

# Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental

## RESUMEN

**Fundamentos:** los programas de educación parental, promotores de la parentalidad positiva, reducen el estrés parental. En España y Latinoamérica son escasas las evaluaciones que evidencian dichos efectos y en ningún caso exploran los predictores de éxito. Este estudio analiza los cambios producidos por el "Programa de desarrollo de habilidades parentales para familias" (PHP), basado en la educación parental y promovido por enfermeras comunitarias sobre el estrés parental, e identifica los factores sociodemográficos asociados a una mayor reducción de estrés. **Métodos:** se recogió información sociodemográfica de 257 participantes, antes de la intervención y de estrés parental antes y después de esta. Se empleó la versión española de Parental Stress Scale. Se aplicaron test no paramétricos y una regresión logística binaria. **Resultados:** el análisis bivariado identificó reducción del estrés parental para todas las categorías de las variables predictoras. El análisis multivariado mostró que los hombres, las personas con menor nivel de estudios y las desempleadas presentaron mayor probabilidad de reducir el estrés. **Conclusiones:** el PHP es una intervención efectiva para reducir el estrés parental en diferentes grupos poblacionales. Este estudio contribuye a reforzar los incipientes hallazgos de estudios internacionales, y a dar respuesta al vacío de los países latinos, en cuanto al papel de los determinantes sociales como predictores de la reducción del estrés parental generados por los programas de educación parental.

## PALABRAS CLAVE

Salud mental, estrés psicológico, responsabilidad parental, educación parental (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2

## Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Vázquez N, Ramos P, Molina MC, Artazcoz L. Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*. 2016; 16(2): 137-147. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.2

- 1 Universidad de Barcelona (España). nvazquez@ub.edu
- 2 Agencia de Salud Pública de Barcelona (España). pramos@aspb.cat
- 3 Universidad de Barcelona (España). cmolina@ub.edu
- 4 Agencia de Salud Pública de Barcelona, CIBER (España). lartazco@aspb.cat

Recibido: 04 de mayo de 2015  
Enviado a pares: 23 de junio de 2015  
Aceptado por pares: 15 de noviembre de 2015  
Aprobado: 24 de enero de 2016

# *How an Intervention to Promote Positive Parenting Affects Parental Stress*

## ABSTRACT

**Fundamentals:** Parental education programs, promoting positive parenting, reducing parental stress. Assessments that demonstrate these effects are rare in Spain and Latin America and in no case do they explore predictors of success. This study analyzes the changes in parental stress brought about by the "Parenting Skills Development Program for Families" (PSP), which is based on parental education, promoted by community nurses, and identifies the socio-demographic factors associated with added stress reduction. **Method:** Sociodemographic information was collected on 257 participants prior to the intervention and on parental stress before and after the intervention. The Spanish version of the Parental Stress Scale was used. A nonparametric test and binary logistic regression were applied. **Results:** A bivariate analysis identified a reduction in parental stress in all the categories of predictor variables. A multivariate analysis showed that men, as well as persons with lower levels of education and unemployed persons had more likelihood of reducing stress. **Conclusions:** PSP is an effective intervention to reduce parental stress in different population groups. This study helps to strengthen the incipient findings of international research and to respond to the void in Latin American countries concerning the role of social determinants as predictors of parental stress reduction generated through parental education programs.

## KEYWORDS

Mental health, psychological stress, parental responsibility, parental education (Source: DeCS, BIREME).

# *Efeito de uma intervenção de promoção da parentalidade positiva sobre o estresse parental*

## RESUMO

**Fundamentos:** os programas de educação que promovem a parentalidade positiva reduzem o estresse parental. Na Espanha e na América Latina, são escassas as avaliações que evidenciam esses efeitos e, em nenhum caso, exploram-se os preditores de sucesso. Este estudo analisa as mudanças produzidas pelo “Programa de desenvolvimento de habilidades parentais para famílias (PHP)”, baseado na educação parental e promovido por enfermeiras comunitárias, sobre o estresse parental; além disso, identifica os fatores sociodemográficos associados a uma maior redução de estresse. **Métodos:** coletou-se informação sociodemográfica de 257 participantes, antes da intervenção, e de estresse parental antes e depois desta. Empregou-se a versão espanhola de Parental Stress Scale e aplicaram-se testes não paramétricos e uma regressão logística binária. **Resultados:** a análise bivariada identificou redução do estresse parental para todas as categorias das variáveis preditoras. A análise multivariada mostrou que os homens, as pessoas com menor nível de escolaridade e as desempregadas apresentaram maior probabilidade de reduzir o estresse. **Conclusões:** o PHP é uma intervenção efetiva para reduzir o estresse parental em diferentes grupos populacionais. Este estudo contribui para reforçar os incipientes achados de estudos internacionais e dar resposta ao vazio dos países latino-americanos quanto ao papel dos determinantes sociais como preditores da redução do estresse parental gerados pelos programas de educação parental.

## PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental, estresse psicológico, responsabilidade parental, educação parental (Fonte: DeCS, BIREME).

## Introducción

La paternidad o la maternidad representa un importante momento de la etapa adulta para una gran parte de la población, ya que conlleva el desarrollo personal a través del cuidado y el apoyo al desarrollo de otros miembros de la sociedad, y concretamente de los hijos/a (1, 2); sin embargo, diversos estudios muestran los efectos negativos que puede generar la crianza para la salud mental de padres y madres (3-5), llegando ser una de las mayores fuentes de estrés (6). Pese a que el término "estrés" fue acuñado hace décadas (7), no existe una definición clara. Las distintas definiciones se han clasificado en función de la conceptualización del estrés como estímulo, como percepción, como respuesta, o a partir de las consecuencias que este genera a corto o medio plazo sobre la salud de las personas (8). En el caso del estrés parental, el estresor corresponde a las necesidades específicas y del comportamiento del niño o la niña que generan unas demandas en el padre o la madre (9). Las percepciones y creencias negativas del padre o la madre, como la baja percepción de autoeficacia parental, o las dificultades de relación en la pareja en el desarrollo de la parentalidad, entre otras, derivan en una falta de recursos para responder a las demandas del rol parental (10). En relación con la respuesta a los estresores, se ha documentado que la percepción de autoeficacia en el desarrollo de la parentalidad se asocia a unos recursos psicológicos que permiten afrontar mejor las demandas asociadas al rol parental (11). El desarrollo de un rol parental efectivo se relaciona con un menor riesgo de estrés, de manera que cuanto más seguros se sienten los progenitores en su capacidad para ser padres/madres, menor es el estrés y mejores los comportamientos parentales (6) y las conductas infantiles (12). Además, se ha señalado que los padres y las madres que muestran niveles más altos de estrés o menores capacidades para gestionarlo, tienden a emplear conductas parentales más coercitivas (13, 14).

La prevalencia de estrés parental es superior entre las personas en situación de vulnerabilidad (15). Algunos de los factores que se han asociado con mayor riesgo de estrés parental son el ser mujer (16), el nivel de estudios bajo (11), la monoparentalidad (17), la pertenencia a una etnia minoritaria (18), las dificultades económicas o el desempleo (19). Además, estos factores influyen sobre la percepción de incompetencia parental y la dificultad de desarrollar el rol parental (4).

Una de las intervenciones de salud pública que en la actualidad está en expansión en los países europeos y norteamericanos

es la aplicación de programas socioeducativos para promover la parentalidad positiva (20). Diversos estudios llevados a cabo en Europa y Norteamérica han mostrado los efectos positivos de dichos programas en la reducción del estrés parental (21, 22). Sin embargo, en el ámbito latino son escasas las evaluaciones que evidencian los efectos de los programas de educación parental en la salud mental de padres y madres (23). En ningún caso se exploran los determinantes sociales que pueden actuar como predictores de éxito, pese a que otras intervenciones comunitarias para la salud familiar en el entorno latino han mostrado el importante papel de los determinantes sociales sobre los efectos en padres, madres e infancia.

Desde el año 2011, la Agència de Salut Pública de Barcelona, a través de su equipo de enfermeras de salud comunitaria y con la colaboración de los servicios sociales, centros educativos, centros de atención primaria de salud, equipos de atención psicopedagógica y espacios de ocio y tiempo libre, implementa el "Programa de desarrollo de habilidades parentales para familias" (PHP) en diversos barrios de Barcelona. El PHP consta de 9 a 11 sesiones semanales lideradas por uno o dos profesionales, de las cuales dos son sesiones compartidas entre progenitores e hijo/as. Se aplica una metodología experiencial para abordar los aspectos relacionados con la autoestima parental; la comunicación asertiva y empatía; la comprensión del desarrollo del menor; la regulación del comportamiento infantil; la resolución de conflictos y el establecimiento de acuerdos; la autorregulación emocional. Estas sesiones se desarrollan en lugares próximos a las familias y en ellas participan entre 10 y 12 padres/madres aproximadamente con hijo/as/ entre 2 y 17 años.

Los objetivos de este estudio son: 1) analizar los cambios producidos por el PHP sobre los niveles de estrés parental y 2) identificar los factores sociodemográficos asociados a una mayor reducción de este estrés.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio cuasiexperimental antes-después sin grupo control (24). La población de estudio fue la totalidad de participantes en el PHP (257 padres y madres). Los criterios de inclusión fueron tener un hijo entre 2 y 17 años de edad y ser capaz de comprender y expresarse en castellano o catalán.

## Recogida de datos

Se recogió información sobre los niveles de estrés parental antes y después de la intervención de los 257 padres y madres participantes en los 22 grupos de implementación del PHP realizados en Barcelona y alrededores, de septiembre de 2013 a diciembre de 2014. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado inmediatamente antes de la intervención y al finalizar. Todos los participantes fueron informados de la confidencialidad de los datos. Se solicitó su consentimiento y se pidió expresamente la participación voluntaria en el estudio de evaluación del PHP. Las familias no recibieron ninguna recompensa económica. Todo el proceso se desarrolló de acuerdo con el código ético de la Agència de Salut Pública de Barcelona y la Universitat de Barcelona. Los datos fueron codificados y los investigadores en ningún momento conocieron los datos personales de los participantes.

## VARIABLES

La variable principal fue la de intervención, ya que todos los datos analizados provienen de padres/madres que participaron de las sesiones del PHP indicadas en apartados anteriores. El estrés parental se midió con la versión adaptada al español y reducida por Oronoz, Alonso-Arbiol y Balluerka (9), que está validada en castellano y es relativamente corta. Este instrumento tiene 12 ítems distribuidos en dos subescalas con una escala de Likert de 5 opciones (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = Bastante en desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni desacuerdo, 4 = Bastante de acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). La subescala 1 ( $\alpha$  de Cronbach = 0,77) está conformada por 7 ítems que recogen información sobre las fuentes de estrés (35 es la máxima puntuación). La subescala 2 ( $\alpha$  de Cronbach = 0,76) contiene 5 ítems sobre las recompensas recibidas por el menor (25 es la máxima puntuación). Las puntuaciones de esta subescala han sido transformadas antes de realizar la sumatoria, ya que la máxima puntuación implica la no percepción de estrés parental. El máximo nivel de estrés parental es la suma de todos los ítems de ambas subescalas (60 puntos) y el mínimo nivel es 0 puntos.

Las variables predictoras fueron el sexo, el país de origen (España u otro), el nivel de estudios (superior, secundario y primario o sin estudios), la situación laboral (trabaja, desempleado, tareas del hogar u otros), el estado de convivencia (en pareja o no) y la edad (menos de 30, 30-35, 36-40 y más de 40). En el análisis multivariado la variable dependiente fue la diferencia entre estrés pos y preintervención. La variable fue dicotomizada tomando como punto de corte la mediana de la distribución.

Dado que de acuerdo con el test de Kolmogorov-Smirnov los datos no seguían una distribución normal, para el análisis bivariado se aplicó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para identificar diferencias antes y después de la intervención entre los diferentes grupos, así como el test de Wilcoxon para comparar dos muestras relacionadas (pre y posintervención). Para identificar las características sociodemográficas asociadas al éxito en la reducción de estrés, se ajustó un modelo de regresión logística multivariada. Se analizó la existencia de tendencia para el nivel de estudios con el test de Wald. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.20.

## Resultados

### Características generales de la población de estudio

De los 257 participantes, el 84% finalizó la intervención y autocomplimentó el cuestionario posintervención. El 16% restante no finalizó la intervención por motivos laborales (cambios de horario, encontrar un trabajo, entre otros), familiares (nacimiento de un nuevo hijo/a o cuidado de un familiar) o por cambio de residencia. En la tabla 1 se muestran las características generales de la población participante. El 87,2% de los participantes fueron mujeres y la edad media fue 36,3 (DE = 7,98). El 40,6% eran personas inmigrantes procedentes de 30 países distintos, siendo los más frecuentes Ecuador y Marruecos. El 24% de los participantes no tenía estudios. El 41,2% tenía un trabajo remunerado, el 19,6% se dedicaba a las tareas del hogar y el 31,4% estaba en situación de desempleo. El 76,9% de los participantes vivía en pareja.

### Resultados de la intervención

La tabla 1 muestra los resultados descriptivos y del análisis bivariado comparando los diferentes grupos. Se identificaron diferencias significativas en los niveles de estrés antes de la intervención en cuanto al sexo, el nivel de estudios, la situación laboral y la edad. Por el contrario, tan solo se vieron diferencias significativas en el nivel de estrés después de la intervención en cuanto a sexo y nivel de estudios. En la tabla 2 se presenta la reducción del nivel de estrés parental tras la participación en la intervención. El análisis bivariado identifica que el estrés se redujo de forma significativa para todas las categorías de las variables predictoras.

**Tabla 1.** Características generales de la población de estudio y niveles de estrés parental antes y después de la intervención. Resultados del análisis bivariado (prueba de Kruskal-Wallis)

		Antes_intervención		Después_intervención	
		N	Media (DE)	N	Media (DE)
Sexo			*		**
	Mujer	224	30,34 (11,66)*	191	23,55 (6,58)
	Hombre	33	37,72 (17,02)	25	18,84 (6,96)
Edad			***		
	Menos de 30	50	40 (15,15)	42	21,04 (9,22)
	30-35	64	31,87 (11,52)	55	23,79 (6,35)
	36-40	81	27,86 (11,62)	65	23,02 (6,29)
	Más de 40	60	27,95 (9,45)	52	23,73 (5,36)
País de origen					
	España	152	29,99 (11,67)	131	22,87 (5,92)
	Inmigrante	104	33,21 (13,92)	84	23,09 (7,94)
Estado de convivencia					
	Vive en pareja	196	30,65 (11,97)	165	23,40 (6,52)
	No vive en pareja	59	33,54 (14,36)	49	21,50 (7,5)
Nivel de estudios			***		***
	Superiores	92	27,13 (7,57)	79	24,78 (4,76)
	Secundarios	90	29,45 (11,42)	68	22,85 (6,65)
	Sin estudios o primarios	61	41 (15,72)	57	20,32 (8,39)
Situación laboral			***		
	Ama de casa	50	33,56 (13,18)	45	25,51 (8,16)
	Empleado	105	27,01 (8,47)	89	23,90 (5,02)
	Desempleado	80	35,46 (14,89)	65	22,01 (7,72)
	Otros	20	31,7 (14,61)	15	19,93 (6,22)

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Fuente: elaboración propia

En la tabla 3 se presentan los resultados correspondientes al análisis multivariado. Los hombres (Ora = 3,62; IC 95 % = 1,17-11,18), las personas con menor nivel de estudios (Ora = 3,16; IC 95 % = 1,19-8,56) y los participantes en situación de desempleo (Ora = 2,69; IC 95 % = 1,40-6,59) presentaron mayor probabilidad de reducir el estrés. Además, se observó una tendencia estadísticamente significativa para el nivel de estudios.

## Discusión

Participar en el PHP se considera una estrategia efectiva para reducir significativamente el nivel de estrés parental de los padres y las madres participantes. Desarrollar un estilo parental positivo, basado en la asertividad, en el ejercicio de la parentalidad en la edad adulta se asocia a una mejora del bienestar de hijos

**Tabla 2.** Diferencia del nivel de estrés tras participar en la intervención.  
Resultados del análisis bivariado (prueba de Wilcoxon)

		Diferencia Después-Antes_intervención	
		N	Media (DE)
Total		257	31,29 (12,68)
Sexo	Mujer	191	-7,57 (15,37)***
	Hombre	25	-23,6 (22,10)***
Edad	Menos de 30	42	-21,16 (22,01)***
	30-35	55	-9,21 (16,41)***
	36-40	65	-5,9 (14,87)**
	Más de 40	52	-4,56 (10,87)**
País de origen	España	131	-7,95 (15,53)***
	Inmigrante	84	-11,88 (19,03)***
Estado de convivencia	Vive en pareja	165	-8,26 (16,08)***
	No vive en pareja	49	-13,73 (19,71)***
Nivel de estudios	Superiores	79	-2,88 (9,19)**
	Secundarios	68	-7,76 (14,26)***
	Sin estudios o primarios	57	-21,54 (22,05)***
Situación laboral	Ama de casa	45	-10,96 (18,62)**
	Empleado	89	-3,74 (9,61)***
	Desempleado	65	-15,03 (21,05)***
	Otros	15	-15,53 (18,63)**

\*p<0,05; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

Fuente: elaboración propia.

y padres, ya que el cuidado y el apoyo para el desarrollo de los demás se considera una máxima del propio desarrollo psicosocial de esta etapa (25). En este estudio se confirma que el fomento de las habilidades para desarrollar la parentalidad positiva mejora el bienestar parental, concretamente a través de una reducción del estrés. Otras intervenciones promotoras de parentalidad positiva como la aquí presentada han mostrado resultados similares a nivel internacional (26-30).

Además, estos efectos positivos se han mostrado en todos los grupos poblacionales, siendo más beneficiados en diversos casos los grupos más vulnerables, y con peores niveles de estrés parental iniciales (hombres, personas sin estudios o con estudios primarios y personas en situación de desempleo).

Los factores asociados a un nivel elevado de estrés parental previo a la intervención son consistentes con otros estudios. Se identifican las situaciones de vulnerabilidad (15), ya sea laboral (desempeados o personas dedicadas a las tareas del hogar) (19) u otras situaciones de riesgo como los niveles de estudios bajos (11, 31) como determinantes del estrés parental. En cuanto a los factores asociados a una mayor reducción del estrés parental tras la participación en el programa los hallazgos de este estudio son inéditos. El éxito en esta reducción, asociado a tener un nivel de estudios bajo, contrasta con los hallazgos significativos en sentido opuesto (32) o con la no significación de esta variable (27) descrita por otros estudios. Esto puede ser debido a que muchos de los estudios se basan en intervenciones centradas únicamente en la población más vulnerable (impulsados solo desde los ser-

**Tabla 3.** Factores asociados al éxito del PHP. Porcentaje de éxito, *Odds ratios* ajustadas (ORa) e intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %)

	%	ORa	IC 95 %
<b>Sexo</b>			
Mujer	49,2		1
Hombre	80	3,62*	1,17-11,18
<b>Edad</b>			
Menos de 30	69		
30-35	52,7	1,37	0,46-4,07
36-40	53,8	1,39	0,49-3,93
Más de 40	36,5	0,52	0,18-1,52
<b>País de origen</b>			
España	54,2		1
Inmigrante	51,2	0,78	0,41-1,50
<b>Estado de convivencia</b>			
Vive en pareja	52,3		1
No vive en pareja	53	1,35	0,65-2,84
<b>Nivel de estudios</b>			
Superiores	41,7		
Secundarios	52,94	1,57	0,71-3,43
Sin estudios o primarios	70,18	3,16*	1,19-8,56
<b>Situación laboral</b>			
Ama de casa	46,7		
Empleado/a	41,57	1,50	0,60-3,73
Desempleado/a	64,62	2,69*	1,40-6,59
Otras	86,7	8,45*	1,50-47,76

Fuente: elaboración propia.

vicios sociales), y en el caso de estudios de intervenciones de carácter universal no se describen las diferencias de acuerdo con los ejes de desigualdad en salud (33). En cuanto a los hallazgos asociados a los peores resultados en las personas dedicadas a las tareas del hogar, estos son congruentes con otros estudios similares (34), y también con estudios relacionados con la salud mental general de las mujeres empleadas y las amas de casa (35). El sexo del progenitor como predictor de éxito en la reducción de estrés parental de los programas de apoyo parental es escaso

dentro de la literatura, y los resultados en ocasiones son analizados en el marco de un conglomerado de variables para conformar un perfil de riesgo (36). Tan solo encontramos algunos hallazgos en programas específicos dirigidos a padres y madres de niños con trastornos mentales concretos (37). Este aspecto puede ser debido a que muchos de los estudios sobre efectividad de intervenciones parentales plantean como limitación contar solo con mujeres en su muestra, o con escaso número de hombres (28).

En cuanto a las limitaciones del estudio, debemos destacar la falta de datos posintervención 3, 6 o 12 meses después de la finalización del programa, ya que permitirían confirmar si los cambios producidos por la intervención son mantenidos con el paso del tiempo. La falta de información de seguimiento se da en otros estudios, sin embargo, en la actualidad se recomienda su incorporación (21, 26). Este factor complementará esta investigación en el futuro para mejorar los resultados actuales.

Otra limitación fue el no contar con grupo control. El diseño experimental con dos grupos y con aleatorización de participantes es considerado el más robusto para confirmar que los cambios en la población son atribuibles a la intervención, y por tanto esta es eficaz (38). No se empleó grupo control por la dificultad de conformar un número suficiente de padres/madres en lista de espera, así como de aceptar que una persona no se pudiera beneficiar de la intervención en el momento en que mostraba mayor interés para el cambio. El principal beneficio de un diseño aleatorio con grupo control es situar en condiciones notablemente diferentes a ambos grupos. Sin embargo, en las intervenciones de educación parental la motivación para el cambio y la imposibilidad de situarse como placebo no aseguran que ambos grupos sean tan diferentes. Diversos autores plantean que es común (39) y adecuado (40, 41) no emplear diseños con aleatorización de participantes en la evaluación de intervenciones sociales y de salud pública.

Finalmente, debemos concluir que este estudio representa no únicamente una oportunidad para mostrar los efectos positivos que una intervención universal de educación parental puede generar sobre la salud mental de padres y madres, sino que lo hace desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Existe un vacío en cuanto a la evaluación de programas de educación parental en los países latinos, y pese al aumento a nivel europeo, y especialmente en los países anglosajones, de estudios que muestran los efectos de dichos programas sobre la salud de

padres y madres (26), aún son escasos aquellos que incorporan la perspectiva de las desigualdades sociales en salud (33). Este estudio contribuye a reducir este vacío, ya que confirma la efec-

tividad de un programa de educación parental en la reducción de estrés parental para todos los grupos poblacionales de diferente vulnerabilidad en un país latino.

## Referencias

1. Erikson EH. *Adulthood*. New York: W. W. Norton; 1978.
2. Bradley CL. Generativity-Stagnation: Development of a Status Model. *Dev Rev*. 1997;17(3):262-90.
3. Umberson D, Thomeer MB, Williams K. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, editors. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 405-31.
4. Ostberg M, Hagekull B. Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scand J Psychol*. 2013 Jun;54(3):213-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23480459>
5. Epifanio MS, Genna V, De Luca C, Roccella M, La Grutta S. Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatr Rep*. 2015 May 25 [cited 2015 Aug 19];7(2):5872. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4508624&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Bloomfield L, Kendall S. Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Prim Health Care Res Dev*. 2012 Oct;13(4):364-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464178>
7. Selye H. The evolution of the stress concept. *Stress and cardiovascular disease*. *Am J Cardiol*. 1970;26:289-99.
8. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):71-8.
9. Oronoz B, Alonso-Arbiol I, Balluerka N. A spanish adaptation of parental stress scale. *Psychothema*. 2007;19(4):687-92.
10. Liles BD, Newman E, Lagasse LL, Derauf C, Shah R, Smith LM, et al. Perceived child behavior problems, parenting stress, and maternal depressive symptoms among prenatal methamphetamine users. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2012 Dec;43(6):943-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2252952>
11. Raikes HA, Thompson R a. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Ment Health J*. 2005 May;26(3):177-90. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/imhj.20044>
12. Neece CL, Green SA, Baker BL. Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *Am J Intellect Dev Disabil* [Internet]. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 501 3rd Street, NW Suite 200, Washington, D.C. 20001; 2012 Jan 20;117(1):48-66. Disponible en: <http://www.aaidjournals.org/doi/abs/10.1352/1944-7558-117.1.48>
13. Respler-Herman M, Mowder B a., Yasik AE, Shamah R. Parenting Beliefs, Parental Stress, and Social Support Relationships. *J Child Fam Stud*. 2011 Feb 2;21(2):190-8. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10826-011-9462-3>
14. Burke JD, Pardini DA, Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 Jul;36(5):679-92. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2976977&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Ceballo R, McLoyd VC. Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Dev*. 2002;73(4):1310-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146749>
16. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2010 Mar;54(3):266-80. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20146741>
17. Olhaberry M, Farkas C. Estrés Materno y Configuración Familiar: Estudio comparativo en Familias Chilenas Monoparentales y Nucleares de bajos ingresos. *Univ Psychol*. 2012;11(4):1317-26. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1317>

18. Salgado de Snyder VN, Cervantes RC, Padilla AM. Gender and ethnic differences in psychosocial stress and generalized distress among Hispanics. *Sex Roles*. 1990 Apr;22(7-8):441-53. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/BF00288163>
19. Ayala-Nunes L, Lemos I, Nunes C. Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Univ Psychol*. 2013 Nov 11;13(2):529-39. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/4151>
20. Rodrigo MJ, Almeida A, Spiel C, Koops W. Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *Eur J Dev Psychol*. 2012;9(1):2-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2011.631282>
21. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennet C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Campbell Syst Rev*. 2010;(6). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003680.pub2/pdf/standard>
22. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004 Jan.
23. Álvarez M, Padilla S, Byrne S, Máiquez ML, Rodrigo MJ. Crecer felices en familia: un programa de apoyo parental para el desarrollo infantil. En Rodrigo MJ, Máiquez ML, Martín JC, Byrne S, Rodríguez B, editors. *Manual práctico en parentalidad positiva*. Madrid: Síntesis; 2015. p. 91-110.
24. Cook TD, Campbell DT. *Quasiexperimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally; 1979.
25. Peterson BE, Smirles KA, Wentworth PA. Generativity and authoritarianism: Implications for personality, political involvement, and parenting. *J Pers Soc Psychol*. 1997 [cited 2015 Aug 20];72(5):1202-16. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/journals/psp/72/5/1202>
26. Barlow J, Smailagic N, Huban M, Roloff V, Bennett C. Parent-training programmes for improving parental psychosocial health. *Campbell Systematic Reviews. The Campbell Collaboration*; 2012. Disponible en: [http://www.drugsandalcohol.ie/18691/1/Campbell\\_Barlow\\_Parental\\_Psychosocial\\_Health\\_Review.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/18691/1/Campbell_Barlow_Parental_Psychosocial_Health_Review.pdf)
27. Almeida A, Abreu-Lima I, Cruz O, Gaspar MF, Brandão T, Alarcão M, et al. Parent education interventions: Results from a national study in Portugal. *Eur J Dev Psychol*. 2012 Jan;9(1):135-49. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17405629.2011.647865#.VQl6To6G-YA>
28. Lucia S, Dumas JE. Entre-parents: initial outcome evaluation of a preventive-parenting program for French-speaking parents. *J Prim Prev*. 2013 Jun;34(3):135-46. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23653232>
29. Solem M-B, Christophersen K-A, Martinussen M. Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant Child Dev*. 2011 Mar;20(2):162-80. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/icd.681>
30. Stattin H, Enebrink P, Özdemir M, Giannotta F. A National Evaluation of Parenting Programs in Sweden: The Short-Term Effects Using an RCT Effectiveness Design. *J Consult Clin Psychol*. 2015 May 25; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009784>
31. Anderson LS. Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nurs Res*. 2009 Jan;57(5):340-50. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2706002&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
32. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):86-104. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280191>
33. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014 Jan;14(1):1040.
34. Cerezo MA, Dasi C, Ruiz JC. Supporting parenting of infants: evaluating outcomes for parents and children in a community-based program. *Eval Program Plann*; 2013 Apr;37:12-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23298818>
35. Borrell C, Artazcoz L. 5a monografía. *Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.

36. Dumas JE, Arriaga XB, Begle AM, Longoria ZN. Child and parental outcomes of a group parenting intervention for Latino families: A pilot study of the CANNE program. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*. 2011 Jan;17(1):107-15. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3059236&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
37. Bendixen RM, Elder JH, Donaldson S, Kairalla JA, Valcante G, Ferdig RE. Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism. *Am J Occup Ther*. 2011 Jan;65(6):679-87. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3252214&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
38. Small SA, Cooney SM, O'Connor C. Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-Based Prevention Programs. *Fam Relat*. 2009;58(1):1-13. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-3729.2008.00530.x>
39. Fraser MW, Richman JM, Galinsky MJ, Day SH. *Intervention Research : Developing Social Programs*. New York: Oxford University Press; 2009.
40. Stewart-Brown S, Anthony R, Wilson L, Winstanley S, Stallard N, Snooks H, et al. Should randomised controlled trials be the "gold standard" for research on preventive interventions for children? *J Child Serv*. Emerald Group Publishing Limited; 2011;6(4):228-35. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17466661111190929>
41. Stewart-Brown S. More thoughts on the RCT question: a rejoinder to Forrester and Ritter. *J Child Serv*. Emerald Group Publishing Limited; 2012;7(2):153-8. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17466661211238718>