



International Journal of Developmental and
Educational Psychology
ISSN: 0214-9877
ISSN: 2603-5987
revista@infad.eu
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y
Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores
España

PERFILES DE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS COMPORTAMENTALES EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Berenguer, Carmen; Roselló, Belén; Baixauli, Inmaculada

PERFILES DE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS COMPORTAMENTALES EN NIÑOS
CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 2, núm. Esp.1, 2019

Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126007>

PERFILES DE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS COMPORTAMENTALES EN NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

PROFILES OF FAMILIES WITH RISK FACTORS AND
BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.

Carmen Berenguer carmen.berenguer@ucv.es

Universidad Católica de Valencia, España

Belén Roselló

Universidad de Valencia, España

Inmaculada Baixauli

Universidad Católica de Valencia, España

International Journal of Developmental
and Educational Psychology, vol. 2, núm.
Esp.1, 2019

Asociación Nacional de Psicología
Evolutiva y Educativa de la Infancia,
Adolescencia y Mayores, España

Recepción: 22 Febrero 2019
Aprobación: 30 Abril 2019

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=349860126007](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126007)

Resumen: Introducción. La literatura evidencia que las familias de niños con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) experimentan factores de riesgo relacionados con niveles elevados de estrés, menor apoyo social, o menor capacidad de afrontamiento. Estos factores familiares contextuales pueden verse agravados por la presencia de problemas comportamentales y sociales en niños con TDAH. **Objetivos.** El presente estudio se planteó los siguientes objetivos: 1) Identificar perfiles de familias de niños con TDAH en edad escolar de acuerdo con indicadores contextuales y variables socioemocionales como el nivel de estrés, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. 2) Evaluar las diferencias entre los grupos establecidos en diferentes dominios de dificultades comportamentales y emocionales. **Método.** Participaron en este estudio 35 niños, entre 7 y 11 años, que habían recibido un diagnóstico clínico de TDAH. Se determinó un índice de riesgo familiar a partir de la información que aportaron las familias sobre el nivel educativo de los padres, la situación laboral, la existencia de psicopatología parental y la tipología familiar. Además, se evaluó el nivel de estrés parental, el apoyo social, las habilidades de afrontamiento y los problemas comportamentales y emocionales del niño. **Resultados.** Los análisis cluster jerárquicos realizados determinaron la existencia de dos grupos de familias; una con “riesgo severo” y otra con “riesgo moderado-bajo”. El perfil severo se asoció con mayores problemas sociales en los niños. Concretamente se apreció mayor hiperactividad y más problemas con los iguales. **Conclusiones.** Los factores contextuales y socioemocionales de las familias deberían tenerse en cuenta en el abordaje de los problemas comportamentales que presentan los niños con TDAH.

Palabras clave: riesgo familiar, estrés parental, apoyo social, afrontamiento, problemas comportamentales, TDAH.

Abstract: Introduction. Literature shows that families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) experience risk factors related to high levels of stress, less social support, or less coping skills. These contextual family factors can be aggravated by the presence of behavioral and social problems in children with ADHD. **Aims.** The present study set out the following objectives: 1) To identify profiles of families of children with ADHD at school age according to contextual indicators and socio-emotional variables such as stress level, coping strategies and social support. 2) To

evaluate the differences between groups established in different domains of behavioral and emotional difficulties. **Method.** Thirty-five children, between 7 and 11 years old, who had received a clinical diagnosis of ADHD participated in this study. A family risk index was determined from the information provided by the families on the educational level, professional situation, parental psychopathology and parental status. In addition, the level of parental stress, social support, coping skills and behavioral and emotional problems of the child were evaluated. **Results.** Hierarchical cluster analyses carried out determined the existence of two groups of families; one with “severe risk” and another one with “moderate-low risk”. The severe profile was associated with greater social problems in children. Specifically, more hyperactivity and problems with peers. **Conclusions.** Contextual and socio-emotional factors of families should be taken into account in the approach of behavioral problems that children with ADHD present. **Keywords:** family risk, parental stress, social support, coping skills, behavioral problems, ADHD.

ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH), afecta aproximadamente a un 5% de niños y adolescentes, siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes durante la infancia (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Este trastorno se caracteriza por altos niveles de impulsividad, inatención y/o hiperactividad (American Psychiatric Association [APA], 2013) y se asocia con importantes alteraciones funcionales en un amplio rango de dominios psicosociales (Barkley, 2006). Los niños con TDAH tienen mayor riesgo de dificultades académicas, problemas emocionales, comportamentales y un mayor deterioro a nivel de relaciones sociales con sus iguales (Hoza, 2007; Raggi & Chronis, 2006).

La sintomatología nuclear del trastorno, unida a la alta comorbilidad entre el TDAH y los problemas de conducta, con tasas estimadas que van del 30 al 50% (Biederman, 2005; Spencer, 2006), contribuye a producir una mayor disfuncionalidad en las relaciones filio-parentales. De modo que, los padres de niños con TDAH los perciben como más problemáticos, negativos, exigentes y menos cooperativos, que los padres de niños con desarrollo típico (Anastopoulos, Sommer, & Schatz, 2009).

Por otro lado, la asociación entre el TDAH y niveles elevados de estrés parental está bien documentada (Johnson & Reader, 2002; Kadesjö, Stenlund, Wels, Gillberg, & Hägglöf, 2002). El estrés de los padres es un tipo distinto de estrés que surge cuando se produce un desajuste entre las demandas percibidas de crianza y los recursos disponibles para satisfacer esas demandas (Deater-Deckard & Petrill, 2004).

El modelo dominante de estrés parental propone dos componentes principales: un dominio del hijo, relacionado con las características del niño, y un dominio asociado con el funcionamiento de los padres (Abidin, 1995). El estrés total es el resultado de la combinación de ambos dominios. Aunque experimentar estrés durante la crianza de los hijos se considera normal y forma parte de una conducta adaptativa, cuando existen elevados niveles de estrés parental, puede afectar negativamente las relaciones entre padres e hijos. Estudios de familias con niños con TDAH muestran puntuaciones significativamente altas en ambos

dominios (Dupaul, McGoey, Eckert, & Vanbrakle, 2001) al compararlos con familias con niños sin el trastorno.

A la luz de estos hallazgos, un reciente metaanálisis (Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013) pone de manifiesto que las estrategias de afrontamiento deficientes tienden a repercutir en mayores niveles de estrés parental. De modo que los niveles altos de estrés parental estarían relacionados con un menor bienestar psicológico, y más problemas de salud mental, especialmente en madres (por ejemplo, ansiedad o depresión). Por otro lado, el apoyo social de familiares o amigos parece estar relacionado con niveles más bajos de estrés parental y puede amortiguar los posibles efectos adversos de otros factores de riesgo como la crianza monoparental o una situación profesional poco ventajosa desde el punto de vista económico (Graziano, McNamara, Geffken, & Reid, 2011).

En relación con las características del niño, algunas investigaciones han mostrado que los niveles de estrés parental se relacionan con problemas de conducta del niño, como oposicionismo, hiperactividad, impulsividad (Benzies, Harrison, & Magill-Evans, 2004). Aunque, esta relación es compleja, como demuestra un estudio reciente que sugiere que la existencia de factores de riesgo como la maternidad sin pareja, la existencia de psicopatología materna y los problemas de conducta como la hiperactividad predijeron mayores niveles de estrés parental. Pero también los problemas externalizantes del niño podían predecir un mayor nivel de estrés en los padres (Williford, Calkins, & Keane, 2007).

Por tanto, se trata de un tema particularmente importante, ya que los padres que experimentan niveles clínicamente altos de estrés pueden ser menos capaces a la hora de implementar intervenciones y tratamientos adecuados para ayudar a sus hijos con TDAH (Kazdin, 1995). En este sentido, se ha evidenciado que las reducciones en el estrés de los padres están vinculadas a una gestión más eficaz de los padres en el manejo de las conductas disruptivas de sus hijos.

En resumen, identificar los factores del contexto familiar e indicadores sociodemográficos tanto de riesgo como protectores, puede ser clave para el diseño de programas de intervención eficaces en niños con TDAH. Por tanto, los objetivos de este estudio son:

- 1) Identificar perfiles de familias de niños con TDAH en edad escolar de acuerdo con indicadores contextuales y variables socioemocionales como el nivel de estrés, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.
- 2) Evaluar las diferencias entre los grupos establecidos en diferentes dominios de dificultades comportamentales, emocionales y sociales en niños con TDAH.

En base a la literatura anterior, se espera poder identificar diferentes perfiles de familias de acuerdo con factores de riesgo familiar, nivel de estrés percibido, habilidades de afrontamiento y apoyo social. Así mismo, se espera encontrar diferencias en dominios comportamentales y emocionales entre los distintos perfiles de familias identificados.

MÉTODO

Participantes

En este trabajo participaron 35 niños con una media de edad de 9.14 (1.41), escolarizados en centros de enseñanza públicos y concertados de la provincia de Valencia. Todos los participantes habían recibido un diagnóstico clínico de TDAH y presentaban una capacidad intelectual (CI) media de 99.03 (9.87) medida mediante el K-BIT (Kaufman & Kaufman, 2000). El 91.42% de los participantes eran varones. Con el objetivo de confirmar el diagnóstico clínico de TDAH, los padres y profesores cumplimentaron los 18 criterios para el TDAH del DSM-5 (APA, 2013). Consensuando ambas percepciones el 77.14% de los niños mostraron una presentación combinada y el 22.86% tuvieron una presentación inatenta. El valor del índice Kappa-Cohen fue = 0.97.

Además, el 71.4% de niños con TDAH estaban tomando psicoestimulantes y un 40% tenían problemas de conducta.

Atendiendo a las características familiares y sociodemográficas, las madres tenían una edad media de 40.57 (5.23). Respecto al nivel educativo, 25.71% tenían estudios universitarios, Bachiller o ciclo superior de formación profesional, 60.01% estudios de secundaria o ciclo medio de formación profesional y 14.28% tenían estudios de primaria. El porcentaje de madres que tenían un trabajo remunerado en el momento de la evaluación ascendía a 48.57%, mientras que un 11.43% estaban desempleadas y un 40% eran exclusivamente amas de casa. De manera similar, la mayoría de los padres estaban casados (82.85%), y el resto estaban separados/divorciados (14.28%) o solos (2.87%). Finalmente, 17 (48.57%) madres tenían síntomas clínicos diagnosticados de ansiedad y/o depresión.

Instrumentos

Índice de riesgo familiar. Con el objetivo de determinar los factores contextuales de riesgo familiar que pueden afectar al desarrollo social y comportamental de los niños con TDAH, se creó un Índice de Riesgo Familiar (IRF) a partir de cuatro indicadores evaluados utilizando un cuestionario de autoconstrucción que proporcionó información sobre el nivel educativo de las madres, la situación laboral, el estado civil y la salud mental. El estado civil se evaluó con las siguientes opciones de respuesta: “0” casado, “1” soltero, “2” separado o divorciado, “3” viudo y “4” otro. De manera similar, el nivel educativo se evaluó mediante una escala Likert de 0 a 4: “0” Título universitario, “1” Educación secundaria superior (Bachiller) o Formación profesional de nivel superior, “2” Formación profesional de nivel medio, “3” estudios de secundaria y “4” estudios de primaria. La situación laboral se codificó como “0” empleado, “1” desempleado, “2” jubilado, “3” ama de casa, “4” otro. Mientras que la salud mental de las madres (síntomas clínicos de ansiedad y/o depresión)

se codificó como “0” (sin problemas mentales) y “1” (con problemas mentales). En todos los casos las puntuaciones bajas fueron codificadas como de menor riesgo.

Cuestionario de estrés parental-forma abreviada (The Parental Stress Index- PSI-SF (PSI-SF); Abidin, 1995); adaptado al español por Díaz Herrero et al. (2010). Esta escala es una medida de autoinforme que evalúa el estrés que se experimenta en el ejercicio de la paternidad/maternidad. Contiene 36 ítems distribuidos en tres subescalas de 12 ítems cada una: Malestar Paterno (ítems del 1 al 12), Interacción Disfuncional Padres-Hijo (ítems del 13 al 24) y Niño Dificil (ítems del 25 al 36). Las madres respondieron en una escala tipo Likert de 5 puntos. Este instrumento proporciona una medida de estrés total al sumar las puntuaciones de los 36 ítems. Una puntuación total por encima de 90 se considera clínicamente significativa. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach en la presente muestra fue alto (.91), y similar a los obtenidos en otros estudios realizados en España (Díaz Herrero et al., 2010).

Estrategias de afrontamiento a los problemas (Coping Orientation to Problems Experienced; Brief COPE- Carver, 1997); adaptación en español de Morán, Landero & González, 2010). Esta escala evalúa las estrategias de afrontamiento que usan las personas cuando se enfrentan a situaciones de estrés. Cuenta con 14 subescalas y 28 ítems que se responden en una escala de tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3), desde “Nunca hago esto” a “Siempre hago esto”, con puntajes intermedios. En este estudio, se utilizó la factorización de Benson (2010), que agrupa las estrategias de afrontamiento en cuatro factores principales: Factor 1 (Compromiso), que incluye cuatro subescalas (apoyo instrumental, afrontamiento activo, planificación y apoyo emocional); Factor 2 (Distracción) incluye las escalas de autodistracción, humor, desahogo, autoinculpación; Factor 3 (Desconexión) incluye tres subescalas (negación, desconexión, uso de sustancias) y Factor 4 (Replanteamiento cognitivo) incluye tres subescalas (aceptación, uso de la religión y reevaluación positiva).

Las medidas de fiabilidad indican una buena consistencia interna con valores de alfa de Cronbach que van desde .73 a .86 (Benson, 2010). En la presente muestra, el rango de Cronbach se sitúa entre .70 y .77.

Cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC; Broadhead, Gehlbach, De Gruy, & Kaplan, 1988; adaptación a la población española por Bellón, Delgado, De Dios, & Lardelli, 1996). Este cuestionario es cumplimentado por los padres y califica el apoyo social percibido a través de dos subescalas con un total de 11 ítems utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde 1 punto “mucho menos de lo que me gustaría” a 5 puntos “tanto como me gustaría”). La subescala de apoyo confidencial tiene un total de seis ítems que evalúan la posibilidad de tener personas con las que compartir pensamientos íntimos. La otra subescala, es el apoyo social afectivo, que incluye cinco ítems diseñados para evaluar demostraciones de cariño y empatía. En este estudio, se utilizó la puntuación total de apoyo social. De acuerdo con los resultados

de la adaptación española (Bellón et al. 1996), la consistencia interna (de Cronbach) de esta escala para la muestra de este trabajo fue de .83.

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ; Goodman, 1997). Se trata de un cuestionario de 25 ítems dirigido a niños entre 4 y 16 años. Los ítems están divididos en 5 subescalas: Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad, Relaciones con los compañeros y Conductas prosociales. Además, cuenta con una puntuación total de dificultad creada mediante la suma de todas las subescalas excepto la de Conducta prosocial. Existen tres versiones del cuestionario: padres, profesores y autoinforme. En esta investigación el SDQ fue cumplimentado por los padres. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert que va de 1 (no es cierto) a 3 (completamente cierto). En todas las escalas una puntuación superior implica mayor problematicidad a excepción de la escala Conducta prosocial, donde una puntuación mayor es más positiva que una menor. EL SDQ cuenta con propiedades estadísticas y psicométricas adecuadas en la población española (Rodríguez-Hernández et al., 2012).

Procedimiento

Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético para la investigación con humanos de la Universidad de Valencia (Declaration of Helsinki en la Convention of the European Council, 1964). Así mismo se obtuvo la autorización de la Consejería de educación de la Generalitat Valenciana, para acceder a los colegios y localizar a los niños que habían recibido previamente un diagnóstico de TDAH por profesionales especializados en los servicios de salud pública infantil. Se obtuvo el consentimiento oral y escrito de todos los padres de los niños incluidos en el estudio, una vez que se les informó de los objetivos de la investigación. La evaluación se llevó a cabo en los mismos colegios donde los niños estaban escolarizados.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el software Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 22.00 (SPSS Inc., Chicago, IL USA).

En primer lugar, se verificaron todos los datos en busca de multicolinealidad y valores atípicos multivariados. Además, se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que la mayoría de las puntuaciones de las variables tenían una distribución normal.

Con el objetivo de identificar subtipos de familias de niños con TDAH en base a características sociodemográficas familiares se realizó un análisis de conglomerados o cluster. Concretamente esta técnica de clasificación multivariada se utilizó para detectar subgrupos de casos en función de la similitud de la información obtenida a partir del índice de riesgo familiar, el índice total de estrés parental, la puntuación total de la escala de apoyo social y las escalas de compromiso, distracción, desconexión

y replanteamiento cognitivo. Posteriormente, se empleó un análisis de varianza de un factor (ANOVA), para determinar las diferencias en las dificultades emocionales y comportamentales de los niños con TDAH entre los diferentes conglomerados creados.

RESULTADOS

Objetivo 1. Identificar perfiles de familias de niños con TDAH en edad escolar de acuerdo con indicadores contextuales y variables socioemocionales como el nivel de estrés, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

El primer objetivo fue determinar el número óptimo de conglomerados mediante la ejecución de un análisis de cluster jerárquico utilizando medidas de distancia euclidiana al cuadrado y el método de varianza mínima de Ward para establecer casos homogéneos, al ser la solución más adecuada para muestras pequeñas. Las variables se estandarizaron en puntuaciones z.

La solución de dos grupos resultó ser la más significativa desde un punto de vista clínico, al observar el dendrograma (ver figura 1). Los coeficientes de aglomeración y las soluciones de clúster se interpretaron como riesgo familiar moderado/bajo y riesgo severo. El cluster 1 (n = 19; 54.28%) fue etiquetado como de riesgo moderado/bajo al reflejar puntuaciones bajas en el índice de riesgo familiar, estrés parental, y desconexión y puntuaciones altas en apoyo social y replanteamiento cognitivo. El grupo 2 (n = 16; 45.71%) se clasificó como de riesgo severo al presentar puntuaciones altas en el índice de riesgo familiar, estrés parental, desconexión y bajas en apoyo social y replanteamiento cognitivo.

Figura 1. Dendrograma de combinación de clusters con las variables seleccionadas

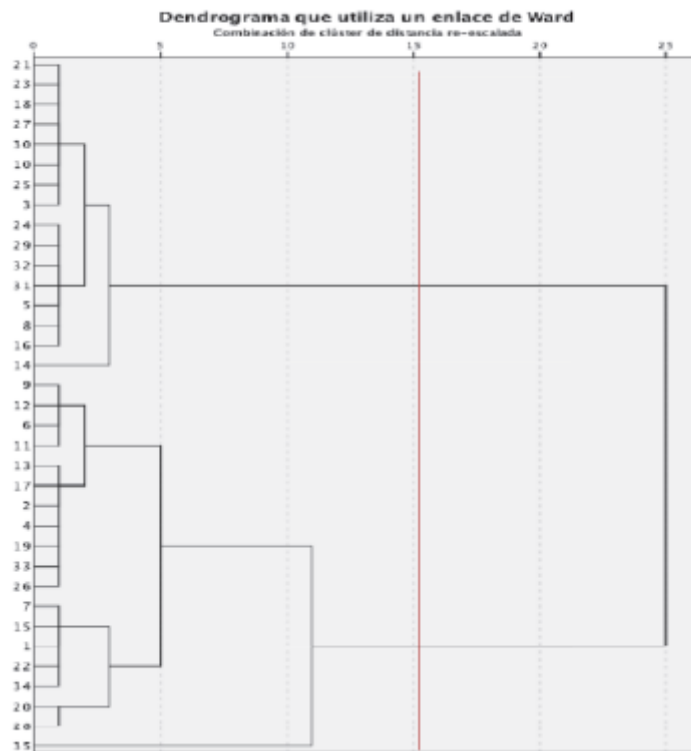


Figura 1

Dendrograma de combinación de clusters con las variables seleccionada

Para determinar las diferencias significativas entre los dos cluster en los factores sociodemográficos familiares considerados, se realizó un análisis de varianza (ANOVA). Los hallazgos indicaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el índice de riesgo familiar ($F(1,33) = 6.50, p = .016, \eta^2P = .17$), así como en estrés parental ($F(1,33) = 13.09, p = .001, \eta^2P = .28$), en la percepción de apoyo social ($F(1,33) = 24.77, p < .001, \eta^2P = .42$), donde se apreció el mayor tamaño parcial del efecto y en las escalas de afrontamiento de desconexión ($F(1,33) = 14.25, p = .001, \eta^2P = .30$) y replanteamiento cognitivo ($F(1,33) = 5.70, p = .023, \eta^2P = .15$) tal y como se refleja en la Tabla 1.

Tabla 1. Medias de los factores de riesgo familiar en base a las tipologías de cluster

Variables	Cluster 1	Cluster 2	F _(1,33)	p	η ² _p
	Moderado/Bajo (n=19)	Severo (n=16)			
	M (DT)	M (DT)			
I Riesgo familiar	3.84 (2.03)	6.25 (3.47)	6.50	.016*	.17
Estrés parental	87.36 (22.14)	113.75 (20.67)	13.09	.001*	.28
Apoyo Social	41.73 (6.33)	31.00 (6.38)	24.77	.000*	.42
Compromiso	15.73 (3.87)	14.56 (4.68)	.65	.423	.02
Distracción	6.63 (3.81)	7.12 (3.61)	.15	.699	.01
Desconexión	.21 (.53)	1.81 (1.75)	14.25	.001*	.30
R. Cognitivo	9.63 (2.58)	7.50 (2.68)	5.70	.023*	.15

M (media), DT (desviación típica) I.Riesgo familiar (Índice riesgo familiar), R. Cognitivo (Replanteamiento cognitivo)

*p < .05

Tabla 1

Medias de los factores de riesgo familiar en base a las tipologías de cluster

Objetivo 2. Evaluar las diferencias entre los conglomerados establecidos en los dominios de dificultades comportamentales y emocionales del SDQ

Los resultados del análisis de varianza realizado (ANOVA) mostraron diferencias estadísticamente significativas en algunas de las subescalas del cuestionario de capacidades y dificultades del SDQ (ver Tabla 2).#2

Concretamente las puntuaciones medias globales de los problemas de hiperactividad de los niños en el SDQ fueron estadísticamente diferentes entre los dos grupos ($F(1,33) = 8.61$, $p = .006$, $P = .21$). También se encontraron diferencias significativas en la escala de problemas con los iguales ($F(1,33) = 4.75$, $p = .036$, $\eta^2 = .13$), de manera que el cluster 2 (riesgo severo) presentó mayores dificultades. Por el contrario, las puntuaciones medias de los índices globales de problemas de conducta y conducta prosocial no alcanzaron la significación estadística ($F(1,33) = 3.42$, $p = .073$, $\eta^2 = .10$) y ($F(1,33) = 3.39$, $p = .075$, $\eta^2 = .09$), respectivamente.

Tabla 2. Medias de las variables del SDQ de los niños con TDAH de acuerdo con la clasificación de los cluster

Escala SDQ	Cluster 1 Moderado/Bajo (n=19)	Cluster 2 Severo (n=16)	F (1,33)	p	η^2_p
	M (DT)	M (DT)			
SDQ Emocional	4.15 (2.38)	5.06 (2.51)	1.19	.284	.03
SDQ Conducta	3.63 (2.08)	4.68 (2.93)	1.53	.224	.04
SDQ Hiperactivida	6.63 (2.19)	8.93 (1.28)	8.61*	.006*	.21
SDQ Iguales	1.47 (1.50)	3.37 (2.24)	4.75*	.036*	.13
Total Dificultades	17.89 (5.61)	22.06 (7.69)	3.42	.073	.10
SDQ Prosocial	8.63 (1.67)	7.25 (2.72)	3.39	.075	.09

SDQ (Cuestionario de capacidades y dificultades), M (media), DT (desviación típica)

* $p < .05$

Tabla 2

Medias de las variables del SDQ de los niños con TDAH de acuerdo con la clasificación de los cluster

CONCLUSIONES

Este trabajo se propuso identificar en primer lugar diferentes perfiles de familias de acuerdo con factores de riesgo sociodemográfico, niveles de estrés percibido por los padres, habilidades de afrontamiento y apoyo social. Los hallazgos evidenciaron la existencia de dos tipos de perfiles familiares diferenciados que se clasificaron en perfil de riesgo bajo/moderado y perfil de riesgo severo. Tal y como se esperaba, las familias caracterizadas por un perfil de riesgo bajo/moderado presentaron un menor índice de riesgo familiar en comparación con las familias pertenecientes al grupo caracterizado como de riesgo severo, donde se apreciaron mayores problemas de ansiedad y/o depresión materna, junto a una situación socio-económica más desfavorecida. Del mismo modo, las familias de perfil bajo/moderado mostraron menores niveles de estrés percibidos, más oportunidades de compartir sentimientos con familiares y amigos y utilizaron más estrategias de replanteamiento cognitivo y desconexión.

Estos resultados estarían de acuerdo con estudios previos que evidencian una asociación significativa entre el estrés parental y factores protectores como el apoyo social, o las habilidades de afrontamiento, como por ejemplo, sacar cosas positivas de situaciones adversas, o mantener una actitud de implicación y afrontamiento hacia los problemas (Graziano et al., 2011). En general, los padres de niños con TDAH que presentan niveles altos de estrés, informan de un menor apoyo social y además presentan más problemas de depresión y/o ansiedad materna (Dupaul et al., 2001; Stefanatos & Baron, 2007).

Por otra parte, la sintomatología nuclear del TDAH, especialmente los síntomas de hiperactividad/impulsividad, unidos a problemas de

conducta pueden deteriorar la calidad de las interacciones entre padres e hijos. La investigación actual apunta a la enorme capacidad de predicción que tienen los problemas conductuales de los hijos con TDAH en los niveles de estrés que experimentan los padres (Theule et al., 2013).

El segundo objetivo se propuso precisamente investigar las diferencias entre los grupos de familias identificados, en diferentes dominios de dificultades comportamentales, emocionales y sociales en niños con TDAH. Los hallazgos obtenidos indicaron la existencia de mayores problemas de hiperactividad y de relación con los iguales en el grupo de riesgo severo al compararlo con el grupo de riesgo bajo/moderado. Concretamente los padres percibieron un mayor número de comportamientos revoltosos en sus hijos, y mayor distracción e impulsividad (por ejemplo; hacer las cosas sin reflexionar en las posibles consecuencias), en línea con investigaciones previas (Anastopoulos et al., 2009).

Igualmente, las relaciones con los compañeros se percibieron más deterioradas en el grupo de riesgo severo. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad, así como la inatención se consideran predictores de mayor disfunción social en las relaciones con los iguales (Hoza, 2007). Ambos dominios pueden contribuir a que los niños con TDAH sean rechazados por sus compañeros y por tanto prefieran jugar solos o relacionarse con adultos (DuPaul, et al., 2001).

En definitiva, los factores socio-demográficos de riesgo familiar, junto con el nivel de estrés percibido podrían afectar al comportamiento social y emocional de los niños con TDAH. No obstante, las conductas disruptivas e impulsivas de los hijos también podrían agravar el nivel de estrés de los padres y dificultar sus estrategias de afrontamiento. Esta relación bidireccional resulta compleja y estudios longitudinales aportarán más claridad al tema.

Entre las limitaciones del estudio, cabe señalar el reducido tamaño de la muestra, el predominio de participantes masculinos y especialmente, el hecho de utilizar medidas de evaluación basadas en las percepciones de los padres. Futuros estudios deberían aportar la percepción de otros observadores (por ejemplo; profesores).

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio contribuye a la literatura mostrando la importancia de un amplio espectro de factores de riesgo familiar en relación con los problemas sociales y comportamentales de niños con TDAH. Los tratamientos deberían priorizar la intervención con las familias, con el fin de dotarles de mayores recursos para afrontar de manera adaptativa los comportamientos de sus hijos, y fortalecer las interacciones entre padres-hijos.

Referencias

Abidin, R.R. (1995). Parenting Stress Index. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1,167.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J., & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18,153-163.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 217–228.
- Benzies, K. M., Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (2004). Parenting stress, marital quality, and child behavior problems at age 7 years. *Public Health Nursing*, 21, 111–121.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57, 1215-1220.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., De Gruy, F., & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of Social Support in Family Medicine Patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Deater Deckard, K., & Petrill, S. A. (2004). Parent-child dyadic mutuality and child behavior problems: An investigation of gene-environment processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1171-1179.
- Díaz Herrero, A., Brito De La Nuez, A., López Pina, J.A., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22, 1033-1038.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention- deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1073.
- Johnson, J. H., & Reader, S. K. (2002). Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 51-62.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655- 663.
- Kadesjö, C., Stenlund, H., Wels, P., Gillberg, C., & Hägglöf, B. (2002). Appraisals of stress in childrearing in Swedish mothers pre-schoolers with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 185-195.

- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. I. (2000). K-BIT, Test breve de inteligencia de Kauffman [Kaufman brief intelligence test]. Madrid: Pearson.
- Kazdin, A. E. (1995). Conduct disorders in childhood and adolescence (No. 9). Sage.
- Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Raggi, V. L., & Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 85-111.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Álvarez, E.J., & De las Cuevas-Castresana, C. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strength and difficulties questionnaire (SDQ) in a spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 265-279.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27-31.
- Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17, 5-38.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21, 3-17.
- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 251- 263.