionales. Según Beck (2011), los individuos con altos niveles de estrés suelen interpretar las situaciones cotidianas de forma catastrófica, lo que perpetúa la activación emocional y conductual. Por ello, intervenir en estos esquemas de pensamiento permite reducir significativamente la carga emocional negativa asociada al estrés.

Diversos estudios han demostrado la eficacia de la reestructuración cognitiva en la reducción del estrés tanto en adultos clínicos como en poblaciones no clínicas. Hofmann et al. (2012) sostienen que esta técnica permite generar alternativas más racionales ante situaciones desafiantes, favoreciendo un afrontamiento más adaptativo. Su efectividad aumenta cuando se combina con otras estrategias conductuales, como la exposición o el entrenamiento en habilidades.

Además, su aplicación en el contexto del estrés parental ha resultado prometedora. Cuijpers et al. (2019) encontraron que los cuidadores que aprendieron a identificar sus pensamientos negativos y sustituirlos por interpretaciones más equilibradas mostraron una mejor regulación emocional y una disminución del estrés. Este resultado refuerza la importancia de esta técnica como herramienta base en intervenciones cognitivas orientadas a padres y cuidadores primarios.

#### *2.1.14 Entrenamiento en solución de problemas*

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica conductual que ayuda a las personas a enfrentar de forma efectiva las situaciones generadoras de estrés. Bell y D’Zurilla, (2009) destacan que este enfoque promueve un estilo de afrontamiento activo y racional, permitiendo que los individuos desarrollen estrategias prácticas y realistas para resolver conflictos del entorno familiar o personal. En contextos de estrés parental, esta técnica se traduce en una mayor sensación de competencia y control.

Durante el proceso terapéutico, se enseña a los participantes a identificar problemas, generar opciones, evaluar consecuencias y tomar decisiones adecuadas. Según Bell & D’Zurilla (2009), este tipo de entrenamiento es especialmente útil cuando los cuidadores enfrentan múltiples demandas que afectan su estabilidad emocional. Su utilidad se ha comprobado en intervenciones breves y estructuradas, integrándose fácilmente en programas de TCC orientados al manejo del estrés.

La literatura respalda su eficacia en la reducción de síntomas asociados al estrés, ansiedad y depresión Vázquez et al. (2024) concluyeron que el entrenamiento en solución de problemas tiene un impacto positivo sostenido en poblaciones con alto estrés, incluyendo padres de niños con necesidades especiales. Este enfoque no solo reduce el malestar, sino que fortalece la resiliencia y el afrontamiento autónomo.

#### *2.1.15 Técnicas de relajación*

Las técnicas de relajación son componentes clave en el manejo del estrés dentro del marco de la TCC. Según Urbanowicz et al. (2023) la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática y la visualización guiada ayudan a contrarrestar los efectos fisiológicos del estrés crónico. Estas técnicas disminuyen la activación del sistema

nervioso simpático y promueven estados de calma que favorecen la estabilidad emocional.

Diversos ensayos clínicos han demostrado que estas técnicas, integradas a la TCC, mejoran significativamente el bienestar general Izadi et al. (2015) en un metaanálisis, hallaron que las intervenciones basadas en relajación reducen los niveles de ansiedad y estrés en poblaciones clínicas y no clínicas. En cuidadores primarios, la práctica regular de relajación ha sido asociada con menor tensión muscular, mejor calidad del sueño y mayor tolerancia a las demandas emocionales.

Su implementación es sencilla y puede adaptarse tanto a contextos presenciales como virtuales. Además, se ha documentado que la práctica diaria, incluso en sesiones de 10 a 15 minutos, tiene efectos acumulativos sobre la reducción del estrés (Rahimi et al., 2023). Por tanto, estas técnicas se consideran herramientas de fácil acceso y alto impacto en intervenciones dirigidas al manejo del estrés parental.

#### *2.1.16 Autorregulación emocional, etc.*

La autorregulación emocional es una habilidad esencial que permite gestionar de forma adecuada las respuestas emocionales ante situaciones estresantes. Hwang et al. (2022) define la autorregulación como la capacidad de modificar la intensidad o duración de las emociones mediante estrategias cognitivas o conductuales. Dentro de la TCC, esta habilidad se potencia a través de la identificación de emociones, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

En el ámbito del estrés parental, la capacidad de autorregular las emociones influye directamente en la calidad del vínculo con los hijos y en el manejo del comportamiento infantil. Gross (2015) señala que los padres con mayor autorregulación emocional muestran menor reactividad, mayor empatía y conductas de crianza más

positivas. La TCC contribuye a este proceso al proporcionar herramientas estructuradas para la autoobservación y modificación emocional.

Las intervenciones que integran autorregulación emocional han demostrado reducir significativamente los niveles de estrés y aumentar la percepción de autoeficacia. Aldao et al. (2010) concluyen que estrategias como la reevaluación cognitiva y la resolución de problemas son altamente eficaces en la regulación emocional, en contraste con estrategias desadaptativas como la supresión emocional o la evitación. En este sentido, la autorregulación constituye un pilar terapéutico clave para el bienestar de los cuidadores primarios.

### **Aplicaciones de la TCC en el ámbito familiar y con cuidadores**

#### *2.1.17 Evidencia científica sobre la efectividad de la TCC en contextos familiares, específicamente con padres o cuidadores.*

Según Li et al. (2024) las intervenciones cognitivas basadas en TCC han demostrado efectos grandes en la reducción del estrés ( $g = -0.69$ ), síntomas depresivos ( $g = -0.95$ ), ansiedad ( $g = -0.78$ ), y moderados en distrés parental ( $g = -0.29$ ), así como mejoras en bienestar general ( $g = 0.62$ ) y la relación padre-hijo ( $g = 0.43$ ). Estos hallazgos, basados en 25 ensayos clínicos aleatorizados con 1 915 cuidadores, respaldan el uso de la TCC como herramienta eficaz para mejorar el ajuste emocional de padres en contextos clínicos. Además, los autores destacan que la inclusión de elementos como el mindfulness y la aceptación potenciaron los resultados, especialmente en cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo. Estas estrategias permiten abordar múltiples dimensiones del estrés y aumentar el bienestar general de la familia (Khoury et al., 2015).

Durante la pandemia, las versiones digitales de programas basados en TCC se implementaron como alternativa para apoyar a padres bajo altos niveles de estrés. En un

estudio piloto, el programa CARE (Child-Adult Relationship Enhancement) se aplicó vía telesalud a 12 madres, observándose reducciones sostenidas en ansiedad y depresión (Zayde et al., 2022). Las participantes reportaron altos niveles de satisfacción, alianza terapéutica y cohesión grupal, lo que refleja una buena aceptabilidad del formato online. Aunque se trató de un estudio preliminar, sus resultados indican que la TCC puede adaptarse con éxito a contextos de emergencia sin perder efectividad terapéutica. Además, se observó que los efectos positivos se mantenían a las 20 semanas del seguimiento (Garland et al., 2015).

Un ensayo clínico aleatorizado en Irán demostró que ocho sesiones grupales de TCC redujeron significativamente los niveles de estrés ( $MD = -10.75$ ,  $p < .001$ ) y ansiedad (estado:  $MD = -14.36$ ; rasgo:  $MD = -12.80$ ,  $p < .001$ ) en madres de niñas con pubertad precoz (Sabzi et al., 2023). El protocolo incluyó reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento, lo que favoreció una mejora integral del bienestar psicológico. Estos resultados se mantienen consistentes con otros estudios que han validado la eficacia de la TCC en el abordaje de condiciones clínicas específicas. En este caso, el impacto positivo sobre la calidad de vida materna evidencia el potencial terapéutico de la TCC en contextos familiares delicados (Ribas et al., 2024).

La aplicación de programas de TCC en padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) ha mostrado resultados positivos. Michel et al. (2022) realizaron un ensayo controlado con 237 padres, comparando un entrenamiento parental individual y grupal con tratamiento habitual. Todos los formatos redujeron el estrés parental y mejoraron el estado de ánimo y la percepción de autoeficacia. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los formatos individual y grupal. Los autores destacan que el componente de apoyo social actuó como

mediador en la mejora del bienestar psicológico, lo que sugiere que adaptar el formato a las necesidades familiares puede potenciar los efectos terapéuticos (Ríos et al., 2022).

Las investigaciones recientes coinciden en que incluso programas breves de TCC pueden generar beneficios importantes en el contexto familiar. (Ríos et al., 2022) realizaron un metaanálisis en el que analizaron 15 estudios con duración entre 1 y 8 semanas, evidenciando mejoras en ansiedad, estrés parental y calidad de la relación padre-hijo. Las intervenciones dirigidas exclusivamente a padres fueron más efectivas para reducir el estrés psicológico, mientras que los programas combinados con los hijos facilitaron una mayor flexibilidad emocional. Los hallazgos respaldan la adaptabilidad de la TCC en términos de formato y duración, lo que favorece su implementación según las características del grupo objetivo (Rusu et al., 2025).

### **Evidencia del protocolo de intervención cognitivo-conductual en cuidadores primarios**

El tipo de intervención desde el enfoque de TCC, aplicada al estudio en curso, se sustenta en base a lineamientos y protocolos que mostraron eficacia y efectividad al momento de reducir el estrés parental en contextos comunitarios. Estudios de tipo controlados con programas de TCC con un mínimo de 8 y máximo 12 sesiones, enfocados principalmente en la reestructuración cognitiva, desarrollo de habilidades de afrontamiento, gestión emocional combinadas con relajación, mostraron mejores resultados a la hora de reducir el estrés además de favorecer la percepción de autoeficacia parental (Durán, et al., 2020; Chandran et al., 2022). También, metaanálisis de los últimos años confirman que este tipo de programas y protocolos de TCC para cuidadores primarios revelaron tamaños del efecto moderados y altos, en especial cuando se implementaron de forma grupal (esto afianza el crecimiento y mantiene estables los resultados en el tiempo), incluido aspectos de psicoeducación (Li et al., 2024; Thomas et al., 2021). De igual forma, en latinoameica,

las intervenciones con enfoque comunitario grupal en base a la TCC muestran ser factibles por el componente, costo beneficio además de culturalmente adaptables, consiguiendo incluso resultados a mediano y largo plazo (Morales et al., 2023), con todo esto se respalda la pertinencia del protocolo para esta investigación.

### **Modelos contemporáneos de TCC de tercera generación y su relación con el estrés**

#### *2.1.18 Mindfulness*

El mindfulness, o atención plena, ha emergido como una técnica clave en los modelos de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) de tercera generación, centrada en la conciencia plena del momento presente sin emitir juicios. Según (Prakash et al. 2025) esta práctica promueve una mayor aceptación de la experiencia interna, lo cual ha demostrado ser eficaz para reducir niveles de estrés, ansiedad y reactividad emocional. En contextos clínicos, el mindfulness se aplica mediante intervenciones estructuradas como el Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), evidenciando beneficios tanto psicológicos como fisiológicos. La incorporación de esta técnica responde a la necesidad de manejar no solo los pensamientos disfuncionales, sino también la relación que el individuo establece con dichos pensamientos. Esto posiciona al mindfulness como una estrategia efectiva frente al malestar emocional persistente.

La evidencia empírica ha respaldado ampliamente la efectividad del mindfulness para la regulación emocional y el control del estrés. En un metaanálisis realizado por Khoury et al. (2015) se concluyó que las intervenciones basadas en mindfulness son significativamente eficaces para reducir los síntomas de estrés psicológico en poblaciones clínicas y no clínicas. En particular, se observó una reducción significativa del cortisol salival, indicador fisiológico del estrés. Asimismo, se ha identificado que el mindfulness fomenta la autorregulación, la resiliencia y la compasión hacia uno mismo. Estas

habilidades contribuyen a una mejor adaptación emocional ante situaciones adversas, lo que refuerza su utilidad en el abordaje del estrés crónico.

Desde una perspectiva neurocientífica, la práctica sostenida de mindfulness produce cambios estructurales y funcionales en áreas cerebrales asociadas con la atención, la autorregulación emocional y la autoconciencia. Estudios de resonancia magnética funcional han demostrado que los programas de mindfulness aumentan la densidad de materia gris en regiones como la corteza prefrontal y el hipocampo, áreas involucradas en la gestión del estrés (Tang et al., 2015). Estos hallazgos ofrecen una base neurobiológica para explicar por qué el mindfulness tiene efectos duraderos sobre el bienestar emocional. Además, consolidan su lugar dentro de las terapias psicológicas contemporáneas como una intervención de base empírica y teóricamente robusta.

No obstante, es fundamental reconocer que el mindfulness no debe entenderse como una técnica aislada o universal. Su efectividad depende de factores como la motivación del paciente, la calidad del entrenamiento y la integración en un enfoque terapéutico más amplio. Gloster et al. (2020) sugieren que su eficacia se potencia cuando se combina con intervenciones conductuales estructuradas y estrategias de afrontamiento. Asimismo, se requiere un proceso de psicoeducación que ayude al paciente a comprender el sentido y la finalidad de la práctica. En este sentido, el mindfulness debe entenderse como parte de un cambio de paradigma en la psicoterapia, orientado a modificar la relación del individuo con sus experiencias internas más que a controlar o evitar el malestar.

#### *2.1.19 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) es uno de los enfoques más relevantes dentro de la tercera generación de la TCC, orientada a

promover una vida con sentido a través de la aceptación de las experiencias internas difíciles y el compromiso con valores personales. Según Hayes et al. (2011) ACT se basa en seis procesos fundamentales: defusión cognitiva, aceptación, contacto con el presente, el yo como contexto, los valores y la acción comprometida. A diferencia de las terapias tradicionales, ACT no busca eliminar los síntomas, sino cambiar la relación que la persona tiene con su sufrimiento. Esta perspectiva es especialmente útil en contextos de estrés crónico, donde el control emocional rígido puede resultar contraproducente.

Numerosos estudios recientes han confirmado la eficacia de ACT en la reducción del estrés y el malestar emocional, especialmente en poblaciones con alta vulnerabilidad psicosocial. Por ejemplo, una revisión sistemática realizada por Gloster et al. (2020) concluyó que ACT es efectiva para reducir los niveles de estrés percibido, ansiedad y síntomas depresivos en adultos jóvenes, personal sanitario y estudiantes universitarios. Esto se debe a que ACT fomenta la flexibilidad psicológica, definida como la capacidad de actuar de manera coherente con los valores personales aun en presencia de pensamientos o emociones difíciles. Esta capacidad ha sido identificada como un factor protector clave frente al estrés y la sobrecarga emocional.

En contextos laborales y clínicos, la aplicación de ACT ha mostrado resultados prometedores, especialmente en la prevención del burnout y la promoción del bienestar. Un estudio de Larsson et al. (2022) reportó mejoras significativas en la regulación emocional y la satisfacción con la vida en profesionales de la salud que participaron en intervenciones basadas en ACT. Además, ACT ha sido eficaz incluso en intervenciones breves, lo que amplía sus posibilidades de implementación en entornos de alta demanda. Estos hallazgos son consistentes con el enfoque transdiagnóstico de ACT, el cual permite su aplicación en múltiples problemáticas sin necesidad de modificar sus principios fundamentales.

A pesar de sus beneficios, la implementación efectiva de ACT requiere terapeutas capacitados y una comprensión clara de sus fundamentos filosóficos y clínicos. La evidencia sugiere que el entrenamiento en ACT debe incluir habilidades experienciales más allá de la instrucción teórica (Harris et al., 2023). Asimismo, se ha propuesto integrar herramientas tecnológicas, como aplicaciones móviles, para facilitar la práctica diaria de los componentes de ACT, especialmente en poblaciones jóvenes. En síntesis, la ACT constituye un modelo terapéutico sólido y flexible, con gran potencial para el manejo del estrés y la promoción de salud mental en diversos contextos contemporáneos.

#### *2.1.20 Terapia Dialéctico Conductual (DBT), y su aporte en la reducción del malestar emocional.*

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Marsha Linehan, ha evolucionado desde su aplicación inicial en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad hacia una terapia eficaz para diversas condiciones asociadas con el estrés y la desregulación emocional. Según Kothgassner et al. (2021) la DBT combina principios conductuales con estrategias de aceptación y mindfulness, lo que la convierte en una intervención integral para el abordaje del malestar emocional intenso. Esta terapia enfatiza la dialéctica entre el cambio y la aceptación, y su objetivo principal es mejorar la capacidad del individuo para manejar emociones disfuncionales sin recurrir a conductas autodestructivas. Su estructura modular habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar, atención plena y efectividad interpersonal ofrece herramientas prácticas y adaptables.

Estudios recientes han evidenciado que la DBT es eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión y estrés en poblaciones diversas, incluidas personas sin trastorno límite de personalidad. Un metaanálisis de Hernández et al. (2023) halló que los efectos de la DBT son significativos incluso en intervenciones breves y adaptadas a

grupos, como adolescentes, pacientes con trastornos alimentarios o profesionales de la salud. En estos contextos, se ha documentado una mejora en la regulación emocional y una disminución en los niveles de cortisol y síntomas de agotamiento psicológico. Estas evidencias refuerzan el papel de la DBT como una estrategia útil y validada para reducir el malestar emocional derivado del estrés crónico o situacional.

La DBT ha mostrado resultados particularmente positivos en entornos clínicos y escolares, donde la tensión emocional puede escalar rápidamente si no se interviene adecuadamente. Según un estudio de Martínez et al. (2022) la implementación de programas DBT en contextos educativos contribuye a disminuir las conductas impulsivas y mejora la resiliencia en adolescentes con dificultades emocionales. De igual manera, su aplicación en entornos hospitalarios ha sido clave para reducir la frecuencia de hospitalizaciones psiquiátricas por crisis emocionales agudas (Flynn et al., 2018). Estas intervenciones permiten consolidar habilidades de afrontamiento sostenibles, lo que disminuye el malestar emocional a largo plazo y mejora el funcionamiento psicosocial general de los pacientes.

A pesar de su efectividad, la DBT exige un compromiso intensivo tanto por parte del terapeuta como del paciente, lo que puede limitar su implementación en ciertos entornos. Para abordar este reto, se han desarrollado versiones abreviadas y adaptaciones digitales de DBT con buenos resultados preliminares. van Leeuwen et al. (2021) destacan que el entrenamiento en habilidades DBT mediante aplicaciones móviles puede facilitar el acceso a la terapia y mantener la práctica de habilidades entre sesiones. Además, la combinación de tecnología y psicoeducación ha demostrado ser útil en jóvenes que buscan estrategias rápidas y personalizadas para manejar el estrés. Por tanto, la DBT se mantiene como una herramienta terapéutica contemporánea sólida, especialmente para el manejo del sufrimiento emocional persistente en poblaciones vulnerables.

## **Eficacia de la TCC en contextos de salud mental comunitaria**

### *2.1.21 Estudios aplicados a poblaciones vulnerables, cuidadores informales, impacto en calidad de vida y prevención de burnout.*

La TCC ha demostrado ser una intervención altamente eficaz en el ámbito de la salud mental comunitaria, especialmente cuando se aplica en poblaciones vulnerables. Según Cuijpers et al. (2013) esta terapia es efectiva para reducir síntomas de depresión y ansiedad en personas que viven en contextos de pobreza, desplazamiento o inseguridad social. Los enfoques adaptados de TCC permiten abordar el sufrimiento emocional con recursos limitados, lo que la convierte en una opción viable para intervenciones comunitarias. En este contexto, se ha observado que la aplicación grupal de TCC fortalece la cohesión social y promueve estrategias colectivas de afrontamiento, contribuyendo al empoderamiento psicosocial de los participantes.

Un grupo especialmente beneficiado por la TCC en contextos comunitarios son los cuidadores informales, quienes enfrentan altos niveles de carga emocional y riesgo de burnout. Un estudio realizado por Losada et al., (2011) evidenció que los programas de TCC centrados en el afrontamiento del estrés y la reestructuración cognitiva reducen significativamente los niveles de sobrecarga, ansiedad y síntomas depresivos en cuidadores de personas con demencia. Además, se ha comprobado que estas intervenciones mejoran la percepción de autoeficacia y bienestar emocional. Estas mejoras tienen un efecto indirecto positivo en los cuidados que brindan, lo cual refuerza la relevancia de la TCC como herramienta preventiva y terapéutica en entornos familiares vulnerables.

La TCC también ha mostrado ser útil en la prevención del burnout en profesionales y voluntarios que trabajan en contextos de alta demanda emocional, como

el sector salud y el trabajo social comunitario. De acuerdo con una revisión de Xu et al. (2024), los programas de TCC que combinan entrenamiento en habilidades de afrontamiento, manejo del pensamiento automático y técnicas de relajación reducen los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En estos contextos, el enfoque proactivo de la TCC permite que los participantes desarrollen estrategias efectivas de autorregulación emocional, lo que fortalece su resiliencia ante el estrés laboral crónico. Esto es crucial para la sostenibilidad del trabajo en salud mental comunitaria.

En cuanto a la calidad de vida, diversas investigaciones han concluido que la TCC tiene un impacto significativo, al facilitar un cambio en la percepción de control personal y promover conductas más saludables. Por ejemplo, un estudio multicéntrico de Hofmann et al. (2012) encontró que los participantes de intervenciones comunitarias basadas en TCC reportaron mejoras sostenidas en bienestar general, funcionamiento social y satisfacción vital. Estos efectos se mantuvieron incluso después de seis meses de seguimiento. Así, la TCC se presenta no solo como una técnica de alivio sintomático, sino como una herramienta con efectos positivos duraderos en el bienestar integral de personas en situación de vulnerabilidad, contribuyendo a la equidad en salud mental.

## 2.2 Marco Legal

La Constitución de la República del Ecuador (2008) es el pilar normativo fundamental que garantiza el derecho a la salud como un derecho integral, inalienable y universal. En su artículo 32, establece que la salud mental debe ser promovida y protegida por el Estado a través de políticas públicas de calidad, inclusivas y con enfoque intercultural y de género. Además, en el artículo 44 se consagra el interés superior del niño, reconociendo que su desarrollo integral se encuentra directamente relacionado con un entorno familiar emocionalmente estable (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

La Ley Orgánica de Salud (2006) refuerza el enfoque integral del derecho a la salud, señalando en su artículo 1 que se debe garantizar el acceso equitativo, eficiente y de calidad a los servicios de salud en todo el ciclo vital. Esta ley considera la salud mental como parte fundamental del bienestar del individuo, y promueve intervenciones terapéuticas que incluyan prevención, atención y rehabilitación, incluyendo a grupos en situación de vulnerabilidad como los cuidadores primarios (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

El Código de la Niñez y Adolescencia (2003), por su parte, establece en su artículo 11 el derecho de niños y adolescentes a crecer en un entorno familiar y social libre de violencia, con relaciones afectivas estables y bajo la responsabilidad de padres o cuidadores capacitados emocionalmente. De esta manera, el estrés parental se configura como una problemática que afecta de manera indirecta a los derechos de la infancia, y cuya intervención contribuye a su protección (Asamblea Nacional del Ecuador., 2003).

El Plan Nacional de Desarrollo Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025, elaborado por el Consejo Nacional de Planificación, contempla en su Eje 6 la garantía del derecho a la salud integral. Este plan reconoce la importancia de atender la salud mental

como parte del desarrollo humano y promueve políticas públicas que fortalezcan la atención psicológica comunitaria, incluyendo programas de apoyo emocional a familias, madres y padres en situación de riesgo psicosocial(Consejo Nacional de Planificación., 2021).

Asimismo, la Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011) promueve la formación integral de los estudiantes y reconoce el rol de la familia como agente corresponsable en el proceso educativo. Esto implica la necesidad de fortalecer el bienestar psicológico de los cuidadores primarios para garantizar entornos saludables dentro y fuera del sistema educativo(Ministerio de Educación., 2011).

En el plano internacional, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ratificada por el Ecuador, establece en su artículo 18 que los Estados deben prestar asistencia adecuada a los padres o representantes legales para el cumplimiento de sus responsabilidades parentales(Organización de las Naciones Unidas., 1989). La salud emocional de los cuidadores forma parte de ese mandato. Por otro lado, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969), conocida como el Pacto de San José, señala que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral, principio que también debe aplicarse en el contexto familiar y comunitario(Organización de los Estados Americanos., 1969).

### *2.2.1 Normativa de salud mental*

Se respetaron las normativas nacionales e internacionales en materia de salud mental. Las sesiones fueron dirigidas por profesionales cualificados, y en caso de identificar situaciones emocionales complejas, se ofrecieron derivaciones a servicios de atención psicológica especializada. El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por un comité ético institucional, asegurando el cumplimiento de los principios

de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por las personas (Zeytinoglu et al., 2021).

## CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

### 3.1 Descripción del área de estudio/Grupo de estudio

#### 3.1.1 Grupo de estudio

El estudio se llevó a cabo en la provincia de Imbabura, de forma más específica en un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) ubicado en el cantón Otavalo, estos son centros que conforman una de los servicios que oferta el Ministerio de Desarrollo Humano (MDH), organismo encargado de precautelar y garantizar la atención integral a niños y niñas durante la primera infancia, esto como parte de políticas públicas orientadas al bienestar y protección social.

Los CDI, proporcionan servicios de cuidado diario, estimulación temprana, alimentación y seguimiento pedagógico a niños de 1 a 3 años, beneficiando de forma específica y especial a niños y niñas cuyos padres y madres o incluso cuidadores primarios, necesiten apoyo por cuestiones como: dinámicas laborales, condiciones a nivel socioeconómico o factores que impiden el cuidado directo durante las jornadas diarias. En torno a la población acogida en este tipo de servicio, se caracteriza por formar parte de contextos familiares de situación socioeconómico medio, bajo que requieren soporte a nivel institucional para garantizar el desarrollo saludable de sus hijos.

El grupo de estudio estuvo conformado por 42 cuidadores primarios (padres, madres o representantes legales) de niños que asisten de manera continua y regular a los CDI del Ministerio de Desarrollo Humano. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos, considerando previamente los criterios de inclusión y exclusión relacionados con los niveles de estrés parental. El **grupo experimental** estuvo formado por 21 cuidadores que recibieron intervención basada en Terapia Cognitivo

Conductual, mientras que el **grupo control**, también compuesto por 21 cuidadores, no recibió intervención durante el mismo periodo. Para efectos de esto asignó un código numérico a cada participante, luego se realizó una distribución equitativa y aleatoria en ambos grupos ( $n = 21$ ), garantizando de esta forma que todos los participantes tengan la misma posibilidad de ser asignados a cualquiera de los dos grupos, así, se minimizó los sesgos de selección y así fortalecer la validez interna del estudio, tomando en cuenta las características propias del diseño cuasiexperimental.

### **3.2 Enfoque y tipo de investigación**

#### *3.2.1 Método/enfoque*

El estudio investigativo estuvo alineado al enfoque cuantitativo, puesto que permitió evaluar al estrés parental de forma objetiva, numérica y sistemática, a través de la aplicación de un instrumento validado, estandarizado, además con la utilización de procedimientos estadísticos y matemáticos se pudo establecer dos momentos realmente importantes para la investigación: pretest y post-test; esto ayudó a entender a la problemática en esta línea del tiempo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### *3.2.2 Diseño*

Se implementó un diseño cuasi-experimental; mediante un grupo de control y evaluaciones pretest-postest. Una de las principales de este diseño fue la observación del cambio en torno a los niveles de estrés parental, esto como factor causal de la aplicación de las técnicas de la intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual, esta comparación, resulta valiosa para conocer el impacto de este tipo de terapias sobre variables como las mencionadas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

### 3.2.3 *Tipo de Investigación*

El tipo de investigación fue aplicada, orientada a la resolución de un problema, fenómeno o conflicto, previamente identificado (estrés parental), con la aplicación de un proceso de terapia aplicado por un profesional capacitado para ello. Además, se escogió un tipo de terapia basado en evidencia.

### 3.2.4 *Alcance*

Por la naturaleza de la investigación descrita hasta el momento tuvo un alcance explicativo, puesto que no solo se enfocó en detallar los niveles de estrés parental, sino, además, trató de explicar la relación causal entre el proceso de intervención psicológica y la disminución de los niveles de estrés parental, aspecto relevante porque ayudó a establecer causalidades de estudio, que incluso pueden ser puntos de partida para otros estudios.

### 3.2.5 *Población y muestra*

En torno a la población de estudio, ésta estuvo compuesta por cuidadores primarios de niños que se encuentran legalmente inscritos en los Centros de Desarrollo Infantil seleccionados para el presente estudio. Se decidió realizar un muestreo no probabilístico intencionado a conveniencia de la investigadora con 42 participantes. Quienes fueron distribuidos de forma aleatoria al grupo denominado experimental (n=21); asimismo al grupo de control (n=21). Adicional a esto, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados a continuación:

#### **Criterios de inclusión:**

- Padres o cuidadores de niños entre 1 y 3 años de los niños que estén matriculados y asistan de forma regular a los Centros de Desarrollo Infantil de Otavalo.

- Rango de edad de los padres o cuidadores entre los 18 y 63 años.
- Ser cuidador primario o principal del niño o niña.
- Presentar al menos niveles moderados o bajos y alto en torno al estrés parental.
- Disponer del tiempo necesario para asistir a las 10 sesiones grupales de la TCC.
- Contar con el consentimiento informado
- No haber tomado terapia psicológica grupal o individual en los últimos 6 meses.

#### **Criterios de exclusión:**

- Actualmente, estar en medio de un proceso terapéutico por algún motivo emocional o conductual.
- Ser menor de edad
- Al momento tener algún cuadro psicológico o psiquiátrico que impida el desarrollo de la evaluación en torno al estrés parental.
- Tener alguna enfermedad física que dificulte su participación en las sesiones de intervención terapéutica.

#### *3.2.6 Técnicas e instrumentos*

##### **Técnicas**

Se utilizó como técnica de intervención la TCC, misma que fue aplicada de forma sistemática y organizada durante el tiempo establecido, cumpliendo un total de 10 sesiones de forma grupal adaptándola al enfoque de intervención; debido al número de participantes se decidió incorporar a un profesional del Ministerio de Desarrollo Humano, quien cumplió con funciones de coterapeuta; esto tomando en cuenta los lineamientos establecido al momento del trabajo psicoterapéutico grupal (Malhotra, Mars y Baker, 2025). Las sesiones se enfocaron en modificar pensamientos automáticos y favoreces

habilidades de afrontamiento adaptativo en los cuidadores. De modo que, la TCC permitió el trabajo en torno a la identificación de las distorsiones cognitivas, reestructurar creencias vinculadas principalmente al rol de cuidadores, además de brindarles estrategias de manejo adaptativas que incentiven un desarrollo emocional y bienestar en los niños.

Su inclusión en esta sección del trabajo, responde a la necesidad de contar con una descripción clara y estandarizada del proceso desde la TCC que se siguió al aplicar el protocolo resumido a continuación:

**Tabla 1.** *Síntesis protocolo de intervención TCC*

<b>N° Sesión</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Recurso</b>	<b>Responsable</b>
1	Psicoeducación sobre estrés parental y TCC	Presentar el plan de intervención, establecer el encuadre terapéutico y dar psicoeducación inicial sobre estrés parental y el modelo TCC para que los participantes comprendan la relación pensamiento–emoción–conducta.	Humanos (psicoterapeuta), salón amplio, proyector/laptop	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
2	Identificación de pensamientos automáticos	Enseñar y practicar la identificación de pensamientos automáticos relacionados con situaciones de crianza (paso fundamental para la reestructuración cognitiva).	Registros ABC, pizarra. Diapositivas, ejemplos.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
3	Reestructuración cognitiva	Enseñar y practicar pasos concretos de reestructuración cognitiva: detectar distorsiones, cuestionar pensamientos y generar alternativas más adaptativas; introducir experimentos conductuales.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
4	Entrenamiento en solución de problemas (I)	Introducir el modelo estructurado de solución de problemas (5 pasos) y aplicar los primeros	Hojas de experimento. Diapositiva del esquema, rotafolio.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.

		pasos (definir problema y generar opciones) a situaciones parentales concretas		
5	Entrenamiento en solución de problemas (II)	Completar la aplicación del método (evaluar opciones, elegir e implementar, revisar) y practicar implementación mediante role-playing.	Hojas de registro. Hoja de evaluación de opciones (matriz simple).	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
6	Técnicas de relajación y respiración	Enseñar y practicar técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización guiada) y establecer rutina diaria de práctica.	Hojas de seguimiento. Diapositiva breve, ejemplos.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
7	Autoregulación emocional	Enseñar procedimientos prácticos para detectar señales tempranas de activación emocional y aplicar estrategias para modular emociones antes de reaccionar impulsivamente (técnicas cognitivas, pausa y auto-coaching).	Hojas de práctica. Tarjetas emocionales.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
8	Habilidades de afrontamiento adaptativo	Consolidar y ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento funcionales, sustituyendo patrones desadaptativos (evitación, gritos, castigos excesivos) por alternativas efectivas.	Fichas. Diapositiva con ejemplos.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
9	Mindfulness y atención plena	Entrenar prácticas básicas de mindfulness (atención a la respiración, body-scan, actividad consciente) como herramienta de reducción de la reactividad y mejora de la presencia en la interacción con los hijos.	Hojas de seguimiento. Diapositiva breve.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.
10	Integración y cierre	Integrar todas las técnicas aprendidas, consolidar cambios, elaborar plan de mantenimiento personalizado y preparar	Hojas de registro. Rotafolio grande, marcadores.	Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.

---

a los participantes para la  
evaluación post-test.

---

**Fuente:** *elaboración propia*

## **Instrumentos**

Se utilizó el Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF), desarrollado por Abidin (1995) y validado en español por Lucero y Figueroa (2021), mismo que consta de 36 ítems distribuidos en tres subescalas: malestar parental, disfunción en la interacción y niño difícil. Cada ítem se responde en escala Likert de cinco puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo). Esta versión ha demostrado alta confiabilidad ( $\alpha = .91$ ) y es ampliamente utilizada en investigaciones de intervención con cuidadores primarios. Si bien es cierto, el PSI-SF a la fecha actual no cuenta con estudios de validación o adaptación a población ecuatoriana, su versión en español ha sido utilizada y validada en contextos latinoamericanos cultural y lingüísticamente similares, y se demostró adecuados índices de confiabilidad y validez, además estudios con población similar, educadores primarios el cuestionario mostró alta consistencia interna con un alfa de cronbach de 0,91 aspecto que respalda su utilización en investigaciones de intervención psicológica en contextos comunitarios, tal como en el estudio actual (Lucero & Figueroa, 2021; Chandran et al., 2022).

## **3.3 Procedimiento**

### *3.3.1 Definición de las variables de investigación*

Variable independiente: Uno de los principios fundamentales de la TCC es que los pensamientos influyen directamente en las emociones y conductas de los individuos. Así, las distorsiones cognitivas o patrones de pensamiento disfuncional son objetivos primarios de intervención terapéutica (Beck, 2011). El objetivo de la TCC consiste en identificar, cuestionar y reemplazar estos pensamientos automáticos con alternativas más

racionales y adaptativas, favoreciendo un cambio conductual y emocional sostenido. A partir de una perspectiva explicativa, la TCC, es concebida como un factor causal que interviene sobre el estrés parental, de modo que la TCC actúa como una variable que ha sido intervenida, cuya aplicación permite explicar los cambios observados en los niveles de estrés parental de los cuidadores primarios.

Variable dependiente: El estrés parental es un estado psicológico que emerge cuando las demandas del rol de cuidador exceden los recursos percibidos para cumplirlo de manera efectiva. Según Karatatar y Bilge, (2024) este tipo de estrés se manifiesta en la interacción diaria con los hijos, especialmente en contextos de crianza compleja como familias monoparentales, con hijos con necesidades especiales o en condiciones socioeconómicas precarias.

### 3.3.2 Operacionalización de las variables

**Tabla 2.** Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas o instrumentos
<b>Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</b>	Reestructuración cognitiva	Identificación de pensamientos automáticos	de	Programa de 8-10 sesiones grupales basadas en TCC, aplicadas por un terapeuta clínico certificado. Registro de asistencia y seguimiento.
	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	Adopción de respuestas adaptativas	de	
	Resolución de problemas	Reducción de reacciones emocionales negativas	de	
<b>Estrés Parental</b>	Malestar parental	Agotamiento emocional		<b>Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF).</b>
	Disfunción en la interacción	Percepción de ineptitud parental	de	
	Niño difícil	Conflictos con el niño	de	

Percepción de  
comportamiento  
difícil

---

**Fuente:** *elaboración propia*

### **3.4 Consideraciones bioéticas**

#### *3.4.1 Declaración de Helsinki*

La investigación se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando el bienestar, dignidad y derechos de los participantes. Todos los cuidadores fueron informados detalladamente sobre los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Se firmó un consentimiento informado y se aseguró la confidencialidad de los datos (Consejo Nacional de Planificación., 2021).

## CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

Antes de presentar los resultados del estudio principal, fue necesario describir las características sociodemográficas de los cuidadores primarios que participaron en la investigación. Esta información permitió contextualizar adecuadamente a la muestra y comprender mejor las condiciones personales, sociales y educativas que podrían influir en la percepción y manejo del estrés parental, así como en la recepción y efectividad de la intervención terapéutica aplicada.

En la Tabla 3, en torno al sexo del *Grupo Control*, el 95,2% corresponde a femenino y únicamente el 4,8% a masculino; en torno a la edad existe una media de 38,9 y una D.E. de 8,75 con respecto al estado civil, el 42,9% está casado/a, el 23,8% soltero, el 14,3% en unión de hecho y también el 14,3% divorciado y finalmente el 4,8% es viudo, hablando de la identificación religiosa el 38,1% es católico, seguido del 33,3% cristiano, el 9,5% (entre otro y sin identificación) y con el 4,8% (Testigos de Jehová y Mormón). Sobre el nivel de instrucción: el 38,1% menciona haber culminado sus estudios de tercer nivel, seguido del 33,3% quien completo sus estudios secundarios y el 19,0% estudios primarios y solo el 9,5% estudios de cuarto nivel

Mientras que en el *Grupo Experimental* el 90,5% fueron mujeres y el 9,5% hombres. Su media de edad media fue 41,70 con una D.E de 9,90 en relación al estado civil: el 47,6% es soltero/a, en igual porcentaje con el 19,0% (solteros y divorciados), en unión de hecho el 9,5% y viudo/a el 4,8%. Sobre la identificación religiosa el 49,2% revela ser católico el 28,6% cristiano, en menor proporción el restante se divide en: Testigos de Jehová, otros y sin identificación religiosa. En cuanto al nivel académico, el

47,6% tiene estudios de tercer nivel, el 28,6% secundaria, el 14,3% primaria y el 9,5% cuarto nivel.

**Tabla 3. Datos demográficos 1**

Variable	Grupo control	Grupo experimental
	n = 21	N = 21
	f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)	f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)
<b>Sexo</b>		
Masculino	1 (4,8 %)	2 (9,5 %)
Femenino	20 (95,2 %)	19 (90,5 %)
<b>Edad</b>		
Media (DT)	38,90 (8,75)	41,70 (9,90)
Rango	22–60	21–63
<b>Estado civil</b>		
Soltero	5 (23,8 %)	4 (19,0 %)
Casado	9 (42,9 %)	10 (47,6 %)
Unión de hecho	3 (14,3 %)	2 (9,5 %)
Divorciado	3 (14,3 %)	4 (19,0 %)
Viudo	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)
<b>Identificación religiosa</b>		
Católico	8 (38,1 %)	9 (42,9 %)
Cristiano	7 (33,3 %)	6 (28,6 %)
Testigo de Jehová	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)
Mormón	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)
Otro	2 (9,5 %)	2 (9,5 %)
Sin identificación	2 (9,5 %)	2 (9,5 %)
<b>Nivel de instrucción</b>		
Primaria	4 (19,0 %)	3 (14,3 %)
Secundaria	7 (33,3 %)	6 (28,6 %)
Tercer nivel	8 (38,1 %)	10 (47,6 %)
Cuarto nivel	2 (9,5 %)	2 (9,5 %)

**Nota:** *f* = frecuencia; % porcentaje;  $\bar{x}$  = media estadística; D.E = desviación estándar.

En la Tabla 4, para la variable identificación étnica, el 76,2% es mestizo, en igual porcentaje el 9,5% (blanco y afroecuatoriano), el 4,8% es indígena. En torno a la ocupación, el 33,3% es empleado, seguido del 19,05 (labores domésticas y desempleado), el 14,3% trabaja de forma independiente y el 9,5% es estudiante. La media de hijos de este grupo fue 2,10 y una D.E de 0,79 sobre el cuidador principal el 66,7% revela que, si lo es, luego el 19,0% revela que no y el 14,3% comparte el cuidado. Sobre las horas de cuidado la mayor parte, el 47,6% dedican más de 8 horas, y el 38,1% entre 4 a 8 horas. Para la orientación psicológica el 76,2% no ha recibido orientación previa y el 23,8% si ha recibido. Finalmente, el 42,9% un nivel medio bajo, seguido del 28,6% nivel medio y

el 14,3% nivel bajo, en menor porcentajes, medio alto y alto. En cambio, para el *Grupo Experimental*, el 81% es mestizo/a, el 9,2% afroecuatoriano, el 4,8% (blancos e indígenas). En relación a la ocupación, el 38,1% es empleado, seguido del 19,0% (labores domésticas y trabajo independiente), luego el 14,3% está desempleado. La media de hijos de este grupo es de 2,43 con una D.E. de 0,90; también el 76,2% reconoce ser el cuidador principal y el 14,3% no es cuidador principal. En torno a las horas de cuidado el 57,1% refiere hacerlo por más de 8 horas, luego el 33,3% entre 4 a 8 horas. Al hablar de orientación psicológica previa el 76,2% menciona que no y el 23,8% dice que no. Finalmente, el 38,1% refiere un nivel socioeconómico medio bajo, seguido del 28,6% nivel medio, el 19,0% nivel bajo y finalmente el 9,55 un nivel medio alto,

**Tabla 4.** *Datos demográficos 2*

Variable	Grupo control	Grupo experimental
	n = 21 f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)	N = 21 f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)
<b>Identificación étnica</b>		
Mestizo	16 (76,2 %)	17 (81,0 %)
Blanco	2 (9,5 %)	1 (4,8 %)
Afroecuatoriano	2 (9,5 %)	2 (9,5 %)
Indígena	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)
<b>Ocupación</b>		
Labores domésticas	4 (19,0 %)	4 (19,0 %)
Empleado	7 (33,3 %)	8 (38,1 %)
Desempleado	4 (19,0 %)	3 (14,3 %)
Independiente	3 (14,3 %)	4 (19,0 %)
Estudiante	2 (9,5 %)	1 (4,8 %)
Otro	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)
<b>Número de hijos</b>		
Media (DT)	2,10 (0,79)	2,43 (0,90)
Rango	1-4	1-4
<b>Cuidador principal</b>		
Sí	14 (66,7 %)	16 (76,2 %)
No	4 (19,0 %)	3 (14,3 %)
Comparte el cuidado	3 (14,3 %)	2 (9,5 %)
<b>Horas de cuidado</b>		
< 4 horas	3 (14,3 %)	2 (9,5 %)
4 a 8 horas	8 (38,1 %)	7 (33,3 %)

Variable	Grupo control	Grupo experimental
	n = 21	N = 21
	f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)	f /%; ( $\bar{x}$ ; D.E)
> 8 horas	10 (47,6 %)	12 (57,1 %)
<b>Orientación psicológica previa</b>		
Sí	5 (23,8 %)	5 (23,8 %)
No	16 (76,2 %)	16 (76,2 %)
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Bajo	3 (14,3 %)	4 (19,0 %)
Medio bajo	9 (42,9 %)	8 (38,1 %)
Medio	6 (28,6 %)	6 (28,6 %)
Medio alto	2 (9,5 %)	2 (9,5 %)
Alto	1 (4,8 %)	1 (4,8 %)

**Nota:**  $f$  = frecuencia; % porcentaje;  $\bar{x}$  = media estadística; D.E = desviación estándar.

#### 4.2 Resultados evaluación pretest

En la Tabla 5, en la evaluación inicial con la muestra total conformada por 42 cuidadores que tienen a sus hijos en CDI, divididos en *Grupo Control* y *Grupo Experimental*, ( $n = 21$ ), haciendo referencia a las medias y desviaciones estándar para ambos grupos, se infiere que revelan niveles moderados de estrés parental en el momento previo de la intervención; se aprecia también una diferencia media observada: G.C ;  $M = 58,3$  y G.E. ;  $M = 60,1\%$  mostrando una ligera tendencia menor del grupo control con el 1,8 de diferencia, sin embargo al ser tan pequeña no permite concluir de forma inicial una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de estudio. En relación al análisis según los niveles, se aprecia que el *Grupo Experimental*, tiene una proporción mayor en el nivel superior (38,1% vs. 23,8%), aspecto que indica una ligera mayor presencia de estrés parental, previo a la intervención.

En concordancia con lo anterior, en el momento de evaluación inicial, ambos grupos mostraron niveles moderados de estrés parental, sin aparentes diferencias a nivel estadístico en cuanto a la media estadística, aspecto que reafirma que ambos grupos iniciaron el estudio en condiciones homogéneas. Aspecto que llega a ser concordante con

la evidencia disponible en torno al tema, que afirma que el estrés parental está presente en cuidadores primarios de niños menores de 4 años, en especial en contextos de vulnerabilidad socioeconómica (Ribas et al., 2024; Evers et al., 2023).

Asimismo, la pequeña sección de cuidadores del grupo experimental, que puntuaron con niveles altos de estrés parental, se asocia a los hallazgos que señalan cambios individuales que podrían estar relacionados con la carga emocional, la autoeficacia y el reto que significa el cuidado parental (Findling et al., 2024; Pars & Çakir, 2025). Sin embargo, estas diferencias, no se vinculan particularmente como un efecto de la intervención, puesto que los análisis de tipo inferencial que se realizaron posteriormente muestran cambios relacionados al tratamiento.

**Tabla 5.** *Pretest Estrés parental*

<b>Resultado PRETEST (PSS total; rango 18–90)</b>	<b>Grupo control (n = 21)</b>	<b>Grupo experimental (n = 21)</b>	<b>Total (n = 42)</b>
Media (D.E)	58,3 (8,4)	60,1 (9,1)	59,2 (8,8)
Mediana	58	60	59
Rango	42–74	44–78	42–78
Distribución por niveles (tertiles)			
Bajo	6 (28,6 %)	4 (19,0 %)	10 (23,8 %)
Moderado	10 (47,6 %)	9 (42,9 %)	19 (45,2 %)
Alto	5 (23,8 %)	8 (38,1 %)	13 (31,0 %)

**Nota:** *D.E = desviación estándar*

### **4.3 Resultados de la evaluación pos-test**

Posterior a la aplicación de la TCC con el Grupo Experimental con un total de 10 sesiones terapéuticas, se aplicó el cuestionario y se destaca que: la muestra (n = 21) y se evidencian los siguientes aspectos: revela un cambio pequeño (de 58,3 a 57,5) en relación a la media estadística del cuestionario de estrés parental (PSS) y este hallazgo es consistente con la falta o frente a la ausencia de una intervención (Ver Tabla 6).

Mientras que el Grupo Experimental (quienes si recibieron el tratamiento de TCC), refleja un considerable descenso de 60,1 a 48,7 en cuanto a la media estadística; esto muestra de forma inicial un efecto clínicamente positivo y relevante de la TCC. Esta tendencia es concordante con la evidencia sólida que respalda la eficacia de la TCC para la reducción del estrés, y los síntomas asociados como la ansiedad, sobrecarga y desgaste emocional en los síntomas emocionales de los cuidadores de niños, incluyendo padres de niños con problemas en el desarrollo emocional, enfermedades crónicas y dificultades a nivel conductual (Izadi-Mazidi et al., 2015; Li et al., 2024; Vázquez et al., 2024).

Dichos estudios, respaldan la importancia de la TCC, en especial cuando se trabaja desde la reestructuración cognitiva, fomento de habilidades de afrontamiento y la identificación de esquemas a nivel cognitivo que mantienen el malestar; aspecto que también parece verse evidenciado en la presente investigación. Puesto que la porción de participantes en el nivel alto de estrés parental, reduce significativamente de 38,1% a 19,1% y a su vez se incrementa la sección de los participantes en nivel bajo de estrés parental de 19,0% a 47,6% por lo que se infiere que la intervención generó cambios a nivel de percepción de estrés y también da pautas de manejo de este tipo de experiencias.

A diferencia del grupo control, mismo que no reflejó cambios importantes en los dos momentos de evaluación, puesto que solo mostró una disminución mínima de 1,37% en sus puntuaciones promedio. Esta consistencia reafirma que la disminución de los niveles de estrés no es proporcional al tiempo ni a componentes de origen externo, sino más bien a la intervención psicoterapéutica. Algunos antecedentes investigativos, revelan que, frente a la ausencia de intervención terapéutica, parece ser que el estrés parental se mantiene o incluso pudiera incrementar en intensidad, esto debido a la acumulación de cansancio y fatiga que demanda el cuidado, y en ocasiones el estado de vulnerabilidad de los niños, por condiciones externas (Mbatha & Mokwena, 2023; Zeng et al., 2023). Con

esto se confirma la relevancia de la aplicación de intervenciones terapéuticas bien organizadas y basadas en la evidencia.

**Tabla 6.** *Resultados Posttest Estrés Parental*

<b>Resultado POSTEST (PSS total; rango 18–90)</b>	<b>Grupo control (n = 21)</b>	<b>Grupo experimental (n = 21)</b>	<b>Total (n = 42)</b>
Media (D.E)	57,5 (8,2)	<b>48,7 (7,5)</b>	53,1 (8,8)
Mediana	57	<b>49</b>	53
Rango	41–72	<b>35–63</b>	35–72
Distribución por niveles (tertiles)			
Bajo	5 (23,8 %)	<b>10 (47,6 %)</b>	15 (35,7 %)
Moderado	10 (47,6 %)	7 (33,3 %)	17 (40,5 %)
Alto	6 (28,6 %)	<b>4 (19,0 %)</b>	10 (23,8 %)

**Nota:** *D.E = desviación estándar*

#### 4.4 Pruebas de diferencias pre y postratamiento

##### 4.4.1 Diferencias significativas entre pre y post de los grupos

En la Tabla 7, en la medición o evaluación inicial, pretest los dos grupos revelaron niveles de estrés, por su parte el *Grupo Control*, obtuvo una media de 58,3 con una D.E = 8,6 mientras que el *Grupo Experimental*, tuvo una media un poco mayor con 60,1 y una D.E = 7,9. A diferencia del pos-test, los cambios fueron más notorios, el Grupo Control reveló un descenso ligeramente mínimo ( $M = 57,5$ ;  $DT = 8,2$ ), pero el Grupo experimental si evidenció una reducción considerable ( $M = 48,7$ ;  $DT = 7,5$ ), asociada al proceso de intervención cognitivo conductual.

En torno a la comparación de los cambios, los dos grupos reflejaron diferencias significativas. El grupo experimental tuvo una disminución en su nivel de estrés en un 18,97%, mientras que el grupo control apenas una disminución de 1,37%. De acuerdo a la prueba t para muestras independientes ( $t = 7,12$ ,  $p < 0,001$ ) y también la no paramétrica U de Mann–Whitney ( $U = 51$ ,  $p < 0,001$ ); muestran que la magnitud del cambio es estadísticamente significativa; es decir si existe una diferencia entre el pretest y pos-test.

De igual forma, se realizó una prueba complementaria Cohens-d (para medir el tamaño del efecto), obteniendo un efecto significativo del del grupo experimental pos-test con un tamaño de efecto grande ( $d = 1,84$ ). Aspecto que sugiere que las sesiones de TTC, tuvieron un impacto significativo sobre el grupo experimental, este hallazgo se asocia con estudios de metaanálisis que revelaron tamaño del efecto similares en intervenciones de la TCC que buscaban reducir el estrés en diversas poblaciones (Hofmann et al., 2012; Cuijpers et al., 2013). Esta relación del estudio, con la evidencia disponible, da pauta para confiar que las intervenciones terapéuticas, basadas en la evidencia ayudan a mitigar los efectos del estrés en cuidadores primarios.

Adicionalmente, estos hallazgos, se pueden interpretar a partir de los modelos contextuales contemporáneos de la regulación emocional, mismos que sugieren que el estrés parental, empeora cuando los cuidadores carecen de estrategias de manejo adaptativas para manejar las respuestas cognitivas y reacciones fisiológicas de los cuidadores frente a las exigencias del medio (Gross, 2015; Aldao et al., 2010). Por ello, la TCC, al enfocarse en la identificación y modificación de pensamientos de tipo automático y disfuncionales, además de la activación conductual y gestión eficiente de los problemas, brinda además a los cuidadores herramientas concretas para la reducción de la percepción de amenaza y así aumentar el locus de control interno (Beck, 1976; Beck, 2011). Por lo que, no solo reduce el malestar a nivel emocional, sino que a su vez tiene un impacto positivo sobre la dinámica relacional cuidador e hijo, como lo hablan varios estudios de corte longitudinal (Neece et al., 2012; Rusu et al., 2025).

Finalmente, los efectos positivos y cambios notables en el grupo experimental, podrían entenderse como parte de un proceso interno, amplio y profundo de fortalecimiento de resiliencia parental. Intervenciones desde el modelo de TCC han revelado aumentar la flexibilidad cognitiva, desarrollo de estrategias de afrontamiento

más adaptativas y de esta forma mejorar la capacidad de respuesta de los cuidadores ante situaciones estresantes, sin que estas terminen en desgaste emocional (Chi et al., 2024; Urbanowicz et al., 2023). De modo que, la disminución de un 19% en el nivel de estrés parental, se considera como un hallazgo clínico significativo, además que resalta la importancia de intervenciones terapéuticas grupales para mejorar el bienestar y armonía de las familias y de esta forma construir al desarrollo integral de los niños, desde un enfoque de salud mental comunitaria.

**Tabla 7.** Prueba estadística diferencia por grupos

<b>Estrés parental (PSS)</b>	<b>Grupo Control (n= 21)</b>	<b>Grupo experimental (n = 21)</b>
Pretest (Media; D.E)	58,3 (8,6)	60,1 (7,9)
Postest (Media; D.E)	57,5 (8,2)	48,7 (7,5)
T muestras independientes (Pre - Post).	<b>-0,8 (2,1)</b>	<b>-11,4 (4,3)</b>
% Cambio (niveles)	-1,37 %	-18,97 %
Tamaño efecto- Cohens-d	d = 0,19 (pequeño)	<b>d = 1,84 (muy grande)</b>
Comparación entre grupos (t test)	t = 7,12, p < 0,001	—
U Mann–Whitney	U = 51, p < 0,001	—

Según se aprecia en la Tabla 8, con el propósito de analizar la varianza del efecto producto de la intervención mediante la TCC, se procedió a realizar una ANOVA, de medidas repetidas a través de un diseño 2x2, tomando en cuenta como factores intra-sujetos el tiempo (pretest y postest) mientras que el factor inter-sujetos fue el grupo (control y experimental). Los resultados muestran un efecto principal significativo del tiempo  $F(1,40) = 32,84$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2p = 0,45$  y un efecto significativo del grupo  $F(1,40) = 28,19$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2p = 0,41$ . Y de manera relevante, se apreció una interacción significativa en torno al Grupo x Tiempo,  $F(1,40) = 47,62$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2p = 0,54$  resultado que indica la reducción del estrés parental fue significativamente mayor en el grupo que tuvo la intervención de TCC en comparación con el grupo control.

**Tabla 8.** *Anova mixta (Grupo × Tiempo)*

<b>Efecto</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b><math>\eta^2</math> parcial</b>
Tiempo	F (1,40) = 32,84	< .001	0,45
Grupo	F (1,40) = 28,19	< .001	0,41
<b>Grupo × Tiempo</b>	<b>F (1,40) = 47,62</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>0,54</b>

**Nota:**  $\eta^2$  parcial = tamaño del efecto.

### Conclusiones y recomendaciones

En torno a las características demográficas de la muestra, en su mayoría es femenina, con edades entre los 21 y 63 años, con mayor presencia de personas que refieren un nivel socioeconómico entre medio y medio bajo, en torno al nivel de instrucción académica, hubo un predominio de formación en tercer nivel, y la mayor parte desempeña un rol de cuidador directo por más de ocho horas al día, estos datos son concordantes con un perfil de cuidador altamente demandante y desgastante con responsabilidades y exigencias intensas, vinculadas a la presencia de estrés parental.

Con respecto a los niveles iniciales de estrés, los cuidadores de ambos grupos obtuvieron estrés parental en niveles moderados, sin diferencias estadísticamente significativas tanto en el grupo control con el grupo experimental al inicio, es decir en el pretest.

La aplicación de la TCC, produjo una disminución significativa del estrés parental en el grupo experimental, esto se vio evidenciado en el descenso de las puntuaciones del estrés en nivel alto. Los cuidadores del grupo experimental aprendieron estrategias de afrontamiento desde el enfoque cognitivo conductual que facultan su regulación y gestión emocional. Esto confirma que la TCC es aplicable, operativa y efectiva en contextos grupales.

El grupo experimental, reveló cambios estadísticamente significativos, puesto que mientras el grupo control mantuvo los mismos niveles de estrés parental encontrados al inicio, El tamaño del efecto ( $d = 1,84$ ) confirmó, un impacto positivo de la TCC en torno a la reducción del estrés parental. Este hallazgo y diferencia entre grupos, revela que el cambio evidenciado se asocia a la intervención y no a factores de tipo externos o al tiempo.

### **Recomendaciones**

Frente al perfil demográfico descrito de los cuidadores, se recomienda implementar programas psicoeducativos que estén disponibles, adaptados a nivel cultural, además de dar continuidad a la modalidad grupal, y también sería interesante fortalecer las redes comunitarias.

Se recomienda desarrollar evaluaciones constantes a los cuidadores, considerando variables como el estrés parental, regulación emocional, puesto que la presencia de niveles moderados guarda estrecha relación con afectaciones la calidad del cuidado de los niños y niñas. Utilizar instrumentos estandarizados, permite la detección pronta de posibles situaciones de riesgo. Y de esta forma se podrán direccionar intervenciones oportunas.

Dada la efectividad encontrada de la TCC, mediante las aplicaciones grupales, se recomienda incorporar ciclos regulares de 6 a 8 sesiones con seguimiento mensual que permita fortalecer el aprendizaje, además sería interesante capacitar a psicólogos de la red de protección especial del Ministerio de Desarrollo Humano, para que puedan brindar este tipo de intervenciones y así favorecer cambios en cada una de las poblaciones objetos en los diversos programas.

Una vez se ha demostrado que la TCC, generó cambios significativos, se recomienda incorporarla como una de las estrategias a nivel institucional desde la prevención y acompañamiento emocional a los cuidadores. El desarrollo de comparativos adicionales, podrían evaluar la duración óptima del tratamiento y su efecto a largo plazo.

En torno a la investigación, de forma general se recomienda ejecutar estudios con diseños experimentales y longitudinales, que consideren la inclusión de muestras más robustas y diversas, que den la pauta para verificar la estabilidad y permanencia en virtud del tiempo de los efectos de la TCC sobre el estrés parental, permitiendo la generalización de los hallazgos, con evidencia de que los cambios permanecen estables en el tiempo, con evolución favorable de las habilidades de los cuidadores.

## REFERENCIAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Registro Oficial No. 737. <https://www.defensoria.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/C%C3%B3digo-de-la-Ni%C3%B1ez-y-Adolescencia.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial Suplemento No. 423. <https://www.salud.gob.ec/ley-organica-de-salud/>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. [https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2011-22098-000>
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>

- Chi, N.-C., Han, S., Lin, S.-Y., Fu, Y.-K., Zhu, Z., Nakad, L., & Demiris, G. (2024). Resilience-enhancing interventions for family caregivers: A systematic review. *Chronic Illness*, 20(2), 199–220. <https://doi.org/10.1177/17423953231174928>
- Consejo Nacional de Planificación. (2021). *Plan Nacional de Desarrollo: Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025*. Secretaría Técnica de Planificación “Planifica Ecuador”. <https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2021-2025/>
- Cuenca, V., & Pachar, A. (2020). *Apoyo social y estrés parental en madres adolescentes de la comunidad de Saraguro*. [Proyecto de investigación, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/server/api/core/bitstreams/33d55541-4a21-490d-901e-113a9821b375/content>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Doan, S., Yu, S., Wright, B., Fung, J., Saleem, F., & Lau, A. (2022). Resiliencia y procesos de socialización familiar en jóvenes de minorías étnicas: Aclarando la paradoja del logro y la salud. *Revista Clínica de Psicología Infantil y Familiar*, 25(1), 75–92. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-022-00389-1>
- Dunst, C. J. (2023). A Meta-Analysis of Informal and Formal Family Social Support Studies: Relationships with Parent and Family Psychological Health and Well-Being. *International Journal of Caring Sciences*, 16, 514. [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.  
<https://psycnet.apa.org/record/1963-01437-000>
- Evans, G., & De France, K. (2022). Childhood poverty and psychological well-being: The mediating role of cumulative risk exposure. *Development and Psychopathology*, 34(3), 911–921. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001947>
- Evers, O., Georg, A. K., Wegener, C., Sidor, A., & Taubner, S. (2023). Transactional Relations between Child Functioning and Parenting Stress in the First Years of Life: A Longitudinal Study among Psychosocially Burdened Families. *Psychopathology*, 56(1–2), 29–40. <https://doi.org/10.1159/000524101>
- Findling, Y., Itzhaki, M., & Barnoy, S. (2024). Parental Burnout—A Model of Risk Factors and Protective Resources Among Mothers of Children with/Without Special Needs. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(11), 2883–2900. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14110189>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Suarez, C., & Gillespie, C. (2018). Dialectical behaviour therapy for treating adults and adolescents with emotional and behavioural dysregulation: study protocol of a coordinated implementation in a publicly funded health service. *BMC Psychiatry*, 18(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1627-9>
- Gadot, L., Segev, E., & Fine, M. (2025). Work-Family Conflict, Parental Stress, and Work Centrality Among Parents of 0–4-Year-Old Children with Neurodevelopmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-025-06889-7>

- Gallardo, A., & De Grandis, M. (2024). Factores socioeconómicos, Estrés Parental y autorregulación emocional en niños/as de 2 a 5 años de GBA. *CONICET* -. <https://www.aacademica.org/000-048/628>
- Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., & Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>
- Gee, D. (2021). Early Adversity and Development: Parsing Heterogeneity and Identifying Pathways of Risk and Resilience. *American Journal of Psychiatry*, 178(11), 998–1013. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21090944>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gutiérrez, N., Álvarez, M., & Rodrigo López, M. J. (2023). La parentalidad en las familias latinoamericanas tras la migración: una revisión sistemática de factores de riesgo y factores de protección de Nauzet. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 15(2), 37–67. <https://doi.org/10.17151/rlef.2023.15.2.3>
- Güven Baysal, Ş., & Çorabay, S. (2024). Caregiver Burden and Depression in Parents of Children with Chronic Diseases. *Turkish Archives of Pediatrics*, 59(1), 70–77. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2024.23126>

Harris, R., Ciarrochi, J., & Hayes, S. (2023). *ACT made simple* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

[https://www.actmindfully.com.au/upimages/ACT Made Simple Introduction and first two chapters.pdf](https://www.actmindfully.com.au/upimages/ACT_Made_Simple_Introduction_and_first_two_chapters.pdf)

Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 141–168.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press.

<https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>

Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2023). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14347>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). (I. Editores, Ed.) Mexico D.F.: Mc. Graw Hill.

Hoffmann, J., Alegría, M., Alvarez, K., Anosike, A., Shah, P. P., Simon, K. M., & Lee, L. K. (2022). Disparities in Pediatric Mental and Behavioral Health Conditions. *Pediatrics*, 150(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058227>

- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hwang, B., Granger, D. A., Brecht, M. L., & Doering, L. V. (2022). Cognitive behavioral therapy versus general health education for family caregivers of individuals with heart failure: a pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02996-7>
- Izadi-Mazidi, M., Riahi, F., & Khajeddin, N. (2015). Effect of cognitive behavior group therapy on parenting stress in mothers of children with autism. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-1900>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Karatatar, H., & Bilge, F. (2024). Ergenlik Döneminde Çocuğu Olan Kadınlarda Ebeveynlik Stresi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.30964/auebfd.1544014>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- King, R. (2002). Book Review: Cognitive Therapy of Depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 272–275. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>

- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Larsson, A., Hartley, S., & McHugh, L. (2022). A randomised controlled trial of brief web-based acceptance and commitment Therapy on the general mental health, depression, anxiety and stress of college Students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *24*, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.02.005>
- Li, S., Yong, Y., Li, Y., Li, J., & Xie, J. (2024). Cognitive-Based Interventions for Improving Psychological Health and Well-Being for Parents of Children with Developmental Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *54*(9), 3316–3335. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06063-x>
- Losada, A., Márquez- González, M., & Romero- Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*(11), 1119–1127. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>
- Martinez, R. R., Marraccini, M. E., Knotek, S. E., Neshkes, R. A., & Vanderburg, J. (2022). Effects of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A) Program of Rural Ninth-Grade Students. *School Mental Health*, *14*(1), 165–178. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09463-5>

- Masten, A. (2024). Emergence and evolution of developmental resilience science over half a century. *Development and Psychopathology*, 36(5), 2542–2550. <https://doi.org/10.1017/S0954579424000154>
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in Development and Psychopathology: Multisystem Perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 521–549. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Mbatha, N. L., & Mokwena, K. E. (2023). Parental Stress in Raising a Child with Developmental Disabilities in a Rural Community in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3969. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053969>
- McWhorter, L., Christofferson, J., Neely, T., Hildenbrand, A. K., Alderfer, M. A., Randall, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Parental post-traumatic stress, overprotective parenting, and emotional and behavioural problems for children with critical congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 32(5), 738–745. <https://doi.org/10.1017/S1047951121002912>
- Ministerio de Educación. (2011). *Ley Orgánica de Educación Intercultural*. Registro Oficial No. 417. [https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Ley\\_Organica\\_de\\_Educacion\\_Intercultural.pdf](https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Ley_Organica_de_Educacion_Intercultural.pdf)
- Montalvo, A., Sierra, L., & Carmona, Y. (2022). Apoyo social y carga del cuidador del paciente con cáncer: revisión sistemática. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(1), 119–134. <https://doi.org/10.22463/17949831.3104>

- Malhotra, A., Mars, J., & Baker, J. (2025). *Terapia de grupo*. California: StatPearls Publishing LLC. Obtenido de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Nunes, C., Martins, C., Ayala-Nunes, L., Matos, F., Costa, E., & Gonçalves, A. (2021). Parents' perceived social support and children's psychological adjustment. *Journal of Social Work*, 21(3), 497–512. <https://doi.org/10.1177/1468017320911614>
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/ecuador/convención-sobre-los-derechos-del-niño>
- Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/convencion.asp>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, February 21). *Salud mental y estrés: Informe mundial*. Estrés. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Pars, H., & Çakir, B. (2025). Exploring the intersection of caregiving burden, parenting stress, and self-efficacy in caregivers of children born with esophageal atresia. *Journal of Pediatric Nursing*, 83, 146–153. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.04.034>
- Prakash, R. S., Shankar, A., Tripathi, V., Yang, W. F. Z., Fisher, M., Bauer, C. C. C., Betzel, R., & Sacchet, M. D. (2025). Mindfulness Meditation and Network

- Neuroscience: Review, Synthesis, and Future Directions. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 10(4), 350–358.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.11.005>
- Rahimi, F., Mirghafourvand, M., Farvareshi, M., & Yavarikia, P. (2023). The effect of cognitive behavioral therapy on stress and anxiety of mothers of girls with precocious puberty symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05216-7>
- Randles, J. (2020). “Harder Being Without the Baby”: Fathers’ Coparenting Perspectives in Responsible Fatherhood Programming. *Journal of Marriage and Family*, 82(2), 550–565. <https://doi.org/10.1111/jomf.12641>
- Ribas, L. H., Montezano, B. B., Nieves, M., Kampmann, L. B., & Jansen, K. (2024). The role of parental stress on emotional and behavioral problems in offspring: a systematic review with meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 100(6), 565–585.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.02.003>
- Ríos, M., Zekri, S., Alonso-Esteban, Y., & Navarro-Pardo, E. (2022). Parental Stress Assessment with the Parenting Stress Index (PSI): A Systematic Review of Its Psychometric Properties. *Children*, 9(11), 1649.  
<https://doi.org/10.3390/children9111649>
- Rusu, P. P., Candel, O.-S., Bogdan, I., Ilciuc, C., Ursu, A., & Podina, I. R. (2025). Parental Stress and Well-Being: A Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 28(2), 255–274. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00515-9>
- Sanchez, C., & Santacruz, J. (2024). *Estrés Parental en la crianza de hijos diagnosticados con TDAH y Dinámicas Familiares, un estudio de caso en Quito, Ecuador* [Proyecto de investigación, Universidad de las Américas].

<https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/17331/1/UDLA-EC-TMPST-2024-53.pdf>

- Scheidecker, G., Chaudhary, N., Keller, H., Mezzenzana, F., & Lancy, D. F. (2023). “Poor brain development” in the global South? Challenging the science of early childhood interventions. *Ethos*, *51*(1), 3–26. <https://doi.org/10.1111/etho.12379>
- Tandazo, B. (2020). Estresores Parentales en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Loja, Ecuador. Autores/as Bertila Maruja Tandazo Agila. *Revista San Gregorio*, *43*.  
<https://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/1407>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, *16*(4), 213–225.  
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social Support and Physical Health: Models, Mechanisms, and Opportunities. In *Principles and Concepts of Behavioral Medicine* (pp. 341–372). Springer New York.  
[https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4\\_12](https://doi.org/10.1007/978-0-387-93826-4_12)
- Urbanowicz, A. M., Shankland, R., Rance, J., Bennett, P., Leys, C., & Gauchet, A. (2023). Cognitive behavioral stress management for parents: Prevention and reduction of parental burnout. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *23*(4), 100365. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100365>
- van Leeuwen, H., Sinnaeve, R., Witteveen, U., Van Daele, T., Ossewaarde, L., Egger, J. I. M., & van den Bosch, L. M. C. (2021). Reviewing the availability, efficacy and clinical utility of Telepsychology in dialectical behavior therapy (Tele-DBT).

*Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 26.  
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00165-7>

Vázquez, L., Lagunes, R., Lerma, A., Mestre, J. M., & Rosas, F. (2024). Efecto de una intervención cognitivo-conductual en cuidadores de niños con TEA: depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida. *Ansiedad y Estrés*, 30(1), 27–34.  
<https://doi.org/10.5093/anyes2024a4>

Vizoso, C. (2024). Child maltreatment and parental burnout. Systematic review. In *Pedagogia Social* (Issue 44, pp. 177–188). Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2024.44.10](https://doi.org/10.7179/PSRI_2024.44.10)

Xu, H., Cai, J., Sawhney, R., Jiang, S., Buys, N., & Sun, J. (2024). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Helping People on Sick Leave to Return to Work: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 34(1), 4–36. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10116-4>

Zajdel, M., Swan, T., Robinson, T., Keller, K. R., Mountcastle, L., & Koehly, L. M. (2023). Stress, coping, and physical health in caregiving. *Translational Issues in Psychological Science*, 9(2), 123–136. <https://doi.org/10.1037/tps0000349>

Zayde, A., Kilbride, A., Kucer, A., Willis, H. A., Nikitiades, A., Alpert, J., & Gabbay, V. (2022). Connection During COVID-19: Pilot Study of a Telehealth Group Parenting Intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 75(2), 67–74.  
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210005>

Zeng, S., Yuan, L., Lee, Y., Guan, Y., Volk, K., O’Riordan, M., & Stone, A. (2023). *Parental Stress in Raising a Child with Mental Health and Behavior Problems* (pp. 137–154). [https://doi.org/10.1007/978-3-031-24926-6\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-031-24926-6_8)

## ANEXOS

### Anexo 1: Fichas de seguimiento intervención terapéutica TCC

#### Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 1

**Fecha:** 27/10/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

#### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 21 / 21
- **Participantes ausentes:** cero

#### 2. Objetivo de la sesión

Brindar psicoeducación inicial sobre el estrés parental y el modelo cognitivo-conductual, presentar el plan de intervención y establecer el encuadre terapéutico, con el fin de que los participantes comprendan la relación pensamiento–emoción–conducta y su influencia en las respuestas ante situaciones estresantes.

#### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
<b>Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes entendieron la finalidad de la intervención y la estructura del programa.
<b>Hubo participación activa en las actividades.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación en presentación personal, discusión de experiencias y dinámicas iniciales.
<b>Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se introdujeron técnicas básicas de respiración y registro de estrés; algunos necesitaron guía para practicar correctamente.
<b>Se cumplió el tiempo planificado.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se realizaron según lo previsto.

#### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Participantes identificaron adecuadamente situaciones estresantes vinculadas a su rol parental.
  - La mayoría logró **expresar un ejemplo claro de pensamiento–emoción–conducta**, coherente con lo trabajado en la psicoeducación de TCC.
  - Se evidenció reconocimiento de que el estrés parental es una experiencia común y modificable mediante estrategias cognitivas y conductuales

#### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**

- Algunos participantes requirieron apoyo para diferenciar entre *pensamiento* y *emoción* durante la psicoeducación.
- Se observaron dudas iniciales al formular pensamientos automáticos, las cuales disminuyeron con ejemplos guiados.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Registrar durante la semana una situación estresante, cómo pensó, qué sintió, y como actuó.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5): 1 2 3 X4 5
- Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5): 1 2 3 X4 5
- Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5): 1 2 3 X4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La sesión se desarrolló conforme al plan establecido. El grupo se mostró receptivo, participativo y dispuesto a compartir experiencias de estrés parental. La presentación del modelo cognitivo-conductual fue comprendida en términos generales y generó reflexión relevante.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Reforzar brevemente el modelo ABC al inicio para consolidar la identificación de pensamientos automáticos.
- Revisar la tarea y utilizar ejemplos de los participantes para facilitar la transición hacia las técnicas cognitivas de la próxima sesión.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 2

**Fecha:** 31/10/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 21 / 21
- **Participantes ausentes:** cero

### 2. Objetivo de la sesión

*(Resumir el objetivo general de la sesión trabajada)*

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
<b>Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La mayoría comprendió cómo los pensamientos influyen en emociones y conducta.
<b>Hubo participación activa en las actividades.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes compartieron ejemplos personales y participaron en ejercicios de identificación de pensamientos y emociones.
<b>Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	Durante la práctica de registro de pensamientos automáticos, algunos necesitaron apoyo para diferenciar pensamientos de hechos y emociones.
<b>Se cumplió el tiempo planificado.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se realizaron dentro del tiempo previsto.

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**

Los participantes mostraron buena comprensión y aplicaron la técnica según lo planificado

Los participantes lograron identificar pensamientos automáticos asociados a situaciones estresantes de crianza.

Durante el ejercicio en parejas, la mayoría pudo diferenciar claramente entre el evento (A), el pensamiento (B) y la consecuencia emocional/conductual (C).

Hubo mayor capacidad para verbalizar pensamientos que antes pasaban desapercibidos, como juicios personales del tipo “no soy buen padre/madre” o “mi hijo siempre me ignora”.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**

Algunos participantes presentaron dificultad para distinguir entre pensamiento y emoción, especialmente al describir situaciones de conflicto con sus hijos.

Dos participantes requirieron apoyo adicional para completar la hoja ABC, ya que tendían a relatar el evento de manera muy amplia y poco específica.

Se observó también cierta resistencia inicial a compartir ejemplos personales, posiblemente por incomodidad o temor a ser juzgados, aunque esta barrera disminuyó durante el ejercicio grupal.

### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Identificar dos pensamientos automáticos distintos durante la semana.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

**7. Evaluación cualitativa de la sesión**

- Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5): 1 2 3 4 5
- Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5): 1 2 3 4 5
- Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5): 1 2 3 4 5

**8. Observaciones del facilitador/a**

- La sesión se desarrolló de manera fluida y con un buen nivel de apertura emocional. El trabajo en parejas facilitó que los participantes se sintieran más cómodos compartiendo situaciones personales. Fue necesario intervenir en algunos momentos para modelar preguntas socráticas básicas que ayudaran a los participantes a identificar los pensamientos más automáticos y no quedarse solo en la descripción del comportamiento del niño.
- El grupo mantiene un clima respetuoso y colaborativo, lo cual favorece el aprendizaje. La participación fue mayor que en la sesión 1.

**9. Recomendaciones para la siguiente sesión**

- En la sesión 3 se iniciará con un breve repaso práctico del modelo ABC, reforzando especialmente la diferencia entre pensamiento y emoción.
- También sería útil revisar 1 ejemplos real de pensamientos automáticos del grupo para conectar este material con la reestructuración cognitiva, técnica central de la próxima sesión.
- Se brindará ejemplos concretos de distorsiones cognitivas aplicadas a situaciones de crianza para facilitar la comprensión.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 3

**Fecha:** 05/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 18 / 21
- **Participantes ausentes:** 3 por motivos personales

### 2. Objetivo de la sesión

Enseñar y practicar los pasos centrales de la reestructuración cognitiva, incluyendo la identificación de distorsiones cognitivas, el cuestionamiento socrático de pensamientos automáticos y la generación de alternativas más equilibradas. Además, introducir la lógica de los experimentos conductuales como estrategia para comprobar creencias y promover cambios en patrones de afrontamiento.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La mayoría entendió la relación entre pensamientos distorsionados y emociones negativas, y cómo reemplazarlos por pensamientos más adaptativos.
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes compartieron ejemplos de situaciones estresantes y practicaron en parejas la identificación y reformulación de pensamientos.
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	Algunos necesitaron apoyo del facilitador para diferenciar pensamientos automáticos de creencias más profundas y para generar alternativas más realistas.
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se desarrollaron según lo programado.

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
- La mayoría de los participantes identificó con claridad al menos una distorsión cognitiva presente en los pensamientos analizados, destacando especialmente “todo o nada”, “predicción del futuro” y “deberías”.
- Durante el trabajo en subgrupos, los participantes aplicaron adecuadamente las preguntas socráticas, evidenciando mayor capacidad para evaluar objetivamente la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos.
- Los grupos generaron pensamientos alternativos realistas y más equilibrados, ajustados a situaciones cotidianas de crianza.
- Hubo buena comprensión del propósito de los experimentos conductuales, y varios subgrupos lograron formular hipótesis claras y acciones observables para la semana.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**

- A algunos participantes les costó diferenciar entre “pensamiento alternativo” y “idealización”; en ciertos casos, los pensamientos alternativos tendían a ser demasiado positivos o poco realistas.
- Tres participantes mostraron dificultad al formular hipótesis específicas para el experimento conductual, requiriendo guía para operacionalizar la conducta a observar.
- Hubo ligeras dudas al distinguir entre ciertos tipos de distorsiones (por ejemplo, entre “lectura de mente” y “sobregeneralización”), lo que requirió un refuerzo explicativo adicional.
- Persistió cierta inseguridad al momento de compartir ejemplos personales, aunque disminuyó progresivamente en los subgrupos pequeños.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Realizar el experimento conductual diseñado en el subgrupo, registrando qué ocurrió, qué evidencia confirma o refuta la creencia inicial y cualquier cambio observado en la respuesta emocional o conductual.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí  / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La sesión fue dinámica y favoreció la participación. La introducción de distorsiones cognitivas generó discusiones productivas, especialmente cuando los participantes reconocieron distorsiones que solían pasar inadvertidas en situaciones de estrés parental.
- El trabajo en subgrupos facilitó la colaboración y permitió que participantes más callados tuvieran un espacio seguro para expresarse.
- Se requirió modelar el uso de preguntas socráticas para ayudar a generar pensamientos alternativos realistas sin caer en positivismo excesivo.
- El grupo mostró apertura creciente hacia ejercicios experienciales como los experimentos conductuales.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Iniciar con un repaso breve de los experimentos conductuales, revisando 2–3 ejemplos para evaluar avances y reforzar la metodología.
- Profundizar en las distorsiones cognitivas que generaron más dificultad (sobregeneralización, lectura mental y predicción del futuro).
- Incluir ejemplos concretos de reestructuración cognitiva aplicada a situaciones de conflicto cotidiano y revisar cómo los cambios en pensamiento afectan el estrés parental.
- Continuar promoviendo el trabajo colaborativo en subgrupos pequeños para favorecer la participación equitativa.

#### Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°: 4**

**Fecha:** 07/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 20 / 21
- **Participantes ausentes:** uno por motivos personales

### 2. Objetivo de la sesión

Introducir el modelo estructurado de solución de problemas en cinco pasos y aplicar los dos primeros pasos:

1. **Definir el problema de manera concreta**
2. **Generar alternativas de solución**

El objetivo es fomentar claridad, creatividad y capacidad de afrontamiento activo ante dificultades parentales.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
<b>Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes entendieron la importancia de definir problemas concretos y generar múltiples alternativas sin juzgar.
<b>Hubo participación activa en las actividades.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes participaron en subgrupos, compartiendo experiencias de crianza y proponiendo soluciones variadas.
<b>Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La mayoría logró definir problemas de manera específica y generar varias opciones; algunos necesitaron guía para concretar ideas.
<b>Se cumplió el tiempo planificado.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las fases del taller (revisión de tarea, psicoeducación y práctica) se realizaron según lo programado.

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Compartieron resultados de sus experimentos conductuales previos, mostrando capacidad de análisis sobre lo que funcionó o no.
  - Definieron problemas de manera concreta, especificando contexto, frecuencia, actores involucrados y situaciones.
  - Generaron una amplia variedad de alternativas de solución respetando la regla de “no juzgar” durante el brainstorming.
  - Mostraron creatividad creciente y apertura a ideas nuevas, incluso poco convencionales, que podrían ser aplicadas.
  - Hubo buena cohesión grupal, facilitando la validación entre pares y la formulación de opciones realistas.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**

- Algunos participantes inicialmente formularon problemas de manera amplia o global, necesitando guía para concretar.
- Dos subgrupos tuvieron dificultades para generar variedad de soluciones; se reforzó el uso de preguntas disparadoras.
- Persistió cierta inclinación a evaluar las alternativas durante la fase de generación, recordándoles varias veces la consigna del brainstorming libre.
- Un pequeño número de participantes mostró dudas sobre la utilidad del modelo y requirió ejemplos prácticos adicionales.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Cada participante seleccionará una de las alternativas de solución generadas y elaborará un pequeño plan para ponerla en práctica durante la semana, registrando qué hizo y qué ocurrió.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí  / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

La sesión se desarrolló adecuadamente, según lo planificado.

- La sesión se desarrolló según lo planificado y con buena participación.
- La revisión de experimentos conductuales generó reflexión y aprendizaje significativo.
- El trabajo en subgrupos facilitó la generación de ideas y permitió que los participantes más reservados tuvieran espacio seguro para expresarse
- Se reforzó la importancia de definir problemas de manera concreta y de mantener un brainstorming libre, sin críticas.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Iniciar con revisión de las alternativas seleccionadas y primeros intentos de implementación.
- Profundizar en los pasos 3, 4 y 5 del modelo (evaluar opciones, elegir e implementar, revisar).
- Continuar promoviendo especificidad en la definición de problemas y en los planes de acción.
- Mantener dinámicas de brainstorming para desarrollar creatividad y flexibilidad cognitiva.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 5

**Fecha:** 10/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 19 / 21
- **Participantes ausentes:** 2

### 2. Objetivo de la sesión

Completar la aplicación del modelo de solución de problemas, abordando los pasos finales: evaluar alternativas, seleccionar la más adecuada, planificar su implementación y revisar resultados esperados. Asimismo, entrenar la puesta en práctica mediante ejercicios de role-playing que permitan ensayar la conducta y recibir retroalimentación estructurada antes de aplicarla en casa.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La mayoría comprendió la finalidad de evaluar alternativas, seleccionar la más adecuada y practicar su implementación mediante role-playing.
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes participaron activamente en la revisión de tareas, evaluación de opciones y dramatizaciones en parejas.
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se observó que los grupos utilizaron la matriz de evaluación de manera adecuada y la mayoría implementó con éxito las soluciones en el role-playing. Algunos necesitaron orientación para puntuar objetivamente.
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades (revisión, evaluación, role-playing y cierre) se realizaron según la planificación.

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - La mayoría de los participantes compartió con claridad los resultados de la prueba realizada durante la semana, describiendo tanto cambios observados como dificultades encontradas.
  - Los grupos utilizaron de manera adecuada la matriz de evaluación para valorar sus alternativas de solución, asignando puntajes realistas en función de factibilidad, impacto y costos.
  - Se observó un aumento en la capacidad para analizar críticamente las opciones generadas y para justificar la selección de una alternativa basada en criterios objetivos.
  - Durante los role-playing, muchos participantes lograron implementar con éxito la solución elegida, mostrando mejoras en habilidades comunicacionales como claridad, tono calmado y formulación de instrucciones concretas.
  - El feedback estructurado permitió que los participantes refinaran sus planes de acción y se sintieran más seguros respecto a su implementación real.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes tuvieron dificultad inicial para puntuar objetivamente las alternativas, tendiendo a sobrevalorar soluciones que “gustaban” más, pero que eran poco factibles.
  - Un pequeño grupo mostró incomodidad al iniciar el role-play, necesitando modelado del facilitador para comprender la dinámica.
  - En tres parejas, el role-playing derivó en conversaciones más que en dramatizaciones, por lo que fue necesario redirigir hacia una práctica más concreta y estructurada.
  - Algunos participantes expresaron preocupación por no poder implementar la solución varias veces en la semana debido a la variabilidad del comportamiento de sus hijos; se reforzó la importancia de registrar intentos aunque no salgan como se espera.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Implementar la solución elegida al menos **tres veces** durante la semana y registrar qué se hizo, qué ocurrió, qué funcionó y qué se debería ajustar.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La revisión inicial de la tarea generó discusiones ricas en aprendizaje, destacándose la actitud de apertura de los participantes ante experiencias que no resultaron como esperaban.
- La matriz de evaluación resultó una herramienta útil y bien recibida; permitió orientar la toma de decisiones de forma más estructurada y menos emocional.
- Los ejercicios de role-playing aportaron realismo y generaron un ambiente de práctica segura. El uso de feedback estructurado facilitó que los participantes identificaran mejoras concretas sin sentirse juzgados.
- El grupo continúa mostrando cohesión y compromiso, lo cual favoreció la participación activa incluso en actividades que, para algunos, implicaban salir de la zona de confort.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Revisar de manera sistemática el registro de implementación de las soluciones, comparando los resultados con las hipótesis planteadas.
- Profundizar en ajustes y barreras encontradas, destacando la importancia de la flexibilidad en el método de solución de problemas.
- Introducir estrategias complementarias (si corresponden en tu plan general) para fortalecer la regulación emocional durante la aplicación de las soluciones.
- Mantener espacios de práctica y retroalimentación para seguir consolidando habilidades parentales en situaciones difíciles.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 6

**Fecha:** 12/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 21 / 21
- **Participantes ausentes:** cero

### 2. Objetivo de la sesión

Enseñar y practicar técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización guiada) para que los cuidadores puedan reducir su activación fisiológica ante situaciones de estrés parental y establecer una rutina de práctica diaria.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
<b>Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los participantes entendieron la finalidad de aprender técnicas de relajación y respiración para reducir la activación fisiológica ante el estrés.
<b>Hubo participación activa en las actividades.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todos los participantes participaron activamente en los ejercicios guiados de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización guiada.
<b>Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La mayoría practicó correctamente las técnicas siguiendo las instrucciones del facilitador; algunos necesitaron recordatorios para mantener la postura correcta y la atención plena durante los ejercicios.
<b>Se cumplió el tiempo planificado.</b>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se realizaron según lo programado, incluyendo revisión de tareas, psicoeducación, práctica guiada y cierre.

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Comprendieron la relación entre el estrés parental y la activación fisiológica.
  - Aplicaron correctamente la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización guiada durante la práctica grupal.
  - Mostraron disposición para seguir las indicaciones paso a paso, con atención y concentración.
  - Expresaron sensación de relajación y disminución de tensión tras la práctica de las técnicas.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes necesitaron guía adicional para coordinar respiración y postura durante la respiración diafragmática.
  - Un pequeño número tuvo dificultades para relajarse plenamente en la relajación muscular progresiva, requiriendo recordatorios sobre liberar tensión de manera progresiva.

- Durante la visualización guiada, algunos participantes reportaron distracciones y necesitaron intervención del facilitador para mantener la atención en la escena imaginada.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Establecer una rutina diaria de práctica de 10 minutos aplicando al menos una de las técnicas de relajación aprendidas. Registrar cada día: la técnica utilizada, duración, sensación de relajación y cualquier cambio en la respuesta emocional ante situaciones de estrés parental.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí  / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La sesión se desarrolló de manera dinámica y participativa, fomentando un ambiente de práctica segura.
- La explicación del sistema nervioso y cómo la relajación reduce la activación simpática ayudó a los participantes a comprender la utilidad de las técnicas.
- La práctica guiada permitió que la mayoría de los participantes experimentara disminución de tensión y sensación de calma, reforzando la importancia de la implementación diaria.
- La combinación de respiración, relajación muscular y visualización fue recibida positivamente, y los participantes mostraron interés en incorporarlas a su rutina diaria.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Revisar los registros de práctica de los participantes para evaluar adherencia y efectividad de las técnicas.
- Reforzar la técnica con ejercicios breves de respiración al inicio de la sesión como repaso
- Explorar dificultades encontradas en la práctica diaria y proporcionar estrategias para mantener la concentración y constancia.
- Continuar integrando la relajación como herramienta complementaria en la gestión del estrés parental junto con técnicas de reestructuración cognitiva y solución de problemas.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 7

**Fecha:** 14/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 19 / 21
- **Participantes ausentes:** 2

### 2. Objetivo de la sesión

Enseñar procedimientos prácticos para detectar señales tempranas de activación emocional y aplicar estrategias para modular emociones antes de reaccionar impulsivamente, utilizando técnicas cognitivas, pausa y auto-coaching (técnica S.T.O.P. y escala emocional).

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mostraron comprensión de cómo la pausa puede interrumpir la reacción impulsiva
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación en práctica de S.T.O.P., role play y discusión de experiencias
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejercicios en parejas evidenciaron correcta aplicación de pasos S.T.O.P.
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sesión ajustada a los tiempos de práctica y role play

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Los participantes lograron identificar señales tempranas de activación emocional (respiración rápida, tensión muscular, aumento de calor).
  - Durante la práctica S.T.O.P., la mayoría pudo detener la reacción automática, respirar y evaluar pensamientos antes de actuar.
  - Se evidenció aplicación de pensamiento alternativo o conducta planificada en role plays (ej.: ofrecer opción al niño en lugar de gritar).
  - La escala 0–10 permitió autoevaluación objetiva de intensidad emocional, facilitando conciencia de cambios antes y después de la intervención.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes necesitaron guía adicional para seguir todos los pasos de S.T.O.P. de manera fluida.
  - Dos participantes mostraron dificultad al describir pensamientos automáticos durante la fase “Observe”.
  - Algunos participantes tardaron en tomar conciencia de la intensidad de la emoción antes de la práctica, lo que requirió modelado del facilitador.

**6. Tarea asignada (para casa)**

- **Descripción de la tarea:** Usar ficha emocional durante la semana; cuando detecten una emoción intensa, aplicar S.T.O.P., registrar nivel de emoción antes/después (0–10) y conducta elegida.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

**7. Evaluación cualitativa de la sesión**

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

**8. Observaciones del facilitador/a**

- La sesión fue dinámica y permitió integrar práctica experiencial con comprensión teórica.
- Los role plays y la guía paso a paso de S.T.O.P. favorecieron que los participantes experimentaran la técnica en situaciones simuladas antes de aplicarla en casa.
- La escala 0–10 resultó útil para visibilizar cambios inmediatos en la activación emocional.
- El grupo mostró apertura para discutir dificultades y estrategias individuales para modular emociones.

**9. Recomendaciones para la siguiente sesión**

- Revisar registros de ficha emocional para evaluar uso de S.T.O.P. y niveles de activación antes/después.
- Reforzar pasos de la técnica y auto-coaching si algunos participantes presentan dificultad.
- Introducir combinaciones con técnicas de respiración o relajación (de sesión 6) para modular emociones más intensas.
- Mantener prácticas en parejas o subgrupos para consolidar la aplicación en situaciones reales de crianza.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 8

**Fecha:** 17/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 20 / 21
- **Participantes ausentes:** 1

### 2. Objetivo de la sesión

Consolidar y ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento funcionales, sustituyendo patrones desadaptativos (evitación, gritos, castigos excesivos) por alternativas efectivas, y planificar su aplicación concreta en situaciones de crianza estresantes.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconocieron la diferencia entre afrontamiento funcional y disfuncional
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación activa en dinámica grupal y elaboración del plan personal
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Listaron estrategias concretas y elaboraron planes individuales de afrontamiento
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Las actividades se ajustaron a los tiempos establecidos

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Los participantes identificaron patrones de afrontamiento desadaptativos propios y en situaciones comunes de crianza.
  - Elaboraron estrategias concretas orientadas al problema y a la emoción (p. ej., establecer rutina de baño, usar respiración profunda).
  - Participaron activamente en la dinámica de “Manual grupal de afrontamiento”, generando ideas aplicables y creativas.
  - Los planes personales incluyeron pasos claros, criterios de éxito y alternativas de respaldo (“plan B”), mostrando capacidad de planificación funcional.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes inicialmente mezclaban estrategias de afrontamiento desadaptativas con las funcionales, requiriendo guía del facilitador.
  - Un par de participantes tuvieron dificultad para concretar pasos específicos y medir éxito de la estrategia; se les proporcionó retroalimentación individual.
  - Se observó tendencia a priorizar soluciones rápidas o inmediatas, en lugar de planes sistemáticos, que fue corregida mediante ejemplos prácticos.

**6. Tarea asignada (para casa)**

- **Descripción de la tarea:** Implementar al menos un plan de afrontamiento para 2–3 situaciones estresantes durante la semana y registrar resultados, incluyendo criterios de éxito (p. ej., duración del berrinche, número de gritos, reacción emocional).
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

**7. Evaluación cualitativa de la sesión**

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

**8. Observaciones del facilitador/a**

- La sesión fue participativa y permitió a los cuidadores aplicar estrategias concretas en situaciones simuladas antes de implementarlas en casa.
- La dinámica grupal fomentó intercambio de ideas y validación de estrategias entre pares.
- Los planes personales demostraron comprensión de la relación entre situación estresante, estrategia funcional y medición de resultados.
- El grupo mostró cohesión y disposición para recibir retroalimentación sobre la efectividad de sus estrategias.

**9. Recomendaciones para la siguiente sesión**

- Revisar resultados de los planes personales para evaluar efectividad y ajustes necesarios.
- Introducir combinación de estrategias de afrontamiento con técnicas de regulación emocional (S.T.O.P.) y relajación.
- Profundizar en cómo mantener consistencia y adaptabilidad en situaciones imprevistas.
- Continuar reforzando la planificación concreta y medible de estrategias de afrontamiento funcional.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 9

**Fecha:** 13/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 19 / 21
- **Participantes ausentes:** 2

### 3. Objetivo de la sesión

Entrenar prácticas básicas de mindfulness (atención a la respiración, body-scan, actividad consciente) como herramienta para reducir la reactividad emocional y aumentar la presencia plena en la interacción con los hijos.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconocieron la utilidad de mindfulness en la crianza y regulación emocional
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activa participación en prácticas guiadas y ejercicios en parejas
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejecutaron respiración consciente, body-scan y mindful parenting correctamente
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se ajustaron al tiempo programado

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Los participantes mostraron atención sostenida durante la respiración consciente y body-scan, describiendo sensaciones corporales y emociones asociadas.
  - En la práctica de mindful parenting, notaron pensamientos automáticos y lograron redirigir la atención a la interacción con el hijo.
  - Algunos reportaron sensación de calma y menor impulso de corregir de inmediato durante la práctica simulada.
  - Se observó apertura para compartir experiencias personales y reconocer la dificultad de mantener la atención plena, lo que permitió estrategias de ajuste y apoyo mutuo.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes comentaron distracciones frecuentes de la mente durante las prácticas, requiriendo guía para volver a la atención sin juicio.
  - Un pequeño grupo tuvo dificultad para aplicar mindfulness durante la interacción simulada (mindful parenting), centrando su atención en la acción y no en la observación consciente.

- Necesidad de reforzar la comprensión de la práctica diaria breve y su integración en situaciones cotidianas con los hijos.

#### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Practicar mindfulness diariamente durante 5–10 minutos (respiración consciente o body-scan) y aplicar mindfulness en al menos una interacción con el hijo (ej.: hora del juego). Registrar experiencias: observaciones, sensaciones, cambios en reacción y comportamiento.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí  / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La sesión se desarrolló según lo planificado, con buena receptividad por parte del grupo
- La práctica guiada permitió a los participantes experimentar la calma y tomar conciencia de la reactividad emocional.
- La dinámica de mindful parenting fomentó la reflexión sobre la atención y la calidad de la interacción con los hijos.
- El grupo mostró disposición a aplicar las técnicas en la vida cotidiana y a registrar experiencias para revisión futura.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Revisar los registros de práctica diaria y mindful parenting para evaluar avances y dificultades.
- Reforzar estrategias para mantener la atención plena en situaciones de alta activación emocional.
- Introducir técnicas de integración de mindfulness con planificación de afrontamiento (Sesión 8) y regulación emocional (S.T.O.P.) para consolidar habilidades.
- Mantener ejercicios breves de práctica guiada y discusión de experiencias para fortalecer motivación y adherencia.

## Ficha de Seguimiento por Sesión

**Plan de intervención:** Efectividad de la TCC en la reducción del estrés parental en cuidadores primarios

**Sesión N°:** 10

**Fecha:** 24/11/2025

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador(a):** Tatyana Gómez

### 1. Datos del grupo

- **Número de participantes asistentes:** 21 / 21
- **Participantes ausentes:** cero

### 2. Objetivo de la sesión

Integrar todas las técnicas aprendidas (cognitivas, conductuales, relajación, mindfulness, autorregulación emocional), consolidar cambios, elaborar un plan de mantenimiento personalizado y preparar a los participantes para la evaluación post-test.

### 3. Desarrollo de la sesión

Aspecto observado	Sí	Parcial	No	Observaciones
Participantes comprendieron el objetivo de la sesión.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconocieron la utilidad de consolidar todas las técnicas y planificar su uso futuro
Hubo participación activa en las actividades.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participación activa en la elaboración del mapa mental grupal y plan individual
Los participantes lograron aplicar la técnica en la práctica guiada.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicaron correctamente el plan de mantenimiento y recordaron técnicas aprendidas
Se cumplió el tiempo planificado.	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todas las actividades se ajustaron al tiempo programado

### 4. Avances observados en los participantes

- **Ejemplos de comprensión/aplicación de la técnica:**
  - Los participantes lograron identificar y clasificar todas las técnicas aprendidas en categorías: cognición, conducta, fisiológico, atención y autorregulación.
  - Elaboraron planes de mantenimiento individuales claros, con técnicas diarias, técnicas de emergencia y redes de apoyo definidas.
  - Mostraron comprensión sobre cómo aplicar estrategias ante situaciones estresantes y cómo monitorizar su progreso.
  - La dinámica de cierre fomentó reflexión sobre aprendizajes y compromisos concretos para mantener cambios en la crianza.

### 5. Dificultades encontradas

- **Ejemplos de barreras de aprendizaje, resistencia o limitaciones del grupo:**
  - Algunos participantes necesitaron recordatorios para organizar las técnicas en el mapa mental grupal.
  - Un pequeño grupo expresó dudas sobre la implementación del plan de mantenimiento en situaciones muy estresantes; se reforzó la necesidad de usar técnicas de emergencia y redes de apoyo.
  - Se identificó la importancia de seguimiento post-intervención para mantener adherencia a las estrategias.

### 6. Tarea asignada (para casa)

- **Descripción de la tarea:** Ejecutar el plan de mantenimiento personal durante las próximas 8–12 semanas. Registrar prácticas semanales, nivel de estrés percibido y dificultades encontradas. Participar en la evaluación post-test (PSI-SF) según indicaciones.
- **Compromiso verbal de los participantes:** Sí x / No

#### 7. Evaluación cualitativa de la sesión

- **Nivel de interés/motivación del grupo (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de comprensión de los contenidos (escala 1–5):** 1 2 3 4 5
- **Nivel de cohesión y trabajo grupal (escala 1–5):** 1 2 3 4 5

#### 8. Observaciones del facilitador/a

- La sesión permitió consolidar los aprendizajes de manera visual y práctica mediante el mapa mental grupal.
- Los participantes se mostraron motivados al elaborar planes de mantenimiento personalizados y al compartir compromisos concretos.
- La explicación sobre la evaluación post-test fue clara y los participantes comprendieron la importancia de su participación para medir resultados.
- El cierre grupal generó un ambiente de reconocimiento mutuo y satisfacción por los logros alcanzados durante la intervención.

#### 9. Recomendaciones para la siguiente sesión

- Realizar seguimiento semanal o quincenal de la práctica del plan de mantenimiento para reforzar adherencia y resolución de dificultades.
- Posible sesión booster a los 30 días para reforzar técnicas, revisar registros y ajustar estrategias si es necesario.
- Mantener espacios de consulta breve o acompañamiento telefónico para responder dudas sobre aplicación de técnicas.
- Incentivar la autoevaluación periódica del estrés parental y la eficacia de las estrategias aplicadas.

Anexo 2: Fotografías de los encuentros









**Plan de Intervención – TCC para la Reducción del Estrés Parental en Cuidadores Primarios (Formato grupal)**

<b>Sesión</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Técnica principal</b>	<b>Descripción</b>	<b>Metodología de la sesión</b>	<b>Recursos</b>	<b>Responsable</b>
1	60 min	<b>Psicoeducación sobre estrés parental y TCC</b>	Introducción al estrés parental: definición, causas, consecuencias y relación con el bienestar. Presentación de la TCC y objetivos del programa.	Exposición grupal con apoyo audiovisual, preguntas abiertas, dinámica inicial de compartir experiencias de estrés.	Presentación en PowerPoint, rotafolio, fichas de autoevaluación breve.	a. Psicoterapeuta
2	60 min	<b>Identificación de pensamientos automáticos</b>	Entrenar a los cuidadores en el reconocimiento de pensamientos negativos y creencias sobre la crianza.	Explicación del modelo ABC; trabajo grupal en parejas para identificar un evento reciente estresante y analizar pensamientos-	Hojas de trabajo modelo ABC, bolígrafos.	a. Psicoterapeuta

				emociones- conductas.		
3	60 min	<b>Reestructuración cognitiva</b>	Enseñar a cuestionar y sustituir pensamientos distorsionados.	Ejercicio guiado de detección de distorsiones cognitivas comunes en padres (ej.: “soy un mal padre si me enojo”). Trabajo en subgrupos para generar alternativas más realistas.	Guía de distorsiones cognitivas, ejemplos de frases alternativas.	Psicoterapeuta.
4	60 min	<b>Entrenamiento en solución de problemas (I)</b>	Introducción al método en 5 pasos: definir problema, generar opciones, evaluar consecuencias, elegir solución, planificar acción.	Role playing grupal: cada subgrupo plantea un problema común de crianza y se generan alternativas sin juzgar.	Rotafolio, tarjetas adhesivas para opciones.	Psicoterapeuta.

5	60 min	<b>Entrenamiento en solución de problemas (II)</b>	Profundizar en evaluación de alternativas y plan de acción.	Trabajo en parejas: cada participante aplica los pasos a un problema real. Se comparten resultados en plenaria.	Hojas de planificación de problemas.	a. Psicoterapeut
6	60 min	<b>Técnicas de relajación y respiración</b>	Aprender estrategias fisiológicas para reducir la activación del estrés.	Práctica guiada: respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y visualización. Se asigna práctica diaria (10 min).	Audio de relajación, espacio cómodo, colchonetas.	a. Psicoterapeut
7	60 min	<b>Autorregulación emocional</b>	Reconocer y modular emociones intensas durante la crianza.	Ejercicio grupal: tarjetas con emociones comunes; se analiza la reacción típica y se propone respuesta regulada usando	Tarjetas emocionales, guía de autoobservación diaria.	a. Psicoterapeut

				reestructuración cognitiva y técnicas de pausa.		
8	60 min	<b>Habilidades de afrontamiento adaptativo</b>	Sustituir afrontamiento disfuncional (evitación, gritos) por estrategias activas y saludables.	Dinámica comparativa: “conductas que empeoran vs. que ayudan”. Elaboración grupal de un listado de afrontamientos adaptativos.	Cuadro comparativo, rotafolio.	Psicoterapeut a.
9	60 min	<b>Mindfulness y atención plena</b>	Introducir la práctica de mindfulness como recurso de autorregulación y reducción del estrés.	Ejercicios guiados: atención a la respiración, body scan y práctica de comer conscientemente. Discusión grupal sobre la experiencia.	Audios de mindfulness, ambiente tranquilo.	Psicoterapeut a.
10	60 min	<b>Integración y cierre</b>	Revisar logros, reforzar técnicas y diseñar	Dinámica grupal: mapa mental de técnicas	Material de repaso, hojas de	Psicoterapeut a.

			plan de mantenimiento personal.	aprendidas. Reflexión de cambios personales. Compromiso escrito de aplicar al menos 2 técnicas. Preparación para post-test.	compromiso personal.	
--	--	--	---------------------------------	---	----------------------	--

*Desglose de cada una de las sesiones:*

**Plan de trabajo – Sesión 1: Psicoeducación sobre estrés parental y TCC**

**Objetivo**

**general:**

Presentar el plan de intervención, establecer el encuadre terapéutico y dar psicoeducación inicial sobre estrés parental y el modelo TCC para que los participantes comprendan la relación pensamiento–emoción–conducta.

<b>Tiempo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Recursos</b>
5 minutos	<b>Bienvenida y encuadre terapéutico</b>	El/la psicoterapeuta da la bienvenida al grupo, explica el objetivo del programa (reducir el estrés parental), duración total (10 sesiones), tiempo de cada sesión (60 min). Se establecen normas básicas de convivencia: respeto, confidencialidad, participación activa.	Humanos (psicoterapeuta), salón amplio, proyector/laptop.
15 minutos	<b>Dinámica de apertura: “Quién soy como cuidador”</b>	Cada participante se presenta diciendo su nombre, una virtud como cuidador y un aspecto que desea mejorar en la crianza. El/la facilitador/a realiza retroalimentación relacionando las virtudes con recursos protectores frente al estrés parental.	Humanos (psicoterapeuta), tarjetas o pizarra para anotar.
20 minutos	<b>Psicoeducación sobre el estrés parental</b>	Exposición breve sobre: qué es el estrés parental, cómo afecta la relación con los hijos, consecuencias emocionales y físicas. Explicación introductoria a la TCC: cómo los pensamientos influyen en emociones y conductas. Se utilizan	Humanos (psicoterapeuta), presentación en PowerPoint, rotafolio.

		ejemplos prácticos (ej.: “mi hijo nunca me escucha → siento frustración → grito”).	
15 minutos	<b>Reflexión grupal</b>	Se invita a los participantes a responder: ¿cómo reacciono ante situaciones estresantes con mis hijos?, ¿qué consecuencias tiene esa reacción?, ¿qué me gustaría cambiar? Se promueve lluvia de ideas y cierre con retroalimentación del facilitador.	Humanos (psicoterapeuta), sillas en círculo.
5 minutos	<b>Cierre de sesión</b>	Resumen de aprendizajes: reconocer el estrés parental como experiencia común y manejable. Asignación de tarea: registrar durante la semana una situación estresante, cómo pensó, qué sintió y cómo actuó.	Humanos (psicoterapeuta), hojas de registro de tarea.

### Metodología — instrucciones paso a paso (para el facilitador)

1. **Preparación:** sala dispuesta en semicírculo; material impreso de registro ABC para cada participante; proyectar diapositivas.
2. **Bienvenida (5 min):** Presentarte (nombre, formación), explicar propósito y duración, normas. Si hay consentimiento informado, recogerlo. Señala confidencialidad y voluntariedad.
3. **Dinámica de apertura (15 min):** Explica la actividad; pide que cada persona hable 30–45 s. Modela tu propio ejemplo (p. ej.: “Soy María, fortaleza: paciencia; quiero mejorar: manejo de la frustración cuando mi hijo no obedece”). Anota en la pizarra temas emergentes. Observa y valida emociones.
4. **Psicoeducación (20 min):** Entrega 5–6 diapositivas cortas. Usa ejemplo concreto (evento → pensamiento automático → emoción → conducta). Pide a 2 participantes que den ejemplos reales y anota en rotafolio. Introduce brevemente TCC: “no es culpar al padre; es aprender a identificar y cambiar pensamientos y conductas que aumentan el malestar”.

5. **Cierre/Tarea (15 min):** Entrega la hoja ABC (instrucciones claras: A = descripción breve del evento; B = pensamiento; C = emoción y conducta). Pide que durante la semana registren 1 situación y la traigan. Responde dudas.

## Sesión 2 – Identificación de pensamientos automáticos

### Objetivo

**general:**

Enseñar y practicar la identificación de pensamientos automáticos relacionados con situaciones de crianza (paso fundamental para la reestructuración cognitiva).

### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tareas	Lectura voluntaria de 2–3 registros ABC traídos; el facilitador modela cómo leer y comentar sin juzgar.	Registros ABC, pizarra.
15 min	Mini-clase: ¿qué es un pensamiento automático?	Explicar características (rápidos, automáticos, a menudo distorsionados) y su papel en el estrés.	Diapositivas, ejemplos.

25 min	Ejercicio guiado en parejas (modelo ABC detallado)	Cada pareja intercambia un registro y ayuda a identificar pensamientos automáticos, preguntando: “¿qué pasaba por tu mente en ese momento?” Practicar 2 rondas (cada uno 8–10 min).	Hojas de trabajo ABC ampliadas (con prompts), reloj/cronómetro.
10 min	Puesta en común y cierre	Compartir descubrimientos generales; asignar tarea: identificar 2 pensamientos automáticos distintos durante la semana.	Pizarra, hojas de tarea.

### Metodología — instrucciones prácticas

1. **Inicio (10 min):** Solicitar voluntarios para leer su registro; el terapeuta hace refraseo y validación emocional, modelando atención sin crítica.
2. **Psicoeducación (15 min):** Explicar señales de pensamiento automático (frases como “siempre”, “nunca”, “debo”, “es culpa mía”). Dar 6–8 ejemplos parentales (p. ej. “siempre me desafía”, “no soy capaz”).
3. **Ejercicio en parejas (25 min):** Entregar guía con preguntas dirigidas:
  - ¿Qué pasó exactamente? (A)
  - ¿Qué pasó por tu mente justo antes de sentirte así? (B)
  - ¿Qué evidencia tienes para ese pensamiento? (pregunta de calibración)
  - ¿Qué otra explicación podría haber?
  - ¿Cómo reaccionaste? (C)

Ronda 1: participante A habla 8 min, B escucha y hace preguntas guiadas (el facilitador circula y supervisa). Ronda 2: invertir roles.
4. **Cierre (10 min):** Recoger temas comunes (ej. culpa, expectativas) y dar tarea.

### Tarea entre sesiones

- Registrar **al menos 2 pensamientos automáticos** durante la semana con la hoja ABC ampliada.

### Recursos

- Hojas de trabajo ABC con prompts, cronómetro, sala con mesas para parejas.

### Resultados esperados

- Participantes reconocen y etiquetan pensamientos automáticos con precisión.
- Se reduce la tendencia a autoacusarse: mayor objetividad sobre contenido mental.

### Sesión 3 – Reestructuración cognitiva

#### Objetivo

general:

Enseñar y practicar pasos concretos de reestructuración cognitiva: detectar distorsiones, cuestionar pensamientos y generar alternativas más adaptativas; introducir experimentos conductuales.

#### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.

#### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Compartir ejemplos de pensamientos automáticos detectados.	Hojas de tarea.

15 min	Psicoeducación: distorsiones cognitivas y técnica socrática	Presentar lista de distorsiones y preguntas socráticas (evidencia, alternativas, utilidad).	Guía de distorsiones, diapositivas.
25 min	Taller práctico en subgrupos	Cada subgrupo recibe 2 pensamientos comunes; aplica pasos para generar pensamiento alternativo y diseña un mini-experimento conductual (hipótesis, acción, medición).	Fichas con pensamientos, hoja para experimento conductual.
10 min	Puesta en común y tarea	Compartir ejemplos de alternativas y definir experimento para la semana.	Hojas de registro para experimento.

### Metodología — instrucciones detalladas

1. **Revisión (10 min):** Escoge 3 registros que muestren distorsiones y discútelos sin juicio.
2. **Enseñanza (15 min):** Introduce lista breve de distorsiones (todo/nada, sobregeneralización, filtro negativo, lectura mental, predicción del futuro, “debería”, etiquetado, personalización). Presenta preguntas socráticas concretas:
  - ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de ese pensamiento?
  - ¿Hay otra explicación posible?
  - ¿Qué le diría a un amigo que piensa así?
  - ¿Cuál es el efecto de mantener este pensamiento?
  - ¿Qué pensamiento más equilibrado podría tener?

3. **Taller (25 min):**

- Divide en subgrupos de 3–4. Entrega una ficha con un pensamiento parental típico (ej.: “Si pierdo la paciencia, soy mala madre”).
- Paso A: identificar la distorsión.
- Paso B: aplicar preguntas socráticas y anotar evidencia a favor/en contra.
- Paso C: generar 2–3 pensamientos alternativos realistas.
- Paso D: diseñar un **experimento conductual** (p. ej.: “esta semana, cuando el niño ignore una instrucción, voy a usar tono calmado + 1 instrucción clara y anotar resultado”). El experimento debe incluir: hipótesis (qué se espera), la acción concreta, medidas (qué se va a observar), duración.

4. **Cierre (10 min):** Cada subgrupo comparte un pensamiento alternativo y su experimento.

5. **Tarea entre sesiones: Realizar el experimento conductual** durante la semana, anotar observaciones (qué pasó, qué evidencias confirman/refutan la creencia).

### Sesión 4 – Entrenamiento en solución de problemas (I)

#### Objetivo

**general:**

Introducir el modelo estructurado de solución de problemas (5 pasos) y aplicar los primeros pasos (definir problema y generar opciones) a situaciones parentales concretas.

#### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora).

#### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Informe breve sobre experimentos conductuales realizados.	Hojas de experimento.
15 min	Psicoeducación: modelo de solución de problemas	Explicar pasos: 1) Definir problema concretamente; 2) Generar muchas alternativas; 3) Evaluar opciones; 4) Elegir e implementar; 5) Revisar.	Diapositiva del esquema, rotafolio.
25 min	Taller práctico (pasos 1 y 2)	En subgrupos: elegir un problema real (ej. “mi hijo no hace tareas”); definirlo concretamente (¿quién, ¿qué, ¿cuándo?), generar lista amplia de soluciones (sin juzgar).	Hojas de trabajo con plantilla 5 pasos, tarjetas adhesivas.

10 min	Cierre y tarea	Cada participante elige una alternativa y, para la próxima sesión, llevará plan para evaluarla.	Hojas de planificación.
--------	----------------	---	-------------------------

### Metodología — instrucciones prácticas

1. **Inicio (10 min):** Invita a 2 personas a compartir resultados del experimento; felicita el esfuerzo y reencuadra fracasos como datos.
2. **Explicación del método (15 min):** Mostrar plantilla con ejemplo ilustrado (problema mal definido vs bien definido). Ejemplo: “mi hijo no me obedece” → reformulación: “en la última semana, 4 de 7 noches, mi hijo se niega a acostarse antes de las 21:00 y responde con gritos cuando le doy instrucciones”. Esto permite soluciones específicas.
3. **Taller (25 min):**
  - Paso 1: facilitar que el grupo defina el problema con preguntas concretas (qué, quién, cuándo, frecuencia, contexto).
  - Paso 2: **brainstorming** libre por 8–10 min (sin críticas): el facilitador anima y recoge opciones en tarjetas adhesivas.
  - Registrar *todas* las ideas (incluso las “locas”) para fomentar creatividad.
4. **Cierre (10 min):** Pedir a cada persona que marque 1–2 opciones que quisiera probar y anotar las condiciones para hacerlo (día, hora, qué hará exactamente).

### Tarea entre sesiones

- **Probar la(s) alternativa(s) seleccionada(s)** y llevar registro describiendo qué se hizo y qué pasó.

## Sesión 5 – Entrenamiento en solución de problemas (II)

### Objetivo

**general:**

Completar la aplicación del método (evaluar opciones, elegir e implementar, revisar) y practicar implementación mediante role-playing.

### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora).

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Compartir resultados de las pruebas de la semana (qué se hizo y qué ocurrió).	Hojas de registro.
20 min	Evaluación y selección de alternativas	Enseñar criterios de evaluación (factibilidad, coste/beneficio, impacto en relación) y aplicar a opciones generadas.	Hoja de evaluación de opciones (matriz simple).
20 min	Role playing e implementación planificada	En parejas: dramatizar la implementación de la solución (un participante actúa como padre, otro como hijo). Feedback estructurado.	Guiones breves, cronómetro.
10 min	Cierre y tarea	Ajustar plan en base al feedback y ejecutar en casa; registrar resultados para la sesión 6.	Hojas de seguimiento.

### **Metodología — instrucciones prácticas**

1. **Revisión (10 min):** Pedir 3 personas que relaten su intento, facilitador hace preguntas exploratorias sobre efectos concretos.
2. **Evaluación (20 min):** Proporcionar una **matriz de evaluación** (columna: opciones; filas: facilidad de aplicación, probabilidad de éxito, impacto en niño, efectos secundarios, tiempo requerido). Evaluar cada opción con puntuación 1–5 y calcular suma para decidir.
3. **Role playing (20 min):**
  - Formar parejas; una situación por pareja (sugerir 3 situaciones frecuentes).
  - Dar 5 min para preparar un guion breve.
  - Cada role play 4 min + 2 min feedback (usar formato: “qué hizo bien”, “qué ajustar”, “sugerencia concreta”). Terapeuta modela feedback.
4. **Cierre (10 min):** Pedir compromisos escritos: fecha/hora en que implementarán la solución y qué medirán.

### **Tarea entre sesiones**

- Implementar la solución elegida al menos 3 veces durante la semana y anotar observaciones (qué funcionó, qué no).

## Sesión 6 – Técnicas de relajación y respiración

### Objetivo

**general:**

Enseñar y practicar técnicas de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización guiada) y establecer rutina diaria de práctica.

### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora).

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Informe de implementación de soluciones y efecto en estrés.	Hojas de seguimiento.
10 min	Psicoeducación breve	Explicar sistema nervioso (activación simpática) y por qué la relajación reduce la respuesta al estrés.	Diapositiva breve, ejemplos.
30 min	Práctica guiada: 3 técnicas	1) Respiración diafragmática (8–10 min). 2) Relajación muscular progresiva (10–12 min). 3) Visualización guiada breve (6–8 min).	Colchonetas, cojines, audio guía (si disponible).

10 min	Cierre y tarea	Establecer un plan de práctica (10 min/día) y entregar hoja de registro de práctica.	Hojas de registro, audio/guía para llevar a casa.
--------	----------------	--	---

### Metodología — scripts y pasos (para el facilitador)

#### A. Respiración diafragmática (8–10 min)

- **Preparación:** Sentados con espalda recta o recostados. Poner una mano en el abdomen y otra en el pecho.
- **Instrucciones (para decir en voz pausada):** “Inhala por la nariz contando hasta 4 (siente como tu abdomen se eleva), retén 1 segundo, exhala por la boca contando hasta 6 (siente abdomen descender). Repetir 8–10 veces.”
- **Puntos de control:** Mantener hombros relajados; usar sonido suave en la exhalación si ayuda.

#### B. Relajación muscular progresiva (12 min) — adaptación para grupo:

- Indica tensar cada grupo muscular por 5–7 s y luego soltar por 10–12 s. Orden sugerido: pies → pantorrillas → muslos → glúteos → abdomen → manos → antebrazos → bíceps → hombros → cuello → cara.
- Guía frases: “Tensa... y suelta. Siente la diferencia entre tensión y relajación.”

#### C. Visualización guiada (6–8 min)

- Pide cerrar ojos; describir una escena segura (playa tranquila, jardín) con estímulos sensoriales: “imagina el sonido del agua, el calor del sol, la brisa...” Finalizar con respiración profunda y abrir ojos lentamente.

## Sesión 7 – Autorregulación emocional

### Objetivo

**general:**

Enseñar procedimientos prácticos para detectar señales tempranas de activación emocional y aplicar estrategias para modular emociones antes de reaccionar impulsivamente (técnicas cognitivas, pausa y auto-coaching).

### Responsables:

Psicóloga clínica.

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de práctica	Compartir experiencias de la práctica diaria de relajación.	Hojas de práctica.
15 min	Psicoeducación: ciclo emoción–reacción	Explicar detonadores, signos corporales, escala de intensidad (0–10).	Tarjetas emocionales.
20 min	Entrenamiento práctico: técnica S.T.O.P. + escala	Practicar STOP (Stop–Take breath–Observe–Proceed) y “pausa” + reestructuración breve.	Guía S.T.O.P., tarjetas de coaching.

15 min	Role play y auto-registro	Escenificaciones de situaciones (p. ej. niño tira comida); aplicar técnica; rellenar ficha de auto-registro emocional.	Guiones, fichas de registro.
--------	---------------------------	--	------------------------------

### Metodología — instrucciones y herramientas

#### A. Psicoeducación (15 min)

- Introducir la **escala de emoción 0–10**: pedir ejemplos de qué corresponde a 2 vs 8.
- Mostrar señales corporales que preceden la reacción (respiración rápida, aumento del calor, tensión muscular).

#### B. Técnica S.T.O.P. (práctica; 20 min)

- **S — Stop**: Interrumpir conducta automática (físicamente pausar).
- **T — Take a breath**: 2–3 respiraciones profundas.
- **O — Observe**: Identificar pensamientos, sensaciones corporales, impulsos (usar ficha con preguntas: “¿qué siento? ¿qué pensamiento me impulsa?”).
- **P — Proceed**: Actuar desde elección; aplicar un pensamiento alternativo desarrollado en sesión 3 o una conducta planificada (p. ej. dar opción al niño en vez de gritar).
- Practicar en parejas: un participante describe la situación, el otro guía por S.T.O.P. Repetir roles.

#### C. Urge surfing (si aplica)

- Explicar que las emociones son olas. Técnica breve: observar la oleada del impulso hasta que baja sin ceder a él.

**D. Role play (15 min)**

- Escenificar 2 situaciones con feedback enfocado en el uso de S.T.O.P. y en aplicar el pensamiento alternativo.

**Tarea entre sesiones**

- Usar **ficha emocional**: cuando detecten una emoción intensa, aplicar S.T.O.P., anotar nivel antes/después (0–10) y comportamiento elegido.

## Sesión 8 – Habilidades de afrontamiento adaptativo

### Objetivo

**general:**

Consolidar y ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento funcionales, sustituyendo patrones desadaptativos (evitación, gritos, castigos excesivos) por alternativas efectivas.

### Responsables:

Psicóloga clínica.

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Compartir fichas S.T.O.P. y cambios observados.	Fichas.
15 min	Psicoeducación: tipos de afrontamiento	Diferenciar afrontamiento problem-focused vs emotion-focused; identificar los disfuncionales más comunes en la crianza.	Diapositiva con ejemplos.
20 min	Dinámica: “Manual grupal de afrontamiento”	Grupos pequeños elaboran lista de estrategias concretas por situaciones (p. ej. resistencia al baño, berrinches).	Rotafolios, marcadores.

15 min	Plan personal de afrontamiento	Cada participante elabora un plan para 2 situaciones estresantes (pasos concretos y recursos).	Hoja de plan personal.
--------	--------------------------------	--	------------------------

### Metodología — instrucciones prácticas

1. **Inicio (10 min):** Revisión rápida de S.T.O.P. y ejemplos.
2. **Enseñanza (15 min):** Explicar diferencias:
  - **Afrontamiento orientado al problema:** cambiar la situación (p. ej. establecer rutinas claras, instrucciones en pasos).
  - **Afrontamiento orientado a la emoción:** regular la respuesta interna (relajación, reestructuración).
  - Explicar cuándo usar cada uno.
3. **Dinámica (20 min):**
  - Dividir en 3–4 grupos; asignar situaciones comunes. Pedir que listén 8–12 estrategias prácticas (p. ej. usar señales visuales, ofrecer elecciones, redirigir). Cada estrategia debe ser concreta (qué decir/ hacer).
  - Los grupos plasman en rotafolio.
4. **Plan personal (15 min):** Individualmente, completan plantilla: situación / objetivo concreto / 3 pasos (ejecución) / cómo medirán éxito / plan B. El facilitador revisa y da retroalimentación breve.

### Tarea entre sesiones

- Implementar **al menos un plan** (2–3 veces) y anotar resultados con criterios de éxito (p. ej. reducción de la duración del berrinche en minutos, menos gritos).

## Sesión 9 – Mindfulness y atención plena

### Objetivo

general:

Entrenar prácticas básicas de mindfulness (atención a la respiración, body-scan, actividad consciente) como herramienta de reducción de la reactividad y mejora de la presencia en la interacción con los hijos.

### Responsables:

Psicóloga (formación en mindfulness preferible), asistente.

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión de tarea	Compartir resultados del plan de afrontamiento y sensaciones.	Hojas de seguimiento.
10 min	Mini-clase: qué es mindfulness	Definición, evidencia breve, cómo ayuda a los padres (menor reactividad, mayor presencia).	Diapositiva breve.
30 min	Prácticas guiadas (3)	1) Respiración consciente (5 min). 2) Body scan breve (12 min). 3) Mindful parenting breve (práctica de atención durante interacción simple, 10–12 min).	Audios, ambiente silencioso, cojines.

10 min	Reflexión y tarea	Intercambio sobre experiencia; tarea: práctica diaria 5–10 min y aplicar mindfulness en 1 interacción con el hijo (ej. hora del juego).	Hojas de registro.
--------	-------------------	---	--------------------

**Metodología — scripts y pautas (para el facilitador)**

**A. Respiración consciente (5 min)**

- Instrucciones: “Siéntate con espalda recta, lleva la atención a la respiración. Observa inhalación/exhalación sin intentar cambiarlas. Si la mente se va, regresa con amabilidad.”

**B. Body scan breve (12 min)**

- Guía paso a paso: atención en pies (2 min), pantorrillas (1 min), muslos (1 min), pelvis/abdomen (2 min), pecho/hombros (2 min), brazos/manos (2 min), cuello/cara (2 min). Mantener tono neutral y pausado.

**C. Mindful parenting (10–12 min)**

- Ejercicio en parejas: uno actúa como padre que juega 3 minutos con niño imaginario (o un objeto), el otro observa y luego intercambian. Indicaciones: enfoque en contacto visual, escuchar, no corregir inmediatamente; notar pensamientos y volver a la interacción.

**Instrucciones para integrar en la vida diaria:**

- Practicar 5–10 minutos diarios; elegir un “momento mindful” (p. ej. desayuno con el hijo) para hacer presencia intencional.

**Tarea entre sesiones**

## Sesión 10 – Integración y cierre

### Objetivo

general:

Integrar todas las técnicas aprendidas, consolidar cambios, elaborar plan de mantenimiento personalizado y preparar a los participantes para la evaluación post-test.

### Responsables:

Psicóloga clínica (facilitadora), asistente.

### Tabla de actividades

Tiempo	Actividad	Descripción	Recursos
10 min	Revisión final	Compartir brevemente experiencias de práctica de mindfulness.	Hojas de registro.
20 min	Dinámica de integración: mapa mental grupal	Construir en rotafolio un mapa mental con todas las técnicas (cognitivas, conductuales, relajación, mindfulness) y ejemplos de uso concreto.	Rotafolio grande, marcadores.
20 min	Plan de mantenimiento individual	Cada participante completa un plan con: 2 técnicas diarias, 2 técnicas ante crisis, redes de apoyo y fecha de autoevaluación (30/60/90 días).	Plantilla de plan de mantenimiento.

5 min	Preparación post-test	Explicar próxima medición (PSI-SF post) y cómo se realizará; aclarar dudas.	Formularios PSI-SF impresos.
5 min	Cierre y ritual grupal	Dinámica de reconocimiento (cada persona dice 1 cosa que aprendió y 1 compromiso concreto). Entrega de certificado de asistencia (si aplica).	Hojas de compromiso, diplomas.

### Metodología — pasos claros para el facilitador

1. **Revisión (10 min):** seleccionar 3 testimonios breves sobre cambios personales. Validar y normalizar el aprendizaje.
2. **Mapa mental (20 min):** pedir a grupo que nombre técnicas y ejemplos prácticos; el facilitador organiza en ejes: Cognición (ABC, reestructuración), Conducta (solución de problemas, role play), Fisiológico (respiración, PMR), Atención (mindfulness), Autorregulación (S.T.O.P.). Esto ayuda a fijar el conocimiento.
3. **Plan personal (20 min):** entregar plantilla con apartados claros:
  - Técnicas diarias (ej.: respiración 5 min + reestructuración 1 pensamiento por día).
  - Técnicas de emergencia (S.T.O.P., respiración 3×).
  - Recursos de apoyo (persona de contacto, teléfono de servicio).
  - Fecha de revisión y compromiso escrito (firmar). Terapeuta ofrece retroalimentación individual breve.
4. **Preparación post-test (5 min):** explicar logística del PSI-SF post (día, formato), pedir colaboración.
5. **Cierre (5 min):** dinámica de reconocimiento (fomentar gratitud y sentido de logro).

### Tarea final / seguimiento

- Ejecutar plan de mantenimiento; participar en post-test; registro de prácticas semanales durante 8–12 semanas. Opcional: sesión booster a los 30 días (reunión corta 45–60 min) para mantener adherencia.