

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Tesis de grado

**ESTRÉS PARENTAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
MADRES DE NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH**

Tesista
Marina González

Tutor
Dr. Pablo Depaula

Agradecimientos

A mis padres, mis hermanos, mi pareja y mis amigas por brindarme su cariño, su apoyo incondicional y por motivarme siempre en cada paso dado.

A mi tutor, Dr. Pablo Depaula, quien asumió el compromiso de ayudarme con esta investigación, dedicó su tiempo y supo orientarme en este proceso.

A los profesores de la universidad por todos los conocimientos transmitidos a lo largo de la carrera.

A mis compañeros y amigas que hicieron mi paso por la universidad mucho más ameno.

Por último, a las madres que dedicaron su tiempo y me ayudaron de manera desinteresada a finalizar mi tesis.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos.....	1
Resumen	5
Abstract	6
Introducción.....	7
PRIMERA PARTE:MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	10
CAPITULO I:Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	11
1.1 Definición.....	11
1.2 Epidemiología.....	12
1.3 Etiología.....	13
1.4 Diagnóstico.....	14
1.5 Pronóstico.....	16
1.6 Comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante	17
1.6.1 Trastorno Negativista Desafiante	18
1.6.2 Epidemiología.....	19
1.6.3 Etiología.....	20
1.6.4 Diagnóstico.....	21
1.6.5 Pronóstico.....	22
CAPÍTULO II:Estrés parental	24
2.1 Definición.....	24
2.2 Estrés parental según Abidin.....	25
2.3 Antecedentes sobre estrés parental	26
CAPITULO III:Estrategias de afrontamiento.....	30
3.1 Definición.....	30
3.2 Tipos de estrategias de afrontamiento.....	31
3.3 Estrategias de afrontamiento según Sandín y Chorot	32
3.4 Antecedentes sobre estrategias de afrontamiento	35
SEGUNDA PARTE:PROPUESTA METODOLÓGICA	37
CAPÍTULO IV:Propuesta Metodológica	38
4. Objetivos.....	38
4.1 Objetivos Generales	38
4.2 Objetivos Específicos	38

4.3 Hipótesis.....	39
4.4 Justificación y Relevancia.....	39
4.5 Tipo de Estudio.....	40
4.6 Muestra y Muestreo	41
4.7Criterios de Inclusión	44
4.8Criterios de Exclusión.....	44
4.9Descripción de los Instrumentos.....	44
4.10 Procedimiento.....	46
4.11 Análisis	47
CAPITULO V:Resultados	48
4.1 Descripción de las variables	48
4.1.1 Estadísticos de la variable Estrés Parental.....	48
4.1.2 Estadísticos descriptivos de la variable Estrategias de Afrontamiento	51
4.2 Análisis de normalidad.....	53
4.3 Análisis de comparación de variables	54
4.4 Correlación de variables	60
CAPÍTULO VI:Discusión	63
Referencias bibliográficas	78
ANEXO	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas	42
Tabla 2: Estadísticos descriptivos del estrés parental	49
Tabla 3: Estadísticos descriptivos del estrés total.....	50
Tabla 4: Estadísticos descriptivos del malestar paterno.....	50
Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la interacción disfuncional padre-hijo	50
Tabla 6: Estadísticos descriptivos del niño difícil	51
Tabla 7: Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento	52
Tabla 8: Prueba de normalidad de las variables	53
Tabla 9: Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según el sexo de su hijo/a	54

Tabla 10: Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según comorbilidad	56
Tabla 11: Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según sí su hijo/a realiza o no tratamiento	57
Tabla 12: Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según quien dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a	58
Tabla 13: Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según si reciben devolución del tratamiento de su hijo/a	59
Tabla 15: Correlaciones entre estrés parental y estrategias de afrontamiento .	62

Resumen

El objetivo de la investigación fue estudiar la relación existente entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en madres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La muestra estuvo compuesta por 143 madres de niños con diagnóstico de TDAH. Se les administró un cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Inventario de Estrés Parental Formato Abreviado (PSI-SF). Los resultados obtenidos indican que las madres de niños con TDAH experimentan niveles altos de estrés y que las estrategias de afrontamiento que utilizan en mayor medida fueron las que están focalizadas en la solución del problema. Se han encontrado diferencias significativas entre el estrés y las estrategias de afrontamiento según características sociodemográficas. Se encontraron correlaciones negativas en cuanto al estrés parental y algunas de las estrategias de afrontamiento, las cuales demuestran que a mayor utilización de estrategias racionales o centradas en la solución del problema menor es el estrés total o el grado de estrés en una o varias de sus dimensiones. Además, se encontraron correlaciones positivas entre algunas de las estrategias de afrontamiento y el estrés parental, las cuales demostraron que a mayor utilización de estrategias focalizadas en la emoción o evitación del problema, mayor grado de estrés total o mayor es el grado de estrés en una o varias de sus dimensiones.

Palabras claves: estrés parental, estrategias de afrontamiento, madres, niños, TDAH.

Abstract

The aim of this research was to study the relationship between parenting stress and coping strategies of mothers of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The sample consisted of 143 mothers with a child who has been diagnosed with ADHD. The mothers completed a sociodemographic questionnaire, the Coping Strategies Questionnaire (CAE) and the Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF). The results show that mothers of children with ADHD experience high levels of stress and they tend to use coping strategies focused on problem solving more frequently. It has been found meaningful differences between parenting stress and coping strategies according to sociodemographic characteristics. It has been found negative correlations between parenting stress and coping strategies, which show that higher levels of coping strategies focused on problem solving are associated with lower level of total parenting stress or lower level of parenting stress in some of its domains. Besides, it has been found positive correlations between parenting stress and coping strategies, which show that higher levels of coping strategies focused on emotional or avoiding strategies are associated with higher levels of parenting stress and higher levels of stress in some of its domains.

Key words: parenting stress, coping strategies mothers, children, ADHD.

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere en el funcionamiento o desarrollo del sujeto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Otra característica significativa que aparece frecuentemente en las personas que padecen de TDAH son los problemas conductuales, sin embargo, no son condición necesaria para el diagnóstico, pero la presencia de éstos resulta relevante ya que puede determinar en un peor pronóstico (Kaplan & Sadock, 1995). Abadi y Pallia (2007) consideran que el problema principal del TDAH reside cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan de manera temprana y de forma apropiada, representando un riesgo para el niño ya que no favorece su desarrollo. Además, estos autores consideran que el abordaje de un paciente con TDAH debe estar centrado en el niño o adolescente de forma integral y debe constar de varios marcos psicoterapéuticos.

Existe múltiple bibliografía sobre el estrés parental, sin embargo, se destaca el concepto planteado por Abidin (1992), quien considera que el estrés parental se produce cuando los progenitores de un niño sienten que se ven desbordados frente a las demandas que se les presentan en su rol. Este autor señala que existen dos componentes que resultan de suma importancia: el estrés asociado a las exigencias propias del rol paterno o materno y el estrés derivado de sus propios hijos. Resulta pertinente investigar cuál es el grado de estrés en las madres de niños con TDAH ya que se cree que los niveles altos de estrés parental se asocian a indicadores negativos tanto en el desarrollo de los niños como en el de los progenitores (Pérez Padilla, Menéndez Álvarez-Dardet, & Hidalgo, 2014).

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento también se consideran como un objeto de estudio importante con el fin de explicar lo que implica el estrés. Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el estrés se encuentra delimitado por la valoración que el sujeto realiza sobre una situación específica. Consideran que el afrontamiento es un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener cierto grado de adaptación durante periodos de estrés. Se puede clasificar según tres categorías: el método, la focalización y la actividad (Folkman & Lazarus, 1986; Mikulic & Crespi, 2008; Verduzco-Álvarez-Icaza et al., 2004). Sin embargo, se destaca la clasificación realizada por Sandín y Chorot (2003), quienes plantean siete estilos básicos de afrontamiento del estrés y consideran que éstos se pueden evaluar de forma más general: el afrontamiento racional y el afrontamiento emocional.

Según Pérez Padilla et al. (2014), el estrés parental y las estrategias de afrontamiento resultan relevantes para el estudio de la familia. La bibliografía y los antecedentes encontrados sobre estos constructos, en su mayoría, son de carácter descriptivo y relacional, aportan y brindan información relevante sobre las problemáticas de las familias y cómo las afrontan. Sin embargo, no ofrecen pautas acerca de cómo intervenir y trabajar con los padres de manera eficaz. Estos autores consideran que es necesario realizar este tipo de estudio porque permite comprender la dinámica y el funcionamiento familiar, y por consiguiente, los resultados que se obtienen permiten optimizar las intervenciones.

En función de esto, se planteó la presente investigación con el fin de indagar la relación que existe entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en madres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Con el fin de responder a los objetivos planteados en la investigación, la tesis fue dividida en dos partes y estuvo compuesta por varios capítulos. En la primer parte de la

presente investigación, a partir de lo postulado por distintos autores y antecedentes empíricos, se conceptualizó el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Capítulo I, también se describió el concepto de estrés parental en el Capítulo II, y por último se desarrolló el constructo de estrategias de afrontamiento en el Capítulo III.

En la segunda parte de la investigación, en el Capítulo IV se detalló la propuesta metodológica, se estableció el método y todas las partes que lo componen: tipo de estudio, tipo de diseño, objetivo general y objetivos específicos, hipótesis, justificación y relevancia, muestra y muestreo. Así como también, se describió el procedimiento, el análisis de los datos y los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos. Luego, en el Capítulo V, se presentaron los resultados obtenidos y las interpretaciones realizadas.

Por último, en el Capítulo VI se desarrolló la discusión del presente estudio. En este apartado, se realizó una revisión teórica y empírica a partir de los resultados obtenidos. Se establecieron las limitaciones que presenta la investigación, se realizaron sugerencias para futuras investigaciones relacionadas con el tema de investigación y se plantearon las conclusiones a partir de lo anteriormente mencionado.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO Y

ANTECEDENTES

CAPITULO I

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

1.1 Definición

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de un patrón recurrente y persistente de conductas que se asocian a la desatención, impulsividad e hiperactividad, los cuales no responden a los patrones asociados con el desarrollo adecuado y esperable del niño. La falta de atención se manifiesta conductualmente, con frecuencia los niños con TDAH se distraen realizando tareas o quehaceres, e inclusive en situaciones de juegos. Les resulta complejo mantener la atención durante tiempos prolongado y presentan dificultad para prestar atención a los detalles o seguir instrucciones (Kaplan & Sadock, 1995). Otras manifestaciones que se presentan son las dificultades en la concentración y organización, falta de cuidado en sus pertenencias, entre otros (Niederhofer, Hackenberg & Lanzendorfer, 2004).

La impulsividad se refiere a las acciones que realiza de manera apresurada y que se producen sin reflexión. Los niños con TDAH poseen la característica de responder a los estímulos prematuramente. Además, la impulsividad puede manifestarse por otros medios: motora y/o verbal cognoscitiva. Este tipo de impulsividad se manifiesta cuando caminan, corren o se mueven de un lugar a otro, actúan de manera precipitada, hablan e interrumpen a los demás, sacan conclusiones apresuradas u opinan con impaciencia, etcétera (Kaplan & Sadock, 1995). Además, la impulsividad se puede ver reflejada a través de la impaciencia, dificultad para esperar turnos, intromisión en asuntos ajenos, realización de

comentarios inoportunos, tomar objetos ajenos, involucrarse en situaciones peligrosas, responder ante las demandas de los adultos mediante la desobediencia, entre otros (Neiderhofer et al., 2004).

La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y puede manifestarse por medio de nerviosismo, inquietud o incomodidad al permanecer quieto o sentado. Además, se puede presentar mediante la necesidad exacerbada que impulsa al sujeto a estar en movimiento o realizar movimientos locomotores inapropiados o presentar una locuacidad excesiva (Kaplan & Sadock, 1995; Neiderhofer et al., 2004).

Otra característica significativa de los sujetos que padecen de TDAH es que sus conductas no se gobiernan por las normas, les resulta complejo adquirir hábitos y reglarse por normas establecidas en cualquier ámbito o situación. Se cree que este problema tiene vinculación con la agresividad o los problemas relacionados con la conducta, características que no son esenciales para el diagnóstico, pero que suele aparecer frecuentemente y afecta a gran porcentaje de niños con diagnóstico de TDAH. Pese a no ser condición necesaria ni suficiente para el diagnóstico, tiene relevancia ya que la presencia de ésta podría determinar en un peor pronóstico (Kaplan & Sadock, 1995).

1.2 Epidemiología

Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), existe una prevalencia del TDAH en la mayoría de las culturas, aproximadamente la prevalencia es del 5% en niños y el 2,5% en adultos. Así como también, considera que este trastorno es más frecuente en el sexo masculino que en el sexo femenino. La prevalencia es de 2:1 en población infantil y 1,6:1 en población adulta. En cuanto

a las diferencias entre ambos sexos, la hiperactividad e impulsividad es más frecuente en el sexo masculino, mientras que el sexo femenino tiende a presentar síntomas relacionados con la falta de atención. Kaplan y Sadock (1995) consideran que las estimaciones de proporción de hombres: mujeres con TDAH es de 3:1 a 9:1 en muestras clínicas y de 2:1 a 3:1 en la población general. La tasa reportada de este trastorno en muestras comunitarias varía de entre 1.5 a 3.4%.

1.3 Etiología

A pesar de que la etiología no ha sido concretamente precisada, se cree que el TDAH es un trastorno con una etiología multifactorial, la cual se presenta por medio de una combinación de factores biológicos, genéticos y ambientales (Catelan-Mainardes, 2010). Según Kaplan y Sadock (1995) no existen una etiología específica que responda a este trastorno, sino que corresponde una etiología múltiple. La mayoría de las teorías relacionadas con el TDAH se centran en anomalías relacionadas con factores genéticos, fisiológicos y ambientales. Estos autores plantean que sería apropiado considerar un modelo etiológico interactivo-aditivo para fines clínicos, el cual se fundamenta en el reconocimiento de que un caso se define por un número mínimo de síntomas pero que estos síntomas suelen incrementarse por situaciones de estrés, situaciones no estructuradas o por demandas que exceden los recursos disponibles del sujeto. Según este modelo, un adulto que posee una estructura de apoyo consistente puede suprimir o disminuir la sintomatología del niño. En cambio, adultos que no respondan, no organicen una estructura adecuada para el niño, no sean consecuentes con la crianza y/o un hogar que resulte caótico para el niño podrían influir en los síntomas de este trastorno. Por lo tanto, según este modelo una estructura familiar continente y un medio psicosocial

favorable para el niño pueden contribuir a contrarrestar la predisposición genética del niño. Este modelo favorece el pensamiento clínico pero no determina la etiología específica sino que realiza una aproximación causal a ella.

Según la APA (2013) existen factores que se relacionan con las causas del TDAH, entre ellos se destacan: el temperamento y los factores ambientales, genéticos y/o fisiológicos. Con respecto al temperamento, el TDAH se presenta en sujetos que poseen una menor inhibición conductual y que realizan mayores esfuerzos para poder controlarse. Se entiende que estos rasgos temperamentales se asocian con el TDAH pero no son específicamente propios de este trastorno. Los factores ambientales se pueden relacionar con los problemas en el embarazo, antecedentes de maltrato infantil, negligencia en la crianza por parte de los padres, entre otros. Sin embargo, éstos tampoco los determinan como causales de la presencia de los síntomas del TDAH. Por otra parte, existen factores genéticos y/o fisiológicos que pueden influir en la presencia de este trastorno, como por ejemplo, la presencia entre los familiares biológicos del TDAH, al igual que las anomalías metabólicas y fisiológicas, pero al igual que lo anteriormente mencionado no son factores causales necesarios ni suficientes para determinar la etiología del TDAH. Otros aspectos importantes para destacar son los patrones de interacción familiar durante la primera infancia que pueden influir en el curso o el desarrollo de problemas conductuales asociados a este trastorno.

1.4 Diagnóstico

Según el DSM-5 (APA, 2013), el TDAH se encuentra dentro de la clasificación de los Trastornos del Desarrollo Neurológico. Este trastorno se caracteriza principalmente por la presencia de un patrón persistente de inatención,

hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo del sujeto. Para poder diagnosticarlo es necesario que estén presentes seis o más de los siguientes síntomas durante un periodo de tiempo de al menos seis meses. En relación con la inatención, ésta se manifiesta conductualmente, con frecuencia el niño falla en prestar atención a detalles o por descuidos comete errores, posee dificultades para mantener la atención en distintas tareas, parece no escuchar cuando se le habla, no sigue instrucciones que se le fueron dadas, presenta dificultad para organizar tareas y actividades, evita o se muestra poco entusiasta en realizar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido, pierde cosas, se distrae con facilidad por estímulos externos y olvida las actividades cotidianas que tiene que realizar (criterio A1). En cuanto a la hiperactividad, ésta se refiere a una actividad motora excesiva, y la impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen sin reflexión. El niño con frecuencia juega o golpea las manos o pies, se levanta en situaciones que se espera que esté sentado, corre o se mueve en situaciones que no son las apropiadas, es incapaz de jugar tranquilamente en actividades recreativas, actúa como si estuviese incómodo estando quieto, habla excesivamente, responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, le resulta difícil esperar su turno e interrumpe a otros (criterio A2).

Además, el DSM-5 (APA, 2013) considera que para diagnosticar este trastorno, los síntomas, tanto de inatención como de hiperactividad e impulsividad, se deben presentar antes de los doce años (criterio B), varios de los síntomas se presentan en dos o más contextos, como por ejemplo, la casa, la escuela, grupo de amigos, etc. (criterio C), y provocan o interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral y reducen la calidad de vida de los mismos (criterio D). Así como también, los síntomas anteriormente mencionados no se deben exclusivamente al curso de otro

trastorno, ni tampoco se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (criterio E). Es necesario destacar que para poder diagnosticar este trastorno, estos síntomas no concuerdan con el nivel de desarrollo esperado para la etapa vital que se encuentra el sujeto, y además, al momento de diagnosticarlo, el profesional debe especificar el grado de este (leve, moderado o grave) y la presentación de síntomas presentes (combinados, predominancia de inatención, hiperactividad o impulsividad)

1.5 Pronóstico

El TDAH se observa durante la primera infancia en relación con los síntomas de hiperactividad e impulsividad, se los suele identificar durante la etapa del preescolar cuando estos síntomas resultan ser más notorios. Sin embargo, resulta difícil diferenciarlos de los comportamientos que son esperables para el desarrollo de un niño a esa edad. Los síntomas frecuentemente se identifican con mayor facilidad durante la etapa escolar del niño con la presencia de la inatención y/o la hiperactividad e impulsividad que causan un deterioro en su rendimiento escolar. Este trastorno suele mantenerse estable durante la adolescencia temprana, pero en el caso de algunos individuos puede llegar a empeorar con la aparición de conductas desafiantes, negativistas y antisociales. Estos síntomas pueden permanecer durante la vida adulta y causan un deterioro importante en la vida de los sujetos (APA, 2013).

Respecto a la evolución y pronóstico de este trastorno, Kaplan y Sadock (1995) plantean que sin la intervención de profesionales y la falta de tratamiento el deterioro es aún mayor en comparación de aquellos que sí. A pesar de que la hiperactividad se atenúa con el tiempo, los deterioros relacionados con la impulsividad y la atención pueden persistir de manera constante, o en algunos casos agravarse, manifestando un grado significativo en las distintas áreas que se desarrolla el sujeto. Pueden

presentar problemas conductuales o disciplinarios que tienen comorbilidad con otros trastornos asociados. Aproximadamente del 50% al 70% del total de niños que han sido diagnosticados con TDAH continúan con los síntomas característicos de este trastorno durante la adolescencia, mientras que un 40% al 50% continúa con los síntomas en la etapa adulta; el 10% al 15% de esos casos los síntomas se agravan y resultan aún más severos con el paso del tiempo (Ortiz-Léon & Jaimes-Medrano, 2007).

1.6 Comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante

Según Hervás Zúñiga y Durán Forteza (2014) más de 2/3 de los niños que han sido diagnosticados con TDAH poseen comorbilidad, es decir que cumplen criterios en simultáneo con otro tipo de trastorno psiquiátrico. Estos autores consideran que la presencia de más trastornos en la infancia representa un desafío para los profesionales de la salud ya que este panorama complica el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

A su vez, González, Bakker y Rubiales (2014) afirman que más del 85% de los niños y adolescentes que presentan TDAH presentan una asociación comórbida con otro trastorno y alrededor del 60% presentan dos comorbilidades. Según Díaz-Atienza (2016), se observa que el TDAH posee una relación con el trastorno negativista desafiante (TND) del 36%. Este autor considera que la presencia del TND en la infancia puede resultar un predictor de otros trastornos en la adolescencia o en la vida adulta. Asimismo, Hervás Zúñiga y Durán Forteza (2014) consideran que la comorbilidad del TDAH con el TND y otros trastornos relacionados con

problemas conductuales es mucho más frecuente y consideran que la presencia de ambos trastornos empeora el pronóstico.

Por otra parte, Barkley (2006) resalta la importancia de realizar un diagnóstico a tiempo e implementar el tratamiento o la intervención adecuada, ya que de lo contrario se presentan mayores riesgos a desarrollar otros trastornos relacionados con problemas de conducta aún más severos.

1.6.1 Trastorno Negativista Desafiante

El trastorno negativista desafiante (TND) es un trastorno que presenta un patrón de comportamientos recurrentes, los cuales se suelen relacionar con conductas desafiantes, desobedientes y hostiles dirigidas a figuras de autoridad. Se cree que cierto nivel de este tipo de conductas en niños es común y esperable en determinadas fases del desarrollo, particularmente cuando se produce el proceso de separación e individualización de las figuras parentales y/o autoridades, como por ejemplo, alrededor de los tres años y al comienzo de la adolescencia. Sin embargo, cuando estos patrones de conducta exceden los límites correspondientes al desarrollo esperable del niño, se convierten cada vez en más frecuentes, con mayores grados de intensidad y en distintos ámbitos de la vida del sujeto debe considerarse como patológico (Kaplan & Sadock, 1995).

El TND comienza a temprana edad, por lo general, a partir de los dos años de vida y los síntomas pueden ir incrementando durante esta etapa de desarrollo. Los primeros signos que suelen aparecer como significativos son el temperamento difícil del niño, la desobediencia y los berrinches. Seguidos de la tendencia a discutir, la falta de cooperación y el desafío con las figuras de autoridad. Se deberá tener en cuenta este tipo de conductas cuando los síntomas del trastorno presentan un

elevado nivel de disfuncionalidad, no solo en la vida del niño, sino que también en la vida de aquellos que los rodean, tales como padres, maestros y otras figuras de autoridad (Kaplan & Sadock, 1995).

Al igual que la mayoría de las personas que padecen de un trastorno conductual de tipo disruptivo, suelen tener bajo nivel de insight y baja disposición para admitir o reconocer sus síntomas, tienden a culpar a los demás, a las circunstancias externas y a la irracionalidad percibida de las normas que se le imponen. Por lo general, son los padres, maestros u otros profesionales quienes relatan las conductas disfuncionales (Kaplan & Sadock, 1995). Generalmente, el diagnóstico del TND se realiza mediante la información que provee el niño y la información que se obtiene a partir de los relatos de los padres y la escuela a la que asiste. Este tipo de información resulta valiosa ya que ellos son las figuras más cercanas al niño y quienes comparten la mayor parte del tiempo con ellos (Genise, 2014).

1.6.2 Epidemiología

En cuanto a la prevalencia del TND, ésta varía según la población estudiada y los métodos utilizados en dichas evaluaciones. Según la APA (2014) se han encontrado tasas del TND presentes entre el 2% y el 16% de la población infantil del mundo. En estudios transversales realizados, la prevalencia varía del 1,9% al 9,9% con un promedio de 5,7%. La incidencia es más elevada en varones, pero solo en la infancia ya que en la adolescencia es similar en ambos sexos (Kaplan & Sadock, 1995).

1.6.3 Etiología

Las causas del TND son multifactoriales, es decir que no responden a uno o varios factores sino que su sintomatología pueden corresponder a un conjunto de factores biológicos y/o ambientales. Según la APA (2014), existen tres factores que se destacan: el temperamento y/o los factores ambientales, genéticos y fisiológicos. En relación con el temperamento, existen factores temperamentales que se relacionan con problemas de la regulación emocional, como por ejemplo, niveles altos de reactividad emocional, baja tolerancia a la frustración, entre otros, que predicen este trastorno. Con respecto a los factores ambientales, es muy frecuente encontrar en las familias con niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante prácticas parentales, tales como el trato severo, la negligencia en la crianza y prácticas parentales que se relacionan con las teorías causales del trastorno. En cuanto los factores genéticos y fisiológicos se han asociado cierto número de marcadores neurobiológicos, sin embargo, los estudios realizados no arrojan resultados contundentes que determinen si estos marcadores son específicos del trastorno negativista desafiante.

Sin embargo, es posible identificar aquellos factores de riesgo que se asocian a la psicopatología o sintomatología de niños y/o adolescentes. Bragado, Bersabé y Carrasco (1999) consideran que existe cierta influencia de variables sociodemográficas tales como, el sexo, la edad, el nivel socioeconómico o la estructura familiar sobre la prevalencia de este tipo de trastorno. Estos autores consideran que los factores de riesgo más relevantes que se asocian a los trastornos de la conducta son: un bajo nivel socioeconómico, la presencia de una sola figura paterna y el fracaso escolar. Así como también, destacan otros factores tales como, características personales del niño, estructura familiar post separación o

divorcio de los padres, psicopatología parental (enfermedad mental y/o adicciones), problemas en el embarazo de la madre, tanto físicos como emocionales, en los primeros años de vida del niño, la interacción y la experiencia cotidiana del niño con sus padres, entre otros.

Por otra parte, Genise (2014) considera que el desarrollo de este trastorno suele aparecer en contextos donde intervienen, por un lado, factores de riesgo y, por otra parte, factores protectores. En su desarrollo teórico, este autor explica que durante la infancia los niños se ven expuestos a distintos factores de riesgos, y frente a la ausencia de los factores protectores que resultan necesarios y no logran ser los suficientes; traen consigo un riesgo que posibilita el desarrollo los trastornos de conducta. Siguiendo con esta postura teórica, Ortiz Giraldo, Giraldo Giraldo y Palacio Ortiz (2008) plantean que el origen de la violencia y la agresividad en este tipo de trastorno se encuentra ligada a contextos ambientales y sociofamiliares de vulnerabilidad social, donde estos comportamientos violentos se prolongan y en ocasiones se consolidan en la adolescencia y en la adultez.

1.6.4 Diagnóstico

Según el DSM-5 (APA, 2013), el TND se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. Se caracteriza por la presencia de un patrón de enfado o irritabilidad, discusiones o actitud desafiante o vengativa. Para poder diagnosticarlo se deben manifestar por lo menos cuatro de los siguientes síntomas durante el período de seis meses o más: el sujeto a menudo pierde la calma o el control, está susceptible o se molesta con facilidad, está enfadado y/o siente resentimiento, discute con las figuras de autoridad o con los

adultos, desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas, molesta deliberadamente a los demás, culpa a los demás por sus errores o por su mal comportamiento, es rencoroso o vengativo (Criterio A).

A su vez, el DSM-5 (APA, 2013) considera que también se deben tener en cuenta si la frecuencia y la intensidad de estos comportamientos sobrepasan los límites normales correspondientes al desarrollo del individuo, su sexo y su cultura. En el caso de los niños menores de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos.

Además, el DSM-5 (APA, 2013) considera que el comportamiento que está asociado a este trastorno causa un malestar, no solo en el individuo sino que también en otras personas de su entorno más cercano, es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de escuela, etcétera, o tiene un gran impacto negativo en el resto de los ámbitos de la vida del sujeto: social, educativa, entre otras (Criterio B). Los comportamientos mencionados anteriormente no deben deberse a otro tipo de trastorno (Criterio C). Por otra parte, el profesional que evalúe al sujeto deberá especificar el grado actual del trastorno (leve, moderado o grave).

1.6.5 Pronóstico

Según DSM-5 (APA, 2013), el trastorno negativista desafiante precede a los trastornos de la conducta. Sin embargo, no todos los niños y adolescentes desarrollan posteriormente un trastorno de la conducta. Conlleva, en algunos casos, el riesgo a desarrollar otros trastornos asociados. Los síntomas que se relacionan con el desafío, la discusión y la falta de respeto a las normas suponen un mayor riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta. En cambio, los síntomas que se

relacionan con el enfado y la irritabilidad suponen un mayor riesgo a desarrollar trastornos emocionales. Las distintas manifestaciones del TND pueden asociarse con un mayor riesgo de problemas de adaptación, como por ejemplo, problemas de control de los impulsos o de conducta, abuso de sustancias, entre otros.

En cuanto a la evolución y pronóstico de este trastorno, Kaplan y Sadock (1995) demostraron que los signos del TND pueden mantenerse estables. Asimismo, Genise (2014) demuestra que solo una minoría de niños desafiantes, opositores y agresivos desarrollan algún trastorno de conducta en la adolescencia. Se cree que la intensidad y la presencia de ciertas conductas propias del TND pueden predecir un trastorno antisocial. Sin embargo, debido a la falta de estudios longitudinales, no existe evidencia empíricamente válida que sustente esta teoría (Kaplan & Sadock, 1995).

CAPÍTULO II

Estrés parental

2.1 Definición

Lazarus y Folkman (1986) definen al término estrés como un concepto que hace referencia a la interrelación que se produce entre un sujeto y su contexto. Plantean que el estrés se produce cuando un sujeto realiza una valoración sobre una situación particular que desborda los recursos disponibles, poniendo en peligro su propio bienestar. Además, consideran que el afrontamiento es fundamental para afrontar el estrés, ya que es necesario que la persona encuentre un equilibrio entre los recursos con los que cuenta y las demandas provenientes del ambiente.

Respecto al estrés parental, los primeros estudios sobre estrés familiar fueron realizados por Hill (1949, 1958). Este autor define el estrés familiar como un estado que se produce debido a un desequilibrio entre la percepción de las demandas parentales y las capacidades que el sujeto posee para hacerles frente. Además, este autor planteó un modelo conocido como ABC-X con el fin de estudiar el estrés familiar y su afrontamiento. En este modelo se interrelacionan distintos factores: A (estresor o evento de tal magnitud que representa un cambio para la familia) interactúa con B (los recursos que la familia posee para hacer frente a este estresor) y que a la vez interactúa C (el significado o atribución que la familia le da al evento estresor), el cual produce X (la crisis). Por lo tanto, el factor X es el resultado de la interacción de otros factores en la respuesta familiar al evento estresor.

Siguiendo esta línea de investigación, McCubbin, Lavee y Patterson (1985) plantearon el modelo Doble ABC-X, el cual agrega variables precrisis y postcrisis con el fin de comprender los estresores previos y posteriores de las crisis que se

producen a nivel familiar. Así como también, estos autores plantean el nuevo modelo para conceptualizar el resultado de los procesos familiares y profundizar los factores que intervienen en dicho proceso.

Por otro parte, Abidin (1992) plantea que el estrés parental se produce cuando los progenitores o las personas que están a cargo de la crianza de un niño sienten que se ven desbordados frente a las demandas que se les presentan en su rol como madres o padres. Además, este autor señala que existen dos componentes que resultan de suma importancia, el primero de ellos es el estrés que está asociado a las exigencias que propias del rol paterno o materno y aquel que se deriva de sus propios hijos.

2.2 Estrés parental según Abidin

El término estrés ha sido ampliamente investigado, sin embargo, para la presente investigación se tomarán en cuenta los desarrollos realizados por Abidin, quien realizó una exhaustiva investigación sobre el estrés parental y propuso un modelo de este constructo compuesto por cuatro dimensiones: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo, niño difícil y estrés total. Díaz-Herrero et al. (2010) definen las dimensiones que componen el estrés parental de la siguiente manera:

- **Malestar paterno:** esta dimensión se relaciona con el malestar que experimentan los progenitores del niño al ejercer su rol de madre o padre. El malestar paterno es provocado por factores personales que están estrechamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de la maternidad o paternidad. Estos factores se asocian con las tensiones que

surgen de este papel (competencia y capacidad para llevar a cabo este rol, tensiones asociadas con otras funciones que desarrollan en la vida, conflictos con el otro padre del niño, etc.).

- **Interacción disfuncional padre-hijo:** esta dimensión se relaciona con la percepción que los padres tienen de sus hijos sobre el grado en que su hijo satisface o no las expectativas de él o ella.
- **Factor niño difícil:** esta dimensión se relaciona con la percepción y valoración que los padres tienen sobre sus hijos respecto a la dificultad o facilidad para controlarlos en función de las características y rasgos conductuales particulares de sus hijos. En esta dimensión también se incluyen y se evalúan una serie de patrones desafiantes y desobedientes.
- **Estrés total:** esta dimensión hace referencia al grado de estrés total que experimentan los progenitores al ejercer su rol como padres y está determinada por las dimensiones de malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil que lo componen, es decir que se reflejan las tensiones que surgen de su rol como padres, de la crianza del niño y de las expectativas no satisfechas.

2.3 Antecedentes sobre estrés parental

Existen números investigaciones realizadas sobre el estrés parental, el cual ha sido ampliamente estudiado y gran parte de los antecedentes encontrados se centraron en evaluar el nivel de estrés tanto en padres como en cuidadores. En la

investigación realizada por Yousefia, Far y Abdolahian (2011) el objetivo principal fue indagar el nivel de estrés y los tipos de estilos parentales en madres de niños con TDAH y compararlos con madres de niños sin problemas en el desarrollo. Se encontró que la presencia de los síntomas propios del TDAH aumentaba significativamente los niveles de estrés. Los autores sugirieron que los rasgos del niño, el comportamiento disruptivo y la severidad del trastorno se relacionaban con el nivel alto de estrés encontrado en las madres de niños con TDAH.

Por otra parte, otra investigación similar es la realizada por Del Bianco Faria y Cardoso (2016), cuyo objetivo fue evaluar el estrés, la autopercepción del estrés y los factores estresantes en cuidadores de niños con y sin TDAH. Los resultados encontrados señalaron que el nivel de estrés era significativamente mayor en los cuidadores de niños con TDAH en comparación con el grupo control. Se observó que, para la mayoría de los cuidadores, las dificultades que presenta el niño se asocian con los niveles altos de estrés. Los autores sugirieron que la existencia de demandas derivadas del cuidado o la crianza de un niño con TDAH resultan excesivas y sobrepasan las capacidades de los padres o cuidadores.

Otro estudio similar, realizado por Korpa, Antoniou - Stamatios y Katsounas (2018) a madres de niños con diagnóstico de TDAH, cuyo objetivo fue analizar la relación entre el comportamiento de los niños con TDAH y el estrés parental, al igual que la posible relación existente entre el estrés parental y sintomatología patológica. Los resultados demostraron que gran parte de las características conductuales de sus hijos estaban significativa y positivamente relacionadas con los niveles de estrés parental. Además, se encontraron correlaciones positivas y significativas en varias de las dimensiones de estrés parental, así como también, en los diferentes tipos de síntomas somáticos.

Muñoz-Silva, Lago-Urbano, Sanchez-Garcia, y Carmona-Márquez (2017) realizaron una investigación que examine el estrés parental entre madres de niños y adolescentes con TDAH. Los resultados de esta investigación señalaron que las madres reportaron niveles de estrés y que estos se relacionaban con la severidad del trastorno, síntomas, conductas y problemas emocionales asociados a éste. Además, se relacionaban con variables familiares, como por ejemplo, el impacto negativo de la vida social, el impacto en la relación de pareja y el apoyo social recibido, entre otros. El impacto negativo respecto a la vida social y los problemas conductuales de los niños y/o adolescentes se asociaron a niveles altos de estrés en las madres.

Otra investigación realizada por Pozo Cabanillas, Sarriá Sánchez y Méndez Zeballos (2006) a madres de personas con TEA, cuyo objetivo fue analizar el nivel de estrés maternal demostró que la gran mayoría de las madres presentaron niveles de estrés que superaban ampliamente la media y que fueron considerados clínicamente significativos.

Más allá de las dificultades que se presentan en la crianza de un niño con problemas en el desarrollo, existen estudios que demuestran que el malestar paterno y la relación e interacción que se da entre padres e hijos se puede asociar con niveles altos de estrés. En relación con el malestar paterno, Marini Martins, Viganô de Souza, Marques Filho y Pontes (2001) realizaron una investigación sobre la sobrecarga en los cuidadores de niños con diagnóstico psiquiátrico. Los resultados demostraron que la presencia de problemas psiquiátricos o trastornos mentales en niños sugieren que éstos son menos autónomos y causan mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, aumentando así los niveles de malestar paterno.

Respecto a la interacción entre padres e hijos, Joussement, Landry y Koestner (2008) consideran que cuando las expectativas que los padres tienen sobre los hijos no son cumplidas o no están satisfechas se espera que los problemas de interacción en la relación padre-hijo aumenten y por consiguiente aumenten los niveles de estrés parental. Asimismo, Perea Velasco, Pérez-López, Montealegre Ramón y Pérez-Lag (2012) en su investigación realizada sobre la interacción disfuncional madre-hijo y las conductas desadaptativas en los niños, demostraron que las madres perciben niveles mayores de estrés en esta dimensión cuando se presentan las siguientes situaciones: los hijos tienen una peor ejecución motora, no se involucran en actividades de juego, juegan menos o no siguen instrucciones o reglas de juego, hablan poco o son menos comunicativos, presentan dificultades para relacionarse con otras personas, poseen dificultades académicas, no colaboran en tareas del hogar, entre otras.

CAPITULO III

Estrategias de afrontamiento

3.1 Definición

El término afrontamiento puede ser definido a partir de varios enfoques y autores, pero en términos generales hace referencia a los esfuerzos que realiza un sujeto para hacer frente al estrés. Fleishman (1984) define al afrontamiento como las respuestas cognitivas o comportamentales que utiliza un sujeto para disminuir o eliminar el estrés. Asimismo, Lazarus y Folkman (1986) sostienen que el estrés y otras emociones que se asocian con éste se encuentran delimitadas por la valoración que el sujeto realiza sobre una situación específica. Consideran que el afrontamiento es un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener cierto grado de adaptación durante periodos de estrés. Desde esta perspectiva, el afrontamiento es considerado como un proceso que requiere que el sujeto realice un esfuerzo cognitivo comportamental para poder responder a las demandas, tanto las internas como las externas, que son percibidas por el sujeto como estresantes o desbordantes de los recursos disponibles. Por otra parte, Fernández y Díaz (2001) consideran que además de la significación que el sujeto le otorgue al estresor o a la situación estresante, éste también está determinado por la estrategia de afrontamiento que utilice. Es decir que, el afrontamiento está determinado por la relación que se da entre el sujeto, los recursos que dispone y el ambiente, resultando así como mediador entre estos tres elementos ya que modifica los efectos desestabilizadores del estrés (Mikulic & Crespi, 2008).

3.2 Tipos de estrategias de afrontamiento

Existen numerosas clasificaciones sobre las estrategias de afrontamiento. Lazarus (2006) considera que existen dos tipos de afrontamiento: por un lado, un afrontamiento que está centrado en el problema, el cual intenta modificar la situación estresante. Por otro lado, el afrontamiento que está centrado en la emoción, el cual intenta buscar un nivel óptimo en la regulación emocional. En ambos casos, son estrategias activas que los sujetos implementan para disminuir el nivel de estrés que experimentan. Estos autores consideran que ambos tipos de estrategias son complementarias, ya que si la implementación de ellas es efectiva, logra disminuir el estrés y la angustia que el sujeto experimenta. Por lo tanto, la persona está en mejores condiciones de iniciar un afrontamiento más adaptativo.

Por otra parte, Mikulic y Crespi (2008) consideran que existen dos grandes clasificaciones respecto al afrontamiento. Por un lado, las estrategias de afrontamiento que se centran en la orientación del problema, diferenciando aquellas formas de afrontamiento activas de las pasivas. Por otra parte, consideran que existe una segunda clasificación, según el foco, diferenciando las estrategias de afrontamiento que se efectúan de acuerdo con la aproximación o evitación del problema. La primera de ellas hace referencia a los esfuerzos cognitivos o conductuales que realiza el sujeto para hacer frente al evento estresante, mientras que la segunda hace referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales que el sujeto utiliza para evitar la situación estresante (Moos, 1993).

Por otro lado, González et al. (2014), tomando en cuenta lo planteado por Folkman y Lazarus (1984), Verduzco-Álvarez-Icaza et al., (2004) y Mikulic y Crespi (2008), consideran que el afrontamiento se puede clasificar de acuerdo con tres dimensiones: según el método, la focalización y la actividad. Con respecto al

método, consideran que las estrategias de afrontamiento pueden ser activas o de control directo, pasivas o de control indirecto, y de evitación o abandono del control. De acuerdo con la focalización, ésta puede estar centrada en el problema, la emoción o a modificar la situación. Por último, la clasificación según la actividad puede ser cognitivo o conductual.

3.3 Estrategias de afrontamiento según Sandín y Chorot

Como se puede observar, son muchos los autores que han intentado definir y clasificar el afrontamiento, sin embargo, para la presente investigación se tomarán en cuenta los desarrollos realizados Sandín y Chorot (2003), quienes realizaron una exhaustiva investigación sobre el afrontamiento y propusieron un modelo de este constructo compuesto por siete estilos básicos de afrontamiento que se describen a continuación:

- **Búsqueda de apoyo social (BAS):** se relaciona con el acercamiento a personas o redes de apoyo que le aportan al sujeto un adecuado manejo de la situación estresante. En este estilo de afrontamiento se intenta verificar si el sujeto suele pedir consejos, contar o expresar sus sentimientos, pedir información u orientación y hablar con familiares o amigos.
- **Focalización en la solución de problemas (FSP):** se relaciona con la tendencia del sujeto a analizar las causas del problema, planear acciones o llevar a cabo alternativas que le permitan lograr una mejor resolución. A partir de este estilo de afrontamiento el sujeto puede analizar las causas del

problema, establecer un plan de acción, pensar detenidamente en los pasos a seguir, poner en marcha soluciones concretas, entre otras.

- **Reevaluación positiva (REP):** hace referencia a que la persona busca aprender de las dificultades experimentadas, resaltando los aspectos positivos y generando pensamientos que le permitan favorecer la situación estresante. En este estilo de afrontamiento el sujeto tiende a ver y sacar lo positivo de la situación y comprender que hay situaciones peores o más importantes.
- **Expresión emocional abierta (EEA):** se relaciona con la descarga emocional que se exterioriza mediante formas hostiles hacia los demás y que le permite desahogarse emocionalmente. En este estilo de afrontamiento el sujeto tiende a descargar su mal humor con los demás, insultar a otras personas, comportarse de manera hostil, agredir a alguien e irritarse con la gente, pero principalmente intenta desahogarse emocionalmente.
- **Autofocalización negativa (AFN):** se relaciona con los sentimientos de indefensión, incapacidad para modificar algo y resignación respecto a la situación a enfrentar. También suele asociarse con sujetos que tienden a autoinculparse. En este tipo de afrontamiento el sujeto tiende no llevar a cabo acciones, resignarse respecto a la situación y asumir la incapacidad que poseen para resolver el problema. Se sienten indefensos y se convencen negativamente de que nada puede cambiar la situación.

- **Religión (RLG):** hace referencia a la una actitud que está centrada en la espiritualidad, como modo de tolerar o intentar una solucionar los problemas. En este tipo de afrontamiento el sujeto suele asistir a la iglesia, pedir ayuda espiritual, rezar, confiar en que Dios remedie la situación, entre otros.
- **Evitación (EVT):** se relaciona con las actividades o acciones que realiza una persona y que neutralizan los pensamientos negativos o perturbadores. En este tipo de afrontamiento el sujeto tiende a concentrarse en otras cosas, ya sea en el trabajo o actividades de ocio para tratar olvidarse o no pensar en el problema.

Sandín y Chorot (2003) consideran que estos estilos pueden utilizarse para evaluar el afrontamiento adecuadamente ya que son consistentes tanto del punto de vista factorial como desde la evidencia que proporcionan los análisis de fiabilidad. Estos autores recomiendan la utilización de estos siete estilos básicos de afrontamiento para evaluar las estrategias de afrontamiento del estrés. Además, consideran que si se desea evaluar el afrontamiento de forma más general, se pueden obtener otras dos escalas generales, por un lado, el afrontamiento racional que está compuesta por la focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. Por otra parte, el afrontamiento emocional compuesto por la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta.

3.4 Antecedentes sobre estrategias de afrontamiento

Diferentes estudios se centraron en la investigación del afrontamiento en madres de niños con problemas en el desarrollo o en poblaciones similares. González et al. (2014) realizaron una investigación que se centró en el análisis de las estrategias de afrontamiento y estilos parentales de madres de niños con y sin TDAH. Los resultados obtenidos en dicha investigación demostraron que el grupo de madres de niños con TDAH utilizaban con mayor frecuencia las estrategias focalizadas en la solución del problema, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y expresión emocional abierta. En cuanto a las escalas generales, las madres de niños con TDAH utilizaban con mayor predominancia el afrontamiento racional.

Por otra parte, Tijeras Iborra et al. (2015) realizaron un estudio en familias con niños con trastorno de espectro autista (TEA) con o sin TDAH, cuyo objetivo fue analizar las estrategias y los estilos de afrontamiento parental. Se encontró que las estrategias de afrontamiento que se utilizaban con mayor frecuencia eran desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva, las cuales se relacionan con afrontamientos activos y permiten que el sujeto pueda desplegar estrategias de afrontamiento con el fin de solucionar o modificar una determinada situación que se relaciona con el problema, planificar o llevar a cabo acciones, rescatar los aspectos positivos del problema, entre otros.

Loubat y Cuturrufo (2007) en una investigación realizada a padres con hijos adolescentes con enfermedades psiquiátricas analizaron las estrategias de afrontamiento. Los resultados obtenidos en la investigación demostraron que las estrategias de afrontamiento más significativas desplegadas por los padres eran: resolver el problema, la cual consiste en realizar una acción directa para solucionar el problema; expresión emocional, la cual consiste en canalizar el afrontamiento a

través de manifestaciones expresivas hacia otras personas; y reacción depresiva que se caracteriza por la presencia de desborde por la situación y pesimismo

SEGUNDA PARTE

PROPUESTA METODOLÓGICA

CAPÍTULO IV

Propuesta Metodológica

4. Objetivos

4.1 Objetivos Generales

Indagar la relación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en madres de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

4.2 Objetivos Específicos

A- Caracterizar a la muestra, según variables sociodemográficas.

B- Describir el grado de estrés que se experimenta en el ejercicio de la maternidad en madres de niños con TDAH.

C- Describir las estrategias de afrontamiento predominantes utilizadas por madres de niños con TDAH.

D- Comparar el grado de estrés parental según características sociodemográficas (sexo de su hijo/a, presencia o no de comorbilidad, si realiza o no tratamiento, quien dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a y si reciben devolución por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a).

E- Comparar los estilos de estrategias de afrontamiento según características sociodemográficas (sexo de su hijo/a, presencia o no de comorbilidad, si realiza o no tratamiento, quien dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a y si reciben devolución por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a).

4.3 Hipótesis

A- A mayor uso de estrategias de afrontamiento racional, menor es el grado de estrés.

B- A mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, mayor es el grado de estrés.

C- Las madres de niños con TDAH poseen un alto nivel de estrés parental.

D- Las madres de niños con TDAH utilizan con mayor predominancia estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción o evitación del problema.

E- Las madres de niños con TDAH y con comorbilidad de TND poseen un mayor grado de estrés.

4.4 Justificación y Relevancia

Las variables abordadas en la investigación, tanto el estrés parental como las estrategias de afrontamiento, poseen relevancia teórica ya que resultan relevantes para el estudio de la dinámica familiar. Aportan información sobre el funcionamiento familiar, las distintas problemáticas y las herramientas que las familias poseen para hacer frente al estrés que éstas presentan (Pérez Padilla et al., 2014). Además, el estrés parental posee una gran importancia debido al impacto que generan en las familias, tanto en padres como hijos, en particular a niños con dificultades en el desarrollo. Se cree que es de vital importancia detectar a las familias que presentan mayores riesgos de vulnerabilidad para poder así contenerlas y acompañarlas en la crianza de sus hijos (Núñez, 2003). Conocer aquello que sucede en la dinámica o funcionamiento familiar, posibilitará brindar un mejor asesoramiento a los padres, brindarles contención y apoyo, e intervenir con el fin de que puedan ampliar el

repertorio de estrategias más adaptativas y así poder afrontar las dificultades que se presentan de una forma más adecuada.

Por lo tanto, se espera que la investigación pueda ampliar los conocimientos existentes acerca del estrés parental y las estrategias de afrontamiento, al igual que la relación existente entre ambas variables. Además, se espera que posea una relevancia práctica y que los resultados obtenidos en la investigación puedan servir como base para crear programas de intervención con el fin de ayudar a disminuir los niveles de estrés parental en este tipo de poblaciones.

4.5 Tipo de Estudio

Se realizará un plan de investigación cuantitativo. Se utilizará el tipo estudio denominado ex post-facto que permitirá una búsqueda de información sistemática y empírica, de la cual el investigador no posee control sobre las variables independientes, ya que los acontecimientos ya se manifestaron o no se pueden manipular (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Galindo Lara & Valilla Gigante, 2010). En base a la clasificación de los estudios ex post-facto se realizará cuatro niveles de análisis:

- Estudios descriptivos: permite definir las variables, medirlas y extraer información estadística que permite percibir con precisión las medidas de tendencia central y las de variabilidad de la muestra.
- Estudios comparativo-causales: permiten comparar grupos, generalmente las medias a partir de las dimensiones de las escalas según las variables sociodemográficas.
- Estudios correlacionales: permiten evaluar las relaciones existentes entre las dimensiones de diferentes escalas, utilizando los coeficientes de correlación.

4.6 Muestra y Muestreo

Los participantes se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico subjetivo por decisión razonada, es decir que la muestra no fue seleccionada por procedimientos probabilísticos, sino en función de algunas de sus características, el proceso de elección se realizó aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

La muestra estuvo conformada por madres de niños con diagnóstico de TDAH y que además forman parte de un grupo denominado “Mamás Unidas por el TDAH”.

La muestra se obtuvo durante los meses de diciembre 2018 a febrero de 2019. Estuvo compuesta por 143 mujeres, residentes de distintas provincias de la República Argentina con edades que comprenden en rangos de 24 a 34 años (39,9%), 36 a 46 años (53,1%) y 47 a 57 años (7 %). En cuanto al estado civil, el 11,2% es soltera, el 40,6% está casada, el 21,7% está en concubinato, el 16,1% está en pareja, el 5,6% está separada y el 4,9% está divorciada. Respecto a la zona de residencia, el 21% vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 46,2% vive en el Gran Buenos Aires y el 32,9% en el interior del país. En cuanto al nivel educativo, el 1,4% posee el primario completo, el 5,6% posee el secundario incompleto, el 23,1% posee el secundario completo, el 10,5% posee terciario incompleto, el 21% posee terciario completo, el 21,7% posee universitario incompleto, el 14% posee universitario completo y el 2,8% posee un posgrado completo. Del total de la muestra, el 37,1% no trabaja, mientras que el 62,9% sí. En relación con este último, el 44,4% trabaja entre 21 a 40 horas semanales, el 41,1% entre 21 a 40 horas semanales.

Respecto al diagnóstico de sus hijos/as, el 52,4% tiene un hijo/a con TDAH, mientras que el 47,6% tiene un hijo con diagnóstico de TDAH y con comorbilidad de

TND, entre otras. El 46,9% (n=67) de los niños posee Certificado Único de Discapacidad, por lo que el diagnóstico se realizó por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud. En cuanto al sexo de sus hijos/as el 89% es masculino y el 10,5% es femenino. La edad de los niños es de 4 a 12 años (m=8,06). Solo el 2,8% de los hijos de la muestra no realiza tratamiento, mientras que el 97,2% si realiza. Respecto a quienes se ocupan del tratamiento de sus hijos/as, el 71,3% son las madres, el 28% ambos padres y el 0,7 los abuelos. Del total de los niños que realizan tratamiento, el 87,6% de las madres reciben algún tipo de devolución por parte de los profesionales que atienden a sus hijos, mientras que el 13,3% no recibe ningún tipo de devolución sobre el tratamiento de sus hijos.

Tabla 1
Características sociodemográficas

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Edad	24 a 35 años	57	39,9
	36 a 46 años	76	53,1
	47 a 57 años	10	7,0
Estado civil	Soltero	16	11,2
	Casado	58	40,6
	En concubinato	31	21,7
	En pareja	23	16,1
	Separado	8	5,6
	Divorciado	7	4,9
Zona de residencia	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	30	21,0

	Gran Buenos Aires	66	46,2
	Interior del país	47	32,9
Nivel de escolaridad	Primario completo	2	1,4
	Secundario Incompleto	8	5,6
	Secundario completo	33	23,1
	Terciario incompleto	15	10,5
	Terciario completo	30	21,0
	Universitario incompleto	31	21,7
	Universitario completo	20	14,0
	posgrado completo	4	2,8
¿Trabaja?	No	53	37,1
	Sí	90	62,9
¿Cuántas horas semanales trabaja?	1 a 20 horas	40	44,4
	21 a 40 horas	37	41,1
	Más de 40 horas	13	14,4
¿Su hijo posee comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante?	No	75	52,4
	Sí	68	47,6
Sexo de su hijo/a	Masculino	128	89,5
	Femenino	15	10,5
¿Su hijo/a realiza tratamiento?	No	4	2,8
	Sí	139	97,2
Respecto al tratamiento de su hijo/a, ¿Quién dedica más	Madre	102	71,3
	Madre y Padre	40	28,0

tiempo?	Abuelos	1	0,7
¿Recibe algún tipo de devolución del tratamiento por parte de los profesionales que atiende a su hijo/a?	No	19	13,3
	Sí	124	87,6

4.7 Criterios de Inclusión

- Ser mayor de 18 años.
- Ser madre de un/a niño/a cuyo diagnóstico sea TDAH.
- Ser madre de un/a niño/a cuya edad sea de 1 a 12 años.

4.8 Criterios de Exclusión

- Ser menor de 18 años.
- Ser madre de un/a niño/a cuyo diagnóstico no sea TDAH.
- Ser madre de un/a niño/a cuya edad no sea del rango entre 1 a 12 años.

4.9 Descripción de los Instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003): permite evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, los cuales corresponden a formas de afrontamiento racionales; por otro lado, las estrategias de afrontamiento relacionadas con emoción o la evitación del problema como la expresión emocional abierta, la evitación, la autofocalización negativa y la religión.

Consta de 42 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, en el cual el examinado debe recordar en qué medida se ha comportado, seleccionando un grado de respuesta que más se acerque a su forma de actuar en aquellas situaciones de estrés que ha tenido que afrontar durante el último mes (nunca =0, pocas veces =1, Algunas veces =2, frecuentemente =3, siempre =4). La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas individuales, que proporciona una puntuación total para cada estilo básico de afrontamiento. En cuanto a los coeficientes de fiabilidad de Cronbach, la búsqueda de apoyo social es de =0.92, expresión emocional abierta =0.74, la religión =0.86, focalizado en la solución del problema =0.85, evitación =0.76, autofocalización negativa =0,64 y reevaluación positiva =0.71. Adicionalmente, el cuestionario ofrece dos escalas generales para evaluar el afrontamiento. El afrontamiento racional que se obtiene sumando la estrategia de focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social y posee un coeficiente de alfa de Cronbach de= 0,91. El afrontamiento emocional se obtiene sumando la estrategia autofocalización negativa y la expresión emocional abierta y posee un coeficiente alfa de Cronbach de=0,79

Inventario de Estrés Parental Formato Abreviado (PSI-SF) (Abidin, 1992): traducido y adaptada al español por Díaz-Herrero et al. (2010) evalúa el estrés del padre, madre o cuidador en relación con su rol. Consta de 36 ítems derivados del instrumento original con un formato tipo de respuesta tipo Likert, en el cual el examinado expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los enunciados (muy en desacuerdo =1, en desacuerdo =2, no estoy seguro =3, de acuerdo =4, muy de acuerdo =5). Se compone de tres dimensiones: Malestar Paterno (MP) compuesto por los 12 primeros ítems, Interacción Disfuncional Padre-

Hijo (ID P-H): del ítem 13 al 24 y Niño Díficil (ND) del ítem 25 al 36. La puntuación del instrumento se obtiene sumando los ítems que componen cada una de las dimensiones y luego los puntajes brutos se transforman en percentiles. Los puntajes de corte para las subescalas son los siguientes: 1 a 20 significación clínica inferior a la media, 21 a 80 niveles normales y 85 o más puntos indican una significación clínica superior a la media. El grado de estrés total se obtiene sumando los valores totales de los tres factores. Los puntajes de corte para la escala general son los siguientes: 0-20 indican niveles leves de estrés; 21-80 niveles medios de estrés; 85 o más puntos indican altos niveles de estrés. En cuanto a los coeficientes de fiabilidad de Cronbach, el estrés total es de $\alpha=0.90$, el malestar paterno es de $\alpha=0.82$, la interacción disfuncional padre – hijo es de $\alpha=0.84$ y el niño difícil es de $\alpha=0.82$.

Cuestionario de Variables Sociodemográficas: preguntas sociodemográficas relativas a: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, si trabaja o no, la cantidad de horas que trabaja por semana, sexo de su hijo/a, diagnóstico de su hijo/a, si su hijo/a realiza tratamiento, quién dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a y si recibe o no devolución por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a.

4.10 Procedimiento

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (Sandín & Chorot, 2003), el Inventario de Estrés Parental Formato Abreviado (Díaz-Herrero et al., 2010) y el Cuestionario de Variables Sociodemográficas fueron transcritos en la plataforma online Google Forms y enviados de manera intencional a madres de niños con diagnóstico de TDAH, quienes participaron de manera voluntaria. En dicha plataforma se les

informó mediante un consentimiento informado los propósitos de la investigación y se les explicó que su participación era voluntaria y anónima, además se les informó que la información brindada era de carácter confidencial, que sus datos no iban a ser difundidos y que los resultados que se obtuvieran en la investigación serían utilizados sólo para fines académicos – científicos.

Los cuestionarios transcritos en Google Forms fueron enviados en el siguiente orden: Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003) e Inventario de Estrés Parental Formato Abreviado (PSI-SF) (Abidin, 1992; Díaz Herrero et al., 2010).

4.11 Análisis

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva y se compararon grupos, buscando correlaciones estadísticamente significativas en las variables propuestas, mediante el software estadístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* para el cumplimiento de los objetivos.

CAPITULO V

Resultados

4.1 Descripción de las variables

4.1.1 Estadísticos de la variable Estrés Parental

En el presente estudio el Inventario de Estrés Parental Formato Abreviado (Díaz-Herrero et al., 2010) mostró un alfa de Cronbach en el estrés total de $=0.81$, la subescala del malestar paterno fue de $=0.90$, la subescala de la interacción disfuncional padre – hijo fue de $=0.90$ y la subescala del niño difícil fue de $=0.85$. Comparado con la fiabilidad de la adaptación utilizada en el estudio de Díaz-Herrero et al. (2010), el cual presenta un alfa de Cronbach en la escala de estrés total de $=0.90$, la subescala del malestar paterno de $=0.82$, la subescala de la interacción disfuncional padre – hijo de $=0.84$ y la subescala del niño difícil de $=0.82$.

Con el objetivo de describir el grado de estrés que experimentan las madres en el ejercicio de la maternidad, en primer lugar, se calculó la puntuación total de cada una de las subescalas que componen el estrés total: malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil. Luego, se calculó la puntuación del estrés total mediante la suma de la puntuación de los tres factores. Tras obtener las puntuaciones brutas, se transformaron en percentiles y se recodificaron las tres subescalas y el estrés total según los puntos de corte, los cuales oscilan entre 1 a 20, 21 a 80 y 85 o más puntos. En el caso del estrés total, los puntajes que oscilan entre 1 a 20 indican un nivel de estrés leve, de 21 a 80 indican un nivel de estrés medio y de 85 a 99 o más puntos indican un nivel de estrés alto. En relación con las subescalas, malestar paterno, interacción disfuncional padre- hijo y niño difícil, los

percentiles que oscilan entre 1 a 20 indican que está por debajo de la media y poseen una significación clínica; 20 a 80 es considerado dentro del rango normal y los percentiles superiores a 85 son considerado como significación clínica(Díaz-Herrero et al., 2010).

En el presente estudio el 16,1% (n=23) obtuvo puntuaciones que indican un nivel de estrés leve, mientras que el 83,9% (n=120) obtuvo puntuaciones mayores a 85 lo cual indica un nivel de estrés alto, mientras que la media del estrés total fue de =89,41. En cuanto a las subescalas, en el malestar paterno el 7% (n=10) obtuvo puntuaciones menores a 20 (significación clínica menor a la media), el 25,9% (n=37) obtuvo puntuaciones entre 20 y 80 (dentro de la media), el 67,1% (n=96) obtuvo puntuaciones superiores a 85 (significación clínica mayor a la media), mientras que la media en esta dimensión fue de =79,99. En el factor interacción disfuncional padre-hijo, el 37,8% (n=54) obtuvo puntuaciones entre 20 y 80 (dentro de la media) y el 62,2% obtuvo puntuaciones superiores a 85 (significación clínica mayor a la media), mientras que la media fue de =82,59. En el factor niño difícil, el 0,7% (n=1) obtuvo una puntuación inferior a 20 (significación clínica inferior a la media), el 14,7% (n=21) obtuvo puntuaciones entre 20 y 80 (dentro de la media) y 84,6% (n=121) obtuvo puntuaciones mayores a 85 (significación clínica superior a la media), mientras que la media fue de =90,16. Las puntuaciones obtenidas indican, en su mayoría, predominancia de niveles altos de estrés en todas las dimensiones del estrés parental.

Tabla 2
Estadísticos descriptivos del estrés parental

Estrés parental	Media	Desv. típ.
Malestar Paterno	79,99	27,682
Interacción Disfuncional Padres - Hijo	82,59	21,161

Niño difícil	90,16	19,532
Estrés total	89,41	18,898

Tabla 3

Estadísticos descriptivos del estrés total

Estrés total	N	Porcentaje
Estrés medio	23	16,1%
Estrés alto	120	83,9%

Tabla 4

Estadísticos descriptivos del malestar paterno

Malestar paterno	N	Porcentaje
Significación clínica inferior a la media	10	7%
Dentro de la media	37	25,9%
Significación clínica superior a la media	96	67,1%

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de la interacción disfuncional padre-hijo

Interacción disfuncional padres – hijo	N	Porcentaje
Dentro de la media	54	37,8%
Significación clínica superior a la media	89	62,2%

Tabla 6
Estadísticos descriptivos del niño difícil

Niño difícil	N	Porcentaje
Significación clínica inferior a la media	1	0,7%
Dentro de la media	21	14,7%
Significación clínica superior a la media	121	84,6%

4.1.2 Estadísticos descriptivos de la variable Estrategias de Afrontamiento

En el presente estudio, el inventario de estrategias de afrontamiento mostró coeficientes de fiabilidad de Cronbach de $=0,88$ en la búsqueda de apoyo social, $=0,76$ en la expresión emocional abierta, $=0,88$ en la religión, $=0,73$ en la focalización en la solución del problema, $=0,59$ en la evitación, $=0,75$ en la autofocalización negativa y $=0,56$ en la reevaluación positiva. La escala general de afrontamiento racional fue de $=0,77$ y la escala general de afrontamiento emocional fue de $=0,63$. Comparado con el estudio realizado por Sandín y Chorot (2003), el cual presenta un alfa de Cronbach en la búsqueda de apoyo social de $=0,92$, expresión emocional abierta $=0,74$, religión $=0,86$, focalización en la solución del problema $=0,85$, evitación $=0,76$, autofocalización negativa $=0,64$ y reevaluación positiva $=0,71$. Con respecto a las escalas generales, el afrontamiento racional presenta un alfa de Cronbach de $=0,91$, mientras que el afrontamiento emocional es de $=0,79$.

Con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres de niños con diagnóstico de TDAH, en primer lugar, se agruparon los 42 ítems en los siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, evitación, autofocalización negativa y religión. Luego, se sumaron los puntajes obtenidos en dichas dimensiones y se realizó un estadístico descriptivo para observar la frecuencia en qué se utilizan dichas estrategias.

En el presente estudio, indicó la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la focalizada en la solución del problema (m=15,59), en segundo lugar la reevaluación positiva (m=13,13), en tercer lugar la expresión emocional abierta (m=9,64), la búsqueda de apoyo social en cuarto lugar, en quinto lugar la autofocalización negativa (m=8,41), luego la evitación (m=6,59) y por último la religión (m=6,36) como la forma de estrategia de afrontamiento menos utilizada por la muestra. En cuanto a las escalas generales, los resultados indican que el afrontamiento racional se utiliza de forma predominante (m=38,25) por sobre el afrontamiento emocional (m=18,04). Las puntuaciones obtenidas indican una mayor predominancia en el uso de las estrategias de afrontamiento racional y/o focalizado en la solución del problema.

Tabla 7
Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Media	Desv. típ.
Focalizado en la solución del problema	15,59	4,248
Autofocalización negativa	8,41	4,679
Reevaluación positiva	13,33	3,871

Expresión emocional abierta	9,64	4,435
Evitación	6,59	3,798
Búsqueda de apoyo social	9,34	5,698
Religión	6,36	6,155
Afrontamiento emocional	18,04	7,813
Afrontamiento racional	38,25	9,909

4.2 Análisis de normalidad

Se realizó una prueba de normalidad para indagar la distribución de las variables. Como se observa en la tabla 8, las variables, casi en su totalidad, se distribuyeron de forma normal, mientras que el resto de forma anormal. Por lo tanto, se determinó utilizar estadísticos no paramétricos para realizar los análisis posteriores.

Tabla 8
Prueba de normalidad de las variables

Kolmogorov-Smirnov	Sig.
Focalizado en la solución del problema	,034
Autofocalización negativa	,000
Reevaluación positiva	,008
Expresión emocional abierta	,000
Evitación	,000

Búsqueda de apoyo social	,044
Religión	,000
Afrontamiento racional	,010
Afrontamiento emocional	,087
Malestar paterno	,001
Interacción disfuncional padre – hijo	,000
Niño difícil	,000
Estrés total	,200

4.3 Análisis de comparación de variables

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés parental y las estrategias de afrontamiento según el sexo de su hijo/a, se realizó una prueba U de Mann Whitney y no se han encontrado diferencias significativas. Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 9

Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según el sexo de su hijo/a

	Rango Promedio		Sig.
	Masculino(n=128)	Femenino (n=15)	
Focalizado en la solución del problema	71,82	73,57	,877
Autofocalización negativa	71,64	75,03	,764
Reevaluación positiva	70,52	84,60	,211
Expresión emocional abierta	70,59	84,00	,234

Evitación	72,09	71,27	,942
Búsqueda de apoyo social	73,33	60,63	,260
Religión	73,68	57,63	,152
Afrontamiento racional	72,41	68,50	,729
Afrontamiento emocional	69,86	90,30	,070
Malestar paterno	70,83	81,97	,324
Interacción disfuncional padres - hijo	70,86	81,70	,337
Niño difícil	71,72	74,37	,815
Estrés total	71,30	77,97	,555

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés parental y las estrategias de afrontamiento según la presencia de comorbilidad con otro trastorno, en este caso si su hijo/a con TDAH posee comorbilidad con el TND, se realizó una prueba U de Mann Whitney y se observan diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema, en el estrés total y las dimensiones de interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil. Se evidenció un mayor rango de promedio de la estrategia focalizada en la solución, la dimensión interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil en las madres de niños con TDAH y comorbilidad de TND, lo cual indica que presentan mayores grados de estrés total y mayores grados de estrés en las dimensiones interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil, además, utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento focalizada en la solución del

problema, en comparación con las madres de niños que poseen solo diagnóstico de TDAH. Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 10

Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según comorbilidad

	Rango Promedio		Sig.
	No (n=75)	Sí (n=68)	
Focalizado en la solución del problema	62,18	82,83	,003*
Autofocalización negativa	72,50	71,45	,879
Reevaluación positiva	72,27	71,71	,935
Expresión emocional abierta	72,37	71,60	,911
Evitación	73,07	70,82	,745
Búsqueda de apoyo social	75,33	68,33	,312
Religión	68,98	75,33	,356
Afrontamiento racional	70,42	73,74	,632
Afrontamiento emocional	71,85	72,17	,963
Malestar paterno	68,47	75,90	,284
Interacción disfuncional padres - hijo	65,10	79,61	,036*
Niño difícil	64,26	80,54	,019*
Estrés total	65,25	79,45	,041*

Nota: * $p < .05$

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés parental y las estrategias de afrontamiento según si su hijo/a realiza o no tratamiento, se realizó una prueba U de Mann Whitney y no se han encontrado diferencias significativas. Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 11

Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según sí su hijo/a realiza o no tratamiento

	Rango Promedio		Sig.
	No (n=4)	Sí (n=139)	
Focalizado en la solución del problema	64,25	72,22	,703
Autofocalización negativa	108,75	70,94	,071
Reevaluación positiva	60,25	72,34	,563
Expresión emocional abierta	95,00	71,34	,258
Evitación	83,50	71,67	,572
Búsqueda de apoyo social	91,75	71,43	,332
Religión	27,50	73,28	,208
Afrontamiento racional	81,50	71,73	,641
Afrontamiento emocional	106,75	71,00	,088
Malestar paterno	74,00	71,94	,922
Interacción disfuncional padres - hijo	68,50	72,10	,864
Niño difícil	82,25	71,71	,615

Estrés total	77,50	71,84	,788
--------------	-------	-------	------

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés parental y las estrategias de afrontamiento según quien dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a, se realizó una prueba H de Kruskal-Wallis y no se han encontrado diferencias significativas. Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 12

Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según quien dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a

	Rango Promedio			Sig.
	Madre (n=102)	Ambos padres (n=40)	Abuelos (n=1)	
Focalizado en la solución del problema	68,57	81,01	61,00	,262
Autofocalización negativa	75,38	61,98	128,50	,086
Reevaluación positiva	70,73	74,54	100,00	,702
Expresión emocional abierta	72,40	70,35	97,00	,802
Evitación	68,35	80,43	107,50	,201
Búsqueda de apoyo social	70,63	75,05	89,50	,775
Religión	75,60	63,66	38,00	,211
Afrontamiento racional	68,58	77,75	88,50	,527
Afrontamiento emocional	75,57	64,34	116,50	,232

Malestar paterno	77,04	58,68	90,50	,053
Interacción disfuncional padres - hijo	74,50	64,38	122,50	,200
Niño difícil	76,30	60,31	100,50	,092
Estrés total	76,54	59,40	112,50	,053

Con el objetivo de indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de estrés parental y las estrategias de afrontamiento según si recibe devolución del tratamiento por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a, se realizó una prueba U de Mann Whitney y sólo se observan diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento autofocalización negativa. Se evidenció un mayor rango de promedio de la estrategia de autofocalización negativa en aquellas madres que no reciben devolución de los tratamientos de su hijo/a, lo cual indica que estas madres pueden experimentar sentimientos de indefensión, incapacidad y resignación que se relacionan con este tipo de estrategia de afrontamiento. Los datos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 13

Diferencias en los niveles de estrés parental y estrategias de afrontamiento según si reciben devolución del tratamiento de su hijo/a

	Rango Promedio		Sig.
	No (n=19)	Sí (n=124)	
Focalizado en la solución del problema	84,84	70,03	,145
Autofocalización negativa	95,76	68,36	,007*

Reevaluación positiva	85,24	69,97	,133
Expresión emocional abierta	80,24	70,74	,350
Evitación	77,29	71,19	,549
Búsqueda de apoyo social	70,87	72,17	,898
Religión	84,95	70,02	,140
Afrontamiento racional	84,97	70,01	,141
Afrontamiento emocional	89,50	69,32	,058
Malestar paterno	85,82	69,88	,118
Interacción disfuncional padres - hijo	79,79	70,81	,378
Niño difícil	84,71	70,05	,150
Estrés total	84,34	70,11	,163

Nota: * $p < .05$

4.4 Correlación de variables

Con el objetivo de indagar si existen correlaciones entre las dimensiones que componen la variable de estrategias de afrontamiento y las dimensiones del estrés parental, se realizó una prueba RHO de Spearman, la cual arrojó los siguientes resultados: se encontraron correlaciones negativas entre la estrategia de afrontamiento focalizada en la solución del problema y el factor malestar paterno; al igual que la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social, la cual correlacionó de forma negativa con el malestar paterno. Así como también, la

estrategia de reevaluación positiva correlacionó de forma negativa con el estrés total y todas las dimensiones que lo conforman (malestar paterno, interacción hijo-padre y niño difícil). En cuanto a la escala general de afrontamiento racional, esta correlacionó de forma negativa con todas las dimensiones que componen el estrés parental. Por lo tanto, se puede decir que, a mayor utilización de este tipo de estrategias racionales o focalizadas en la solución del problema, menor es el estrés parental o el grado de estrés en una o varias de sus dimensiones, o viceversa.

Por otra parte, se encontraron correlaciones positivas entre las variables de estrategias de afrontamiento y el estrés parental. Se encontró que la estrategia de autofocalización negativa correlacionó de forma positiva con el estrés total y todas las dimensiones que lo componen (malestar paterno, interacción hijo-padre y niño difícil); al igual que la estrategia de afrontamiento expresión emocional abierta, la cual correlacionó de forma positiva con el malestar paterno y el grado de estrés total. Así como también la religión correlacionó de forma positiva con el malestar paterno. En cuanto a la escala general de afrontamiento emocional, ésta correlacionó de forma positiva con todas las dimensiones que componen el estrés parental. Por lo tanto, a mayor utilización de este tipo de estrategias focalizadas en la evitación o emoción, mayor grado de estrés total o mayor grado de estrés en una o varias dimensiones que lo componen.

En cuanto a la evitación no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre dicha estrategia de afrontamiento y el estrés parental.

A continuación, se detallan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 15*Correlaciones entre estrés parental y estrategias de afrontamiento*

	Malestar paterno	Interacción disfuncional padre-hijo	Niño difícil	Estrés total
Focalización en solución de problema	-.226**	-,145	,009	-,158
Autofocalización negativa	,471***	,354***	,372***	,486***
Reevaluación positiva	-,361***	-,386***	-,323***	-,425***
Expresión emocional abierta	,335***	,239**	,221**	,321***
Evitación	,057	,122	,030	,084
Búsqueda de apoyo social	-,210*	-,156	,041	-,133
Religión	,233**	,028	,102	,133
Afrontamiento racional	-,306**	-,299**	-,124**	-,221**
Afrontamiento emocional	,476**	,358**	,314**	,404**

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$ (bilateral)

CAPÍTULO VI

Discusión

Finalmente, para proporcionar un cierre a esta investigación, en este capítulo se interpretarán los resultados obtenidos con la bibliografía y los antecedentes anteriormente citados.

En la presente investigación se han planteado diferentes objetivos, en primer lugar, el objetivo general fue establecer e indagar la relación entre el estrés parental y las estrategias de afrontamiento de madres de niños con TDAH. Los resultados obtenidos demuestran que se han encontrado correlaciones negativas entre las estrategias de afrontamiento racionales y el nivel total de estrés parental o en alguna de las dimensiones que lo componen. La estrategia de reevaluación positiva correlacionó de forma negativa con el nivel de estrés total y todas las dimensiones que lo conforman (malestar paterno, interacción disfuncional padre- hijo y niño difícil). Además, tanto la estrategia de afrontamiento focalizada en la solución del problema como la búsqueda de apoyo social correlacionaron de forma negativa con el factor malestar paterno. Asimismo, la escala general de afrontamiento racional correlacionó de forma negativa con todas las dimensiones que componen el estrés parental. Estas variables se correlacionaron en sentido inverso, es decir que los valores altos de una de ellas suelen corresponder con valores bajos de otra variable con la cual correlacionó y viceversa. Es decir, a mayor utilización de este tipo de estrategias, menor es el estrés parental o menor es el grado de estrés en una o varias de sus dimensiones o, por el contrario, a mayor nivel de estrés total o mayor nivel de estrés en alguna de sus dimensiones, menor es la implementación de este tipo de estrategias.

Lazarus (2006) sugirió que cuando las estrategias de afrontamientos focalizadas en la solución del problema resultan efectivas, el estrés que experimenta el sujeto disminuye. Resulta pertinente citar la investigación realizada por Fernández Andrés, Pastor Cerezuela y Botella Pérez (2014), cuyo objetivo fue analizar el estrés y las estrategias de afrontamiento de padres de niños con TEA. En dicha investigación se encontró que existen indicadores que funcionan como estresores, por consiguiente, aumentan el nivel de estrés; mientras que otros indicadores funcionan como amortiguadores, disminuyendo los niveles de estrés. En relación con las estrategias de afrontamiento, este estudio demostró que la planificación, la resolución del problema y el apoyo social se relacionaron de manera inversa con el estrés parental. Los autores describieron a la planificación como una estrategia de carácter cognitiva y la resolución del problema como una estrategia de carácter conductual. Ambas son estrategias activas y están centradas en la focalización del problema ya que, por un lado, implican la manipulación o alteración de las condiciones causales del problema, y por otra parte, implican poner en marcha la capacidad de planificar y decidir llevar a cabo la acción más adecuada para poder solucionar el problema. Mientras que el apoyo social es considerado como una estrategia pasiva de tipo conductual e implica la búsqueda de apoyo que resulta beneficioso para un mejor manejo del factor estresante. Esta investigación puso en manifiesto que el uso de este tipo de estrategias de carácter racional se asocia a un menor nivel de estrés parental. Por lo tanto, este estudio resulta explicativo a la hora de analizar las correlaciones inversas encontradas en la presenta investigación.

Asimismo, los resultados encontrados respecto a las correlaciones entre las variables fueron congruentes con los antecedentes teóricos citados, y además permitieron corroborar la primera hipótesis de trabajo: a mayor uso de estrategias de

afrontamiento racional, menor es el grado de estrés parental. En este caso, se podría pensar que las madres de niños con TDAH que utilizan este tipo de estrategias de afrontamiento permiten que los niveles de estrés disminuyan. En base a los resultados obtenidos, se podría pensar que la reevaluación positiva, la estrategia focalizada en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social, disminuyen los niveles de estrés. Por lo tanto, hacer uso de estas estrategias de afrontamiento que permiten al sujeto aprender de las dificultades, centrándose en los aspectos positivos y analizar las causas del problema, planear nuevas alternativas para llegar a una solución y buscar redes de apoyo que le posibiliten un mejor manejo del problema, disminuiría el grado de estrés que experimentan las madres de niños con TDAH.

En lo que respecta a otra de las correlaciones encontradas en el presente estudio, se han hallado correlaciones positivas entre las estrategias de afrontamiento centradas en la evitación del problema, particularmente en los componentes emocionales del afrontamiento, y el estrés parental. Se encontró que la estrategia de autofocalización negativa y la expresión emocional abierta correlacionaron de forma positiva con el nivel total de estrés parental y con todas las dimensiones que lo componen (malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil). Así como también, la religión correlacionó de forma positiva con el malestar paterno. Respecto a la escala general de afrontamiento emocional, ésta correlacionó de manera positiva con el estrés parental y todas las dimensiones que lo componen. Estas variables se correlacionaron en sentido directo, es decir que a valores altos o bajos en una variable le corresponden valores altos o bajos de otra variable con la cual correlacionó. Por lo tanto, a mayor utilización de este tipo de estrategias focalizadas en la evitación o emoción del problema, mayor es el grado de estrés total

o mayor es el grado de estrés en una o varias dimensiones que lo componen o, por el contrario, a menor nivel de estrés total o menor nivel de estrés en alguna de sus dimensiones, menor es la utilización de este tipo de estrategias.

Los resultados obtenidos concuerdan con la literatura que existe en relación con el tema de investigación. Sandín y Chorot (2003) consideran que las personas que poseen niveles altos de estrés tienden a utilizar estrategias, principalmente, centradas en la emoción. Por lo tanto, tienden a analizar menos las causas de los problemas, a ser menos propensos a planear o buscar soluciones al igual que buscar menos redes de contención que le permitan un mejor manejo de la situación estresante. Asimismo, Lazarus (2006) sugirió que el uso de estrategias centradas en la emoción no resulta efectivo cuando no logra disminuir el nivel de estrés que experimenta el sujeto, por lo tanto, la persona está en peores condiciones de iniciar un afrontamiento dirigido hacia el problema.

Como un antecedente destacado en relación con las correlaciones positivas encontradas, se puede mencionar la investigación llevada a cabo por Fernández Andrés et al. (2014), cuyos resultados demostraron que las estrategias poco adaptativas, como por ejemplo, la negación y el control emocional se asociaban con niveles altos de estrés. Los autores señalaron que ambas estrategias son de carácter cognitivo, por un lado, la negación del problema es una estrategia de evitación poco efectiva para hacer frente al factor estresante. Por otra parte, el control emocional es una estrategia pasiva centrada en intentar ocultar la propia emoción y que no implica un mejor manejo frente a la situación estresante. Por lo tanto, los autores demostraron que, a mayor utilización de este tipo de estrategias, mayor es el nivel estrés parental.

En este sentido, se podría pensar que las madres de niños con TDAH que utilizan predominantemente la autofocalización negativa, la expresión emocional abierta, la religión y el afrontamiento emocional en general, poseen niveles de estrés altos. Al hacer uso de este tipo de estrategias, las madres muestran más sentimientos de indefensión, incapacidad o resignación para hacer frente al problema. Además, descargan sus emociones de manera hostil, lo que le permite desahogarse, pero no de forma adecuada y al hacer uso de la religión como estrategia de afrontamiento, la persona utiliza la espiritualidad como forma de moderar o intentar solucionar el problema. Sin embargo, no resultan efectivas y los niveles de estrés aumentan. Por consiguiente, en base a estos resultados hallados en la presente investigación, se corroboró la segunda hipótesis, la cual plantea que, a mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, mayor es el grado de estrés parental.

En cuanto al estrés parental, en el presente estudio se propuso describir el grado de estrés que se experimenta en el ejercicio de la maternidad de las madres de niños con TDAH. Los datos obtenidos a partir del análisis estadístico demostraron que las madres de niños con TDAH poseen un nivel alto de estrés parental, el cual es considerado clínicamente significativo (Díaz et al., 2010). Este resultado permitió corroborar la tercera hipótesis que se planteó en la presente investigación, la cual afirma que las madres de niños con TDAH poseen un alto nivel de estrés parental.

En cuanto a los antecedentes que se relacionan con estos resultados, resulta pertinente citar la investigación realizada por Del Bianco Faria y Cardoso (2016), cuyo objetivo fue evaluar el estrés, la autopercepción del estrés y los factores estresantes en cuidadores de niños con y sin TDAH. Los resultados señalaron que el nivel de estrés era significativamente mayor en los cuidadores de niños con TDAH

en comparación con el grupo control. Otra investigación para tener en cuenta es la realizada por Pozo Cabanillas et al. (2006) a madres de personas con TEA, cuyo objetivo fue analizar el nivel de estrés maternal. Los resultados demostraron que la gran mayoría de las madres que participaron en dicha investigación presentaron niveles de estrés que superaban ampliamente la media y que fueron considerados como clínicamente significativos, al igual que en la presente investigación.

Por otra parte, en cuanto a las dimensiones que componen el estrés parental, se observó que las madres de niños con TDAH obtuvieron puntuaciones altas en la dimensión malestar paterno, interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil. Sandín y Chorot (2003) consideran que la reacción que los sujetos tienen frente al estrés no se relaciona con el estímulo estresante en sí, sino con la interpretación que el sujeto le asigna a los estímulos o situaciones estresantes.

En relación con el malestar paterno, éste se considera que está provocado por los factores personales que se relacionan con el ejercicio de las funciones derivadas del rol materno o paterno (Díaz et al., 2010). Del Bianco Faria y Cardoso (2016) sugirieron que la existencia de demandas derivadas del cuidado o la crianza de un niño con TDAH resultan excesivas y sobrepasan las capacidades de los padres o cuidadores. Por su parte, Marini Martins et al. (2001) en un estudio realizado sobre la sobrecarga en los cuidadores de niños con diagnóstico psiquiátrico mostraron que la presencia de problemas psiquiátricos o trastornos mentales en los niños sugieren que éstos son menos autónomos y causan mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores. Por lo tanto, se podría pensar que el nivel alto de estrés en las madres de niños con TDAH en esta dimensión estaría dado por la sobrecarga y las demandas excesivas que implican la crianza de un niño con TDAH, por lo que este

malestar que experimentan al ejercer su rol materno se vería reflejado en los niveles de estrés que se observan en esta dimensión.

Por otro lado, en relación con la dimensión interacción disfuncional padre-hijo, en la presente investigación se obtuvieron puntajes altos. Dichos resultados se pueden explicar mediante los antecedentes hallados sobre el tema. Joussement et al. (2008) consideran que cuando las expectativas que los padres tienen sobre los hijos no son cumplidas o no están satisfechas, se espera que los problemas de interacción en la relación padre-hijo aumenten. Además, estos autores consideran que los problemas de interacción entre padres e hijos pueden aumentar si existen percepciones negativas sobre lo que el niño es y no es, o sobre lo que hace y debería hacer, sobre lo que es capaz o incapaz de hacer, entre otros factores. Asimismo, Perea Velasco et al. (2012) en su investigación realizada sobre la interacción disfuncional madre-hijo y las conductas desadaptativas en los niños, demostraron, de acuerdo a los resultados obtenidos, que las madres perciben niveles mayores de estrés en esta dimensión cuando se presentan las siguientes situaciones: los hijos tienen una peor ejecución motora, no se involucran en actividades de juego, juegan menos o no siguen instrucciones o reglas de juego, hablan poco o son menos comunicativos, presentan dificultades para relacionarse con otras personas, poseen dificultades académicas, no colaboran en tareas del hogar, entre otras. Por lo tanto, el nivel alto de estrés en esta dimensión en las madres de niños con TDAH podría deberse a la percepción que las madres tienen del grado en que su hijo/a satisface las expectativas que tenían sobre él o ella.

En relación con la dimensión niño difícil, se observó que las madres de niños con TDAH obtuvieron niveles altos de estrés. Estos resultados concuerdan con los antecedentes que existen en relación con el tema. Es preciso citar el estudio

realizado por Yousefia et al. (2011), cuyo objetivo fue indagar los niveles de estrés y los estilos parentales en madres de niños con TDAH y compararlos con madres de niños sin problemas en el desarrollo. Dicha investigación demostró que la presencia de los síntomas propios del TDAH en los niños aumentaba los niveles de estrés parental, particularmente, en la dimensión niño difícil que presentó niveles muchos más altos en comparación a las madres de niños sin TDAH. Los autores sugirieron que algunos de los rasgos del niño, el comportamiento disruptivo y la severidad del trastorno se relacionaban con el nivel alto de estrés en esta dimensión.

Por su parte, Del Bianco Faria y Cardoso (2016) concluyeron que los padres o cuidadores de niños con TDAH poseen niveles más altos de estrés en comparación con el grupo control. Se observó que, para la mayoría de los cuidadores, las dificultades que presenta el niño obstaculizan el día a día en los distintos ámbitos en los que el niño se desarrolla, ya sea el hogar, la escuela, las actividades de ocio, las amistades, etc. Por lo tanto, en concordancia con los antecedentes mencionados anteriormente, a mayor severidad del trastorno, a mayor cantidad de rasgos o síntomas del TDAH en el niño, la crianza del niño resulta más estresante para los padres y/o cuidadores

En otro de los objetivos planteados, se propuso describir los estilos de estrategias de afrontamiento utilizados por madres de niños con TDAH. El presente estudio indicó que las madres de niños con TDAH presentan una tendencia a utilizar en mayor medida las siguientes estrategias: focalizada en la solución del problema, reevaluación positiva, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo social. Es decir que utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento racionales, activas y focalizadas en la solución del problema. Los resultados obtenidos en la investigación refutan la hipótesis que plantea que las madres de niños con TDAH utilizan con

mayor predominancia estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción o evitación del problema. Sólo una de las cuatro estrategias más utilizadas se centra en la emoción como es el caso de la expresión emocional abierta.

Este tipo de estrategias de afrontamiento racional, el cual está centrado en la solución del problema, les permite, en este caso a las madres de niños con TDAH, analizar las posibles causas del problema para luego planear y llevar a cabo alternativas que permitan solucionar el problema. Además, al usar estas estrategias, la persona puede aprender de las dificultades que presentan, resaltando lo positivo y generando nuevas formas de afrontamiento que permitan pensar el problema de una manera menos estresante. Así como también, el afrontamiento racional le permite buscar apoyo, estableciendo redes de contención, ya sea de familiares, amigos y profesionales, que le permiten adaptarse de manera más adecuada a la situación estresante (Sandín& Chorot, 2003).

En relación con estos resultados es preciso citar el estudio realizado por González et al. (2014), en el cual se analizaron las estrategias de afrontamiento y estilos parentales de madres de niños con y sin TDAH. En dicha investigación se observó que el grupo de madres de niños con TDAH utilizaban con mayor frecuencia las estrategias focalizadas en la solución del problema, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y expresión emocional abierta.

Por otra parte, otro estudio realizado por Tijeras Iborra et al. (2015), en el cual se analizaron las estrategias y los estilos de afrontamiento parental en familias con niños con TEA con o sin TDAH demostró que las estrategias de afrontamiento que se utilizaban en mayor medida eran el desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva, las cuales se relacionan con llevar a cabo acciones, desplegar estrategias de afrontamiento con el fin de solucionar, modificar

una determinada situación que se relaciona con el problema, es decir, formas de afrontamiento activas y centradas en la solución del problema.

Sin embargo, en la investigación realizada por González et al. (2014), se observó que una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las madres de niños con TDAH fue la expresión emocional abierta, la cual se relaciona con una forma desadaptativa para hacer frente a una situación de estrés. Sandín y Chorot (2003) afirman que este tipo de estrategia se describe como la tendencia que posee un sujeto a expresar sus emociones de manera hostil. En este caso, las madres de niños con TDAH al utilizar este tipo de estrategia se desahogan mediante la descarga emocional que se exterioriza a través de irritabilidad, mal humor, comportamientos hostiles hacia los demás, produciendo un nivel de estrés mayor. Además, la presencia de esta estrategia de afrontamiento como una de las más utilizadas por las madres de niños con TDAH podría relacionarse con los niveles altos de estrés que se observaron en la presente investigación.

Por último, de acuerdo con los objetivos planteados, se realizaron comparaciones en relación con el grado de estrés parental y los estilos o estrategias de afrontamiento utilizadas por madres de niños con TDAH según características sociodemográficas.

En primer lugar, se realizaron comparaciones según el sexo de su hijo/a y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Estos resultados pueden deberse a que casi la totalidad de la muestra poseía hijos varones y una parte muy pequeña de la muestra poseía hijas mujeres. En este caso, la distribución del sexo de los hijos de las madres de niños con TDAH podría representar una limitación en la investigación para la comparación de grupos. Sin embargo, la distribución de la muestra en cuanto al sexo de los hijos concuerda con la literatura existente. Según

el DSM-5 (APA, 2013), el TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, la prevalencia es de 2:1. Kaplan y Sadock (1995) consideran que existe un consenso en cuanto al TDAH que es más frecuente entre varones que mujeres. Según estos autores las estimaciones de proporción de hombres:mujeres con TDAH es de 3:1 a 9:1 en muestras clínicas y de 2:1 a 3:1 en la población general.

Luego, se realizaron comparaciones en función de la presencia de comorbilidad con otro trastorno, en este caso, si su hijo/a con diagnóstico de TDAH posee comorbilidad con el TND. Según el DSM-5 (2014) los sujetos que poseen TDAH pueden presentar problemas conductuales o disciplinarios que tienen comorbilidad con otros trastornos asociados, como por ejemplo, el TND. De acuerdo con los resultados, una parte importante de la muestra posee comorbilidad con este trastorno. En relación con las comparaciones, se encontraron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento focalizado en la solución del problema, en el estrés total y en las dimensiones de la interacción disfuncional padre-hijo y niño difícil. Las diferencias que se encontraron en las comparaciones fueron mayores para las madres de niños con TDAH y comorbilidad de TND. En cuanto a la estrategia de afrontamiento, se podría pensar que las madres de niños con TDAH y TND buscan a través de la solución del problema analizar el problema para luego planear o llevar a cabo alternativas que le permitan una mejor solución. En cuanto al estrés, se encontró que las madres de niños con TDAH y comorbilidad de TND poseen niveles más altos de estrés, lo que permite corroborar la última hipótesis: las madres de niños con TDAH y comorbilidad de TND poseen un mayor grado de estrés. Diversos estudios respaldan los resultados obtenidos en esta investigación. Las madres de niños con problemas de conducta suelen presentar niveles de estrés más elevados en comparación a otros grupos. Los rasgos propios

del niño o los síntomas del trastorno pueden asociarse con los niveles altos de estrés, al igual que la preocupación o las expectativas que poseen las madres sobre sus hijos pueden incidir en el nivel estrés parental (Bellé, Andrezza, Ruschel, & Bosa, 2009; Del Bianco Faria & Cardoso, 2016; Perea Velasco, Pérez-López, Montealegre Ramón & Pérez-Lag, 2012; Yousefia, Far & Abdolahian, 2011).

En relación con el tratamiento de su hijo/a se realizaron varias comparaciones. En primer lugar, se realizó una comparación de grupo para ver si existían diferencias significativas según si su hijo/a realiza o no tratamiento. En este caso, no se encontraron diferencias significativas, los resultados obtenidos pueden deberse a que casi la totalidad de la muestra afirmó que su hijo/a realiza tratamiento, mientras que un porcentaje pequeño afirmó que su hijo/a no realiza tratamiento. Esto podría representar una limitación en la investigación para la comparación de grupos ya que la distribución no es homogénea.

Por otra parte, se realizó una comparación para indagar si existen diferencias significativas según quién dedica más tiempo al tratamiento de su hijo/a y no se encontraron diferencias significativas. Al igual que la comparación anterior, los resultados obtenidos pueden deberse a la distribución de la muestra, los grupos que se compararon fueron las madres, quienes representaron a la mayoría de la muestra; ambos padres quienes representaron una parte pequeña de la muestra; y los abuelos quienes representaron una parte casi insignificante en comparación de la totalidad de la muestra. Esto podría representar una limitación en la investigación para la comparación de grupos ya que la distribución de los grupos no es homogénea, tanto en el primero y el segundo grupo estuvo conformado por las madres de niños con TDAH.

Por último, en relación con el tratamiento de su hijo/a se realizó una comparación de grupo para indagar si existía una diferencia significativa según si recibe o no devolución del tratamiento por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a y sólo se observó una diferencia significativa en la estrategia de afrontamiento autofocalización negativa a favor de aquellas madres que no reciben devolución del tratamiento de su hijo/a. Núñez (2003) considera que es de vital importancia que los profesionales que atienden a niños con discapacidad puedan contener y acompañar a las familias desde el diagnóstico y en otras situaciones que atraviesan a lo largo de su vida. La autora considera que también es necesario detectar a las familias que presentan mayor riesgo de vulnerabilidad para poder brindarles un sostén y acompañamiento que los ayude a transitar cronicidad del diagnóstico de sus hijos. A partir de esto, se puede pensar que aquellas madres que no reciben ningún tipo de devolución y/o orientación por parte de los profesionales que atienden a sus hijos podrían presentar sentimientos de indefensión, incapacidad y resignación para afrontar las situaciones estresantes que se relacionan con su hijo/a.

Respecto a las limitaciones del presente estudio, se debe remarcar la conformación final de la muestra como la primera limitación. Se espera que en futuras investigaciones puedan estar conformadas por muestras de mayor tamaño y mucho más homogéneas, con el objetivo de controlar las variables sociodemográficas y obtener resultados más certeros respecto a las variables estudiadas.

Además, en la presente investigación sólo se ha tenido en cuenta el género femenino debido a la dificultad que se presentó al momento de recoger la muestra en el sexo masculino ya que fue de difícil acceso y además los padres de niños con TDAH se mostraron más reticentes para contestar los cuestionarios. Es por eso que

se espera que en futuras investigaciones la muestra se pueda ampliar a padres de niños con diagnóstico TDAH.

Existen numerosos estudios realizados en relación con el estrés parental y las estrategias de afrontamiento en distintas poblaciones. El estrés parental ha sido ampliamente estudiado en padres de niños que poseen algún tipo de discapacidad, trastorno o problemas en su desarrollo. Sin embargo, no existen tantas investigaciones relacionadas con las estrategias de afrontamiento en padres de niños que presentan alguna problemática en la infancia. Así como también, pocas investigaciones han estudiado las variables en su conjunto en poblaciones similares. Por lo que esto podría ser considerado una limitación que presenta el estudio ya que no se han encontrado antecedentes que estudien el estrés parental y estrategias de afrontamiento en madres de niños con TDAH. Sin embargo, esta investigación puede ser un precedente para futuras investigaciones.

Resulta pertinente resaltar que tanto el estrés como las estrategias de afrontamiento son variables que pueden ser medidas a partir de otros instrumentos que podrían llegar a demostrar resultados más certeros. Por consiguiente, se deja abierta la posibilidad a encontrar resultados que amplíen los conocimientos en el área y se conozcan otros modos de medir el estrés parental y describir las estrategias de afrontamientos utilizadas por las madres de niños con TDAH.

Sin embargo, la literatura existente y los antecedentes encontrados han sido congruentes con los resultados obtenidos en la investigación. Se cree que la investigación puede realizar aportes respecto al área de estudio ya que la información obtenida se sustenta mediante los datos empíricos que han sido utilizados como base de la investigación.

Finalmente, es preciso destacar gran parte de las investigaciones se han centrado en las personas con discapacidad y de manera secundaria en su familia. El rol de los padres es de vital importancia ya que el TDAH se trata de un trastorno de carácter crónico y son los padres los encargados de acompañar y sostener a sus hijos a lo largo de sus vidas. Los padres, al igual que los hijos, se ven expuestos diariamente a múltiples desafíos que pueden perturbar de manera significativa la dinámica familiar. Por lo tanto, es importante continuar investigando y ampliar los conocimientos respecto a esta área de estudio, ya que comprender lo que sucede en cuanto al estrés parental y las estrategias de afrontamiento de los padres de niños con TDAH, posibilitará brindar mejor asesoramiento y ofrecer ayuda y contención a padres que les permitirá afrontar de manera adecuada el impacto que representa este trastorno en la familia.

Referencias bibliográficas

- Abadi, A. & Pallia, R. (2007). Trastorno por déficit de atención. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 27 (2), 59-66.
- Abidin, R. (1992). The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Trastornos del desarrollo neurológico. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V TR* (pp.17-47). Washington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V TR* (pp.243-251). Washington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría
- Barkley R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York, USA: Guilford Press.
- Bellé, A., Andrezza, A., Ruschel, J. & Bosa, C. A. (2009). Estresse e Adaptação Psicossocial em Mães de Crianças com Transtorno. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-325.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4) 939-956.
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

- Catelan-Mainardes, S. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia y la adolescencia desde la perspectiva de la neurobiología. *Salud e Investigación*, 3 (3), 385-391.
- Corbetta, P. (2007). Metodologías y técnicas de investigación social. Madrid, España: McGraw Hill.
- Cracco, C. & Blanco Larrieux, M. (2015). Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias Psicológicas*, 9, 129-140.
- Del Bianco Faria, A. & Cardoso, C. (2016). Estresse em cuidadores de crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Psico*, 47(3), 228-237.
- Díaz-Atienza J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista Psiquiatría Psicología Niño Adolescente*, 6(1), 44-55.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A., López Pina, J., Pérez-López, J. & Martínez-Fuentes, M. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Fernández Andrés, M., Pastor Cerezuela, G. & Botella Pérez, P. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(4), 425-434.
- Fernández, M. & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 129-135.
- Fleishman, J. (1984). Personality characteristics and coping patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 229-244.

- García, H., Fantín, M & Pardo, A. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés en aspirantes a Policía de la ciudad de San Luis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(1), 23-34.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Paciente con Trastorno Negativista Desafiante. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 145-152.
- Gonçalves, H., Pureza, J., & Prando, M. (2011). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: breve revisión teórica en el contexto de la neuropsicología infantil. *Neuropsicología Latinoamericana*, 3(3), 20-24.
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141-158.
- González, R., Bakker, L. & Rubiales, J. (2014). Estrategias de Afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología*, 10(17), 71-84.
- Hervás Zuñiga, A. & Durán Forteza, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.
- Hill, R. (1949). Families under stress: adjustment to the crisis of war, separation and reunion. New York, USA: Basic Books.
- Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.
- Joussement, M., Landry, R. & Koestner, R. (2008). A Self-Determination Theory Perspective on Parenting. *Canadian Psychology*, 49(3), 194-200.

- Juan Zuluaga-Valencia, B. & Fandiño-Tabares, D. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista Facultad de Medicina*, 65(1), 61-66.
- Korpa, T., Antoniou Stamatios, A. & Katsounas, M. (2018). Parenting stress and psychopathology in mothers of children with ADHD. *Educational Research Journal*, 8(2), 47-56.
- Lavee, Y., McCubbin, H. & Patterson, J. (1985). The Double ABCX model of family stress and adaptation: an empirical test by analysis of structural equations with latent variables. *Journal of Marriage and the Family*, 47(4), 811-825.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2006). *Stress and Emotion: A new synthesis*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Loubat, M. & Cuturrufo, N. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 269-277.
- Marini, A., Martins, M., Viganô de Souza, A., Marques Filho, A. & Pontes, H. (2001). Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. *Ver Neurocienc*, 18(3), 300-306.
- Mikulic, I. & Crespi, M. (2008) adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de MOOS (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires*, 15, 305-312.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources*. Inc. Florida, USA.

- Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017). Child/adolescent's ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in Psychology, 8*, 22-52.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B. & Lanzendorfer, K. (2004). Family conflict tendency and ADHD. *Psychol Rep, 94* (20), 577- 580.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Arch Argent Pediatr, 101*(2), 133-142.
- Ortiz Giraldo, B., Giraldo Giraldo, C. & Palacio Ortiz, J. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia, 21*(1), 54-62.
- Ortiz-Léon, S. & Jaimes-Medrano, A. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la Unam, 50*(3), 125-127.
- Perea Velasco, L., Pérez-López, J., Montealegre Ramón, M. & Pérez-Lag, M. (2012). Interacción disfuncional madre-hijo y conductas adaptativas en los niños. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 1*(1),169-176.
- Pérez Padilla, J., Menéndez Álvarez-Dardet, S. & Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales. *Psychosocial Intervention, 23*, 25-32.
- Pozo Cabanillas, P., Sarriá Sanchez, E. & Méndez Zeballos, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastorno del espectro autista. *Psicothema, 18*(3), 342-347.

- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (cae): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1),39-54.
- Tijeras Iborra, A., Fernández-Andrés, M., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez Calvo, X., Blázquez-Garcés, J. & Tárraga Mínguez, R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con trastorno de espectro autista (TEA) con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, (1), 311-321.
- Yousefia, S., Far, A. & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666 – 1671.
- Zuluaga-Valencia, B. & Fandiño-Tabares, D. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista Facultad de Medicina*, 65(1), 61-66.

ANEXO

Estrés parental y estrategias de afrontamiento en madres de niños con TDAH

*Obligatorio

Lo invitamos a colaborar en una investigación en la que se estudia el estrés parental y las estrategias de afrontamiento. Por este motivo su colaboración en este estudio es de suma importancia. Su participación es voluntaria. La información brindada es confidencial y sus datos no serán difundidos. Los resultados serán utilizados sólo para fines académicos-científicos. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, intente no omitir ninguna pregunta y responda todo el cuestionario

1. ¿Acepta participar de forma voluntaria?

Marca solo un óvalo.

- Si
 No

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Indique una opción

2. Edad *

3. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Masculino
 Femenino

4. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero
 Casado
 En concubinato
 En pareja
 Separado

- Divorciado
 Viudo

5. Zona de residencia actual *

Marca solo un óvalo.

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Gran Buenos Aires
 Interior del país

6. Si vive en el interior del país. Indique la provincia:

7. Nivel de escolaridad *

Marca solo un óvalo.

- No asistió
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario Incompleto
 Secundario Completo
 Terciario Incompleto
 Terciario Completo
 Universitario Incompleto
 Universitario Completo
 Posgrado Incompleto
 Posgrado Completo

8. ¿Trabaja? *

Marca solo un óvalo.

- No
 Sí

9. Si trabaja, ¿Cuántas horas semanales trabaja?

Marca solo un óvalo.

- 1 a 20 horas
 21 a 40 horas
 Más de 40 horas

10. Diagnóstico de su hijo/a *

Marca solo un óvalo.

- Trastorno por Déficit Atencional/ Hiperactividad (TDAH)

11. ¿Su hijo/a posee comorbilidad con algún otro trastorno? *

Marca solo un óvalo.

No

Sí

12. Si su respuesta es sí, ¿Cuál es? Especifique. *

13. Sexo de su hijo/a *

Marca solo un óvalo.

Masculino

Femenino

14. Edad de su hijo/a *

15. ¿Su hijo/a realiza tratamiento? *

Marca solo un óvalo.

No

Sí

16. En caso de realizar tratamiento, ¿Qué tipo de tratamiento realiza? *

17. ¿Cuántas veces por semana realiza tratamiento? *

Marca solo un óvalo.

1 vez por semana

2 veces por semana

3 veces por semana

Más de 4 veces por semana

Cada 15 días

1 vez por mes

18. ¿Cuántas horas por semana? *

19. Usted como madre/padre ¿recibe una devolución por parte de los profesionales que atienden a su hijo/a? *

Marca solo un óvalo.

- No
 Sí

20. Si su respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia recibe una devolución?

21. ¿Su hijo posee Certificado Único de Discapacidad (CUD)? *

Marca solo un óvalo.

- No
 Sí

22. ¿Su hijo posee integración escolar o acompañamiento terapéutico? *

Marca solo un óvalo.

- No
 Sí

23. Respecto al tratamiento de su hijo, ¿Quién dedica más tiempo? *

Marca solo un óvalo.

- Madre
 Padre
 Ambos
 Abuelos/as
 Otros

24. ¿Tiene otros hijos? *

Marca solo un óvalo.

- No
 Sí

25. En el caso de tener más hijos, ¿Cuántos?

Especifique

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

A continuación, se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada

una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Elija la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican a continuación:

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés? (aproximadamente durante el último año)

1 Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

2 Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

3 Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

4 Descargué mi mal humor con los demás *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente

Casi siempre

5 Cuando me venía a la cabeza un problema, trataba de concentrarme en otras cosas *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

6 Le conté a familiares o amigos como me sentía *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

7 Asistí a la iglesia *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

8 Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

9 No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
-

Casi siempre

10 Intenté sacar algo positivo del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

11 Insulté a ciertas personas *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

12 Me volqué en el trabajo o en la actividad para olvidarme del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

13 Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar el problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

14 Pedí ayuda espiritual a algún religioso *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
-

Casi siempre

15 Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

16 Comprendí que yo fui el principal causante del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

17 Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

18 Me comporté de forma hostil con los demás *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

19 Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

20 Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

21 Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

22 Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

23 Me sentí indefenso e incapaz de encontrar una solución al problema *

Marca solo un óvalo.

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

24 Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
-

Casi siempre

25 Agredí a algunas personas *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

26 Procuré no pensar en el problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

27 Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

28 Tuve fe en que Dios remediarla la situación *

Marca solo un óvalo.

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

29 Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
-

Casi siempre

30 Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

31 Experimenté personalmente eso de que "no hay mal que por bien no venga" *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

32 Me irrité con alguna gente *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

33 Practiqué algún deporte para olvidarme del problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

34 Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
-

Casi siempre

35 Recé *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

36 Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

37 Me resigné a aceptar las cosas como eran *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

38 Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Frecuentemente
- Casi siempre

39 Luché y me desahogué expresando mis sentimientos *

Marca solo un óvalo.

Marca solo un óvalo.

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
-

- Frecuentemente
 Casi siempre

40 Intenté olvidarme de todo *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Pocas veces
 A veces
 Frecuentemente
 Casi siempre

41 Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Pocas veces
 A veces
 Frecuentemente
 Casi siempre

42- Acudí a la iglesia para poner velas o rezar *

Marca solo un óvalo.

- Nunca
 Pocas veces
 A veces
 Frecuentemente
 Casi siempre

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL

Al contestar el siguiente cuestionario piense en lo que más le preocupa de su hijo/a.

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA

1 A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

2 Siento que dejo más cosas de mi vida de las que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi/s hijo/s *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

3 Me siento atrapado por mis responsabilidades como padre/madre *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

4 Desde que he tenido este hijo, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

5 Desde que tengo este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

6 No estoy contento con la ropa que me compré la última vez *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

7 Hay muchas cosas de mi vida que me molestan *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

8 Tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con mi pareja *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

9 Me siento solo y sin amigos *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

10 Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

11 No estoy tan interesado por la gente como antes *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

12 No disfruto de las cosas como antes *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

13 Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

14 Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo ni que quiere estar cerca de mí *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

15 Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

16 Cuando le hago cosas a hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

17 Cuando juego con mi hijo no se ríe con frecuencia *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

18 Me parece que mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

19 Me parece que mi hijo no sonrío tanto como la mayoría de los niños *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

20 Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba. *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

21 Mi hijo tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

22 Siento que soy... *

Marca solo un óvalo.

- No muy bueno como madre/padre
- Una persona que tiene algunos problemas para ser madre/padre
- Un/a madre/padre normal
- Un/a madre/padre mejor que el promedio
- Muy buen/a madre/padre

23 Esperaba tener más sentimientos de proximidad con mi hijo de los que tengo *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

24 Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

25 Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de los niños *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

26 Mi hijo generalmente se despierta d mal humor *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

27 Siento que mi hijo es muy caprichoso y se enoja con facilidad *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

28 Mi hijo hace algunas cosas que me molestan mucho *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

29 Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

30 Mi hijo se molesta fácilmente por cosas insignificantes *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
-

De acuerdo

- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

31 El horario de dormir y comer de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba*

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

32 He observado que lograr que mi hijo haga o deje de hacer algo es ... *

Marca solo un óvalo.

- Mucho más difícil de lo que me imaginaba
- Algo más difícil de lo que esperaba
- Como esperaba
- Algo menos difícil de lo que esperaba
- Mucho más fácil de lo que esperaba

33 Piense y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado *

Marca solo un óvalo.

- +10
- 8-9
- 6-7
- 4-5
- 1-3

34 Algunas de las cosas que hace mi hijo me fastidian mucho. *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

35 Mi hijo se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

36 Mi hijo me exige más de lo que la mayoría de los niños *

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- No estoy seguro
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¡Muchas gracias por su colaboración!