

**ESTILOS PARENTALES Y ESTRÉS PARENTAL COMO VARIABLES
MODULADORAS EN EL DESARROLLO DEL TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA



Paula Elorza Manrique
Universidad Pontificia Comillas
Master General Sanitario 2021/2022
Director: Marcos Bella Fernández
13 de mayo de 2022

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos de neurodesarrollo más frecuentes en niños. El objetivo principal de este estudio es analizar y comparar el estrés parental y el estilo de crianza de padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH. Es un diseño ex post facto de comparación de dos grupos, uno de ellos cuasi control. Un grupo está formado por padres con un hijo con diagnóstico de TDAH ($n=101$) y el otro, el grupo control ($n=51$). El análisis metodológico se obtuvo a partir de la aplicación de tres escalas que evalúan estilos de crianza parentales y estrés parental. Los resultados obtenidos muestran diferencias en la percepción de los padres de niños con TDAH en comparación con el grupo control, percibiéndose a sí mismos como más críticos y con mayor estrés.

Palabras clave: TDAH, estilo parental, estrés parental, niños, padres.

Abstract

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in children. The main target of this study is to analyze and compare the parental stress and parenting style of parents of children with or without a diagnosis of ADHD. It is an ex post facto design comparing two groups, one of which is a quasi-control group. One group consists of parents with a child diagnosed with ADHD ($n=101$) and the other, the control group ($n=51$). The methodological analysis was obtained from the application of three scales assessing parenting styles and parental stress. The results show differences in the perception of parents of children with ADHD compared to the control group, perceiving themselves as more critical and more stressed.

Keywords: ADHD, parenting style, parental stress, children, parents.

Estrés Parental y Estilos de Crianza como variables moduladoras del TDAH

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

En las últimas décadas, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ha suscitado un gran interés e investigación en la sociedad debido, en gran parte, al aumento de la prevalencia del TDAH, a su cronicidad y a la asociación con dificultades de aprendizaje, posicionándose como el trastorno más frecuente en la edad pediátrica (Miranda et al., 2006; Vicario y Santos, 2014).

En los sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, el TDAH se caracteriza por la aparición persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más grave que el observado en personas con un nivel de desarrollo similar.

Según el DSM-V (APA, 2013), los síntomas suelen presentarse a edad temprana, antes de los 12 años de edad, presentes en más de un área de su vida diaria: familiar, académica, social, cognitiva y conductual; y están asociados a un deterioro del funcionamiento en la esfera social, escolar o laboral. En función de la sintomatología, se puede clasificar en 3 subtipos: predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado que presenta síntomas de ambos subtipos (predominantemente desatento y predominantemente hiperactivo-impulsivo).

El componente de inatención del TDAH se caracteriza por la dificultad para prestar atención y mantener la concentración en una tarea durante un periodo de tiempo extenso. Con frecuencia, el paciente se distrae con estímulos del exterior, tiene dificultad para completar una tarea y suele pasar de una a otra, especialmente con actividades monótonas y repetidas. Encuentra dificultad para atender a tareas novedosas o aquellas que suponen un esfuerzo mental sostenido. Frecuentemente, tiene dificultad en la organización y planificación de actividades:

mala gestión del tiempo, desorganización en el orden de las tareas, incumplimiento de plazos, etc. Tiende a equivocarse y a no prestar atención a detalles por distracción u olvido. Con facilidad, parece no estar atendiendo cuando se le está hablando y necesita más ensayos para aprender de los errores. Asimismo, los síntomas propios del componente hiperactivo-impulsivo son la dificultad para mantenerse quieto, nerviosismo y movimiento constante. Además, suele hablar excesivamente. Presenta una incapacidad para controlar impulsos tanto cognitivos como conductuales: dificultad para esperar turnos, interrupción de conversaciones, etc.

En la actualidad, el TDAH es un trastorno de neurodesarrollo con una prevalencia a nivel mundial en niños del 6% (OMS, 2018). Es de naturaleza crónica donde el 70% de los niños diagnosticados de TDAH mantienen sus síntomas en la adolescencia y un 30-70% de ellos, en la adultez (Barbaresi et al., 2013; García et al., 2012; Vicario, 2007). Asimismo, se trata de un trastorno heterogéneo donde la aparición de los síntomas varía según el sexo, el contexto, la edad, la aparición de comorbilidad y las características propias del paciente, con influencia de factores tanto genéticos como ambientales. Se observa una mayor prevalencia en niños que en niñas. Con respecto a la edad, existe una disminución de síntomas relacionados con la hiperactividad e impulsividad, y un mantenimiento a lo largo de la vida en el componente de inatención. Además, en contextos estructurados y organizados y con supervisión individualizada, se da una disminución de los síntomas. Por último, un 60-70% de pacientes con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido. La comorbilidad empeora el pronóstico y la evolución del trastorno (Barbaresi et al., 2013; Thapar y Cooper, 2016; Vicario y Santos, 2014).

Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

La etiología de este trastorno genera controversia. No obstante, no existe un único factor de riesgo que explique el TDAH por sí solo debido a la interdependencia de los factores

implicados. Es un trastorno multifactorial de expresión variable con una etiología compleja, donde se da una interacción de factores biológicos, genéticos y ambientales (Thapar et al., 2007; Thapar et al., 2012). En este estudio vamos a sintetizar las aportaciones que se han realizado en el ámbito de la etiología del TDAH aunque sin profundizar en ellas dado que no son objeto de nuestra investigación.

La heredabilidad, los factores genéticos, el ambiente psicosocial, las toxinas ambientales y los riesgos perinatales, como son el bajo peso al nacer y la prematuridad son los factores de riesgo con mayor consistencia, aunque aún se desconoce que se traten de factores causales en el TDAH (Thapar et al., 2013). Los estudios realizados sobre familiares, gemelos y adopción informan de la heredabilidad y la influencia genética en la etiología del TDAH. Este trastorno como otros trastornos del desarrollo y mentales, es hereditario. Según los hallazgos encontrados, la heredabilidad de padres a hijos es de un 60-90% y, diversos estudios señalan que los familiares de individuos con TDAH presentan de 2 a 8 veces más probabilidad de desarrollar este trastorno en comparación con la población general. En los estudios de gemelos, se observa un riesgo de heredabilidad del 70-90% (Faraone et al., 2005; Nigg et al., 2010; Thapar et al., 1999). Por último, los estudios de adopción refuerzan esta idea. Un estudio (Sprich et al., 2000) informó de que el riesgo a desarrollar TDAH era mayor en familiares biológicos de niños con TDAH que en familiares adoptivos. Sin embargo, no se puede obviar la presencia de riesgos ambientales en aquellas estimaciones que muestran elevada heredabilidad (Thapar et al., 2012).

Los factores ambientales presentan connotaciones muy contrarias según los estudios. Diversos estudios consideran que los factores ambientales actúan como variables moduladoras sobre la evolución del TDAH. Existe una gran cantidad de literatura referente a la asociación entre este trastorno y una gran variedad de riesgos ambientales, limitándose en la actualidad a

simples correlaciones. Por tanto, se desconoce si se trata de factores causales. Es necesaria una mayor investigación con diseños que permitan establecer la causalidad de estas variables dado que las correlaciones podrían provenir variables de confusión no medidas o confusiones genéticas (psicopatología de padres y/o hijos) (Milberger et al., 1997; Thapar y Rutter, 2009; Thapar et al., 2013).

Los factores ambientales que se dan durante el periodo prenatal y postnatal son considerados factores de riesgo (Thapar et al., 2012; Thapar et al., 2013). Pasamanick et al. (1956) consideran que las lesiones cerebrales provocadas en el periodo prenatal y perinatal son suficientes para provocar trastornos de la conducta durante la niñez. Además, factores como enfermedades durante la niñez, el método de crianza de la familia y la adversidad social son también clave para el desarrollo del TDAH (Abad-Mas et al., 2011).

Entre los factores perinatales, la exposición al alcohol, tabaco, medicación como el paracetamol, plomo y bifenilos policlorados (BPC), y estrés durante la gestación pueden influir en la predisposición biológica al TDAH en la descendencia, aumentando el riesgo a desarrollar este trastorno (Coles et al., 1997; Eubig et al., 2010; Liew et al., 2014; Linnet et al. 2003; Mick et al., 2002; Sagiv et al., 2010; Talge et al., 2007, Thompson et al., 2014). Sin embargo, estudios recientes comienzan a poner en duda las hipótesis de que el estrés materno y el tabaquismo materno se consideren factores de riesgo causales en el TDAH, sugiriendo que estas relaciones podrían venir de un factor de confusión familiar no medido. Por ello, se necesita mayor investigación (Skoglund et al., 2014; Thapar y Rutter, 2009).

Con respecto a los factores postnatales, a partir de los resultados obtenidos de un meta-análisis (Aarnoudse-Moens et al., 2009), los niños que nacen prematuros o con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de presentar síntomas propios del TDAH. Diversos estudios (Bermúdez et

al., 2012; Bhutta et al., 2002) han encontrado que niños prematuros tienen mayores problemas cognitivos, además de mayor riesgo a desarrollar TDAH. Resultados similares son los de Johnson et al. (2010) que observan una relación entre prematuridad y riesgo a padecer problemas emocionales, TDAH y Trastorno del Espectro Autista (TEA). Debido a que estos factores pueden generar problemas fetales subyacentes, es necesaria una mayor investigación que estudie si se tratan de factores de riesgo o si tienen un papel causal importante en el TDAH (Thapar et al., 2012).

Por último, estudios como Pheula et al. (2011) han encontrado una asociación entre factores psicosociales como son los bajos recursos, la adversidad familiar y la crianza hostil, con problemas de salud mental en niños, incluyendo el TDAH. A pesar de que estos riesgos sean causales para ciertos trastornos psiquiátricos, en el caso del TDAH, juegan un papel correlacional más que causal, influyendo en el desarrollo de este trastorno y generando consecuencias negativas: comportamiento antisocial, criminalidad y abuso de sustancias (Langley et al., 2010). Los entornos sociales y familiares adversos parecen ejercer un papel modulador importante sobre la predisposición genética del TDAH. Los estilos de crianza predominan especialmente en esta asociación entre todos los demás factores psicosociales que influyen en el desarrollo del TDAH, como son el poder adquisitivo bajo, la clase social, el bullying, el maltrato y la conflictividad familiar (Miranda-Casas et al., 2007; Thapar et al., 2012).

A pesar de las pruebas del gran impacto de los factores genéticos en el TDAH, es importante tener en cuenta a los factores ambientales como mediadores en el desarrollo de este trastorno. En esta dirección, un estudio realizado por Kreppner et al. (2001) demuestra la repercusión de una exposición temprana de privación severa de niños de procedencia rumana.

En este estudio, se observa que los niños sometidos a métodos severos de privación desde su primer año de vida sufrían síntomas de inatención e hiperactividad, además de dificultades cognitivas. Adicionalmente, un seguimiento longitudinal realizado por Rutter et al. (2010) ha demostrado que estos déficits se mantienen a lo largo de la vida. Sin embargo, se requiere más investigación sobre los modos más leves de privación temprana y estudiar si generan efectos de riesgo causales. A excepción de la privación temprana severa, no existe evidencia de que el contexto psicosocial cause el TDAH, aunque puede influir en su desarrollo (Thapar et al., 2012).

Existe una interacción entre factores genéticos y ambientales que puede influir en el desarrollo del TDAH. La exposición a un determinado factor de riesgo no causa por sí solo el trastorno, ya que se da una interacción de factores que actúan de forma conjunta. Por ello, ambos factores no pueden considerarse como totalmente distintos (Nigg et al., 2010; Thapar et al., 2012). Los genes pueden actuar modificando la sensibilidad a los riesgos ambientales y a los factores de protección. Esto implica que ciertos contextos de riesgo pueden serlo únicamente para algunas personas dependiendo de su genotipo. Del mismo modo, el entorno puede moldear el fenotipo y generar cambios en los genes duraderos. La expresión y la función de los genes puede variar mediante mecanismos epigenéticos en función de las condiciones ambientales tempranas. Tanto los factores prenatales como los factores que se dan en los primeros años de vida son momentos clave que pueden generar cambios epigenéticos (Mill y Petronis, 2008). Estas interacciones que se dan en las primeras etapas de la vida pueden influir en el riesgo a desarrollar TDAH y generar consecuencias posteriores. En un estudio de animales (Weaver et al., 2004) se ha observado que ciertas condiciones ambientales como son el cuidado de la madre durante la niñez puede influir en la transcripción de los genes de los bebés y que estos efectos generados sean transmitidos de una generación a otra.

Comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

En la mayoría de estudios tanto epidemiológicos como clínicos se ha evidenciado que el TDAH por sí solo se da únicamente en el rango de 13-33% de los casos y que en la gran mayoría de ellos, se da comorbilidad con otros trastornos (Kraut et al., 2013; Larson et al., 2011). La comorbilidad implica un peor pronóstico con mayores dificultades sociales, emocionales y psicológicas (Spencer, 2006). Los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno negativista-desafiante (50%), trastornos específicos del desarrollo (45%), trastornos afectivos (40%), trastornos de ansiedad (25%) y trastornos de la conducta (20%) (Taurines et al., 2010). Los niños con TDAH tienen un mayor riesgo a desarrollar un comportamiento antisocial, tener un mayor uso de sustancias y una mayor criminalidad (Spencer, 2006).

Estrés Parental

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como una interrelación que se genera entre un individuo y su contexto. El estrés tiene lugar cuando una persona evalúa una situación como inquietante y que excede sus propios recursos psicológicos, poniendo en riesgo su bienestar personal. Posteriormente, Lazarus habla del afrontamiento del estrés como los mecanismos empleados tanto para la regulación emocional ante situaciones estresantes como para abordar la situación en sí.

Hill (1949, 1958) fue el primer autor en definir el estrés familiar. Éste lo definió como un estado causado por un desequilibrio entre la percepción de que uno tiene de las demandas parentales y las aptitudes que uno tiene para enfrentarse a ellas. Asimismo, este autor creó un modelo llamado ABC-X con el objetivo de estudiar el estrés parental y el afrontamiento. En él, existen diferentes factores que se interrelacionan: Factor A (situación estresante), Factor B (recursos de la familia para enfrentarse con esa situación) y Factor C (significado que la familia

le da a esa situación estresante) y Factor X (factor resultante de la interacción de todos los demás factores generando una crisis).

Según Abidin (1990), el estrés parental es la tensión de los padres asociada a la crianza de los hijos. Es la respuesta de los progenitores ante una situación vivida como amenaza, poniendo en riesgo su bienestar. Este estrés parental se manifiesta según la combinación de las características tanto del niño, su grado de adaptación a cambios o su hiperactividad, etc., como de los progenitores: características de la personalidad, manejo del estrés, etc. Por lo tanto, el rol concreto de los padres, la conducta del niño y la interacción entre ambas son los factores que intervienen en el estrés parental. Abidin estableció un nuevo modelo de estrés parental formado por cuatro factores: Malestar Parental, Interacción Disfuncional Padre-Hijo, Niño Dificil y Estrés Total. Estos factores serán definidos posteriormente.

Según McLoyd (1990), el estrés parental en los primeros 3 años de vida del niño es crucial en su desarrollo emocional, cognitivo y conductual.

Estilos de Crianza

Los estilos de crianza son ejercidos por los cuidadores principales, la mayoría de las veces los padres. Los progenitores son los responsables del desarrollo de sus hijos y de poner en práctica los estilos de crianza donde inculcan el orden, la rutina y los valores, y que van a incidir en los procesos de socialización de los hijos. Los diferentes modelos de crianza desarrollados en el contexto familiar se van a ver influenciados por las características individuales tanto de los progenitores como de los hijos. La crianza está formada por 3 componentes: las pautas, las creencias y las prácticas. Estos 3 procesos van a influir en el ajuste psicosocial de los hijos. Las pautas de crianza son las reglas y normas que ejercen los padres sobre la conducta de sus hijos.

Las creencias sobre la crianza son el conocimiento que tienen los progenitores sobre la forma de criar a un niño. Por último, las prácticas de crianza son las acciones de los padres aprendidas a través de su propia educación y que sirven como guía de los comportamientos de sus hijos. Estas prácticas tienen lugar en el ámbito familiar donde se dan las interacciones entre los diferentes miembros de la familia y donde los progenitores ejercen un papel fundamental en la educación de sus hijos, además de poder para el cumplimiento de normas y pautas (Bocanegra, 2007; Bouquet y Pachajoa Londoño, 2009).

El primer trabajo relevante en la medición de los estilos de crianza fue realizado por Baumrind (1967, 1971) que propuso que las características parentales se diesen en base a 4 dimensiones: control, comunicación, afecto y exigencia. La combinación de estas variables daba como resultado los diferentes estilos parentales: autoritario, autoritativo (democrático), permisivo (indulgente) y negligente.

- Estilo autoritario: se dan patrones educativos rígidos caracterizados por la obediencia, la exigencia, las críticas y el control, sin tener en cuenta las necesidades educativas ni intereses de los hijos. Además, presentan falta de comunicación y afecto con los hijos.

- Estilo democrático: su característica principal es una disciplina inductiva a través de la comunicación y el razonamiento de los comportamientos de los hijos. Existe motivación para que éstos aprendan a valerse por sí mismos, respetando su autonomía.

- Estilo permisivo: sus principales características son el afecto y la comunicación con sus hijos, además de proporcionarles gran autonomía evitando la autoridad y el empleo de castigos sobre él. Son padres que no exigen ni controlan demasiado en el cumplimiento

de tareas y normas, y que toleran y aceptan los comportamientos de su hijo permitiéndole a éste que se controle por sí solo.

- Estilo negligente: son padres centrados en sus propias necesidades, sin atender a las de sus hijos. No exigen y ni controlan, además de no mostrar afecto ni comunicación con sus hijos.

Relación de Estrés Parental y Estilos de Crianza con TDAH

En un estudio realizado por Roselló et al. (2003), se encontraron dificultades en la crianza de niños con TDAH. Todos los padres notificaron que la convivencia era más complicada que con otro niño de la misma edad; un 88% de los padres tenían un alto nivel de estrés; un 75% de ellos no podían controlar las conductas de su hijo; un 50% estaban descontentos con el rol que ejercían de padres; en un 50% de ellos se daban más conflictos conyugales por su hijo y, por último, en un 30% tenían mayores limitaciones a nivel social.

La Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) realizó en 2004 un estudio internacional con el fin de aumentar la concienciación y el conocimiento global de la repercusión del TDAH en los niños y en sus familias. En los resultados se obtuvo que un 90% de los padres presentaban altos niveles de estrés y preocupación en relación con su hijo y con su rendimiento escolar; un 50% manifiesta haber afectado a su matrimonio y un 60% de ellos refería que su hijo ha sido excluido en el ámbito social por sus síntomas de TDAH.

En los estudios mencionados anteriormente se observa con claridad la dificultad que tienen los padres de atender a la crianza de sus hijos con TDAH, especialmente cuando se dan conductas impredecibles y desafiantes: discusiones, dificultades escolares y sociales, etc. Además de afectar en su crianza, les genera estrés. El TDAH genera estrés parental, además de

estilos de crianza disfuncionales, aunque, al mismo tiempo, estos dos factores pueden estar influyendo igualmente en el desarrollo y el curso del TDAH (causalidad circular).

En resumen, la finalidad de este estudio se basará en la observación y posterior análisis de diferencias significativas entre los estilos parentales y el estrés parental de padres de niños con y sin TDAH. El objetivo principal se centrará en el estudio analítico del factor familiar como variable moduladora fundamental en el desarrollo del TDAH. En caso afirmativo, se determinará el grado y la forma de otorgarle mayor importancia de cara al tratamiento de este trastorno. Los objetivos específicos serán:

- Analizar y comparar los estilos educativos en padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH.
- Analizar y comparar el estrés parental en padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH.
- Observar la relación entre estilos educativos y estrés parental en ambos grupos.

Las hipótesis realizadas a partir de estos objetivos son:

- Existen diferencias significativas en el estrés parental entre padres de niños con diagnóstico de TDAH y padres de niños sin este diagnóstico.
- Existen diferencias significativas en el estilo parental entre padres de niños con diagnóstico de TDAH y padres de niños sin este diagnóstico.
- Existe relación entre los estilos educativos y el estrés parental en ambos grupos.

Método

Diseño

En este estudio se utilizó un diseño observacional ex post facto retrospectivo de comparación de dos grupos, uno de ellos cuasi control, según la clasificación de Montero y León (2007).

Participantes

La muestra estuvo formada por 152 participantes, divididos en dos grupos. Entre los participantes, un 14% eran hombres y un 96% mujeres. El grupo control estaba constituido de forma intencional por 51 padres de niños sin diagnóstico de TDAH. El grupo clínico estuvo compuesto por 101 padres de niños con diagnóstico de TDAH. Las edades de los niños de ambos grupos estaban comprendidas entre 6 y 18 años, escolarizados y residentes en España.

Se empleó como criterio de inclusión para la muestra experimental la confirmación del diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), según los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V.

Tabla 1

Análisis descriptivo de variables sociodemográficas discriminados por grupos

Variables	Edad		Nº de hijos		Sexo	
	Media	dt	Media	dt	% Hombres	% Mujeres
Grupo experimental	45.8	6.38	1.88	1.10	11.9	88.1
Grupo control	45.5	5.84	2.06	0.81	17.6	82.4

Instrumentos

El diseño metodológico se realizó a través de la aplicación de tres instrumentos. Para la evaluación de estilos educativos parentales, se usaron dos escalas (Escala de Afecto EA y Escala de Normas-Exigencias ENE) que fueron diseñadas y validadas por Bersabé et al. (2001). La escala de Afecto consta de 20 ítems y está formada por dos factores: afecto-comunicación y crítica-rechazo. Ésta tiene una consistencia interna alta (Factor I-padre $\alpha=0,90$; Factor II. Padre $\alpha=0,83$; Factor I-madre $\alpha=0,87$; Factor II-madre $\alpha=0,81$). Asimismo, los índices de homogeneidad de los ítems (correlación ítem-puntuación total corregida) muestran un adecuado comportamiento psicométrico, con una puntuación por encima de 0,45. Por otro lado, la escala

de Normas y Exigencias está formada por 28 ítems y consta de tres factores según el modo de gestionar el cumplimiento de normas y órdenes: forma inductiva, forma rígida y forma indulgente. En cada uno de los factores, la consistencia interna es alta (Factor I-padre $\alpha=0,85$; Factor II-padre $\alpha=0,73$; Factor III-padre $\alpha=0,60$; Factor I-madre $\alpha=0,80$; Factor II-madre $\alpha=0,72$; Factor III- madre $\alpha=0,64$). Al igual que la Escala de Afecto, los índices de homogeneidad de los ítems demuestran un buen comportamiento psicométrico, con puntuaciones por encima de 0,40. Ambas escalas tienen dos versiones: versión para el hijo y versión padre y madre. No obstante, en este estudio se aplicó únicamente la versión de los padres, respondiendo según la conducta específica con su hijo/a. Las dos escalas son autoaplicadas de tipo Likert (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), donde responde a los ítems según su grado de acuerdo o desacuerdo, marcando con una “X” la que más se ajuste a su forma de pensar. Las puntuaciones en ambas escalas se consiguen mediante la suma de los valores de las respuestas de cada individuo, generando una puntuación total para cada una de las escalas.

Asimismo, se utilizó el Índice de Estrés Parental Formato Abreviado (PSI-SF) (Abidin, 1995), en la versión española abreviada por Díaz-Herrero et al. (2010). Esta medida de autoinforme consta de 36 ítems divididos en tres escalas. El cuestionario es de tipo Likert, donde los padres tienen que expresar el grado de acuerdo o desacuerdo según el ítem (Muy de Acuerdo, De Acuerdo, No estoy seguro, Desacuerdo, Muy en Desacuerdo) señalando la respuesta en la que más se identifiquen. Las diferentes escalas son:

- Subescala Malestar Parental (del ítem 1 al ítem 12): mide el malestar ocasionado en los padres al desempeñar su rol parental. El malestar parental es causado tanto por las funciones propias de la paternidad, como por las tensiones desempeñadas en este rol (competencias, regulación emocional, conflictos conyugales, etc.).

- Subescala Interacción Disfuncional Padre-Hijo (del ítem 13 al ítem 24): evalúa la conflictividad en la relación padre-hijo, relacionado con la satisfacción de los padres de si los hijos cumplen o no con sus expectativas.
- Subescala Niño Dificil (del ítem 25 al ítem 36): mide la evaluación y percepción que los padres poseen de sus hijos sobre si es fácil o difícil controlarlos teniendo en cuenta las características propias del niño.
- Estrés total: esta escala evalúa el porcentaje de estrés total que surgen desempeñando su rol de padres que depende de las tres dimensiones anteriores.

En el análisis psicométrico se mostró que los coeficientes de consistencia interna fueron altos: $\alpha=0,87$ (*Malestar Paterno*), $\alpha=0,80$ (*Interacción Disfuncional Padres-Hijo*) y $\alpha=0,85$ (*Niño Dificil*). De acuerdo al análisis de la homogeneidad de los ítems, se obtuvo que todos excepto cinco ítems (7, 13, 26, 31 y 32) presentaban índices entre 0,3 y 0,7 con una media de 0,74 ($dt=0,12$). La validación del PSI-SF se obtuvo a partir de una muestra de madres casadas, la mayoría de raza blanca y que tenían hijos menores a 4 años. A partir de estas muestras, se obtuvo una alta correlación entre las puntuaciones totales de la forma completa y la forma abreviada del PSI (0,94). Sin embargo, se necesita mayor investigación para verificarlo.

Procedimiento

La muestra experimental se obtuvo a partir de asociaciones de TDAH de toda España que se encargaron de enviar los cuestionarios con los instrumentos a los padres de niños con TDAH a través de “Google Forms”. Por otro lado, los participantes del grupo control se consiguieron a través de un colegio que envió el cuestionario a todos los padres de edades comprendidas entre 6 y 18 años, además de por muestreo de bola de nieve via “Google Forms”. La participación fue voluntaria y con consentimiento informado de los padres, informándoles sobre la finalidad del

estudio. En este estudio se han respetado los principios éticos de la investigación con los participantes, protegiendo la confidencialidad y actuando a favor de los participantes.

Análisis estadístico

Para los análisis estadísticos, se empleó el paquete estadístico Jamovi. Para realizar los análisis, se valoraron las variables predictoras en cuanto al estilo parental: afecto, exigencia, forma inductiva, forma rígida y forma indulgente, además de las variables relacionadas con el estrés parental: Malestar Parental, Niño Dificil, Interacción Disfuncional padre-hijo y Estrés Total. Dado el tamaño de la muestra ($n=152$) y que se cumple la variable mínima de intervalo, no se necesitó el cumplimiento de los supuestos (Pardo y San Martín, 2010) y, por tanto, se utilizó la prueba paramétrica de t de Student para comparar los 2 grupos independientes en todas las escalas. También se compararon las variables sociodemográficas de ambos grupos (grupo control y grupo experimental) para observar si son similares. Por un lado, la edad y el número de hijos se compararon mediante la prueba paramétrica de t de Student ($n>30$ y variable mínima de intervalo). Por otro lado, el sexo al tratarse de una variable nominal, se calculó mediante la Prueba de chi-cuadrado. Adicionalmente, con el objetivo de medir el grado de relación existente entre el estilo parental y el estrés parental, se empleó un análisis de correlación mediante la obtención del coeficiente de correlación de Pearson en ambos grupos por separado.

Se realizó también el análisis factorial exploratorio con el fin de estudiar la validez de constructo. Para la Escala de Afecto EA y la escala PSI-SF, al ser en ambas factores correlacionados, se realizó el análisis con rotación Oblimin. En el caso de la Escala de Normas-Exigencias ENE, al ser factores independientes, se empleó el análisis con rotación Varimax (Abad et al., 2011). Por último, se midió la fiabilidad de los diferentes instrumentos utilizados mediante el Alfa de Cronbach (α).

Resultados

Para observar si los grupos son similares, se compararon las variables sociodemográficas. Los resultados obtenidos mostraron que, con respecto a edad, sexo y número de hijos, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Por tanto, la edad, el sexo y el número de hijos son similares en ambos grupos ($p=0.923$, $p=0.331$ y $p=0.308$, respectivamente).

Respondiendo al primer objetivo del estudio, analizar y comparar los estilos educativos en padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH, en la Tabla 2 se recopilan los datos estadísticos (media y desviación típica) de los factores de estilos parentales en función de si pertenecen al grupo control o experimental.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los estilos parentales divididos en grupos

Estilo Paterno		Padres			
Escala	Factores	Grupo control (n=51)		Grupo experimental (n=101)	
		Media	dt	Media	dt
EA	Afecto	44.9	3.59	44.3	4.34
	Crítica	17.7	3.38	20.6	5.17
ENE	Inductiva	43.6	4.61	42.3	4.54
	Rígida	26.7	5.08	26.7	5.78
	Indulgente	14.7	3.39	15.6	4.17

Observando la tabla 3, además de los análisis descriptivos (tabla 2), este estudio confirma que existen diferencias estadísticamente significativas únicamente en la subescala de crítica-rechazo, con un tamaño del efecto moderado ($d=0.617$). En la subescala de forma indulgente se muestra que el grupo experimental obtiene valores superiores al grupo control y en la subescala de forma inductiva valores inferiores pero, sin ser estadísticamente significativas. Además, no se encuentra ninguna diferencia en la forma rígida ni en subescala afecto-comunicación.

Tabla 3

Prueba t de Student y tamaño del efecto (d de Cohen) de los Estilos Parentales discriminados en grupos

	Prueba t	gl	p	d
EA: Afecto	0.857	150	0.393	0.147
EA: Crítica	-3.591	150	<.001	-0.617
ENE: Inductiva	1.646	150	0.102	0.283
ENE: Rígida	0.034	150	0.973	0.006
ENE: Indulgente	-1.286	150	0.200	-0.221

Con respecto al segundo objetivo: analizar y comparar el estrés parental en padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH, en la Tabla 4 se recopilan los datos estadísticos, la media y la desviación típica, de los factores de estrés parental en función de si pertenecen al grupo control o al experimental.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de las subescalas de estrés parental divididos en grupos

Estrés parental	Padres			
	Grupo control (n=51)		Grupo experimental (n=101)	
	Media	dt	Media	dt
Estrés Parental	26.3	7.19	31.1	8.95
Interacción Disfuncional padre-hijo	20.7	5.59	29.6	8.38
Niño Dificil	23.1	7.65	37.6	9.39
Escala Total	70.1	17.2	98.3	22.5

En la tabla 5, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas del estrés parental, rechazando la hipótesis nula. El grupo experimental obtiene valores superiores en todas las escalas, en comparación con el grupo control. Las subescalas con un tamaño del efecto muy alto son la subescala de Niño Difícil, la subescala de Estrés Total y la subescala de Interacción Disfuncional padre-hijo. Por último, la subescala de Estrés Parental presenta un tamaño del efecto de magnitud media ($d=0,57$).

Tabla 5

Prueba t de Student y tamaño del efecto (d de Cohen) del Estrés Parental discriminados en grupo

Estrés Parental	Prueba t	gl	p	d
Subescala Estrés Parental	-3.34	150	0.001	-0.574
Subescala Interacción Disfuncional niño-padre	-6.84	150	<.001	-1.175
Subescala Niño Difícil	-9.56	150	<.001	-1.642
Escala Total	-7.89	150	<.001	-1.355

Con el objetivo de observar si existe correlación entre el estilo de crianza y el estrés parental en función del grupo perteneciente, se empleó un análisis de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos se presentan en las tablas 6 y 7.

Tabla 6

Análisis de correlación mediante r de Pearson entre el estilo parental y el estrés parental en padres de niños con TDAH

Padres de niños con TDAH	Estilo Paterno				
	EA		ENE		
	Afecto	Crítica	Inductiva	Rígida	Indulgente

Estrés Parental	Estrés parental	-0.176	0.520**	-0.253*	0.265*	0.211*
	Interacción Disfuncional niño-padre	-0.401**	0.579**	-0.163	0.314*	0.151
	Niño difícil	-0.120	0.562**	-0.116	0.394**	0.191
	Escala Total	-0,270*	0.659**	-0.210*	0.387**	0.221*

Nota. EA: Escala de Afecto; ENE: Escala de Normas-exigencias

*p<0.05, **p<0.001

A partir de la tabla 6, se observa que en el grupo experimental existe una correlación positiva entre la subescala de estilo parental crítica-rechazo y todas las subescalas de Estrés Parental, entre la forma rígida y todas las subescalas de Estrés Parental y entre la forma indulgente y la subescala de estrés parental. Además, se presenta una correlación negativa entre la subescala de estilo parental de afecto y la subescala de Interacción Disfuncional padre-hijo y entre la forma inductiva y la subescala de Estrés Parental.

Tabla 7

Análisis de correlación mediante r de Pearson entre el estilo parental y el estrés parental en el grupo control

	Padres de niños con TDAH	Estilo Paterno				
		EA		ENE		
		Afecto	Crítica	Inductiva	Rígida	Indulgente
Estrés Parental	Estrés parental	-0.166	0.315*	-0.132	0.327*	0.291*
	Interacción Disfuncional niño-padre	-0.466**	0.411*	-0.377*	0.220	0.577**
	Niño difícil	-0.394*	0.598**	-0.484**	0.329*	0.408*
	Escala Total	-0,396*	0.532**	-0.393*	0.354*	0.491**

Nota. EA: Escala de Afecto; ENE: Escala de Normas-exigencias

*p<0.05, **p<0.001

Con respecto al grupo control en relación con la tabla 7, se observa una correlación positiva entre la forma crítica y todos los factores de estrés parental, entre la forma rígida y dos factores de estrés parental (la subescala de Estrés Parental y la de Niño Difícil) y entre la forma

indulgente y todos los factores de estrés parental. Igualmente, se dan correlaciones negativas entre el estilo parental de afecto y dos subescalas de Estrés Parental (Interacción Disfuncional padre-niño y Niño Difícil) y entre la forma inductiva y dos subescalas de Estrés Parental (Interacción Disfuncional padre-niño y Niño Difícil).

En último lugar, se realiza un análisis psicométrico de cada una de las escalas utilizadas. La fiabilidad se obtuvo a partir del coeficiente alfa de Cronbach (α). Por otro lado, para medir la validez de constructo de cada uno de los instrumentos utilizados, se realizó un análisis factorial exploratorio. Primero se emplearon la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett para observar si se cumplen los supuestos básicos y, por tanto, poder realizar el análisis factorial. El test de esfericidad de Bartlett evalúa la hipótesis nula para establecer si existe correlación entre las variables. El índice KMO nos permite valorar la idoneidad de nuestros datos de la muestra al análisis factorial.

Con respecto a la Escala de Afecto, está formada por dos factores y los resultados muestran que la fiabilidad de ambos factores es alta con puntuaciones de 0.82 y 0.83, respectivamente. Se comprobó en ambos factores que los coeficientes se reducían cuando se suprimía cualquier ítem, lo que indica la relevante aportación de cada uno de estos ítems en cada factor. Asimismo, se obtuvo que los índices de homogeneidad de los ítems, correlación entre el ítem y la puntuación total, estaban por encima de 0.47, señalando un buen análisis psicométrico (tabla 8).

Tabla 8

Índices de homogeneidad de los ítems del Factor I y Factor II de la Escala de afecto (EA)

	Ítem	Correlación ítem-puntuación total
Factor I	EA-2	0.601

Factor Afecto- comunicación	EA-4	0.473
	EA-6	0.708
	EA-8	0.618
	EA-9	0.677
	EA-11	0.690
	EA-14	0.768
	EA-18	0.620
	EA-19	0.284
	EA-20	0.697
Factor II Factor Crítica- rechazo	EA-1	0.649
	EA-3	0.620
	EA-5	0.614
	EA-7	0.660
	EA-10	0.564
	EA-12	0.715
	EA-13	0.587
	EA-15	0.559
	EA-16	0.610
EA-17	0.733	

Con respecto a la validez de constructo, ambos factores se encuentran correlacionados por lo que, se seleccionó un método de rotación oblicua, Oblimin. No obstante, al ser negativa, indica que los padres que expresan mayor afecto y comunicación con su hijo, son aquellos que tienen menores puntuaciones en crítica y rechazo.

Por un lado, el índice de KMO es de 0.842 por lo que, es considerado como meritorio al encontrarse en el rango de 0.8 y 0.9. Por otro lado, con respecto a la prueba de Bartlett, se obtuvo una puntuación menor a 0.001, se rechaza la hipótesis nula y se establece que existe correlación significativa entre variables. Cumplidos ambos supuestos, se procede al análisis factorial de nuestra muestra. Asimismo, en cuanto a la variabilidad de los datos, el Factor I explica un 17.4 % de la varianza y el Factor II un 17.3%. Ambos explican el 34.7% de la varianza común.

Según como se muestra en la tabla 9, el modelo factorial presenta ítems que son buenos indicadores del constructo que se está estudiando dado que, a excepción del ítem EA-19, ninguno

de los demás ítems presenta una carga factorial por debajo de 0.40. El primer factor, afecto y comunicación, está formado por los 10 ítems incluidos en el cuestionario inicial. Por otro lado, el segundo factor, crítica y rechazo, también obtiene los ítems que se presenta en el cuestionario inicial. Estos resultados apoyan la validez de constructo de la Escala de Afecto.

Tabla 9

Matriz de análisis factorial exploratorio de la Escala de Afecto (EA)

	Factor	
	I	II
EA-1		0.567
EA-2	0.511	
EA-3		0.633
EA-4	0.394	
EA-5		0.606
EA-6	0.624	
EA-7		0.592
EA-8	0.488	
EA-9	0.668	
EA-10		0.477
EA-11	0.731	
EA-12		0.634
EA-13		0.419
EA-14	0.742	
EA-15		0.464
EA-16		0.601
EA-17		0.683
EA-18	0.516	
EA-19	0.304	
EA-20	0.604	

Nota. Extracción de componentes principales con una rotación "Oblimin"

Con respecto a la Escala de Normas y Exigencias (ENE), está compuesta por tres factores. La confiabilidad de la consistencia interna del factor I, forma inductiva, es alta ($\alpha=0.82$) y la de los otros dos factores, forma inductiva e indulgente, de magnitud moderada ($\alpha=0.71$ y $\alpha=0.75$, respectivamente). Además, se observó que en los tres factores los coeficientes disminuían

cuando se suprimía algún ítem, lo que implica que todos los ítems contribuyen significativamente a cada factor. Los índices de homogeneidad de ítems (correlación ítem-puntuación total) se encontraban por encima de 0.46, mostrando un análisis psicométrico adecuado (tabla 10).

Tabla 10

Índices de homogeneidad de los ítems del Factor I, II y III de la Escala de Normas y Exigencias

	Ítem	Correlación ítem-puntuación total
Factor I Forma Inductiva	EA-1	0.604
	EA-6	0.677
	EA-8	0.665
	EA-11	0.705
	EA-14	0.643
	EA-17	0.572
	EA-19	0.655
	EA-22	0.517
	EA-26	0.583
	EA-28	0.622
Factor II Forma Crítica	EA-2	0.574
	EA-4	0.647
	EA-9	0.457
	EA-12	0.458
	EA-15	0.586
	EA-18	0.508
	EA-20	0.625
	EA-23	0.463
	EA-25	0.499
	EA-27	0.477
Factor III Forma Indulgente	EA-3	0.695
	EA-5	0.566
	EA-7	0.617
	EA-10	0.685
	EA-13	0.556
	EA-16	0.444
	EA-21	0.574

Con respecto a la validez de constructo, los tres factores de esta escala son independientes. Por ello, se utilizó un método de rotación ortogonal, Varimax. Además, se cumplen ambos supuestos. Por un lado, se obtuvo un índice de KMO de 0.758 y con respecto a la prueba de Bartlett, se rechaza la hipótesis nula (<0.001) por lo que existe correlación entre variables. Además, se ha obtenido que el Factor I explica un 13.82% de la varianza, el Factor II un 10.08% y el Factor III un 9.41%. La suma de los tres explica el 33.3% de la varianza común.

Con respecto al modelo factorial (tabla 11), se puede observar que está formado por ítems que representan el constructo dado que todos los ítems tienen una carga por encima del 0.3, a excepción del ítem 12 que no se encuentra en ninguno de los factores. La mayor saturación de todos los ítems se encuentra en el factor que se esperaba.

Tabla 11

Matriz de análisis factorial exploratorio de la Escala de Normas y Exigencias (ENE)

	Factor		
	I	II	III
ENE-1	0.480		
ENE-2			0.564
ENE-3		0.681	
ENE-4			0.582
ENE-5		0.348	
ENE-6	0.626		-0.326
ENE-7		0.493	
ENE-8	0.671		
ENE-9			0.394
ENE-10	-0.306	0.583	
ENE-11	0.721		
ENE-12			
ENE-13	-0.375	0.318	
ENE-14	0.638		
ENE-15			0.498
ENE-16	-0.319	0.315	

ENE-17	0.475		
ENE-18	0.342		0.421
ENE-19	0.661		
ENE-20			0.587
ENE-21		0.509	
ENE-22	0.435		
ENE-23		0.381	0.378
ENE-24		0.752	
ENE-25			0.400
ENE-26	0.453		
ENE-27			0.409
ENE-28	0.466	-0.320	

Nota. Extracción de componentes principales con una rotación “Varimax”

Por último, el Índice de Estrés Parental Formato Abreviado (PSI-SF) está formado por tres subescalas. Las tres subescalas, subescala de Estrés Parental, Interacción Disfuncional niño-padre y Niño Difícil, presentan una fiabilidad muy alta: $\alpha=0,85$, $\alpha=0.86$ y $\alpha=0.91$, respectivamente. Asimismo, se puede apreciar que en los tres factores la mayoría de ítems, a excepción de los ítems 6, 24 y 34, contribuyen significativamente a cada factor dado que la eliminación de cada uno de los ítems provoca la disminución de los coeficientes.

Con respecto a los índices de homogeneidad, en la subescala I (Estrés Parental), se obtuvieron puntuaciones por encima de 0.5, mostrando un buen análisis psicométrico, a excepción del ítem 6 con una puntuación de 0.3 (tabla 12). La subescala II de Interacción Disfuncional niño-padre obtuvo puntuaciones por encima del 0.5 excepto el ítem 24 (tabla 13). Por último, la subescala III de Niño Difícil obtuvo puntuaciones por encima de 0.5 a excepción del ítem 34 (tabla 14).

Tabla 12

Índices de homogeneidad de los ítems de la subescala I

Ítem	Correlación ítem-
------	-------------------

		puntuación total
	PSI-SF-1	0.532
	PSI-SF-2	0.704
	PSI-SF-3	0.687
	PSI-SF-4	0.528
Subescala I	PSI-SF-5	0.575
	PSI-SF-6	0.321
Estrés	PSI-SF-7	0.583
Parental	PSI-SF-8	0.607
	PSI-SF-9	0.692
	PSI-SF-10	0.678
	PSI-SF-11	0.675
	PSI-SF-12	0.741

Tabla 13

Índices de homogeneidad de los ítems de la subescala II

		Correlación ítem- puntuación total
Ítem		
	PSI-SF-13	0.649
	PSI-SF-14	0.642
	PSI-SF-15	0.659
	PSI-SF-16	0.611
Subescala II	PSI-SF-17	0.618
Interacción	PSI-SF-18	0.588
Disfuncional	PSI-SF-19	0.645
padre-hijo	PSI-SF-20	0.709
	PSI-SF-21	0.626
	PSI-SF-22	0.754
	PSI-SF-23	0.649
	PSI-SF-24	0.362

Tabla 14

Índices de homogeneidad de los ítems de la subescala III

		Correlación ítem- puntuación total
Ítem		
Subescala III	PSI-SF-25	0.660

	PSI-SF-26	0.800
	PSI-SF-27	0.763
Niño Dificil	PSI-SF-28	0.854
	PSI-SF-29	0.849
	PSI-SF-30	0.554
	PSI-SF-31	0.789
	PSI-SF-32	0.696
	PSI-SF-33	0.734
	PSI-SF-34	0.283
	PSI-SF-35	0.665
	PSI-SF-36	0.670

Con respecto a la validez de constructo, los factores se encuentran correlacionados y por ello, se utilizó un método de rotación oblicua, Oblimin. Asimismo, se cumplen ambos supuestos. El índice de KMO obtiene una puntuación de 0.88 y la puntuación obtenida en la prueba de Bartlett se encuentra por debajo a 0.001. La subescala I (Estrés Parental) explica un 19.99% de la varianza, la subescala II (Interacción Disfuncional padre-hijo) un 14.45% y la subescala III (Niño Dificil) un 9.93%, con una varianza total observada del 44.2%.

A partir de la tabla 15, se observa que todos los ítems pertenecientes a la subescala de Estrés Parental (EP) tienen su mayor saturación en este factor, a excepción del ítem 1 y el ítem 6. El ítem 1 (*“A menudo tengo la sensación de que no puedo manejar bien las cosas”*) presenta un peso mayor en la subescala de Niño Dificil (ND) que en la de Estrés Parental (EP). Con respecto a la subescala de Interacción Disfuncional padre-hijo, siete de los ítems que pertenecen a esta escala tienen su mayor saturación en ella (ítem 13, ítem 14, ítem 15, ítem 16, ítem 17, ítem 19 y ítem 22). No obstante, los ítems restantes tienen una mayor saturación en la subescala de Niño Dificil (ND). La falta de consistencia de los ítems pertenecientes a la subescala de Interacción Disfuncional niño-padre sugiere una mayor investigación sobre la validez de este factor. Por último, con respecto a la subescala de Niño Dificil (ND), todos los ítems a excepción del ítem 32

y el ítem 34, tienen una mayor saturación en la subescala que se esperaba. El ítem 32 tiene un valor ligeramente mayor en la subescala Estrés Parental que en la de Niño Dificil. No obstante, sería conveniente seguir incluyéndolo dentro de la subescala de Niño Dificil dado que la diferencia de saturación en ambos factores es pequeña (0.9). Teniendo en cuenta los análisis realizados con anterioridad, se propone la eliminación del ítem 6 y el ítem 34, dado que disminuyen la consistencia interna, sus índices de homogeneidad son bajos, además de que no son identificados en ningún factor en el análisis exploratorio.

Tabla 15

Matriz de análisis factorial exploratorio del PSI-SF

	Subescala		
	I (ND)	II (EP)	III (ID)
PSI-SF-1	0.428		
PSI-SF-2		0.565	
PSI-SF-3		0.629	
PSI-SF-4		0.409	
PSI-SF-5		0.524	
PSI-SF-6			
PSI-SF-7		0.496	
PSI-SF-8		0.486	
PSI-SF-9		0.649	
PSI-SF-10		0.611	
PSI-SF-11		0.675	
PSI-SF-12		0.678	
PSI-SF-13			0.676
PSI-SF-14			0.679
PSI-SF-15			0.897
PSI-SF-16			0.421
PSI-SF-17			0.587
PSI-SF-18	0.373		
PSI-SF-19			0.591
PSI-SF-20	0.364		
PSI-SF-21	0.552	0.315	
PSI-SF-22		0.335	0.436
PSI-SF-23	0.563		
PSI-SF-24	0.828		

PSI-SF-25	0.510		0.314
PSI-SF-26	0.841		
PSI-SF-27	0.550		
PSI-SF-28	0.880		
PSI-SF-29	0.872		
PSI-SF-30	0.330		
PSI-SF-31	0.712		
PSI-SF-32	0.374	0.471	
PSI-SF-33	0.591		
PSI-SF-34			
PSI-SF-35	0.506		
PSI-SF-36	0.509		

Discusión

La elevada exigencia y la responsabilidad que implica la crianza de niños con TDAH hace que se den estilos de crianza más disfuncionales, además de un mayor grado de tensión en los padres. Estas variables parentales pueden influir significativamente en el desarrollo tanto emocional como social de los niños con TDAH (Solem et al., 2011). El objetivo principal de este estudio es analizar y comparar el estilo de crianza y el estrés parental en padres de niños con y sin diagnóstico de TDAH.

Los resultados obtenidos señalan diferencias en la percepción de estrés parental y estilos de crianza en padres de niños con TDAH, comparándolo con los padres del grupo control. Basándonos en este estudio, la percepción de los padres en cuanto a su estilo de crianza muestra que presentan una tendencia a expresar mayor crítica y rechazo hacia sus hijos. Estos datos están en concordancia con la literatura científica sobre la percepción que tienen los padres de niños con TDAH hacia sus hijos (González et al., 2014). A pesar de que estudios anteriores (González et al., 2014; Santurde Del Arco y Barrio del Campo, 2010; Seipp y Johnston, 2005) han encontrado que el estilo de padres de hijos con TDAH se caracteriza por ser menos afectivo y de menor aceptación, además de una falta de comunicación con sus hijos, en este estudio no se han

observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estilo parental de afecto y comunicación. No obstante, sí se ha encontrado una tendencia de los padres de niños con TDAH a ser menos afectuosos y con menos comunicación, en comparación con los padres del grupo control. La falta de diferencia significativa entre ambos grupos podría indicar que los padres de niños con TDAH comparándolos con años atrás, han aprendido a gestionar de forma más adecuada el diagnóstico de su hijo, influyendo positivamente en el estilo de crianza. Por lo tanto, podemos concluir que los padres de niños con este diagnóstico son más críticos y exigentes con sus hijos, y tienden a aceptarlos menos y en algunas ocasiones incluso tener rechazo hacia ellos.

En cuanto a la percepción de los padres de las normas y exigencias, a pesar de que estudios anteriores evidencian diferencias significativas entre el grupo de padres con TDAH y el grupo control (González et al., 2014; Santurde Del Arco y Barrio del Campo, 2010), en el presente estudio no se han encontrado esas diferencias. No obstante, se observa que existe una tendencia general de los padres de niños con TDAH a tener un estilo menos inductivo y democrático, atendiendo menos a las necesidades de sus hijos, en comparación con los padres de niños sin este diagnóstico. También se presenta una tendencia de los padres de hijos con TDAH a tener un estilo educativo más indulgente y permisivo. Estos resultados podrían señalar que esta tendencia de estilo de crianza más permisiva se podría deber al desbordamiento emocional y el estrés de los padres que les hace atender de forma más laxa las necesidades de sus hijos. A pesar de que hemos evidenciado que los padres de niños con TDAH tienen una tendencia a ser más críticos y tener más rechazo hacia sus hijos, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en el estilo de crianza de forma crítica. Esta incongruencia en los resultados donde los padres de niños con TDAH presentan mayor tendencia a ser críticos y a rechazar a sus hijos, pero a la vez, no presentan un estilo de crianza crítico podría estar condicionado por la

deseabilidad social por parte de los padres. Estos datos se encuentran en contraste con estudios anteriores (González et al. 2014; Santurde del Arco y Del Barrio del Campo, 2010) que indican que los padres del grupo experimental se caracterizan por ser más rígidos y con un estilo muy exigente en el cumplimiento de normas. Goldstein et al. (2007) señalan que los padres del grupo experimental tienen menos afectividad, más control y mayor negligencia que los padres del grupo control. Asimismo, los hallazgos de Keown (2012) encontraron que una baja afectividad en los padres predecía un mayor grado de inatención y conductas externalizantes en los hijos.

En conclusión, los estilos de crianza juegan un papel importante en el desarrollo de la sintomatología del TDAH (Peris y Hinshaw, 2003). Un estilo de crianza democrático caracterizado por afecto, comunicación y apoyo es un factor de protección. No obstante, un estilo parental con falta de afecto y excesiva crítica es considerado un factor de riesgo para el curso de los síntomas del TDAH, como, por ejemplo, un aumento de la impulsividad y de la hiperactividad (Collet et al., 2001; Hurt et al., 2007; Pfiffner y Macburnett, 2006).

En lo que respecta al estrés parental, en el presente estudio se ha observado que los padres de niños con TDAH presentan mayor estrés parental que los padres del grupo control. Estos resultados son congruentes con estudios anteriores (García et al., 2019; Insa et al., 2018; Theule et al., 2013). A pesar de que las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas del estrés parental son mayores en el grupo experimental, se puede apreciar que la subescala de Niño Dificil es la que presenta valores superiores, seguida de la subescala de Interacción Disfuncional padre-hijo. Estos resultados muestran la percepción de los padres sobre sus hijos con TDAH, observándolos como niños de temperamento difícil con una elevada reactividad emocional y con dificultad para relajar. También se observa su percepción en cuanto a que sus hijos no llegan a satisfacer las expectativas que tenían sobre ellos. Estudios como Santurde del Arco y Del Barrio

del Campo (2010) observan que los padres de niños con TDAH ven la relación con sus hijos menos positiva que los padres de hijos sin este diagnóstico, además de percibirse a sí mismos con un rol paterno menos satisfactorio y con menor competencia.

En este estudio hemos observado que los estilos de crianza y el estrés parental se encuentran relacionados en ambos grupos. Existen correlaciones negativas con el afecto y el estilo inductivo dado que, acorde a los hallazgos de Pérez et al. (2010), una percepción satisfactoria en el rol materno influye positivamente en la gestión emocional de situaciones difíciles de crianza. En el sentido contrario, también se han dado correlaciones positivas. Por un lado, el estrés parental se ha asociado al estilo de crianza crítico, congruente con Bernal y Guevara-Marín (2012), que podría implicar que cuanto más nivel de estrés parental, más exigencias y límites se les impone a los hijos. Por otro lado, también se ha visto relacionado con el estilo permisivo, que podría suponer que los padres con alto nivel de tensión acaben teniendo un estilo de crianza permisivo con escaso establecimiento de normas y límites dado su desbordamiento emocional. Noriega y Carvajal (2009) consideran que las prácticas de crianza, además de los roles paternos, pueden verse mediadas por variables como las características propias de la madre, su estado anímico y el estrés.

En el caso de niños con TDAH, hemos podido observar a través del presente estudio que las conductas irritables y temperamentales de los niños con este diagnóstico son un reto importante para los padres en la crianza de éstos, provocando niveles elevados de estrés en la familia que acaban incidiendo en la salud mental de los padres, además de en su rol parental. Los padres que tienen un alto grado de estrés suelen presentar patrones de crianza disfuncionales, como el estilo parental autoritario con métodos coercitivos, relacionado con el mantenimiento y el incremento de los síntomas del TDAH (Daley et al., 2009; Healey et al., 2011), o el estilo

permisivo, caracterizado por un bajo control y exigencias sobre sus hijos, además de un bajo establecimiento de límites y normas, que influye en el desarrollo del niño en cuanto a la regulación emocional, la impulsividad y la tolerancia a la frustración (Trenas et al., 2008).

En la práctica clínica los resultados obtenidos en este tipo de estudios reflejan una necesidad de investigar exhaustivamente el ámbito familiar de niños con TDAH. La finalidad será que, a través de programas de entrenamiento centrados en prácticas de crianza más funcionales y apego, se influya positivamente en el desarrollo de los síntomas del TDAH. Asimismo, también es importante trabajar en la gestión emocional para lidiar con el estrés y poder mejorar su salud mental, además de la dinámica familiar y las relaciones familiares, en particular, la relación padre-hijo. Por lo tanto, se deberían también diseñar programas de intervención relacionados con la detección de la debilidad mental y la tensión en aquellos padres que se encuentren desbordados. En concordancia con lo comentado, muchos autores (Bloomfield y Kendall, 2012; Gerdes et al., 2012) han demostrado que las conductas difíciles de los hijos con TDAH y el nivel de estrés parental disminuyen considerablemente gracias al entrenamiento de técnicas conductuales y gestión emocional en los padres.

Limitaciones

Una primera limitación de este estudio es no haber valorado la edad y sexo de los hijos, el subtipo de TDAH y la aparición de comorbilidad. El estudio de estas variables podría haber sido interesante para observar las posibles diferencias en los estilos parentales y en el estrés parental en función de la edad, el sexo, el subtipo y cualquier trastorno comórbido. Además, la evolución de los niños con TDAH puede verse influida por la salud mental de los padres, por ello, también hubiese sido relevante medirla.

La segunda limitación es haber medido los estilos parentales únicamente desde la perspectiva de los padres. Para futuros estudios, sería conveniente incluir en el estudio la versión de los niños para comparar desde ambas percepciones.

La tercera limitación es que al tratarse de un estudio ex post facto retrospectivo, no se pueden establecer relaciones causales entre variables. No obstante, es importante recalcar, como bien hemos comentado anteriormente, que las disfunciones familiares pueden influir en el desarrollo de la sintomatología del TDAH, a pesar de no ser la causa propia de este problema. Se observa relación entre las variables pero no se puede concluir que sean causa y efecto.

La cuarta limitación de este estudio es que el diagnóstico de TDAH de los niños se obtuvo a partir de la información recibida por los padres a partir del cuestionario online “Google Forms”, sin administrar ningún cuestionario a los niños para verificar su diagnóstico.

Futuras líneas de investigación

Para futuras líneas de investigación, es importante indagar en la etiología del TDAH para observar qué variables pueden causar el TDAH y por tanto, generar mayor conciencia en la sociedad sobre la gravedad de ciertas conductas disruptivas para el desarrollo de su bebé.

Por otro lado, dado que las conductas propias del niño con el diagnóstico y la capacidad de reacción de los padres posiblemente se influyan mutuamente, es necesario un mayor número de estudios longitudinales que estudien cómo el estrés parental y las prácticas de crianza pueden contribuir al temperamento del hijo que, a su vez, pueda influir en la salud mental de los padres.

Referencias

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B. y Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, *124*(2), 717-728. <https://doi.org/fdxhg4>
- Abad, F., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, M. A., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I. D. y Etchepareborda, M. C. (2011). Executive function training in attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de neurologia*, *52*(Supl 1), 77-83.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 298-301.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Barbarese, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M. y Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, *131*(4), 637-644. <https://doi.org/f4wdjc>
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic psychology monographs*, *75*(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, *4*(1, Pt.2), 1-103. <http://dx.doi.org/b9x>
- Bermúdez, O. G., Quintana, F. C., Sosa, M., De la Cruz, J., Mañas, M. y García, M. P. (2012). Alteraciones neuropsicológicas y emocionales en niños prematuros de muy bajo peso al

- nacer. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 4(2), 3-10.
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v4.n2.5169>
- Bernal, G. y Guevara-Marín, M. R. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M. y Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-737.
<https://doi.org/c78bgk>
- Bloomfield, L. y Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research and Development*, 13(4), 364-372. <https://doi.org/f393sn>
- Bocanegra, E. (2007). Las prácticas de crianza entre la Colonia y la Independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. *Revista Latinoamericana Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 1-22.
- Bouquet, I. y Pachajoa Londoño, R. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*, 15(2), 109-115.
- Coles, C. D., Platzman, K. A., Raskind-Hood, C. L., Brown, R. T., Falek, A. y Smith, I. E. (1997). A comparison of children affected by prenatal alcohol exposure and attention deficit, hyperactivity disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(1), 150-161. <https://doi.org/dm5d3w>

- Collet, B.R., Gimpel, G.A., Greenson, J.N. y Gunderson, T.L. (2001). Assessment of discipline styles among parents of preschool through school-age children. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23(3), 163-170.
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J. y Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: care, health and development*, 35(6), 754-766.
- Díaz-Herrero, Á., de la Nuez, A. G. B., Pina, J. A. L., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Eubig, P. A., Aguiar, A. y Schantz, S. L. (2010). Lead and PCBs as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Environmental Health Perspectives*, 118(12), 1654-1667. <https://doi.org/cm74s5>
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A. y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323. <https://doi.org/bf6d3n>
- García, C. R., Bau, C. H. D., Silva, K. L., Callegari-Jacques, S. M., Salgado, C. A. I., Fischer, A. G., Victor, M.M., Sousa, N.O., Karam, R.G., Rohde, L.A., Belmonte-de-Abreu, P. y Grevet, E. H. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry*, 27(5), 309-313. <https://doi.org/cjjc7g>
- García, M. C., García, E. C. y López-Villalobos, J. A. (2019). Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(3), 21-31.

- Gerdes, A. C., Haack, L. M. y Schneider, B. W. (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: Evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders, 16*(2), 147-156.
<https://doi.org/bp3wps>
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A. y Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(1), 125–136. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9047-6>
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 12*(1), 141-158.
- Healey, D.M., Flory, J.D., Miller, C. J. y Halperin, J.M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/Inattentive preschool children. *Infant and Child Development, 20*(2), 148-161.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: adjustment to the crises of war separation and return*. Harper.
- Hill, R. (1958). 1. Generic features of families under stress. *Social Casework, 39*(2-3), 139-150.
<https://doi.org/hr9t>
- Hurt, E.A., Hoza, B. y Pelham, W.E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(4), 543-555.
- Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M. y Huguet, A. (2018). Difference in Psychic Distress Lived by Parents with ADHD Children and Parents with Healthy Children:

- Focus on Gender Differences. *Journal of Attention Disorders*, 25(3), 332-339.
<https://doi.org/htd8>
- Johnson, S., Hollis, C., Kochhar, P., Hennessy, E., Wolke, D. y Marlow, N. (2010). Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 453-463. <https://doi.org/c7rr3k>
- Keown, L. J. (2012). Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: The role of father-child and mother-child interactions. *Journal of abnormal child psychology*, 40(4), 569-581.
- Kraut, A. A., Langner, I., Lindemann, C., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F., Mikolajczyk, R. T. y Garbe, E. (2013). Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/gbcfxf>
- Kreppner, J. M., Connor, T. G. y Rutter, M. (2001). Romanian Adoptees Study Team. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*, 29, 513-528. <https://doi.org/cz7pwd>
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., Van Den Bree, M., Harold, G., Owen, M. J., O'Donovan, M. C. y Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(3), 235-240. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066274>
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S. y Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470.
<https://doi.org/fvctcn>

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. En M. H. Appley y R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of Stress: Physiological, psychological and social perspectives* (pp. 63-80). Springer US. <https://doi.org/gh9425>
- Liew, Z., Ritz, B., Rebordosa, C., Lee, P. C. y Olsen, J. (2014). Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatrics*, *168*(4), 313-320. <https://doi.org/gfpn5k>
- Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A., Kotimaa, A., Moilanen, I., Thomsen, P. H., Olsen, J. y Jarvelin, M. R. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1028-1040. <https://doi.org/b7pd5f>
- McLoyd, V. C. (1990). The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child development*, *61*(2), 311-346. <https://doi.org/fnjkcj>
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J. y Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 378-385. <https://doi.org/b9wxt3>
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Guite, J. y Tsuang, M. T. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biological psychiatry*, *41*(1), 65-75. <https://doi.org/bdcccj>
- Mill, J. y Petronis, A. (2008). Pre-and peri-natal environmental risks for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): The potential role of epigenetic processes in mediating

- susceptibility. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1020-1030.
<https://doi.org/bdx2v3>
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 18(3), 335-341.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. y Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Rev Neurol*, 23-25.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Nigg, J., Nikolas, M. y Burt, S. A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(9), 863-873. <https://doi.org/bdpt7q>
- Noriega, J. A. V. y Carvajal, M. C. K. R. (2009). Prácticas de crianza, desarrollo y cuidado del niño en poblaciones rurales e indígenas. *Revista de Estudios e Pesquisas sobre as Américas*, 2, 10-22.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cifras y datos. OMS.
- Pardo, A. y San Martín, R. (2010) *Análisis de Datos en Ciencias Sociales y de la Salud II*. (2ª ed.). Síntesis.
- Pasamanick, B., Rogers, M. E. y Lilienfeld, A. M. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorder in children. *The American Journal of Psychiatry*, 112(8), 613-618. <https://doi.org/hr94>

- Pérez P. J., Lara, L. L. y Menéndez, A. D. S. (2010). Estrés y competencia parental: un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1), 47-57.
- Peris, T.S. y Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1177-1190.
- Pfiffner, L. J. y McBurnett, K. (2006). Family Correlates of Comorbid Anxiety Disorders in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 719- 729.
- Pheula, G. F., Rohde, L. A. y Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 137-145. <https://doi.org/dj4f7m>
- Roselló, B., García Castellar, R., Tárraga Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84. <https://doi.org/hr95>
- Rutter, M., Sonuga-Barke, E. y Castle, J. (2010). I. Investigating the impact of early institutional deprivation on development: Background and research strategy of the English and Romanian Adoptees (ERA) study. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75(1), 1-20. <https://doi.org/bcn9q2>
- Sagiv, S. K., Thurston, S. W., Bellinger, D. C., Tolbert, P. E., Altshul, L. M. y Korrick, S. A. (2010). Prenatal organochlorine exposure and behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children. *American Journal of Epidemiology*, 171(5), 593-601. <https://doi.org/czmd8k>

- Santurde Del Arco, E. y Del Barrio Del Campo, J. A. (2010). *Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis.
- Seipp, C. M. y Johnston, C. (2005). Mother–son interactions in families of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without oppositional behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 33(1), 87-98.
- Skoglund, C., Chen, Q., D' Onofrio, B. M., Lichtenstein, P. y Larsson, H. (2014). Familial confounding of the association between maternal smoking during pregnancy and ADHD in offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(1), 61-68.
<https://doi.org/f24fw9>
- Solem, M. B., Christophersen, K. A. y Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: Children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162-180. <https://doi.org/10.1002/icd.681>
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27-31.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E. y Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1432-1437. <https://doi.org/ds3gn4>
- Talge, N. M., Neal, C. y Glover, V. (2007). Early stress, translational research and prevention science network: fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 245-261. <https://doi.org/dpnh2b>

- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A. y Romanos, M. (2010).
Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289. <https://doi.org/d55zst>
- Thapar A. y Cooper M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 387, 1240-1250.
<https://doi.org/ggbfcb>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. y Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
<https://doi.org/f46cmj>
- Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R. y Stergiakouli, E. (2012). What causes attention deficit hyperactivity disorder?. *Archives of Disease in Childhood*, 97(3), 260-265.
<https://doi.org/bg65cq>
- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K. y Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The british journal of psychiatry*, 174(2), 105-111.
<https://doi.org/cx4mj9>
- Thapar, A., Langley, K., Asherson, P. y Gill, M. (2007). Gene–environment interplay in attention-deficit hyperactivity disorder and the importance of a developmental perspective. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190(1), 1-3. <https://doi.org/fjprpv>
- Thapar, A. y Rutter, M. (2009). Do prenatal risk factors cause psychiatric disorder? Be wary of causal claims. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(2), 100-101. <https://doi.org/bt32mq>

- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. y Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 21*(1), 3-17.
- Thompson, J. M., Waldie, K. E., Wall, C. R., Murphy, R., Mitchell, E. A. y ABC Study Group. (2014). Associations between acetaminophen use during pregnancy and ADHD symptoms measured at ages 7 and 11 years. *PloS One, 9*(9). <https://doi.org/hr96>
- Trenas, A. F. R., Cabrera, J. H. y Osuna, M. J. P. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema, 20*(4), 691-696.
- Vicario, M. H. (2007). Evaluación diagnóstica del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Canarias Pediátrica, 31*(2), 79-86.
- Vicario, M. H. y Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral, 18*(9), 609-700.
- Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., Dymov, S., Szyf, M. y Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience, 7*(8), 847-854. <https://doi.org/10.1038/nn1276>
- World Federation for Mental Health. (2004), The relationship between pshysical and mental health: Co-occurring disorders.