

# Correlación de ansiedad en padres y niños con déficit de atención/hiperactividad

Aportación original  
Vol. 62  
Núm. 3

Correlation of anxiety in parents and children with attention deficit/hyperactivity disorder

Arturo García-Galicia<sup>1a</sup>, Maricarmen Tapia-Venancio<sup>2b</sup>, Miguel Ángel García-Vargas<sup>3c</sup>, Alejandra Aréchiga-Santamaría<sup>4d</sup>, Álvaro José Montiel-Jarquín<sup>1e</sup>, Nancy Rosalía Bertado Ramírez<sup>1f</sup>, Diana López-García<sup>2g</sup>, Jorge Loría-Castellanos<sup>5h</sup>

## Resumen

**Introducción:** el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuroconductual más frecuente en niños; su coexistencia con la ansiedad en los niños y sus padres incide en que se incrementen sus problemas sociales, familiares y académicos.

**Objetivo:** identificar la frecuencia y la relación del trastorno de ansiedad entre pacientes pediátricos con TDAH y sus padres.

**Material y métodos:** estudio analítico, observacional, realizado en un hospital de tercer nivel en Puebla, México, en pacientes de 8 a 15 años con diagnóstico de TDAH y sus padres; se excluyeron aquellos con algún diagnóstico psiquiátrico agregado. Todos los padres firmaron consentimiento informado y los niños de 8 a 15 años carta de asentimiento informado. A los pacientes se les aplicó la segunda edición de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMASR-2), y a los padres la Escala de ansiedad de Hamilton. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y coeficiente de *phi*.

**Resultados:** se reclutaron 150 pacientes y sus padres. En los niños predominó el sexo masculino, y el subtipo de TDAH mixto (64.7%). El 100% reportó tratamiento farmacológico y el 20.7% se combinó con psicoterapia. El 65% de niños registró algún tipo de ansiedad con una correlación *phi* de 0.337 ( $p < 0.001$ ) de este trastorno entre hijos y padres.

**Conclusiones:** los pacientes pediátricos con TDAH tienen una frecuencia elevada de presentar ansiedad como comorbilidad, la cual se correlaciona con ansiedad en sus padres.

## Abstract

**Background:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral disorder in children; its coexistence with anxiety in children and their parents increases their social, family, and academic problems.

**Objective:** To identify the prevalence and correlation of anxiety disorder in pediatric patients with ADHD and their parents.

**Material and methods:** Analytical, observational study conducted in a tertiary-level hospital in Puebla, Mexico, in patients aged 8 to 15 years with a diagnosis of ADHD and their parents; those with an additional psychiatric diagnosis were excluded. All parents signed informed consent, and children aged 8 to 15 years signed a letter of informed assent. The Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Second Edition (RCMAS-2) was administered to the patients and the Hamilton Anxiety Scale to the parents. Data analysis was performed with descriptive statistics and *phi* coefficient.

**Results:** 150 patients and their parents were recruited. The children were predominantly male, and the ADHD subtype was mixed (64.7%). 100% reported pharmacological treatment and 20.7% were combined with psychotherapy. 65% of children registered some type of anxiety with a *phi* correlation of 0.337 ( $p < 0.001$ ) of this disorder between children and parents.

**Conclusions:** Pediatric patients diagnosed with ADHD often experience anxiety as a comorbidity, which is correlated with anxiety in their parents.

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", Hospital de Especialidades de Puebla, Dirección de Educación e Investigación en Salud. Puebla, Puebla, México

<sup>2</sup>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Medicina, Licenciatura en Medicina. Puebla, Puebla, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital Rural No. 14 IMSS-Bienestar, Servicio de Pediatría. Matehuala, San Luis Potosí, México

<sup>4</sup>Centro de Atención Integral GARE, Servicio de Neuropsicología Infantil. Puebla, Puebla, México

<sup>5</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Prestaciones Médicas, División de Proyectos Especiales en Salud. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0003-2535-4967<sup>a</sup>, 0009-0006-4679-8988<sup>b</sup>, 0009-0006-0665-8104<sup>c</sup>, 0000-0002-1201-4632<sup>d</sup>, 0000-0003-0531-9611<sup>e</sup>, 0000-0003-1879-3152<sup>f</sup>, 0009-0006-4880-1415<sup>g</sup>, 0000-0001-9269-0034<sup>h</sup>

### Palabras clave

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad;  
Ansiedad  
Atención

### Keywords

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity  
Anxiety  
Attention

Fecha de recibido: 10/11/2023

Fecha de aceptado: 18/01/2024

### Comunicación con:

Álvaro José Montiel Jarquín

 dralmoja@hotmail.com

 222 238 4907

**Cómo citar este artículo:** García-Galicia A, Tapia-Venancio M, García-Vargas MA, *et al.* Correlación de ansiedad en padres y niños con déficit de atención/hiperactividad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024;62(3):e5821. doi: 10.5281/zenodo.10998777

## Introducción

El *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por la presencia persistente de inatención o hiperactividad-impulsividad en varios contextos;<sup>1</sup> predomina en la edad pediátrica con una prevalencia de 5-7% y con una persistencia del 4.5% en la edad adulta.<sup>1,2</sup>

Su etiología es multifactorial: heredabilidad genética (> 70%) y factores de riesgo pre- y postnatales; entre estos están el tabaquismo, el estrés y la obesidad maternos durante el embarazo, bajo peso al nacer, prematuridad, exposición a colorantes y saborizantes artificiales en alimentos, contaminantes y pesticidas.<sup>3</sup>

Debido a la aparición temprana y a la cronicidad del TDAH, los portadores presentan disfunciones cognitivas (como autocontrol, autorregulación y planificación, entre otras) y afectivas, con impacto en los ámbitos personal, académico, social y familiar.<sup>4,5</sup>

Por otro lado, la *ansiedad* es el trastorno psiquiátrico más común en la infancia y en la edad adulta, y tiene una prevalencia del 15-35% en países de primer mundo.<sup>6,7</sup> Su etiología también es multifactorial, ya que influyen factores genéticos, sociales, económicos, ambientales y temperamentales.<sup>8</sup> La presentación clínica se caracteriza por preocupación, miedo o temor excesivos, palpitaciones, tensión muscular y mareos. También afecta las esferas social, académica y laboral.<sup>9,10</sup>

En los pacientes con TDAH pueden coexistir otros trastornos, entre ellos ansiedad. Esto incrementa el impacto negativo en la relación social, los procesos académicos, los procesos de adaptación y el entorno familiar. Debido a ello, los pacientes suelen ser tratados de forma diferente, lo cual provoca un daño en la autoestima y una expresión mayor de todos los síntomas.<sup>11</sup>

Los padres de hijos con TDAH tienen la sensación de tener mayores responsabilidades y esto provoca o aumenta su ansiedad respecto a su vida familiar y el desempeño social o laboral.<sup>12</sup>

En México hasta 40% de la población pediátrica padece ansiedad, y en el contexto del TDAH puede incrementar la disfunción con el cuidador primario y el control de los síntomas. Sin embargo, en nuestro país la información al respecto es escasa.

El objetivo de este trabajo fue identificar la prevalencia y la correlación del trastorno de ansiedad en pacientes pediátricos con TDAH y en sus padres.

## Material y métodos

Se hizo un estudio analítico, observacional, en un hospital de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puebla, México. Se incluyeron pacientes de 8 a 15 años con diagnóstico de TDAH y sus padres; los primeros firmaron carta de asentimiento informado y los segundos de consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes con algún otro diagnóstico psiquiátrico agregado previamente diagnosticado, y se eliminaron los que solicitaron la salida del estudio por cualquier motivo o no completaron la información.

El diagnóstico de TDAH se estableció por neuropediatría según criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición, con repercusión funcional en al menos 2 contextos: personal, familiar, académica o social.

Se recolectaron los siguientes datos de los pacientes: sexo, edad, grado escolar, promedio, variedad de TDAH, tiempo de diagnóstico y tratamiento. De los padres se registró ocupación y escolaridad.

A los pacientes se les aplicó la segunda edición de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMASR-2). Se trata de un instrumento validado que consta de 49 reactivos con respuestas dicotómicas (de Sí o No) en cada uno de ellos. Tiene un alfa de Cronbach de 0.81. Evalúa la naturaleza y el nivel de ansiedad en niños entre 6 y 19 años. Se compone de 5 dominios: ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social, defensividad y respuestas inconsistentes; la suma de los 3 primeros dominios da la puntuación de ansiedad total.<sup>13</sup>

A los padres se les aplicó la Escala de ansiedad de Hamilton. Es una escala validada que se utiliza para medir el grado de ansiedad en adultos. Cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.79-0.86. Consta con 14 ítems y cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta, desde ausente (0) hasta muy grave (4). La sumatoria de los puntos obtenidos se clasifica según los siguientes valores:<sup>14,15</sup>

- Menor que 7: ausente.
- Entre 8 y 17: ansiedad leve.
- Entre 18 y 24: ansiedad moderada.
- Entre 25 y 30: ansiedad grave.
- Entre 31 y 56: ansiedad muy severa.

El análisis de los datos se hizo con estadística descriptiva mediante el programa SPSS, versión 25. Para conocer la distribución de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov; para correlacionar ansiedad entre los pacientes y sus padres se empleó coeficiente de *phi*, ya que se convirtieron a variables dicotómicas. Una  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativa.

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud No. 2101 del IMSS. Los pacientes de 8 a 15 años firmaron carta de asentimiento informado y todos los padres firmaron consentimiento informado. La información fue manejada con estrictos criterios de confidencialidad y exclusivamente para los fines de la investigación. Los hallazgos de cada paciente fueron informados oportunamente a los padres y al médico pediatra tratante.

## Resultados

Se reclutaron 150 pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH y sus padres.

### Resultados de los pacientes

Hubo un predominio del sexo masculino (111 hombres, 74%). La edad media fue de 9.98 (desviación estándar [DE]  $\pm 1.78$ ). La mayoría contaban con 8 y 9 años (70 niños, 46.7%) y 64 (42.7%) pacientes se encontraban estudiando el tercer y cuarto años de primaria. El subtipo de TDAH predominante fue el mixto, con 97 (64.7%). Todos se encontraban en tratamiento farmacológico con monoterapia: 120 (80%) con metilfenidato y solo 31 (20.7%) en combinación con terapia psicológica. El resto de los resultados se detalla en el cuadro I.

De lo obtenido en la escala CMASR-2 aplicada a los pacientes, se resalta que hasta 65% (98 pacientes) tuvieron algún tipo de ansiedad y 50 (33%) de ellos ansiedad generalizada. El detalle de los resultados se presenta en la figura 1.

De los subtipos de TDAH y la presencia de ansiedad como comorbilidad, el subtipo mixto fue el predominante (63, 64.3%). Los subtipos inatento e hiperactivo-impulsivo predominaron con ansiedad generalizada en un 45 y 36.3%, respectivamente (cuadro II).

### Resultados de los padres

Se incluyó un padre por cada paciente pediátrico, de los cuales hubo un predominio con 141 (94%) del sexo

**Cuadro I** Características sociodemográficas de pacientes pediátricos ( $n = 150$ )

| Características                  | <i>n</i> (%) |
|----------------------------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                      |              |
| Masculino                        | 111 (74)     |
| Femenino                         | 39 (26)      |
| <b>Edad</b>                      |              |
| 8 años                           | 37 (24.7)    |
| 9 años                           | 33 (22)      |
| 10 años                          | 29 (19.3)    |
| 11 años                          | 26 (17.3)    |
| 12-15 años                       | 25 (16.7)    |
| <b>Grado escolar</b>             |              |
| 2° de primaria                   | 10 (6.7)     |
| 3° y 4° de primaria              | 64 (42.7)    |
| 5° y 6° de primaria              | 51 (34)      |
| Secundaria                       | 24 (16)      |
| Preparatoria                     | 1 (0.7)      |
| <b>Subtipo de TDAH</b>           |              |
| Inatento                         | 20 (13.3)    |
| Hiperactivo-impulsivo            | 33 (22)      |
| Mixto                            | 97 (64.7)    |
| <b>Tiempo de evolución</b>       |              |
| 9 años                           | 8 (5.3)      |
| 5 años                           | 41 (27.3)    |
| 3 años                           | 67 (44.7)    |
| < 2 años                         | 34 (22.7)    |
| <b>Tratamiento farmacológico</b> |              |
| Metilfenidato                    | 120 (80)     |
| Atomoxetina                      | 30 (20)      |
| <b>Terapia psicológica</b>       |              |
| Sí                               | 31 (20.7)    |
| No                               | 119 (79.3)   |

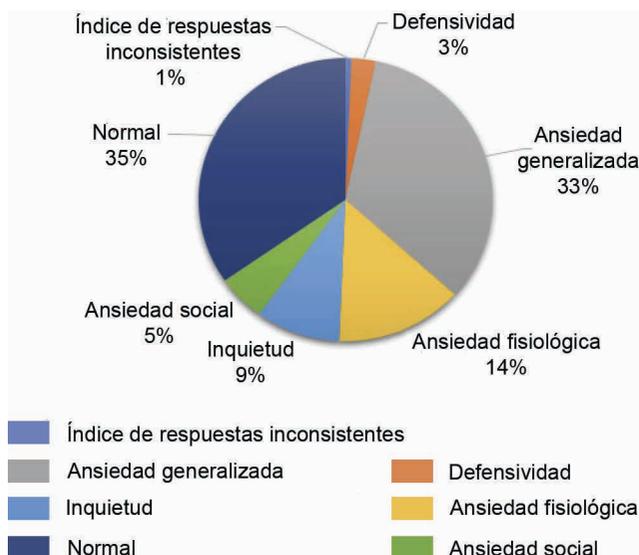
TDAH: trastorno de déficit de atención e hiperactividad

femenino; la edad media fue de 35.67 años (DE 4.71); 94 (62.7%) de los padres se encontraban en el grupo de 31-40 años. Respecto al nivel educativo, 73 (48.7%) estudiaron hasta secundaria y en cuanto a su ocupación 88 (58.7%) eran empleados (cuadro III).

Destaca que hasta 40% (60 padres) tuvieron ansiedad; ninguno presentó ansiedad grave o ansiedad muy severa (figura 2).

Al relacionarlo con la escolaridad, aquellos con nivel licenciatura cursaron con ansiedad leve hasta en 85.7% (cuadro IV).

**Figura 1** Resultados de la escala CMASR-2



CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, segunda edición

Al correlacionar el nivel de ansiedad de los pacientes pediátricos con TDAH y sus padres se obtuvo un coeficiente de *phi* de 0.337 y una *p* < 0.001 (cuadro V).

## Discusión

En este trabajo se estudiaron 150 pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH y sus padres. El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que se presenta mayormente en la edad pediátrica con un aumento de la prevalencia en los últimos años; su etiología es multifactorial y en la infancia tiene un impacto importante académico y social.<sup>11,16</sup>

Este estudio coincide con la literatura internacional en cuanto al predominio del sexo masculino (alrededor del

**Cuadro III** Características sociodemográficas de los padres (*n* = 150)

| Características | <i>n</i> (%) |
|-----------------|--------------|
| Sexo            |              |
| Masculino       | 9 (6)        |
| Femenino        | 141 (94)     |
| Edad            |              |
| 25-30 años      | 34 (22.6)    |
| 31-40 años      | 94 (62.7)    |
| 41-45 años      | 22 (14.7)    |
| Escolaridad     |              |
| Primaria        | 40 (26.7)    |
| Secundaria      | 73 (48.7)    |
| Bachillerato    | 30 (20)      |
| Licenciatura    | 7 (4.7)      |
| Ocupación       |              |
| Ama de casa     | 57 (38)      |
| Empleado (a)    | 88 (58.7)    |
| Profesionista   | 3 (2)        |
| Desempleado     | 2 (1.3)      |

75%) y a la edad del diagnóstico entre 8 y 10 años, ya que es en esas edades cuando aumentan las exigencias académicas escolares y sociales, lo cual requiere de mayor regulación conductual, entre la que se incluye la observación de normas y límites.<sup>17,18</sup>

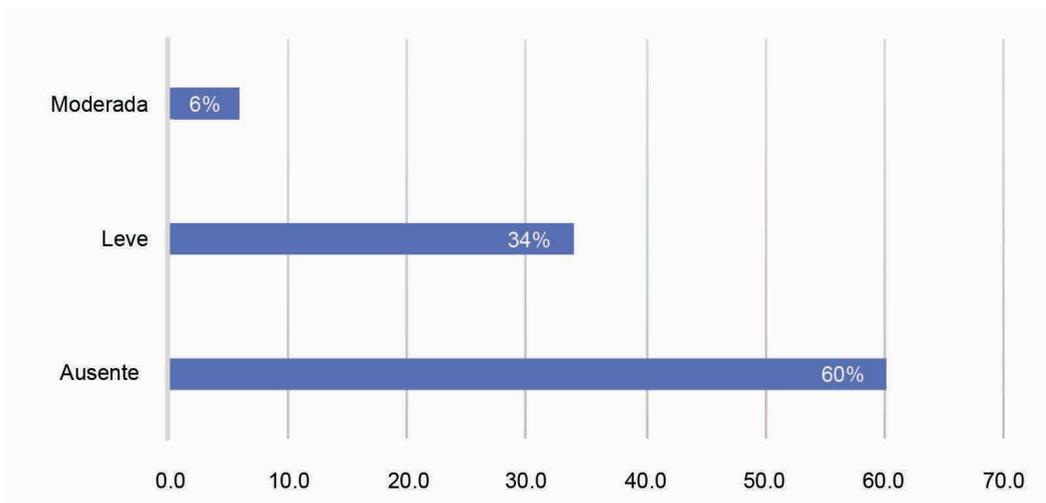
Las alteraciones cognitivas en las funciones ejecutivas propias de los pacientes con TDAH (como incapacidad para mantener la atención prolongada, dificultad para planificar y organizar en la consecución de proyectos, e inquietud) afectan el desempeño académico y suelen provocar ansiedad.<sup>19,20</sup> Sin embargo, en este estudio el aprovechamiento escolar predominante se reportó en 8.0, que es un rendimiento académico bueno-regular que puede estar influenciado por el ámbito familiar de cada paciente.

**Cuadro II** Distribución de los dominios de la escala CMASR-2 por subtipo de TDAH

| CMASR-2                   | Inatento ( <i>n</i> = 20)<br><i>n</i> (%) | Hiperactivo/impulsivo ( <i>n</i> = 33)<br><i>n</i> (%) | Mixto ( <i>n</i> = 97)<br><i>n</i> (%) |
|---------------------------|---|--|--|
| Respuestas inconsistentes | 0 (0)                                     | 0 (0)  | 1 (1)                                  |
| Defensividad              | 1 (5)                                     | 1 (3)  | 2 (2)                                  |
| Ansiedad generalizada     | 9 (45)                                    | 12 (36.3)  | 29 (29.9)                              |
| Ansiedad fisiológica      | 2 (10)                                    | 7 (21.2)   | 12 (12.3)                              |
| Inquietud                 | 0 (0)                                     | 3 (9)  | 11 (11.3)                              |
| Ansiedad social           | 0 (0)                                     | 0 (0)  | 8 (8.2)                                |
| Normal                    | 8 (40)                                    | 10 (30.3)  | 34 (35)                                |

CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, segunda edición

**Figura 2** Resultados de la Escala de ansiedad de Hamilton



Se reporta que el predominio del subtipo mixto es el más frecuente, seguido alternativamente por el inatento o el hiperactivo-impulsivo según la edad, el sexo y el reporte.<sup>2,21</sup> En este trabajo predominó también el subtipo mixto, seguido del inatento, y después el hiperactivo-impulsivo.

De los medicamentos utilizados para el tratamiento del TDAH, el metilfenidato es el más frecuentemente prescrito. El manejo debe ser multimodal y se deben combinar además medidas escolares y terapia psicológica.<sup>22,23</sup> En el presente trabajo, los fármacos utilizados fueron el metilfenidato y la atomoxetina (80 y 20%, respectivamente). Destaca que solo el 20.7% de los pacientes de este estudio reciben tratamiento psicológico, lo que puede estar relacionado con el hecho de que el IMSS no cuenta con área de atención

psicocognitiva y los pacientes generalmente cubren esta atención con recursos propios.

Este hallazgo puede ser la explicación de la alta prevalencia de ansiedad en los pacientes encuestados. En diferentes reportes la ansiedad se registra también en niveles altos y muy frecuentes, pero de una severidad menor que la reportada en esta población, aun en los portadores del subtipo mixto.<sup>24,25</sup> La exploración de las causas e implicaciones de estas condiciones psicoafectivas puede ser motivo de otros trabajos. Por otra parte, 40% de los padres se reportaron con algún grado de ansiedad, lo que es congruente con otro reporte similar de México.<sup>17</sup>

La relación entre la proporción de los niños y de los padres

**Cuadro IV** Grado de ansiedad relacionada con la escolaridad de los padres

| Grado de ansiedad | Primaria (n = 40)<br>n (%) | Secundaria (n = 73)<br>n (%) | Bachillerato (n = 30)<br>n (%) | Licenciatura (n = 7)<br>n (%) |
|-------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Ausente           | 25 (63.5)                  | 42 (57.5)                    | 22 (73.3)                      | 1 (14.2)                      |
| Leve              | 12 (30)                    | 25 (34.2)                    | 8 (26.6)                       | 6 (85.7)                      |
| Moderada          | 3 (7.5)                    | 6 (8.2)                      | 0 (0)                          | 0 (0)                         |
| Grave             | 0 (0)                      | 0 (0)                        | 0 (0)                          | 0 (0)                         |
| Muy severa        | 0 (0)                      | 0 (0)                        | 0 (0)                          | 0 (0)                         |

**Cuadro V** Correlación de ansiedad entre los pacientes pediátricos y sus padres

|         |              | Escala de ansiedad de Hamilton |              | Total |
|---------|--------------|--------------------------------|--------------|-------|
|         |              | Con ansiedad                   | Sin ansiedad |       |
| CMASR-2 | Con ansiedad | 51                             | 47           | 98    |
|         | Sin ansiedad | 9                              | 43           | 52    |
| Total   |              | 60                             | 90           | 150   |

CMASR-2: Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada, segunda edición

que registraron algún grado de ansiedad fue de casi 2:1 y la correlación entre ambos se ubicó apenas en un nivel “regular”, estadísticamente significativo ( $\phi$ : 0.337,  $p < 0.001$ ).

En México no hay estudios sobre la frecuencia de ansiedad en estos pacientes y su correlación con la de sus cuidadores primarios, lo cual le da un valor relevante a nuestro estudio. Las principales limitantes fueron el tamaño de muestra y que no se consideraron otros factores sociales y familiares de los pacientes pediátricos ni de los padres, como el nivel socioeconómico, el estado civil, las comorbilidades, entre otros, ya que estos factores pueden estar relacionados con la ansiedad.

## Conclusiones

Los resultados del estudio permiten concluir que los pacientes con TDAH tienen una frecuencia elevada de ansiedad como comorbilidad y esto se correlaciona con ansiedad en sus padres, lo cual afecta la relación familiar.

**Declaración de conflicto de interés:** los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

## Referencias

1. Carrasco X. Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas. *Rev Médica Clín Las Condes*. 2022;33(5):440-9. doi: 10.1016/j.rmcl.2022.08.001
2. Escofet-Soteras C, Fernández-Fernández MA, Torrents-Fenoy C, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2022;1:85-92.
3. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020;395(10222):450-62. doi: 10.1016/S0140-6736(19)33004-1
4. Cañamero L, Cueli M, García T, et al. Autoconcepto y ansiedad: Diferencias entre niños y niñas en una muestra clínica de TDAH. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2021;12(2):90. doi: 10.23923/j.riips.2021.01.047
5. Alberdi I, Pelaz A. Emocionalidad y temperamento en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Rev Neurol*. 2019;69(08):337. doi: 10.33588/rn.6908.2019032
6. Kowalchuk A, Gonzalez SJ, Zoorob RJ. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*. 2022;106(6):657-64.
7. Delgado E, de la Cera D, Lara M, et al. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Rev Cúpula*. 2021;35(1):23-6.
8. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*. 2019;6(7):2420-6. doi: 10.12998/wjcc.v7.i17.2420
9. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*. 2022;328(24):2431-45. doi: 10.1001/jama.2022.22744
10. D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019;23(4):238-44. doi: 10.1080/13651501.2019.1628277
11. Rusca F, Cortez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(3):148-56. doi: 10.20453/rnp.v83i3.3794
12. Cossio M, Castaño E, López JA. Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2019;36(3):21-31. doi: 10.31766/repisij.v36n3a3
13. Boluarte A, Grillo FA, Castellanos KA, et al. Psychometric properties of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Second Edition in Peruvian students. *Acta Colomb Psicol*. 2021;24(2):35-44. doi: 10.14718/acp.2021.24.2.4
14. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 1959;32:50-5. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
15. Arias P, Gordón-Rogel J, Galárraga-Andrade A, et al. Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Revista AJAYU*. 2022;20(2):273-87. doi: 10.35319/ajayu.202110
16. Jiménez M, Aguilar F. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plasticidad y Restauración Neurológica. 2021;8(1):39-49. doi: 10.35366/101204
17. Zambrano E, Martínez JA, Sánchez N, et al. Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico. *Investigación en Discapacidad*. 2020;7(1):22-8.
18. Zuluaga JB, Fandiño DC. Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2017;65(1):61-6. doi: 10.15446/revfacmed.v65n1.57031
19. Saccaro LF, Schilliger Z, Perroud N, et al. Inflammation, Anxiety, and Stress in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biomedicines*. 2021;9(10):1313. doi: 10.3390/biomedicines9101313
20. Calleja B, Párraga JL, Albert J, et al. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Hábitos de estudio. *Medicina (B Aires)*. 2019;79(1):57-61.
21. Llanos LJ, García DJ, González HJ, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatr Aten Primaria*. 2019;21(83):e101-8.
22. Hartman C, Rommelse N, van der Klugt C, et al. Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(11):1824. doi: 10.3390/jcm8111824
23. Soutullo C, Are F, Schield, S. Factors associated with adherence to pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): preliminary review. *Medicine*. 2023;83 Suppl 2:27-31.
24. Mulraney M, Schilpzand EJ, Anderson V, et al. Correlates of anxiety in 6- to 8-year-old children with ADHD: A community-based study. *J Atten Disord*. 2018;22(5):425-34.
25. Cortese S, Coghill D. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *Evid Based Ment Health*. 2018;21(4):173-6.