

Estrés parental y resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Universidad de Almería



Trabajo Fin de Máster

Rubén Cara García
Máster en Psicología General Sanitaria. Curso 2018-2019. Universidad de Almería
Tutor: Inmaculada Gómez Becerra

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento General y Estado de la cuestión	5
Método	10
Participantes	10
Instrumentos	11
Procedimiento	13
Diseño	14
Análisis de los datos	15
Resultados	16
Discusión	26
Conclusiones	31
Bibliografía	32
Anexos	35

Resumen

Se entiende por estrés parental aquellos sentimientos negativos hacia el hijo o hacia sí mismo derivados de la crianza debidos a las altas exigencias que la parentalidad supone. La resiliencia es la capacidad de ajuste o reajuste a situaciones estresantes que ocurren en nuestra vida. Este trabajo tiene como objetivo comprobar (1) si existen diferencias a nivel de estrés parental y de resiliencia en padres de hijos con problemas del neurodesarrollo y en padres con hijos con desarrollo normativo, (2) si la duración de la intervención en el hijo modularía las otras variables en el grupo clínico y (3) comprobar la relación entre resiliencia y estrés parental. Se encontró una mayor interacción disfuncional entre padre e hijo en el grupo de padres con hijos con trastornos del neurodesarrollo, así como una mayor resiliencia, competencia personal y aceptación de uno mismo en aquellos padres cuyos hijos habían recibido atención especializada por 5 años o más. De igual manera, se ha visto que, para el grupo de padres con hijos con trastornos del neurodesarrollo, la capacidad de los padres de controlar el comportamiento del hijo es capaz de predecir el malestar parental y que la aceptación de uno mismo es capaz de explicar la competencia personal. Para el grupo de padres con hijos con desarrollo normativo se ha visto que la competencia personal era capaz de predecir la aceptación de uno mismo. Para la totalidad de la muestra se ha visto que la competencia personal es capaz de predecir el estrés parental y que la interacción disfuncional entre padre e hijo y el malestar personal son capaces de predecir la capacidad del padre por controlar la conducta del hijo. La intervención con el hijo, así como distintos programas de intervención con los padres basados en las Terapias de Tercera Generación podrían ser de provecho para estos padres.

Introducción

Durante mi estancia de prácticas en el Instituto de Neurorrehabilitación Infantil InPaula he podido tomar contacto más directo con diferentes alteraciones del neurodesarrollo, así como con las diferentes figuras parentales de estos niños. Junto a mi tutora, Pilar Madueño Cobo, he trabajado con hasta 30 niños con diferentes trastornos del neurodesarrollo: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Espectro Autista (TEA), parálisis cerebral infantil (PCI), dislexia, Síndrome de Down, TDAH comórbido con TEA, hemiparesia, hipoacusia, Trastorno General del Desarrollo (TGD), Síndrome X frágil, neurofibromatosis tipo 1, Trastorno Específico de Lenguaje (TEL), entre otros (véase distribución de los mismos en Figura 1).

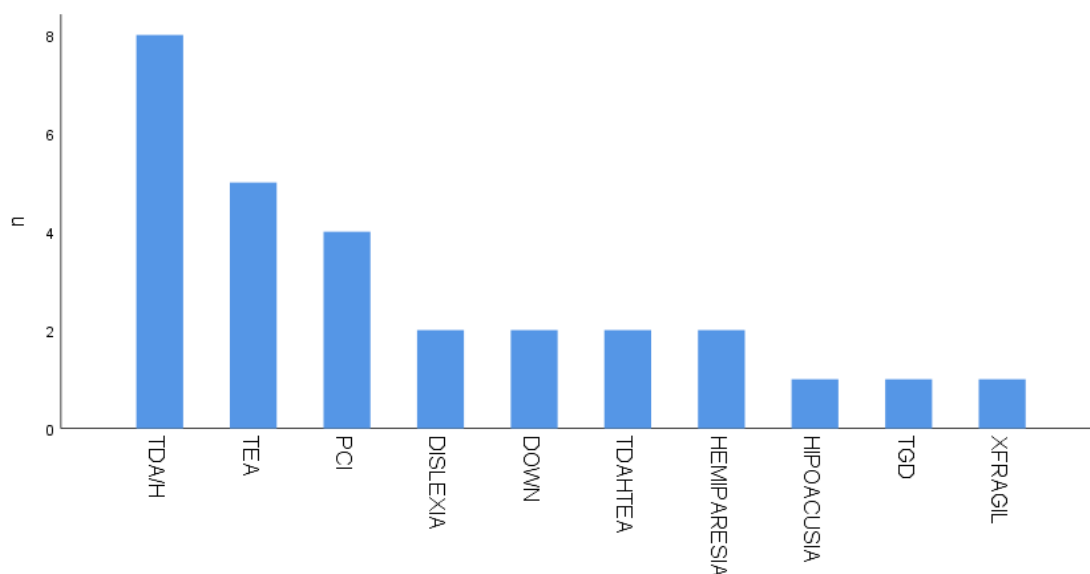


Figura 1. Gráfico de barras con la etiqueta diagnóstica u orientación diagnóstica de los hijos de los padres que constituyen uno de los grupos a comparar.

Gracias a estas prácticas he podido trabajar con niños que presentan dificultades de diferentes tipos: problemas atencionales, de planificación, de flexibilidad cognitiva y de rigidez, impulsividad, etc.

También quisiera destacar en este punto que durante las sesiones surgían de forma continua problemas emocionales que los diferentes niños experimentaban en su día a día: peleas con compañeros de clase, disputas en casa, regañinas, disconformidad con castigos... Esto me ha permitido poner en práctica diferentes herramientas que he aprendido durante este máster, sobre todo aquellas basadas en la modificación de conducta.

Mi estancia en el centro de prácticas ha sido de cuatro meses, desde el 15 de octubre de 2018 hasta el 15 de febrero de 2019, a razón de unas cuatro horas y media, de lunes a viernes. Estas sesiones comenzaban a las 15:45 y terminaban a las 20:15, con una duración de 45 minutos por sesión, viendo un total de seis niños al día. El principal objetivo de las sesiones era estimulación cognitiva en el área de interés a trabajar, según las necesidades y dificultades de los niños, mediante diferentes actividades como podían ser la realización de fichas o participar en algún juego de mesa, siguiendo una serie de reglas previamente determinadas con el objetivo de entrenar esa habilidad en la que el niño precisaba de intervención.

Durante estas prácticas he adquirido determinadas competencias relacionadas con la neuropsicología como: conocer cómo se evalúan cada una de las funciones cognitivas según los métodos actuales de evaluación, aprender a redactar un informe de los resultados de las exploraciones neuropsicológicas, a establecer un diagnóstico neuropsicológico, a delimitar el modelo funcional de las funciones cognitivas en el desarrollo así como sus bases anatómicas, a diseñar programas específicos de tratamiento mediante rehabilitación o estimulación neuropsicológica, a utilizar herramientas e instrumentos de diagnóstico e intervención de una forma flexible y adaptada a cada objetivo y a cada situación específica, a saber cómo tiene que ser una comunicación efectiva con los diferentes profesionales que intervienen, a saber cómo hacer una devolución de resultados a los pacientes y/o a los familiares, a elaborar y

desarrollar un plan de rehabilitación que incluya determinación de necesidades y objetivos terapéuticos a corto y largo plazo, conocer aplicaciones y dispositivos de Realidad Virtual usados para la neurorrehabilitación, así como a manejarlos e incorporarlos al trabajo como neuropsicólogo, a diseñar nuevas herramientas de trabajo usando nuevas tecnologías, y sobre todo, a interaccionar con niños.

Además de lo anteriormente citado en relación con los dominios de la neuropsicología, he podido asistir a sesiones de terapia familiar. Gracias a estas sesiones he aprendido sobre el cuestionario de estilos educativos parentales y su devolución, pautas psicoeducativas de manejo de problemas y sobre la importancia de la regulación emocional tanto en padres como en hijos. De igual manera, pude asistir a talleres de educación emocional y crecimiento personal, participando y colaborando en los mismos ejerciendo de personal de apoyo para el terapeuta a cargo del mismo.

En el desarrollo de estas prácticas, he visto durante todos los días a los niños y a sus padres. He podido hablar con ellos y han expresado su estrés ante las diferentes situaciones que están atravesando. Cada familia es única, con sus respectivas vidas, sus quehaceres y su forma de manejar sus situaciones vitales, y esto me hizo pensar en que parecía que la intervención estaba dirigida hacia los hijos de forma única y exclusiva, y que los padres únicamente acudían a intervención familiar debido a su situación familiar, pero no debido a su estrés y su bienestar; hay estudios que confirman que padres de hijos con TDAH muestran niveles de estrés parentales más altos en comparación a un grupo control (Cussen, Sciberras, Ukoumunne y Efron, 2012) y que padres de hijos con TEA presentan mayores niveles de estrés parental (Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez y Navarro-Peña, 2016).

Todo lo citado hasta ahora me hizo pensar en ellos y en cómo estarían afrontando su situación, cuáles serían sus necesidades y cómo se sentirían respecto a ellas: es aquí cuando planteo este Trabajo Fin de Máster.

Planteamiento General y Estado de la cuestión

Que los estados emocionales de las familias tienen que ser atendidos y que éstas presentan determinadas necesidades que precisan ser cubiertas es algo ya aceptado en la comunidad psicológica desde cualquiera de sus ámbitos (psicología clínica, terapia familiar, neuropsicología, psicología social, psicología evolutiva, educación, etc.).

Encontramos prueba de esta necesidad de atender (estudiar y valorar) y apoyar a las familias en la propia definición de Atención Temprana, establecida en el Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía como: “Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno [...]”. Tomando entonces como ejemplo la Atención Temprana, vemos cómo Candell (2010) indica la necesidad de dar a los padres apoyo emocional e instrumental, información y asesoramiento sobre lo que necesita su hijo, cómo interaccionar con él y cómo mantener unas relaciones afectivas óptimas, así como de evitar estilos educativos e interactivos parentales inadecuados, fomentando una relación padres-hijos positiva y enriquecedora.

Las estrategias de cómo intervenir en familias, cómo apoyarles y bajo qué metodología no se abordará en este Trabajo Fin de Master, por no haber sido el objeto de estudio del mismo, aunque como se ha indicado anteriormente sí he tenido oportunidad en mis prácticas de participar en el área de intervención familiar. No obstante, si cabe, adelantar que a la hora de aplicar estrategias con los padres que hagan fomentar ciertas actitudes, reacciones y estilos educativos con sus hijos, las técnicas están fundamentalmente basadas en la Modificación de Conducta, sobre todo desde las corrientes actuales de modelos contemporáneos y positivos, así como actualmente se están incorporando a esta metodología las aportaciones del Modelo de Parentalidad Positiva y de las Terapias de Tercera Generación o Contextuales.

Sí se abordará en este apartado los aspectos fundamentales para paliar el impacto

familiar; de suyo, los modelos de ajuste y de estrés parental y los factores de protección que apoyarán la posterior intervención. Concretamente, respecto al modelo de ajuste (Lounds, 2004, citado en Espinosa, 2011), vemos que al analizar el ajuste de las familias ante el reto de tener un hijo con una discapacidad con algunas limitaciones permanentes y otras de larga duración e interferentes, se considera que se pueden ver afectados aspectos como: sus creencias sobre las posibilidades y competencias para mantener la unidad familiar, mantener el ajuste personal y para llevar a cabo sus funciones parentales.

Por otro lado, también es relevante para este trabajo el hecho de que en este modelo de ajuste se indican diferentes fases por las que pasan las familias, que deben ser tenidas en cuenta en el momento de comenzar a intervenir con ellas, ya que no todas surgen de manera autónoma y natural, sino que en algunas fases (especialmente las dos últimas) necesitan apoyo y terapia por profesionales (Tabla 1).

Tabla 1.

Fases de evolución de las actitudes, emociones y reacciones de las familias.

Fase de Shock Inicial: al recibir el diagnóstico vemos reacciones parentales como confusión, incredulidad, dolor, autocompasión, distancia de su hijo, vergüenza, sentimientos de culpa, rabia, rechazo y crítica a los profesionales de la salud, etc.

Fase de Negación: se pone en duda el diagnóstico y se siembra la esperanza de que esté equivocado, por ello muchos inician una encrucijada de cambios continuos de profesionales buscando un diagnóstico diferente.

Fase de Tristeza: caracterizada por la desolación, nostalgia por no haber tenido un hijo sin esas limitaciones, aislamiento e ira; actitudes que conllevan hacer múltiples interpretaciones de lo que ocurre, seguir sintiéndose culpables, asumir la crianza como una obligación con un peso mayor...

Fase de Aceptación y Reacción: se hacen conscientes de las limitaciones y necesidades de su hijo, pero una de las maneras disfuncionales de cubrirlas suele ser la sobreprotección que les puede generar ansiedad porque no están aprovechando los potenciales de su hijo. Aunque, por otro lado, comienzan a notar más que tienen

capacidades y competencias para educar y criar a su hijo. De manera que es una situación de muchas ambivalencias emocionales y actitudinales.

Fase de Reorganización y Adaptación: aceptan a su hijo con sus limitaciones, desaparece el sentimiento de culpabilidad, se distribuyen las actividades entre ellos y se apoyan mutuamente, creen más en las capacidades de su hijo, y van adquiriendo paciencia para los avances a veces lentos, y si hasta ahora no han necesitado ayuda, suele ser el momento en el que piden ayuda a profesionales para mejorar la calidad de vida de su hijo y de la familia.

Fuente: *Adaptado de Espinosa (2011) y Robledo y García-Sánchez (2007)*

A su vez, se han descrito (Espinosa, 2011; De Linares Von Schmitterlów y Rodríguez-Fernández, 2010; Verdugo, 2006) factores de protección capaces de fomentar la resistencia y resiliencia de las familias: (1) factores socio-históricos (estrategias de afrontamiento a eventos previos de las familias, recursos culturales...); (2) recursos propios de las familias (competencias emocionales, de resolución de problemas, perspectivas optimistas, habilidades para la gestión del tiempo y las actividades...); y (3) apoyos sociales (servicios a nivel formal a disposición de las familias, red socio-afectiva...).

Además, se considera que hay variables moduladoras del proceso de adaptación de las familias, como: tipo de discapacidad o nivel de limitaciones del niño; nivel de conductas problema o perturbadoras (desafíos, conductas lesivas y autolesivas, autoestimuladas...); momento evolutivo de las familias (por ejemplo, si es el primer hijo, si la pareja es joven, duración de la relación y consolidación de la misma, estabilidad o inestabilidad emocional previa...); apoyo social del que disponen (amigos, familia extensa...); expectativas de los padres sobre la evolución de su hijos y sus capacidades como padres; etc. (Espinosa, 2011; Verdugo, 2006). Estas variables son abordadas en el modelo de estrés parental, tanto en la versión anterior de McCubbin y Patterson (1983) como en la actual perspectiva de Pozo, Sarriá y Méndez (2006), que han investigado sobre aspectos como la fortaleza de cualquiera de los miembros de la

familia y el positivismo, capaces de reducir el estrés parental, el impacto psicológico y de fomentar la resiliencia en las familias.

Bajo este marco, en el que unos padres necesitan prestar especial atención a su hijo, cobra especial importancia el término de estrés parental. Este estrés debido al rol como padre puede dar lugar a sentimientos negativos hacia el hijo o hacia la propia persona, debido a que no puede hacer frente a las altas exigencias que le presenta la parentalidad, es esto a lo que Abidin (1995) denomina estrés parental.

Mash y Johnston (1990) mostraron que las prácticas paternas son susceptibles al estrés, apoyado por el estudio de Sierra y Vázquez-Ramírez (2014) en el que se mostró cómo el estrés ante la dificultad de los padres de controlar la conducta del hijo estaba relacionado con posteriores estilos parentales indulgentes. Vemos aquí la enorme importancia de afrontar este estrés parental, sobre todo en el caso de niños con trastornos del neurodesarrollo, ya que estos estilos parentales inadecuados pueden dar lugar a diferentes problemáticas como apego inseguro (Ramírez, 2007), baja autoestima (Bradley, 2000), entre otras, que se sumarían a la problemática neuropsicológica. En la otra cara de la moneda, vemos cómo estilos parentales positivos que fomenten las competencias emocionales y la resolución de problemas dan lugar a hijos autorregulados y con autonomía, con seguridad en sí mismos y con sentido de respeto mutuo en la familia (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2015).

Esta constatación de factores de riesgo y/o protección que desempeñan estos estilos parentales ha supuesto un impulso para diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces y para establecer actuaciones preventivas a distintos niveles que reduzcan el impacto de estos factores de riesgo en el desarrollo de los menores y favorezcan un entorno adecuado para el desarrollo social e individual (Tortella-Feliu, 2002).

Siguiendo el marco anterior de los modelos de ajuste, cabe pensar que lo que se está llevando a cabo es una adaptación a la nueva situación. La resiliencia es un

componente destacado en lo referido al (re)ajuste psicológico. Wagnild y Collins (2009) entienden la resiliencia como una capacidad que se puede desarrollar a partir de las experiencias adaptativas ante sucesos que nos estresan. Esta adaptación permite que la persona sea más resiliente y le proporciona más recursos a la hora de afrontar de forma exitosa diferentes problemáticas. En relación con el estrés, vemos cómo autores como Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez y Navarro-Peña (2015) toman la resiliencia como un factor que podría modular las consecuencias del estrés.

Es necesario tener en cuenta el nivel de estrés que estas familias puedan tener, no sólo por su relación ya mencionada con los diferentes estilos parentales y las consecuencias de estos, sino porque estas familias deben disponer de herramientas eficientes y eficaces para cumplimentar su rol parental de forma exitosa, ya que el hecho de tener que adaptarse a un hijo con algún trastorno del neurodesarrollo puede suponer un gran estrés (Cussen, Sciberras, Ukoumunne y Efron, 2012; Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez y Navarro-Peña, 2016).

Los objetivos de esta investigación han sido determinar si existen diferencias a nivel de estrés parental y de resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo (de aquí en adelante, denominado como grupo de interés clínico o grupo clínico) y en padres de hijos con desarrollo normativo (de aquí en adelante denominado grupo control), comprobar si la duración de la intervención en el hijo modularía las otras variables en el grupo clínico y comprobar la relación entre resiliencia y estrés parental.

Las hipótesis de investigación son (1) que los padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo presentarán puntuaciones más altas tanto en estrés parental como en las diferentes subescalas que los padres de niños del grupo control, (2) que los padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo presentarán puntuaciones más altas tanto en resiliencia como en las diferentes subescalas que los padres de niños del grupo control,

(3) que a mayor tiempo de intervención con los niños menores puntuaciones en estrés parental y sus subescalas, (4) que a mayor tiempo de intervención con los niños mayores puntuaciones en resiliencia y en sus subescalas, y (5) que la resiliencia es capaz de predecir al estrés parental y a sus subescalas.

Método

Participantes

Para este estudio preliminar se ha recogido una muestra total de 60 participantes, perteneciendo 30 al grupo control y 30 al grupo clínico, perteneciendo los 60 participantes a las provincias de Granada y Almería. Los criterios de inclusión para este estudio fueron que los hijos tuvieran una edad de hasta 15 años y que los padres tuvieran una edad comprendida 30 y 60 años. Además, para la inclusión en el grupo clínico era necesario que el hijo hubiese recibido un diagnóstico u orientación diagnóstica en relación con los trastornos del neurodesarrollo además de estar recibiendo en el momento actual atención especializada, mientras que para la inclusión en el grupo control era necesario que el hijo nunca hubiese tenido un diagnóstico de ningún tipo de trastorno del neurodesarrollo y por tanto no estuviese recibiendo atención especializada. En ambas muestras el muestreo fue intencional debido a la facilidad de acceso de la población. En este estudio no se consideró el estado civil, el nivel económico y el lugar de residencia. Todos los participantes firmaron un consentimiento en el que se les garantizaba confidencialidad y el anonimato de los datos que se habían recabado, así como fueron informados de las características de la investigación (Anexo 1).

La muestra del grupo clínico estuvo constituida por un total de 30 padres de niños usuarios de los servicios que proporciona el Instituto de Neurorehabilitación Infantil InPaula. De esos 30 participantes, el 76.67% fueron mujeres (23 madres). El rango de edad de la muestra comprendía entre los 36 y los 56 años, con una media de 45.93 ($DT=$

5.854). No hubo diferencia significativa en edad entre hombres y mujeres. Sus hijos tenían edades comprendidas entre los 3 y los 14 años, siendo la media de edad 9.18 años ($DT=3$). Respecto al número de hijos, la media fue de 1.63 ($DT=.773$). El 53.3% tenía 1 hijo, el 30% tenía 2 hijos, y el 16.7% tenía 3. La duración de la intervención de su hijo hasta el momento comprendía desde los 0.5 años a los 14, siendo la media de 5.392 ($DT= 4.14$) (Tabla 2).

La muestra del grupo control estuvo constituida por un total de 30 padres de la provincia de Almería, de las zonas de Aguadulce, Almería y Roquetas de Mar y de Granada, de las zonas de Albolote, Granada, Maracena y Peligros, siendo el 66.67% de ellos mujeres (20 madres), con un rango de edad entre los 32 y los 52 años, con una media de 43.11 ($DT= 5.355$). No hubo diferencia significativa en edad entre hombres y mujeres. Sus hijos tenían edades comprendidas entre los 3 y los 14 años, siendo la edad media de 9.03 ($DT=3.91$). Respecto al número de hijos, la media fue de 1.73 ($DT=.521$). El 30% tenía 1 hijo, el 66.7% tenía 2 hijos, y el 3.3% tenía tres (Tabla 2).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de ambas muestras.

Variable	Control ($n=30$)		Clínico ($n=30$)	
	Media	DT	Media	DT
Edad	43.11	5.355	45.93	5.854
Edad de sus hijos	9.03	3.91	9.18	3
Número de hijos	1.73	.521	1.63	.773
Duración de la intervención	5.392	4.14		

Instrumentos

Para la realización de esta investigación se han usado dos cuestionarios distintos, así como distintas preguntas sociodemográficas anexadas a uno de los cuestionarios (Anexo 2). Se ha aplicado en primer lugar el Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995), adaptado al español por Díaz-Herrero et al. (2010), y en segundo lugar la Escala de Resiliencia de 14 ítem (ER-14, Wagnild, 2009c) basada en la Escala de Resiliencia de 25 ítem (ER-25; Wagnild y Young, 1993) y adaptada al español por Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015).

El Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF; Abidin, 1995) es un cuestionario con 36 ítems que los padres deben responder. Las respuestas se dan en una escala de tipo Likert, siendo las puntuaciones posibles desde el 1 (muy de acuerdo) al 5 (muy en desacuerdo). La puntuación total (estrés total) que otorga debe interpretarse de forma inversamente proporcional, es decir, cuanto mayor puntuación se obtenga en esta escala, menores niveles de estrés parental. Esta escala pretende evaluar lo estresante que es para la persona su labor como padre. Tiene en cuenta que este estrés puede producirse bien por características inherentes a los padres, por rasgos de los niños o bien por variables contextuales de su rol como padres (Abidin, 1995). Aunque en un primer momento se apoyó un modelo de tres factores (malestar paterno, interacción disfuncional entre padres e hijos y niño difícil) (Abidin, 1995), estudios como el de Díaz-Herrero et al. (2010) han puesto de manifiesto que los ítems también pueden saturar en dos únicos factores: malestar personal (ítems 1-12) y estrés derivado del cuidado del niño (ítems 13-36). El factor de malestar personal explicó el 9.59% de la varianza mientras que el factor de estrés derivado de cuidado del niño explicó el 39.18%, explicando así un 48.77% de la varianza. Además, en este mismo estudio se mostró una correlación entre los dos factores de 0.47. En lo respectivo a la consistencia interna, vemos un alfa de Cronbach de 0,90 para la escala de estrés derivado del cuidado del niño y de 0.87 para

malestar personal, siendo de 0.91 para la escala total, mostrando una buena consistencia interna. Para este estudio se seguirá el primer modelo de tres factores (Abidin, 1995), ya que la explicación total de varianza es mayor (54.16% versus 48.77)

La Escala de Resiliencia-14 (ER-14; Wagnild, 2009c) consiste en 14 ítems respondidos en una escala de tipo Likert, cuyas respuestas van desde el 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo). Esta escala nos proporciona una puntuación total que se interpreta de forma directamente proporcional, a más puntuación, mayores niveles de resiliencia. Mide el grado de resiliencia de la persona, considerándose este como una habilidad de la persona que le permite adaptarse a situaciones adversas (Abiola y Udofia, 2011; Nishi et al., 2010). La ER-14 mide dos factores: competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2015). Tal y como se muestra en el estudio de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015), se muestra un alfa de Cronbach de 0.79, no mejorando significativamente el coeficiente alfa la eliminación de ningún ítem. Competencia personal y aceptación de uno mismo saturan en un único factor (resiliencia) que explica el 75.97% de la varianza, según Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015). Además, las correlaciones ítem-total fueron significativas ($p > 0.05$) y superaron el valor de 0,30. En lo respectivo a la validez, se ha visto cómo hay una alta correlación entre la ER-14 y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003).

Procedimiento

En primer lugar, y tras la confección de los cuestionarios y de la hoja de consentimiento e información, se explicó a todo el personal del centro lo necesario para comprender lo fundamental sobre la investigación. En esta reunión informativa se decidió que era mejor que los profesionales a cargo de los usuarios fueran los que

diesen a los padres los cuestionarios, ya que la presencia de un investigador desconocido podía hacer que rechazasen participar en la investigación.

El diferente personal del centro informó a los padres de las características de la investigación, bien antes de la sesión o bien después. A esta información le acompañaba el consentimiento informado para que lo firmasen en caso de querer participar en la investigación, así como el cuestionario si los participantes finalmente decidían realizarlo. El 93.33% de los participantes rellenó los cuestionarios en el momento, ya que el tiempo medio de aplicación de los mismos era de 10 minutos, mientras que el otro 6.67% se lo llevó a casa para cumplimentarlo allí. Debido a la facilidad de comprensión de los cuestionarios y a que previamente el personal del centro había resuelto todas las posibles dudas, no parece que esto haya podido afectar a los resultados obtenidos en estos cuestionarios.

En lo referente al grupo control, fue entregada la misma hoja de información y consentimiento, mientras que los cuestionarios fueron ligeramente modificados, eliminando las preguntas sobre la intervención especializada con el hijo. El 100% de la muestra rellenó la hoja de consentimiento y el cuestionario in situ.

Diseño

El diseño del estudio es correlacional *expost facto* (Montero y León, 2007). Como variables independientes se han tomado, en primer lugar, la división en dos grupos en función de la asistencia a atención especializada por problemas en el neurodesarrollo de sus hijos, siendo las variables dependientes la escala de estrés parental junto con sus diferentes subescalas (malestar paterno, interacción disfuncional entre padre e hijo y niño difícil) y la escala de resiliencia junto con sus subescalas (aceptación de uno mismo y competencia personal).

En segundo lugar, con el objetivo de conocer los efectos en estrés y resiliencia en los padres en función de la duración de la intervención, se ha dividido la muestra en dos grupos en función de la media de la duración de la intervención tomándose esta variable como variable independiente. Como variables dependientes vemos la escala de estrés parental junto con sus diferentes subescalas y la escala de resiliencia junto con sus subescalas.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, se ha usado el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 25 (IBM SPSS Statistics, 2017).

Se ha utilizado una diferencia de medianas con la U de Mann-Whitney para comparar los resultados obtenidos entre el grupo clínico y el grupo control, así como para comparar al grupo clínico entre sí mismo en función de la duración de la intervención, tomando como corte para separar los dos grupos la media, 5.3, estableciendo dos grupos: padres con hijos con una duración de la intervención menor a 5.3 años y padres con hijos con una duración de la intervención mayor a 5.3 años. Además de esto se ha realizado una correlación usando el estadístico Rho de Spearman en ambas muestras y una regresión lineal múltiple en el grupo clínico. Con respecto a los modelos de regresión analizados, para el grupo clínico se han tomado como variables independientes el estrés parental (como variables dependientes, la resiliencia total, la aceptación de uno mismo y la competencia personal), el malestar personal (como variables dependientes, la interacción disfuncional entre padre e hijo, niño difícil, la resiliencia total, la aceptación de uno mismo y la competencia personal), la resiliencia total (el estrés total, el malestar parental, la interacción disfuncional padre e hijo y la variable niño difícil) y la competencia personal (el estrés total, el malestar parental, la interacción disfuncional padre e hijo, la variable niño difícil y la aceptación de uno

mismo). Para el grupo control, se han tomado como variables independientes el estrés parental (como variables dependientes, la resiliencia total, la aceptación de uno mismo y la competencia personal) y la aceptación de uno mismo (como variables dependientes, el estrés total, el malestar parental, la interacción disfuncional padre e hijo, la variable niño difícil y la competencia personal). Para la totalidad de la muestra, se han tomado como variables dependientes la variable estrés total (como variables dependientes, la resiliencia total, la aceptación de uno mismo y la competencia personal) y la variable niño difícil (como variables dependientes, el malestar parental, la interacción disfuncional entre padre e hijo, la resiliencia total, la aceptación de uno mismo y la competencia personal).

Resultados

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio en ambas muestras (con o sin diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo). Para el grupo clínico, la media de puntuación total del PSI-SF fue de 128.1 ($DT=28.17$), en la subescala de malestar paterno fue de 43.77 ($DT=10.18$), en la subescala de interacción disfuncional entre padre e hijo fue de 45 ($DT=10.92$) y en la de niño difícil fue de 39.33 ($DT=10.93$). Con respecto a la ER-14 vemos una media en la puntuación total de 75.33 ($DT=10.17$), mientras que en la subescala de aceptación de uno mismo encontramos una media de 14.97 ($DT=2.44$) y en la de competencia personal una media de 60.37 ($DT=8.40$). Para el grupo control, la media de puntuación total del PSI-SF fue de 141.6 ($DT=19.15$), en la subescala de malestar paterno fue de 46.2 ($DT=8.15$), en la subescala de interacción disfuncional entre padre e hijo fue de 50.8 ($DT=8.21$) y en la de niño difícil fue de 44.67 ($DT=8.21$). Con respecto a la ER-14 vemos una media en la puntuación total de 80.1 ($DT=9.21$), mientras que en la subescala de aceptación de uno mismo encontramos una media de 15.7 ($DT=2.8$) y en la de competencia personal una media de 64.4 ($DT=7.1$) (Tabla 3).

A continuación, se ha realizado una prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de ambas muestras. En este análisis se ha observado que no todas las variables siguen una distribución normal, por lo que se aplicarán pruebas no paramétricas (Tabla 3). Para la totalidad de la muestra, se ha encontrado que las variables que siguen una distribución normal son el estrés total ($Z = .102$; $p = .187$) y la subescala niño difícil ($Z = .110$; $p = .070$).

Para comparar las dos muestras se ha realizado una diferencia de medianas con la U de Mann-Whitney. Se han encontrado diferencias significativas de medianas en la variable interacción disfuncional entre padre e hijo ($Z = -2.201$; $p = .028$) (Tabla 3).

El grupo clínico a su vez se ha dividido en dos grupos en función de la media de tiempo de intervención en el hijo (5.3), encontrándose 18 sujetos en el grupo con menor tiempo de intervención y 12 sujetos en el grupo con mayor tiempo de intervención mayor. Se realizó una diferencia de medianas con la U de Mann-Whitney encontrándose diferencias en la resiliencia total ($Z = -2.269$; $p = .022$) y en las subescalas de aceptación de uno mismo ($Z = -2.530$; $p = .012$) y de competencia personal ($Z = -2.035$; $p = .043$) (Tabla 4).

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de los resultados obtenidos en las diferentes variables y prueba de Kolmogorov-Smirnov para ambas muestras.

Variable	Control (n=30)					Clínico (n=30)				
	Media	DT	Mediana	Z	Sig.	Media	DT	Mediana	Z	Sig.
Estrés parental	141.6	19.15	136	.090	.200	128.1	28.17	141.5	.143	.119
Malestar paterno	46.20	8.15	44.5	.206	.002*	43.77	10.18	48.5	.109	.200
Interacción disfuncional entre padre e hijo	50.80	8.21	48.5	.170	.027*	45	10.92	52	.173	.023*
Niño difícil	44.67	8.21	42.5	.170	.027*	39.33	10.93	43.5	.173	.023*
Resiliencia	80.10	9.21	73.5	.186	.010*	75.33	10.17	815	.111	.200
Aceptación de uno mismo	15.70	2.80	15	.135	.176	14.97	2.44	16	.179	.015*
Competencia personal	64.40	7.10	58.5	.178	.017*	60.37	8.4	65.5	.152	.076

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de ambas muestras y diferencia de medianas con la U de Mann-Whitney (grupo control vs. clínico).

Variable	Control (n=30)			Clínico (n=30)			Z	Sig.
	Media	DT	Mediana	Media	DT	Mediana		
Estrés parental	141.6	19.15	136	128.1	28.17	141.5	-1.760	.078
Malestar paterno	46.2	8.15	44.5	43.77	10.18	48.5	-.895	.371
Interacción disfuncional entre padre e hijo	50.8	8.21	48.5	45	10.92	52	-2.201	.028*
Niño difícil	44.67	8.21	42.5	39.33	10.93	43.5	-1.672	.095
Resiliencia	80.1	9.21	73.5	75.33	10.17	81.5	-1.813	.070
Aceptación de uno mismo	15.7	2.8	15	14.97	2.44	16	-1.254	.210
Competencia personal	64.4	7.1	58.5	60.37	8.4	65.5	-1.791	.073

Nota: * $p < .05$

Tabla 4.

Diferencia de medianas con la U de Mann-Whitney (grupo con menos tiempo de intervención que la media vs. grupo con más tiempo de intervención que la media)

Variable	Menos tiempo de intervención que la media (n=18)			Más tiempo de intervención que la media (n=12)			Z	Sig.
	Media	DT	Mediana	Media	DT	Mediana		
Estrés parental	123.28	25.59	128.5	135.33	31.39	147	-1.567	.124
Malestar paterno	43.67	8.83	44.5	43.91	12.35	45,5	-0.318	.755
Interacción disfuncional entre padre e hijo	43.17	10.40	47	47.75	11.54	51	-1.529	.134
Niño difícil	36.44	10.49	39.5	43.67	10.51	46,5	-1.948	.053
Resiliencia	71.67	8.92	71	80.83	9.73	84,5	-2.269	.022*
Aceptación de uno mismo	14.22	1.99	14	16.08	2.71	16	-2.530	.012*
Competencia personal	57.44	7.74	57	64.75	7.66	45,5	-2.035	.043*

Nota: * $p < .05$

Se aplicó el estadístico de correlación Rho de Spearman entre las variables para ambos grupos. Para el grupo clínico se encontró una correlación de .446 ($p < .05$) entre estrés total y la duración de la intervención, de .470 ($p < .001$), entre la subescala niño difícil y la duración de la intervención, de .364 ($p < .05$), entre la resiliencia total y la duración de la intervención, de .457 ($p < .05$), entre la subescala de aceptación de uno mismo y la duración de la intervención y de .363 ($p < .05$) entre la subescala de Aceptación de uno mismo y la subescala de malestar personal (Tabla 5). Para el grupo control no se encontró ninguna correlación entre ninguna de sus variables.

Tabla 5.

Correlaciones usando el estadístico Rho de Spearman de las distintas variables del grupo clínico (n=30)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Estrés parental	1							
2. Malestar paterno	.815**	1						
3. Interacción disfuncional entre padre e hijo	.876**	.523**	1					
4. Niño difícil	.896**	.588**	.771**	1				
5. Resiliencia					1			
6. Aceptación de uno mismo			.363*		.741**	1		
7. Competencia personal					.987**	.645**	1	
8. Duración de la intervención	.446*			.470**	.364*	.457*		1

Nota: * $p < .05$

Nota: ** $p < .001$

Se ha realizado un análisis de regresión múltiple siguiendo el método “por pasos”. En primer lugar, para el grupo clínico se han tomado como variables independientes el

estrés parental, el malestar personal, la resiliencia total y la competencia personal.. Para la variable malestar personal, se ha obtenido un modelo predictivo en el que la variable niño difícil es capaz de explicar el 43.4% de la varianza ($\beta = .659$) (Tabla 6). Para la variable competencia personal, se ha obtenido un modelo predictivo en el que la variable aceptación de uno mismo explica el 40.5 % de la varianza ($\beta = .652$) (Tabla 7). No se han encontrado modelos predictivos para las variables estrés parental y resiliencia total.

Tabla 6.

Modelo de regresión múltiple por pasos para la variable malestar parental para el grupo clínico (n=30)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
1 (Constante)	19.613	5.402		3.631	.001
Niño difícil	.614	.132	.659	4.635	.000

Tabla 7.

Modelo de regresión múltiple por pasos para la variable competencia personal para el grupo clínico (n=30)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
1 (Constante)	26.762	7.472		3.581	.001
Aceptación de uno mismo	2.245	.493	.652	4.555	.000

En segundo lugar, para el grupo control se han tomado como variables independientes el estrés parental y la aceptación de uno mismo. Para la variable aceptación de uno mismo, se ha obtenido un modelo predictivo en el que la competencia personal predecía el 40% de la varianza ($\beta = .667$) (Tabla 8). No se han encontrado modelos predictivos para la variable de estrés parental.

Tabla 8.

Modelo de regresión múltiple por pasos para la variable aceptación de uno mismo para el grupo control (n=30)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
1 (Constante)	-1.271	3.602		-.353	.727
Competencia personal	.264	.056	.667	4.739	.000

En tercer lugar, para la totalidad de la muestra, se han tomado como variables dependientes la variable estrés total y la variable niño difícil. Para la variable estrés parental, se ha encontrado un modelo predictivo en el que la competencia personal explicaba un 6.6% de la varianza ($\beta = .286$) (Tabla 9). Para la variable niño difícil, se han encontrado dos modelos predictivos, prediciendo la interacción disfuncional entre padre e hijo el 50.7% ($\beta = .718$) de la varianza en el primero y prediciendo la interacción disfuncional entre padre e hijo ($\beta = .585$) y el malestar personal ($\beta = .272$) el 55.7% de la varianza (Tabla 10).

Tabla 9.

Modelo de regresión múltiple por pasos para la variable aceptación de uno mismo para la totalidad de la muestra (n=60)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
1 (Constante)	79.351	24.639		3.221	0.02
Competencia personal	.890	.392	.286	2.272	.027

Tabla 10.

Modelo de regresión múltiple por pasos para la variable niño difícil para la totalidad de la muestra (n=60)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Desv. Error	Beta		
1 (Constante)	8.099	4.406		1.838	.071
Interacción disfuncional entre padre e hijo	.708	.090	.718	7.858	.000
2 (Constante)	1.313	4.860		.270	.788
Interacción disfuncional entre padre e hijo	.576	.098	.585	5.879	.000
Malestar paterno	.291	.106	.272	2.734	.008

Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar si existen diferencias a nivel de estrés parental y de resiliencia en padres de hijos con trastornos del neurodesarrollo y en padres con hijos sin tales diagnósticos o neurotípicos. La comparación de medianas ha mostrado que existe una diferencia significativa entre la variable interacción disfuncional entre padre e hijo, esto es, que los padres de hijos con algún problema del neurodesarrollo perciben en menor medida que sus hijos son capaces de satisfacer las expectativas que éstos habían depositado en ellos y ven su rol parental como menos reforzante de lo esperado, confirmando parcialmente nuestra hipótesis. Estos resultados están apoyados parcialmente por el estudio de Li, Pinto-Martín, Thompson, Chittams y Kral (2017) que encontraron en su estudio mayores puntuaciones en la subescala de interacción disfuncional entre padre e hijo, así como en la de niño difícil y en los niveles totales de estrés en padres de hijos con TEA. El hecho de encontrar solamente algunos resultados en común puede deberse a distintos factores, entre ellos, que los diagnósticos de este estudio abarcan más allá del TEA, que han participado padres cuyos hijos están tomando medicación, excluidos en la investigación de Li et. al (2017), diferencia cultural entre muestras, así como que la muestra de este estudio es culturalmente homogénea siendo en el estudio de Li et al. más heterogénea, entre otros motivos.

Además, aunque las diferencias no sean significativas, el grupo control obtiene mayores puntuaciones en todas las escalas, apuntando a que los padres de niños sin ningún tipo de problema del neurodesarrollo podrían mostrarse menos estresados en cuanto a su parentalidad y con una resiliencia más grande que los padres de hijos con alguna alteración. Debido a estos resultados, no es posible confirmar la segunda hipótesis.

Los resultados citados anteriormente ponen de manifiesto la necesidad patente de intervención directa para con los padres debido a su mayor susceptibilidad a percibir la relación con su hijo como disfuncional. El estrés parental está relacionado con interacciones disfuncionales entre padres e hijos, como órdenes excesivas, escasa atención a las conductas apropiadas, y gran número de críticas, entre otros (Delfini, Bernal y Rosen, 1976; Forehand, King, Peed y Yoder, 1975; Forehand y McMahon, 1981; Griest, Forehand, Wells y Mchahon, 1980; Lobitz y Johnson, 1975), así como con prácticas negligentes e incluso de maltrato infantil (Alcántara, 2010). Se ha demostrado que intervenciones basadas en *Mindfulness* en familias con hijos con trastornos del neurodesarrollo permiten tanto a los padres como a los hijos mejorar su calidad de vida, presentando el hijo menor sintomatología tanto de índole inatencional como hiperactivo y presentando los padres menores niveles de estrés parental y mayores niveles de bienestar psicológico (Lo, Wong, Wong, Yeung, Snel y Wong, 2017; Behbahani, Zargar, Assarian y Akbar, 2018). Además, Coyne y Wilson (2004) han mostrado el papel que tiene la fusión cognitiva en las interacciones disfuncionales entre padres e hijos, demostrando que intervenciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y en la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) son efectivas a la hora de reducir los niveles de estrés y de mejorar la competencia personal.

El segundo objetivo de esta investigación fue comprobar si la duración de la intervención en el hijo modularía las otras variables en el grupo clínico. Con objeto de comprobar esto, se dividió la muestra en dos grupos en función de la media del tiempo de intervención con el hijo (5.3 años). Se ha encontrado que el grupo con una duración de la intervención mayor a la media presenta puntuaciones significativamente por encima en la puntuación total de resiliencia, así como en sus

dos subescalas: aceptación de uno mismo y competencia personal, esto es, se muestran como personas con mayor capacidad de adaptarse a situaciones diferentes y/o adversas y de aceptar sus cualidades y sus situaciones vitales, además de verse a sí mismos como más competentes. Estos resultados nos permiten confirmar nuestra cuarta hipótesis. No se han encontrado otros estudios que comprobasen el efecto de la duración de la intervención en el hijo con el desarrollo de la resiliencia en los padres, aunque sí se ha podido comprobar en el estudio de Suriá-Martínez (2013) más resiliencia en padres cuyos hijos habían presentado algún tipo de discapacidad por cinco años o más. Estos hallazgos permiten observar cómo el trascurso del tiempo permite a los padres desarrollar su capacidad resiliente. Vemos también aquí una conexión con los modelos de ajuste de Espinosa (2011), que nos dice que la familia deberá superar distintas fases para poder ajustarse a su nueva situación, siendo el tiempo una variable relevante (y necesaria) a la hora de permitir a una familia adaptarse a la nueva situación.

Gracias a estos resultados podemos ver cómo el servicio de atención a niños con problemas del neurodesarrollo es necesario, ya no sólo por la necesidad imperiosa del menor, sino por las capacidades de esta intervención para permitir a los padres desarrollarse de forma resiliente y competente, y cómo es necesario que esta necesidad se supla lo más rápido posible.

También observamos diferencias no significativas con medias mayores en el caso del grupo con una duración de la intervención mayor que la media, señalando que estos padres presentarían menos estrés; se han encontrado diferencias cerca de la significación en cuanto a la subescala niño difícil, que mide el grado en el que los padres perciben la conducta de su hijo como controlable, mostrando que los padres con hijos cuya duración de la intervención es mayor que la media podrían presentar una mayor capacidad percibida de controlar la conducta del hijo, por lo que sería

necesario hacer una investigación más exhaustiva más allá de esta investigación preliminar para confirmar o desmentir la tercera hipótesis.

Otro de los objetivos del estudio fue comprobar la relación entre resiliencia y estrés parental. Se han encontrado correlaciones para las variables interacción disfuncional entre padre e hijo y aceptación de uno mismo, así como las variables de estrés parental, niño difícil, resiliencia y aceptación de uno mismo correlacionan con la duración de la intervención.

En el análisis de regresión múltiple, tomando el grupo clínico, no se han encontrado modelos predictivos para la variable de estrés total, mientras que para la variable malestar paterno, se ha comprobado que ni la resiliencia total, ni la competencia personal, ni la aceptación de uno mismo, ni la interacción disfuncional entre padre e hijo son capaces de entrar en este modelo predictivo, explicando la variable niño difícil un 41.4% de la varianza., por lo que podemos ver una estrecha relación entre el malestar que signifique la propia parentalidad en los padres y el hecho de que vean la conducta de su hijo como más o menos controlable. Estos resultados apuntan a que, dotando a los padres de herramientas que les ayuden a llevar a cabo el tipo de crianza que quieren llevar y que les permitan controlar la conducta de su hijo, podemos reducir los niveles de malestar parental asociados a esta crianza. El estudio llevado a cabo por Griest, Forehand, Roger, Breiner, Furey y Williams (1982) pone de manifiesto la capacidad de programas de intervención basados en dotar a los padres de herramientas para corregir la conducta de sus hijos de aumentar la satisfacción parental. Encontramos además prueba de esto en familias con hijos con trastornos del neurodesarrollo en el estudio de Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs y Pelham (2004) en el que se muestra cómo este tipo de intervenciones orientadas a dotar a los padres de más herramientas para controlar la conducta de su hijo pueden suponer mejoras en los niveles de malestar parental

En lo respectivo al grupo control, vemos que se ha encontrado un modelo predictivo para la variable aceptación de uno mismo, prediciendo la competencia personal el 44% de la varianza, mostrando que la persona será más capaz de aceptarse a sí misma independientemente de su situación o sus posibles fallos cuanto mayor competente sea. Esto apunta a estrategias de intervención que harían posible mejorar de forma bastante contundente la capacidad de la persona de aceptar su entorno y sus limitaciones aumentando la competencia de la persona, así como aumentando su autopercepción con respecto a su competencia. Estudios como el de Brasell, Rosenberg, Rough, Fondacaro y Seehuus (2016) ponen de manifiesto que mayores niveles de flexibilidad cognitiva estaban relacionados de forma indirecta con prácticas parental más adaptativas y por tanto más competentes. De igual manera vemos el estudio de Blackledge y Hayes (2006) que muestra las Terapias Psicológicas de Tercera Generación, en concreto ACT, podrían ayudar a padres a ajustarse mejor a las necesidades de sus hijos.

En lo referente a la totalidad de la muestra, se ha encontrado un modelo predictivo para la estrés parental, prediciendo la competencia personal un 6.6% de la varianza. Esto guarda relación con el estudio de Blackburn y Bentley (1993) en el que vemos cómo variables como la competencia personal con capaces de modular el estrés. Una vez más vemos aquí el gran papel que pueden jugar para los padres de niños con trastornos del neurodesarrollo intervenciones psicológicas centradas en ACT, permitiéndoles defusionarse de su estrés (Coyne y Wilson, 2004).

Así mismo, se han obtenido dos modelos predictivos para la variable niño difícil. En el primero de ellos, la variable interacción disfuncional entre padre e hijo fue capaz de explicar un 50.7% de la varianza mientras que en el segundo la interacción disfuncional entre padre e hijo y el malestar personal fueron capaces de predecir un 55.7% de la varianza. Es lógico pensar que se podría tener una

percepción de incontrolabilidad con respecto a la conducta del hijo si la interacción se basa en unas expectativas no cumplidas y se está experimentando malestar. Todo esto nos lleva a lo señalado por Sierra y Vázquez-Ramírez (2014), que han relacionado la dificultad para controlar la conducta del hijo con posteriores estilos parentales indulgentes. Es imprescindible entonces dotar a los padres de herramientas que les permitan controlar mejor la conducta de su hijo, por lo que, según lo visto en este estudio, hacer frente a su malestar y defusionarse de él (Coyne y Wilson, 2004) y permitir relaciones más funcionales basadas en unas expectativas más realistas (Ferro-García y Ascanio-Velasco, 2014) puede resultar clave a la hora de hacer de los padres figuras que se sientan más competentes. Una vez más, señalamos la importancia de las Terapias de Tercera Generación o Contextuales. Los resultados obtenidos apuntan claramente a favor de nuestra quinta hipótesis, aunque es necesaria una investigación más exhaustiva lejos de esta investigación preliminar que pueda confirmar o desmentirla.

Destacar como posibles limitaciones del estudio el tamaño de la muestra. A pesar de que los resultados obtenidos han apuntado a favor de las hipótesis planteadas, no hay que perder de vista el efecto que pudiera haber tenido el tamaño de la muestra, proponiéndose desde aquí la replicación de este estudio en una muestra mayor. De igual manera, también sería necesario contar con algunos datos sociodemográficos que no han sido tenidos en cuenta en esta investigación por falta de tiempo, como si los padres están atravesando actualmente alguna situación estresante, su estado civil, su nivel educativo, si han tenido experiencias previas como cuidadores, si su otro hijo también presenta problemas del neurodesarrollo o alguna discapacidad...

Conclusiones

Lo visto en esta investigación no es más que otra muestra de la gran necesidad de las familias por recibir soluciones a sus problemas ya sea de forma directa, trabajando desde las diferentes direcciones que desde aquí se han propuesto, como de forma indirecta, permitiendo que sus hijos reciban la atención especializada necesaria de forma temprana, eficaz y continua. Se ha mostrado la gran contribución que las Terapias de Tercera Generación podrían hacer al campo de la neuropsicología, permitiendo a las familias readaptarse de forma más eficaz y recibiendo en todo momento la atención que merecen y necesitan.

Para finalizar este trabajo, me gustaría señalar lo mucho que realizar estas prácticas me ha permitido. En primer lugar, he podido tomar contacto directo y real con usuarios de diferentes servicios: neuropsicología, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, psicología... Sin duda, he asimilado el gran trabajo interdisciplinar que desde el centro me han inculcado. He visto cómo se comunican las diferentes profesionales entre sí y cómo el trabajo conjunto es efectivo y óptimo. Un abordaje interdisciplinar es, sin duda, la clave para permitir que familias alcancen el mayor estado de bienestar posible, o al menos así son mis creencias.

En segundo lugar, quiero destacar la necesidad que creo que debería surgir en cualquier neuropsicólogo por formarse en terapias psicológicas, señalando una vez más las Terapias de Tercera Generación, ya que además de la aplicabilidad a lo anteriormente mencionado con respecto a los padres de niños con dificultades o trastornos del neurodesarrollo, los niños también tienen sus propias emociones, que pueden, y no solo pueden, deben, ser trabajadas con el objetivo de darles la mejor calidad de vida que se merecen.

Bibliografía

- Abidin, R. R. (1995). Manual for the Parenting Stress Index. *Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.*
- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index. *Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.*
- Abiola, T. y Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes, 4*, 509-516. <http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-509>
- Alcántara, M. V. (2010). Las Víctimas Invisibles. Afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género. (*Tesis Doctoral*). *Universidad de Murcia, Murcia.*
- Behbahani, M., Zargar, F., Assarian, F. y Akbari, H. (2018). Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Medical Sciences, 43(6)*, 596-604.
- Blackburn, R. T. y Bentley, R. J. (1993). Faculty research productivity: Some moderators of associated stressors. *Research in Higher Education, 34(6)*, 725-745.
- Blackledge, J. T. y Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy, 28(1)*, 1-18.
- Bradley, M. (2000). Emotion and motivation. En J. T. Caccioppo, L. G. Tassinary y G. G. Bernston (Eds.), *Handbook of Psychophysiology* (pp. 602-642). Cambridge: University Press.

- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K. y Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 111–120.
- Candel, I. (2010). Prevención desde el ámbito educativo: Patologías no evidentes. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coords.). *Manual de Atención Temprana* (pp. 119-132). Madrid: Pirámide.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Connor, K. M. y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Coyne, L. W. y Wilson, K. G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: An RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 469-486.
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C. y Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*, 171(2), 271-280.
- De Linares Von Schmitterlöw, C. y Rodríguez-Fernández, T. (2010). Bases de la intervención familiar en atención temprana. En J. Pérez-López, y Brito de la Nuez, A.G. (Coord.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-352). Madrid: Pirámide.
- Delfini, L. F., Bernal, M. E. y Rosen, P. M. (1976). Comparison of deviant and normal boys in home settings. *Behavior Modification and Families*, 228-248.

- Díaz-Herrero, Á., Brito de la Nuez, A. G., López Pina, J. A., Pérez-López, J., & Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22(4).
- Escartín, A., Boronat, N., Miró, R. L., Peral, R. T. y Vento, M. (2016). Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 84(1), 3-9.
- Espinosa, L.F. (2011) Atención temprana y Familia. Revisión y aspectos prácticos. En M.A. Robles-Bello y D. Sánchez-Teruel (Coord.), *Evaluación e Intervención en Atención Infantil Temprana: Hallazgos recientes y casos prácticos* (pp. 89-118). Jaén: Publicaciones Universidad de Jaén.
- Ferro-García, R. y Ascanio-Velasco, L. (2014). Terapia de interacción padres-hijos (PCIT). *Papeles del Psicólogo*, 35(3).
- Forehand, R. L. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford press.
- Forehand, R., King, H. E., Peed, S. y Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparison of a non-compliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13(2-3), 79-84.
- Griest, D. L., Forehand, R., Rogers, T., Breiner, J., Furey, W. y Williams, C. A. (1982). Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *Behaviour Research and Therapy*, 20(5), 429-436.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C. y McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 497.

- IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 25.0. *IBM Corp, Armonk, NY.*
- Junta de Andalucía. (26, abril 2016). Decreto por el que se regula la intervención integral de la Atención Temprana en Andalucía. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/81/BOJA16-081-00227.pdf>
- Li, X. S., Pinto-Martin, J. A., Thompson, A., Chittams, J. y Kral, T. V. (2018). Weight status, diet quality, perceived stress, and functional health of caregivers of children with autism spectrum disorder. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 23*(1). doi: 10.1111/jspn.12205
- Lo, H. H., Wong, S. W., Wong, J. Y., Yeung, J. W., Snel, E. y Wong, S. Y. (2017). The effects of family-based mindfulness intervention on ADHD symptomology in young children and their parents: a randomized control trial. *Journal of Attention Disorders.* <https://doi.org/10.1177/1087054717743330>.
- Lobitz, G. K. y Johnson, S. M. (1975). Normal versus deviant children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 3*(4), 353-374.
- Mash, E. J. y Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(4), 313-328.
- McCubbin, H. I. y Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review, 6*(1-2), 7-37.
- 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.
- Nishi, D., Uehara, R., Kondo, M. y Matsuoka, Y. (2010). Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *BMC Research Notes, 3*, 310, 1-6.

- Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M. I., Tárraga-Mínguez, R. y Navarro-Peña, J. M. (2016). Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 31*(4), 300-311.
- Pozo Cabanillas, P., Sarriá Sánchez, E. y Méndez Zaballos, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema, 18*(3), 342-347.
- Ramírez, M.A. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología, 20*(2), 273-282.
- Rayan, A. y Ahmad, M. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Intervention on Perceived Stress, Anxiety, and Depression Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness, 8*(3), 677-690. doi: 10.1007/s12671-016-0595-8
- Robledo, P. y García-Sánchez, J.N. (2007). El entorno parental en la intervención de personas con dificultades del desarrollo. En J.N. García-Sánchez (Coord.), *Dificultades del desarrollo. Evaluación e Intervención*, (pp. 307-316). Madrid: Pirámide.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Rodríguez, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. *Manual Práctico de Parentalidad Positiva, 25-43*.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2*(40), 103-113.
- Sierra, A. V. y Ramírez, C. V. (2014). El papel mediacional del estrés parental en la relación de estilos de crianza y frecuencia de problemas de comportamiento infantil. *Ansiedad y estrés, 20*(2), 224-236.

Suriá-Martínez, R. (2013). Análisis comparativo de la fortaleza en padres de hijos con discapacidad en función de la tipología y la etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de psicología*, 43(1), 23-38.

Tortella-Feliu, M. (2002). La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión. En M. Servera. *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.

Verdugo, M.A.A. (2006). *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.

Wagnild, G. M. (2009c). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden, Montana (USA): The Resilience Center

Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178

Wagnild, G. M. y Collins, J. A. (2009). Assessing Resilience. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(12), 28-33.

Anexos

Anexo 1: Protocolo de consentimiento informado

Esta investigación está desarrollada por Rubén Cara García, psicólogo colegiado AO-10802 y estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria, con el objetivo de realizar su Trabajo de Fin de Máster. Mediante esta investigación se pretende comprobar el nivel de estrés en padres y madres de hijos/as usuarios/as de servicios como atención neuropsicológica, logopedia, fisioterapeuta y/o de terapia ocupacional y cómo este estrés se relaciona con diferentes factores como son: (1) edad del hijo/a usuario/a, (2) cuántos años lleva el/la hijo/a recibiendo atención especializada, (3) tipo de atención recibida por el/la hijo/a, (5) y la capacidad de resiliencia de los/las padres/madres.

Cumplimentar este cuestionario le tomará unos 10 minutos aproximadamente.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y la información recogida es confidencial. Los datos obtenidos no se usarán con ningún otro propósito que los fines académicos anteriormente mencionados. Si tiene cualquier duda sobre este proyecto puede preguntar en cualquier momento que usted considere oportuno. Igualmente, puede retirarse del mismo sin ningún tipo de impedimento, así como tiene usted total libertad de comentar al investigador si alguna pregunta le parece incómoda o incluso no responderla. Desde aquí le agradecemos enormemente su participación.

Yo, D./Dña. _____, con

DNI _____, acepto participar en esta investigación con los

objetivos anteriormente descritos.

Firma como investigador

Firma como participante

Anexo 2: Cuestionarios para el grupo clínico

ESCALA DE RESILIENCIA DE 14-ITEM (ER-14)

Fecha: _____

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7

14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL (PSI-SF)

Por favor, indique los siguientes datos:

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Número de hijos/as:

Edad de hijo que está recibiendo atención especializada:

¿Qué diagnóstico u orientación diagnóstica ha recibido su hijo?:

Tiempo que lleva su hijo recibiendo atención especializada:

Instrucciones

Al contestar el siguiente cuestionario, piense en lo que más le preocupa de su hijo/a. En cada una de las siguientes oraciones le pediremos que indique, rodeando con un círculo, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerque a ellos. Debe responder con la primera reacción que tenga después de leer cada pregunta.

Las posibles respuestas son:

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = No está seguro
- 4 = En desacuerdo
- 5 = Muy en desacuerdo

Le recordamos que en esta investigación no hay respuestas incorrectas.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	No está seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones	1	2	3	4	5
2.	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi/s hijo/a/s	1	2	3	4	5
3.	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	1	2	3	4	5
4.	Desde que he tenido este/a hijo/a, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	1	2	3	4	5
5.	Desde que he tenido este/a hijo/a, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	1	2	3	4	5
6.	No me siento contento/a con la ropa que me compré la última vez	1	2	3	4	5
7.	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	1	2	3	4	5
8.	Tener un hijo/a me ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación de pareja	1	2	3	4	5
9.	Me siento solo y sin amigos	1	2	3	4	5
10.	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	1	2	3	4	5
11.	No estoy tan interesado por la gente como antes	1	2	3	4	5
12.	No disfruto de las cosas como antes	1	2	3	4	5
13.	Mi hijo/a casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	1	2	3	4	5
14.	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo/a ni quiere estar cerca de mí	1	2	3	4	5
15.	Mi hijo/a me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
16.	Cuando le hago cosas a mi hijo/a, tengo la sensación de que mis esfuerzos son despreciados	1	2	3	4	5
17.	Cuando juega, mi hijo/a no se ríe con frecuencia	1	2	3	4	5
18.	Me parece que mi hijo/a no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	1	2	3	4	5

19.	Me parece que mi hijo/a no sonríe tanto como los otros niños	1	2	3	4	5
20.	Mi hijo/a no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba	1	2	3	4	5
21.	Mi hijo/a tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas	1	2	3	4	5
22.	Siento que soy: <ul style="list-style-type: none"> - No muy bueno/a como padre/madre - Una persona que tiene problemas para ser padre/madre - Un/a padre/madre normal - Un/a padre/madre mejor que el promedio - Muy buen/a padre/madre 	1	2	3	4	5
23.	Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo/a de los que tengo, y eso me molesta	1	2	3	4	5
24.	Algunas veces, mi hijo/a hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas	1	2	3	4	5
25.	Mi hijo/a parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños	1	2	3	4	5
26.	Mi hijo/a generalmente se despierta de mal humor	1	2	3	4	5
27.	Siento que mi hijo/a es muy caprichoso/a y se enoja con facilidad	1	2	3	4	5
28.	Mi hijo/a algunas veces hace cosas que me molestan mucho	1	2	3	4	5
29.	Mi hijo/a reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta	1	2	3	4	5
30.	Mi hijo/a se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes	1	2	3	4	5
31.	El horario de dormir y comer de mi hijo/a fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
32.	He observado que lograr que mi hijo/a deje de hacer algo es: <ul style="list-style-type: none"> - Mucho más difícil de lo que me imaginaba - Algo más difícil de lo que me esperaba - Como esperaba - Algo menos difícil de lo que esperaba - Mucho más fácil de lo que esperaba 	1	2	3	4	5
33.	Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por	+10	8-9	6-7	4-5	1-3

	ejemplo, cosas como perder el tiempo, no querer escuchar, ser muy activo, llorar, interrumpir, pelear, lloriquear, etc. A continuación, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado, e indique alguna:					
34.	Algunas cosas de las que hace mi hijo/a me fastidian mucho	1	2	3	4	5
35.	Mi hijo/a se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
36.	Mi hijo/a me exige más de lo que exigen la mayoría de niños	1	2	3	4	5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!

Anexo 3: Cuestionarios para el grupo control

ESCALA DE RESILIENCIA DE 14-ITEM (ER-14)

Fecha: _____

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7

14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7
--	---	---	---	---	---	---	---

CUESTIONARIO DE ESTRÉS PARENTAL (PSI-SF)

Por favor, indique los siguientes datos:

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Número de hijos/as:

Edad de su/s hijos/as:

Instrucciones

Al contestar el siguiente cuestionario, piense en lo que más le preocupa de su hijo/a. En cada una de las siguientes oraciones le pediremos que indique, rodeando con un círculo, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerque a ellos. Debe responder con la primera reacción que tenga después de leer cada pregunta.

Las posibles respuestas son:

- 1 = Muy de acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = No está seguro
- 4 = En desacuerdo
- 5 = Muy en desacuerdo

Le recordamos que en esta investigación no hay respuestas incorrectas.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	No está seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones	1	2	3	4	5
2.	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi/s hijo/a/s	1	2	3	4	5
3.	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	1	2	3	4	5
4.	Desde que he tenido este/a hijo/a, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	1	2	3	4	5
5.	Desde que he tenido este/a hijo/a, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	1	2	3	4	5
6.	No me siento contento/a con la ropa que me compré la última vez	1	2	3	4	5
7.	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	1	2	3	4	5
8.	Tener un hijo/a me ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación de pareja	1	2	3	4	5
9.	Me siento solo y sin amigos	1	2	3	4	5
10.	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	1	2	3	4	5
11.	No estoy tan interesado por la gente como antes	1	2	3	4	5
12.	No disfruto de las cosas como antes	1	2	3	4	5
13.	Mi hijo/a casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	1	2	3	4	5
14.	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo/a ni quiere estar cerca de mí	1	2	3	4	5
15.	Mi hijo/a me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
16.	Cuando le hago cosas a mi hijo/a, tengo la sensación de que mis esfuerzos son despreciados	1	2	3	4	5
17.	Cuando juega, mi hijo/a no se ríe con frecuencia	1	2	3	4	5
18.	Me parece que mi hijo/a no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	1	2	3	4	5

19.	Me parece que mi hijo/a no sonríe tanto como los otros niños	1	2	3	4	5
20.	Mi hijo/a no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba	1	2	3	4	5
21.	Mi hijo/a tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas	1	2	3	4	5
22.	Siento que soy: <ul style="list-style-type: none"> - No muy bueno/a como padre/madre - Una persona que tiene problemas para ser padre/madre - Un/a padre/madre normal - Un/a padre/madre mejor que el promedio - Muy buen/a padre/madre 	1	2	3	4	5
23.	Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo/a de los que tengo, y eso me molesta	1	2	3	4	5
24.	Algunas veces, mi hijo/a hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas	1	2	3	4	5
25.	Mi hijo/a parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños	1	2	3	4	5
26.	Mi hijo/a generalmente se despierta de mal humor	1	2	3	4	5
27.	Siento que mi hijo/a es muy caprichoso/a y se enoja con facilidad	1	2	3	4	5
28.	Mi hijo/a algunas veces hace cosas que me molestan mucho	1	2	3	4	5
29.	Mi hijo/a reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta	1	2	3	4	5
30.	Mi hijo/a se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes	1	2	3	4	5
31.	El horario de dormir y comer de mi hijo/a fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
32.	He observado que lograr que mi hijo/a deje de hacer algo es: <ul style="list-style-type: none"> - Mucho más difícil de lo que me imaginaba - Algo más difícil de lo que me esperaba - Como esperaba - Algo menos difícil de lo que esperaba - Mucho más fácil de lo que esperaba 	1	2	3	4	5
33.	Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por	+10	8-9	6-7	4-5	1-3

	ejemplo, cosas como perder el tiempo, no querer escuchar, ser muy activo, llorar, interrumpir, pelear, lloriquear, etc. A continuación, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado, e indique alguna:					
34.	Algunas cosas de las que hace mi hijo/a me fastidian mucho	1	2	3	4	5
35.	Mi hijo/a se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	1	2	3	4	5
36.	Mi hijo/a me exige más de lo que exigen la mayoría de niños	1	2	3	4	5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!