



# **PERCEPCIÓN DE ESTILOS PARENTALES EN NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

Informe final del trabajo de investigación

**González, Rocío.**

**Mat. 7177/2005.**

**Supervisor: Esp. Liliana Bakker**

**Co-supervisor: Lic. Josefina Rubiales**

**Cátedra de radicación: Biología Humana**

Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de Mar del Plata

Percepción de Estilos Parentales en Niños con Trastorno por Déficit de  
Atención e Hiperactividad.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143/89.

.Alumna: González, Rocío.

.Matrícula: 7177/2005

DNI: 32.181.174

. Supervisor: Bakker, Liliana. Co-Supervisor: Rubiales, Josefina.

.Cátedra de radicación: Biología Humana.

.Fecha de presentación: Julio 2012.

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna GONZALEZ, Rocío de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna GONZALEZ, Rocío, matrícula N° 7177/2005, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los .....días del mes de.....del año 2012”.

Firma, aclaración del Supervisor y/o Co-Supervisor

## Informe de evaluación del Supervisor y/o Co-supervisor

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de comparar los estilos parentales en niños con y sin diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad. La misma forma parte de una investigación más amplia sobre competencia social en niños con TDAH y sus relaciones con funciones ejecutivas llevada a cabo durante los años 2010 y 2011 por el Grupo de Investigación Genética, Ambiente y Comportamiento Humano de la Facultad de Psicología.

En calidad de supervisora y co-supervisora del presente trabajo de investigación consideramos que los objetivos se lograron satisfactoriamente y el cronograma previsto se llevó a cabo completándose las tareas propuestas. Destacamos la motivación constante de la alumna en la búsqueda y análisis del material bibliográfico, así como en la administración de las pruebas y tratamiento de los datos. Asimismo es importante enfatizar el trabajo de campo que ha realizado y la búsqueda constante de respuestas a sus inquietudes, demostrando una actitud positiva ante las sugerencias y correcciones que se le han realizado.

Los datos obtenidos permiten realizar una descripción de los estilos parentales educativos en familias con TDAH generando información valiosa, favoreciendo la reflexión y abriendo posibles caminos a futuras líneas de investigación.

A partir de lo expuesto anteriormente concluimos que el presente informe se corresponde con un trabajo de investigación muy satisfactorio donde se hace evidente el esfuerzo, la dedicación y el interés de la alumna en la realización de trabajo presentado.

Supervisora

Co-supervisora

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna GONZALEZ, Rocío, Matrícula N° 7177/2005”.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

## PLAN DE TRABAJO

### PALABRAS CLAVES.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad – Estilos parentales.

### DESCRIPCIÓN RESUMIDA.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la patología neurocomportamental más común de la infancia. Los síntomas aparecen en edades muy tempranas, antes de los siete años, repercutiendo en la vida diaria del niño y puede perdurar hasta la vida adulta (APA, 2000). Causa una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo familiar. Su prevalencia oscila entre el 3-7% en niños en edad escolar con una proporción de 3:1 varones respecto de mujeres (Cornejo et al, 2005).

El trastorno se caracteriza por presentar dificultades crónicas en la atención, hiperactividad e impulsividad, de manera más frecuente y grave que en niños de un nivel de desarrollo similar. Por lo tanto no es la presencia de estos síntomas lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva (Cardo & Servera, 2008). Se asocia con esta sintomatología dificultades en el aprendizaje, trastornos perceptuales, de conducta y de lenguaje, alteraciones del sueño, escasa tolerancia a la frustración, baja autoestima, dificultades para manejarse entre sus pares y en algunos casos, conductas agresivas y desafiantes; sintomatología que repercute en la dificultad que tienen de aceptar las normas propuestas por el adulto. Esto suele ser más notorio cuando comienzan la etapa escolar, dificultando su desempeño escolar (Barkley, 2006; Joselevich, 2005; Risueño, 2005).

Los estudios respecto a la etiología del TDAH parecen indicar que el trastorno no puede ser entendido como el efecto de una sola causa, sino que la etiología del mismo es multifactorial. Si bien posee un componente hereditario importante, es considerado como el resultado de la interacción

genes/ambiente, es decir, de la interacción de factores ambientales de riesgo y la susceptibilidad de múltiples genes, lo que explica la diversidad en las manifestaciones clínicas del mismo, tratándose de un tipo de herencia poligénica multifactorial; con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos (Martínez-León, 2006).

Entre los cuales, el ambiente psicosocial desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, influyendo en la forma en la que la hiperactividad, la impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por la familia, la escuela o la sociedad. Entre los factores del ambiente que pueden influir en el curso del trastorno se destacan, los estilos parentales que promueven efectos determinantes en el comportamiento infantil y en el desarrollo de la personalidad. Es de destacar que la calidad de la relación afecta el desarrollo de la personalidad infantil sólo en función de la forma en que la percibe el niño, esto es, según la creencia que él tiene acerca de lo que sus padres piensan o sienten. Depende de la atribución que el niño hace del comportamiento de sus padres, por lo que estará más relacionada con su capacidad de adaptación que el comportamiento "real" de los mismos (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner & Roselló, 2007).

Las experiencias tempranas de vínculos de apego se constituyen como reguladoras de las experiencias de estrés del niño, respondiendo a sus necesidades y proporcionando estimulación y sostén emocional (Richaud de Minzi, 2007a).

La percepción del niño de una relación contenedora por parte de los padres es uno de los mayores recursos con los que cuenta; cuando se siente aceptado por sus padres le es más fácil adaptarse a nuevas situaciones ya que el apoyo de los mismos reduce los efectos negativos de los estresores sobre la salud mental, mejora la autoestima, el sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de los afrontamientos; mientras que cuando percibe relaciones inapropiadas desarrolla afrontamientos desadaptativos y experimentan sentimientos de soledad y depresión (Richaud de Minzi, 2007b).

Los niños con TDAH perciben la relación parental como predominantemente rechazante, provocado por una baja aceptación y un control patológico (agresivo o ansiógeno) de ambos padres, el cual influye sobre la inhibición generalizada, la evitación cognitiva, autoinculpación, autovaloración negativa y soledad (Miranda-Casas et al, 2007). Se alejan así de lo que se denominan familias democráticas, caracterizadas por la aceptación y el control normal de ambos padres, facilitando los afrontamientos adaptativos como, el análisis lógico de la situación, la reestructuración cognitiva y la acción sobre el problema. Y se diferencia de las familias autoritarias, en donde el niño percibe aceptación por parte de sus padres pero acompañado de un control patológico, basado en el castigo, la ansiedad o la frialdad. Esto aumenta la estrategia de búsqueda de apoyo que indica falta de confianza en los padres (Aguilar, López, & Urquijo, 2009).

Así, los padres de niños con TDAH suelen utilizar un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad, menos nivel de comunicación y mayor sobreprotección. Los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia y suele provocar frustraciones en los padres utilizando una disciplina más negativa e ineficaz. (Miranda-Casas et al, 2007).

El objetivo del presente trabajo consiste en comparar los estilos parentales percibidos en niños con y sin diagnóstico de TDAH desde la perspectiva tanto de los niños como de sus padres.

Los resultados obtenidos permitirán elaborar estrategias de prevención e intervención psicológica a nivel individual y familiar, que contribuyan en el fortalecimiento y generación de estilos parentales más funcionales.

Asimismo, aportará información y conocimiento en un área actualmente poco investigada, abriendo futuras líneas de estudio.

#### OBJETIVO GENERAL.

- Comparar los estilos parentales en niños con y sin diagnóstico de Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar los estilos parentales en niños con y sin TDAH.
- Identificar los estilos parentales en niños con y sin TDAH.
- Analizar y comparar los estilos parentales en ambas poblaciones.

## MÉTODOS Y TÉCNICAS.

El presente proyecto se realizará a través de un diseño ex post facto, retrospectivo, con dos grupos uno cuasi control. La muestra clínica estará compuesta por cinco niños diagnosticados con TDAH que asisten a instituciones educativas de la ciudad de Mar del Plata con edades comprendidas entre 8 y 14 años. La misma se corresponde con la muestra clínica del Proyecto de Investigación donde se enmarca el presente trabajo. La muestra control se conformará con 25 niños escolarizados sin diagnóstico de TDAH, apareados por sexo y edad.

Se excluyen sujetos con enfermedades neurológicas o psiquiátricas, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación y con retraso mental moderado o grave.

Se utilizará como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico, previo diagnóstico del médico derivante, utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes (Grañana et al, 2006) y el listado de síntomas Child Behavior Checklist CBCL (Samaniego, 1998).

La participación en el trabajo será voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los niños y sus padres.

El abordaje metodológico se realizará a través de la aplicación de dos escalas que evalúan estilos educativos parentales diseñado y validado por Bersabe, Fuentes y Motrico (2001).

La escala de Afecto consta de dos factores: afecto/comunicación y crítica/rechazo, la misma posee una fiabilidad como consistencia interna alta (Factor I-padre  $\alpha=0,90$ ; Factor II-padre  $\alpha=0,83$ ; Factor I-madre  $\alpha=0,87$ ; Factor

II-madre  $\alpha=0,81$ ). Además, los índices de homogeneidad de los ítems (correlación ítem-puntuación total corregida) se encontraron por encima de 0,45, lo que indica un buen comportamiento psicométrico.

La escala de Normas y Exigencias se divide en tres factores sobre la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: forma inductiva, rígida e indulgente. En cada factor, la fiabilidad como consistencia interna también es elevada (Factor I-padre  $\alpha=0,85$ ; Factor II-padre  $\alpha=0,73$ ; Factor III-padre  $\alpha=0,60$ ; Factor I-madre  $\alpha=0,80$ ; Factor II-madre  $\alpha=0,72$ ; Factor III-madre  $\alpha=0,64$ ) Los índices de homogeneidad de los ítems se encontraron por encima de 0,40, lo que indica un buen comportamiento psicométrico.

Ambas escalas se presenta en dos versiones: hijos y padres. En la versión de los hijos, el niño debe responder al contenido de cada ítem según la percepción que tiene del estilo educativo de su padre y de su madre. En la versión de los padres, éstos contestan los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a.

Las dos escalas se corresponden con cuestionarios tipo Likert en la cual el niño y los padres expresan el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación seleccionando una alternativa de respuesta (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), marcando con una X la opción que más se acerque a su forma de pensar. La escala de Afecto y la escala de Normas y Exigencias constan de 20 y 28 ítems respectivamente.

Acorde con los objetivos propuestos, los datos serán sometidos a un análisis estadístico descriptivo. Para corroborar los datos obtenidos teniendo en cuenta el tamaño de la muestra se utilizará la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

#### LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO.

Facultad de Psicología y Centros de Salud de la ciudad de Mar del Plata que asisten a niños con TDAH.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	MESES					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Búsqueda, revisión y análisis de la literatura	X	X	X	X	X	X
Desarrollo del marco teórico	X	X	X			
Contacto con las Instituciones de Salud y Educativas		X				
Aplicación del instrumento			X	X		
Carga de datos				X		
Análisis de los datos obtenidos				X	X	
Elaboración Informe final						X

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguilar, M., López, M. & Urquijo, S. (2009). Estilos parentales y afrontamiento en niñas con Síndrome de Turner. XII Reunión Nacional y I Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, 161.
- APA. (2002) *Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. (3º ed.) New York: Guilford Press.
- Bersabe, R., Fuentes, M.J. & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*; 13 (4): 678 - 684.
- Cardo, E. & Servera, M., (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*; 46 (6): 365-372.
- Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín, J. (2005). Prevalencia del

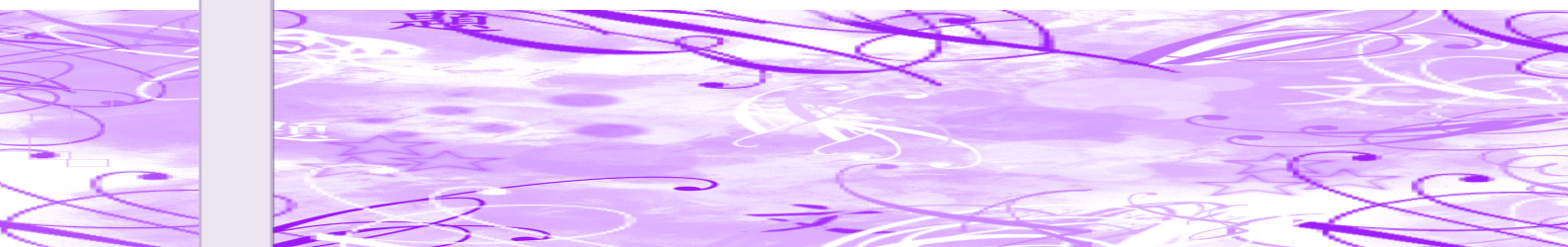
trastorno por déficit de atención-hiperactividad niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*; 40:716-22.

- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N. & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista de Neurología Argentina*, 31: S20.
- Joselevich, E. (2005). *AD/HD, qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y docentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez-León, N. C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and health Psychology*; 6 (2): 379-399.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*; 44 (Supl 2): S23-5.
- Richaud de Minzi, M.C., (2007a). Fortalecimiento de recursos cognitivos, afectivos, sociales y lingüísticos en niñez en riesgo ambiental por pobreza: un programa de intervención. *Avances en Investigación en Ciencias del Comportamiento en Argentina*; 1 (3): 595.
- Richaud de Minzi, M.C., (2007b). La percepción de estilos de relación con su padre y madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *RIDEP.*; 1 (23): 63-81.
- Risueño, A.E. (2005). El ADHD como Síndrome Disfuncional Difuso. VI Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Samaniego, V. (1998). *El Child Behavior Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años*. Informe Final UBACYT. Buenos Aires: Mimeo.

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 15
II. FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	Pág. 18
▪ Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	Pág. 19
○ <i>Definición y Descripción del TDAH</i>	
○ <i>Evolución Contextual del Trastorno</i>	
○ <i>Etiología</i>	
○ <i>Caracterización en las Distintas Etapas de la Vida</i>	
○ <i>Grupo Sintomático Principal. Criterios Diagnósticos</i>	
○ <i>Comorbilidad</i>	
○ <i>Diagnóstico Diferencial</i>	
▪ Estilos Parentales.....	Pág. 39
○ <i>Dimensiones Utilizadas en el Estudio de Estilos Parentales</i>	
○ <i>Las Tipologías de Baumrind</i>	
○ <i>El Modelo Bidimensional de MacCoby y Martin</i>	
○ <i>La Concepción de Estilos Parentales en la Actualidad</i>	
○ <i>Variables Relacionadas con el Estilo Parental</i>	
▪ TDAH y Estilos Parentales.....	Pág. 58
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	Pág. 63
IV. RESULTADOS.....	Pág. 68
V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	Pág. 83
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 88
VII. ANEXOS.....	Pág. 94
VIII. AGRADECIMIENTOS.....	Pág. 104

# I. INTRODUCCIÓN



El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la patología neurocomportamental más común en la infancia. Los síntomas aparecen en edades muy tempranas, antes de los siete años, repercutiendo en la vida diaria del niño y pueden perdurar hasta la vida adulta (APA, 2000). Causa una importante disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo familiar. Presenta una prevalencia mundial del 5% en niños en edad escolar (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado & Mercado-Undanivia, 2007).

El trastorno se caracteriza por presentar dificultades crónicas en la atención, hiperactividad e impulsividad, de manera más frecuente y grave que en niños de un nivel de desarrollo similar. Por lo tanto no es la presencia de estos síntomas lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y frecuencia en cada etapa evolutiva (Cardo & Servera, 2008).

Los estudios respecto a la etiología del TDAH parecen indicar que el trastorno no puede ser entendido como el efecto de una sola causa, sino que la etiología del mismo es multifactorial, tratándose de un tipo de herencia poligénica multifactorial; con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos (Fernández Pérez & López, 2004; Cardo & Servera, 2008). Entre los cuales, el ambiente psicosocial desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, influyendo en la forma en la que la hiperactividad, la impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por la familia, la escuela o la sociedad. Entre los factores del ambiente que pueden influir en el curso del trastorno se destacan, los estilos parentales que promueven efectos determinantes en el comportamiento infantil y en el desarrollo de la personalidad. Es de destacar que la calidad de la relación afecta el desarrollo de la personalidad infantil sólo en función de la forma en que la percibe el niño, esto es, según la creencia que él tiene acerca de lo que sus padres piensan o sienten. Depende de la atribución que el niño hace del comportamiento de sus padres, por lo que estará más relacionada con su capacidad de adaptación que

el comportamiento “real” de los mismos (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner & Roselló, 2007).

Se pueden definir los estilos educativos parentales como esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar. Cuando se habla de estilos de prácticas educativas parentales, se hace referencia a tendencias globales de comportamiento que serían el resultado de la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres a la hora de interactuar con el niño, influyendo de forma directa sobre su comportamiento (Torío López et al, 2008).

El objetivo del presente trabajo consistió en comparar los estilos parentales percibidos en niños con y sin diagnóstico de TDAH desde la perspectiva tanto de los niños como de sus padres.

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



## TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

### Definición y Descripción del TDAH.

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo neurológico infantil que se caracteriza por la presencia persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas deben aparecer de manera más frecuente e intensa que en los niños normales de la misma edad y nivel de desarrollo intelectual (Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda & Henao, 2003). Por tanto, los síntomas son comunes a la población general, y no es la presencia de los mismos lo que determina la disfuncionalidad, sino la intensidad y la frecuencia con la que se presenta con respecto a la edad de desarrollo del niño y a su contexto, y sobre todo por la repercusión en el funcionamiento diario del individuo (Cardo & Servera, 2008).

El trastorno se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años de edad, en más de un contexto (casa, escuela, etc.), durante un período superior a los seis meses, y deben interferir con las actividades sociales y académicas del niño (Bará-Jiménez et al, 2003; Martínez-León, 2006).

Constituye el trastorno crónico más frecuente del período escolar y representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y puede persistir a lo largo de la vida (Cornejo et al, 2005). Aproximadamente el 50 al 70% de los niños diagnosticados con TDAH continuarán con síntomas del trastorno en la adolescencia y un 40 al 50 % en la etapa adulta, con síntomas severos en el 10 al 15 % de los casos (Ortiz León & Jaimes Medrano, 2007).

Presenta una prevalencia mundial del 5% en niños en edad escolar (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007), siendo más frecuente en niños que en niñas con una relación de tres a uno (Valdizán, Mercado & Mercado-Undanivia, 2007).

## Evolución Conceptual del Trastorno.

El TDAH comenzó a reconocerse como entidad clínica desde hace 141 años, siendo descrito por primera vez a mediados del siglo XIX. Dependiendo de su etiología se le han adjudicado diferentes nombres tales como: síndrome de daño cerebral o daño cerebral mínimo. Según la conducta, ha sido descrito como síndrome hiperkinético o síndrome del niño hiperactivo, y según la etiología y la conducta, como síndrome cerebral del niño hiperactivo, hiperkinesia, inestabilidades psicomotrices, trastorno hiperkinético y finalmente trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Galindo Casas, Hernández Forero, Peña Aristizábal & Restrepo Ibiza, 2005)

La primera descripción del TDAH se encuentra en Hoffman (1844), un médico alemán que reprodujo parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento en el que describía a Phil, un niño inquieto, que no se acostumbraba a estar sentado y se movía constantemente. Estaría describiendo pues, la sintomatología hiperactiva, de exceso de movimiento, bajo rendimiento, deficiencias en la atención y en el control de impulsos, pero no parece detallar con minuciosidad, la inatención en este caso (Benavente, 2001). Así, Hoffman fue el primero en Alemania que describió la inestabilidad motora (Díaz Atienza, 2006).

Bourneville (1897) en Francia describe la inestabilidad asociada a la sugestionabilidad y la agresividad en su libro sobre el tratamiento médico-pedagógico a un tipo de niños con déficits importantes a nivel cognitivo. Se trataría de niños con gran inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes e indisciplinados, aunque susceptibles de “manejar” correctamente por aquellas personas bien vinculadas a ellos. Durante la época no se diferencia la hiperactividad como síntoma de la hiperactividad como síndrome (Díaz Atienza, 2006).

La primera descripción clínica de este cuadro fue realizada en el año 1902 por George Still y Alfred Trefgold, quienes lo conceptualizaron como “defectos en el control moral”, señalando que se encontraba mayor prevalencia en niños que en niñas de la misma edad, y puntualizaron como sintomatología más

destacable en el cuadro, los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de la conducta, las dificultades para mantener la atención, entre otros (Galindo Casas et al, 2005).

La primera descripción como síndrome, aunque incompleta, y en la línea pedagógica, la propuso Boncourt en 1905, quien describe al “escolar inestable” como aquel que presenta grandes dificultades de aprendizaje que relaciona con los déficits atencionales “sea para escuchar, responder y aprender”. Este autor introduce el aspecto neuropsicológico de los trastornos específicos del desarrollo psicológico. Sin embargo es Heuyer, fundador de la psiquiatría escolar infanto-juvenil, quien en 1914 plantea la hiperactividad como síndrome describiendo una asociación sindrómica sobre la base de una serie de síntomas que suelen aparece de forma constante: el déficit de atención, la hiperactividad, el comportamiento perverso, así como un mal pronóstico en cuanto que describe una serie de etapas de inadaptación que conducirían hacia la delincuencia y el vagabundo: la inadaptación familiar, la escolar y la socio-laboral (Díaz Atienza, 2006).

Hohmán en 1922 y Khan y Cohen en 1934, indicaban que tras una lesión cerebral, encefalitis, etc., se producían los mismos síntomas descritos por Still, con lo que se creyó que se encontraban ante un “síndrome de lesión cerebral humana”, de naturaleza eminentemente neurológica (Benavente, 2001).

El primer estudio conocido que introduce variables de tipo neurocognitivo es el de Vermeylen en 1923. Fue el primero en plantear una etiopatogenia psicogenética, proponiendo a la hiperactividad como un trastorno consecuente con una fijación a un estadio arcaico del desarrollo (Díaz Atienza, 2006).

No fue hasta los años 60 cuando la mayoría de los investigadores comenzaron a darse cuenta de que los niños con la sintomatología hiperkinética o hiperactiva, no presentaban lesión cerebral alguna y se denominó al trastorno como daño cerebral mínimo o disfunción cerebral. De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología constatable (Benavente, 2001).

Fue Smith en 1926 quien propuso, con éxito, abandonar el término de síndrome de lesión cerebral por el de lesión cerebral mínima. Sin embargo, en la reunión del Grupo de Trabajo de Neurología Infantil de Oxford y en concordancia con los avances de la psiquiatría infantil, de la neuropsicología y de la neuropediatría, se decide abandonar el término de lesión cerebral mínima por el de disfunción cerebral mínima ya que no se consideraba suficiente la clínica para poder emitir el diagnóstico de lesión (Díaz Atienza, 2006).

De esta forma fue creciendo el concepto de “hiperkinesia”, cuyas características eran principalmente síntomas conductuales totalmente al margen del daño cerebral y el nivel de hiperactividad sería el núcleo de toda la alteración. El término hipercinesia o hipercinético, introducido por Eisenberg, progresivamente, y con las nuevas posibilidades de los instrumentos de evaluación neuropsicológica, se acerca cada vez más a la conceptualización actual del TDAH (Benavente, 2001).

Aparece, por primera vez en el Manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales, DSM II, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1968, con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la infancia”. En el DSM III se modifican los criterios diagnóstico postulados en el DSM II y se emplea un término distinto para denominar al síndrome. Fue Douglas, en los años 70, quien argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención, especialmente la atención sostenida y la impulsividad, es decir, una insuficiente autorregulación; lo que está ya más cerca de la definición actual y que sigue siendo una explicación básica y reconocida aún en la actualidad. Los hallazgos de Douglas fueron decisivos para que la Asociación Americana de Psiquiatría modificara su descripción en 1980 en el DSM III, donde se lo denominó Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, convirtiéndose los problemas de atención en el núcleo del diagnóstico. En el DSM-III-R de 1987 se cambió su nombre por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, eliminándose acertadamente la categoría de déficit de atención sin hiperactividad, lo que permitió dar una mayor importancia a ésta (Galindo Casas et al, 2005).

Debido a la disparidad de criterios existentes, entre los años 80 y 90 se realizan múltiples estudios e investigaciones que culminan con los criterios diagnósticos utilizados por los sistemas actuales de clasificación internacional: “Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales”- DSM –IV- TR (APA.2000) y en el elaborado por la Organización Mundial de la Salud, “Clasificación internacional de los trastornos mentales” CIE- 10 (OMS, 1992) (Benavente, 2001).

### Etiología.

Aunque la etiología no está completamente aclarada, es considerado un trastorno con un tipo de herencia poligénica multifactorial, con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos, entre los cuales parecen encontrarse las circunstancias perinatales y los métodos de crianza y de educación (Hidalgo Vicario, 2007; Cardo & Servera, 2008).

Según Martínez-León (2006) existen diferentes modelos explicativos para el TDAH. El modelo biológico se puede analizar desde diferentes factores:

#### 1. Factores genéticos:

El trastorno presenta una elevada carga genética, de herencia compleja, causado por la contribución aditiva de varios genes de efecto menor y modulado por factores ambientales. La acción combinada de variantes polimórficas funcionales en un cierto número de genes crearía una susceptibilidad al trastorno que no se expresaría en todos los ambientes. Así, los estudios sugieren que el TDAH puede ser causado por la interacción de varios genes de efectos modestos y, de igual modo, se ha encontrado que presenta agregación familiar, dado que se incrementa de 5 a 6 veces su frecuencia en personas con familiares de primer grado que presentan el trastorno. Es así que es más probable que tanto los padres como los hermanos de los niños con TDAH padezcan el trastorno. Un estudio realizado por Romero Ogawa, Lara-Muñoz y Herrera (2002) mostró que el porcentaje de padres de

niños con diagnóstico que presentaron antecedentes de TDAH durante la infancia fue de 23.1% (Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifà & Casas, 2007).

La base genética del TDAH viene avalada por estudios familiares, de adopción y de gemelos. El objetivo de estos estudios es mostrar si las influencias familiares son importantes en el TDAH, indicando si son influencias genéticas o medioambientales (Martínez-León, 2006). Se ha encontrado entre los padres de niños afectados un riesgo entre 2 y 8 veces superior al de la población general de padecer ellos mismos el trastorno. El riesgo calculado para un niño de padecer un TDAH si uno de los padres lo presenta es del 57%. Los estudios de adopción, señalan una concordancia en torno al 50-80% en gemelos monocigotos frente a un 29-33% en dicigotos (Toledo Bravo de Laguna, 2006).

Los datos de estudios de concordancia en gemelos monocigóticos y dicigóticos se han utilizado para estimar la heredabilidad, en donde se ha encontrado que esta es de 0.75. El hecho de que la heredabilidad sea menor de 1 demuestra que las características del ambiente intervienen en la etiología del trastorno y que el hecho de que los estudios familiares y de gemelos no sean concluyentes es debido a que la familia comparte no solamente los genes, sino también el ambiente (Romero Ogawa et al, 2002).

Si bien, no se ha identificado consistentemente un locus de susceptibilidad en el TDAH, se han postulado genes candidatos para diferentes poblaciones humanas, como los genes del transportador de serotonina, el 2-adrenérgico, la triptófano hidroxilasa, la D-carboxilasa, la dopamina-hidroxilasa, la catecol-orto-metiltransferasa (COMT) y la monoaminoxidasa, entre otros (Galindo Casas et al, 2005).

Se han identificado al menos dos genes dopaminérgicos asociados a este trastorno: el gen transportador de dopamina (DAT) y el gen receptor de dopamina (DRD4), además de un transportador (DAT) y la proteína 25 asociada a sinaptina (SNAP 25) que favorece la liberación del neurotransmisor. También se han involucrado los genes reguladores de la noradrenalina y de la nicotina, debido a que gemelos con este trastorno comparten una forma del

receptor alfa de acetilcolina-nicotínica (Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales & De la Peña-Olvera, 2005).

## 2. Factores neurobiológicos y neuropsicológicos:

El déficit en el control inhibitorio del impulso es lo que mejor define al TDAH, y es una función que corresponde al área prefrontal, por lo que los estudios de neuroanatomía topográfica y funcional se centran en esta área. Por tanto, en el TDAH existe una disfunción de la corteza prefrontal, encargada de la activación e inhibición de los estímulos y de la planeación, evaluación y organización de conductas que conducen a una meta definida. Presentan una alteración en los circuitos cerebelo-tálamo-prefrontales (Toledo Bravo de Laguna, 2006; Galindo Casas et al, 2005).

Según Pistoia, Abad-Mas y Etchepareborda (2004) las funciones ejecutivas se relacionarían intrínsecamente con las funciones del lóbulo frontal, consideradas como un conjunto de habilidades cognitivas que operan para dar lugar a la consecución de un fin establecido con anticipación. Las funciones ejecutivas permiten el diseño de planes, la selección de conductas, la autorregulación de los procesos para la consecución del objetivo a realizar, la flexibilidad y la organización de la tarea propuesta.

Barkley (1997) considera, como elemento distintivo del TDAH, la disfunción ejecutiva, que define como la incapacidad de seguir una secuencia desconocida de actos dirigidos a un fin determinado, evidenciando por otra parte la imposibilidad de poner en juego las diferentes variables que intervienen y de decidir con relación a lo juzgado. Este tipo de disfunción presentaría como características:

- Dificultad en el manejo de la dirección de la atención: déficit en la inhibición de estímulos irrelevantes.
- Dificultad en el reconocimiento de los patrones de prioridad: falta de reconocimiento de las jerarquías y significado de los estímulos (análisis y síntesis).

- Impedimento de formular una intención: dificultad en reconocer y seleccionar las metas adecuadas para la resolución de un problema.
- Imposibilidad de establecer un plan de consecución de logros: falta de análisis sobre las actividades necesarias para la consecución de un fin.
- Dificultades para la ejecución de un plan, no logrando la monitorización ni la posible modificación de la tarea según lo planificado.

Numerosas investigaciones avalan la existencia de una alteración en las funciones ejecutivas (FE) en estos niños, lo cual daría lugar a dificultades en la capacidad de inhibición del comportamiento, lo que explicaría la dificultad que presentan los niños con TDAH para frenar las respuestas impulsivas, detener las conductas en marcha, resistir a la interferencia, organizar de manera secuencial sus actividades y para mantener los esfuerzos cognitivos centrados en una sola actividad. También se ha propuesto que la alteración en la flexibilidad cognitiva sería una de las características básicas del TDAH y que los afectados presentan además alteración en la percepción del tiempo con aversión a la espera y alteración de la memoria operativa (López-Campo, Gómez-Betancur, Aguirre-Acevedo, Puerta & Pineda, 2005; Romero-Ayuso, Maestú, González-Marqués, Romo-Barrientos & Andrade, 2006).

Neuroanatómicamente se han propuesto diferentes estructuras del encéfalo como asiento de disfunciones en el TDAH. Entre estas se incluyen el hipotálamo, el sistema de activación reticular, el sistema límbico, el cuerpo calloso y los lóbulos frontales. Es así que los niños con TDAH tienen menores niveles de flujo sanguíneo, de consumo de glucosa y de actividad electroencefalográfica en los lóbulos frontales (Galindo Casas et al, 2005).

Parece existir una hipoactividad a nivel de la corteza prefrontal que produce un deterioro de las funciones cognitivas, provocando fácil distracción a estímulos e incapacidad de control motor. La corteza prefrontal presenta conexiones a través de circuitos neuronales con las regiones frontoestriadas y cerebelosas. Dichos circuitos son dependientes de las catecolaminas,

fundamentalmente dopamina y noradrenalina. Éstas modulan las funciones cognitivas, el control motor, la atención y los mecanismos que regulan la motivación y la satisfacción (Toledo Bravo de Laguna, 2006). Así, la regulación de la actividad neuronal mediada por los neurotransmisores en corteza e hipocampo, se encuentra alterada en los niños con TDAH. Los sistemas de neurotransmisores que están comprometidos en la fisiopatología del TDAH son el sistema noradrenérgico y el dopaminérgico, como también el serotoninérgico que es fundamental en la modulación de la actividad, la agresión, la memoria y el aprendizaje, aunque su participación en el TDAH es de menor importancia. La disminución de la cantidad de dopamina en los niños con TDAH se debe a que existe un aumento de su recaptación desde el espacio intersináptico hacia la membrana presináptica y a una alteración en los receptores postsinápticos de la dopamina (Galindo Casas et al, 2005).

### 3. Factores perinatales:

Se ha encontrado que factores tales como el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, las complicaciones del parto y los trastornos neurológicos tempranos pueden ser factores de riesgo para el TDAH (Martínez-León, 2006). Las convulsiones neonatales, gripe con incapacidad durante el embarazo y la prematuridad son factores ambientales que tienen la capacidad de amplificar, contener o perpetuar el trastorno (Galindo Casas et al, 2005; Ruiz-García et al, 2005).

Desde los modelos psicosociales se sostiene que, si bien no se ha determinado una causa ambiental específica, los factores psicosociales pueden intervenir como factores de riesgo del TDAH. Así, la atención brindada por los padres en el hogar puede mejorar o empeorar los síntomas en el niño. Un ambiente desorganizado, disfuncional y caótico puede, asimismo, desencadenar síntomas de TDAH y mantenerlos; los estilos de crianza en el hogar también son importantes pues marcan el proceso de socialización del niño. Un niño genéticamente vulnerable a desarrollar TDAH, con estilos de

crianza problemáticos, puede desarrollar y mantener los síntomas (Martínez-León, 2006).

Sin embargo, no se ha demostrado que los factores ambientales sean una causa necesaria o suficiente para la manifestación del trastorno, sino que indican una mayor vulnerabilidad general, no específica para el TDAH. En cuanto a los factores psicosociales como delincuencia paterna, clase social baja, enfermedad mental de la madre, discordias maritales, etc., son en general factores predictores de adaptabilidad y salud psíquica y podrían ser más una expresión de TDAH en los padres que de ser la causa en los hijos (Toledo Bravo de Laguna, 2006).

#### Caracterización en las Distintas Etapas de la Vida.

Las manifestaciones del trastorno van variando notablemente en grado e intensidad a lo largo de la vida. Entre el primer y los tres años, el diagnóstico es muy difícil. Existe una variación temperamental, impulsividad, y una adaptación social limitada en la interacción del niño con los padres y el ambiente. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan continuamente con posibles alteraciones del sueño, en el lenguaje o en la adquisición del desarrollo motor (Hidalgo Vicario, 2007).

Hasta los cinco años, los niños suelen presentar un desarrollo motor precoz, comienzo temprano de la deambulación y en general son descritos por los padres como niños inquietos, como impulsados por un motor. Son niños de fáciles rabietas, buscan constantemente la atención, no parecen tener noción de peligro, curiosidad insaciable y excesiva actividad motora; son además desobedientes, opositoristas y desafiantes (Benavente, 2001).

Es así que entre los tres y seis años (etapa preescolar) presentan menor intensidad y duración en el juego, inquietud motriz y otros problemas asociados: conducta desafiante, alteración del desarrollo, dificultad en la coordinación motora y en la adaptación social. El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y el déficit de atención pueden ser

propios de la edad. No se disponen de instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH en esta edad (Hidalgo Vicario, 2007).

Es en la edad escolar donde se detectan más frecuentemente los niños con TDAH, ya que es además cuando comienzan a presentar problemas en la adquisición y aprendizaje de la lectoescritura, lo que redundará en un principio de fracaso escolar que se agudizará más cuanto más se fuerce al niño sin tratamiento adecuado (Benavente, 2001).

Entre los seis y los doce años suele ser cuando se producen más consultas a profesionales de la salud. Son niños que se distraen con facilidad, con inquietud motora, conducta impulsiva y perturbadora y problemas asociados como: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), rechazo por los compañeros, problemas familiares, repetición de curso, baja autoestima y agresividad (Hidalgo Vicario, 2007).

En la adolescencia la hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud pero todavía el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad (Benavente, 2001). Con la edad va mejorando la hiperactividad que se transforma en hiperactividad mental e impaciencia, pero se mantienen el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse, lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo, baja autoestima y conduce al joven a involucrarse en conductas de riesgo, conducta antisocial, drogas, embarazos, accidentes, entre otras (Hidalgo Vicario, 2007).

Los estudios longitudinales parecen estar esta vez de acuerdo en que la hiperactividad de los adolescentes se desplaza hacia trastornos de conducta, alrededor de un 43% con el peligro de las conductas de riesgo como: adicciones, acciones predelictivas, abandono escolar, accidentes etc. (Benavente, 2001).

Con la edad van aumentando los problemas y las comorbilidades. El 40-60% continúan con problemas en la edad adulta. Se observan los síntomas residuales del trastorno y otros asociados: trastornos mentales, fracaso profesional, problemas con la familia y a nivel social (Hidalgo Vicario, 2007).

## Grupo Sintomático Principal. Criterios Diagnósticos.

El diagnóstico se basa en los criterios específicos para el TDAH del DSM-IV-TR y/o los criterios del trastorno hiperactivo en la clasificación CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS). El diagnóstico de TDAH según el DSM-IV-TR requiere la presencia de seis o más síntomas de déficit de atención o hiperactividad-impulsividad, en cambio, la definición de trastorno hiperactivo del CIE-10 requiere que los síntomas estén presentes en las tres categorías y en más de una situación. El más utilizado son los criterios del DSM-IV-TR (Toledo Bravo de Laguna, 2006).

Criterios diagnósticos: DSM-IV
<p>A) (1) o (2)</p> <p>1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p style="text-align: center;">Desatención:</p> <p>a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p>

g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

#### Hiperactividad

a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

e) a menudo “está ocupado” o suele actuar como si “estuviera impulsado por un motor”

f) a menudo habla en exceso

#### Impulsividad

(g) a menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas

(h) a menudo tiene dificultades para esperar su turno

(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej, en la escuela y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención, si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado: esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad/impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Para el diagnóstico se establecen tres subtipos:

1. El subtipo combinado, debe presentar seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y seis o más de déficit de atención (Toledo Bravo de Laguna, 2006) y se establece si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses (Benavente, 2001). Es la forma más frecuente y representa 60% de los pacientes; la severidad de los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad es similar y condiciona que estos pacientes tengan dificultades severas y tempranas (Ruiz-García et al, 2005).
2. El subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: presenta seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad pero no de déficit de atención (Toledo Bravo de Laguna, 2006). Se satisface el Criterio A2,

pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses (Benavente, 2001). Es la menos común y posiblemente representa sólo el extremo severo del TDAH mixto. Los síntomas condicionan importante disrupción en los ámbitos social, familiar y escolar (Ruiz-García et al, 2005).

3. El subtipo predominantemente desatento: presenta seis o más síntomas de falta de atención pero no de hiperactividad-impulsividad (Toledo Bravo de Laguna, 2006). Se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses (Benavente, 2001). Representa 15 a 25%; es probablemente la variedad más común en mujeres, frecuentemente es subdiagnosticada ya que lo que predomina es la falla escolar en el contexto de un paciente que no presenta problemas del comportamiento ni hiperactividad (Ruiz-García et al, 2005).

En el caso de que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica como “trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado” (Benavente, 2001).

El diagnóstico del TDAH es completamente clínico y es necesario conocer de forma detallada la historia familiar y personal del paciente, además de un examen físico y escalas validadas con maestros y padres para establecer con certeza el diagnóstico e iniciar un tratamiento; sin embargo, el uso racional de estudios de extensión neurofisiológicos o de imagen debe estar estrictamente relacionado con cada caso en particular (Ruiz-García et al, 2005). Es necesario también realizar una evaluación neuropsicológica dirigida a la valoración de algunos procesos controlados por el funcionamiento ejecutivo como son la flexibilidad cognitiva, la planificación, el control inhibitorio, la memoria de trabajo, que son buenos indicadores para el diagnóstico del TDAH (Felix Mateo, 2005).

Existen varias escalas o cuestionarios de evaluación de la conducta, la más utilizada es la escala de Connors para padres y profesores. Se utilizan para obtener información de éstos con el fin de complementar el historial de conducta del niño. No existe ningún marcador psicológico o neurobiológico,

prueba o test patognomónico del trastorno. El diagnóstico en la actualidad depende exclusivamente de la clínica. Las Resonancias magnéticas funcionales, PET, SPECT, Potenciales evocados cognitivos, magnetoencefalografía y otros, se utilizan con fines de investigación (Toledo Bravo de Laguna, 2006; Hidalgo Vicario, 2007).

El diagnóstico habitualmente se realiza alrededor de los siete años. Los niños que reciben el diagnóstico del TDAH con predominio hiperactivo suelen ir antes a consulta, debido a las dificultades que comienza a encontrar la familia, a diferencia de lo que ocurre con el subtipo inatento, que suele detectarse por los docentes (Romero-Ayuso et al, 2006).

#### Comorbilidad.

Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos y de aprendizaje que coexisten con el diagnóstico de TDAH (Fernández Pérez & López, 2004). Por lo que el término comorbilidad estaría referido a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Se requiere de dos condiciones para hablar de comorbilidad. En primer lugar, que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido y que, en segundo lugar, la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general (Artigas-Pallarés, 2003).

Cerca de 65% de los pacientes con TDAH presentan un trastorno comórbido o asociado al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada niño (Ruiz-García et al, 2005). Más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad y aproximadamente el 60% de los pacientes tienen al menos dos comorbilidades. Es la regla más que la excepción. La forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno (Hidalgo Vicario, 2007).

Característicamente es el TDAH el cuadro clínico que aparece primero, por lo que supone una señal de “alerta” para la posible detección de dichas condiciones. Los problemas psiquiátricos se estima que aparecen en más del 50%. Los más habituales son el trastorno de ansiedad, los trastornos del humor, tics crónicos y trastornos de la conducta. Asimismo, los problemas de aprendizaje son muy comunes, como: dislexia, dificultades en la escritura y coordinación, en la comprensión de textos, en la expresión escrita, en la fluidez lectora, en la numeración, en el cálculo y en la solución de problemas; presentan además dificultades perceptivoespaciales, dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación, entre otras (Fernández Pérez & López, 2004).

Al menos un 25% de los niños con TDAH, especialmente con el subtipo hiperactivo, padecen trastornos de ansiedad, que pueden ser de separación (temor patológico a separarse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, tienen miedo que les suceda algo, les cuesta dormirse solos, rehúsan a participar en actividades que les obligue a estar fuera de casa.), ansiedad generalizada (preocupaciones excesivas y constantes acerca de, por ejemplo, su rendimiento escolar, con los amigos o los deportes, temor exagerado también a quedar en ridículo, están muy tensos y tienden a somatizar) o fobias (miedo específico unido a conductas de evitación; por ejemplo fobia social, cuando el miedo se refiere a la exposición a situaciones de relación con los demás, fobia escolar, con terror a acudir al colegio o centro de estudios, etc.). Es evidente que los niños con TDHA son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad en cuanto a que les resulta muy difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno (Benavente, 2001).

En cuanto al trastorno del estado de ánimo, es muy frecuente que en los niños con TDAH aparezcan sentimientos depresivos. Diversos estudios coinciden en señalar que alrededor del 30% de los niños con TDAH presentan asociado algún trastorno afectivo (depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno distímico) (Artigas-Pallarés, 2003). Este tipo de asociación empeora el pronóstico a medio y largo plazo, y complica la respuesta terapéutica puesto que los estimulantes pueden no tener la misma eficacia, incluso empeorar la

depresión (Benavente, 2001). Otros aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con TDAH son el estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño. También debe hacerse notar que algún síntoma relacionado con la dificultad para concentrarse es propio tanto del TDAH como del trastorno depresivo (Artigas-Pallarés, 2003). Algunos autores han clasificado esto más que como un síndrome depresivo, como un “verdadero síndrome de desmoralización”. Sin embargo hasta en un 30%, presentan un síndrome depresivo real. Es lógico que un niño con diagnóstico de TDAH, pueda estar decaído y desilusionado porque no puede comportarse, aprender y ser aceptado como los otros niños. El niño deprimido cae en un estado crónico que tiene la siguiente sintomatología: sentimientos de preocupación excesiva, tristeza o deseo de aislamiento, en otros casos se manifiesta por una irritabilidad persistente, aburrimiento, pérdida de interés por todo, alteraciones en el apetito o en el sueño, quejas físicas, dolores abdominales, de cabeza sin causas orgánicas, cansancio, disminución de la concentración e Ideas de muerte recurrentes. Es importante que en el caso de que el TDHA coexista con la depresión, debe darse prioridad al tratamiento del trastorno afectivo (Benavente, 2001).

En cuanto al trastorno de conducta, se trata del trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial que se asocian al TDHA hasta en un 40% de los casos. La presencia de problemas de conducta en la niñez, asociado con TDAH o no, es un precursor de conducta agresiva, delincuencia y abuso de sustancia en la adolescencia, considerando que los problemas atencionales sin problema de conducta parecen ser un precursor para los déficit cognoscitivos y académicos (Martínez-León, 2006). Los niños con la forma más grave de trastorno disocial parecen tener más probabilidades de ser encarcelados, tener accidentes graves, importantes disfunciones sociales, adicciones, etc. Estos parecen también provenir de ambientes o núcleos familiares más desestructurados, con disfunciones familiares (Benavente, 2001).

Por último, los problemas de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje son una de las características más claramente asociadas al TDAH (Martínez-León, 2006). Prácticamente todas las áreas académicas se ven

afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje, etc. Los niños hiperactivos utilizan estrategias memorísticas muy pobres, y existe un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas, y en las autoinstrucciones adecuadas para inhibir conductas y controlar la acción. La asociación del TDHA con trastornos de aprendizaje hace que se sitúe alrededor del 40% la repetición de curso de los niños afectados, cuando no la deserción escolar, dependiendo del entorno social y familiar (Benavente, 2001). Los problemas de lenguaje, muy frecuentes en el TDAH, y en ocasiones el primer motivo de consulta por parte de los padres, ocasionan que se puedan adquirir algunas de las características propias del autismo: ecolalias, pobre capacidad expresiva y deficiente comprensión verbal. Los problemas semánticos, unidos a una pobre habilidad para entender el contexto social, pueden aproximarse a un trastorno semántico-pragmático del lenguaje. Tampoco resulta excepcional que el lenguaje se afecte prosódicamente, o en la modulación del volumen expresivo. Otras veces, el niño con TDAH, en su forma disatencional, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado y se aproxima al mutismo selectivo. Igualmente, la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada. Una parte de los niños con TDAH muestran, como primer síntoma, dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura (Artigas-Pallarés, 2003).

#### Diagnóstico Diferencial.

Al realizar la exploración y la valoración diagnóstica del niño, es importante descartar otros síndromes, que aunque pueden coexistir con el TDHA, son entidades diferentes y como tal deben clasificarse. Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del TDAH de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos. Por lo tanto el diagnóstico diferencial debe considerar las variaciones evolutivas de acuerdo a la edad del niño (deben descartarse retraso mental o límite y trastornos del aprendizaje, exigencias de padres/profesores no adecuadas para el nivel de

desarrollo), las características sociales particulares (secuela de abuso o abandono, estimulación insuficiente o sobreestimulación excesiva), problemas pediátricos (defectos auditivos o visuales, epilepsia punta-onda en sueño lento y ausencias, trastornos del sueño, secuelas de traumas craneales, anemia, hipo-hipertiroidismo, alteraciones genéticas como frágil-X, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams, también la hiperactividad inducida por sustancias exógenas o fármacos como la intoxicación por plomo, las benzodiazepinas, el fenobarbital, la teofilina y el Síndrome de alcohol fetal) y problemas psiquiátricos (ansiedad, depresión y trastorno bipolar, trastornos generalizados del desarrollo y trastorno negativista desafiante sin TDAH) (Fernández Pérez & López, 2004; DSM IV, 1994).

## ESTILOS PARENTALES.

La familia es el principal contexto de socialización mediante el cual se favorece el desarrollo de la personalidad y la emocionalidad, especialmente durante los primeros años de la infancia en los que los padres juegan un papel esencial. Es un hecho que la familia, y más concretamente los padres, constituyen el primer medio de socialización y formación de todo ser humano. Desde esta óptica microsistémica interactiva, se propone la existencia de diferentes estilos educativos parentales (López-Soler, Puerto, López-Pina & Prieto, 2009).

Según Torío López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez (2008) el conjunto de conductas que los padres valoran como apropiadas y deseables para sus hijos, tanto para su desarrollo como para su integración social, reciben el nombre de estrategias de socialización: lo que los padres desean que ocurra respecto a sus hijos y los medios para alcanzar esos estados deseables. Estas metas y estrategias de socialización que emplean los padres con los hijos tienen que ver con el tono de la relación, con el mayor o menor nivel de comunicación (aceptación-rechazo, calor-frialdad, afecto-hostilidad, proximidad-distanciamiento) y con conductas para encauzar el comportamiento del niño o la niña (autonomía-control, flexibilidad-rigidez, permisividad-restricción).

### Dimensiones Utilizadas en el Estudio de Estilos Educativos.

Son diversas las variables o dimensiones que se combinan y se han formulado para definir como resultado estilos educativos determinados.

Desde mediados del siglo pasado gran parte de la literatura ha identificado en las relaciones padres-hijos al menos dos variables en las prácticas educativas parentales, consideradas fundamentales en la socialización de los hijos, variables denominadas como «*dominio-sumisión*» y «*control-rechazo*». Desde esta corriente, la variedad de pautas que pueden emplear los padres en las estrategias de socialización de sus hijos están basadas en las dimensiones de apoyo y control parental. Por ejemplo, cuando

un niño se porta mal, algunos padres opinan que lo más educativo es retirarle un privilegio (no ver la televisión o no salir a jugar); otros opinan que lo mejor es sentarse a hablar con ellos y analizar su comportamiento; otros pueden opinar que lo mejor es dejar a los hijos para que aprendan por sí mismos. Lo importante sería entonces conocer el modo en que aparecen las distintas estrategias educativas, de acuerdo a condicionamientos como la edad, la situación en particular, o la madurez psicológica del niño en cada momento educativo (Torío López et al, 2008).

Schwarz, Barton-Henry y Pruzinsky (1985) han definido en las prácticas de socialización familiar tres dimensiones o ejes fundamentales: a) una dimensión de *aceptación* que abarcaría desde la implicación positiva, el centrarse en el hijo hasta el rechazo y la separación hostil. b) una dimensión de *control firme* que implica grados diferentes tales como el refuerzo, la falta de refuerzo, la disciplina laxa o la autonomía extrema. c) una dimensión de *control psicológico* en la que se incluyen grados como la intrusión, el control hostil, la posesividad y la retirada de la relación.

Con el paso del tiempo, dichas dimensiones se han disgregado y, en la actualidad, se consideran cuatro aspectos diferentes en las conductas de los progenitores: *afecto* en la relación, grado de *control*, grado de *madurez* y *comunicación* entre padres-hijos. Estas dimensiones y su combinación procuran unas experiencias educativas diversas que los niños viven en su familia y que naturalmente influirán en su desarrollo (Torío López et al, 2008).

En este sentido, el apoyo o afecto se define como la conducta expresada por un padre o la madre hacia un hijo, que hace que el niño se sienta confortable en presencia del mismo y confirme, en la mente del niño, que es básicamente aceptado como persona. Esta variable ha tenido gran número de etiquetas relativamente similares: aceptación, educación o amor y conductas parentales como las alabanzas, elogios, aprobación, estimulación-aliento, ayuda, cooperación, expresión de términos cariñosos, ternura y el afecto físico (Torío López et al, 2008).

Por otra parte, el intento de control se define como la conducta de un padre hacia un hijo con el objeto de dirigir la acción de éste de una manera

deseable para los padres. Esta concepción es coincidente con la disciplina familiar y se utilizan términos como dominancia, restricción o coerción. Es una dimensión crucial en el desarrollo de la persona, puesto que a través de la guía y el control que ejercen los otros aprendemos a regular y controlar nuestra conducta de manera autónoma (Torío López et al, 2008).

El grado de madurez se relaciona con los retos y exigencias que los progenitores imponen a sus hijos. Por último, la capacidad para establecer un ambiente comunicativo es otra de las dimensiones que se distinguen en las prácticas educativas. Dicha dimensión se refiere a la posibilidad de crear una dinámica en la que es posible explicar de manera razonada las normas y las decisiones que se toman teniendo en cuenta el punto de vista de los otros. Permite compartir problemas, conflictos, dudas, satisfacciones, etc. (Torío López et al, 2008).

De esta manera, en diversas investigaciones se presenta una relación entre distintas dimensiones o características de los padres con algunas medidas asociadas a la competencia social de los niños. Así, se ha evidenciado que las prácticas de crianza o el estilo de interacción de los padres se relacionan con el status sociométrico de sus hijos o la aceptación por parte de sus iguales en preescolar y en la edad escolar. También se ha evidenciado que la aceptación paterna se relaciona con la competencia y el ajuste psicosocial, la calidad de las relaciones de los hijos con sus iguales, la conducta prosocial, la sociabilidad o la empatía. Se ha comprobado que aquellos adolescentes que perciben un mayor apoyo por parte de sus padres dicen tener más amigos, se sienten más satisfechos con sus relaciones de amistad y perciben tales relaciones como más próximas e íntimas. El papel de los padres no siempre es positivo, ya que existen otras características paternas, tales como el control excesivo o la realización de atribuciones hostiles sobre la conducta del niño, que inciden negativamente en la competencia social de los hijos durante la niñez. En la etapa adolescente la falta de afecto por parte de los padres se ha relacionado con medidas de depresión, autoestima baja, conducta antisocial, delincuencia o malestar interno. También se ha comprobado que aquellos adolescentes que perciben

una falta de comprensión y apoyo muestran más comportamientos no deseables como el consumo de alcohol (García Linares, Pelegrina & Lendínez, 2002).

Ahora bien, de la interrelación de las variables que se producen en las prácticas educativas parentales surgen los diferentes estilos educativos, en función del peso que cada una de ellas tiene en el entramado de las relaciones padres e hijos. Así, a lo largo de las últimas décadas también se ha utilizado una aproximación tipológica para analizar la relación entre distintas características de los padres y el desarrollo de los hijos. En estos trabajos, no se analizan dimensiones aisladas, sino que se consideran grupos de características que suelen aparecer simultáneamente. Son estilos que hacen referencia a las interacciones entre padres e hijos que ocurren en un amplio rango de situaciones. Los estilos educativos ejercen una influencia indirecta sobre el comportamiento del hijo, a diferencia del efecto más directo de las prácticas disciplinarias. Concretamente, los estilos educativos, por un lado, modulan la influencia de prácticas específicas (actuando como un contexto emocional) y, por otro, afectan a la susceptibilidad del hijo a la influencia de los padres (García Linare et al, 2002).

Desde esta perspectiva, se puede definir los estilos educativos parentales como: esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar. No se identifican modelos puros, sino que se solapan, ya que los estilos educativos suelen ser mixtos y varían con el desarrollo del niño, no siendo estables a lo largo del tiempo. Además, pueden cambiar de acuerdo a múltiples variables, como son: el sexo, edad, lugar que ocupa entre los hermanos, etc. Por ello, es preciso analizar los estilos educativos en el contexto de los cambios sociales, valores predominantes, realidad de cada familia o en el contexto del momento evolutivo en que se encuentre el niño, ya que los padres no tienen un estilo educativo fijo. El modo como se comporta un padre respecto de un niño en particular depende de la edad del niño, de su conducta habitual, de su conducta pasada, su inteligencia, su estado de salud y de su

aparición física. Los padres confeccionan su estilo educativo a medida de cada niño. Por tanto, cuando se habla de estilos de prácticas educativas parentales, se refiere a tendencias globales de comportamiento (Torío López et al, 2008).

Los estilos educativos parentales serían así resultado de la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres a la hora de interactuar con el niño, influyendo de forma directa sobre su comportamiento.

### Las Tipologías de Baumrind.

Dentro de este ámbito de investigación, uno de los modelos más elaborados es el de Diana Baumrind de 1968, que tiene en cuenta las interacciones que se enmarcan dentro de dos dimensiones: afecto-comunicación y control-exigencias y que darán como resultado tres estilos: *autoritario*, *permisivo* y *democrático* (López-Soler y otros, 2009). Mientras que los dos primeros se definen por su propia nominación, el último supone una actitud de autoridad enmarcada por una respuesta atenta ante las necesidades e inquietudes del niño o adolescente, así como por la demanda de determinados comportamientos que son deseables en los hijos, a criterio de los padres (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

Baumrind pretende descubrir si determinados estilos educativos de los padres correlacionan con el desarrollo de cualidades y características en el niño. Su investigación tiene como objetivo conocer el impacto de las pautas de conducta familiares y su repercusión en la personalidad del niño (Torío López et al, 2008).

En una investigación que realizó en 1967, donde se entrevistaba a los padres y madres al tiempo que se observaba la conducta que estos mantenían respecto a sus hijos, Baumrind dividió a los niños en tres tipos de estructura personal según su conducta:

1. Estructura I: eran los más competentes, contentos e independientes, confiados en sí mismos y mostraban conductas exploratorias.

2. Estructura II: eran medianamente confiados y capaces de controlarse a sí mismos y, en cierto modo, inseguros y temerosos.
3. Estructura III: se manifestaban inmaduros y dependientes, con menos capacidad de control y confianza en sí mismos.

Correlacionando estas características de personalidad con los métodos de crianza en la familia, obtuvo lo siguiente:

1. Padres del grupo I (especialmente las madres): ejercían un control firme, exigencias de ciertos niveles de madurez y buena comunicación con los hijos. Lo denominó comportamiento autoritativo parental.
2. Padres del grupo II: menos cuidadosos y atentos con sus hijos en comparación con otros grupos. Son denominados padres autoritarios.
3. Padres del grupo III: afectuosos y atentos, pero ejercían poco control y escasas demandas de madurez sobre sus hijos. Los denominó padres permisivos.

Teniendo en cuenta las variables de control, afecto y comunicación, y este estudio se definieron tres estilos paternos:

1. Estilo autoritario: los padres autoritarios valoran la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel de subordinado y en restringir su autonomía. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. No facilitan el diálogo y, en ocasiones, rechazan a sus hijos como medida disciplinaria. El estilo autoritario es el que tiene repercusiones más negativas sobre la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima y genera niños descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos y tienden a tener una pobre interiorización de valores morales (Baumrind, 1996).

Así, este estilo produce mayores tasas de infelicidad, conflicto y conducta neurótica, además de dificultades en las relaciones sociales y en el desarrollo

de actitudes empáticas, pudiendo presentar conductas agresivas hacia los iguales en ausencia de control externo, siendo por tanto más rechazados por sus compañeros (López-Soler et al, 2009).

2. Estilo no restrictivo o permisivo: los padres permisivos proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. El prototipo de adulto permisivo requiere que se comporte de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones del niño. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas. Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Aparentemente, este tipo de padres forman niños alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Baumrind, 1996).

El estilo permisivo del padre se relaciona con conducta impulsiva e incontrolada en el hijo; aunque, por otra parte, estos niños muestran una competencia social normal y sus relaciones con los iguales tienden a ser adecuadas. Sin embargo, hay que destacar que aquellos niños que perciben a sus padres como permisivos logran resultados comparables a los de padres democráticos en las variables de autoestima, en competencia social y autoconfianza (García Linares et al, 2002).

3. Estilo autoritativo o democrático: los padres autoritativos o democráticos intentan dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras pero utilizan el razonamiento y la negociación. Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividades del niño de forma racional. Parten de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños, lo que se considera una

«reciprocidad jerárquica», es decir, cada miembro tiene derechos y responsabilidades con respecto al otro. Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo. Dicho estilo produce, en general, efectos positivos en la socialización: desarrollo de competencias sociales, índices más altos de autoestima y bienestar psicológico, un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos, entre otras. Estos niños suelen ser interactivos y hábiles en sus relaciones con sus iguales, independientes y cariñosos. Se considera que este último estilo tendría mejores resultados que los otros dos. Así, los padres autoritativos, que prestan atenciones y cuidados a los niños y exigen ciertos niveles de control, fomentarían en ellos madurez y competencia. Por el contrario, estos niveles no se consiguen si se utiliza una disciplina autoritaria, severidad en los castigos o abundantes restricciones y protección excesiva (Baumrind, 1996).

Esta autora alega que actualmente ninguna postura extrema (ni la conservadora actitud autoritaria ni la más liberal posición permisiva) ofrece a los progenitores un modelo adecuado. Cada una de ellas contiene algo de eficacia pero, a la vez, endemoniza a la otra. De esta forma, el estilo de comportamiento parental autoritativo ha mostrado que ofrecer apoyo hacia los niños, junto con un uso prudente de control, sanción o castigo y el planteo de una firme demanda de ciertos comportamientos deseables, son una herramienta necesaria para el encuentro y el establecimiento de una relación más sana y productiva que desembocará en consecuencias favorables para el desarrollo ulterior del individuo (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

El estilo democrático parece favorecer el ajuste de los hijos, los cuales manifestarán, durante la infancia, un estado emocional estable y alegre, una elevada autoestima y autoconcepto, un elevado autocontrol, alta adaptación y un comportamiento de rol de género menos tradicional. También serán más competentes en comprender la perspectiva del otro y se relacionarán mejor con iguales. Estos efectos positivos se mantendrán a lo largo del tiempo y, en la adolescencia, estos niños poseerán una elevada autoestima, madurez social y moral, obtendrán mayores logros académicos y utilizarán más estrategias de

cooperación y de adaptación social positiva. Igualmente, serán menos propensos al desarrollo del comportamiento antisocial, a la aparición de problemas de conducta y al consumo de drogas (López-Soler et al, 2009).

La conceptualización de estilo parental de Baumrind la aparta de investigaciones anteriores por varias causas: en primer lugar, más que determinar múltiples dimensiones de comportamientos parentales y determinar el estilo como una combinación lineal de estas dimensiones, especificó una función parental global: el control. En segundo lugar, más que crear una dimensión en la que el control parental se organizaba linealmente de mayor a menor, como se había hecho en anteriores investigaciones, distinguió entre tres tipos de control parental cualitativamente diferentes; permisivo, autoritario, autoritativo. En tercer lugar definió el estilo parental como un constructo global. El modelo de Baumrind además refleja un cambio en la concepción sobre la socialización, manifestando en aspectos como la noción de que el niño contribuye a su propio desarrollo a través de su influencia sobre sus padres, es decir que las diferencias en la personalidad del niño podrían alterar las conductas de los padres. Esto le permitió definir el estilo parental como una característica de la relación padres-hijo más que como una característica propiamente de los padres (Raya Trenas, 2008).

#### El Modelo Bidimensional de MacCoby y Martin.

En la reformulación que MacCoby y Martin realizaron en 1983 de las investigaciones de Baumrind, se reinterpretan las dimensiones básicas propuestas por la autora, redefiniéndose los estilos parentales en función de dos aspectos:

1. el control o exigencia: presión o número de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas.
2. el afecto o sensibilidad y calidez: grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los hijos, sobre todo, de naturaleza emocional.

Según estos autores, de la combinación de las dimensiones mencionadas y de su grado, se obtienen cuatro estilos educativos paternos: estilo autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. El estilo permisivo que Baumrind había descrito ha sido dividido por MacCoby y Martin en dos estilos nuevos, al observar que la permisividad presentaba dos formas muy diferentes: el estilo permisivo-indulgente y el permisivo-negligente, este último desconocido en el modelo de Diana Baumrind y que se asocia a un tipo de maltrato (Raya Trenas, 2008).

	Reciprocidad. Implicación afectiva	No reciprocidad. No implicación afectiva
Control fuerte	Autoritario – Recíproco	Autoritario – Represivo
Control Laxo	Permisivo – Indulgente	Permisivo - Negligente

El estilo permisivo-indulgente podría definirse por tres características fundamentales de la conducta parental ante el niño: la indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas; la permisividad y la pasividad. Evitan, en lo posible, la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones. Hacen escaso uso de castigos, tolerando todos los impulsos de los hijos. Este estilo de disciplina familiar se describe, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse o imitar. Los padres no son directivos, ni asertivos y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar. Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. Son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad, pero les preocupa la formación de sus hijos. Responden y atienden a sus necesidades, a diferencia de los permisivos-negligentes, cuya implicación y compromiso paterno es nulo. Según los estudios, los hijos de hogares permisivos presentan índices favorables en espontaneidad, originalidad y creatividad, así como mejor competencia social. Se ven favorecidos en autoestima y confianza. Obtienen puntuaciones más bajas en los logros

escolares y menor capacidad para la autorresponsabilidad, siendo más propensos a la falta de autocontrol y autodominio (MacCoby & Martin, 1983).

Los padres con un estilo permisivo-negligente, se caracterizan por la no implicación afectiva en los asuntos de los hijos y por el abandono en la tarea educativa. La permisividad no es debida a razones ideológicas, como ocurre en el estilo permisivo-indulgente, sino a razones pragmáticas, tanto por la falta de tiempo o de interés como por la negligencia o la comodidad. Los padres permisivo-negligentes invierten en los hijos el mínimo tiempo posible y tienden a resolver las obligaciones educativas de la manera más rápida y cómoda posible. Les resulta más cómodo no poner normas, pues éstas implicarían diálogo y vigilancia. No pueden evitar, en algunas ocasiones, estallidos irracionales de ira contra los hijos, cuando éstos traspasan los límites de lo tolerable, debido a su permisividad. Si sus recursos se lo permiten, complacen a los hijos en sus demandas, rodeándolos de halagos materiales. Aunque admiten notables variaciones según de qué familia concreta se trate, es el estilo con efectos socializadores más negativos. Según los estudios, estos niños obtienen las más bajas puntuaciones en autoestima, en desarrollo de capacidades cognitivas y en los logros escolares, así como en la autonomía y en el uso responsable de la libertad (Torío López et al, 2008).

Tipología de socialización familiar	Rasgos de conducta parental	Consecuencias educativas sobre los hijos
Democrático o autorizativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• afecto manifiesto.</li> <li>• sensibilidad ante las necesidades del niño: responsabilidad.</li> <li>• explicaciones.</li> <li>• promoción de la conducta deseable.</li> <li>• disciplina inductiva o técnicas punitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• competencia social.</li> <li>• autocontrol.</li> <li>• motivación.</li> <li>• iniciativa.</li> <li>• moral autónoma.</li> <li>• alta autoestima.</li> <li>• alegres y espontáneos.</li> <li>• autoconcepto realista.</li> <li>• responsabilidad y fidelidad</li> </ul>

	<p>razonadas (privaciones, reprimendas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promueven el intercambio y la comunicación abierta.</li> <li>• hogar con calor afectivo y clima democrático.</li> </ul>	<p>a compromisos personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prosociabilidad dentro y fuera de la casa (altruismo, solidaridad).</li> <li>• elevado motivo de logro.</li> <li>• disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos.</li> </ul>
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• normas minuciosas y rígidas</li> <li>• recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas</li> <li>• no responsabilidad paterna</li> <li>• comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de diálogo)</li> <li>• afirmación de poder</li> <li>• hogar caracterizado por un clima autocrático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• baja autonomía y autoconfianza.</li> <li>• baja autonomía personal y creatividad.</li> <li>• escasa competencia social.</li> <li>• agresividad e impulsividad.</li> <li>• moral heterónoma (evitación de castigos)</li> <li>• menos alegres y espontáneos.</li> </ul>
Indulgente o permisivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas.</li> <li>• responden y atienden las necesidades de los niños.</li> <li>• permisividad.</li> <li>• pasividad.</li> <li>• evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• baja competencia social.</li> <li>• pobre autocontrol y heterocontrol.</li> <li>• escasa motivación.</li> <li>• escaso respeto a normas y personas.</li> <li>• baja autoestima, inseguridad.</li> <li>• inestabilidad emocional.</li> <li>• debilidad en la propia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños.</li> <li>• especial flexibilidad en el establecimiento de reglas.</li> <li>• acceden fácilmente a los deseos de los hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identidad.</li> <li>• autoconcepto negativo.</li> <li>• graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad.</li> <li>• bajos logros escolares.</li> </ul>
Negligente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• no implicación afectiva en los asuntos de los hijos.</li> <li>• dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible.</li> <li>• escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li> <li>• inmadurez.</li> <li>• alegres y vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• escasa competencia social.</li> <li>• bajo control de impulsos y agresividad.</li> <li>• escasa motivación y capacidad de esfuerzo.</li> <li>• inmadurez.</li> <li>• alegres y vitales</li> </ul>

Fuentes: Torío López et al, 2008.

Los resultados indican que los adolescentes que caracterizan a sus padres como autoritativos obtienen puntuaciones más altas en competencias psicosociales y más bajas en medidas de disfunción psicosocial y comportamental. Lo contrario son adolescentes que describen a sus padres como negligentes. Los adolescentes cuyos padres son distinguidos como autoritarios obtienen medidas razonablemente dentro de la obediencia y la conformidad de los adultos, pero tienen un pobre autoconcepto respecto a otros jóvenes. Por lo contrario, adolescentes de hogares indulgentes evidencian un fuerte autoconcepto, pero presentan una frecuencia más alta de abuso de sustancias tóxicas y malas conductas escolares, a la vez que son menos comprometidos en la escuela (MacCoby & Martin, 1983).

De este modo, el amplio conjunto de investigaciones ha ido mostrando la existencia de una serie de características en las que los padres y las madres

difieren unos de otros en sus prácticas educativas. En estas mismas investigaciones se pone en evidencia que el modelo de familia democrática es el más propicio por ser el más educativo para favorecer el desarrollo de la personalidad de los menores y estimular sus capacidades, pautas sociales, habilidades de comunicación y socialización. Exige de los adultos seguridad, serenidad y capacidad de reflexión. La validez de dicho estilo está precisamente en el equilibrio entre el afecto y la autoridad, siendo importante establecer normas y límites (Torío López et al, 2008).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que si bien a partir de estos estudios parece que el estilo democrático sería el más adecuado en poblaciones no clínicas dentro de las sociedades industrializadas actuales, facilitando una mejor adaptación, Oliva y Parra en 2004 comprobaron que no siempre el estilo democrático es el más adecuado en todas las circunstancias y situaciones. Así, ya Barber y Lyons en 1994 indicaron que en la primera fase de las familias reconstituidas, el estilo que más favorece la autoestima de los hijos e hijas es el permisivo. Dwairy, Achoui, Abouserie y Farah en 2006 encontraron que, en las culturas árabes, el estilo autoritario no afecta a la salud mental de los niños. Estos estudios indican que el estilo autoritario puede ser positivo para la adaptación de los menores en un entorno de alto riesgo. De este modo, aunque existe una relación clara entre el estilo democrático y el ajuste de los niños, incluyendo adolescentes, esta relación varía según sean las muestras, los contextos y las variables de ajuste tomadas en cada estudio. Fernández-Ros, Godoy-Fernández y Morales-Meseguer en 1990, utilizando muestras pertenecientes a población pediátrica (niños que presentan algún tipo de problema de salud física y/o mental) y normal, encontraron que los niños pertenecientes a una población pediátrica valoraron el estilo paterno y materno como inadecuados, restrictivos, punitivos y despreocupados, siendo esta valoración más alta con respecto a la figura materna que paterna y de mayor intensidad en menores con trastornos externalizantes que en trastornos internalizantes. Por lo que pueden existir diferencias entre las dos poblaciones; entre la población normal y la población clínica en cuanto a los estilos educativos de los padres. Se debe tener en cuenta que la población infantil

pediátrica es una población bastante peculiar. Estos niños vienen derivados de otras especialidades hospitalarias con alteraciones tanto internalizantes como externalizantes, ya sea asociada a un problema médico o bien como problemática principal. Además en muchas ocasiones estas familias pertenecen a clases socioeconómicas y culturales muy variadas, y éste sin duda es un factor que podría influir, ya sea por el hecho de que en determinados ambientes es más favorable para el niño que los padres apliquen un estilo mejor que otro o porque según sea la clase social o cultural a la que pertenecen aplicarán los padres diferentes prácticas de crianza. Alonso y Román en 2005 han comprobado que a mayor nivel sociocultural corresponderá una mayor frecuencia del estilo democrático, y a menor nivel mayor frecuencia del estilo autoritario. Quizá controlar las variables socioeconómicas y culturales, así como el perfil psicopatológico, ayude a entender mejor este efecto dentro de esta población (López-Soler et al, 2009).

Por último, es preciso destacar que estas tipologías representan tendencias más que una clasificación cerrada. En la práctica educativa, las situaciones son más complejas y es difícil encasillar a las familias en una u otra tipología. Por ello, el aspecto más relevante de la tipología será el análisis de las dimensiones implicadas en las prácticas educativas y cómo son utilizadas (Torío López et al, 2008).

#### La Concepción de Estilos Parentales en la Actualidad.

Diferentes autores afirman que el modelo de socialización propuesto durante varias décadas resulta demasiado rígido y simplista y no tienen en cuenta los mecanismos a través de los que se influye sobre los hijos. Estos autores resaltan entre las principales limitaciones: una concepción de estilos educativos basada en una influencia unidireccional y directa de la conducta de los padres sobre el desarrollo de los hijos, la poca importancia que se le ha dado a las influencias genéticas y de otros factores externos a la familia y el establecimiento de un proceso lineal, de unas prácticas parentales concretas a unos resultados de socialización concretos en los hijos (Raya Trenas, 2008).

Según Bersabé, Fuentes, Motrico (2001) existe una larga tradición en el estudio de las relaciones entre padres e hijos, comenzando con el modelo tradicional de socialización familiar que presentaba cierto carácter de exclusividad (los padres eran casi los únicos agentes implicados en la socialización de los hijos) y de unidireccionalidad (eran los que influían en sus hijos pero no al contrario). Estos estudios que parten de una perspectiva unidireccional y simple consideran que son los padres los que producen directa e irreversiblemente una serie de características en sus hijos (López-Soler y otros, 2009). Los autores que se basaban en este modelo clasificaron a los padres, según las dimensiones de afecto-comunicación y exigencias-control, en cuatro tipologías y se asumía que cada uno de estos estilos educativos mostraba consecuencias directas (positivas o negativas) en el comportamiento del niño, y que sus efectos eran los mismos, independientemente de la edad o de las características psicológicas de los hijos. Asimismo, los autores suponían que las prácticas educativas eran elegidas de modo racional y consciente por los padres, y que los hijos las percibían con total claridad. Por ello, bastaba con evaluar dichas prácticas educativas desde una sola perspectiva: la de los hijos o la de los padres.

Un nuevo enfoque en el modo de entender las relaciones familiares, es el denominado por Palacios en 1999, modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples. Desde esta perspectiva, se destacan dos supuestos fundamentales: las relaciones entre padres e hijos son bidireccionales, y las prácticas educativas sólo son eficaces si se adecuan a la edad de los hijos, y promueven su desarrollo. Este nuevo modelo demanda la elaboración de instrumentos de medida que incorporen estos nuevos aspectos (Bersabe et al, 2001).

Lo anterior indica que la conducta del niño condiciona en cierto modo el comportamiento de los padres, por lo que, al final, la actuación socializadora será resultado de la combinación entre el estilo más característico de los padres y el comportamiento del niño en determinados momentos y situaciones. Del mismo modo que el comportamiento del niño determina en cierto sentido el empleo de unas prácticas u otras por parte de sus padres, otras características

más estables como las que componen la personalidad y la edad también lo hacen. Un aporte importante en el estudio de los estilos parentales consistió en analizar la relación entre padres e hijos desde una perspectiva bidireccional, de modo que el comportamiento de los hijos es influido por sus padres pero, al mismo tiempo, el comportamiento de los padres como educadores es condicionado por las características de los hijos y el feedback que reciben de sus propias acciones educativas (Raya Trenas, 2008).

Padres e hijos reciben el feedback bidireccional que va configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o patológicas), influirán sobre los propios modelos de crianza que se lleven a cabo en el entorno familiar (Grau Sevilla, 2007).

Si bien las distintas teorías sobre los estilos parentales han ido suponiendo un avance en la comprensión del mismo, los nuevos descubrimientos no han invalidado a otras teorías anteriores, sino que han ido ampliando y diversificando los distintos aspectos que pueden ser estudiados (Raya Trenas, 2008).

#### Variables Relacionadas con el Estilo Parental.

Numerosos estudios describen las principales variables contextuales y características de los padres e hijos que se han estudiado como posibles factores influyentes o determinantes del estilo parental. Entre ellos, se encuentra el estatus socioeconómico, sexo del progenitor, sexo del hijo, edad del hijo, orden y número de hermanos, factores psicosociales y de personalidad, entre otros (Raya Trenas, 2008).

Es preciso tener en cuenta la escasez de investigaciones en las que se consideran los estilos educativos del padre y la madre por separado o bien, que toman en cuenta las posibles diferencias entre niños y niñas en la percepción de los estilos educativo de sus padres. Las investigaciones han trabajado, fundamentalmente, más con las madres, quizás por el hecho de que habitualmente son éstas las que se encargan de supervisar las costumbres y actividades de la vida cotidiana. Menor investigación existe sobre los estilos

educativos de los padres, la correspondencia entre los propios estilos e, incluso, sobre la percepción de los estilos de cada uno de los cónyuges (Torío López et al, 2008).

Por lo que se refiere a las diferencias entre los estilos educativos entre padres y madres, algunos estudios sugieren que el estilo de la madre pronostica en mayor medida el ajuste psicosocial y personal de los jóvenes; es el estilo de la madre el que ejerce mayor influencia sobre el ajuste adolescente. Sin embargo, Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López en 2007 afirmaron que tanto el padre como la madre ejercen una influencia similar sobre el ajuste de sus hijos adolescentes. Con respecto a las diferencias entre niños y niñas a la hora de valorar los estilos educativos de sus padres, no son muchos los estudios que diferencian entre el estilo materno y el paterno. Sin embargo, algunos estudios indican que tanto el padre como la madre son percibidos como democráticos, observando una tendencia a la permisividad por parte de la madre; mientras que en estudios con preadolescentes observaron que las niñas perciben más expresión de afecto y apoyo emocional por parte de su madre y padre (estilo democrático o permisivo) y consideran a la madre más promotora de autonomía y de afecto; los niños perciben en su relación con sus padres una mayor aplicación de normas estrictas, castigos y riñas, así como una mayor intrusividad y dirección paterna (estilo autoritario). Por otra parte, en adolescentes, Oliva y colaboradores en 2007 mostraron que tanto niños como niñas realizaron una valoración más favorable (en afecto y comunicación, promoción de la autonomía, control conductual y revelación) del estilo materno que del paterno, siendo las niñas quienes realizaron valoraciones más altas (López-Soler et al, 2009).

El uso de informaciones múltiples tiene gran relevancia por las implicaciones en la corresponsabilidad que tienen, ambos miembros de la pareja, en las prácticas educativas y en el desarrollo de los hijos. La necesidad de consenso en la utilización de diversas estrategias educativas es una necesidad imperiosa (Torío López et al, 2008).

Resulta de interés analizar la percepción que los niños tienen acerca de los niveles de control y aceptación de sus padres hacia sus comportamientos,

junto con la percepción sobre la consistencia de los mismos, tanto desde el punto de vista de la estabilidad temporal exhibida en las reacciones de cada progenitor, cuanto en relación a la consistencia entre los estilos exhibidos por ambos miembros de la díada parental. La situación más común en las familias es aquella en la que ambos miembros de la díada despliegan el mismo estilo parental. La presencia de ambos padres autoritativos se asocia con mejores efectos sobre los niños. En ausencia de tales circunstancias óptimas, la evidencia sugiere que tener al menos uno de ambos progenitores poniendo en práctica este estilo, protege a los hijos de consecuencias más negativas vinculadas a los otros tipos de estilos de parentalidad. El análisis de factores tales como autoritatividad y consistencia interparental mostraron que los adolescentes que tenían un padre autoritativo exhibían una competencia académica mayor que la de sus pares que provenían de hogares consistentes, pero no autoritativos. Sin embargo, aquellos que tenían un progenitor autoritativo y otro no autoritativo mostraban un grado significativamente mayor de malestar (distress) que quienes convivían con díadas parentales consistentes entre sí, aunque estos hallazgos no fueron confirmados desde una perspectiva longitudinal (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

Por otro lado, se investigó que el nivel educativo de cada padre se vincula con diferencias en el grado de consistencia o estabilidad temporal de las reacciones de ambos progenitores ante comportamientos indeseados de los hijos, y estas diferencias se dan en el mismo sentido para la pareja parental: tanto los padres cuanto las madres con educación primaria incompleta y completa exhiben una inconsistencia significativamente mayor que los padres varones y mujeres que han alcanzado niveles educativos medios y terciarios o universitarios. Es muy posible que el nivel educativo, al permitir al sujeto un mejor nivel de análisis y raciocinio, sea un factor que permite disminuir la inconsistencia en las conductas (Casullo & Fernández Liporace, 2008).

## TDAH Y ESTILOS PARENTALES.

El ambiente familiar es una entidad formativa en el desarrollo de cualquier niño, la cual provee factores protectores y, a la vez, puede actuar como una de las fuentes de estrés. Se ha establecido que la calidad de las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionados con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez. Así, los trastornos de la conducta como trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y trastorno por déficit de atención-hiperactividad son más comunes en las familias disfuncionales y en ambientes con niveles elevados de adversidad crónica (Montiel-Nava, Montiel-Barbero & Peña, 2005).

Por lo tanto, se considera que el ambiente psicosocial desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, influyendo en la forma en la que la actividad, la impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por la familia, la escuela o la sociedad (Miranda-Casas et al, 2007).

Por consiguiente, si bien estas variables ambientales no son factores causales, modulan la evolución del trastorno. Pueden considerarse como variables de riesgo si aumentan la probabilidad de aparición de trastornos, o como variables de protección si disminuyen o amortiguan el impacto de los acontecimientos de riesgo. Así, existen características del ambiente familiar que se pueden considerar factores de riesgo ya que aumentan la vulnerabilidad del niño a desarrollar patologías como son: relaciones familiares frías o conflictivas, disciplina familiar inconsistente o con ausencia de criterios, prácticas autoritarias de crianza, relaciones muy tensas o estrictas, interacciones verbales hostiles, castigo corporal y otras estrategias punitivas. En cambio, existen otras variables familiares que posibilitan un buen funcionamiento psicológico del niño, como son: una aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paternofilial con una definición clara de los límites de las conductas y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos (Grau Sevilla, 2007).

La crianza de un niño que es excesivamente inquieto, con falta de atención e impulsivo ofrece numerosos retos, y por tanto, los padres de niños con TDAH usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad y sobrerreacción, siendo la gravedad de las dificultades de los niños un factor importante de la situación estresante. Esto sucede entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. Así, la disfuncionalidad familiar es mayor para los padres de niños con TDAH que para los padres de otros niños y está consistentemente asociada con las alteraciones conductuales, con la gravedad del TDAH y con la persistencia de los síntomas en los niños (Montiel-Nava et al, 2005; Miranda-Casas et al, 2007).

Estos niños poseen más dificultades para obedecer las órdenes e inhibir las respuestas impulsivas y son menos sensibles a las peticiones de los padres, por lo que su estilo personal provoca procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos en los padres. Asimismo desencadena cogniciones negativas sobre su rol de padres, baja autoestima, aislamiento social y sentimientos de culpa. Esta situación va a repercutir en el propio niño, en su desarrollo emocional y en su autoestima, creándose así un círculo vicioso de interacciones negativas y sentimientos de fracaso que perpetuará las dificultades familiares y las manifestaciones sintomáticas del TDAH (Grau Sevilla, 2007).

De esta manera se va produciendo un desgaste en la relación entre el niño y sus padres debido al escaso control de los impulsos que presenta el niño, su mal comportamiento, la poca eficacia de los métodos habituales de disciplina y la reiterada frustración que sienten los padres al intentar contener a su hijo, todo lo cual va generando estrés en la familia y empeorando progresivamente el vínculo entre el niño y sus padres. Todo esto puede desencadenar en los padres actitudes de evitación o, por el contrario, de sobre involucramiento que pueden agravar el curso del trastorno o entorpecer el tratamiento indicado al niño (García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007).

Por lo tanto, las interacciones padres-hijo, en el caso de los niños con TDAH, suelen marcarse por el conflicto. Existen investigaciones que evidencian que la disciplina agresiva, poco preactiva, control inductivo y refuerzos positivos escasos es el mejor predictor paterno de la hiperactividad, incluso cuando se controlan los problemas de conducta (Roselló, García-Castellar, Tárraga-Mínguez & Mulas, 2003).

Diversos estudios han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH. En este sentido, estudios como el realizado por Hurt, Hoza y Pelham (2007) con 110 niños con diagnóstico de TDAH y sus respectivos padres y madres, concluyeron que altos niveles de afecto por parte de los padres estaban significativamente relacionados con la aceptación y el menor rechazo por parte de los compañeros hacia sus hijos, mientras que el exceso de autoritarismo producía el efecto contrario. En la misma línea, en otro estudio llevado a cabo por Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007) con niños de tres años, se encontró que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños no problemáticos. Se señala al modelo autoritativo democrático como predictor de una baja puntuación en hiperactividad y a la disciplina o la autonomía como buenas predictoras de la puntuación en hiperactividad (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera & Pino Osuna, 2008).

Ciertos estudios mostraron que los factores que se asociaban significativamente con la hiperactividad fueron un estilo de disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas. Otros hallazgos evidenciaron que los padres que tenían hijos con TDAH evidenciaban autoritarismo y actuaban de forma más sobreprotectora durante el juego, utilizaban un tono de voz más serio y realizaban más comentarios negativos del comportamiento de sus hijos, marcando límites estrictos pero sin explicaciones. En contraposición, los padres de los niños sin TDAH eran menos restrictivos con sus hijos y les permitían desarrollar más la independencia. Así, los estudios revelan que los padres de niños con TDAH suelen aplicar estrategias de

disciplina más inconsistentes y agresivas que los padres de niños sin TDAH y tienen menos comunicación con ellos.

Estudios recientes han sugerido que el TDAH podría darse en el contexto de un vínculo inseguro, en el que la relación entre el niño y sus padres se encuentra fuertemente afectada, existiendo aspectos relacionados con los estilos parentales y con las características del niño que dificultan el logro de un vínculo seguro, vínculo que, en muchos casos, puede agravar la sintomatología del niño y dificultar el tratamiento (García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007).

En un estudio de casos realizado en 1997 por Stiefel, con niños con diagnóstico de TDAH, se concluye que existirían dos patrones de apego que parecen ser relevantes en relación a este trastorno: un patrón ambivalente, también denominado patrón ansioso-preocupado, y uno caracterizado por la desorganización (que reflejaría mayor patología parental y factores sociales adversos). Los patrones de interacción entre padres e hijos, tanto en familias de niños TDAH como en familias con niños con apego inseguro, se caracterizan en que los padres responden menos a las interacciones iniciadas por sus hijos, por un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva, controladora y con menos estrategias de parentalidad positiva. También se destaca que son menos afectuosos y presentan un estilo educativo más negligente. De hecho, los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no presentan este trastorno. Así, las madres de los niños con TDAH tienden a verse sobrepasadas en la relación con su hijo y muchas veces desbordadas emocionalmente, por lo que tienden a sobreinvolucrarse en la relación y a perder el control, lo que les dificulta poder ser una base segura para su hijo. También existe un grupo de madres de niños con TDAH que presentan una vinculación de tipo insegura-evitativa, que implica que las madres, frente a las dificultades de su hijo, tienden a aislarse y encerrarse en sí mismas, dificultándose la empatía y cercanía emocional con el niño; así, no logran ofrecer un sostén parental adecuado y muchas veces tienen dificultades para percibir lo que está ocurriendo con sus hijos (Santurde del Arco & Del Barrio del Campo, 2010).

De la misma manera, en los niños con TDAH, la percepción de los padres se caracteriza mayoritariamente por el conflicto y la falta de apoyo y sostén, así como una sensación de control inadecuado. Frente a esto, se sienten inseguros y tienen dificultades al enfrentarse a situaciones conflictivas, frente a las cuales no logran elaborar salidas o soluciones adecuadas. Todo lo anterior influye también en su capacidad para regular y expresar sus afectos y emociones que muchas veces los desbordan y tienden a pasar impulsivamente a la acción. El vínculo seguro se transformaría en un factor protector que estabilizaría al niño y le permitiría un mejor desarrollo cognitivo y afectivo, percibiendo la relación con sus padres de manera más positiva, viendo en ellos una fuente de apoyo y sostén, lo que les permitiría elaborar salidas adecuadas a las situaciones conflictivas y una mejor regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan (García Quiroga & Ibáñez Fanes, 2007).

Estos niños, que parten de una dificultad previa de autorregulación, necesitan una disciplina proactiva que les proporcione oportunidades de modelado de las conductas adecuadas y de evitación de comportamientos inadecuados, que les ayuden a autorregularse. El establecimiento de límites firmes y el uso de estrategias adecuadas les ayudan en el proceso de adquisición del autocontrol (Grau Sevilla, 2007).

De esta manera, las características del niño con TDAH y las características de la familia actúan de manera conjunta, de modo que aspectos como la disfunción familiar, la falta de habilidades parentales, las prácticas de crianza incoherentes y la ineficacia en el uso de estrategias disciplinarias, problemas psicoemocionales en los padres, falta de apoyos, etc., pueden contribuir como factores de riesgo que exacerban la presentación y continuidad del TDAH. No obstante, hay que señalar que, aunque los problemas en el ejercicio de la paternidad pueden contribuir al desarrollo de problemas de conducta en los niños TDAH y a exacerbar la sintomatología, estos problemas no influyen en el desarrollo del propio trastorno (Grau Sevilla, 2007; Roselló et al, 2003).

# III. MATERIALES Y MÉTODOS



## Tipo de Estudio

Diseño ex post facto retrospectivo con dos grupos, uno cuasi control, según la clasificación de Montero y León (2007).

## Participantes

Se conformaron dos grupos de niños escolarizados residentes en la ciudad de Mar del Plata con edades comprendidas entre 8 y 14 años. La muestra clínica (grupo 1) se conformó con cinco niños con diagnóstico médico de TDAH derivados por el Servicio de Neurología de una Institución de Salud de la ciudad, y la muestra control (grupo 2) se conformó de manera intencional con 25 niños escolarizados sin diagnóstico de TDAH, apareados por sexo y edad.

Se excluyeron niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas y trastornos del aprendizaje, con tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación o con retraso mental moderado o grave.

Se utilizó como criterio de inclusión la confirmación del diagnóstico utilizando la Escala SNAP IV versión adaptada a los criterios del DSM IV para padres y docentes (Grañana et al, 2007) y el listado de síntomas Child Behavior Checklist CBCL (Samaniego, 1998). (ANEXO)

La participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado de los padres, los niños y las autoridades de las instituciones. Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confiabilidad y actuar en beneficio de los participantes.

## Técnicas e Instrumentos

Para evaluar estilos parentales se utilizaron la Escala de Afecto y la Escala de Normas y Exigencias diseñadas y validadas por Bersabe, Fuentes y Motrico (2001). Estas dos escalas contemplan la reciprocidad de las relaciones

evaluando los estilos parentales desde las dos perspectivas. La de los hijos (EA-H) y (ENE-H) y la de los propios padres (EA-P) y (ENE-P). (ANEXO)

La escala de Afecto consta de dos factores: afecto/comunicación y crítica/rechazo, la misma posee una fiabilidad como consistencia interna alta (Factor I-padre  $\alpha=0,90$ ; Factor II-padre  $\alpha=0,83$ ; Factor I-madre  $\alpha=0,87$ ; Factor II-madre  $\alpha=0,81$ ). Además, los índices de homogeneidad de los ítems (correlación ítem-puntuación total corregida) se encontraron por encima de 0,45, lo que indica un buen comportamiento psicométrico. El Factor I (afecto-comunicación) consiste en el afecto, interés y comunicación que manifiestan los padres a sus hijos. Por ejemplo: «Me consuela cuando estoy triste», «Habla conmigo de los temas que son importantes para mí». El Factor II (crítica-rechazo) consiste en la crítica, rechazo y falta de confianza de los padres hacia sus hijos. Por ejemplos: «Lo que hago le parece mal», «Le gustaría que fuera diferente». En la Escala de Afecto, se puede obtener una Puntuación Total calculada como la diferencia entre la puntuación del Factor I y el II, es decir, restando a las muestras de afecto y comunicación, las expresiones de crítica y rechazo. La consistencia interna de esta Puntuación Total en la Escala de Afecto ( $\alpha=0,92$  para las puntuaciones del padre, y  $\alpha=0,90$  para las de la madre) es aún mayor que la de cada factor por separado.

La escala de Normas y Exigencias se divide en tres factores sobre la forma de establecer y exigir el cumplimiento de las normas: forma inductiva, rígida e indulgente. En cada factor, la fiabilidad como consistencia interna también es elevada (Factor I-padre  $\alpha=0,85$ ; Factor II-padre  $\alpha=0,73$ ; Factor III-padre  $\alpha=0,60$ ; Factor I-madre  $\alpha=0,80$ ; Factor II-madre  $\alpha=0,72$ ; Factor III-madre  $\alpha=0,64$ ). Los índices de homogeneidad de los ítems se encontraron por encima de 0,40, lo que indica un buen comportamiento psicométrico.

El Factor I (forma inductiva) implica que los padres explican a sus hijos el establecimiento de las normas, y las adaptan a las necesidades y posibilidades de sus hijos. Por ejemplo: «Me explica las razones por las que debo cumplir las normas». Así, los padres y madres que tienen una forma inductiva de establecer las normas son los que manifiestan más afecto, interés y comunicación con sus hijos, y también los que menos los critican y rechazan.

El Factor II (forma rígida) consiste en que los padres imponen a sus hijos el cumplimiento de las normas, y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto e inadecuado a las necesidades de los hijos. Por ejemplo: «Me exige respeto absoluto a su autoridad». La forma rígida de imponer las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, rechazo y falta de confianza del padre y la madre hacia sus hijos. Además, la forma rígida se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación de las madres con sus hijos. El Factor III (forma indulgente) supone que los padres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento. Ejemplo: «Me dice que sí a todo lo que le pido». La forma indulgente está asociada a una manifestación positiva del afecto en el caso de los padres.

Por tanto, el estilo democrático establece y exige las normas a través de una forma inductiva; el estilo autoritario las impone de forma rígida; y el estilo permisivo de forma indulgente.

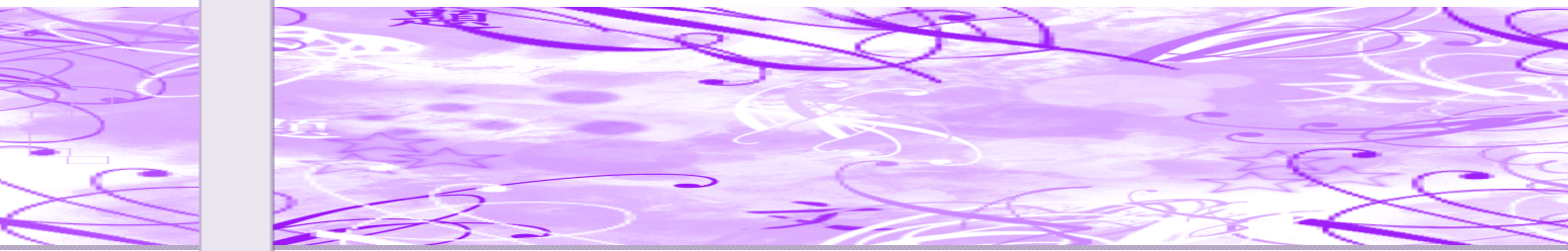
Ambas escalas se presenta en dos versiones: hijos y padres. En la versión de los hijos, el niño debe responder al contenido de cada ítem según la percepción que tiene del estilo educativo de su padre y de su madre, y en la versión de los padres, éstos contestan los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a. Tanto la versión que responden los padres como los niños, se componen de los mismos ítems con el fin de poder comparar el estilo educativo de los padres según dos fuentes de información: los hijos y los propios padres. Las dos escalas se corresponden con cuestionarios tipo Likert en la cual el niño y los padres expresan el grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación seleccionando una alternativa de respuesta (Nunca, Pocas veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre), marcando con una X la opción que más se acerque a su forma de pensar. La Escala de Afecto/comunicación y la Escala de Normas y Exigencias constan de 20 y 28 ítems respectivamente. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas individuales lo que proporciona una puntuación total.

## Procedimiento

El presente proyecto se enmarcó en el proyecto general denominado “Competencia social en niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de la atención e hiperactividad y Síndrome de Turner. Relaciones con funciones ejecutivas y parámetros biológicos”, incluido en el Grupo de investigación: Comportamiento Humano, Genética y Ambiente. Por tanto el grupo correspondiente a la muestra clínica, se conformó con niños con diagnóstico de TDAH derivados del Servicio de Neurología y Pediatría de una Institución de Salud de la ciudad con convenio con la Facultad de Psicología a través del Grupo de Investigación.

En el marco del presente proyecto se establecieron contactos con las Instituciones educativas donde concurrían los niños de la muestra control, se les explicó a las autoridades el objetivo de la investigación y las características de las mismas, aclarando que la colaboración era voluntaria con previo consentimiento informado de los padres y de los niños. Se administró el instrumento de evaluación de estilos parentales en entrevistas personales con los niños y a través de las instituciones educativas se envió el instrumento autoadministrado a los padres de ambos grupos. Los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, acorde con los objetivos propuestos. Dado el tamaño de la muestra, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, una alternativa a la prueba t sobre diferencia de medias cuando: 1) no se cumplen los supuestos en los que se basa la prueba t (normalidad y homocedasticidad), o 2) no es apropiado utilizar la prueba t porque el nivel de medida de los datos es ordinal (Pardo & Ruiz, 2000).

# IV. RESULTADOS



Con el objeto de describir y comparar la percepción de estilos parentales de los niños, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, en función de la pertenencia al grupo clínico (con TDAH) o al grupo control (sin TDAH), presentándose los resultados en la tabla 1

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos discriminados por grupo. Versión hijos.*

		Grupo Control		Grupo Clínico	
		Desviación Estándar		Desviación Estándar	
		Media	(DE)	Media	(DE)
Percepción del hijo hacia el padre	Afecto	39,20	6,95	33,80	10,47
	Critica	14,80	3,93	20,20	6,05
	Total Afecto	24,40		13,60	
	Inductiva	40,84	8,36	38,80	7,12
	Rígida	26,20	7,57	27,20	5,93
	Indulgente	15,00	3,68	16,20	7,19
Percepción del hijo hacia la madre	Afecto	41,40	7,43	36,40	8,84
	Critica	15,64	5,09	19,20	5,40
	Total Afecto	25,76		17,20	
	Inductiva	41,80	6,79	39,60	4,39
	Rígida	25,56	7,33	28,80	5,93
	Indulgente	14,88	3,65	14,40	6,38

Puede observarse que se presentan diferencias entre el grupo control y el grupo clínico, en tanto las escalas de afecto/comunicación y critica/rechazo, como así también en la puntuación total de la escala de afecto. El grupo clínico presenta un valor de percepción superior en las escalas critica/rechazo (principalmente en el estilo del padre) y un valor de percepción inferior en las escalas afecto/comunicación.

Por otro lado, se observa que el grupo clínico muestra valores superiores en la escala rígida, mientras que los valores en la escala inductiva son inferiores. Respecto a la subescala indulgente solamente la percepción de estilo paterno presenta un valor superior.

Con el objeto de comparar ambos grupos y determinar si las diferencias observadas resultan estadísticamente significativas, en lo que respecta a la percepción de los hijos, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney y los resultados se presentan en la tabla 2.

*Tabla 2. Resultados de la prueba U-Mann-Whitney. Versión hijos.*

		U de Mann-Whitney	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
Percepción del hijo hacia el padre	Afecto	44,00	-1,03	0,30
	Critica	25,50	-2,07	0,03*
	Inductiva	47,00	-0,86	0,38
	Rígida	54,50	-0,44	0,65
	Indulgente	60,50	-0,11	0,91
Percepción del hijo hacia la madre	Afecto	34,00	-1,59	0,11
	Critica	33,00	-1,65	0,09
	Inductiva	42,00	-1,14	0,25
	Rígida	45,00	-0,97	0,32
	Indulgente	48,50	-0,78	0,43

\*Diferencias significativas al nivel 0.05

La prueba confirma que la diferencia es estadísticamente significativa, en la percepción hacia el padre, correspondiente a la escala crítica/rechazo.

La escala crítica/rechazo en la percepción del hijo hacia la madre si bien arrojó un valor menor en la muestra clínica respecto a la muestra control, las diferencias no resultan significativas estadísticamente.

Con el objeto de describir la percepción de los padres y madres respecto a estilo parental se calcularon las medias y desvíos estándar para los dos grupos. En la tabla 3 se presentan los valores de los estadísticos descriptivos de las cinco subescalas.

*Tabla 3. Estadísticos descriptivos discriminados por grupo. Versión padres.*

		Grupo Control		Grupo Clínico	
		Desviación		Desviación	
		Media	Estándar (DE)	Media	Estándar (DE)
Percepción del padre	Afecto	43,20	4,63	36,20	7,01
	Critica	15,56	2,55	26,80	5,58
	Total Afecto	27,64		9,40	
	Inductiva	43,44	3,86	36,20	4,20
	Rígida	28,60	6,94	31,60	4,82
	Indulgente	14,00	3,59	19,60	9,12
Percepción de la madre	Afecto	46,04	3,85	44,60	4,56
	Critica	15,00	2,67	23,20	5,67
	Total Afecto	31,04		21,40	
	Inductiva	44,88	3,72	41,00	4,95
	Rígida	28,08	7,54	31,80	7,25
	Indulgente	14,00	4,23	17,20	6,87

Se pueden observar diferencias entre el grupo control y el grupo clínico, en las subescala de afecto/comunicación y critica/rechazo, reflejándose principalmente en la puntuación total de la escala de afecto en lo que respecta al estilo parental del padre.

El grupo clínico presenta un valor superior en la subescala critica/rechazo (con mayor diferencia en percepción paterna) y un valor inferior en la subescala afecto/comunicación.

Por otro lado, el grupo clínico presenta valores superiores en las subescalas rígida e indulgente, mientras que en la subescala inductiva son inferiores. Presentándose las mayores diferencias en la percepción de los padres.

Con el objeto de comparar ambos grupos y determinar si estas diferencias resultan estadísticamente significativas, en lo que respecta a la percepción de los padres y las madres, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney y los resultados se presentan en la tabla 4.

*Tabla 4. Resultados de la prueba U-Mann-Whitney. Versión padres.*

		U de Mann-Whitney	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
Percepción del padre	Afecto	23,00	-2,20	0,02*
	Critica	0,00	-3,49	0,00**
	Inductiva	11,50	-2,84	0,00**
	Rígida	44,50	-1,00	0,31
	Indulgente	43,50	-1,06	0,28
Percepción de la madre	Afecto	49,00	-0,75	0,44
	Critica	4,00	-3,27	0,00**
	Inductiva	30,50	-1,79	0,07
	Rígida	47,00	-0,86	0,38
	Indulgente	44,50	-1,00	0,31

\*Diferencias significativas al nivel 0.05

\*\* Diferencias significativas al nivel 0.01

La prueba confirma que la diferencia es estadísticamente significativa en la percepción del padre y de la madre, correspondiente a la escala crítica/rechazo con un nivel de significatividad de 0.00.

Asimismo, se observa para percepción paterna diferencias estadísticamente significativas en las subescalas afecto/comunicación e inductiva (0,02 y 0.00 respectivamente).

Las subescalas afecto/comunicación e inductiva de la percepción de la madre si bien arrojaron valores inferiores en la muestra clínica respecto a la muestra control, las diferencias no resultan significativas estadísticamente.

Con el objeto de comparar la percepción de los estilos parentales de los niños del grupo clínico con la percepción de sus padres y madres, se realizó un análisis estadístico descriptivo. Los resultados se presentan en las tablas 5 y 6.

*Tabla 5. Estadísticos descriptivos de percepción de Estilos Parentales de los niños con TDAH y de la percepción de sus padres.*

		Grupo Clínico	
		Media	DE
Percepción del hijo hacia el padre	Afecto	33,80	10,47
	Critica	20,20	6,05
	Inductiva	38,80	7,12
	Rígida	27,20	5,93
	Indulgente	16,20	7,19
Percepción del padre	Afecto	36,20	7,01
	Critica	26,80	5,58
	Inductiva	36,20	4,20
	Rígida	31,60	4,82
	Indulgente	19,60	9,12

Puede observarse que las mayores diferencias entre la percepción del niño con la del padre se presentan en las subescalas crítica y rígida, mientras que la diferencia es menor en la subescala inductiva. Por otro lado se observa

que todas las subescalas (excepto inductiva) tienen un puntaje mayor en la percepción del padre.

*Tabla 6. Estadísticos descriptivos de percepción de Estilos Parentales de los niños con TDAH y la percepción de sus madres.*

		Grupo Clínico	
		Media	DE
Percepción del hijo hacia la madre	Afecto	36,40	8,84
	Critica	19,20	5,40
	Inductiva	39,60	4,39
	Rígida	28,80	5,93
	Indulgente	14,40	6,38
Percepción de la madre	Afecto	44,60	4,56
	Critica	23,20	5,67
	Inductiva	41,00	4,95
	Rígida	31,80	7,25
	Indulgente	17,20	6,87

Se puede observar que las mayores diferencias se presentan en las subescalas afecto y crítica, mientras que la diferencia es menor en la subescala inductiva. Asimismo, todas las subescalas puntúan más alto en la percepción de la madre.

Con el propósito de determinar si las diferencias entre la percepción de los niños respecto a la de sus padres y madres son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de comparación de medias y los resultados se presentan en las tablas 7 y 8.

*Tabla 7. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney de la percepción de los niños y de la percepción de los padres.*

	Afecto	Crítica	Inductiva	Rígida	Indulgente
U de Mann-Whitney	12,50	6,00	9,00	9,00	7,50
W de Wilcoxon	27,50	21,00	24,00	24,00	22,50
Z	0,00	-1,38	-0,73	-0,74	-1,04
Sig. asintót. (bilateral)	1,00	0,16	0,46	0,45	0,29

*Tabla 8. Resultados de la prueba U de Mann-Whitney de la percepción de los niños y de la percepción de las Madres.*

	Afecto	Crítica	Inductiva	Rígida	Indulgente
U de Mann-Whitney	5,00	8,00	11,00	12,00	8,00
W de Wilcoxon	20,00	23,00	26,00	27,00	23,00
Z	-1,58	-0,94	-0,31	-0,10	-0,94
Sig. asintót. (bilateral)	0,11	0,34	0,75	0,91	0,34

Se observa que si bien las diferentes subescalas en la versión hijos y en la versión padres arrojaron valores disímiles, las diferencias no resultan estadísticamente significativas cuando se compara la percepción de los niños respecto a sus padres.

A partir del análisis precedente, y teniendo en cuenta que no era un objetivo inicial del trabajo se consideró de interés presentar los resultados de un análisis cualitativo para cada caso de la muestra clínica con el objetivo de enriquecer las conclusiones, utilizando como referencia las puntuaciones individuales de cada niño en comparación con los estadísticos descriptos de la muestra control. Tablas 9 y 10.

*Tabla 9. Puntuaciones individuales de la muestra clínica y sus padres y estadísticos descriptivos de la muestra control.*

		Afecto	Critica	Inductiva	Rígida	Indulgente	
Clínico	Caso 1	Niño	22	21	28	30	11
		Padre	39	27	31	31	31
	Caso 2	Niño	41	14	47	22	20
		Padre	24	36	34	40	12
	Caso 3	Niño	44	14	43	30	10
		Padre	42	25	41	28	14
	Caso 4	Niño	23	25	38	20	13
		Padre	38	25	40	29	13
	Caso 5	Niño	39	27	38	34	27
		Padre	38	21	35	30	28
Control	Niño	Media	39,20	14,80	40,84	26,20	15,00
		DE	6,95	3,93	8,36	7,57	3,68
	Padre	Media	43,20	15,56	43,44	28,60	14,00
		DE	4,63	2,55	3,86	6,94	3,59

*Tabla 10. Puntuaciones de individuales de la muestra clínica y sus madres y estadísticos descriptivos de la muestra control.*

		Afecto	Critica	Inductiva	Rígida	Indulgente	
Clínico	Caso 1	Niño	32	17	34	34	9
		Madre	48	21	44	32	15
	Caso 2	Niño	43	15	45	26	15
		Madre	40	33	42	44	12
	Caso 3	Niño	44	14	43	30	10
		Madre	50	19	47	25	13
	Caso 4	Niño	23	25	38	20	13
		Madre	45	20	37	29	17

Caso 5	Niño		40	25	38	34	25
	Madre		40	23	35	29	29
Control	Niño	Media	41,40	15,64	41,80	25,56	14,88
		DE	7,43	5,09	6,79	7,33	3,65
	Madre	Media	46,04	15,00	44,88	28,08	14,00
		DE	3,85	2,67	3,72	7,54	4,23

### CASO 1 (Niña)

#### Estilo Parental Paterno.

##### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia el padre: afecto (- 2 DE), crítica (+ 2 DE), inductiva (- 2 DE), rígida (promedio), indulgente (- 1 DE).
- Percepción del padre: afecto (promedio), crítica (+ 5 DE), inductiva (- 3 DE), rígida (promedio), indulgente (+ 4 DE).

##### *Descripción Cualitativa:*

Tanto la niña como el padre perciben al estilo paterno como muy crítico (Ej. “Muchas veces me enojo por cualquier cosa que hace”), con un tipo de afecto medio/bajo comparado con el grupo control (Ej. “Pocas veces puedo contar con él cuando lo necesito”), y poco inductivo o democrático (Ej. “pocas veces me explica lo importante que son las reglas para la convivencia”). Es decir, en este caso el padre presentaría un estilo más indulgente o permisivo (Ej. “Muchas veces le digo que si a todo lo que me pide”; “algunas veces si desobedece no pasa nada”; “muchas veces le doy libertad total para que haga lo que quiera”; “muchas veces me da igual que obedezca o desobedezca”).

#### Estilo Parental Materno.

##### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia la madre: afecto (- 1 DE), crítica (promedio), inductiva (- 1 DE), rígida (+ 1 DE), indulgente (- 1 DE)
- Percepción de la madre: afecto (promedio), crítica (+ 2 DE), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).

### *Descripción Cualitativa:*

Desde la percepción de la niña, el estilo materno se caracteriza por un estilo más rígido o autoritario (Ej. “Siempre me dice que en casa manda ella”; “siempre por encima de todo tengo que hacer lo que dice”; “pase lo que pase, nunca le da igual si obedezco o desobedezco”; “nunca permite que haga lo que me gusta en todo momento”). No la percibe como crítica pero percibe cierta ausencia de afecto, interés y comunicación (Ej. “Pocas veces habla conmigo de lo que hago con mis amigos”; “pocas veces me consuela cuando estoy triste”; “pocas veces dedica tiempo a hablar conmigo”). Asimismo, la considera como poco inductiva e indulgente. Desde la percepción de la madre lo que se destaca es mayor crítica en su estilo y coincide con la percepción de su hija en cuanto al estilo rígido (Ej. “Siempre le digo a mi hija que en casa mando yo”; “nunca le permito discutir las reglas cuando cree que no son justas”; “nunca me da igual que obedezca o desobedezca”). Sin embargo, no coincide con la percepción de su hija en cuanto al afecto (Ej. “Siempre hablo con ella de los temas que son importantes para ella”, “siempre la consuelo cuando esta triste”)

## CASO 2 (Niña)

### Estilo Parental Paterno.

#### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia el padre: afecto (promedio), crítica (promedio), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (+ 2 DE).
- Percepción padre: afecto (- 4 DE), crítica (+ 7 DE), inductiva (- 2 DE), rígida (+ 1 DE), indulgente (promedio).

#### *Descripción Cualitativa:*

No se presenta coincidencia entre la percepción de la niña con la percepción del padre acerca del estilo parental paterno; mientras que la niña lo percibe como más indulgente o permisivo, él se percibe como muy crítico, con poco afecto, con un estilo más rígido que democrático. Se observa respuestas opuestas ante la misma consigna por ejemplo la niña contesta “mi padre es cariñoso conmigo siempre” o “nunca aprovecha cualquier oportunidad para criticarme” mientras que el padre contesta “nunca soy cariñoso con ella” o

“siempre la critico por cualquier cosa”. Por tanto, se distancian en la dimensión afecto y comunicación donde la niña lo percibe como más afectuoso y comunicativo (dentro de la media) mientras que el padre se percibe a si mismo como poco afectivo y muy exigente. Con respecto a la dimensión de normas y exigencias coinciden ambas percepciones.

Estilo Parental Materno.

*Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia la madre: afecto (promedio), crítica (promedio), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).
- Percepción de la madre: afecto (- 2 DE), crítica (+ 3 DE), inductiva (promedio), rígida (+ 2 DE), indulgente (promedio).

*Descripción Cualitativa:*

Al igual que con la percepción de estilo paterno, no se presenta coincidencia entre la percepción de la niña con la percepción de su madre acerca del estilo parental materno. Mientras que la niña la percibe dentro de los parámetros esperables en todas las escalas, la madre se percibe con un estilo más rígido y crítico (Ej. “siempre la critico por cualquier cosa”), con un menor nivel de afecto, aceptación y comunicación (Ej. “algunas veces me gustaría que sea diferente”; “pocas veces confío en ella”). Por otro lado, hay coincidencias en la percepción de ambas en lo que respecta a las normas y exigencias.

### CASO 3 (Niño)

Estilo Parental Paterno.

*Descripción Cuantitativa:*

- Percepción del niño hacia el padre: afecto (promedio), crítica (promedio), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (- 1 DE).
- Percepción del padre: afecto (promedio), crítica (+ 4 DE), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).

*Descripción Cualitativa:*

Tanto el niño como el padre perciben al estilo paterno dentro de los parámetros medios, siendo para el niño de carácter menos indulgente o permisivo y para el padre mucho más crítico (Ej. “Algunas veces lo critico por cualquier cosa”, “Algunas veces me gustaría que fuera diferente”).

#### Estilo Parental Materno.

##### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción del niño hacia la madre: afecto (promedio), crítica (promedio), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (- 1 DE).
- Percepción de la madre: afecto (+ 1 DE), crítica (+ 1 DE), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).

##### *Descripción Cualitativa:*

Tanto el niño como la madre perciben al estilo materno dentro de los parámetros medios, siendo para el niño de carácter menos permisivo (Ej. “Nunca me da libertad total para que haga lo que quiera”; “llorando y enfadándome, nunca consigo lo que quiero”; “nunca le da igual que obedezca o desobedezca”) y para la madre un poco más crítico, aunque también con mayor afecto y aceptación.

#### CASO 4 (Niño)

#### Estilo Parental Paterno.

##### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción del niño hacia el padre: afecto (- 2 DE), crítica (+ 1 DE), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).
- Percepción del padre: afecto (- 1 DE), crítica (+ 4 DE), inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).

##### *Descripción Cualitativa:*

Tanto el niño como el padre perciben al estilo paterno en lo referente a las normas y exigencias dentro de los parámetros medios, aunque ambos perciben dicho estilo con características de menor afecto (Ej. “Pocas veces me acepta tal como soy” “Pocas veces me consuela cuando estoy triste”) y mayor

crítica (Ej. “Algunas veces me enojo por cualquier cosa que hace” “Algunas veces lo que hace me parece mal”).

Estilo Parental Materno.

*Descripción Cuantitativa:*

- Percepción del niño hacia la madre: afecto (- 2 DE), crítica (+ 2 DE) inductiva (promedio), rígida (promedio), indulgente (promedio).
- Percepción de la madre: afecto (promedio), crítica (+ 2 DE), inductiva (- 2 DE), rígida (promedio), indulgente (promedio).

*Descripción Cualitativa:*

Tanto el niño como la madre perciben al estilo materno dentro de los parámetros medios en lo que respecta al estilo rígido e indulgente, como también coinciden en un estilo materno más crítico (Ej. “Algunas veces lo critico por cualquier cosa” “Siempre la pongo nerviosa, la altero”). Sin embargo el niño percibe menor afecto de su madre (Ej. “Nunca habla conmigo de lo que hago con mis amigos” “Nunca dedica tiempo a hablar conmigo”), y ella aprecia su estilo menos inductivo o democrático (Ej. “Pocas veces razono y acuerdo las normas con él” “Muchas veces le exijo que cumpla las reglas aunque no las entienda”).

#### CASO 5 (Niña)

Estilo Parental Paterno.

*Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia el padre: afecto (promedio), crítica (+ 3 DE), inductiva (promedio), rígida (+ 1 DE), indulgente (+ 3 DE).
- Percepción del padre: afecto (- 1 DE), crítica (+ 4 DE), inductiva (- 2 DE), rígida (promedio), indulgente (+ 3 DE).

*Descripción Cualitativa:*

Tanto la niña como el padre perciben al estilo paterno como más crítico (Ej. “Algunas veces siento que soy una molestia para él” “Algunas veces lo pongo nervioso, lo altero” “Algunas veces la critico por cualquier cosa”) e indulgente o permisivo (Ej. “Algunas veces si desobedezco no pasa nada”

“Llorando y enojándome, consigo siempre lo que quiero” “Siempre permite que haga lo que me gusta en todo momento”). Asimismo el padre se percibe como poco inductivo o democrático (Ej. “Siempre le digo que si a todo lo que me pide” “Muchas veces si desobedece no pasa nada”) con menos afecto y comunicación (Ej. “Pocas veces le dedico mi tiempo” “Pocas veces hablo con ella de lo que hace con sus amigos” “Nunca confío en ella”).

#### Estilo Parental Materno.

##### *Descripción Cuantitativa:*

- Percepción de la niña hacia la madre: afecto (promedio), crítica (+ 2 DE) inductiva (promedio), rígida (+ 1 DE), indulgente (+ 3 DE).
- Percepción de la madre: afecto (- 1 DE), crítica (+ 3 DE), inductiva (- 2 DE), rígida (promedio), indulgente (+ 3 DE).

##### *Descripción Cualitativa:*

Tanto la niña como la madre perciben al estilo materno como más crítico (Ej. “Muchas veces siento que soy una molestia para ella” “Muchas veces lo que hago le parece mal” “Muchas veces la critico por cualquier cosa”) e indulgente (Ej. “Muchas veces si desobedezco no pasa nada” “Llorando y enojándome, consigo siempre lo que quiero”), aunque se diferencian en que la madre percibe su estilo menos inductivo o democrático (Ej “Muchas veces le exijo respeto absoluto a mi autoridad” “Muchas veces le digo que los padres siempre tienen la razón”) y afectivo (Ej. “Pocas veces la acepto tal como es”).

# V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN



El objetivo general del presente trabajo fue analizar y comparar la percepción de los estilos parentales en niños con y sin diagnóstico de Trastorno con déficit de atención con hiperactividad, tanto desde la perspectiva de los niños como de los padres.

Los resultados obtenidos muestran diferencias en la percepción de los estilos parentales de niños con TDAH en comparación con los niños del grupo control. Si bien presentan un perfil de estilo parental con características dentro de los perfiles poblacionales esperados existen diferencias significativas entre las dos muestras estudiadas, lo cual podría indicar un estilo parental diferencial y característico de las familias de niños con TDAH.

La percepción del estilo parental en niños con TDAH encontrada en el presente estudio se basa en primer lugar en una tendencia de mayor crítica y rechazo por parte de los padres hacia los hijos. Esto concuerda con lo que sostienen García Quiroga e Ibáñez Fanes (2007) acerca de que la percepción de los padres de niños con TDAH se caracteriza mayoritariamente por el conflicto, la falta de apoyo y sostén, así como una sensación de control inadecuado. Se sienten inseguros y tienen dificultades al enfrentarse a situaciones conflictivas, lo cual influye en su capacidad para regular y expresar sus afectos y emociones que muchas veces los desbordan y tienden a pasar impulsivamente a la acción.

Por otro lado, se observó que tanto los niños como los padres, perciben al estilo parental como menos afectuoso, con menor aceptación y comunicación. En relación a este punto, Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth refirieron que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores que los padres de niños no problemáticos (Raya Trenas, Herreruzo Cabrera, Pino Osuna, 2008).

Por lo tanto, se podría afirmar que los padres de niños con TDAH manifiestan mayor crítica hacia sus hijos, menor aceptación y confianza, y en ciertas circunstancias hasta rechazo, con dificultades en la comunicación. En concordancia con los patrones de interacción entre los padres y los hijos con TDAH descritos por la literatura científica, caracterizados por padres que responden menos a las interacciones iniciadas por sus hijos, con un estilo de

respuesta negativa-reactiva, impositiva, controladora y con menos estrategias de parentalidad positiva; además de menor afectuosidad y con un estilo educativo más negligente (Santurde del Arco, Del Barrio del Campo, 2010).

En lo que respecta a las normas y exigencias, se evidenció que los padres presentan un estilo educativo más rígido, es decir, imponen a sus hijos el cumplimiento de las normas, y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto e inadecuado a las necesidades de los hijos. Esto último, expresado por los hijos por ejemplo en: “Me exige respeto absoluto a su autoridad”. De hecho, la forma rígida de imponer las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, rechazo y falta de confianza del padre y la madre hacia sus hijos. Además, se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación de los padres con sus hijos. Avalando los hallazgos presentados, un estudio ha demostrado que los padres que tenían hijos con TDAH evidenciaban autoritarismo y actuaban de forma más sobreprotectora durante el juego, utilizando un tono de voz más serio, realizando más comentarios negativos del comportamiento de sus hijos y marcando límites estrictos pero sin explicaciones (García Quiroga, Ibáñez Fanes, 2007).

El presente estudio mostró además que los límites son establecidos de manera no consistente, tendiendo a lo permisivo (Ej. Por un lado “muchas veces le exijo respeto absoluto a mi autoridad”, y por otro, “muchas veces permito que haga lo que le gusta en todo momento”), es decir, sin puesta de límites claros a la conducta de sus hijos. Cuando los límites son establecidos, con regularidad no exigen su cumplimiento, y al mismo tiempo imponen dicho cumplimiento desde la crítica y no tendientes a un estilo más democrático que implicaría establecer las normas desde el afecto, el interés y la comunicación. Las normas no son explicadas por los padres ni adaptadas a las necesidades y posibilidades de sus hijos, lo cual estaría mostrando, por un lado, un alto nivel de exigencia y, por otro, cierta dificultad en la comunicación. Si bien no habría ausencia de afecto e interés por parte de los padres, este es percibido en menor medida a causa de que se percibe menor comunicación y aceptación y mayor crítica (Ej. “Pocas veces puedo contar con él cuando lo necesito”; “pocas veces me consuela cuando estoy triste”; “pocas veces dedica tiempo a hablar

conmigo”). Por esta razón en muchos casos, la puntuación en la escala rígida se presenta más elevada en comparación a los parámetros esperables debido a que justamente la forma rígida de imponer las normas correlaciona positivamente con la manifestación de crítica, rechazo y falta de confianza del padre y la madre hacia sus hijos y del mismo modo se relaciona directamente con la ausencia de afecto, interés y comunicación. Esto se observó marcadamente, en el presente estudio, en el estilo parental paterno, donde se acentúa un estilo más crítico y menos afectivo y comunicativo. Según, Santurde del Arco y Del Barrio del Campo (2010) los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no presentan este trastorno. En definitiva estos padres se ven a menudo menos competentes y con más baja satisfacción parental, lo que explicaría la manera en la que perciben su propio estilo parental (Barkley, 1990).

Los hallazgos podrían coincidir en buena medida con lo encontrado en estudios anteriores, como el de Hurt et al (2007), que situaban al afecto como factor protector y al autoritarismo como factor de riesgo, o los resultados obtenidos por Goldstein et al (2007), que señalaban a los padres de niños hiperactivos como menos afectuosos, más controladores o más negligentes que los de otros niños.

En tal sentido, Grau Sevilla (2007) refiere que la conducta de los padres de niños con TDAH es más directiva y negativa, exigiendo una explicación fundamentada en un modelo bidireccional que considere que los desafíos conductuales que presentan los niños con TDAH contribuyen a disminuir las capacidades de los padres de ponerles límites a las conductas inadecuadas, y a su vez la disciplina ineficaz de los padres refuerza la conducta oposicional del niño y los problemas de conducta.

En cuanto a la comparación entre la percepción de los hijos respecto a la de sus padres y madres, las diferencias no resultaron significativas estadísticamente; lo cual no corrobora la afirmación de Bersabé et al (2001) respecto a una baja concordancia entre las puntuaciones dadas por los niños y la de sus padres, esto podría indicar la existencia de un estilo parental en las

familias con TDAH percibido de igual manera tanto por los padres como por los hijos.

Respecto al análisis cualitativo de los casos, el mismo permite observar la variabilidad existente en los estos estilos parentales de cada familia, variabilidad que se debería tenerse en cuenta en el abordaje clínico de los niños con diagnóstico de TDAH.

Si bien los resultados obtenidos muestran coherencia con lo presentado en investigaciones previas, una de las limitaciones del presente trabajo es que se basó en una muestra pequeña, debido a los inconvenientes que se presentan habitualmente para evaluar pacientes diagnosticados con alguna patología y que cumplan con todos los criterios de inclusión que se requieren en un diseño de investigación. Por lo cual sería recomendable ampliar la muestra a un número de niños que permita generalizar los datos de acuerdo a estadísticas nacionales de prevalencia del trastorno. Además la utilización de cuestionarios de autoinforme para determinar la percepción del estilo parental podría complementarse en estudios posteriores con técnicas observacionales.

De manera que los resultados presentados deben ser interpretados y generalizados con cautela debido a las limitaciones metodológicas presentadas.

Sin embargo, los datos aportados pueden constituir una base para el diseño de estudios que profundicen el análisis y posibiliten la caracterización de estilos parentales educativos en familias con TDAH, además de ser de utilidad en la práctica clínica para la intervención con familias de niños con TDAH, con el fin de favorecer el desarrollo de técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación y afecto en la relación de los padres con sus hijos. Resultando de vital importancia la comprensión del papel modulador que el ambiente psicosocial desempeña sobre la predisposición biológica del TDAH al influir en la forma en que la actividad, la impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por la familia.

# VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1): 68-78.
- Bará-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D.A. & Henao, G.C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con Trastorno por

- Déficit de Atención/Hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología* 37: 608-15.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121: 65-94.
  - Barkley, R.A. (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Publications.
  - Benavente, I.M. (2001). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista Psiquiatría y Psicología Niño y Adolescente*, 4 (1): 92-102.
  - Bersabé, R., Fuentes, M. J. & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13 (4): 678-684.
  - Cardo, E. & Servera M. (2008). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46: 365-72.
  - Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2008). Percepción sobre estilos e inconsistencia parentales en adolescentes argentinos. *Estudios de Psicología. Campinas*, 25 (1): 3-9.
  - *Clasificación Internacional de Enfermedades*, (CIE-10). Organización Mundial de la Salud (1994).
  - Cornejo, J.W., Osío, O., Sánchez, Y., Carrizosa, J., Sánchez, G., Grisales, H., Castillo-Parra, H. & Holguín J. (2005). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40: 716-22.
  - Díaz Atienza, J. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Perspectiva biopsicosocial. Ediciones. Infancia y Adolescencia "Los Millares".
  - Felix Mateo, V. (2005). Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 7 (3): 215-232.

- Fernández Pérez, M. & López B.M.M. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: ¡al abordaje! *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 6: 421-432.
- Galindo Casas, A., Hernández Forero, D.C., Peña Aristizábal, P. A. & Restrepo Ibiza, A. (2005). Estudio de las diferencias de género en el desempeño de las funciones ejecutivas - categorización y flexibilidad cognoscitiva - en niños y niñas de la población bogotana diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo mixto. Tesis Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Bogotá.
- García Quiroga, M. & Ibáñez Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia psicológica*, 25 (2): 123-134.
- García Linares, M.C.C., Pelegrina, S. & Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescentes. *Anuario de Psicología*, 33 (1).
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N. & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 31, 20.
- Grau Sevilla, M. D. (2007). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. Universidad de Valencia, España. Tesis Doctoral.
- Hidalgo Vicario, M.I. (2007). Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *BSCP Canarias Pediátrica*, 31 (2): 79-85.
- López-Campo, G.X., Gómez-Betancur, L.A., Aguirre-Acevedo, D.C., Puerta, I.C. & Pineda, D.A. (2005). Componentes de las pruebas de atención y función ejecutiva en niños con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40 (6): 331-339.
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A. & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de Psicología*, 25 (1): 70-77.

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM IV. (1994). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Martínez-León (2006). Psicopatología del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2): 379-399.
- MacCoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interactions. En Hetherington, E.M. y Mussen, P.H. (Ed.), *Socialization, personality and social development. Handbook of child psychology*, 4 (9): 1-102. New York: Wiley.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (2): 23-5.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I., Peña, J. A. (2005). Clima familiar en el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2): 297-310.
- Ortiz León, S. & Jaimes Medrano, A. L. (2007). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50 (3):125-127.
- Pardo, A & Ruiz, M. (2000). Spss 11 guía para el análisis de datos. Análisis no paramétrico. México: Mc Graw Hill.
- Pistoia, M., Abad-Mas, L. & Etchepareborda, M.C. (2004). Abordaje psicopedagógico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*; 38 (1):149-155.
- Polanczyk, G., De Lima, S.M., Lessa Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal Psychiatry*, 164: 942-948.

- Ramos-Quiroga, J.A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. & Casas, M. (2007). Avances genéticos en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Revista de Neurología*; 44 (3): 51-2.
- Raya Trenas, A.F., Herreruzo Cabrera, J. & Pino Osuna M.J. (2008) El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4): 691-696.
- Romero-Ayuso, D.M., Maestú, F., González-Marqués, J., Romo-Barrientos, C. & Andrade, J.M. (2006). Disfunción ejecutiva en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 42 (5): 265-271.
- Romero Ogawa, T., Lara-Muñoz, C. & Herrera, S. (2002). Estudio familiar del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. *Salud Mental*, 25 (3): 41-46.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1): 79-84.
- Ruiz-García, M., Gutiérrez-Moctezuma, J., Garza-Morales, S. & De la Peña-Olvera, F. (2005). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 62: 145-152.
- Samaniego, V.C. (1998). *El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad.* Informe Final UBACYT. Mimeo.
- Santurde del Arco, E. & Del Barrio del Campo, J.A. (2010). Los modelos de apego y los estilos educativos en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010 [ww.interpsiquis.com](http://ww.interpsiquis.com) - [Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com).
- Schwartz, J., Barton-Henry, M. & Pruzinsky, T. (1985). Assessing child-rearing behaviors: A comparison of ratings made by mother, father, child, and sibling on the CRPBI. *Child Development*, 56: 462 – 479.

- Toledo Bravo de Laguna, L. (2006). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: perspectiva neuropediátrica. *BSCP Canarias Pedriátrica*, 30 (2); 7-10.
- Torío López, S., Peña Calvo J.V. & Rodríguez Menéndez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 20: 151-178.
- Valdizán, J., Mercado, E. & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología* , 44 (2): 27-30.

## VII. ANEXO



## ANEXO 1. CUESTIONARIO DE CONDUCTA (SNAP IV).

A continuación se presenta una serie de frases. Lea con atención cada frase y responda considerando el comportamiento del niño/a. Marque con una X el casillero correspondiente. Si un comportamiento no ha sido observado por usted, marque 0.

Cuestionario completado por: Madre  Padre  Maestro/a  Otro   
 especificar:

0 = No      1 = Poco      2 = Algo      3 = Mucho

Comportamiento a ser observado	0	1	2	3
1. No presta atención a los detalles / comete errores por descuido en su trabajo escolar				
2. Tiene dificultades para mantener su atención en actividades o juegos				
3. Parece no escuchar cuando se le habla				
4. No sigue las consignas o abandona <u>sin terminar</u> su trabajo escolar o deberes				
5. Tiene dificultad para organizar sus trabajos o actividades				
6. Evita o le desagradea empezar actividades que requieren de un sostenido esfuerzo mental				
7. Pierde los elementos necesarios para sus actividades (ej.,: juguetes, útiles escolares, lápices, carpetas o libros)				
8. Se distrae por motivos ajenos a su tarea				
9. Es muy olvidadizo en sus actividades diarias				
<u>10.</u> Tiene dificultad en mantenerse atento para escuchar preguntas o recibir instrucciones				
11. Es inquieto con sus manos y pies cuando debe permanecer sentado				
12. No puede permanecer sentado en clase o en situaciones donde se espera que lo haga				
13. Corre o trepa en forma excesiva en situaciones inapropiadas				
14. Tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades placenteras de manera callada				
15. Está en actividad constante como si estuviera impulsado por un motor				
16. Habla en forma excesiva				
17. Responde sin que se haya terminado la pregunta				

Comportamiento a ser observado	0	1	2	3
18. Tiene dificultades para esperar su turno				
19. Interrumpe las actividades de los otros, o cuando otros están hablando				
<u>20</u> . Tiene dificultad en permanecer sentado, quieto, callado o en inhibir sus impulsos en el hogar o en el aula				
21. Pierde la calma o la paciencia; tiene rabietas y/o conducta poco predecible				
22. Discute con adultos				
23. Desafía reglas abiertamente, se niega a pedidos o a seguir instrucciones de sus mayores				
24. Hace cosas en forma deliberada para molestar o fastidiar a otros				
25. Le echa la culpa a los demás de sus errores o mal comportamiento				
26. Es susceptible, se molesta con otros fácilmente				
27. A menudo se ofende y enoja				
28. Es rencoroso y vengativo				
<u>29</u> . Es peleador				
<u>30</u> . Es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad				
31. Hace ruidos en voz baja, canturrea o hace sonidos raros con su boca				
32. Es excitable e impulsivo				
33. Llora fácil y frecuentemente				
34. A menudo no coopera				
35. Se hace "el vivo"				
36. Está sin calma y/o hiperactivo				
37. A menudo molesta a otros niños				
38. Su humor cambia rápida y abruptamente				
39. Se frustra con facilidad y a menudo requiere que sus demandas se satisfagan inmediatamente				
40. Molesta a otros niños e interfiere en sus actividades				

## ANEXO 2. CUESTIONARIO- CBCL.

A continuación hay una lista de frases que describen a los/as niños/as y jóvenes. Para cada frase piense si describe a su hijo/a actualmente o durante los últimos 6 meses. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, considerando que:

0= No es cierto o nunca

1=Es cierto algunas veces o de cierta manera

2=Muy cierto o casi siempre

1)	Actúa como si fuera menor de su edad.	0	1	2
2)	Padece de alergias (diga a qué):	0	1	2
3)	Discute mucho.	0	1	2
4)	Padece de asma.	0	1	2
5)	Se comporta como si fuera del sexo opuesto	0	1	2
6)	Se hace caca fuera del baño.	0	1	2
7)	Es presumido, fanfarrón	0	1	2
8)	No se puede concentrar o prestar atención por mucho tiempo.	0	1	2
9)	No puede sacarse de la mente ciertos pensamientos u obsesiones (Describa):	0	1	2
10)	No puede estar sentado quieto; es inquieto o hiperactivo.	0	1	2
11)	Es demasiado dependiente o apegado a los adultos.	0	1	2
12)	Se queja de que se siente solo.	0	1	2
13)	Está confundido, parece estar en una nebulosa.	0	1	2
14)	Llora mucho.	0	1	2
15)	Es cruel con los animales.	0	1	2
16)	Es cruel, matón o malo con los demás.	0	1	2
17)	Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos.	0	1	2
18)	Se hace daño a sí mismo a propósito o ha intentado suicidarse.	0	1	2
19)	Exige mucha atención.	0	1	2
20)	Destruye sus propias cosas.	0	1	2
21)	Destruye las pertenencias de sus familiares o las de otros.	0	1	2
22)	Desobedece en la casa.	0	1	2
23)	Desobedece en la escuela.	0	1	2
24)	No come bien.	0	1	2
25)	No se lleva bien con otros chicos(as)	0	1	2
26)	No parece sentirse culpable después de portarse mal.	0	1	2
27)	Se pone celoso fácilmente.	0	1	2
28)	Come o bebe cosas que no son comida (diga qué): (no incluya golosinas)	0	1	2
29)	Tiene miedo a ciertos animales, situaciones, o lugares (NO INCLUYA LA ESCUELA). (Describa):	0	1	2
30)	Le da miedo ir a la escuela.	0	1	2
31)	Tiene miedo de llegar a pensar o hacer algo malo.	0	1	2
32)	Siente que tiene que ser perfecto.	0	1	2
33)	Siente o se queja de que nadie lo quiere.	0	1	2
34)	Siente que los demás le quieren perjudicar o fastidiar.	0	1	2

0= No es cierto o nunca 1=Es cierto algunas veces o de cierta manera 2=Muy cierto o casi siempre			
35) Se siente inferior y como que no vale nada.	0	1	2
36) Se da golpes a menudo, tiene muchos accidentes	0	1	2
37) Se mete mucho en peleas.	0	1	2
38) Los demás lo cargan o se burlan de él a menudo.	0	1	2
39) Se junta con otros que se meten en problemas.	0	1	2
40) Oye sonidos o voces que no existen (Describe): _____	0	1	2
41) Es impulsivo o actúa sin pensar	0	1	2
42) Prefiere estar solo que con otros.	0	1	2
43) Dice mentiras o hace trampas.	0	1	2
44) Se come las uñas.	0	1	2
45) Es nervioso, tenso.	0	1	2
46) Tiene movimientos nerviosos, tics (Describe): _____	0	1	2
47) Tiene pesadillas.	0	1	2
48) No le cae bien a otros chicos(as).	0	1	2
49) Padece de estreñimiento.	0	1	2
50) Es demasiado miedoso o le da ansiedad.	0	1	2
51) Se siente mareado.	0	1	2
52) Se siente culpable por cualquier cosa.	0	1	2
53) Come demasiado.	0	1	2
54) Se cansa demasiado.	0	1	2
55) Tiene exceso de peso.	0	1	2
56) Problemas físicos sin causa médica conocida:	0	1	2
a. dolores o molestias.	0	1	2
b. dolores de cabeza.	0	1	2
c. ganas de vomitar, náusea.	0	1	2
d. problemas con sus ojos (Describe) _____	0	1	2
e. ronchas u otros problemas de la piel.	0	1	2
f. dolores de estómago o retortijones.	0	1	2
g. vómito.	0	1	2
h. otros (Describe) _____	0	1	2
57) Ataca físicamente a otras personas.	0	1	2
58) Se mete los dedos en la nariz, se raspa con las uñas la piel u otras partes del cuerpo (Describe): _____	0	1	2
59) Juega con sus partes sexuales (genitales) en público.	0	1	2
60) Juega demasiado con sus partes sexuales.	0	1	2
61) Rendimiento escolar bajo.	0	1	2
62) Es torpe, poco coordinado.	0	1	2
63) Prefiere estar con chicos(as) mayores.	0	1	2
64) Prefiere estar con chicos(as) menores.	0	1	2
65) Se rehúsa a hablar.	0	1	2
66) Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (Describe) _____	0	1	2
67) Se fuga de su casa.	0	1	2
68) Grita mucho.	0	1	2
69) Es reservado, mantiene sus cosas en secreto.	0	1	2
70) Ve cosas que no están ahí (Describe): _____	0	1	2
71) Muy vergonzoso, se avergüenza con facilidad.	0	1	2
72) Prende fuegos (Describe) _____	0	1	2
73) Problemas sexuales (Describe): _____	0	1	2
74) Le gusta llamar la atención o hacerse el payaso.	0	1	2

0= No es cierto o nunca 1=Es cierto algunas veces o de cierta manera 2=Muy cierto o casi siempre			
75) Es tímido.	0	1	2
76) Duerme menos que la mayoría de los chicos(as).	0	1	2
77) Duerme más que la mayoría de los chicos(as) durante el día y/o la noche. (Describe): _____	0	1	2
78) Embarra o juega con excremento (caca).	0	1	2
79) Tiene problemas para hablar o de pronunciación (Describe): _____	0	1	2
80) Se queda mirando al vacío.	0	1	2
81) Roba en la casa.	0	1	2
82) Roba fuera de la casa.	0	1	2
83) Acumula o guarda cosas que no necesita (Describe) _____	0	1	2
84) Se comporta de una manera extraña (Describe): _____	0	1	2
85) Tiene ideas raras (Describe): _____	0	1	2
86) Testarudo, malhumorado o irritable.	0	1	2
87) Su estado de ánimo o sentimientos cambian de repente.	0	1	2
88) Se pone de mal humor, se aluna mucho.	0	1	2
89) Es desconfiado, receloso.	0	1	2
90) Lenguaje obsceno, dice malas palabras.	0	1	2
91) Habla de quererse matar.	0	1	2
92) Habla o camina cuando está dormido (Describe): _____	0	1	2
93) Habla demasiado.	0	1	2
94) Se burla mucho de los demás.	0	1	2
95) Tiene berrinches o mal genio.	0	1	2
96) Piensa demasiado sobre temas sexuales.	0	1	2
97) Amenaza a otros.	0	1	2
98) Se chupa el dedo.	0	1	2
99) Se preocupa demasiado por la limpieza y el orden.	0	1	2
100) No duerme bien (Describe): _____	0	1	2
101) Se ratea, falta a la escuela.	0	1	2
102) Es poco activo, lento o falto de energía.	0	1	2
103) Infeliz, triste o deprimido.	0	1	2
104) Muy ruidoso, chillón.	0	1	2
105) Toma alcohol o usa drogas con fines no médicos (Describe): _____	0	1	2
106) Comete actos de vandalismo como destruir ventanas, autos u otras cosas.	0	1	2
107) Se orina encima durante el día.	0	1	2
108) Se orina en la cama.	0	1	2
109) Se queja o lamenta mucho, lloriquea.	0	1	2
110) Desearía ser del sexo opuesto.	0	1	2
111) Ensimismado, retraído, no se relaciona con los demás.	0	1	2
112) Se preocupa demasiado por todo.	0	1	2
113) Dígame cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y que no haya sido mencionado _____	0	1	2

ANEXO 3. ESCALA DE AFECTO Y ESCALA DE NORMAS Y EXIGENCIAS

Escala de Afecto. Versión Hijo.

EA-H (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001)
--

Nombre:.....Fecha:.....

A continuación vas a leer unas frases. Marca con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que verdaderamente piensas sobre la relación con tu PAPA y con tu MAMA. Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

	MI PAPA					MI MAMA				
	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre
1. Me acepta tal como soy										
2. Si tengo un problema puedo contárselo										
3. Se enoja conmigo por cualquier cosa que hago										
4. Me dedica su tiempo										
5. Siento que soy una molestia para él/ella										
6. Habla conmigo de los temas que son importantes para mí										
7. Lo/la pongo nervioso/a, lo/la altero										
8. Es cariñoso/a conmigo										
9. Habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as										
10. Lo que hago le parece mal										
11. Me consuela cuando estoy triste										
12. Está a disgusto (molesto/a) cuando yo estoy en casa										
13. Sé que confía en mí										
14. Dedicar tiempo a hablar conmigo										
15. Aprovecha cualquier oportunidad para criticarme										
16. Está contento/a de tenerme como hijo/a										
17. Le gustaría que fuera diferente										
18. Me manifiesta su cariño con detalles que me gustan										
19. Puedo contar con él/ella cuando lo necesito										
20. Me da confianza para que le cuente mis cosas										

Escala Normas y Exigencias. Versión Hijo.

ENE-H  
(Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001)

	MI PAPA					MI MAMA				
	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas veces	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas veces	Siempre
1. Tiene en cuenta lo que paso antes de castigarme										
2. Intenta controlar mi vida en todo momento										
3. Me dice que sí a todo lo que le pido										
4. Me dice que en casa manda él/ella										
5. Si desobedezco no pasa nada										
6. Antes de castigarme escucha mis razones										
7. Me da libertad total para que haga lo que quiera										
8. Me explica lo importantes que son las reglas para la convivencia										
9. Me impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer										
10. Llorando y enojándome, consigo siempre lo que quiero										
11. Me explica las razones por las que debo cumplir las reglas										
12. Me exige que cumpla las reglas aunque no las entienda										
13. Se hace el/la distrito/a cuando no cumplo las reglas, con tal de no discutir										
14. Me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer										
15. Por encima de todo tengo que hacer lo que dice, pase lo que pase										
16. Le da igual que obedezca o desobedezca										
17. Razona y acuerda las reglas conmigo										
18. Me exige respeto absoluto a su autoridad										
19. Me explica las consecuencias de no cumplir las reglas										
20. Me dice que los padres siempre tienen la razón										
21. Permite que haga lo que me gusta en todo momento										
22. Si alguna vez se equivoca conmigo lo reconoce										
23. Me trata como si fuera más pequeño/a										
24. Con tal de que sea feliz, me deja que haga lo que quiera										
25. No quiere que salga a la calle por temor a que me pase algo										
26. Me alienta a hacer las cosas por mí mismo/a										
27. Me agobia (cansa) porque siempre está pendiente de mí										
28. A medida que me hago mayor me da más responsabilidades										

## Escala de Afecto. Versión Padres.

EA-P  
(Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001)

Nombre:.....Fecha:.....

A continuación va a leer unas frases. Marque con una cruz (X) la casilla que más se acerque a su forma habitual de comportarse con su hijo o hija. Responda de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas. Por último, compruebe haber contestado todos los ítems (no dejar ítem sin contestar).

	PADRE					MADRE				
	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre
1. Lo/a acepto tal como es										
2. Si tiene un problema puede contármelo										
3. Me enoja por cualquier cosa que hace										
4. Le dedico mi tiempo										
5. Es una molestia para mí										
6. Hablo con él/ella de los temas que son importantes para él/ella										
7. Me pone nervioso/a, me altera										
8. Soy cariñoso/a con él/ella										
9. Hablo con él/ella de lo que hace con sus amigos/as										
10. Lo que hace me parece mal										
11. Lo/a consuelo cuando está triste										
12. Estoy a disgusto cuando él/ella está en casa										
13. Confío en él/ella										
14. Dedico tiempo a hablar con él/ella										
15. Lo/a critico por cualquier cosa										
16. Estoy contento/a de tenerlo/a como hijo/a										
17. Me gustaría que fuera diferente										
18. Le manifiesto mi cariño con detalles que le gustan										
19. Puede contar conmigo cuando lo necesita										
20. Le doy confianza para que me cuente sus cosas										

Escala Normas y Exigencias. Versión Padres.

ENE-P (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001)
---

	PADRE					MADRE				
	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas	Muchas	Siempre
1. Tengo en cuenta lo que paso antes de castigarlo/a										
2. Intento controlar su vida en todo momento										
3. Le digo que sí a todo lo que me pide										
4. Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo										
5. Si desobedece no pasa nada										
6. Antes de castigarlo/a escucho sus razones										
7. Le doy libertad total para que haga lo que quiera										
8. Le permito discutir las reglas cuando cree que no son justas										
9. Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer										
10. Llorando y enojándose consigue siempre lo que quiere										
11. Le explico las razones por las que debe cumplir las reglas										
12. Le exijo que cumpla las reglas aunque no las entienda										
13. Me hago el/la distraído/a cuando no cumple las reglas con tal de no discutir										
14. Le explico muy claro lo que se debe y no se debe hacer										
15. Por encima de todo tiene que hacer lo que le digo, pase lo que pase										
16. Me da igual que obedezca o desobedezca										
17. Razono y acuerdo las reglas con él/ella										
18. Le exijo respeto absoluto a mi autoridad										
19. Le explico las consecuencias de no cumplir las reglas										
20. Le digo que los padres siempre tienen la razón										
21. Permito que haga lo que le gusta en todo momento										
22. Si alguna vez me equivoco con él/ella lo reconozco										
23. Lo/la trato como si fuera más pequeño										
24. Con tal de que sea feliz le dejo que haga lo que quiera										
25. No quiero que salga a la calle por temor a que le pase algo										
26. Lo/la aliento a hacer las cosas por sí mismo/a										
27. Lo/la agobio porque siempre estoy pendiente de él/ella										
28. Le doy más responsabilidades a medida que se va haciendo mayor										

## VIII. AGRADECIMIENTOS



A todas las personas que participaron, directa o indirectamente,  
e hicieron posible este trabajo de investigación,  
muchas gracias por su apoyo y enseñanza.

Especialmente agradezco a  
Liliana Bakker y a Josefina Rubiales por su  
dedicación y tiempo en todo el proceso de elaboración de la Tesis;  
por sus enseñanzas no solamente en este trabajo  
sino también en mi formación dentro del área de investigación;  
por el apoyo, el ánimo y la paciencia.

Agradezco a mi familia enormemente por su apoyo incondicional.

Mamá, Papá, Ricky, Ceci y Oscar  
gracias por acompañarme en toda esta etapa  
dándome fuerza y confianza  
estando incluso aún más presentes a pesar de la distancia.

Agradezco también a mis amigos  
por su contención, apoyo y cariño; por hacer de este recorrido  
una hermosa experiencia.

Gracias a todos  
sin ustedes no hubiera sido posible...