

EL ESTRÉS PARENTAL COMO PREDICTOR DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN MADRES DE FAMILIAS EN RIESGO

Javier Pérez-Padilla y Susana Menéndez Álvarez-Dardet
Universidad de Huelva (España)

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del estrés parental en el bienestar psicológico, así como el efecto moderador de dimensiones relacionadas con el estrés, en madres de familias en situación de riesgo psicosocial. Se contó con la colaboración de 109 usuarias de servicios sociales comunitarios, con una edad media de 35,35 años ($DT= 7,25$), que presentaban un nivel de riesgo moderado y tenían, al menos, un hijo a su cargo. Las madres completaron una batería de instrumentos relacionados con la sintomatología psicológica (GHQ-28), la experiencia como padres (PSI-SF, PSOC, PLOC) y el afrontamiento del estrés (COPE). La mayoría de las madres sobrepasaron el límite clínico indicado por las escalas GHQ-28 y PSI-SF. La presencia de sintomatología se relacionó con la pobreza, la acumulación de circunstancias vitales estresantes, el locus de control parental y la evitación. El estrés parental se estableció como un importante predictor de la sintomatología psicológica, especialmente la dimensión de malestar personal. Además, esta influencia fue moderada por la satisfacción parental y las estrategias centradas en el problema y en la evitación.

PALABRAS CLAVE: *sintomatología psicológica, estrés parental, familias en riesgo.*

Abstract

The aims of this study were to explore parenting stress in mothers of at-risk families as a predictor of psychological symptoms and to examine moderating effects with variables which are related to parenting stress. To accomplish these objectives 109 mothers receiving family preservation intervention were interviewed. Their average age was 35.55 years ($DT= 7.25$), they had at least one children and their level of risk was medium. Psychological symptoms (GHQ-28), parenting experience (PSI-SF, PSOC, PLOC) and coping strategies were assessed (COPE). Analyses showed that most of the mothers exceeded the clinical limit indicated by the GHQ-28 y PSI-SF. Significant relations were observed between psychological symptoms and poverty, stressful life events, parental locus of control and avoidance. Parenting stress was a relevant predictor of psychological symptoms, especially the parental distress scale. Parental satisfaction, problem-focused coping and avoidance moderate this relationship.

KEY WORDS: *psychological symptoms, parenting stress, at-risk families.*

Introducción

Las familias en situación de riesgo están caracterizadas por un balance descompensado de factores de riesgo y de protección, como consecuencia del cual en estos contextos no se atienden adecuadamente las necesidades evolutivo-educativas de los menores, aunque sin que la situación alcance un nivel de gravedad que haga necesario establecer desamparo y separar al menor de sus progenitores (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence y Jiménez, 2009; Rodrigo, Byrne y Álvarez, 2012). Según los cálculos que se han realizado en nuestro país, estas familias constituyen un colectivo especialmente numeroso, dado que suponen un 80% de los expedientes que se manejan en las corporaciones locales (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008). La comprensión más completa y elaborada de estos escenarios familiares en las últimas décadas ha permitido optimizar las intervenciones desarrolladas desde las instituciones públicas para reducir la adversidad a la que se enfrentan estas familias (Hidalgo *et al.*, 2009). Concretamente, el abordaje que actualmente enmarca el trabajo que los profesionales de servicios sociales (SS.SS.) realizan en estos contextos está basado en la perspectiva de la preservación y el fortalecimiento familiar y, por tanto, las intervenciones que se realizan con estas familias se centran en la promoción de ambientes de desarrollo adecuados. En este trabajo se analiza el nivel de salud, a través de la presencia de sintomatología relacionada con el malestar psicológico, que presentan los progenitores de estas familias, así como su relación con diversas dimensiones relacionadas con la experiencia de ser padres.

De acuerdo con Revilla, Ríos y Luna (2004), el estrés psicosocial puede producir o facilitar la aparición de diversos trastornos promoviendo de esta manera la aparición de disfuncionalidad familiar. No es de extrañar por tanto que, en los trabajos que han evaluado la presencia de sintomatología psicológica en familias en riesgo psicosocial, se haya observado una significativa presencia de indicadores negativos. Así, en varios estudios sobre el programa "Comienzo muy temprano" (*Early Head Start*) se encontró que entre el 47% y el 58% de los progenitores que participaban en el programa presentaban síntomas depresivos (Chazan-Cohen *et al.*, 2007; Rafferty y Griffin, 2010). De la misma manera, en un trabajo sobre familias que experimentaban múltiples circunstancias de riesgo, se observó que el 37,8% de los sujetos evaluados presentaban sintomatología asociada al malestar psicológico (Coyne y Thompson, 2011). Por su parte, en una investigación sobre el impacto del programa "Comienzo temprano, inicio inteligente" (*Starting Early Starting Smart*), se halló que un 40,2% de los participantes superaron el punto de corte clínico para señalar problemática psicológica (Morrow *et al.*, 2010). Estos porcentajes superan ampliamente los datos acerca de la incidencia de sintomatología psicológica que ofrecen estudios de población comunitaria tanto internacionales (*Government of Canada*, 2006; *U.S. Department of Health and Human Services*, 1999) como nacionales (Díaz-Cruz, Bethencourt y Peñate, 2004), que la sitúan entre el 11% y el 18%.

Con respecto al perfil sociodemográfico de las familias en situación de riesgo y su relación con el malestar psicológico, posiblemente el conjunto de dimensiones más estudiadas hayan sido las relativas a las condiciones económicas (Conger,

Rueter y Conger, 2000; Conger *et al.*, 2002). En este sentido, uno de los factores de riesgo que más se ha evaluado en la literatura científica internacional es el estatus socioeconómico, evidenciándose influencias relevantes de las circunstancias económicas de la familia en el desarrollo de diversas sintomatologías (Elovainio, Kivimäki, Kortteinen y Tuomikoski, 2001; Gadalla, 2009). Existe un número elevado de estudios que apuntan a que la situación de pobreza puede dificultar el ajuste psicológico de los adultos, encontrándose un elevado riesgo de padecer sintomatología relacionada con la depresión, la ansiedad o la disfunción social en estos contextos (Gadalla, 2009; Henninger y Luze, 2014; Hudson, 2005; Morrow *et al.*, 2010). Por tanto, la presencia de estos indicadores negativos de salud puede ser debida a la acumulación de circunstancias adversas en torno a la familia, influyendo de esta manera en el ajuste de los adultos (Beardslee y Knitzer, 2003; Rijlaarsdam *et al.*, 2013).

En la misma línea, los estudios realizados a lo largo de estos últimos años han señalado que las condiciones de riesgo o de vulnerabilidad influyen, además de en la salud, en distintos ámbitos de desarrollo de los menores y los adultos. Concretamente, la vivencia del rol como progenitor que presentan los padres y las madres de estas familias se encuentra influida, de manera destacada, por la interacción entre los factores de protección y riesgo. Tanto es así que diversos estudios tanto internacionales como nacionales señalan que un gran porcentaje de los padres y las madres de estas familias experimentan un estrés parental clínico (Lanier, Khol, Benz, Swinger y Drake, 2014; Marcynyszyn, Maher y Corwin, 2011; Pérez-Padilla, Ayala-Nunes, Hidalgo, Nunes, Menéndez y Lemos, en prensa). El estrés parental puede funcionar como un factor de riesgo que influye tanto en el desarrollo de la familia como de sus miembros (De Panfilis y Dubowitz, 2005; Fisher, Fagot y Leve, 1998). Concretamente, puede influir en las interacciones familiares de tal manera que, tal como señalan algunos trabajos, conforme aumenta la tensión asociada al rol parental se observa una menor presencia de cohesión e implicación familiar, una mayor inestabilidad, un aumento del conflicto entre los miembros que la componen, así como una mayor disfuncionalidad en el subsistema materno-filial (Anderson, 2008; Dumas *et al.*, 2005; Moore, Probst, Tompkins, Cuffe y Martin, 2007; Sidor, Fischer, Eickhorst y Cierpka, 2013).

Si bien algunos trabajos apuntan que el bienestar psicológico puede presentar una elevada variabilidad de predictores (estilo de vida, autoconcepto, autoestima, personalidad...) (Garaigordobil, Aliri y Fontaneda, 2009; Rodríguez, Lemos y Canga, 2002), de igual forma el estrés parental puede estar relacionado en la salud del padre y la madre. Así, se ha evidenciado que el estrés parental puede ser un predictor de la sintomatología psicológica de los adultos en un estudio que contó con 1067 díadas de madres y sus hijos en situación de pobreza (Henninger y Luze, 2014). En este sentido, en una investigación centrada en la precariedad económica presente en las familias en riesgo, se observó que el nivel de pobreza influía directamente en el malestar de los adultos y que, a su vez, esta sintomatología psicológica se encontraba relacionada con el estrés parental (Rijlaarsdam *et al.*, 2013). Para finalizar, cabe destacar el modelo propuesto por Ethier, Lacharité y Couture (1995) y por Ethier, Couture y Lacharité (2004) en el que se relaciona, en familias en riesgo de cometer negligencia, el estrés parental

con los síntomas depresivos. De acuerdo con estos autores, el estrés parental y el ajuste psicológico mantienen una relación bidireccional. Concretamente, aquellos progenitores con síntomas depresivos pueden presentar una percepción distorsionada de la realidad, influyendo en las habilidades de afrontamiento hacia el estrés parental. A su vez, el afrontamiento del estrés incide en la aparición de sintomatología en los padres y las madres. Esta relación bidireccional puede provocar un desajuste en la experiencia de ser padres, promoviendo la aparición de comportamientos negligentes.

Las características del modelo de estrés parental de Abidin (1995) siguen directrices similares a las del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) y Lazarus (1999) entendiéndose el primero como una forma específica de estrés. Es por ello que este tipo de estrés estaría basado en un procesamiento valorativo del rol como progenitor: tanto en la autoevaluación de los recursos propios frente a las demandas parentales, como en el uso de estrategias de afrontamiento puestas en marcha para solventar las dificultades asociadas a la tarea de educar y cuidar a los hijos. Por tanto, hay dos aspectos fundamentales a considerar a la hora de analizar la influencia del estrés parental en la salud de los progenitores: la capacitación parental (*parental agency*) y las estrategias de afrontamiento. Con respecto a la primera, diversos autores coinciden en proponer, entre otras, tres dimensiones centrales: el locus de control parental, el sentimiento de eficacia como progenitor y la satisfacción con el rol de padre y madre (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000; Rodrigo y Byrne, 2011). Estas dimensiones han sido evaluadas en familias en situación de riesgo y relacionadas con diversos indicadores de salud. Los resultados de estos estudios apuntan a que, por un lado, una mayor presencia de sintomatología depresiva se relaciona con un locus de control parental más externo y con una menor satisfacción con el rol (Coyne y Thompson, 2011; Wanamaker y Glenwick, 1998). Por otro, la reducción de los indicadores de depresión, debido al apoyo recibido en un programa de intervención, se asoció a unos sentimientos positivos sobre la propia competencia parental (De Panfilis y Dubotwiz, 2005).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, en una revisión de los estudios realizados en las últimas décadas sobre esta temática, Deater-Deckard (2004) señala que las estrategias pasivas o centradas en el estado emocional se relacionan con mayores niveles de estrés en los progenitores, al contrario de lo hallado en estrategias centradas en el problema o relacionadas con el desarrollo de una percepción positiva acerca de la experiencia de ser padres. En este sentido, aunque en la literatura científica se encuentran datos inconsistentes en cuanto a la relación entre altos niveles de estrés parental y el afrontamiento centrado en el problema o la evitación (Eisengart, Singer, Fulton y Baley, 2003), el uso de estrategias proactivas puede funcionar como un factor de protección contra posibles problemas que se desarrollen en el subsistema parental (Deater-Deckard, 2004). En relación con el ajuste psicológico de los progenitores, se ha observado que un estilo activo de afrontamiento puede influir en la reducción de la sintomatología de las madres en diversas situaciones de adversidad (Lee, 2003; Tein, Sandler y Zautra, 2000). En la misma línea, el uso de la aceptación, la reestructuración cognitiva o el pensamiento optimista se asociaron en menor medida con indicadores problemáticos de la salud de los progenitores en contextos

de adversidad económica crónica (Wadsworth, Raviv, Compas y Connor-Smith, 2005). En cuanto a la evitación, en el estudio metaanalítico llevado a cabo por Penley, Tomaka y Wiebe (2002), se indica que un mayor uso de estrategias evitativas está relacionado con un incremento de los problemas relacionados con la salud psicológica.

En conclusión, y tal como ha quedado reflejado más arriba, uno de los factores de riesgo más frecuentes en los progenitores de familias en situación de adversidad es el estrés parental, que puede influir en el bienestar psicológico de los padres. Siguiendo la perspectiva de la prevención y el fortalecimiento que actualmente caracteriza las intervenciones con estas familias, resulta fundamental detectar dimensiones que moderen esta influencia y que puedan ser trabajadas por los profesionales junto a las familias. Los objetivos de este estudio son: 1) explorar el grado de sintomatología psicológica y el estrés parental en estas madres; 2) examinar las relaciones entre la sintomatología psicológica y las dimensiones relacionadas tanto con la experiencia de ser padres (estrés, estrategias de afrontamiento, locus de control, eficacia y satisfacción) como con el riesgo psicosocial (acumulación de circunstancias estresantes, pobreza, servicios de bienestar social utilizados) y 3) estudiar la influencia del estrés parental en la sintomatología psicológica de estas progenitoras así como explorar qué dimensiones (estrategias de afrontamiento, locus de control, eficacia y satisfacción) pueden moderar esta posible influencia.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 109 madres de familias en situación de riesgo con un expediente activo en los SS.SS. de la diputación y la ciudad de Huelva (España). La edad media de estas madres fue de 35,35 años ($DT= 7,25$; rango: 19 y 52 años) y su nivel educativo era principalmente bajo, la mayoría o bien no había completado la enseñanza básica (42,63%) o bien tenía estudios primarios (21,88%). Las participantes tenían como mínimo un hijo y como máximo siete ($M= 2,41$; $DT= 1,12$) de en torno a los ocho años de edad ($M= 8,02$; $DT= 3,21$). Un 36,1% de las madres trabajaba de manera remunerada pero en condiciones bastante precarias, dado que muchas de ellas tenían empleos inestables (50%) y/o sin contrato (45,26%). La comparación de los ingresos anuales de las familias (corregidos por unidad de consumo) con los datos oficiales poblacionales de cada año revela que el 56% de estas familias vivían por debajo del umbral de la pobreza¹. Éstas estaban compuestas por aproximadamente cuatro personas ($M= 4,06$; $DT= 1,26$) y dos-tres hijos ($M= 2,41$; $DT= 1,20$), y eran monoparentales en

¹Para establecer el umbral de la pobreza se ponderaron los ingresos netos anuales familiares dividiéndolos entre el número de unidades de consumo de cada hogar. Para calcular el número de unidades de consumo que existen en cada hogar se ha utilizado la escala de la OCDE modificada, que establece un peso de 1 para el primer adulto, 0,5 para el resto y 0,3 para cada uno de los menores de 14 años. A continuación, se compararon estos ingresos con el umbral o línea de pobreza de la Comunidad Autónoma de acuerdo con el momento de la recogida de datos. Este límite, a partir del cual puede hablarse de pobreza, se fija en el 60% de la mediana de la distribución de los ingresos por unidad de consumo en los habitantes de una población determinada.

un 40,23% de los casos. Con respecto a su condición de usuarias de SS.SS., las participantes en este estudio se distribuyeron de una forma prácticamente equitativa entre los servicios de atención a familias (SAF) (55,92%) y los equipos de tratamiento familiar (ETF) (44,08%). Asimismo, el 42,45% de las participantes en el estudio también eran usuarias de los dispositivos de salud mental.

Instrumentos

Los datos que se presentan en este trabajo se han obtenido utilizando las escalas que se presentan a continuación. Una mayor puntuación alcanzada en cada escala corresponde a una mayor presencia de la dimensión evaluada. Todos los índices de fiabilidad aportados corresponden al presente estudio.

- a) "Cuestionario de salud general" (*General Health Questionnaire*, GHQ-28; Golberg y Hillier, 1979). Este instrumento es un cuestionario de cribado diseñado para detectar sintomatología psicológica asociada a posibles trastornos mentales en dispositivos de atención primaria, y ha sido validado para población española por Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Está compuesto de 28 ítems ($\alpha= 0,94$) que consisten en ejemplos de sintomatología de diverso tipo (somática, depresiva, ansiedad...), la persona debe indicar la presencia durante las tres últimas semanas de cada síntoma mediante una escala Likert de cuatro opciones de respuesta (desde *No, en absoluto* hasta *Mucho más de lo habitual*). En este trabajo se han utilizado dos de los resultados que ofrece esta prueba: a) la puntuación Likert, que se obtiene asignando los valores 0, 1, 2 y 3 a cada una de las opciones de respuestas de cada ítem (0= *No, en absoluto*, 3= *Mucho más de lo habitual*), y b) la puntuación GHQ, que establece el número de síntomas a partir de contabilizar cada ítem mediante valores 0, 0, 1 y 1 (0= *No, en absoluto*, 1= *Mucho más de lo habitual*), correspondiendo las dos primeras opciones de respuesta con un valor 0 y las dos siguientes con un valor 1. Respecto a la puntuación GHQ, el límite clínico establecido en la validación original de Lobo *et al.* (1986) es de 5/6 síntomas; no obstante, en trabajos más recientes (Revilla *et al.*, 2004) se propone un punto de corte de 7/8.
- b) "Índice de estrés parental, versión breve" (*Parenting Stress Index - Short Form*, PSI-SF; Abidin, 1995). Esta prueba evalúa el nivel de estrés experimentado por la persona en su rol como padre de hijos de hasta 12 años de edad. Está compuesta por 36 ítems ($\alpha= 0,89$) y presenta un formato Likert de respuesta de cinco opciones, desde 1 (*Muy en desacuerdo*) a 5 (*Muy de acuerdo*). La adaptación española de esta escala (Díaz-Herrero, Brito, López, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2010) muestra una estructura bifactorial y recomienda criterios de corrección que permiten obtener, junto a una puntuación final de estrés parental, resultados sobre dos subescalas: estrés asociado en general a la paternidad o la maternidad (malestar personal, 12 ítems, $\alpha= 0,79$) y específicamente a la crianza y el cuidado del propio hijo (estrés derivado del cuidado del hijo, 24 ítems, $\alpha= 0,85$). De acuerdo con las recomendaciones de los autores originales, el punto de corte clínico para la puntuación global de esta escala se sitúa en 89/90.

- c) "Cuestionario COPE" (*Coping Orientation to Problems Experienced*, COPE; Carver, 1997). Esta escala evalúa las estrategias utilizadas para hacer frente al estrés y cuenta con una adaptación a la población española (Crespo y Cruzado, 1997). Contiene 28 ítems con respuestas Likert de cuatro opciones, desde 1 (*No hice esto en absoluto*) a 4 (*Hice esto mucho*). De acuerdo con la adaptación española, este instrumento aporta información acerca de tres estrategias de afrontamiento de segundo orden: afrontamiento centrado en el problema (6 ítems, $\alpha = 0,73$), en la emoción (10 ítems, $\alpha = 0,60$) y evitación (6 ítems, $\alpha = 0,67$).
- d) "Cuestionario de sentido de competencia parental" (*Parental Sense of Competence*, PSOC; Johnston y Mash, 1989). Evalúa la competencia percibida como padre, mediante 16 ítems con respuestas Likert desde 1 (*Totalmente en desacuerdo*) hasta 6 (*Totalmente de acuerdo*). Ofrece resultados de dos subescalas: eficacia parental (7 ítems, $\alpha = 0,73$) y satisfacción con el rol (9 ítem, $\alpha = 0,60$).
- e) "Locus de control parental" (*Parental Locus of Control*, PLOC; Campis, Lyman y Prentice-Dumn, 1986). Este cuestionario evalúa el locus de control como progenitor en un continuo de interno-externo, y contiene 46 ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta, desde 1 (*Muy en desacuerdo*) a 5 (*Muy de acuerdo*). La menor o mayor puntuación en la escala general corresponde a un locus de control parental más interno o externo respectivamente. En este estudio, la fiabilidad de la escala fue $\alpha = 0,71$.
- f) "Inventario de situaciones estresantes y de riesgo" (ISER; Hidalgo, Menéndez, Sánchez, López, Jiménez y Lorence, 2005). Esta entrevista semiestructurada evalúa la existencia de sucesos vitales potencialmente estresantes en los últimos tres años de la trayectoria vital de la persona, así como el grado de afectación emocional con el que estas situaciones han sido experimentadas. Consta de 16 situaciones potencialmente problemáticas y estresantes (p. ej., "Relación conflictiva con los hijos" o "Ser víctima de maltrato") y la persona debe indicar si le han y en qué medida le han afectado negativamente, mediante una escala de respuesta que progresa desde 1 (*Nada*) hasta 3 (*Mucho*).

Procedimiento

Debido a las dificultades relacionadas con el acceso a este tipo de población, la muestra fue seleccionada por conveniencia con colaboración de los psicólogos y psicólogas de los SS.SS.CC. En poblaciones con estas características la utilización de este tipo de muestreo se ha considerado adecuado por diferentes autores (p. ej., Fraenkel y Wallen, 2006). El equipo de investigación mantuvo una reunión con estos profesionales para exponerles los objetivos del estudio, las características de la población diana, y la participación que se les solicitaba en el trabajo de campo. Tras esta reunión, el 62,53% de los psicólogos mostraron su disposición a colaborar. El criterio de inclusión fue que la familia se ajustara a un perfil de riesgo medio, que es el característico de aquellas con las que se desarrollan

intervenciones de preservación y fortalecimiento familiar. Cada profesional seleccionó un grupo de usuarias de su centro social y, después de recabar su colaboración voluntaria en el estudio, concertó una cita en las dependencias del centro a la que acudió un miembro del equipo de investigación. Antes de administrar la batería de instrumentos, las madres firmaron un consentimiento informado.

Análisis de datos

Para realizar las comparaciones de medias se utilizaron las pruebas paramétricas *t* de Student y chi-cuadrado para las variables cuantitativas y cualitativas respectivamente, y la prueba *U* de Mann-Whitney para los análisis no paramétricos. Con respecto a los análisis multivariantes, y para detectar los casos atípicos y su influencia, se tomó en consideración la distancia de Mahalanobis (distribución χ^2 [$p < 0,001$] de las puntuaciones con el estadístico D^2) y se observaron los gráficos de distribución de residuos (se estudió la dispersión de los residuos estandarizados tomando como criterio límite una distancia de $\pm 1,96$ puntos).

Para analizar la relación entre la variable criterio y varias variables predictoras se realizaron diversos análisis de regresión múltiple jerárquica (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999). El método de introducción utilizado fue por bloques, eligiendo las variables a controlar en base a los análisis previos entre la variable criterio y los estadísticos relativos a las características de perfil de la muestra. Debido a que en esta investigación se considera tanto el modelo general encontrado como el grado de participación que cada predictora aporta al mismo, la interpretación del valor teórico se realizó desde dos perspectivas: los tipos de relaciones encontradas y la importancia de las variables predictoras. Para ello se tomó en cuenta, en primer lugar, el coeficiente de determinación corregido (R^2), que ofrece información acerca del nivel de precisión predictiva o porcentaje de variación en la variable criterio explicada por las variables predictoras. En segundo lugar, con respecto a las variables predictoras, se examinó el sentido y la significación de los coeficientes de regresión estandarizados, con objeto de detectar aquellas variables predictoras que contribuyen de una forma relevante a la explicación de la variable criterio.

Por último, con el objetivo de detectar posibles procesos de moderación, se utilizaron procedimientos basados en el cálculo de la interacción entre variables predictoras. Estos se llevaron a cabo tras multiplicar las puntuaciones tipificadas de cada variable e introducirlas de manera conjunta en el último paso del modelo. Tras comprobar que la interacción resultaba significativa, se analizó la significación de las pendientes de las rectas a través de la prueba *t* de Student por cada valor +1 (primer grupo resultante) y -1 (segundo grupo) de la desviación típica de la variable predictora sobre la variable moderadora. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS 20 para Windows (IBM Corp., 2011).

Resultados

Análisis descriptivos de las dimensiones evaluadas

Los análisis reflejaron que la puntuación Likert del GHQ-28 alcanzó una media de 31,40 ($DT= 18,81$), con un mínimo y un máximo de 2 y 78 respectivamente (tabla 1). Con respecto a la puntuación GHQ, el número medio de síntomas fue de 9,86 ($DT= 8,07$), con un amplio rango de 0-26. Estos análisis indicaron que un 52,70% de la muestra sobrepasó este límite clínico (puntuación GHQ > 8).

Respecto al estrés parental, la media del PSI-SF fue 94,18 ($DT= 24,28$), con un rango de 48-163. El 44,95% de las madres superaron el límite clínico de la escala (PSI-SF > 90). Además, el estrés parental mostró una variabilidad relevante en las madres con puntuaciones clínicas (mayor a ocho síntomas) en GHQ ($t(92) = -4,18$; $p < 0,001$). Así, las mujeres con un nivel no clínico de sintomatología psicológica obtuvieron una media en estrés parental ($M= 83,79$; $DT= 21,14$) más baja que la de las usuarias con puntuaciones clínicas ($M= 102,49$; $DT= 21,82$). En cuanto a las subescalas del PSI-SF, las madres alcanzaron una puntuación media de 31,94 ($DT= 10,32$) con un rango de entre 12 y 60 en malestar personal, y una media de 62,01 ($DT= 16,75$) en estrés derivado del cuidado de hijo con un valor mínimo de 30 y máximo de 107 puntos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables predictoras del estrés parental y acumulación de circunstancias estresantes

Variables	<i>M</i>	<i>DT</i>	Mínimo	Máximo
Estrategias centradas en el problema	17,04	4,26	6	24
Estrategias centradas en la emoción	21,28	5,24	10	40
Evitación	11,48	3,98	6	24
Eficacia parental	29,24	6,91	13	42
Satisfacción parental	30	6,90	13	43
Locus de control parental	115,50	18,47	66	170
Acumulación circunstancias estresantes	5,02	2,58	0	11

Los análisis descriptivos de las variables predictoras del estrés parental y de la acumulación de circunstancias vitales estresantes de estas madres se pueden observar en la tabla 2. De esta manera, el desempleo y la inestabilidad laboral (80,68%), junto a los problemas económicos (68,41%), fueron las experiencias estresantes más frecuentemente señaladas. Un elevado porcentaje de las usuarias entrevistadas indicaron que, en los últimos tres años, habían hecho frente a relaciones familiares conflictivas, tanto con la pareja (48%) como con los hijos (42,95%), así como a situaciones de malos tratos (43,99%). Además, las participantes presentaron un alto nivel de impacto emocional con respecto a la vivencia de este tipo de situaciones ($M= 2,49$; $DT= 0,56$).

Tabla 2

Relaciones entre la sintomatología psicológica (GHQ-28, corrección tipo Likert) y los indicadores de perfil sociodemográfico, la acumulación de riesgo y la relación con servicios sociales comunitarios

Perfil individual y familiar		Perfil socioeconómico		Perfil de riesgo e intervención	
Nivel educativo madre	$F(1,86)=0,19$	Trabajo	$F(1,82)=1,96$	Acumulación riesgo	$r(83)=0,382^{***}$
Tipo de familia	$F(1,82)=0,74$	Regularidad empleo	$U(29)=110,50$	Impacto riesgo	$r(80)=0,242^*$
Menores en el hogar	$r(77)=0,165$	Contrato	$U(28)=78,50$	Servicio actual (ETF/SAF)	$\chi^2(92)=0,19$
		Pobreza cualitativa	$U(67)=293^*$	Salud mental	$\chi^2(83)=1,19$

Notas: ETF= equipos de tratamiento familiar; SAF= servicios de atención a familias. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Relaciones entre la sintomatología psicológica y las dimensiones evaluadas

Como se indica en la tabla 3, la presencia de sintomatología se relacionó con las dos dimensiones de estrés parental (malestar personal y estrés derivado del cuidado del hijo) así como con la evitación y el locus de control parental. Así, las madres con más sintomatología psicológica obtuvieron puntuaciones más elevadas en las dos subescalas del PSI-SF, mostraron un locus de control más externo y fueron las que más utilizaron las estrategias de evitación ante el estrés parental.

Además, la sintomatología psicológica se puso en relación con las características sociodemográficas, con la acumulación de circunstancias de riesgo y con el historial de intervención. Concretamente, en las madres de familias que se situaban por debajo del umbral de la pobreza se observó una mayor presencia de sintomatología ($M= 15,43$; $DT= 7,03$) en comparación con las no pobres ($M= 11,38$; $DT= 7,91$). Además, la acumulación de circunstancias de riesgo y su impacto emocional se relacionaron de forma positiva con la presencia de sintomatología: las madres que acumularon un mayor número de sucesos vitales estresantes y se sentían más afectadas emocionalmente presentaron una mayor presencia de síntomas psicológicos.

Con respecto a su condición de usuarias de SS.SS.CC. y de otros dispositivos de bienestar social, se exploró la distribución de las madres que sobrepasaron el límite clínico en los servicios de ETF y salud mental. Los análisis de residuos estandarizados no arrojaron ninguna diferencia significativa en la distribución, por lo que las mujeres con una sintomatología clínica se repartieron de la misma manera que las no clínicas en cuanto a la ausencia o presencia de intervención de estos dispositivos especializados.

Tabla 3

Correlaciones de Pearson entre la sintomatología psicológica, las dimensiones que componen el estrés parental, afrontamiento, eficacia, satisfacción y locus de control parental

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Síntomas psicológicos	--							
2. Estrés parental- Malestar	0,579 ***	--						
3. Estrés parental- Hijos	0,366 ***	0,557 ***	--					
4. Afrontamiento- Problema	0,019	0,048	0,117	--				
5. Afrontamiento- Emoción	0,108	0,115	0,141	0,502 ***	--			
6. Afrontamiento- Evitación	0,195 *	0,266 **	0,159	0,114	0,331 **	--		
7. Locus control parental	0,215 *	0,426 ***	0,540 ***	-0,064	0,016	0,322 **	--	
8. Eficacia parental	-0,091	-0,225 **	-0,211 *	-0,11	0,188	0,046	-0,262 **	--
9. Satisfacción parental	-0,193	-0,354 ***	-0,426 ***	0,035	-0,09	-0,217 *	-0,304 **	0,153

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Análisis de regresión lineal múltiple jerárquica

Se llevaron a cabo dos análisis de regresión lineal siendo la sintomatología psicológica la variable a explicar, el primero de ellos introduciendo el malestar personal derivado del rol como progenitora como principal variable predictora y el segundo incluyendo, en su lugar, el estrés asociado del cuidado del hijo. Antes de introducir las principales dimensiones de este estudio en los análisis de regresión múltiple, se comprobaron los supuestos previos y se eliminó a una madre del primer modelo y a dos del segundo por tratarse de casos extremos influyentes. En el primer bloque de ambos análisis, se decidió controlar la acumulación e impacto de circunstancias de riesgo y el grado de pobreza debido a la relación observada con la sintomatología psicológica en los análisis preliminares.

Con respecto al primer modelo (tabla 4), se introdujeron en primer lugar las variables a controlar, observándose un cambio en R^2 significativo, R^2 corregida = 0,12; $F(2,74) = 6,29$; $p = 0,003$. En segundo lugar se introdujeron las estrategias de afrontamiento, la percepción de competencia como progenitor y satisfacción como madre y el locus de control parental, no siendo significativo el cambio en F . La R^2 corregida alcanzó 0,34 puntos en el tercer paso, $F(1,67) = 22,87$; $p < 0,001$, al introducir el malestar personal, por lo que este modelo explicó un 34% de la varianza de la sintomatología psicológica atendiendo a la influencia de los efectos principales.

Tabla 4

Coefficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la sintomatología psicológica como variable dependiente y el malestar personal como principal predictora

	Sintomatología psicológica				
	R^2	B	β	t	p
Bloque 1. Variables de control	0,12**				
Pobreza		4,09	0,22	1,83	0,072
Acumulación riesgo		0,92	0,27	0,94	0,348
Impacto riesgo		0,13	0,12	0,40	0,688
Bloque 2. Predictores estrés parental	ΔR^2 0,00				
Afrontamiento - Problema		-0,51	-0,06	-0,44	0,661
Afrontamiento - Emoción		0,41	0,05	0,33	0,741
Afrontamiento - Evitación		1,21	0,14	1,15	0,255
Eficacia parental		-0,04	-0,01	-0,04	0,969
Satisfacción parental		-1,05	-0,12	-1,03	0,306
Locus de control parental		0,69	0,09	0,66	0,509
Bloque 3. Efecto principal	ΔR^2 0,22***				
Estrés parental- Malestar personal		4,76	0,56	4,78	< 0,001
Bloque 4. Efectos de moderación	ΔR^2 0,01				
MP x ACP		-2,56	-0,28	-1,90	0,062
MP x ACE		1,68	0,21	1,31	0,196
MP x E		2,71	0,30	2,49	0,015
MP x EP		-1,26	-0,16	-1,32	0,190
MP x SP		1,60	0,25	1,93	0,058
MP x LCP		-0,73	-0,10	-0,75	0,459
	R^2 corregida= 0,39				

Notas: MP= Malestar personal; ACP= Afrontamiento centrado en el problema; ACE: Afrontamiento centrado en la emoción; E= Evitación; EP= Eficacia parental; SP= Satisfacción parental; LCP= Locus de control parental. ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

De acuerdo con el cuarto bloque del modelo, se observaron tres efectos de moderación, dos de los cuales obtuvieron una significación marginal pero, debido a su relevancia teórica (Lazarus, 1999; Lazarus y Folkman, 1984), se exploraron para comprobar la significatividad de sus pendientes. El primero de los tres efectos a analizar tuvo como variable moderadora la evitación, la cual se dividió en dos grupos: bajo (-1 DT) y alto uso de estrategias centradas en la evitación (+1 DT). Así, aquellas madres que utilizaron más frecuentemente esta estrategia de afrontamiento, frente a niveles altos de malestar personal derivado del rol parental, presentaron altas puntuaciones de sintomatología psicológica ($t = 4,28$; $p < 0,001$). No obstante, aunque las madres que utilizaron en menor medida este tipo de afrontamiento también mostraron un cambio en los distintos niveles de estrés, el análisis de su pendiente reveló que ésta no fue tan pronunciada en comparación con las madres más evitativas ($t = 2,18$; $p = 0,030$) (figura 1). En el

caso del segundo efecto de interacción la variable moderadora fue la satisfacción parental, y el análisis de sus pendientes reveló que las madres con una menor satisfacción parental, al experimentar niveles altos de malestar personal derivado del rol parental, presentaron altas puntuaciones de sintomatología psicológica ($t=4,51$; $p<0,001$) en comparación con aquellas que se sintieron más satisfechas con su experiencia de ser padres. Estas últimas mostraron el mismo nivel de sintomatología psicológica en los distintos niveles de estrés ($t=1,23$; $p=0,220$) (figura 2).

Figura 1

Efectos de interacción entre el malestar personal y la evitación con respecto a la sintomatología psicológica

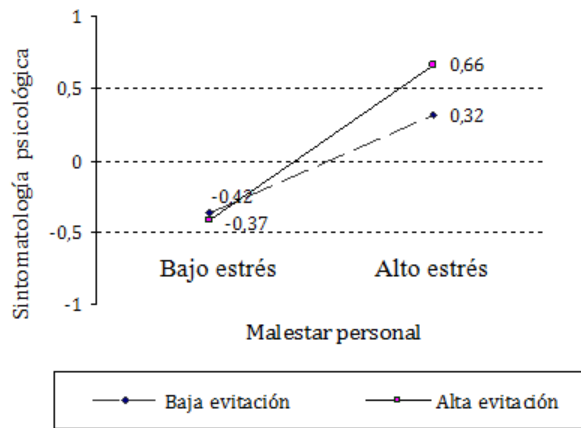
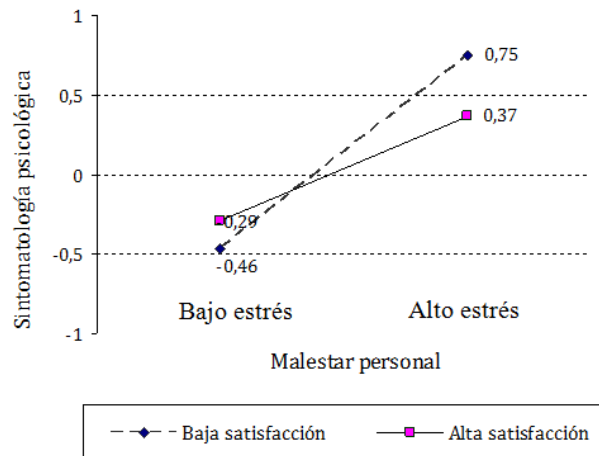


Figura 2

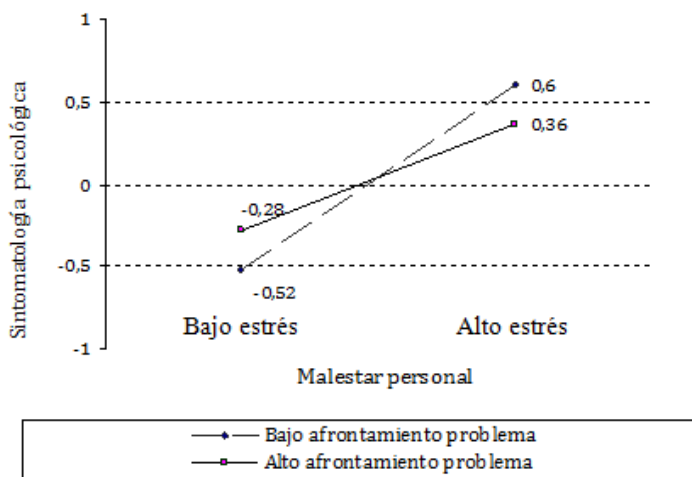
Efectos de interacción entre el malestar personal y la satisfacción parental con respecto a la sintomatología psicológica



El tercer efecto de interacción analizado desveló que las madres que utilizaron más frecuentemente las estrategias de afrontamiento centradas en el problema presentaron el mismo nivel de sintomatología psicológica sin importar el grado de malestar personal experimentado, $t= 0,17$; $p= 0,170$. Al contrario, se observó que las madres que utilizaron menos frecuentemente este tipo de afrontamiento presentaron un mayor nivel de sintomatología ($t= 4,50$; $p< 0,001$) con altos niveles de malestar personal en comparación con bajos niveles de malestar personal (figura 3).

Figura 3

Efectos de interacción entre el malestar personal y la evitación con respecto a la sintomatología psicológica



Con respecto al segundo análisis de regresión (tabla 5), y tal como se ha comentado más arriba, se introdujo en el tercer bloque la subescala estrés parental derivado del cuidado del hijo en lugar de malestar personal. En este caso, el cambio en F fue significativo ($F(1,66)= 3,88$; $p< 0,050$), alcanzando un 13% de varianza explicada.

En el cuarto bloque se observó un efecto de interacción en el que la variable moderadora resultó ser la satisfacción parental. De esta manera, el análisis de las pendientes de las rectas señaló que a niveles altos de estrés derivado del cuidado del hijo, las madres que percibían una baja satisfacción parental presentaron altas puntuaciones de sintomatología psicológica ($t= 2,90$; $p< 0,001$). Al contrario, las mujeres que se sentían satisfechas con su rol como madre mostraron el mismo nivel de sintomatología psicológica en los distintos niveles de estrés, $t= 0,02$; $p= 0,990$ (figura 4).

Tabla 5

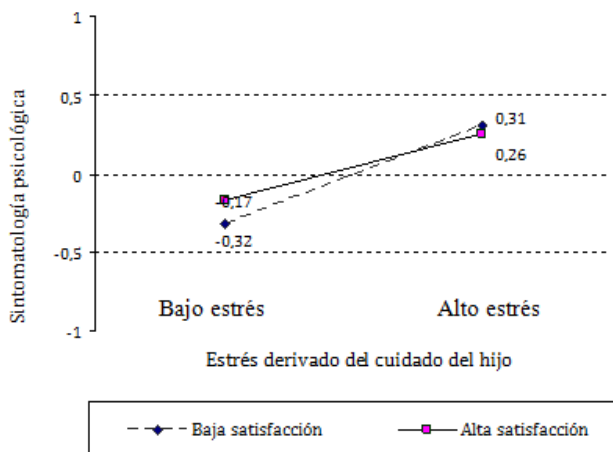
Coeficientes del análisis de regresión lineal múltiple con la sintomatología psicológica como variable dependiente y el estrés derivado del hijo como principal predictor

	Sintomatología psicológica				
	R^2	B	β	t	p
Bloque 1. Variables de control	0,09**				
Pobreza		4,57	0,24	2,02	0,048
Acumulación riesgo		1,06	0,31	1,10	0,274
Impacto riesgo		0,03	0,03	0,10	0,927
Bloque 2. Predictores estrés parental	ΔR^2 0,00				
Afrontamiento - Problema		-0,66	-0,08	-0,57	0,572
Afrontamiento - Emoción		0,50	0,06	0,41	0,682
Afrontamiento - Evitación		1,25	0,15	1,22	0,227
Eficacia parental		-0,29	-0,03	-0,29	0,775
Satisfacción parental		-1,13	-0,14	-1,15	0,256
Locus de control parental		0,42	0,05	0,40	0,692
Bloque 3. Efecto principal	ΔR^2 0,04*				
Estrés parental - Estrés derivado del hijo		2,34	0,28	1,98	0,050
Bloque 4. Efectos de moderación	ΔR^2 0,01				
EH x ACE		1,30	0,18	1,34	0,185
EH x E		-0,43	-0,05	-0,40	0,687
EH x EP		0,33	-0,16	0,32	0,751
EH x SP		2,54	0,34	2,25	0,028
EH x LCP		2,11	0,22	1,43	0,157
	R^2 corregida= 0,14				

Notas: MP= Malestar personal; ACP= Afrontamiento centrado en el problema; ACE= Afrontamiento centrado en la emoción; E= Evitación; EP= Eficacia parental; SP= Satisfacción parental; LCP= Locus de control parental. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Figura 4

Efectos de interacción entre el estrés parental derivado del cuidado del menor y la satisfacción parental con respecto a la sintomatología psicológica



Discusión

Los objetivos del presente estudio eran explorar el grado de sintomatología psicológica y el estrés parental que presentaban las madres de familias en situación de riesgo, examinar las relaciones entre la sintomatología y diversas dimensiones (acumulación de situaciones vitales estresantes, estrés, afrontamiento, sentido de eficacia, satisfacción y locus de control parental) y estudiar la influencia del estrés parental en la sintomatología psicológica así como determinar cuáles de las dimensiones estudiadas la moderan.

En primer lugar, más de la mitad de las madres mostraban una significativa presencia de sintomatología psicológica, superando el punto de corte para establecer el límite clínico de la escala utilizada. Este resultado se encuentra en la línea de lo hallado en diversos estudios internacionales realizados con familias en situación de riesgo (Chazan-Cohen *et al.*, 2007; Rafferty y Griffin, 2010) e incluso supera lo observado en muestras de usuarias de los programas “Comienzo temprano” (*Head Start*; Coyne y Thompson, 2011) y “Comienzo temprano, inicio inteligente” (*Starting Early Starting Smart*; Morrow *et al.*, 2010). Con respecto al estrés parental, y de manera parecida a lo encontrado en muestras similares a las de este estudio (Lanier *et al.*, 2014; Marcynyszyn *et al.*, 2011; Pérez-Padilla *et al.*, en prensa), en torno a la mitad de las madres presentaban un estrés parental clínico, evidenciando así que las mujeres procedentes de familias caracterizadas por un balance descompensado de factores de riesgo y de protección sienten una elevada tensión a la hora de desarrollar su rol como progenitoras. No obstante, aunque estos datos apuntan a un alto malestar tanto psicológico como parental, en el momento en que se realizó este estudio estas usuarias no estaban recibiendo intervenciones por parte de los ETF o de salud mental. Tal como apuntan diversos autores (Hidalgo *et al.*, 2010, Rodrigo *et al.*, 2012) el trabajo que se realiza con estas familias en SS.SS.CC. está centrado en la promoción de sus fortalezas personales y parentales. No obstante, al mismo tiempo, a la hora de trabajar con estas madres es posible que sea necesario, en coordinación con otros servicios de bienestar social, añadir e integrar elementos que fomenten su bienestar psicológico.

En segundo lugar, se observó que las mujeres con un elevado malestar psicológico presentaban una mayor acumulación e impacto de situaciones estresantes y de riesgo, experimentaron mayores niveles de estrés, utilizaban frecuentemente la evitación como estrategia de afrontamiento y mostraban un locus de control externo. Al respecto, tal como apuntan Revilla *et al.* (2004), el estrés psicosocial puede estar relacionado con la aparición de sintomatología psicológica. Además, la situación de pobreza en la que vivían estas familias influye en la aparición de malestar psicológico, en consonancia con otros estudios internacionales (Gadalla, 2009; Henninger y Luze, 2014; Morrow *et al.*, 2010). En cuanto al mayor uso de las estrategias evitativas en estas mujeres, se observa cierta coherencia con lo señalado en el estudio meta-analítico de Penley *et al.* (2002), en el que se indica que una mayor evitación se relaciona con un mayor malestar psicológico. En relación al locus de control parental, se observó que estas madres se caracterizaban por presentar un locus de control externo, lo cual está

relacionado con una mayor presencia de sintomatología tal como apuntan diversos estudios realizados con familias en riesgo (Coyne y Thompson, 2011; Wanamaker y Glenwick, 1998).

En tercer lugar, en este estudio se ha explorado la relevancia del estrés parental a la hora de explicar la variabilidad de la sintomatología psicológica, de tal manera que se puede afirmar, en función de los resultados obtenidos, que esta dimensión parece funcionar como un importante predictor de la salud mental de las madres. Los análisis efectuados apuntaron a que el estrés derivado del cuidado del niño aportó un porcentaje significativo a la hora de explicar la sintomatología de las madres, pero menor en comparación al malestar personal que experimentaban. Con respecto a los amortiguadores del efecto que el estrés parental ejercía en la sintomatología psicológica, se debe señalar que la satisfacción parental, la evitación y el afrontamiento centrado en el problema actuaban como moderadores. Por un lado, la satisfacción parental moderó tanto la influencia del malestar personal como el estrés derivado del cuidado del hijo. Así, las emociones positivas en torno al ejercicio de las tareas parentales pueden propiciar la aparición de respuestas adaptativas ante el estrés, coincidiendo de este modo con la propuesta que realiza Lazarus (1999). Además, la influencia de la satisfacción parental en los indicadores sintomatológicos había sido estudiada de una manera indirecta por De Panfilis y Wubotwiz (2005), que observaron que la reducción del malestar psicológico en los progenitores se asoció al incremento de los sentimientos positivos sobre la competencia parental.

Por otro lado, el mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema amortiguó los efectos del estrés parental en la salud psicológica. Este resultado puede enmarcarse en las premisas del Modelo transaccional del estrés (Lazarus, 1999; Lazarus y Folkman, 1984) y es coherente con lo observado en estudios metaanalíticos como el de Penley *et al.* (2002), donde se argumenta que este tipo de afrontamiento se relaciona con un incremento de la salud psicológica del individuo, al contrario de lo que sucede con la negación, el distanciamiento o la evitación. No obstante, cabe señalar que los resultados referidos al afrontamiento centrado en el problema y a la satisfacción deben considerarse con la mayor de las precauciones debido al valor p de probabilidad observado. Si bien es cierto que las estrategias centradas en la emoción no amortiguaron el efecto del estrés en la salud de las madres, cabe señalar que los diferentes tipos de afrontamiento parecen funcionar de acuerdo a la hipótesis de la especificidad individual (Penley *et al.*, 2002), por lo que es posible que para intervenir en la relación del estrés parental con la sintomatología psicológica sea más relevante promover este tipo de estrategias activas.

En conclusión, las madres de familias en situación de riesgo experimentan niveles elevados de estrés psicosocial, lo cual está relacionado con su bienestar psicológico y la vivencia de su rol como progenitora. Estas mujeres tienden a superar los límites clínicos de las escalas administradas para explorar estos aspectos y, además, se observa que el estrés parental puede señalarse como un factor de riesgo que influye en la aparición de sintomatología en estas mujeres. Con el objetivo de encontrar dimensiones que puedan moderar esta influencia y que además sean susceptibles a la intervención de los profesionales, se puede señalar

que tanto la satisfacción que estas mujeres sienten como madres como las estrategias de afrontamiento que utilizan deben considerarse a la hora de trabajar con estas madres.

En cuanto a las limitaciones del estudio, señalar que la investigación está circunscrita a madres de familias en riesgo. Esta circunstancia obedece al hecho de que la mayoría de los usuarios de los SS.SS.CC. son mujeres; sin duda, la posibilidad de acceder a una muestra representativa de progenitores varones aportaría una visión más completa y rica acerca de este tipo de familias. Por otro lado, el tamaño de la muestra puede considerarse reducido, sin embargo los trabajos realizados cuya población objeto de estudio es clínica tienden a presentar muestras similares. Además, se ha observado en algunas dimensiones del estudio bajos valores en el índice de fiabilidad.

Aun con las limitaciones indicadas, este trabajo apoya la idea de que tanto la presencia de sintomatología psicológica como el estrés parental deben ser dimensiones a considerar en el ámbito del estudio de contextos de riesgo. Ambos constructos han sido evaluados por instrumentos validados en nuestro país por lo que los resultados presentados pueden ofrecer claves relevantes tanto para la evaluación como para la intervención de los profesionales que atienden a esta población.

Referencias

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual* (3ª ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, *57*, 340.
- Beardslee, W. R. y Knitzer, J. (2003). *Strengths-based family mental health services: a family systems approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Campis, L. K., Lyman, R. D. y Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: development and validation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *15*, 260-267.
- 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.
- Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., Whiteside-Mansel, L. y Hart, A. (2007). It takes time: impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, *28*, 151-170.
- Conger, K. J., Rueter, M. A. y Conger, R. D. (2000). The role of economic pressure in the lives of parents and their adolescents: the family stress model. En L. J. Crockett y R. J. Silbereisen (dirs.), *Negotiating adolescence in times of social change* (pp. 201-223). Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Conger, R. D., Wallace, L. E., Sun, Y., Simons, R. L., McLoyd, V. C. y Brody, G. H. (2002). Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*, *38*, 179-193.
- Coyne, L. W. y Thompson, A. D. (2011). Maternal depression, locus of control, and emotion regulatory strategy as predictors of preschoolers' internalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, *20*, 873-883.

- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 797-830.
- De Panfilis, D. y Dubowitz, H. (2005). Family connections: a program for preventing child neglect. *Child Maltreatment*, *10*, 108-123.
- Deater-Deckard, K. D. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt, J. M. y Peñate, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *90*, 21-39.
- Díaz-Herrero, A., Brito, A., López, J. A., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index - Short Form. *Psicothema*, *22*, 1033-1038.
- Dumas, J. E., Nissley, J., Nordstrom, A., Smith, E. P., Prinz, R. J. y Levine, D. W. (2005). Home Chaos: sociodemographic, parenting, interactional, and child correlates. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*, 93-104.
- Eisengart, S. P., Singer L. T., Fulton S. y Baley J. (2003). Coping and psychological distress in mothers of very low birth weight young children. *Parenting: Science and Practice*, *3*, 49-72.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Kortteinen, M. y Tuomikoski, H. (2001). Socioeconomic status, hostility and health. *Personality and Individual Differences*, *31*, 303-315.
- Ethier, L. S., Couture, G. y Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, *19*, 13-24.
- Ethier, L. S., Lacharite, C. y Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse and Neglect*, *19*, 619-632.
- Fisher, P. A., Fagot, B. I. y Leve, C. S. (1998). Assessment of family stress across low-, medium-, and high-risk samples using the family events checklist. *Family Relations*, *47*, 215-219.
- Fraenkel, J. R. y Wallen, N. E. (2006). *How to design and evaluate research in education*. Nueva York, NY: Mc Graw-Hill.
- Gadalla, T. M. (2009). Determinants, correlates and mediators of psychological distress: a longitudinal study. *Social Science and Medicine*, *68*, 2199-2205.
- Garaigordobil, M., Alirí, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *17*, 543-559.
- Government of Canada (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada*. Ottawa: Autor.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, *9*, 139-145.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis de datos multivariante* (5ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Henninger, W. R. y Luze, G. (2014). Poverty, caregiver depression and stress as predictors of children's externalizing behaviours in a low income sample. *Child & Family Social Work*, *19*, 467-479.
- Hidalgo, M. V., Menéndez, S., Sánchez, J., López, I., Jiménez, L. y Lorence, B. (2005). *Inventario de Situaciones Vitales Estresantes*. Manuscrito no publicado, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Hidalgo, V., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B. y Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, *23*, 413-426.
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75*, 3-18.

- IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Nueva York, NY: IBM Corp.
- Johnston, C. y Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 18, 167-175.
- Lanier, P., Kohl, P. L., Benz, J., Swinger, D. y Drake, B. (2014). Preventing maltreatment with a community-based implementation of parent-child interaction therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 449-460.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. Nueva York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, NY: Springer.
- Lee, K. (2003). Maternal coping skills as a moderator between depression and stressful life events: effects on children's behavioral problems in an intervention program. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 425-437.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres*. Madrid: Visor.
- Marcynyszyn, L. A., Maher, E. J. y Corwin, T. W. (2011). Getting with the (evidence based) program: an evaluation of the Incredible Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 33, 747-757.
- Moore, C. G., Probst, J. C., Tompkins, M., Cuffe, S. y Martin, A. B. (2007). The prevalence of violent disagreement in US families: effects of residence, race/ethnicity, and parental stress. *Pediatrics*, 119, 68-76.
- Morrow, C. E., Mansoor, E., Hanson, K. L., Vogel, A. L., Rose-Jacobs, R., Genatossio, C. S., Windham, A. y Bandstra, E. S. (2010). The starting early starting smart integrated services model: improving access to behavioral health services in the pediatric health care setting for at-risk families with young children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 42-56.
- Penley, J. A., Tomaka, J. y Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Pérez-Padilla, J., Ayala-Nunes, L., Hidalgo, M. V., Nunes, C., Menéndez, S. y Lemos, I. (en prensa). Parenting and stress: a study with Spanish and Portuguese at-risk families. *International Social Work*.
- Rafferty, Y. y Griffin, K. W. (2010). Parenting behaviours among low-income mothers of preschool age children in the USA: implications for parenting programmes. *International Journal of Early Years Education*, 18, 143-157.
- Revilla, L., Ríos, A. A. M. y Luna, J. (2004). Utilización del Cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 33, 417-422.
- Rijlaarsdam, J., Stevens, G. W., Ende, J. van der, Hofman, A., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. P., Verhulst, F. C. y Tiemeier, H. (2013). Economic disadvantage and young children's emotional and behavioral problems: mechanisms of risk. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 125-137.
- Rodrigo, M. J. y Byrne, S. (2011). Apoyo social y agencia personal en madres en situación de riesgo. *Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 20, 13-24.
- Rodrigo, M. J., Byrne, S. y Álvarez, M. (2012). Preventing child maltreatment through parenting programmes implemented at the local social services level. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 89-103.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

- Rodríguez, A. M., Lemos, S. y Canga, A. (2002). Variables biológicas, conductuales y de personalidad como predictoras de salud: un estudio longitudinal. *Psicología Conductual, 10*, 7-29.
- Sidor, A., Fischer, C., Eickhorst, A. y Cierpka, M. (2013). Influence of early regulatory problems in infants on their development at 12 months: a longitudinal study in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*, 35-49.
- Tein, J. Y., Sandler, I. N. y Zautra, A. J. (2000). Stressful life events, psychological distress, coping, and parenting of divorced mothers: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology, 14*, 27.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: a report of the surgeon general*. Rockville, MD. Recuperado el 3 de abril de 2015, de <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html>.
- Wadsworth, M. E., Raviv, T., Compas, B. E. y Connor-Smith, J. K. (2005). Parent and adolescent responses to poverty related stress: tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies, 14*, 283-298.
- Wanamaker, C. E. y Glenwick, D. S. (1998). Stress, coping, and perceptions of child behavior in parents of preschoolers with cerebral palsy. *Rehabilitation Psychology, 43*, 297-312.

RECIBIDO: 26 de mayo de 2015

ACEPTADO: 27 de agosto de 2015