

**M. Cossio García** <sup>1\*</sup>

**E. Castaño García** <sup>1</sup>

ORCID ID: [0000-0001-5281-8590](https://orcid.org/0000-0001-5281-8590)

**J.A. López-Villalobos** <sup>1</sup>

ORCID ID: [0000-0003-1533-628X](https://orcid.org/0000-0003-1533-628X)

1. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

M. Cossio García

Calle Mariana Pineda 1, Ático A, 34003, Palencia (Palencia), España.

Correo electrónico: [mcossio@saludcastillayleon.es](mailto:mcossio@saludcastillayleon.es)

ORCID ID: [0000-0003-4447-9968](https://orcid.org/0000-0003-4447-9968)

---

*Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*

*Perceived stress by parents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder kids*

## RESUMEN

El TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) es un trastorno del neurodesarrollo que tiene potencial influencia sobre el estrés paterno. Nuestra investigación estudia las diferencias en estrés percibido por padres (EPP) con / sin hijos con TDAH y analiza el mejor modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas asociadas al EPP.

**Metodología:** Diseño de investigación analítico observacional de casos y controles, emparejados por sexo y edad. Muestreo consecutivo de 82 participantes entre 6 y 16 años (41 casos muestra clínica salud mental / 41 controles población general). Evaluación clínica TDAH mediante Escala NICHQ Vanderbilt y estrés de padres mediante la Escala de Estrés Percibido.

**Resultados:** Los padres de hijos con TDAH tienen más estrés percibido ( $d = .532$ ) y el modelo explicativo que mejor predice EPP está formado por tener hijos con TDAH y tener padres separados ( $R^2 = .303$ ). El mejor modelo de EPP no incluye variables como trastornos de aprendizaje, conducta o emocionales en los hijos, situación de desempleo o edad de los padres.

**Conclusiones:** El EPP está asociado con el TDAH de los hijos y pudiera mejorar con su tratamiento.

**Palabras clave:** TDAH, estrés parental, trastorno de conducta, trastornos emocionales, trastornos de aprendizaje.

## ABSTRACT

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is a neurodevelopmental disorder with potential influence over parent stress. Our research studies the differences between perceived stress by parents (PSP) with and without ADHD kids, and also analyses the best explanatory model of clinical, social, economic and academic variables associated to PSP.

**Method:** Observational analytical investigation design of cases and controls, matched by sex and age. Consecutive sampling of 82 participants between 6 and 16 years old (41 from mental health services / 41 general population). ADHD clinic evaluation was conducted with NICHQ Vanderbilt Scale. Perceived stress by parents was evaluated using PSS (Perceived Stress Scale, Remor).

**Results:** Parents with ADHD kids have higher levels of perceived stress ( $d = .532$ ). The explanatory model which predicts PSP the best is made up of two variables: having ADHD kids and being separated or divorced. The

best model does not include variables like kids learning disorders, behavior disorders or emotional disorders, neither parents unemployment, sex or age.

**Conclusions:** Perceived stress by parents is related to ADHD and could be reduced with its treatments.

**Keywords:** ADHD, parental stress, behavior disorder, emotional disorders, learning disorders.

## INTRODUCCIÓN

El estudio se centra en analizar las diferencias en el estrés percibido por padres de hijos que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y padres con hijos que no lo manifiestan.

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad -impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, presente antes de los 12 años en dos o más contextos y con interferencia en el funcionamiento académico, social o laboral (1).

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo que más investigación ha suscitado en los últimos tiempos. Ello se debe en parte a su elevada prevalencia. Según cifras de una revisión sistemática mundial, en edad infanto-juvenil se observó una prevalencia media del 5.29% (2). En población española se ha estimado un 6,6% (3), con cifras estables en infancia (6.9%), preadolescencia (6.2%) y adolescencia (6.9%) (4). Otra parte del interés que genera se relaciona con la interferencia que ejerce en múltiples dominios de la vida de las personas que lo presentan (5). Se ha constatado su mayor afectación clínica, familiar y académica cuando se compara con población general y/o controles clínicos (6), por lo que existe una demanda creciente para atender a esta patología en los servicios en salud mental.

Considerando algunas de las dimensiones que reflejaremos en nuestro estudio, se ha observado una comorbilidad del 70-80% con otros trastornos (7, 3, 8), siendo los diagnósticos de dificultades de aprendizaje, trastorno de conducta (9), trastorno de ansiedad (10) o trastorno de tics los más frecuentemente asociados a TDAH en la niñez (11). Además, los niños afectados de TDAH presentan mayor riesgo de

fracaso académico, menor autoestima y dificultades sociales que a menudo los llevan al aislamiento y a la adopción de comportamientos antisociales en la adolescencia, como el abuso de drogas y la actividad delictiva (12, 13). Todo ello repercute en una peor calidad de vida percibida en comparación a los niños con otros trastornos mentales y físicos (14); así como en comparación con población general tanto si la información es aportada por los padres (15) como por los propios niños (16).

Los padres de niños con TDAH poseen responsabilidades parentales adicionales en la crianza que pueden aumentar su nivel de estrés. El estrés parental se define como el estrés que surge cuando se percibe que las exigencias que supone la crianza de los hijos superan sus recursos para hacerles frente (14). Aunque todos los padres experimentan cierto grado de estrés, en padres de niños con TDAH y autismo se ha demostrado superior al resto de trastornos del neurodesarrollo y muy superior al de padres con hijos sanos (17). Estos progenitores a menudo se sienten desbordados, incapaces de controlar el comportamiento de sus hijos (18). Parece haber una reducción de la autoestima y satisfacción en su rol, menor sensación de competencia, menores expectativas de éxito, más psicopatología y más discordia conyugal, especialmente cuando el TDAH se acompaña de alteraciones conductuales (17, 19; 20; 21). Además, estos padres experimentan más ansiedad en su vida familiar, disfunción social y sentimientos depresivos que los padres de niños con desarrollo típico (22). Estos niveles de tensión parecen relacionarse con la severidad de la sintomatología (7, 23, 24). En síntesis, parece ser que los padres de hijos con TDAH experimentan más estrés que los controles, siendo necesario valorar esta relación en el contexto conjunto de otras variables explicativas.

En relación a lo anterior, se ha visto que los padres de niños con TDAH reaccionan de forma menos eficaz que los padres de niños sin este trastorno, utilizando estrategias educativas inadecuadas. Hay mayores niveles de conflicto, inconsistencia en la parentalidad, menor cohesión, menor calidez emocional, estilos educativos más hostiles con pérdida de control y

castigo físico más frecuente y menor calidad de vida familiar informada (25). Estas disfunciones familiares pueden amplificar el malestar derivado del trastorno y contribuir al mantenimiento de la sintomatología, ya que existe una fuerte relación entre la discrepancia educativa y los problemas de adaptación de los menores (26).

Debemos ser conscientes de que los niveles de estrés no dependen exclusivamente de la patología de los hijos, sino que hay múltiples variables relacionadas con los padres (personalidad, psicopatología, calidad de la relación de pareja, capacidad de manejo) y variables contextuales (apoyo social, situación económica) que pueden contribuir a su modulación. Por ello, determinar la magnitud del estrés percibido por estos padres y las variables que influyen en él es de vital importancia para mejorar el abordaje de este trastorno.

En este contexto, nuestro estudio está interesado en analizar la potencial influencia del TDAH en el estrés percibido por los padres, controlando y valorando el efecto simultáneo de otras variables clínicas, sociales, económicas y académicas que pudieran ejercer un potencial efecto sobre el estrés paterno.

Por todo ello, los objetivos de nuestra investigación son estudiar las diferencias en estrés percibido entre los padres que tienen hijos con TDAH y los que tienen hijos sin TDAH y analizar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres.

## METODOLOGÍA

### Diseño

Para responder a los objetivos de nuestro estudio utilizamos un diseño analítico observacional de casos y controles. Se realizó un muestreo consecutivo de casos de TDAH entre 6 y 16 años procedentes de una Unidad de Salud Mental del sistema sanitario público y de controles emparejados por sexo y edad en el contexto escolar. Los casos de TDAH fueron definidos mediante la escala NICHQ Vanderbilt (27) complementada mediante entrevista clínica

al cuidador principal que garantice cumplimiento de criterios DSM-5, asegurando duración de los síntomas, inicio antes de los 12 años, presencia en dos o más ambientes e interferencia en el funcionamiento social o académico. En el caso de los controles se evaluó la ausencia de TDAH mediante la escala NICHQ Vanderbilt. Los padres de casos y controles respondieron también a una escala de estrés percibido (PSS) (28).

El cálculo del tamaño muestral estimó la necesidad de 37 participantes en cada grupo (TDAH/controles) para conseguir una potencia del 80% que permita detectar diferencias en el contraste de la hipótesis, considerando un nivel de significación del 5% y asumiendo que la media del grupo de control en estrés percibido es de 22, la media del grupo TDAH es de 26 y la desviación típica de ambos grupos es de 6 (referencias de estudio piloto previo).

### Participantes:

La muestra final incluye 82 participantes (41 casos de TDAH y 41 controles), emparejados por sexo y edad. El procedimiento de muestreo es el definido en el diseño. 82.9% de los hijos son de sexo masculino y 17.1% femenino. La media de edad de los hijos es de 10.56 (DE: 2.90).

En la tabla 1 se pueden observar las características de los padres de hijos con / sin TDAH. No se observan diferencias significativas en la edad, estado civil o sexo de la persona que responde a los cuestionarios (predominantemente del sexo femenino). Se observan diferencias significativas en la situación de desempleo, que es mayor en los padres de hijos con TDAH.

### Variables e instrumentos

Escala NICHQ Vanderbilt de evaluación para padres (NICHQ Vanderbilt Assessment Scale - Parent Informant, Wolraich et al., 2012). Escala de 55 ítems. Los 47 primeros ítems hacen referencia a clínica de TDAH, trastorno del comportamiento y trastorno por ansiedad/depresión, presentando cuatro posibilidades de respuesta: “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “muy a menudo”; con puntuación correlativa entre 0 y 3 puntos. Los ítems 48 a 55 están vinculados a

**Tabla 1. Características de los padres con / sin hijos con TDAH**

VARIABLES	Padres de hijos con TDAH (n = 41)	Padres de hijos sin TDAH (n = 41)	Significación para las diferencias
Media de edad	42.41 (DE: 4.61)	43.54 (DE: 4.63)	t = 1.099; p = .275
Estado civil	Casados: 31 (75.6%) Div. / Sep.: 7 (17.1%) Otros: 3 (7.3%)	Casados: 35 (85.6%) Div. / Sep.: 4 (9.8%) Otros: 2 (4.8%)	$\chi^2 = 3.061$ ; p = .382
Desempleo	Si: 13 (31.7%) No: 28 (68.3%)	Si: 5 (12.2%) No: 36 (87.8%)	$\chi^2 = 4.556$ ; p = .033
Sexo PRC	Masculino: 5 (12.2%) Femenino: 36 (87.8%)	Masculino: 9 (22%) Femenino: 32 (78%)	$\chi^2 = 1.378$ ; p = .240

**Nota.** Div. / Sep.: divorciados / Separados. DE: desviación estándar. PRC: persona que responde a los cuestionarios

temas relacionales y académicos y presentan cinco posibilidades de respuesta: “excelente”, “sobre lo normal”, “normal”, “con cierta dificultad”, “con dificultad”, con puntuación correlativa entre 1 y 5 puntos.

En nuestro estudio utilizaremos las siguientes variables de la escala:

1. Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (ítems 1-18). En nuestro estudio la dimensión caso de TDAH requiere respuestas de “a menudo” o “muy a menudo” en al menos seis ítems de inatención y/o en seis ítems de hiperactividad / impulsividad, así como alguna puntuación  $\geq 4$  en alguno de los ítems del 48 al 55. La dimensión TDAH de la escala presenta consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach  $\geq .90$  y validez concurrente aceptable con el DISC-IV ( $r = .79$ ) (27).

2. Trastorno de conducta. La variable, que presenta utilidad clínica (28), se construye como un sumatorio de la respuesta a las preguntas 19 a 40 de la escala Vanderbilt. Esta variable se corresponde con el factor trastornos del comportamiento externalizantes ( $\alpha$  Cronbach = .91;  $r = .52$ ). A mayor puntuación mayor intensidad en los trastornos de conducta.

3. Trastornos por ansiedad / depresión. La variable, que presenta utilidad clínica, se construye como un

sumatorio de la respuesta a las preguntas 41 a 47 de la escala Vanderbilt. Esta variable se corresponde con el factor trastornos emocionales internalizantes ( $\alpha$  Cronbach = .79;  $r = .43$ ) (27). A mayor puntuación, mayor intensidad en ansiedad / depresión.

4. Dificultades de aprendizaje. La variable se construye como un sumatorio de la respuesta a las preguntas 49 a 51 de la escala Vanderbilt. A mayor puntuación mayores dificultades de aprendizaje.

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen, Kamarack, & Mermelstein, 1983). Instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido por los padres o grado en que las situaciones generales de la vida son consideradas estresantes (29). En sus 14 ítems evalúa en qué medida la persona percibe como estresantes diversos factores de su vida cotidiana y valora el grado en que cree que ejerce control sobre las situaciones inesperadas o estresantes. Para diseñar esta escala se partió de la base de que el estrés es influenciado por estresores diarios, eventos vitales y por los medios o recursos de la persona para hacerles frente (30). Los 14 ítems presentan un formato de respuesta de cinco puntos (0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo, 4= muy a menudo) y la puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumando entonces los

14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de estrés percibido. La escala presenta adecuada fiabilidad (consistencia interna,  $\alpha = .81$ , y test retest,  $r = .73$ ) y validez concurrente con el HDS-T ( $r = .71$ ) (29).

Otras variables. Por motivos de posible repercusión sobre el estrés percibido por los padres, además de las dimensiones derivadas de la escala Vanderbilt se incluyeron las variables de situación de desempleo de los padres (si / no), separación / divorcio de los padres (si/no) y las variables de control sexo y edad de los hijos.

### **Análisis de Datos**

Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Siempre que fue necesario estudiar asociación o diferencias entre medidas de las diferentes variables se consideró un nivel de significación  $\alpha \leq .05$ . Los intervalos de confianza utilizados en las estimaciones siempre tienen un nivel de confianza del 95%. Cuando se trató de encontrar diferencias entre variables nominales se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Para valorar las diferencias en el primer objetivo (estudiar las diferencias en estrés percibido entre los padres que tienen hijos con TDAH y los que no tienen hijos con TDAH) se utilizó el estadístico *t* de Student. Para dar respuesta al segundo objetivo (analizar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres) se utilizó el modelo multivariante análisis de regresión lineal, con el propósito de hacer una función de las variables explicativas capaz de predecir la variación de la variable estrés percibido por los padres, utilizando el ajuste de mínimos cuadrados. Se estudió un conjunto de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas y se determinaron las más relevantes para predecir la variación del estrés percibido por los padres.

La valoración del ajuste del modelo a los datos se realizó a partir del coeficiente de determinación al cuadrado ( $R^2$ ) y la comprobación acerca de si el modelo de regresión ajustado explica una parte

significativa de la variabilidad en el estrés percibido por los padres, se realizó mediante el análisis de varianza de la regresión. Finalmente, se procedió a eliminar las variables que produjeron un incremento muy pequeño del  $R^2$ , aportando escasa información, con objeto de simplificar el modelo explicando la máxima variabilidad con la máxima parsimonia (método de regresión por pasos sucesivos).

En el modelo de regresión por pasos sucesivos tratamos de encontrar un modelo de regresión que explique, con el mínimo número posible de variables independientes, la mayor cantidad posible de la varianza del estrés percibido por los padres. En nuestro caso utilizamos el criterio de significación (de acuerdo con este criterio, sólo se incorporan al modelo de regresión aquellas variables que contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo). Se utilizó la probabilidad de *F* en la que una variable pasa a formar parte del modelo de regresión si el nivel crítico asociado a su coeficiente de correlación parcial al contrastar la hipótesis de independencia es menor de 0,05 (probabilidad de entrada) y queda fuera del modelo de regresión si ese nivel crítico es mayor que 0,10 (probabilidad de salida). El proceso comienza seleccionando, en el primer paso, la VI que, además de superar el criterio de entrada, más alto correlaciona con la variable dependiente. A continuación, selecciona la VI que, además de superar los criterios de entrada, posee el coeficiente de correlación parcial más alto. Cada vez que se incorpora una nueva variable al modelo, las variables previamente seleccionadas son evaluadas nuevamente para determinar si siguen cumpliendo o no los criterios de salida [nivel crítico  $> 0.10$ ]. Si alguna variable seleccionada cumple los criterios de salida, es eliminada del modelo. El proceso se detiene cuando no quedan variables que superen los criterios de entrada y las variables seleccionadas no cumplen los criterios de salida.

Se comprobó la linealidad, homocedasticidad y normalidad de los datos a partir del análisis de los residuales.

## RESULTADOS

Las características sociodemográficas de padres e hijos se observan en el apartado de participantes.

En respuesta al primer objetivo observamos que los padres que tienen hijos con TDAH presentan de forma significativa ( $t = 2.411$ ,  $p = .018$ ) más estrés percibido ( $M = 25.90$ ;  $DE = 7.07$ ) que los padres de los controles ( $M = 22$ ;  $DE = 7.57$ ), observándose un tamaño del efecto medio ( $d$  Cohen = 0.532).

El segundo objetivo era a estudiar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres. De forma previa a la implementación del modelo de regresión lineal múltiple que responde a este objetivo, decidimos hacer una regresión lineal simple individual con cada una de las variables que incluiremos en el modelo. Observamos que las variables TDAH ( $R = .422$ ;  $R^2 = .178$ ), trastornos del comportamiento ( $R = .347$ ;  $R^2 = .120$ ), trastornos por ansiedad / depresión ( $R = .262$ ;  $R^2 = .069$ ) y padres separados ( $R = .380$ ;  $R^2 = .144$ ) presentan una relación lineal significativa ( $p < 0.05$ ) con el estrés percibido por los padres. A medida que aumentan la intensidad de los síntomas en las escalas de TDAH, trastorno de conducta o trastornos emocionales, así como la presencia de padres separados aumenta el estrés percibido por los padres. En todos los casos se descarta significativamente la hipótesis nula de que los coeficientes de regresión valen 0. Sin embargo, las variables sexo, edad, dificultades de aprendizaje y situación de desempleo en los padres no presentan una relación lineal significativa ( $p < 0.05$ ) con el estrés percibido por los padres.

Como respuesta inicial a nuestro segundo objetivo implementamos un modelo de regresión lineal múltiple con todas las variables clínicas, sociales, económicas y académicas que hemos seleccionado como teóricamente relevantes para explicar el estrés percibido por los padres (ver tabla 2). Las variables predictoras seleccionadas fueron TDAH, Trastornos externalizadores del comportamiento, trastornos por ansiedad / depresión, dificultades de aprendizaje, presencia/ ausencia de padres separados, empleo / desempleo de los padres, sexo y edad.

En la valoración del ajuste del modelo observamos que la correlación entre los valores predictores y el criterio es .550, explicando el 30.3 % de la varianza del estrés percibido por los padres ( $R^2 = .303$ ;  $R^2$  corregida = .227) y a través del análisis de varianza de la regresión observamos que el modelo propuesto es significativo ( $F(6) = 3,99$ ;  $p = .001$ ).

Las variables que se relacionan significativamente con el estrés percibido por los padres son TDAH y tener padres separados. Por cada unidad de la escala TDAH, se incrementan 0.15 puntos en la escala de estrés percibido por los padres, cuando todas las demás variables predictoras permanecen constantes. A su vez tener padres separados, incrementa el estrés percibido por los padres, cuando todas las demás variables predictoras permanecen constantes.

Hemos comprobado que si utilizamos el criterio de realizar un modelo de regresión lineal múltiple con las variables que fueron significativas en la regresión lineal simple (TDAH, trastornos del comportamiento, trastornos por ansiedad / depresión y padres separados) el resultado es similar. Las variables que se relacionan significativamente con el estrés percibido por los padres son TDAH y tener padres separados. (Ver tabla 3).

Finalmente, con el objetivo de encontrar un modelo de regresión que explique, con el mínimo número posible de variables independientes, la mayor cantidad posible de la varianza del estrés percibido por los padres utilizamos un modelo de regresión por pasos sucesivos con los criterios referenciados en apartado sobre análisis de datos. Una vez eliminadas las variables que aportan información escasa, encontramos que la presencia de TDAH y tener padres desempleados explican el 26,3% de la varianza del estrés percibido por los padres (ver tabla 4 en Anexo). Si utilizamos la  $R^2$  corregida explicaría el 24,5%, lo que representa un 1,8% más que el modelo máximo propuesto. También podemos observar por los coeficientes beta estandarizados el mayor peso que tiene la escala TDAH en el modelo.

Con este modelo reducido observamos que la correlación entre los valores predictores y el criterio es .513 (similar al modelo máximo) y a través del análisis

de varianza de la regresión observamos que el modelo propuesto es significativo ( $F(2) = 14,12; p < .000$ ).

En resumen, las variables que mejor predicen el estrés percibido por los padres en el contexto de nuestro modelo son el TDAH y tener padres separados.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio los padres de hijos con TDAH presentan de forma significativa más estrés percibido que los padres de los controles. Nuestros hallazgos se

sustentan en investigaciones previas, como la llevada a cabo por Insa y colaboradores (22) en Barcelona con los padres de 60 niños TDAH y 60 padres de niños control, encontrando diferencias significativas en el nivel de distrés emocional. Otros estudios sugieren la misma tendencia, como el estudio de Muñoz-Silva (31), también con una muestra española de 126 madres. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros países, como en los estudios de Babakhanian (32) y Samiei (33) llevados a cabo con madres iraníes de niños con y sin TDAH menores

**Tabla 2. Regresión lineal múltiple de variables predictoras clínicas, sociales, económicas y académicas sobre la variable criterio estrés percibido por los padres (modelo completo)**

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico				B	t	p	Límite inferior
<b>Constante</b>	21,575	4,732		4,559	,000	12,143	31,006		
<b>Sexo</b>	1,738	2,052	,087	,847	,400	-2,350	5,827	,900	1,111
<b>Edad</b>	-,375	,265	-,144	-1,415	,161	-,902	,153	,918	1,090
<b>TDAH</b>	,154	,077	,275	2,007	,048	,001	,307	,510	1,961
<b>Aprendiz.</b>	-,201	,343	-,063	-,586	,560	-,884	,483	,828	1,207
<b>Conducta</b>	,037	,167	,032	,224	,823	-,295	,370	,478	2,093
<b>Ans. / Depr.</b>	,327	,308	,137	1,063	,291	-,286	,940	,578	1,730
<b>Separados</b>	7,237	2,263	,329	3,198	,002	2,726	11,748	,902	1,109
<b>Desem-pleo</b>	,805	1,889	,044	,426	,671	-2,960	4,570	,878	1,139

**Nota.** TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Aprendiz: Dificultades de aprendizaje. Conducta: Trastornos externalizadores de Vanderbilt. Ans./Depr.: Trastornos internalizadores por ansiedad y depresión del Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Desempleo: Padres en situación de desempleo. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza.

**Tabla 3. Regresión lineal múltiple de variables predictoras con relación significativa (en regresión lineal simple) sobre la variable criterio estrés percibido por los padres.**

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico				B	t	p	Límite inferior
<b>Constante</b>	18,179	1,480		12,285	,000	15,232	21,126		
<b>TDAH</b>	,158	,070	,283	2,247	,027	,018	,299	,596	1,679
<b>Conducta</b>	,195	,283	,081	,686	,495	-,370	,759	,672	1,488
<b>Ans. / Depr.</b>	,327	,308	,137	1,063	,291	-,286	,940	,578	1,730
<b>Separados</b>	6,501	2,207	,296	2,946	,004	2,107	10,894	,937	1,068

**Nota.** TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Conducta: Trastornos externalizadores de Vanderbilt. Ans./Depr.: Trastornos internalizadores por ansiedad y depresión del Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza.

**Tabla 3. Modelo final de regresión por pasos sucesivos de variables predictoras clínicas, sociales, económicas y académicas sobre la variable estrés percibido por los padres.**

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico				B	t	p	Límite inferior
<b>Constante</b>	18,596	1,417		13,127	,000	15,776	21,416		
<b>TDAH</b>	,199	,056	,355	3,577	,001	,088	,309	,949	1,054
<b>separados</b>	6,592	2,180	,300	3,024	,003	2,252	10,931	,949	1,054

**Nota.** TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza

de 12 años. Este dato también ha sido hallado en un estudio italiano (34) con una muestra de 212 padres, donde los que tenían hijos TDAH mostraron niveles significativamente mayores de estrés durante el período de vuelta al colegio que los padres de niños control. El metaanálisis llevado a cabo por Theule et al (24) con 44 trabajos datados entre 1983 y 2007 también indicaba esta tendencia.

En referencia a nuestro segundo objetivo, dirigido a analizar el conjunto de variables clínicas, sociales, económicas y académicas relacionadas con el estrés parental, únicamente las variables TDAH y tener padres separados tuvieron valor predictivo.

Desde la perspectiva clínica el TDAH es la variable que mejor predijo el estrés percibido. En el modelo que incluye el conjunto de variables predictoras los trastornos de conducta y las dimensiones emocionales de los hijos no predijeron significativamente el estrés de los padres. Las alteraciones del comportamiento y ansiedad / depresión de los hijos tienen una relación lineal significativa con el estrés de los padres, aunque de forma aislada de la presencia del resto de las variables y explicando una parte menor de la varianza que la presencia de TDAH.

En 2013 Vaughan y cols. (23) compararon los niveles de estrés de padres con hijos con síntomas internalizantes y externalizantes y padres de niños control utilizando el Child Behavior Checklist de Achenbach. Encontraron niveles mayores de malestar cuando se presentaron juntos ambos tipos de síntomas. En estudios comparativos, como el de Telman et al., (21), se encontró mayor malestar en padres de niños TDAH que en padres de niños con trastornos de ansiedad, siendo más similar al nivel de estrés observado en padres con hijos con trastornos del espectro autista (17). La dimensión externalizante parece tener un especial peso en el estrés parental, como sugieren los trabajos de Roselló et al., (20), Finzi et al., (19) o Telman et al., (17).

La variable padres separados mostró una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Esta variable es polémica porque los estudios acerca de la separación y divorcio de

padres de estos niños arrojan datos contradictorios: desde estudios que muestran una tasa tres veces mayor de divorcio en padres TDAH que controles (22) a otros que no encuentran diferencias (26, 20). No obstante, está ampliamente aceptado que las parejas con hijos TDAH experimentan una convivencia más complicada, con mayor número de discusiones sobre la crianza, menor cohesión y menor satisfacción marital (25, 26, 14), variables consideradas predictoras tanto de problemas de conducta como de depresión en niños TDAH según el estudio de Grau (7).

La variable desempleo de los padres no tuvo una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Roselló et al (20) realizó un estudio en la Comunidad Valenciana mostrando que el 67% de los padres opina que tiene más gastos en relación con los servicios educativos y psicológicos de su hijo y un 50% indica que cuesta más dinero criar a su hijo con TDAH que al resto de hijos. Con todo, el trabajo de Presentación-Herrero (5), dirigido a analizar el impacto de los niños TDAH en distintos aspectos familiares, no encontró diferencias en la esfera económica entre unas familias y otras.

La variable problemas de aprendizaje en nuestro modelo no mostró una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Aunque el estudio de Craig et al (17) muestra elevados niveles de estrés en las madres con hijos con Trastornos específicos del aprendizaje y Trastorno del lenguaje, sugiriendo que el malestar emocional parental pudiera ser común a distintos trastornos del neurodesarrollo. En nuestro modelo, los problemas de aprendizaje no aumentan el estrés percibido de los padres, que parece más vinculado al TDAH y la situación de separación o divorcio de los padres.

## CONCLUSIONES

Concluimos indicando que los resultados de nuestra investigación sugieren que, con nuestro modelo y variables, los síntomas nucleares del TDAH y el hecho de ser padres separados o divorciados, son las variables que mejor explican el nivel de estrés percibido

por los padres. Estimamos que las actuales líneas de intervención en TDAH que incluyen diversidad de técnicas (psicológicas, farmacológicas, pedagógicas), intervención multidimensional (familiar, escolar, social) y frecuentemente multiprofesional (médicos, psicólogos, profesores, pedagogos...), pudieran resultar de utilidad para reducir el estrés parental (35). Dado que el distrés emocional produce efectos negativos sobre las habilidades parentales y las pautas de crianza (22), es posible que las intervenciones multidimensionales que incluyen la atención específica a las necesidades de los padres y al funcionamiento familiar puedan representar una ayuda relevante.

Como limitaciones de nuestro estudio cabe señalar que no se han incluido otras dimensiones potencialmente influyentes en el estrés de los padres, como la psicopatología parental, estilo educativo, nivel económico real o el perfil de apoyo social. Futuros estudios pudieran incluir estas dimensiones.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
2. Polanczyk, G, De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, L.A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6), 942-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>.
3. Rodríguez-Molinero, L., López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T & Ruiz-Sanz, F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*. 2009; 11(42): 251-270. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322009000200006>.
4. López-Villalobos, J.A., Andrés-De Llano, J., López-Sánchez, M.V, Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M... & Alberola-López, S. Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema*. 2017; 29(1), 103-110. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.93>.
5. Presentación, M.J., Pinto, V., Melia, A., Miranda, A. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*. 2009; 2(3); 18-26. [http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo\\_3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf)
6. López-Villalobos, J.A., Serrano, I., Delgado, J., Ruiz, F, García, M., Sánchez, M.V. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría*. 2004; 20(5), 205-210. <https://doi.org/0213-0599/04/20.5/205>
7. Grau Sevilla, M. Análisis del contexto familiar en niños con TDAH (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España; 2007.
8. Torres, A. Implicaciones familiares, educativas y emocionales de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños, niñas y adolescentes: un reto para la práctica del trabajo social clínico. *Voces desde el trabajo social*. 2015; 3(1), 115-134. <https://doi.org/10.31919/voces.v3i1.75>.
9. López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., Delgado, J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder. *Psychology in Spain*. 2005; 9 (1), 63-74. <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2005/frame.asp?id=9008>
10. López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., Delgado, J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*. 2004; 16(3), 402-407. <http://www.psicothema.com/pdf/3010.pdf>.
11. Mariño Fontenla, V., Sanz-Cervera, P., Andrés, F., & Inmaculada, M. Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión. *ReiDoCrea*. 2017; 6, 260-276. <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-21.pdf>.
12. Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. & Herbert, M. Parenting stress of parents of adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016; 44; 561-574. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0050-7>.
13. Galloway, H., Newman, E., Miller, N., & Yuill, C. Does Parent Stress Predict the Quality of Life of Children with a Diagnosis of ADHD? A Comparison of Parent and Child Perspectives. *Journal of attention disorders*. 2019; 23(5), 435-450. <https://doi.org/10.1177/1087054716647479>.
14. Mercader, J., Colomer, C. & Berenguer, C. Relación entre características de resiliencia, estrés parental y satisfacción con la vida en familias con hijos con TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2014; 4(1), 435-443. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.631>.
15. López-Villalobos, J. A., Sacristán-Martín, A. M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M. T., López-Sánchez, M. V., Rodríguez-Molinero, L., ... & Andrés-de Llano, J. Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2019; 90 (5), 272-279. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>.
16. López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera M.T., López-Sánchez, M.V., Andrés-de Llano, J.M., Rodríguez-Molinero, L., Camina-Gutiérrez, A.B. Percepción de niños y adolescentes sobre la calidad de vida en casos de Trastorno por déficit de Atención

- con Hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico y controles. *Revista de Neurología*. 2018; 67 (6), 195-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6706.2017517>.
17. Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry research*. 2016; 242, 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016>.
18. Chung, M. Estrés parental y estrategias de afrontamiento en padres con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en colegios de ventanilla (Tesis de Pregrado). Universidad Privada del norte, Lima, Perú; 2017.
19. Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2011; 32(2), 510-519. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.032>.
20. Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R., Mulas, F. 2003. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología*. 2003; 36(1), 79-84. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003046>.
21. Telman, L.G., Van Steensel, F. J., Maric, M., & Bögels, S. M. Are anxiety disorders in children and adolescents less impairing than ADHD and autism spectrum disorders? Associations with child quality of life and parental stress and psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017; 48(6), 891-902. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0712-5>.
22. Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M., & Huguet, A. Difference in Psychic Distress Lived by Parents with ADHD Children and Parents with Healthy Children: Focus on Gender Differences. *Journal of Attention Disorders*. 2018. <https://doi.org/10.1177/1087054718790010>
23. Vaughan, E.L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M. & Kaufman, J.S. Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. *J Fam Issues*. 2013; 35, 534-556. <https://doi.org/10.1177/0192513X12440949>.
24. Theule J., Wiener J., Tannock R., & Jenkins J.M. Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *J. Emot. Behav. Disord*. 2013; 21, 3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
25. Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O., & Efron, D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*. 2012; 171(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1524-4>
26. Sánchez-Mármol, D.F. Discrepancia educativa parental y TDAH: Intervención Psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España; 2015. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48104/1/TESIS%20DOCTORAL%20Diego%20J.%20S%C3%A1nchez%20M%C3%A1rmol.pdf>
27. Wolraich, M.L., Lambert, E.W., Doffing, M.A., Bickman, L., Simmons, T. & Worley, K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 28, 559-68. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>.
28. Becker, S. P., Langberg, J. M., Vaughn, A. J., & Epstein, J. N. Clinical utility of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale comorbidity screening scales. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2012; 33(3), 221. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318245615b>.
29. Remor, E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*. 2006; 9: 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>.
30. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24, 385-396. <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>.
31. Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-García, M., & Carmona-Márquez, J. Child/adolescent's ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in psychology*. 2017; 8, 2252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
32. Babakhanian, M., Sayar, S., Babakhanian, M., & Mohammadi, G. Iranian children with ADHD and mental health of their mothers: The role of stress. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2016; 10(1). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-2026>.
33. Samiei, M., Daneshmand, R., Keramatfar, R., Khooshabi, K., Amiri, N., Farhadi, Y., ... & Samadi, R. Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD) and stress: a mutual relationship between children and mothers. *Basic and clinical neuroscience*. 2015; 6(2), 113-121. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636878/pdf/BCN-6-113.pdf>
34. Loprieno, U., & Gagliano, A. Stress levels in parents of children with and without attention deficit hyperactivity disorder during the back-to-school period: results of an international survey in Italy. *Minerva pediátrica*. 2016; 68(5), 330-340. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.961928>.
35. López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V., Andrés-De Llano, J.M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea*. 2019; 8, 95-105. <http://digibug.ugr.es/handle/10481/54737>.