

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA
EDUCACIÓN

ANÁLISIS DEL CONTEXTO FAMILIAR EN NIÑOS CON
TDAH

MARÍA DOLORES GRAU SEVILLA

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2007

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 24 de Maig de 2007 davant un tribunal format per:

- D. José Carlos Núñez Pérez
- D. Jesús Nicasio García Sánchez
- D^a. María Jesús Presentación Herrero
- D. José Manuel Tomás Miguel
- D. Julio González-Pienda García

Va ser dirigida per:

D^a. Ana Miranda Casas

©Copyright: Servei de Publicacions
María Dolores Grau Sevilla

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-6930-2

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

UNIVERSITAT DE VALENCIA

Departamento de Psicología
Evolutiva y de la Educación



“ANÁLISIS DEL CONTEXTO FAMILIAR DE NIÑOS
CON TDAH”

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

M^a Dolores Grau Sevilla

DIRIGIDA POR:

Dra. Ana Miranda Casas

Valencia, 2006

A mi Padre, la persona que me enseñó el valor del trabajo, la constancia y el buen hacer...

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Ana Miranda Casas, directora de esta tesis doctoral, por todo lo que me ha enseñado en estos años de formación y de trabajo conjunto, por su rigor científico, su generosidad, su apoyo incondicional y su gran calidad humana. Para mí ha sido un gran privilegio haber podido trabajar con ella.

También mi agradecimiento a las Asociaciones de padres de niños hiperactivos sin las cuales no hubiera sido posible este trabajo: Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Asturias (ANHIPA), Asociación Niños con TDAH de la Comunidad Valenciana (APNADAH), Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Barcelona (ADANA), Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Palma de Mallorca (STILL) De manera muy especial quiero mostrar mi agradecimiento a la ayuda desinteresada de Silvia, Consuelo, Mar, Ana, Beatriz y Columba.

A mis compañeros y amigos de Edetania, ahora Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" que me han apoyado en los momentos de ilusión y me han dado ánimo en los momentos difíciles.

A Angels que siempre me ha aportado la seguridad lingüística de mis escritos.

A Rosana, Paco y Cristina, las personas que siempre han estado a mi lado cuando los he necesitado.

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional y por todo el tiempo que no les he podido ofrecer en estos últimos años.

A mis hijos, Pau y Iolanda, el ser madre me ha aportado muchas experiencias, muchos retos que me han hecho apasionarme todavía más por la terapia familiar y encontrar en cada una de las familias con las que trabajo una historia única y apasionante.

A mi marido, que ha sido el soporte emocional, psicológico y técnico sin el cual no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

Por último, y de manera muy especial a las familias de niños con TDAH que han hecho realidad este trabajo, cada una de ellas cobra vida propia en mi corazón, me han transmitido el desafío de la esperanza.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN GENERAL.....	9
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	14
1. AVANCES EN EL CONCEPTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	15
1.1. Introducción	16
1.2. Evolución del concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad	16
1.3. Consideraciones actuales del TDAH.	24
1.3.1. Interpretación actual del problema	25
1.3.2. Problemas asociados al TDAH.....	28
1.3.2.1. Bajo rendimiento académico	28
1.3.2.2. Problemas de conducta	31
1.3.2.3. Trastornos afectivos	33
1.3.2.4. Tics y trastorno de Gilles de la Tourette	34
1.3.2.5. Problemas de lenguaje.....	35
1.3.2.6. Problemas de integración social	36
1.4. Etiología del TDAH.....	37
2. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA EXPRESIÓN Y CURSO DEL TDAH.....	42
2.1. Introducción	43
2.2. Dificultades en la crianza del niño TDAH	45
2.2.1. Relaciones familiares	48
2.2.2. Estrés ocasionado por la crianza del niño con TDAH	50
2.2.3. Estilos de disciplina	56
2.3. Variables Moduladoras.....	65
2.3.1. Características del niño	65
2.3.1.1. Edad.....	65
2.3.1.2. Sexo	67
2.3.1.3. Subtipo del TDAH.....	70
2.3.1.4. Presencia asociada de un temperamento difícil y/o de TOD.....	72

2.3.2. Características de los padres	79
2.3.2.1. Presencia de problemas psicoemocionales	79
2.3.2.2. Presencia de TDAH en los padres.....	81
24. La familia en la identificación y tratamiento del TDAH	83
2.4.1. Introducción.....	83
2.4.2. Familia y tratamiento del TDAH.....	84
2.4.3. Familia y seguimiento escolar y extraescolar	90
SEGUNDA PARTE. TRABAJO EMPÍRICO.....	95
3. PRESENTACIÓN DEL TRABAJO EMPÍRICO.....	96
3.1. Justificación	97
3.2. Objetivos de la investigación.....	101
3.3. Método.....	105
3.3.1. Participantes	105
3.3.2. Instrumentos de evaluación.....	108
3.3.3. Procedimiento	116
3.3.4. Análisis estadístico.....	117
4. RESULTADOS	118
4.1. Análisis de las características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH	119
4.2. Análisis del papel de la familia en la identificación diagnóstico y tratamiento del trastorno, las relaciones familiares y los apoyos en la crianza	128
4.3. Análisis de los métodos de disciplina de padres de niños con TDAH.	134
4.4. Análisis del nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH.	138
4.5. Propuesta de un modelo explicativo de la crianza de los niños con TDAH.....	151

5. CONCLUSIONES	163
5.1. Características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH	164
5.2. Papel de la Familia en la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, relaciones familiares y apoyos en la crianza.....	171
5.3. Métodos de disciplina de padres de niños con TDAH.....	176
5.4. Nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH...	178
5.5. Propuesta de modelo de crianza del niño con TDAH	183
5.6. Limitaciones y propuesta actuación con la familia	187
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	192
7. ANEXO: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	211

INTRODUCCIÓN GENERAL

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha suscitado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado la investigación sobre TDAH la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías en general y con dificultades de aprendizaje en particular (Brown, 2000; Miranda, Soriano y García, 2005).

La investigación sobre la etiología del TDAH respalda que éste posiblemente está determinado por causas de naturaleza biológica; sin embargo, para obtener una comprensión adecuada de este trastorno, resulta imprescindible contemplar las influencias biológicas desde un enfoque interactivo, valorando el papel modulador que ejerce el ambiente psicosocial sobre la predisposición biológica al TDAH. (Asherson, Kuntsi y Taylor, 2005). Los factores relativos a los microsistemas sociales, familia y escuela, donde se desarrolla el niño son los que tienen una mayor influencia tanto en el curso del TDAH, como en el desarrollo de problemas asociados al trastorno. Si la familia, la escuela y el grupo de compañeros son conscientes de las dificultades que presentan los niños con TDAH y le ofrecen suficientes oportunidades para desarrollar habilidades de autorregulación están facilitando la evolución positiva del trastorno. Por el contrario, si no son sensibles a las necesidades del niño y/o no poseen las habilidades para responder adecuadamente a las manifestaciones conductuales del TDAH, pueden empeorar los síntomas del trastorno o incluso potenciar su severidad.

Debido a los síntomas nucleares que definen un TDAH -hiperactividad, desatención e impulsividad-, y a las manifestaciones relacionadas con la escasa autorregulación, tales como irritabilidad, labilidad emocional, dificultad para seguir órdenes y baja tolerancia a la frustración, los niños que sufren este

problema necesitan cuidadores especialmente sensibles y pacientes. Criar y educar niños con un trastorno de atención es una tarea que conlleva considerables recursos y tiempo, hasta el punto que las demandas excesivas que plantean en su crianza van a ocasionar probablemente un aumento del estrés en el ejercicio del rol parental.

En efecto, numerosos trabajos señalan que uno de los factores del sistema familiar más relevantes en el desarrollo de los niños con TDAH es el estrés parental ocasionado por la crianza, entendido como una estructura multidimensional que incluye aspectos interactivos de la relación paterno-filial. Variables de los padres como su estilo de crianza, sus prácticas de disciplina, junto con otros aspectos internos, tales como sus sentimientos de competencia y percepción de autoeficacia, afectan al niño. Del mismo modo, las características del niño también influyen en los padres. En definitiva, todas estas variables de la crianza se interrelacionan estrechamente (Hinshaw, 2002) y están influidas adicionalmente por otras dimensiones personales entre las que destacan la psicopatología de los padres (Harrison y Sofronoff, 2002).

Fundamentándonos en estas consideraciones generales, el trabajo que aquí se presenta es el resultado de un estudio que ha integrado dos fases diferenciadas. En la primera de ellas, se analizaron los factores de riesgo, el desarrollo evolutivo y la importancia de los padres en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento escolar en una muestra de familias de niños con TDAH de nuestra Comunidad. La segunda fase, para la cual se amplió la muestra de este estudio a familias de otras ciudades de España, se centró en el análisis de variables familiares de crianza de los niños con TDAH, focalizándonos esencialmente en los estilos de disciplina y en el estrés ocasionado por el ejercicio del rol parental.

En cuanto a la estructura propiamente dicha, esta tesis presenta una primera parte teórica que incluye, a su vez, dos epígrafes. El primero de ellos, que tiene un carácter meramente introductorio, se dedica a la revisión del concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, teniendo en cuenta los antecedentes y las contribuciones más relevantes hasta llegar al concepto actual del trastorno. También se han analizado los diferentes modelos etiológicos que hoy en día coexisten en la explicación causal del TDAH (genéticos, neurofisiológicos y ambientales).

En el segundo epígrafe, que conecta estrechamente con el trabajo empírico realizado, se estudia la importancia de la familia en el TDAH, basada en la revisión de la literatura. Por una parte, el papel clave de los padres en la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, puesto que los padres son los que deciden si el niño tiene un problema, acuden a un profesional y se implican o no en las indicaciones terapéuticas y por otra parte, el papel de los padres en el seguimiento escolar y extraescolar de los niños con TDAH, ya que suelen presentar asociados problemas académicos y de integración escolar. También se analiza la repercusión que tiene la presencia de un niño con TDAH en las relaciones familiares y en los estilos de disciplina, el estrés que les ocasiona a los padres su crianza y la importancia de las variables de edad, sexo, subtipo y presencia de Trastorno oposicionista desafiante (TOD) en el niño TDAH. Todas estas variables pueden actuar modulando el problema del TDAH.

El segundo núcleo de nuestra tesis, está dedicado a la exposición del trabajo empírico. Esta segunda parte se inicia con una breve justificación, para pasar inmediatamente al planteamiento del diseño metodológico: objetivos, descripción de la muestra e instrumentos de evaluación y procedimiento. Los apartados siguientes se centran en la presentación de los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados.

Posteriormente se desarrollan las conclusiones de nuestro trabajo, valorando los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos. Nos ha parecido muy conveniente cerrar las conclusiones con un apartado final que se dedica a la exposición de conclusiones y comentarios sobre la proyección práctica de nuestros hallazgos.

En último lugar, se recogen las referencias bibliográficas utilizadas para la realización del estudio y se adjuntan, asimismo, los anexos que incluyen los instrumentos utilizados en la evaluación.

Nuestro objetivo, que esperamos haber cumplido, ha sido iniciar un camino en el análisis comprensivo y global de las variables sociofamiliares que están presentes en el desarrollo del niño con TDAH en nuestro país, ya que, los estudios realizados en otros países no son plenamente extrapolables a nuestro modelo de familia, a pesar del proceso de globalización en el que estamos inmersos.

Por último queremos comentar explícitamente que a nivel personal nos sentimos recompensadas por este trabajo, que nos ha permitido vislumbrar la asombrosa complejidad del trastorno y la cantidad de factores interrelacionados que pueden influir en su evolución. Consideramos importante plantearnos también como meta, la mejora de la calidad de vida de las familias, ya que el TDAH se puede considerar un problema familiar que se da en un marco de relaciones en donde todos los miembros de la familia se ven influenciados.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. AVANCES EN EL CONCEPTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

1.1. Introducción

En el presente capítulo, se lleva a cabo un análisis histórico del concepto de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) hasta llegar a las concepciones más actuales, subrayando como se ha ido evolucionando a lo largo de los años desde un enfoque fragmentado y parcial hasta una visión más comprehensiva y multidimensional del problema. Después se pasa a la reflexión en torno a la necesidad de considerar el TDAH como un problema que se desarrolla a través de la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, de manera que todos los subsistemas implicados en la vida del niño (familia, escuela, grupo de pares) interactúan e influyen en su desarrollo.

A continuación, se revisan las variables del entorno familiar que influyen en el TDAH. Se han analizado también las dificultades que ocasiona la crianza de los niños con TDAH, centrándonos de manera más específica las variables referidas al estrés parental y métodos de disciplina que utilizan los padres. También nos hemos planteado cómo los problemas que presentan estos niños influyen en las relaciones familiares. Por último, se comenta información pertinente al papel de la familia en la identificación y tratamiento del TDAH, así como su implicación en el seguimiento escolar.

1.2. Evolución del concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha evolucionado a lo largo de la historia, tanto en la nomenclatura y en su concepción general como en los criterios diagnósticos utilizados y en las formas de tratamiento. Se puede afirmar que la primera descripción sistemática del trastorno la realizó en 1902 el médico inglés George Still, quien observó

que existía un grupo de niños que presentaban unas características peculiares como problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y que carecían de capacidad para internalizar reglas. Presentaban además inmadurez, escasa sensibilidad al castigo y conductas de robo o mentiras. Todos estos síntomas fueron considerados por Still como fallos en el control moral, que determinaban una escasa capacidad de adecuarse a las demandas sociales. Estos síntomas tenían, para este médico, un sustrato físico y no eran causados por una deficiencia intelectual, por una educación inadecuada o por un ambiente familiar desestructurado.

En las siguientes décadas, diversos autores evidenciaron que existía un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still. Esta circunstancia provocó que el trastorno comenzara a entenderse como una alteración neurológica. En esta línea, entre otras, se sitúan diversos estudios que se refieren al síndrome como “trastorno de comportamiento postencefálico” y “síndrome orgánico cerebral”.

Aproximadamente una década después, Strauss y Lethinen (1947) interpretaron la hiperactividad como un síntoma de una lesión cerebral exógena en la que se suponía que estaban interviniendo factores externos a la dotación genética del sujeto, acuándose en consecuencia el término de “Síndrome de Strauss”.

Pero sin lugar a dudas fueron el psiquiatra infantil Lauder y el neuropediatra Denhoff (1957) quienes realizaron por primera vez una descripción sistemática del síndrome hiperkinético. Estos investigadores consideraron que, a pesar de que la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias en las estructuras talámicas, otros síntomas secundarios como la tendencia al robo o a la destrucción eran producto de una interacción entre factores biológicos y sociales.

En los años 60, la consideración de la hiperactividad como una disfunción cerebral mínima supuso un cambio de óptica apreciable en su concepción. Clements (1966) definió esta disfunción cerebral mínima como un trastorno de conducta y aprendizaje que presentan niños con una inteligencia normal pero que padecen disfunciones del sistema nervioso central. Por consiguiente se estaba otorgando así un papel preponderante a los factores neurológicos como responsables del problema.

El concepto de disfunción cerebral mínima, sin embargo, no encontró sustento experimental y empírico por lo cual, desde las posiciones de la psicología y la pedagogía, se comenzó a concebir la hiperactividad como un trastorno conductual que se fue concretando en etiquetas diagnósticas más específicas como trastornos de aprendizaje, trastornos de lenguaje etc. En ese momento, el énfasis se puso en la excesiva actividad motora que presentan los niños hiperactivos, considerando ésta significativamente mayor que la que presentan los niños de edad, sexo y nivel socioeconómico y cultural similares. Estas concepciones se vieron reflejadas en la publicación del DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) que constituyó la primera clasificación que incluía este trastorno con el término "Reacción Hiperkinética en la Infancia y en la Adolescencia". En dicho manual, la reacción hiperkinética estaba caracterizada por un exceso de actividad, de inquietud, y distractibilidad, especialmente en niños pequeños. Además se consideraba que estas conductas disminuían en la adolescencia.

En la década de los setenta, el trabajo de Virginia Douglas (1972) impulsó un cambio importante en la concepción del TDAH argumentando que la deficiencia básica del trastorno no residía en la excesiva actividad motora sino en la incapacidad para centrar la atención así como en la impulsividad. Según Douglas, en la base de estas dificultades está una escasa capacidad de autorregulación.

Las aportaciones de esta autora destacaron la dimensión cognitiva por encima de los aspectos conductuales, volviendo, de algún modo, a las concepciones iniciales de Still que señalaban una incapacidad para adecuarse a las demandas sociales. Influyeron además de forma importante en la clasificación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que supuso un cambio de enfoque al reconocer como ejes básicos del problema la desatención y la impulsividad, dejando en un segundo plano los síntomas de hiperactividad. Esta clasificación estableció las categorías diagnósticas de “Déficit de atención con hiperactividad” y “Déficit de atención sin hiperactividad”.

No obstante, el reconocimiento de las alteraciones de la atención como elementos básicos de un subtipo del trastorno, desapareció posteriormente en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). El TDAH fue clasificado como un trastorno de conducta perturbadora, modificándose incluso la terminología de referencia al utilizarse la denominación de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Finalmente, fue con la publicación del DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) cuando, a pesar de conservar el mismo rótulo diagnóstico general, se vuelve a contemplar el subtipo de TDAH “con predominio del déficit de atención”.

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, el TDAH se caracteriza por la aparición de síntomas de desatención, sobreactividad e impulsividad, de modo más frecuente y grave que los que se observan habitualmente en sujetos de la misma edad.

Los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad manifiestan problemas de atención, entendida como la capacidad para eliminar estímulos distractores y centrarse en la tarea objetivo. Por otra parte, estos

niños presentan problemas de impulsividad, cuyos indicadores más apreciables son la excesiva rapidez en el procesamiento de la información, junto con la escasa capacidad de recoger la información suficiente antes de dar la respuesta, y de inhibir los mecanismos inapropiados para conseguir la meta. Por último, el tercer síntoma que define el trastorno es la hiperactividad, un movimiento corporal excesivo para la edad del niño, una actividad casi permanente e incontrolada, que se caracteriza por no tener una meta concreta y aparecer en los momentos más inoportunos.

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV y el DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los que aparecen en el ICD-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico trastorno hiperactivo (THC) incluyen un listado similar de 18 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (tabla 1). También muestran su coincidencia en señalar que los síntomas se deben mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve. Al mismo tiempo, los síntomas deben de producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos diferentes. La duración y severidad de las conductas, su inicio temprano y su importante impacto en diferentes ambientes son aspectos claves para el diagnóstico del trastorno.

A pesar de las coincidencias señaladas, existen algunas discrepancias entre el ICD-10 y el DSM-IV. Entre otras, el ICD-10 exige la presencia de los tres síntomas esenciales para la obtención del diagnóstico de THC, señala que se deben dar al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y como mínimo uno de impulsividad. Por otra parte, el ICD-10 también considera como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos, a excepción del trastorno de conducta, diferenciando el trastorno hiperactivo con y sin trastorno de conducta.

Cuadro1. Dominios de síntomas THC/TDAH en el ICD-10 y DSM-IV

Desatención	Hiperactividad	Impulsividad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No presta suficiente atención a los detalles ▪ Tiene dificultades para mantener la atención ▪ Parece no escuchar ▪ No sigue instrucciones y no finaliza las tareas ▪ Tiene dificultades para organizar las tareas ▪ Evita tareas que requieren esfuerzo mental sostenido ▪ Pierde objetos necesarios para las tareas ▪ Se distrae con estímulos irrelevantes ▪ Es olvidadizo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mueve en exceso manos y pies ▪ Abandona su asiento en la clase ▪ Corre o salta en situaciones inapropiadas ▪ Tiene dificultades para jugar tranquilamente ▪ Excesivo movimiento (DSM-IV) ▪ Habla en exceso (DSM-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habla en exceso (ICD-10) ▪ Responde de forma precipitada a las preguntas ▪ Tiene dificultad para guardar su turno ▪ Interrumpe a otros

El DSM-IV, en cambio, no exige para el diagnóstico de TDAH que los síntomas se presenten siempre de manera conjunta (tabla 2), diferenciando la existencia de tres subtipos:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH/C) si se satisfacen al menos seis de los criterios de inatención y seis de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de inatención (TDAH/I): si se satisfacen al menos seis de los criterios de

inatención, pero no se cumplen al menos otros seis de hiperactividad/impulsividad durante los últimos seis meses.

3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo/impulsivo (TDAH/HI): si se satisfacen, como mínimo seis criterios de hiperactividad/impulsividad, pero no se llegan a seis criterios positivos de inatención durante los últimos seis meses.

La diferencia de prevalencia en los estudios realizados en Estados Unidos y Europa parece surgir del uso diferencial de estas dos clasificaciones, así como de diferentes umbrales diagnósticos. Usando los criterios diagnósticos de la DSM-IV-TR existe la posibilidad (no contemplada en la ICD-10) de que un niño pueda ser diagnosticado como TDAH sin manifestar problemas importantes de hiperactividad/impulsividad (TDAH tipo inatento). Siguiendo los criterios ICD-10, es más probable que los niños con el tipo inatento no sean diagnosticados.

Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico del TDAH DSM-IV y TR (1994, 2000)

A.(1) o (2)

(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:

Desatención

- 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.
- b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el lugar del trabajo (no se debe a un comportamiento negativista o a la incapacidad para entender las instrucciones)
- e. a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- 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)
- g. a menudo extravía objetos necesario para tareas actividades (p.e. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, o herramientas)
- h. a menudo se distrae fácilmente por los 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 una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a. a menudo mueve en exceso manos o pies, o se retuerce en el asiento
- b. a menudo abandona su asiento en el aula 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 en marcha" o suele actuar "como si tuviera un motor"
- f. a menudo habla en exceso

Impulsividad

- g. a menudo precipita las respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. a menudo tiene dificultades para guardar su turno
- i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. e. se entromete en conversaciones o juegos)

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de la edad de 7 años.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.e. en la escuela, o en el trabajo y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica, 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 (p. e. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Como se habrá podido inferir del hilo de nuestra exposición, los procedimientos diagnósticos han evolucionado también a lo largo del tiempo. Mientras en los años 80 el diagnóstico se centraba principalmente en la observación del niño y el tratamiento era principalmente de naturaleza farmacológica, en las últimas décadas se ha ido pasado a evaluaciones más especializadas del problema y a tratamientos de tipo multidisciplinar. En la actualidad, tal como se desprende de las indicaciones que aparecen en las recientes guías de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) y de la American Academy of Pediatrics (2001), se recomienda para el diagnóstico de un niño con TDAH realizar una evaluación comprehensiva, que incluya además de los criterios del DSM-IV o ICD-10, un examen médico minucioso, escalas de estimación conductual (realizadas por padres y profesores), evaluación psicoeducativa y observaciones en la escuela.

1.3. Consideraciones actuales del TDAH.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad es una de las alteraciones infantiles más frecuentes y que más interés e investigaciones ha generado en la psicopatología infantil, posiblemente por los problemas que ocasiona en la familia, en la escuela, y en la sociedad en general. En términos generales y considerando globalmente los tres subtipos la prevalencia se estima entre un 3-7% (American Psychiatric Association, 1994). Además, la proporción de varones que presentan este trastorno es superior a las mujeres en una proporción de 9/1 en niños en edad escolar de muestras clínicas, y de 4/1 en muestras comunitarias (APA, 1994). Esta ratio varía también según los subtipos de 4/1 para el tipo hiperactivo-impulsivo a 2/1 para el predominantemente inatento. Curiosamente, aunque se trata de un trastorno que tiene su inicio en la infancia temprana, no se suele diagnosticar hasta la edad escolar. La explicación de este hecho es que la escolaridad exige

patrones de comportamiento estructurados, incluido un desarrollo apropiado del nivel de atención y concentración que el niño con TDAH no posee.

1.3.1. Interpretación actual del problema

En la actualidad, se considera que el TDAH es un síndrome neurobiológico, de etiología compleja, debido a un fallo en el desarrollo de los mecanismos cerebrales que regulan el autocontrol. Esta pérdida de autorregulación afecta a otras funciones del cerebro que son importantes para mantener la atención y las funciones ejecutivas que posibilitan la integración y regulación de las funciones mentales.

El profesor Russel Barkley (1994,1997) ha logrado elaborar una explicación global al conjunto de síntomas que presenta el niño con TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad) en base a la existencia de fallos en la *inhibición conductual*, que inciden de forma negativa en la acción coordinada de las cuatro funciones neuropsicológicas que permiten al sujeto una adecuada autorregulación: memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y del afecto, internalización del lenguaje y procesos de análisis y síntesis. Son numerosas las investigaciones empíricas que aparecen reflejadas en el corpus científico sobre el tema y que muestran cómo los niños con TDAH presentan un déficit en la autorregulación (Douglas 1989; Miranda, Presentacion y Soriano 2002; Pennington y Ozonoff, 1996; Sergeant y Van Der Meere, 1990; Tannock, 1998).

La alteración de estas funciones puede manifestarse en el niño con TDAH en una serie de dificultades como son (Orjales, 2005):

1. Dificultad de recuperar en su memoria aquello aprendido con anterioridad para aplicarlo a su momento actual.
2. Dificultad en la percepción y control del tiempo.

3. Pobres habilidades de organización de la conducta en el tiempo.
4. Dificultad en hacer referencias a hechos del pasado o del futuro, alteraciones en la utilización de conceptos temporales.
5. Dificultades en tareas que requieren cooperación, participación, tener en cuenta las consecuencias para los demás, tener presente los efectos de sus acciones en el futuro respecto a temas como la salud.
6. Retraso en la interiorización del lenguaje y en su utilización en el proceso de pensamiento.
7. Dificultad para comportarse conforme a unas reglas ya sean impuestas, acordadas por los compañeros o cuando se le da la posibilidad de generarlas por sí mismo.
8. Mayor dependencia emocional del entorno, mayor dificultad para automotivarse, para analizar sus propios sentimientos y tomar las medidas necesarias para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, tristeza o la frustración.

Otra de las características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la persistencia de los síntomas hasta la edad adulta. en más del 50% de los casos (Biederman y cols., 1993; Mannuzza, Klein, Bessler y Malloy, 1998; Spencer; Wender, 1995). No obstante, los síntomas varían a lo largo del ciclo vital, de manera que al principio son más frecuentes las conductas relativas a exceso de actividad e impulsividad, mientras los síntomas atencionales emergen más tarde (cuando comienzan las exigencias académicas, laborales y sociales), pero se mantienen a lo largo del tiempo (Hart, Lahey y Loeber, 1995; Levy, Hay, McStephen, Word y Waldman, 1997).

La investigación ha demostrado también que los niños con TDAH presentan altos niveles de comorbilidad con otros trastornos. Barkley (1981) ha sistematizado estos problemas en diferentes categorías: problemas físicos, conductuales, sociales, cognitivos, escolares y emocionales. En términos

generales un 44% de los niños con TDAH padecen al menos otro trastorno psiquiátrico, un 32% padece dos trastornos y un 11% presenta al menos tres trastornos asociados (Szatmari, Offord y Boyle, 1989).

La investigación actual apunta a la posibilidad de establecer subgrupos de niños en función de las comorbilidades que presentan con otros trastornos. La presencia de comorbilidades complica el proceso diagnóstico adecuado, al igual que el proceso terapéutico dado que repercute en una evolución más desfavorable del trastorno. En un estudio realizado con una muestra española Roselló, Amado y Bó (2000) analizaron los patrones de comorbilidad en los diferentes subtipos de TDAH: evaluaron la presencia asociada de trastornos externalizantes en los distintos subtipos de TDAH y encontraron diferencias significativas entre los tres subtipos en cuanto a la presencia asociada del trastorno oposicionista desafiante. En el subtipo combinado se presentaba asociado en el 44% de los casos, frente al 30% en el subtipo hiperactivo-impulsivo, y un 14% en el inatento. Por otra parte, el Trastorno disocial se presentaba en porcentajes superiores en el TDAH subtipo combinado (19%), pero las diferencias no eran significativas respecto a los otros subtipos, el hiperactivo-impulsivo lo presentaba en un 7,7% y el inatento un 7,1%. Con respecto a los patrones de comorbilidad internalizantes (ansiedad, fobia, depresión) los resultados indicaron que los tres subtipos de TDAH muestran patrones de comorbilidad de tipo internalizante, sin que puedan establecerse diferencias significativas entre ellos; el subtipo hiperactivo combinado en un 38,9% de los casos, seguido del predominantemente inatento en un 32,2% y del subtipo hiperactivo impulsivo en un 30,8%.

Biederman, Newcorn y Sprich (1991) en un una revisión de estudios sobre la comorbilidad del TDAH, concluyen que existe una asociación considerable entre este trastorno y el trastorno de conducta, oposicionismo, trastornos afectivos, ansiedad, dificultades en el aprendizaje, síndrome Gilles de la

Tourette y trastorno de la personalidad borderline. De entre ellos, los más frecuentes son los trastornos de conducta y oposicionismo, la ansiedad, trastornos afectivos, problemas de lenguaje y dificultades de aprendizaje. En la misma línea se sitúan los datos del reciente trabajo de Poeta y Nieto (2006) en Brasil. Además de poner de manifiesto que los factores de riesgo pre-natal y perinatal juegan un importante papel en la aparición del trastorno, los autores encontraron que, en su muestra de niños con TDAH, un 85.6% de ellos presentaba comorbilidad, siendo los trastornos comórbidos más comunes el trastorno de conducta (39.2%) y el oposicionismo-desafiante (20.6%).

En definitiva, cuando se diagnostica a niño un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, nos encontramos ante una patología de inicio temprano, con alteraciones crónicas en las funciones cognoscitivas y conductuales que son necesarias para que se produzca adecuadamente la adaptación en la escuela, la familia y en la sociedad, es decir, en todos los contextos de desarrollo.

1.3.2. Problemas asociados al TDAH

A continuación se describen brevemente los problemas que con mayor frecuencia se encuentran asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

1.3.2.1. Bajo rendimiento académico

Para Barkley (1982), del 60 al 80 por ciento de los niños con TDAH manifiestan dificultades académicas. Estas suelen ser fruto de los déficits de atención, la impulsividad, otros elementos psicopatológicos asociados, la calidad de los refuerzos ambientales y la propia capacidad de desarrollar mecanismos compensadores. Parece lógico que debido a las dificultades de

atención, memoria y control ejecutivo manifiesten menor rendimiento escolar con peores calificaciones y mayor porcentaje de casos que deben recibir apoyo en las aulas de educación especial.

El bajo rendimiento académico de los niños TDAH está asociado principalmente a las dificultades específicas en el aprendizaje de la lectura, la escritura, las matemáticas y la solución de problemas. Se puede apreciar una prevalencia de dificultades lectoras que oscila entre un 15% y un 50% (August y Ganfinkel, 1990), en matemáticas entre un 24% y un 60% (Semrud-Clikerman y cols., 1992) y en deletreo entre un 24% y 60% (Barkley, 1998). Estudios recientes señalan que alrededor del 70% de niños TDAH presentan alguna dificultad de aprendizaje (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000).

En aspectos relacionados con la lectura, las dificultades pueden aparecer fundamentalmente en la adquisición de una velocidad lectora adecuada debido a las exigencias de atención que conlleva la adquisición de esta habilidad. Las dificultades de atención, junto a las propias de la escasa memoria de trabajo que presentan estos alumnos, pueden conllevar también problemas en la comprensión de textos escritos sobre todo si existen párrafos largos, frases que no inician con el sujeto o si se trata de textos expositivos que exigen integrar la información. En general, se puede afirmar que los niños TDAH captan un número menor de ideas, que además no parecen ajustarse a la estructura interna del texto, y que su organización de la información es pobre. En este sentido, una reciente investigación de Miranda, García y Jara (2001) encuentra una posible interacción entre los déficits cognitivos esenciales de los diferentes subtipos del TDAH y las habilidades cognitivas implicadas en la lectura (atención selectiva en el subtipo impulsivo e inhibición en el subtipo combinado), encontrando ejecuciones diferentes en exactitud, velocidad y comprensión lectora. Los sujetos TDAH subtipo inatento manifestaban más lentitud en el procesamiento de palabras, y mayor deficiencia en comprensión

lectora que los sujetos TDAH subtipo combinado. También manifestaban dificultad en la velocidad de lectura de textos, aunque en este aspecto las diferencias no eran tan elevadas.

La escritura manuscrita exige la puesta en marcha de habilidades viso-espaciales, motricidad fina y coordinación ojo-mano. Se ha evidenciado que casi la mitad de los escolares TDAH poseen escasas capacidades de motricidad fina, de forma que son frecuentes manifestaciones disgráficas como letras irregulares, tachones, interlineado y márgenes ondulantes, soldaduras, etc” (Miranda y cols., 2001). Las composiciones escritas de estos niños TDAH son de peor calidad, con textos más cortos, utilizan un vocabulario pobre y omiten los componentes fundamentales de la historia.

En el dominio de las matemáticas y el cálculo, se evidencian también dificultades dada la alta implicación de la memoria en estos aprendizajes. La realización de operaciones matemáticas exige un constante monitoreo de la tarea que resulta especialmente dificultoso para el alumno con TDAH.

La numeración y el cálculo exigen importantes niveles de atención y control para mantener la información numérica. La dificultad para acceder de forma rápida y precisa al nombre de los números y al establecimiento de la correspondencia uno a uno provoca un embotellamiento en la memoria de trabajo que impide manejar la información de forma fluida. La adquisición de automatismos del cálculo que dependen de procedimientos de repetición de asociaciones ($2+2=4$), exige vigilancia e implicación activa por parte de procedimientos del niño, ya que debe mantener simultáneamente en la memoria todos los términos de la igualdad y cuando la capacidad es limitada se producen pérdidas de información. También hay que añadir que muchos niños TDAH suelen desarrollar estrategias inmaduras de conteo. La

impulsividad les puede llevar, además, a cambiar signos, modificar la secuencia de las operaciones, etc.

La solución de problemas exige grandes recursos atencionales, de memoria de trabajo y habilidades de planificación y organización, así como estrategias de comprensión que son deficitarias en niños TDAH. Por ello tal como señalan Miranda y García (2003), “no es extraño que estos niños respondan al problema sin leerlo con detenimiento o incluso si lo leen, debido a fallos en su repertorio estratégico, no pueden recordar lo que se les pregunta, confunden datos relevantes, o no pueden diferenciar entre la información que aporta el texto y la información que se desconoce y que hay que encontrar. Además las dificultades en el sistema ejecutivo impiden la aplicación de una estrategia organizada para la resolución del problema”.

Los estudios actuales sobre el tema señalan el solapamiento del déficit de atención con el funcionamiento ejecutivo. En este sentido, en un estudio realizado por Miranda, Meliá, Marco, Roselló y Mulas (2006) con 78 niños de 6 a 13 años, de los cuales 33 presentaban TDAH, 15 presentaban dificultades de matemáticas (DAM), 15 presentaban TDAH y DAM y 15 niños control. Se les administraron pruebas dirigidas a evaluar procesos cognitivos y conocimiento matemático aplicado. Los resultados muestran que los tres grupos con problemas mostraron déficit de atención y de memoria de trabajo. Cabe destacar que el grupo con DAM presentaba déficit específico en el recuerdo de la información temporoespacial, en cambio el grupo TDAH mostró un déficit específico en el control inhibitorio.

1.3.2.2. Problemas de conducta

A pesar de que los problemas de comportamiento son relativamente frecuentes en la población infantil, parece demostrado que los niños

hiperactivos suelen manifestar conductas como molestar a los otros niños, discutir más con sus hermanos, hacer ruidos molestos, pelearse frecuentemente o hablar en situaciones inapropiadas. Suelen mostrarse más desobedientes y reclamar de forma continua y prolongada la atención y el contacto personal, emplean soluciones agresivas en situaciones de conflicto, pierden el control cuando se frustran y no siguen las reglas del juego. Todo ello hace que sean con frecuencia niños rechazados e impopulares y les hace víctimas de la etiqueta de niños molestos.

Se han intentado dar diferentes explicaciones de estas conductas como que realizan un procesamiento inadecuado de la información social, que tienen estilos atribucionales anómalos, que presentan un déficit de habilidades sociales en relación a la edad o que se comportan con una orientación social atípica o una finalidad inadecuada. Probablemente son una consecuencia de escasa sensibilidad para las demandas de cambio que muchas veces exigen las situaciones sociales. Presentan una incapacidad para captar de forma adecuada estas demandas y se muestran incapaces de suprimir comportamientos inadecuados, manifestando rigidez en sus estilos de respuesta. En definitiva, carecen de la habilidad de aplicar soluciones flexibles a situaciones complejas (Landau y Milich ,1988).

Diferentes estudios epidemiológicos muestran que los trastornos de conducta, tanto el trastorno oposicionista desafiante (TOD) como el trastorno disocial, están presentes en un 40-70% de los niños TDAH (Faraone y Biederman, 1997, Greenhill, 1998). La coexistencia o comorbilidad del TDAH/TOD se traduce desde una edad muy temprana en conductas perturbadoras: muestran niveles más elevados de conductas motoras y de impulsividad, presentan continuamente rabietas, son desobedientes y reaccionan de forma desmedida cuando no consiguen lo que quieren. Todo ello les ocasiona más conflictos, en particular con padres y profesores.

Estudios actuales, sugieren que los trastornos de conducta comorbidos tan frecuentes en los niños con TDAH pueden tener una base genética. En este sentido los estudios de genética molecular muestran que existe una asociación entre el gen DRD4 y TDAH con trastornos de conducta comórbido (Holmes y cols., 2002; Kirley y cols., 2004). Por otra parte, los estudios de familias también ponen de manifiesto la posible existencia de un origen genético distinto para el TDAH con Trastorno de conducta comórbido, incluso como una variante más severa del TDAH y con peor pronóstico (Faraone y Biederman, 1998). Otros investigadores llegan a proponer que el TDAH con Trastornos de conducta asociados es una variante con más carga genética y que justificaría una categoría diagnóstica separada en la línea de lo que establece la ICD-10 (Thapar, Harrington y McGuffin, 2001).

1.3.2.3. Trastornos afectivos

Trabajos como el realizado por Spencer Biederman y Wilens (1999) el TDAH coexiste con la depresión en porcentajes superiores al 30%. Para algunos autores como Borden (1987), las dificultades que experimentan los niños hiperactivos pueden ocasionar una acumulación de frustraciones que precipiten síntomas depresivos. Mientras el niño con desarrollo normal cada vez es más exacto en la evaluación de sus actuaciones y hace más atribuciones internas, los niños hiperactivos muestran más atribuciones externas sobre los resultados positivos y negativos y ejercen un escaso control personal sobre los acontecimientos. Suelen tener un bajo nivel de expectativas y un bajo autoconcepto debido a sus frecuentes fracasos, de manera que obtienen puntuaciones más altas en depresión infantil.

A pesar de que no existen estudios concluyentes, con cierta frecuencia se ha encontrado que los niños que poseen sintomatología depresiva suelen tener padres con ese problema, de forma que la interacción familiar parece

jugar un importante papel en el desarrollo de estos síntomas en casos de niños con TDAH.

Por otro lado, tal como señalan Miranda, Amado y Jarque (2001), las manifestaciones de ansiedad pueden ser frecuentes y se concretan en “dificultades por separarse de los padres, evitación de situaciones sociales y excesiva preocupación por acontecimientos específicos”. La presencia conjunta del TDAH con patologías como ansiedad excesiva, ansiedad de separación y las fobias se sitúa en torno al 25% (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). Por ello, a nivel terapéutico, resulta importante la intervención prioritaria sobre estos trastornos afectivos incluso por encima de la sintomatología propia del TDAH.

1.3.2.4. Tics y trastorno de Gilles de la Tourette

Los tics como movimientos motores o vocales repentinos, rápidos y recurrentes se suelen observar en niños que presentan TDAH. Su forma extrema, con episodios más graves y con presencia tanto de tics motores como vocales, recibe el nombre de síndrome Gilles de la Tourette.

Según algunos autores, la presencia de tics simples y el síndrome Gilles de la Tourette se puede observar en niños con TDAH hasta con una frecuencia del 10% de los casos, aunque hay que señalar que aproximadamente el 40% de los niños que presentan el síndrome de Tourette presentan de forma comórbida TDAH (Artigas-Pallares, 2003). No obstante, dado que los síntomas del TDAH suelen manifestarse de forma más temprana que los tics, resulta difícil, en los casos tratados con psicoestimulantes, saber si su presencia, se ha desencadenado de forma independiente o por influencia farmacológica.

1.3.2.5. Problemas de lenguaje

Se puede afirmar que los niños con TDAH parecen tener más problemas en el desarrollo del lenguaje que los niños normales, observándose dificultades tanto en los aspectos de forma como de contenido del lenguaje.

Investigaciones recientes realizadas por Ygual, Miranda y Cervera (2000) e Ygual (2003) han encontrado que en los niños con TDAH se evidencian ejecuciones significativamente inferiores en la producción verbal con procesos de simplificación del habla importantes. Manifiestan menores habilidades metafonológicas o hacen un peor uso de ellas en tareas de segmentación léxica y de integración silábica. Igualmente, presentan dificultades en tareas de conciencia fonológica que van a condicionar sus procesos lectores y evidencian más dificultades de expresión y comprensión morfológicas (peor uso del morfemas de número, tiempos pasados etc.).

Los hallazgos asimismo indican que los niños con TDAH poseen un nivel inferior de conocimientos semánticos que los niños del grupo control, con peores resultados en el establecimiento de relaciones analógicas, peor vocabulario comprensivo y dificultad en definir palabras conocidas. En cuanto a la fluidez verbal, se aprecian errores de perseveración y niveles de rendimiento inferior, al igual que en habilidades narrativas, donde se observan relatos de historias más cortas, con menor información, más desestructuradas y menos coherentes.

Es de destacar que el rendimiento inferior en todos estos aspectos está muy mediado por las exigencias propias de las tareas presentadas que exigen al niño la puesta en marcha de mecanismos cognitivos que en el TDAH están afectados como la atención auditiva, memoria de trabajo, procesamiento simultáneo de la información, control inhibitorio, etc.

Por otra parte, hay que señalar que los estudios recientes parecen indicar que los patrones de comorbilidad se mantienen relativamente estables en el mismo individuo a lo largo de los años y la presencia de comorbilidad complica, lógicamente, el pronóstico y repercute en peores niveles de funcionamiento psicosocial. En base a ello, las líneas futuras de investigación pueden establecer diferentes subgrupos con factores de riesgo, cursos clínicos, factores neurobiológicos y respuestas terapéuticas diferentes.

1.3.2.6. Problemas de integración social

Entre los problemas más importantes que presentan los niños TDAH (principalmente aquellos del subtipo combinado), se encuentra la dificultad de establecer de forma adecuada relaciones sociales con sus compañeros: escasas habilidades de comunicación, bajo control en situaciones de conflicto, escasa tolerancia a la frustración e incumplimiento de normas en juegos de grupo. Este estilo de interacción molesto, lógicamente, provoca el rechazo del grupo de iguales.

Investigaciones como la llevada a cabo por Gentschel y Mclaughin, (2000) señalan que, en el niño con TDAH, se observa una escasa comprensión de los indicadores sociales que son claves para seguir las interacciones sociales, conocer y seguir las reglas que las regulan y alto nivel de egocentrismo en las interacciones con los demás. Otro de los aspectos que dificulta la interacción social es su baja competencia social, escasas habilidades para hacer y mantener amistades. Todo ello ocasiona que sus compañeros de juego sean con frecuencia más pequeños.

Se podría afirmar que los niños con TDAH conocen las acciones apropiadas pero fracasan en llevarlas a cabo. En un estudio reciente llevado a cabo en colegios de Castellón por García, Presentación, Siegenthaler y

Miranda (2006), se evidenció la gravedad de la problemática social que presentan estos niños en el colegio. Son rechazados por sus compañeros principalmente por sus problemas de conducta y por sus características de personalidad. También se pudo observar como estos niños no perciben de manera adecuada su situación social, lo que les lleva a seguir manifestando conductas sociales incompetentes.

Otro aspecto importante a tener en cuenta respecto a las dificultades sociales de los niños con TDAH es que éstas se mantienen a lo largo del tiempo, de manera que entre un 50 y un 80% de los niños con TDAH siguen presentando problemas de relación con sus iguales al llegar a la adolescencia (Barkley, 1990).

1.4. Etiología del TDAH

A pesar de lo atractivo de los estudios etiológicos de TDAH que ponen de manifiesto la correlación de zonas anatomicofuncionales cerebrales, los estudios de familias que ponen de manifiesto la heredabilidad del trastorno y los estudios que hacen alusión a la importancia de los factores medioambientales, sigue existiendo una gran controversia y desconocimiento del peso de cada uno de estos factores etiológicos, así como de la compleja matriz de interacciones entre los factores psicosociales y los factores neurobiológicos. En nuestra exposición vamos a presentar una síntesis de las aportaciones que se están realizando en este campo, aunque no vamos a ahondar en ellas ya que no son objeto de nuestra investigación.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad del grupo TDAH en cuanto a severidad de presentación, persistencia de los síntomas, comorbilidades y las diferencias en la respuesta al tratamiento, los modelos de análisis unidimensional han mostrado dificultades para ofrecer una explicación adecuada, por lo cual se ha hecho necesario integrar los procesos

medioambientales y sociales en los modelos de explicación genéticos y neurobiológicos.

Pese a las evidencias cada vez mayores de la influencia de factores genéticos en el TDAH, hay que tener claro el efecto mediador de los factores medioambientales. En esta línea el estudio de Kreppner, O'Connor y Rutter (2001) muestra el impacto de la experiencia temprana de privación severa experimentada por niños adoptados procedentes de orfanatos rumanos. En su estudio, encuentra un aumento de TDAH (y otras patologías) en función del tiempo de privación experimentada. Estos datos sugieren la existencia de una ruta medioambiental, una conexión entre privación y cambios crónicos en la neurobiología del niño.

Investigaciones recientes como la de Coghill, Nigg, Rotheenberger, Sonuga-Barke y Tannock (2005) plantean la existencia de una heterogeneidad causal e incorporan niveles múltiples de análisis: biológico, cognitivo, conductual, centrándose en cómo las influencias medioambientales pueden interaccionar en cualquiera de los tres niveles siguiendo el modelo de Morton y Fritz (1995).

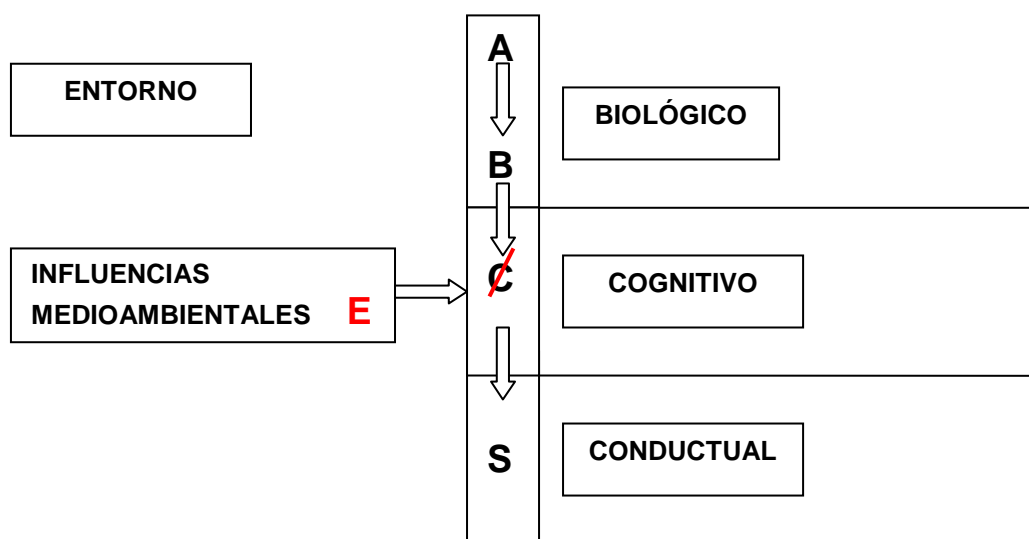


Figura 1. Modelo causal propuesto por Morton y Fritz (1995)

En cuanto a la base neurobiológica del TDAH, a partir de los estudios de neuroimagen estructural (Resonancia magnética RM), se sugiere que, en la base del trastorno, existe una disminución en el volumen de varias regiones del cerebro: áreas prefrontales, núcleo caudado y globo pálido. Los estudios de neuroimagen funcional (Tomografía por emisión de fotón único SPET o Tomografía por emisión de positrones PET) han señalado una reducción en el metabolismo o en el flujo cerebral en regiones frontales y estriatales, regiones encargadas de regular la inhibición de respuestas, la planificación y la flexibilidad mental.

En este sentido, Swanson y colaboradores (1998), basándose en los estudios de Alexander, DeLong y Striock (1986) y Goldman y Rakic (1988) sobre los circuitos neuronales y los estudios sobre anatomía cerebral de Le Moal (1995), señalan cinco estructuras anatómicas interconectadas que pueden servir de modelo fisiológico en la explicación de la génesis del TDAH. Estas estructuras que se han visto implicadas en los diferentes estudios tienen conexiones con la corteza motora y sensorial.

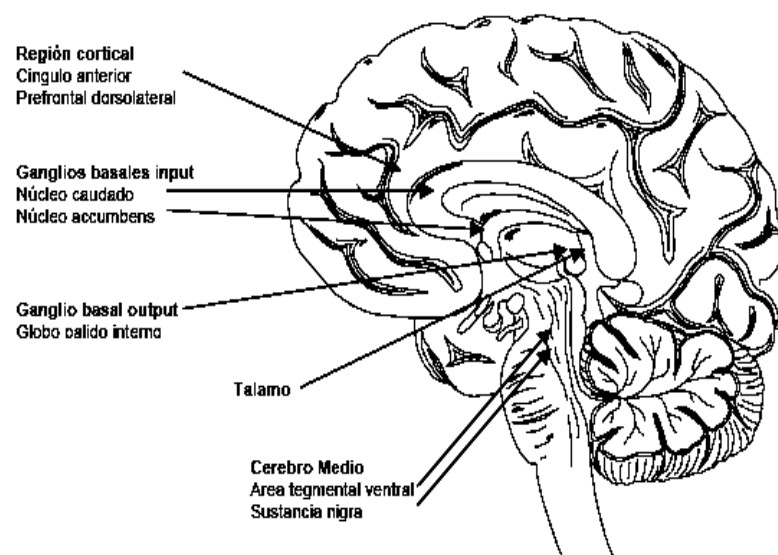


Figura 2. Modelo de los cinco niveles de conexión anatómica implicados en el TDAH (Swanson y cols., 1998).

A nivel neuroquímico, parece demostrado que en el TDAH existe un sistema defectuoso de transmisión de la dopamina y noradrenalina: receptores menos sensibles y transportadores hipereficaces que dificultan la absorción por parte de las neuronas vecinas. Esta disfunción afecta fundamentalmente a las áreas del cerebro responsables de la inhibición del comportamiento inadecuado, especialmente los lóbulos frontales y los ganglios basales, con lo que se explicarían las dificultades de autocontrol que manifiestan los sujetos con este trastorno. El hecho de que los fármacos dopaminérgicos (metilfenitado y dextroanfetamina) resulten efectivos para disminuir una gran variedad de síntomas, avala esta hipótesis.

Por otro lado, algunos estudios evidencian además la existencia de alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral que se manifiesta en una menor activación de ciertas zonas de la región frontal, temporal, talámica y límbica.

Estudios genéticos familiares, gemelares y moleculares apoyan la idea de que los factores genéticos desempeñan un papel importante en muchos casos de TDAH. A pesar de que, durante los años 90, se han realizado muchos progresos, todavía no se ha conseguido identificar el gen o genes del TDAH, pero hay evidencias claras de que existe, en este trastorno, un componente altamente hereditario. Estudios recientes implican a mutaciones genéticas relacionadas con la neurotransmisión dopaminérgica (Swanson y cols., 2000; Smith, Daly, Fischer, Yiannoutsos, Bauer y Barkley, 2003). Los resultados más consistentes apuntan a las regiones del gen DRD4, DRD5 (que codifican al receptor de la dopamina) y DAT1 y DAT5 (que codifican el transporte de la dopamina).

Los estudios de familias, señalan en general que el TDAH tiene un componente hereditario. La evidencia para apoyar la base genética del TDAH se basa principalmente en la gran frecuencia de presentación en gemelos

monocigóticos y dicigóticos. También se ha observado que los hermanos de niños con TDAH tienen el doble de riesgo de sufrir este trastorno que los niños de la población general. (Barkley Dupaul y McMurray, 1990; Biederman, Faraone, Keenan, Knee y Tsuang, 1990)

Otra línea de investigaciones sobre los factores etiológicos se centra en el análisis de los posibles factores de riesgo para la presentación del TDAH. Distintos investigadores han encontrado una incidencia superior de complicaciones prenatales (sangrados, toxemia, uso de medicamentos, consumo de cigarrillos, consumo de drogas), perinatales (prematuridad, anoxia, parto prolongado) y postnatales (muy bajo peso, malformaciones menores, convulsiones) en las historias de niños con déficit de atención con hiperactividad comparadas con las de los niños normales (Milberger, Biederman, Faraone y Jones, 1998), asimismo también se ha visto en diferentes estudios la repercusión de las circunstancias ambientales desfavorables (Biederman, Faraone y Monuteaux, 2002; Edy, Toro, Salamero, Castro y Hernández, 1999), incluso algunos estudios apuntan la importancia de variables protectoras como la coherencia intrafamiliar o la ausencia de conflictos familiares y la dedicación del tiempo suficiente a los niños con TDAH (Niederhofer, Hackenberg y Lanzendorfer, 2002; 2004).

En definitiva, tal y como señalan Gottesman y Gould (2003), un modelo que contemple la causalidad del TDAH necesitaría ser como “un ballet coreografiado, que incluya interactivamente al mismo tiempo, las aportaciones entre el cerebro que es una máquina compleja, los factores epigenéticos y el ambiente, dando lugar a un fenotipo particular”.

2. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA EXPRESIÓN Y CURSO DEL TDAH

2.1. Introducción

En los últimos años, autores como Cicchetti y Rogosch (2002) han estudiado los trastornos psicológicos de la infancia y de la adolescencia desde un marco teórico denominado psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo. Para ellos, el objeto de esta disciplina es el estudio del desarrollo de la conducta anormal desde la interacción compleja que se establece entre los diferentes sistemas, biológicos, psicológicos y sociales de la persona, a lo largo del curso evolutivo.

En el proceso del desarrollo del niño, se produce una interacción entre las características del propio niño y las características de su ambiente social. Por una parte, existe una predisposición biológica específica en cada sujeto que le hace vulnerable a desarrollar unas patologías específicas. Las características constitucionales de los niños, influyen en las relaciones padres-hijos, son rasgos de personalidad de aparición temprana que consolidan las peculiaridades de cada persona y perduran a lo largo del tiempo.

Teniendo en cuenta el temperamento, los niños se pueden diferenciar en niños fáciles o difíciles. Los niños fáciles son aquellos que poseen un humor positivo, se adaptan con facilidad a los cambios, mantienen reacciones de baja intensidad ante estímulos nuevos y están preparados para este tipo de estímulos. Por el contrario los niños difíciles tienden a exteriorizar las dificultades conductuales y a desarrollarlas con facilidad, son niños irritables, manifiestan rabietas, conductas agresivas, dificultades en la capacidad de adquisición de rutinas y de adaptación a cambios, etc, y todo ello produce en los padres inseguridad y dificultades importantes para ejercer el control de sus conductas.

Por otra parte, los ambientes concretos en los que se desarrolla pueden aumentar, mantener o disminuir la probabilidad y la frecuencia de aparición de

estas patologías. Por consiguiente, las variables ambientales 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. Estas variables ambientales modulan la evolución del trastorno pero no son factores causales.

El enfoque de la psicopatología del desarrollo se sitúa en una posición muy cercana a la teoría ecológica desarrollada por Bronfenbrenner (1986), según la cual la familia es el eje principal del proceso de desarrollo infantil, es el entorno más inmediato al niño, y al mismo tiempo es mediadora ante los demás entornos sociales y educativos en los que se desenvuelve. La familia es el microcosmos donde se desarrolla el niño en la primera etapa evolutiva, donde recibe las primeras lecciones acerca de las normas sociales, de lo que puede hacer o no y sobre su valía y la importancia que tienen sus acciones. Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Cada familia es única y tiene un estilo propio de funcionamiento diferente al de otras familias.

Para poder entender la complejidad del funcionamiento de cada familia es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios. 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: unas relaciones familiares frías o conflictivas (Del Barrio, 1998; Kershner y Cohen, 1992), una disciplina familiar inconsistente o con ausencia de criterios (Baumrind, 1983), prácticas autoritarias de crianza, relaciones muy tensas o estrictas, interacciones

verbales hostiles, castigo corporal y otras estrategias punitivas (Miranda, 1985). En cambio, tal como señala Burns (1990), 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.

2.2. Dificultades en la crianza del niño TDAH

La crianza es un proceso complejo que incluye, por una parte, la obligación de los padres de cubrir todas las necesidades del niño tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otra, posibilitarle unos aprendizajes y unas condiciones estimulares que favorezcan su desarrollo biopsicosocial.

El modelo ecológico establece que la conducta parental está determinada por factores individuales, como las características de personalidad de los padres o de los hijos; factores evolutivos, factores familiares, factores sociales, y factores contextuales. Todas estas variables desencadenan unos comportamientos y actitudes concretas que marcan un estilo educativo propio. Los modelos de crianza entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores, no se desarrollan de forma unilateral en los padres sino que se dan en un marco de relaciones en donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y, con ello, modulan sus estilos de crianza. 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.

Bullard (1997), en un estudio con padres de niños TDAH de 6 a 12 años, realizó un análisis cualitativo de las percepciones que tenían los padres de niños con TDAH y el impacto que les había ocasionado el problema. Según este trabajo las principales preocupaciones que estos padres manifestaban son las siguientes:

- Comportamiento imprevisible ante la severidad de la conducta problemática.
- Alteraciones en las relaciones matrimoniales, en la relación con los hermanos y con la familia extensa.
- Aislamiento social de los padres: menos visitantes en su casa y reducción de las visitas fuera de casas debido a los problemas de la conducta del niño, la desaprobación de los otros y el nivel de demandas que requiere el niño.
- Dificultades en la escuela: relación con el maestro, exigencia de una mayor planificación y supervisión de las tareas escolares.
- Sentimientos emocionales de frustración, culpa, desesperación y agotamiento.
- Dilemas de la medicación: esfuerzos por encontrar la dosis terapéutica ajustada y los efectos de la misma.

En una investigación realizada con 36 familias de niños hiperactivos de la Comunidad Valenciana, (Roselló, García Tárrega y Mulas, 2003), también se evidenciaron importantes problemas en la crianza del niño con TDAH: el 100% de los padres consideraban que la convivencia les resultaba mucho más difícil que con otro niño de su misma edad, el 88% de los padres mostraban un nivel muy elevado de estrés, el 75% consideraban que no eran capaces de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% manifestaban que podrían ser mejores padres, el 50% mantenía más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, el

31% presentaban restricciones en la vida social y el 44% consideraban que el niño con TDAH incomodaba a sus hermanos.

Un estudio internacional, "Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas" realizado por la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) en 2004, se planteó como objetivo incrementar la conciencia y comprensión internacional sobre el impacto del TDAH en los niños y sus familias. Se entrevistaron 930 padres de niños con TDAH de 9 países: Australia, Alemania, México, Países Bajos, Estados Unidos, Canadá, Italia, España y Reino Unido. Los resultados referidos al impacto familiar fueron los siguientes: el 88% de los padres a menudo están estresados y preocupados acerca del TDAH de su hijo; el 87% está preocupado por su éxito académico; el 58% considera que su hijo ha sido excluido de actividades sociales debido a los síntomas de TDAH; el 39% piensa que causa problemas con otros en el vecindario, el 60% cree que se ven alteradas las actividades familiares, el 50% considera que su matrimonio se ha visto negativamente afectado, y el 43% advierte que es difícil ir a lugares con su hijo.

En todos los estudios referenciados se pone de manifiesto la dificultad que experimentan los padres para hacerse cargo de la crianza del niño con TDAH, sobre todo por sus comportamientos difíciles e imprevisibles: no sigue las normas, discute con los padres y hermanos, tiene problemas académicos y sociales en la escuela y no está integrado socialmente.

En base a la revisión de la literatura, para analizar las dificultades de crianza del niño con TDAH nos vamos a centrar principalmente en cómo afecta al núcleo de convivencia, a las interacciones familiares, el estrés que les ocasiona a los padres la crianza de un niño difícil y el estilo de disciplina que utilizan los padres para abordar las conductas de los niños con TDAH.

2.2.1. Relaciones familiares

En general, se puede afirmar que los hallazgos sobre el tema reflejan un mayor riesgo de interacciones negativas entre los miembros de la familia y el niño, problemas de relación con los hermanos, tensiones e incluso rupturas de la pareja. Sin embargo la respuesta ante un hijo con TDAH no es una respuesta homogénea y no es aceptable pensar que toda familia con un hijo con TDAH es una familia patológica.

Córdoba y Verdugo (2003) realizaron un estudio sobre la calidad de vida de las familias con TDAH en una muestra de Colombia. Contaron con 24 familias de niños diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 6 y 12 años, de las que participaron 33 cuidadores primarios y 5 hermanos. Se realizó una entrevista semiestructurada y grupos focales. En este estudio cualitativo encontraron que las características del niño TDAH que repercutían en la calidad de vida de la familia eran la desobediencia, impulsividad y fluctuaciones en su comportamiento. Se identificaron algunos padres insatisfechos con su rol parental debido a las fluctuaciones en el comportamiento del niño y las expectativas de cambio o de normalidad. Se identificó muy poco apoyo de la familia extensa principalmente de los abuelos y muy poco apoyo social. Con respecto a la interacción familiar, se observó que, en general hay vínculos afectivos estrechos y apoyo mutuo entre los diferentes subsistemas familiares. Estos datos no se encuentran en la línea de otros estudios que manifiestan que las características de las familias con niños TDAH poseen una menor intensidad en la relación, baja cohesión familiar y menos libertad de expresión (Hoza y cols., 2000; Wells y cols., 2000).

Por otra parte, diferentes estudios sobre el impacto del TDAH en los hermanos, evidencian que éstos mantienen una relación más problemática, menos íntima, con menor grado de compañerismo y con más resentimiento

con su hermano con TDAH. Así Córdoba y Verdugo (2003) señalaron que los hermanos, especialmente los mayores, se auto-responsabilizan por el cuidado permanente de su hermano con TDAH, la implicación en sus necesidades especiales es alta y poseen información suficiente sobre el trastorno, experimentan mayores niveles de estrés en aquellas situaciones en las que su hermano manifiesta comportamientos impulsivos o agresivos, consideran que no saben perder y, en ocasiones, por recomendación de los adultos o por iniciativa propia, deciden dejarlos ganar. Asimismo, consideran que sus padres dedican más tiempo a su hijo con TDAH. En efecto, Stone (2000) encontró que la mayor cantidad de demandas que presenta el niño con TDAH le resta tiempo a los padres para dedicarlo a otros miembros de la familia.

También se refleja en diferentes estudios cómo se ven afectadas las relaciones con la familia extensa, principalmente se señala que son más frecuentes los conflictos con los abuelos y esto puede llevar al grupo familiar a aislarse de su familia extensa, lo cual genera estrés especialmente al progenitor que es pariente directo. En cambio, algunas familias de niños con TDAH, contrariamente a lo esperado, han logrado el apoyo y la aceptación de su familia extensa. Así, los hallazgos de Morande y Lázaro (1992) nos muestran que, aunque en las familias de TDAH se puede producir una mayor desorganización familiar y una mayor incidencia de conflictos, también hay niños hiperactivos que se encuentran bien ajustados en su familia y se desarrollan en ella sin demasiados problemas.

Weiler (2000) realizó un estudio para analizar los procesos interactivos que se producen entre las conductas problemáticas que presenta un niño con TDAH y las características de bienestar familiar. Seleccionó una muestra de 52 familias controlando la administración de medicación y la comorbilidad. En su estudio encontró que las dificultades familiares más frecuentes en núcleos de convivencia con niños con TDAH eran: dificultades en la resolución de

problemas, en la comunicación, en la claridad de los roles, y en las relaciones afectivas; lo cual producía un nivel de funcionamiento familiar poco satisfactorio. El análisis correlacional identificó como relaciones significativas la relación afectiva entre los miembros de la familia y los problemas conductuales (hiperactividad y conducta oposicional) y, por otra parte, la salud/patología familiar en general y las conductas oposicionistas.

Podemos concluir por tanto que los niños con TDAH, principalmente aquellos que presentan asociado problemas conductuales, pueden ocasionar problemas de relación familiar, tanto con los padres como los hermanos y la familia extensa.

2.2.2. Estrés ocasionado por la crianza del niño con TDAH

El estrés es una reacción del individuo ante una situación que le provoca un sentimiento de tensión, que en el caso del estrés de crianza está ocasionada por el reto de la paternidad. Existen numerosos modelos explicativos sobre cuáles son los factores que influyen en la crianza. Estos modelos se plantean la influencia interrelacionada de características tanto de los padres, como de los hijos y del ambiente físico y social en el que se desarrolla la crianza.

Abidin (1990) partiendo de un enfoque ecológico y sistémico de las relaciones familiares considera que la tensión parental ocasionada por la crianza se produce en función de ciertas características del niño y de ciertas características de los padres. Las características de los niños asociadas al estrés parental que se incluyen en su modelo son el temperamento (humor, habilidad de adaptación a cambios, nivel de distraibilidad e hiperactividad y demandas que ocasiona), el grado en que los hijos cumplen las expectativas que los padres tenían sobre él y el nivel de refuerzos que el niño ofrece a sus

padres. Por otra parte hay ciertos aspectos de los padres que también pueden influir en el estrés de la crianza como son las características de personalidad de los padres, los problemas psicopatológicos como depresión o toxicomanías, las habilidades de manejo del niño y/o la relación conyugal. El estrés parental a su vez puede estar moderado por otras variables como el apoyo social que recibe de su entorno (familia extensa, amigos).

COMPONENTES PATERNOS

COMPONENTES DEL NIÑO

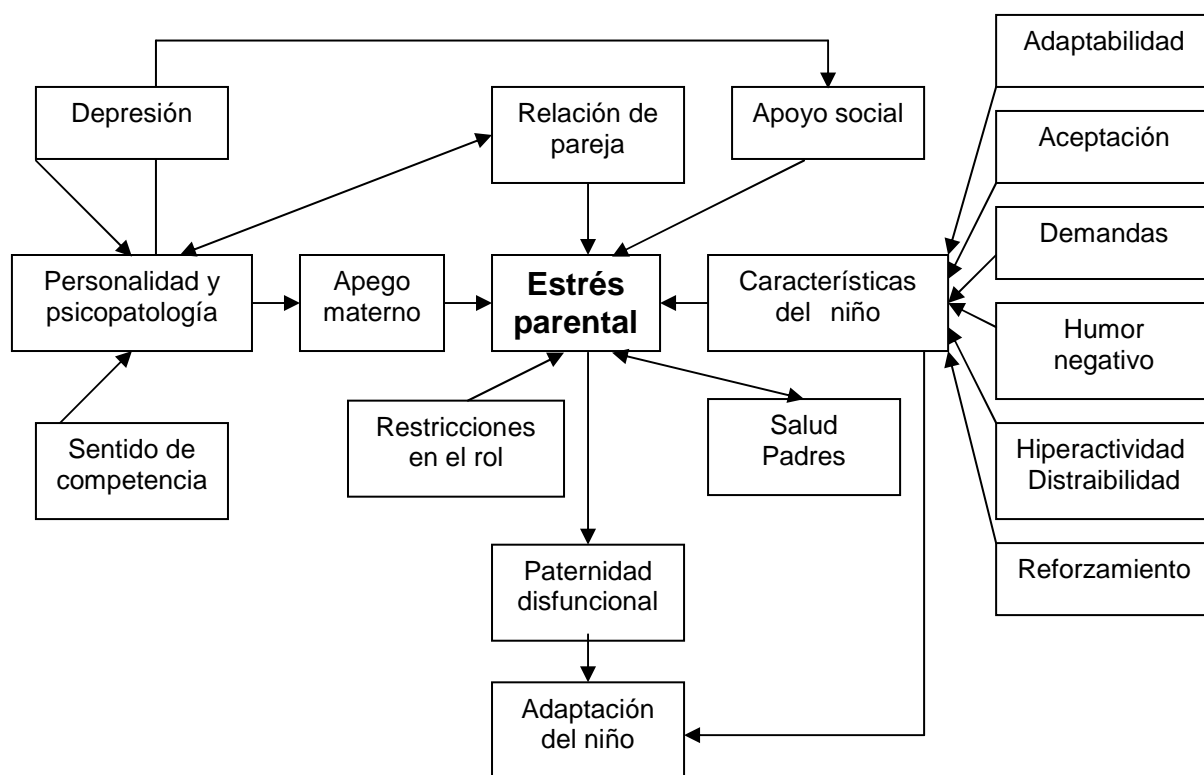


Figura 3. Modelo Abidin, 1990

En posteriores revisiones del modelo, Abidin (1992) ha destacado la importancia de la percepción y cogniciones de los padres en el grado de estrés que experimentan, lo que denomina “la relevancia o compromiso con el rol

parental” que se define como el conjunto de creencias y expectativas que sirven como mediadoras o moderadoras entre los estresores que se presentan a los padres, que proceden tanto de sus propias características como de sus hijos o del entorno, y el estrés parental que experimentan. Se considera que cada progenitor tiene un modelo interno de sí mismo como padre o madre y que incluye tanto lo que uno espera de sí mismo como lo que espera de sus hijos y del entorno en el cumplimiento de su papel de padre.

Los padres que muestran mayor nivel de estrés parental perciben a sus hijos como más difíciles, muestran patrones de disciplina más ineficaces e interacciones paternofiliales más disfuncionales, esto a su vez conlleva la presencia de mayores dificultades en el hijo.

Los niños TDAH se pueden considerar “niños difíciles” por sus características temperamentales. Nacen con una predisposición biológica a presentar dificultades en la atención e inhibición de los impulsos, y necesitan más estimulación que otros niños de su edad. Son menos dóciles y sumisos, presentan expresiones de humor negativo, muestran desobediencia, impulsividad y fluctuaciones en su comportamiento. Además tienen una probabilidad claramente mayor de padecer trastornos psiquiátricos adicionales, en más del 50% de los casos, como ya se ha comentado anteriormente. Con todas estas características hacen difícil la crianza a sus padres.

La investigación ha demostrado que los padres de niños diagnosticados de TDAH tienen alto riesgo de tensión parental, lo que Freixa (1993) denomina “*estrés paranormativo*”, es decir, aquellos acontecimientos no normativos a los que la familia de estos niños tiene que enfrentarse y que no se producen en la crianza de un niño normal. Los padres de niños con TDAH poseen responsabilidades parentales adicionales en la crianza, deben tratar con muchas personas que no entienden el problema y tienen que acomodarse a

las necesidades especiales de estos niños como el etiquetado, la medicación, los registros, las tareas, etc. El estrés ocasionado por la crianza de los niños con TDAH afecta a las relaciones familiares, insatisfacción parental, y a la posible manifestación de problemas psicopatológicos en los padres relacionados principalmente con la severidad de los síntomas conductuales del niño. En el corpus de investigaciones sobre el tema, encontramos evidencias en este sentido, destacando entre otras las que se reseñan a continuación:

Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul (1992) llevaron a cabo un estudio con el fin de examinar los niveles de estrés parental en el que participaron 104 niños con una edad inferior a los 11 años, divididos en dos grupos, control (sin TDAH) y experimental (con TDAH). Los padres cumplieron diferentes escalas en las que se evaluaba la presencia de distintos estresores en la familia, trabajo, etc. Los resultados de los análisis de regresión evidenciaron que, en conjunto, los padres que tenían hijos con TDAH estaban más estresados, experimentaban más ansiedad en su hogar y en su vida familiar y se sentían más cansados debido al constante comportamiento perturbador de su hijo.

Beck, Joung y Tarnowski (1990) examinaron las características parentales y percepciones sobre la crianza de niños diagnosticados como hiperactivos y de un grupo control, utilizando la escala de estrés parental (PSI) de Abidin (1990). Las madres de niños hiperactivos informaron un nivel de tensión significativamente mayor en relación con su hijo (percentil 98) que las madres de niños control (percentil 21). Las madres de niños hiperactivos se evaluaron como más deprimidas, menos competentes, con más restricciones, y más frustradas que las madres del grupo control.

Donenberg y Baker (1993) analizaron el impacto que ocasionaba a los padres la crianza de niños TDAH y observaron un elevado nivel de estrés y de

conflictividad en las relaciones padres-hijos. Realizaron un estudio en el que compararon 3 subgrupos: niños TDAH, niños autistas y niños normales y concluyeron que los padres de niños con TDAH percibían que la conducta de sus hijos les había producido sentimientos negativos sobre su paternidad, un impacto negativo en su vida social y mayor nivel de estrés que los padres de niños sin TDAH. Este perfil era similar al de los padres de niños autistas.

La tensión sostenida que suele acarrear la paternidad con un niño con TDAH llega a impactar las relaciones matrimoniales. Los desacuerdos que surgen en torno a las ideas de cómo educar al hijo produce insatisfacción en el matrimonio y, en casos extremos, pueden llegar a provocar el divorcio. Una reciente investigación de Harvey (2000) en la que participaron un grupo de familias con hijos con TDAH y otro grupo de control, ha examinado de forma bastante precisa cómo el TDAH provoca discusiones entre la pareja y afecta al matrimonio. Se realizó una entrevista diagnóstica a todos los padres de la que se obtuvo información acerca del conflicto marital, y satisfacción general en el matrimonio. Además las familias cumplieron un cuestionario del que se extrajo un índice general de acuerdo en la educación. Los hallazgos más relevantes fueron que los padres de los niños con TDAH : a) tenían estilos de paternidad que diferían más entre los dos miembros de la pareja que en el caso del grupo control y b) informaron más insatisfacción y peleas con sus esposos/as. Cada padre deseaba educar a su hijo de la manera en la que él consideraba mejor, con independencia de lo que el otro padre pensaba, lo que provocaba el desacuerdo entre ellos.

En esta misma línea, Morris (2001) examinó el nivel de tensión parental y las percepciones de satisfacción matrimonial en 42 padres (21 familias) de niños TDAH de edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Según este estudio, la severidad de los síntomas conductuales del niño se relacionaban con niveles de estrés más elevados. Por otra parte, se pudo constatar que los

niveles de disminución de la satisfacción matrimonial estaban relacionados con la tensión parental y severidad de los síntomas conductuales del niño.

Como resultado del diagnóstico de TDAH del hijo y el nivel de tensión que experimentan en su crianza, es bastante probable que muchas madres lleguen a sufrir depresión. En este sentido, Byrnes (2003) evaluó la severidad de las conductas del niño, el nivel de tensión parental y el nivel de depresión de 35 madres de niños con TDAH. Los resultados pusieron de manifiesto la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de severidad del TDAH y las puntuaciones de tensión parental. También se encontró una relación significativa entre el nivel de tensión y depresión materna, así como entre depresión materna y discordia matrimonial.

Estudios más recientes apuntan en la misma dirección Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza, y Blumenthal (2004) pidieron a madres de niños con TDAH que cursaban educación primaria que cumplimentaran numerosas escalas para medir la ansiedad, inseguridades, habilidades de afrontamiento, conducta adaptativa y depresión. Pues bien, la mayoría de las madres tenían un funcionamiento adaptativo por debajo de la media, más estrés y ansiedad y menos capacidad para enfrentarse eficazmente con situaciones difíciles y, sobre todo, obtenían puntuaciones muy altas en depresión.

Algunas investigaciones han considerado también la existencia de factores de riesgo que pueden actuar como desencadenantes de problemas disruptivos e incluso de TDAH. Así, Barry, Dunlap, Lochman y Wells (2005) analizaron cómo el estrés materno y el distrés (depresión y/o ansiedad) influyen en los problemas de comportamiento disruptivo en niños. En una muestra de 215 niños de edades comprendidas entre 9 y 12 años, madres y profesores evaluaron los problemas motivados por el comportamiento disruptivo de los niños. Las madres proporcionaron además información sobre el grado de

estrés parental y de distrés que padecían. Los análisis estadísticos de regresión mostraron una relación significativa entre estrés parental y comportamiento disruptivo de sus hijos, manifestado por la madre, incluso controlando el nivel socioeconómico. Los resultados también indican una relación significativa entre distrés (depresión y ansiedad) de la madre y comportamiento disruptivo infantil, incluso al controlar el nivel socioeconómico y el estrés parental (en este punto, no existía concordancia en los datos de madres y profesores).

En la misma línea, un estudio llevado a cabo en Irlanda por Lange y colaboradores (2005), con 22 padres de niños TDAH, 20 padres de niños con desórdenes emocionales y 26 sin problemas clínicos, evidenció que existen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del niño al TDAH y a la severidad de las conductas como son: el elevado estrés parental, la carencia de apoyos, la baja capacidad parental, baja calidad de vida, dificultades en el funcionamiento familiar, baja satisfacción parental y un mayor número de problemas psicopatológicos en los padres.

2.2.3. Estilos de disciplina

El ejercicio de una parentalidad competente se define como el conjunto de habilidades o estrategias mediante las cuales se consigue apoyar y promover el desarrollo emocional, físico y social óptimo de los niños. Esto implica que la paternidad es una tarea que requiere, para su adecuado ejercicio, ciertas habilidades, conocimientos y actitudes.

La competencia parental es un término complejo que incluye diversas dimensiones: *cognitivas*, como la percepción de autoeficacia ante los problemas de crianza; el nivel de conocimientos que se posee sobre los hijos y las atribuciones y expectativas que realizan los padres respecto a los

comportamientos y problemas de sus hijos; *afectivas*, que incluyen tanto el grado de satisfacción como los sentimientos de autoconfianza en el rol parental; y *conductuales* entre las que destacan las destrezas para el manejo conductual de sus hijos y las habilidades sociales de comunicación e interacción que posibilitan el adecuado desarrollo infantil.

En el desempeño de las funciones parentales se reconocen cuatro tipos de estilos educativos de crianza según se combinen las variables de afecto y comunicación y el nivel de control y exigencia. Estos estilos son, *democrático* en el que los padres muestran altos niveles de afecto y de control, *autoritario* caracterizado por bajo nivel de afecto y el alto nivel de control, *permisivo* e *indiferente* en el que los padres se caracterizan por mostrar altos niveles de afecto y bajos niveles de exigencia y de control y el *estilo negligente*, en el que los padres muestran bajos niveles tanto de afecto como de control.

Los niños con TDAH poseen más dificultades para obedecer las órdenes e inhibir las respuestas impulsivas y son menos sensibles a las peticiones de los padres. Su estilo personal provoca procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos en los padres (Drabick, Gadow y Sprafkin, 2006). Asimismo desencadena cogniciones negativas sobre su rol de padres, baja autoestima, aislamiento social y sentimientos de culpa (Lange y cols., 2005). 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.

Barkley (1990) señala que las madres de niños con TDAH tienen alterada la percepción parental y poseen más baja tolerancia para las conductas de su hijo. El fracaso repetido para lograr la sumisión y obediencia de su hijo TDAH lleva a los padres a evitar el fracaso y los sentimientos de ineficacia parental y

malestar psicológico que experimentan. En definitiva los padres de niños con TDAH se ven a menudo menos competentes y con más baja satisfacción parental.

Es difícil ser padre de niños con TDAH, puesto que los métodos de disciplina usuales no funcionan, y ello provoca frustraciones y la utilización de un estilo parental disfuncional. Los estudios señalan, desde las primeras etapas evolutivas, una importante dificultad en el manejo del comportamiento del niño con TDAH utilizando métodos de disciplina más ineficaces, tanto de mayor permisividad como de sobreacción. Stormshak, Bierman, McMahon y Lengua (2000), en un estudio con 631 niños de preescolar con conducta disruptiva, concluyeron que la hiperactividad estaba relacionada con niveles elevados de disciplina punitiva y castigo físico. Por otra parte, Keown y Woodward (2002), estudiaron aspectos de la conducta parental y factores del funcionamiento familiar asociados con la hiperactividad en 33 familias de niños hiperactivos y 34 familias control. Evaluaron los estilos de disciplina usando la escala "Parenting Scale". Los resultados del análisis mostraron un estilo de disciplina más permisivo, menos sentimientos de eficacia paternal, más bajo nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas, asociadas significativamente con la hiperactividad, incluso controlando los efectos de los problemas de conducta. Uno de los hallazgos con mayor trascendencia fue que el mejor predictor parental de hiperactividad resultó ser la forma de enfrentarse a la crianza (*coping*).

Las disfunciones en los estilos educativos parentales parecen prolongarse en el tiempo de forma que llegan a constituir patrones instaurados que se mantienen en edades posteriores. Woodward, Taylor y Downey (1998), en un estudio en el que compararon 30 niños hiperactivos y 28 control de edades comprendidas entre 7 y 10 años, también encontraron una relación significativa entre disciplina agresiva y conducta hiperactiva, incluso después de controlar

en los grupos los problemas de conducta del niño y la salud de la madre. En esta misma línea Alizadeh y Andries (2002) examinaron el estilo educativo de padres de niños con TDAH y los efectos del trastorno en las relaciones padres-hijos. Participaron en su investigación 250 familias con hijos entre 7 y 10 años, la mitad de los cuales habían sido diagnosticados con TDAH. Tanto en las familias del grupo de control (hijos sin TDAH) como en las del grupo experimental (hijos con TDAH) se valoró el estilo de paternidad, las interacciones padres-hijos, y la visión que tenían los padres de las interacciones y de las relaciones con sus hijos. También se recogieron semanalmente registros observacionales del juego a lo largo de 12 semanas. Los resultados mostraron que los padres que tenían hijos con TDAH obtenían en las escalas puntuaciones más elevadas de autoritarismo y actuaban de forma más sobreprotectora durante el juego, usaban un tono de voz más serio y hacían 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 estrictos con sus hijos y les permitían desarrollar más la independencia. Así mismo percibían sus relaciones de forma más negativa, e informaban que sufrían más estrés y sentían más rechazo a su vida familiar que los padres del grupo de control.

Por otra parte, hay estudios que ponen de manifiesto que las principales diferencias en cuanto a métodos de disciplina se producen en padres de niños con TDAH y problemas de conducta asociados, con lo cual se podría pensar que las estrategias parentales ineficaces pueden ser debidas a la problemática conductual más que a los síntomas centrales del TDAH. Así Harvey, Danforth, Ulaszek y Eberhardt (2001) con una muestra de 109 familias de niños con TDAH y 70 sin TDAH, con edades comprendidas entre los 5 y 12 años, evaluaron habilidades de crianza utilizando como medida la "Parenting Scale". Los resultados evidenciaron que los padres de niños con TDAH informaron utilizar estrategias parentales similares a la de niños sin TDAH; en cambio, en

los padres de niños con TDAH y problemas de conducta o agresión, las puntuaciones en las escalas de sobreacción y de permisividad eran superiores.

En este sentido Johnston, Murray, Hinshaw, Pelma y Hoza (2002) evaluaron la interacción madre-hijo en 136 familias de niños con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 10 años y en sus resultados encontraron un factor de “sensibilidad” de la madre hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Este factor de sensibilidad mostraba una correlación negativa con los problemas de conducta pero no con la gravedad de la sintomatología de TDAH, con lo cual se desprende que las dificultades de los padres podrían estar más ligadas a la problemática conductual.

En cualquier caso, la conducta de los padres de niños con TDAH, más directiva y negativa, exige una explicación fundamentada en un modelo bidireccional que considere que los desafíos conductuales que presentan los niños con TDAH (niños difíciles) 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.

2.2.3.1. Influencia de la cohesión familiar y apoyo social

Otra variable que ha sido muy estudiada por el efecto negativo que ocasiona en los niños es el conflicto matrimonial, siendo uno de los principales motivos de conflicto, además de la discordia marital, la falta de acuerdo parental. El acuerdo/conflicto parental en la crianza afecta a los padres en su propio bienestar como padres, en el ejercicio de su rol parental, en la tensión que les ocasiona la crianza, e incluso en su nivel de satisfacción y autoeficacia parental.

Arnold, O'Leary y Edwards (1997) realizaron un estudio con 71 parejas de hijos con TDAH para ver la importancia del apoyo de los padres en la crianza. Analizaron a través de autoinformes la relación entre la variable apoyo del padre y las variables de amor entre los conyuges, acuerdo parental, grado de identificación con el rol tradicional y síntomas de TDAH en el padre. Las cuatro variables se relacionaban recíprocamente prediciendo las prácticas de crianza. El apoyo del padre se encontró asociada con el uso de disciplina más eficaz cuando los padres informaban querer más a sus esposas y no presentaban síntomas de TDAH. Por otra parte, se evidenció una disciplina más ineficaz cuando los padres informaron que presentaban síntomas de TDAH, que querían menos a sus esposas y se identificaban favorablemente con el rol tradicional de crianza. Se observó también que cuando existían discrepancias en el ejercicio de la actuación educativa entre los cónyuges, aunque existiera el apoyo del padre, las prácticas de disciplina eran menos eficaces.

Siguiendo en esta línea, Harvey (2000) ha examinado de forma bastante precisa cómo el TDAH provoca discusiones entre la pareja y afecta al matrimonio. Estudió el acuerdo parental en la crianza con 70 padres de niños con TDAH, por medio de una entrevista diagnóstica en la que se recababa información acerca del conflicto marital, y la satisfacción general en el matrimonio. Además las familias cumplieron un cuestionario del que se extrajo un índice general de acuerdo en la educación. Teniendo en cuenta también la presencia de trastornos comórbidos de conducta e internalizantes, Harvey (2000) encontró que la similitud o acuerdo parental estaba relacionada con la presencia de trastornos de conducta comórbida pero no con la presencia de trastornos internalizados. El acuerdo parental se asoció con un mayor ajuste matrimonial y menor número de conflictos entre los padres. Estos resultados respaldan la importancia que tiene el acuerdo entre la pareja en las

prácticas de crianza de cara a la prevención del desarrollo de conducta antisocial.

Otro aspecto importante en la crianza, tal y como evidencian los estudiosos sobre el tema, es el apoyo social. Las madres que cuentan con menor apoyo social manifiestan conductas más inadecuadas en su rol maternal. El apoyo social influye en el ejercicio de la paternidad y en el desarrollo del sentimiento de competencia parental. Las madres de niños con TDAH, al estar expuestas a la crítica social debido al comportamiento inadecuado de los niños, en muchas ocasiones se autoexcluyen de situaciones sociales. Por ello, unos apoyos familiares eficaces son necesarios para poder desempeñar sus funciones de cuidado con menos malestar psicológico y más satisfacción.

McLaughlin y Harrison (2006) examinaron las características demográficas y conductuales del niño y la eficacia parental en madres de niños con TDAH en una muestra de 150 madres. Se les pidió que evaluaran la severidad del TDAH y los problemas de conducta, la competencia parental, el aislamiento social y las prácticas de crianza. Los análisis de regresión mostraron que la combinación de estas variables estaba vinculada significativamente con las prácticas parentales, explicando un 32% de la varianza. Los factores que tenían más peso en la predicción de una paternidad ineficaz fueron la baja percepción de competencia parental y el alto nivel de alteración conductual del niño. Estas dos variables se encontraron asociadas directamente con prácticas parentales menos eficaces por encima de otras variables como edad del niño, sexo, hijo único, aislamiento social o severidad del TDAH.

Teniendo en cuenta la bidireccionalidad de las relaciones familiares también hay estudios que analizan la influencia de los factores familiares en los niños TDAH, ya que debido a sus problemas de comportamiento provocan en

sus familias estilos disciplinarios más inconsistentes y coercitivos. Concretamente, en un reciente estudio realizado por Drabick, Gadow y Sprafkin (2006), con una muestra de 203 niños de edades comprendidas entre 6 y 10 años, se analizaron los factores de riesgo psicosocial para desarrollar problemas de conducta y/o depresión en niños con TDAH. Se evaluaron los factores de conducta parental, el ambiente familiar, funcionamiento cognitivo y académico del niño y relación con los compañeros. La variable que predijo los problemas de conducta fue la disciplina severa e inconsistente en los niños TDAH, mientras que la variable que predijo depresión fue los problemas sociales. El ambiente familiar caracterizado por conflicto, baja cohesión y baja satisfacción marital predijo tanto problemas de conducta como depresión en los niños TDAH.

En la misma línea, otro estudio realizado en China por Bao-Yu y Lin-Yan (2004) analizó la influencia del ambiente familiar en el desarrollo del niño con TDAH en un estudio en el que participaron 30 niños con TDAH y 30 niños control, considerando el ambiente familiar y las conductas de los niños. Los resultados mostraron que los padres de niños con TDAH tenían más bajas puntuaciones en cohesión familiar, expresión, y organización y mayores puntuaciones en conflictos, en falta de competencia social y en problemas de control de las conductas de sus hijos. Las conclusiones evidencian que los factores del ambiente familiar están relacionados con el desarrollo de problemas conductuales. Los niños con TDAH tienen más problemas conductuales y un ambiente familiar más pobre.

Wells y colaboradores (2000) evaluaron las conductas de paternidad y el estrés familiar en el marco del estudio de tratamiento multimodal (MTA) en el que participaron 579 niños con TDAH de edades comprendidas entre 7 y 9 años. Los resultados de la información recogida después de las intervenciones indicaron que, utilizando sólo la medicación, sólo terapia conductual y

combinando ambas intervenciones, se redujeron significativamente los niveles de percepción negativa de su paternidad y de una disciplina negativa/ineficaz en comparación con el grupo control que siguió un tratamiento comunitario. Ninguno de los tres tratamientos se diferenciaba significativamente entre sí en estos aspectos. Esto indica que, mejorando las conductas del niño con cualquier tipo de intervención (medicación, conductual o combinando las dos intervenciones), se mejora la percepción que los padres tienen de su rol parental.

Tal como se evidencia en los estudios comentados, las familias de niños con TDAH manifiestan prácticas de crianza más inadecuadas, en el sentido de una utilización más frecuente de prácticas de disciplina incoherente, con las que al niño no se le imponen límites e incluso se le refuerzan conductas negativas. 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.

Los estudios descritos también señalan la importancia del acuerdo parental, la ausencia de discordia matrimonial y la implicación de los dos progenitores en la crianza para lograr un adecuado desarrollo del niño. Por otra parte la utilización de estilos de crianza en los que se ofrezca al niño una evaluación positiva, apoyo emocional y coherencia en la aplicación de normas son fundamentales para el desarrollo adecuado de la conducta prosocial.

En general, podemos concluir este apartado señalando que 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 exacerbaban la presentación y continuidad del TDAH. Al mismo tiempo, las características del niño con TDAH pueden llegar a producir problemas en las relaciones familiares. 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 (Barkley, 1998).

2.3. Variables Moduladoras

Existen una serie de variables tanto en el niño con TDAH como en sus padres que pueden tener influencia en los problemas que se ocasionan en la crianza. Teniendo en cuenta el corpus de investigaciones sobre el tema, las *variables del niño* que más pueden dificultar la crianza del niño con TDAH son: la edad, el sexo, el subtipo, la presencia de un temperamento difícil desde la infancia o la presencia asociada de trastorno oposicionista desafiante. Por otra parte numerosos estudios evidencian también la influencia de *variables familiares* sociodemográficas como el tipo de familia, número de hermanos, nivel de estudios de los padres y la presencia de problemas psicopatológicos asociados en los padres como depresión, ansiedad, consumo de sustancias o la presencia de TDAH.

2.3.1. Características del niño

2.3.1.1. Edad

La edad es una de las variables que va a influir en los problemas de crianza que presentan los niños con TDAH. Cada una de las etapas, en las que se van a plantear tareas evolutivas diferenciadas, va a suponer un reto para sus padres.

La primera infancia suele ser complicada y estresante para los padres, debido a que muchos de los niños presentan un temperamento difícil y problemas en su desarrollo evolutivo. Los estudios señalan como problemas de la primera infancia asociados significativamente al TDAH los trastornos del sueño, de la alimentación, del control de esfínteres, así como un retraso en la adquisición del habla y en la coordinación motora (Hartsough y Lambert, 1985; Rajeev y Riaz, 2003). También se observa que son niños que manifiestan conductas más inmaduras que los niños sin TDAH de su misma edad, suelen reaccionar impulsivamente, parece que no aprenden de sus errores, no se entretienen solos mucho rato, buscan continuamente la aprobación del adulto, etc. Los padres muestran desconcierto, preocupación, puesto que observan síntomas en su hijo que no coinciden con la experiencia que tienen con sus otros hijos o conocidos, y comienzan a sospechar que su hijo pueda presentar un problema. Sin embargo, los estudios ponen de manifiesto que el diagnóstico no se realiza hasta los 6 años aproximadamente y que provoca en los padres: miedo, frustración y desconcierto. Una vez los padres han aceptado y reconocido el problema, buscan respuestas eficaces e inician el proceso terapéutico de sus hijos que, en la mayoría de los casos, va a conllevar un tratamiento psicofarmacológico, así como intervenciones psicosociales.

A medida que el niño crece, se hace más independiente y comienza a prestar más atención a los adultos y a los niños ajenos a la propia familia. Alrededor de los 9-10 años, la sintomatología básica del trastorno suele ir evolucionando de manera positiva, principalmente en aquellos casos que el niño está siendo medicado desde los 6-7 años y teniendo en cuenta entre otros aspectos la severidad del trastorno, el subtipo y la presencia de otros trastornos asociados que van a marcar el pronóstico. Hay que señalar que, a estas edades, sigue presentando más problemas que los niños de su edad ya que interrumpe constantemente a sus compañeros y profesores, hace

preguntas inoportunas en clase, juguetea con cualquier cosa, presenta problemas de relación con sus pares, muestra despistes importantes en sus tareas escolares, manifiesta un rendimiento académico inferior, etc.

Al llegar a la adolescencia, además de las dificultades propias de estas edades suele seguir manifestando un bajo rendimiento académico, inadaptación escolar, aislamiento social, depresión, baja autoestima, etc. Esto se complica en aquellos casos que presenta asociado un TOD, ya que los estudios ponen de manifiesto que en estos casos se aumenta el riesgo de relacionarse con pares anticonvencionales, uso y abuso de alcohol, tabaco y marihuana, mayor propensión a padecer accidentes, problemas con la justicia, etc. (Barkley, 1998; Molina y Pelhman, 2003).

2.3.1.2. Sexo

Los estudios indican que la influencia del sexo parece ser relevante en la manifestación del comportamiento agresivo; los varones muestran mayores niveles de agresividad ante circunstancias adversas (Pelegrián, 2004) y experimentan niveles superiores de problemas externalizantes que las niñas (Broidy y cols., 2003).

Los escasos estudios comparativos sobre niños y niñas con TDAH muestran, en líneas generales una menor afectación conductual y una menor proporción de trastornos de conducta asociados en los varones, si bien las niñas presentan un perfil de psicopatologías más relacionadas con la internalización.

Levy, Hay, Bennett y McStephen (2005) examinaron las diferencias de género en los síntomas comórbidos del TDAH: el trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos del lenguaje y de la

escritura dentro de un estudio más amplio. En esta investigación participaron 1.550 padres los cuales rellenaron cuestionarios basados en el DSM-IV para investigar los patrones de comorbilidad en los tres subtipos del TDAH. El análisis de varianza mostró diferencias significativas entre los grupos de varones y de mujeres en los síntomas de inatención y de hiperactividad/impulsividad, con índices más altos de trastorno oposicionista desafiante y de trastornos de conducta en niños, e índices más altos de trastorno de ansiedad por separación en las niñas. Así pues los hallazgos indican que, como suele ser la tendencia general, los trastornos de internalización son más comunes en el sexo femenino y que los trastornos de externalización son más frecuentes en el sexo masculino. Al examinar las diferencias de género en los diferentes subtipos se observó que los niños TDAH con subtipo combinado mostraron más síntomas de comorbilidad, lo que indica altos índices de síntomas externalizantes e internalizantes. Los índices de trastorno de ansiedad por separación eran más altos en las niñas con subtipo inatento y los índices del trastorno de ansiedad generalizada eran más elevados para las niñas con subtipo combinado. Aunque existen diferencias de comorbilidad entre los subtipos de TDAH, no se observaron diferencias de género en los diferentes subtipos para los trastornos externalizantes.

Biederman y colaboradores (2002) examinaron el impacto del género en los rasgos clínicos de un grupo de 140 niños y 140 niñas con TDAH y 120 niños y 122 niñas sin TDAH como grupo de comparación. Se realizó una entrevista estructurada y una batería neuropsicológica para establecer los subtipos de TDAH así como el funcionamiento emocional, escolar, intelectual, interpersonal, y familiar. Los resultados mostraron que las chicas tenían una mayor probabilidad de presentar subtipo desatento, más probabilidad de manifestar problemas de aprendizaje, y más probabilidad de manifestar problemas en la escuela o en el tiempo libre que los niños. Por otra parte, las niñas con TDAH tenían menos riesgo para la comorbilidad de trastornos

psiquiátricos: depresión mayor, trastorno de conducta, y trastorno oposicionista desafiante que los niños con TDAH. También se encontró una relación de género estadísticamente significativa para el abuso de sustancias mayor en las chicas.

El impacto emocional diferencial que ocasiona en los padres el sexo de los niños ha sido otro aspecto interesante que se ha estudiado en varias investigaciones. En esta línea, Maniadaki, Sonuga-Barke, Kakouros y Karaba (2005) evaluaron 118 madres y observaron que el comportamiento de los niños TDAH provoca en las madres emociones negativas y baja autoeficacia maternal, pero sobre todo con los TDAH varones. En otro estudio, Maniadaki, Sonuga-Barke y Kakouros (2005), se plantearon analizar cómo las atribuciones causales con respecto al sexo del niño con TDAH pueden, por lo menos parcialmente, explicar las diferencias de predominio de conducta disocial en niños con TDAH. La muestra estuvo compuesta por 317 padres y madres de niños y niñas de 4 a 6 años de edad de Atenas, a los que se les pasó una versión del "Account of the Causes of Childhood Problems Questionnaire". Se les mostraba una viñeta sobre un hipotético niño que presentaba síntomas de TDAH. La mitad de los participantes recibió la de un niño y la otra mitad recibió una versión de una niña en la viñeta. Los resultados evidenciaron que el sexo del niño influyó notablemente en las atribuciones causales de los padres sobre el TDAH. Se confirieron superiores evaluaciones de intencionalidad a los niños con TDAH que a las niñas y las respuestas a estas atribuciones eran más estrictas hacia los niños. En contraste, los padres consideraron el TDAH como trastorno biológico principalmente en el caso de las niñas.

Teniendo en cuenta que las atribuciones causales de intencionalidad muestran respuestas de mayor severidad y son más frecuentes para los niños

que para las niñas, cabría plantearse que estas diferentes percepciones pueden estar en la base de los modelos de interacción negativa con sus padres. El aumento de tales modelos de interacción puede poner a los niños en una posición más vulnerable hacia el desarrollo de problemas de comportamiento secundarios

2.3.1.3. Subtipo del TDAH

Las investigaciones sobre el TDAH ponen de relieve que existe una distribución desigual de problemas dependiendo de los subtipos, observándose un mayor número de problemas de conducta oposicional entre los niños con TDAH subtipo combinado comparado con los niños con TDAH subtipo desatento (Crystal, Ostrander, Chen y Augst, 2003; Roselló, Amado y Bó, 2000).

Eiraldi, Power y Nezu (1997), analizaron los diferentes patrones de comorbilidad en los diferentes subtipos de TDAH en niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años en una muestra de 27 niños subtipo combinado, 26 subtipo inatento y 33 grupo control. Al realizar un análisis de regresión logística y análisis multivariado de covarianza, los resultados revelan los siguientes datos: los niños con subtipo combinado tienen significativamente más probabilidad de presentar TOD y trastornos de conducta disocial y puntuaciones significativamente superiores de problemas externalizantes que los niños subtipo desatento o control. Los niños TDAH subtipo combinado y los TDAH subtipo desatentos tenían puntuaciones significativamente mayores en las evaluaciones de problemas internalizantes que el grupo control y por último los dos grupos de niños TDAH no difirieron con respecto a los trastornos internalizantes. Los resultados de este estudio indican una comorbilidad significativa entre el TDAH combinado y el trastorno oposicional/conducta disocial.

En esta misma línea, un estudio realizado con una muestra española Roselló, Amado y Bó (2000) comentado anteriormente, analiza los patrones de comorbilidad en los diferentes subtipos de TDAH. Los resultados mostraron que, en el subtipo combinado, se presentaba asociado el TOD en el 44% de los casos, frente al 30% en el subtipo hiperactivo-impulsivo, y un 14% en el inatento. Por otra parte, el trastorno disocial se presentaba en porcentajes superiores en el TDAH subtipo combinado (19%), pero las diferencias no eran significativas respecto a los otros subtipos. Los resultados también indicaron que los tres subtipos de TDAH muestran patrones de comorbilidad de tipo internalizante, sin que puedan establecerse diferencias significativas entre ellos.

Los escasos trabajos que han analizado el impacto que tienen los distintos subtipos de TDAH sobre la familia no son consistentes. Por una parte Lewis (1992) encontró que las familias cuyos hijos tenían TDAH subtipo predominio de inatención presentaban un funcionamiento general mejor que las familias con hijos TDAH subtipo combinado y las familias con hijos con TDAH combinado y agresividad. Estos resultados sugieren que la combinación de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está vinculada más firmemente al funcionamiento general negativo que los síntomas de inatención en solitario. Por el contrario los hallazgos de Podolski y Nigg (2001) pusieron de manifiesto que los niños con TDAH subtipo combinado y los de subtipo inatento no diferían significativamente en el nivel de satisfacción relacionada con el ejercicio de la paternidad. Tampoco se han encontrado diferencias en los subtipos inatento y combinado en lo que se refiere a la predicción de un mayor nivel de expresión de sentimientos, lo cual sugiere que el comportamiento del subtipo inatento es igual de frustrante para los padres y elicitaba el mismo tipo de conductas de sobreprotección o de crítica (Peris y Hinshaw, 2003)

Otros estudios muestran cómo uno de los problemas más importantes que lleva asociado el trastorno de TDAH-C es la elevada problemática social. Frecuentemente se observan serias dificultades para establecer de manera adecuada relaciones sociales con sus compañeros y rechazo por sus iguales debido a sus características conductuales. En un estudio reciente realizado por García y cols., (2006) con el objetivo de evaluar la integración social de los niños TDAH-C analizaron 20 aulas de niños de 2º a 5ª de primaria de los que se incluían 23 niños con este trastorno. Se aplicaron pruebas sociométricas y escalas de estimación conductual para padres y profesores. Los resultados evidenciaron que los niños TDAH-C eran mayoritariamente rechazados por sus compañeros y las conductas disruptivas y antisociales fueron los principales motivos de su rechazo.

2.3.1.4. Presencia asociada de un temperamento difícil y/o de TOD

Gran parte de los niños con TDAH desde su nacimiento presentan un temperamento difícil, llanto excesivo, irritabilidad, fuerte reactividad emocional, dificultad para seguir pautas u órdenes, lo que dificulta las interacciones y el control de sus padres desde los primeros años, aunque muestran diferencias interindividuales a nivel de actividad, sociabilidad e impulsividad. Algunos estudios como el realizado por Leve, Kyoung y Pears (2005) consideran que la presencia de un temperamento difícil en la infancia y unas características familiares adversas pueden llegar a ser predictores futuros del desarrollo de problemas de comportamiento externalizantes.

Los estudios ponen de manifiesto que un porcentaje elevado de niños con TDAH presentan de manera asociada trastorno oposicionista o negativista desafiante (TOD). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su texto revisado (DSM-IV-TR), señala en la p.115 como

característica esencial del trastorno oposicionista o negativista desafiante (TOD):

“Un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses» Además, durante ese tiempo es frecuente la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas: «accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas, acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse iracundo y resentido o ser reconoso o vengativo». Dichos comportamientos han de aparecer con mayor frecuencia de lo que correspondería a la edad y nivel de desarrollo y deben causar un déficit significativo en el funcionamiento social, académico o laboral”.

La comorbilidad del TDAH con el Trastorno Oposicionista (TOD) ocasiona en las familias mayores conflictos, mayores situaciones de cólera y mayor número de problemas psicoemocionales en los padres. El grado de conflicto parece ser más elevado a medida que el niño presenta mayor severidad en las conductas, incluso, algunos autores afirman que el nivel de TOD contribuye, en mayor proporción que el TDAH, a los conflictos y al estrés en los padres.

Consistente con la teoría de aprendizaje social, los niños con trastorno oposicionista y problemas de conducta tienen a menudo familias que se caracterizan por presentar unos estilos de interacción coercitivos, disciplina incoherente, falta de implicación paternal y escasas interacciones positivas y afectuosas entre padres e hijos. Estos niños ponen a prueba frecuentemente los límites parentales, lo cual produce interacciones paternofiliales negativas, que a su vez sirven de refuerzo de conductas agresivas en el niño y aumentan

las conductas coercitivas en los padres. Este círculo de relaciones negativas se puede intensificar en el tiempo.

Hull (1996) realizó una investigación dirigida a identificar el impacto que ocasionan en el sistema familiar los niños de entre 5 y 18 años de edad que presentan asociado al TDAH trastornos de conducta. Se encontró que se producían diferencias significativas en el impacto familiar según la categoría diagnóstica, de manera que los sujetos con TDAH provocaban efectos más negativos que los controles y, a su vez los niños con TDAH y TOD mayor que los niños que sólo presentaban TDAH.

Podolski y Nigg, (2001) realizaron otro estudio con 66 madres y padres de edades comprendidas entre 7 y 11 años y observaron también que la presencia asociada del trastorno oposicionista, o de conductas agresivas contribuía más que la severidad de los síntomas centrales del TDAH, al descontento de los padres respecto de su competencia parental.

Igualmente, un estudio reciente realizado en Japón por Satake, Yamashita y Yoshida (2004) se propuso comparar las variables psicosociales y familiares con una muestra de 41 familias en las que se diferenciaban 3 grupos de niños: 12 con TDAH, 15 con TDAH y TOD y trastorno de conducta y 14 familias control. Los resultados indican que las relaciones interpersonales en las familias con niños que presentan conjuntamente el TDAH y TOD son más conflictivas y desorganizadas que las del grupo control y la salud mental de la madre está más afectada (mayor número de síntomas somáticos, ansiedad/insomnio y depresión severa, incluso apuntan a un mayor riesgo de TDAH en padres de niños TDAH y TOD).

Otros estudios apuntan a señalar que la presencia asociada al TDAH de TOD y/o problemas de conducta provoca ciertos tipos de conductas parentales

disfuncionales: sentimientos de falta de competencia parental (Cunningham y Boyle, 2002), falta de cordialidad y de relación positiva, disciplina excesivamente negativa (Kashdan y cols., 2004), prácticas de crianza más sobreactivas (Seipp y Johnston, 2005) y una falta de cohesión entre los miembros familiares.

En un estudio llevado a cabo por Cunningham y Boyle (2002) con una muestra de 129 niños de más de 4 años conformaron los siguientes subgrupos de riesgo: TDAH (N=24), TOD (N=18), TDAH/TOD (N=52) y sin dificultades (N=35). Se evaluaron los problemas del niño por parte de los padres y profesores, el funcionamiento familiar, el apoyo social, la competencia parental y la depresión parental. Por otra parte, se analizaron también las interacciones con los hijos y la resolución de problemas. Las madres de niños con riesgo de trastorno oposicionista (TOD) mostraron más disfunciones familiares, sentían menos competencia parental, tenían dificultades en la resolución de los problemas de conducta del niño y mostraban menos asertividad en el manejo del niño que las madres de niños con problemas internalizantes sin elevados síntomas de TOD. Las madres de niños con riesgo de TDAH informaron de niveles de depresión superior que aquellas del subgrupo que no presentaban TDAH. Al analizar los problemas de manejo del niño, se observó que las madres de los niños de todos los grupos manifestaron estrategias de manejo/control dos veces mayor que estrategias positivas/preventivas. Además, al enfrentarse con los problemas oposicionistas y problemas de conducta, las madres de todos los grupos aumentaron las estrategias de control/negativas y disminuyeron las sugerencias preventivas/positivas. Las madres de niñas con riesgo de TDAH, de TOD y de TDAH y TOD premiaron más las conductas positivas de sus hijas a diferencia de las madres de varones.

En la misma línea, Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher y Metevia (2001), con una muestra de 87 niños (de 12 a 18 años de edad con TDAH y TOD) y

sus padres, comparados con 32 control, evidenciaron también que el grupo TDAH y TOD presentaban más problemas y conflictos con los padres, se encolerizaban más y la comunicación era más negativa. Asimismo, utilizaron técnicas más agresivas para afrontar los conflictos que el grupo control. Hay que señalar además que la utilización de tácticas más coercitivas en estas familias es debida a un proceso de refuerzo negativo con comportamientos progresivamente más agresivos hacia el otro, dependiendo de la severidad de los síntomas.

En otro reciente estudio, Pfiffner, McBurbett, Rathouz y Judice (2005) analizaron los factores familiares asociados al TOD comórbido en 149 familias de niños con TDAH de edades comprendidas entre 5 y 11 años y también constataron que los padres de niños con TDAH y TOD utilizaban una disciplina más negativa e ineficaz y una falta de relación positiva con la madre.

Seipp y Johnston (2005) evaluaron la sensibilidad y las respuestas maternas de sobreactividad en 87 madres de niños de 7 a 9 años, 24 tenían hijos con TDAH, 25 con TDAH y TOD, y 38 hijos sin problemas. Se evaluó la sensibilidad de las madres a través de Observational Coding System Developer, la sobreactividad se evaluó con la subescala del Parenting Scale y la depresión de la madre con la escala BSI. Los resultados mostraron que las madres de hijos TDAH/TOD eran significativamente menos sensibles y más sobreactivas. También informaron de mayor nivel de hostilidad que las madres de hijos con sólo TDAH y del grupo sin problemas. La hostilidad se relacionó con la falta de sensibilidad y la sobreactividad.

Otro dato muy significativo, que se deriva de una reciente investigación de Peris y Hinshaw (2003) se refiere a la diferente influencia que los niños con TDAH y trastornos comórbidos tienen en las relaciones con los padres y con las madres. Las parejas que participaron en esta investigación tenían hijos con

TDAH de edades comprendidas entre los 6 y 12 años, la mitad de los cuales tenían TDAH +TOD y la otra mitad no tenía ningún trastorno; todas las parejas estaban casadas y tenían una visión positiva del otro esposo/a. Podría pensarse que los padres suelen tener expectativas elevadas sobre sus hijos, especialmente cuando son varones, y si los hijos no las cumplen, sobreviene la decepción y la desvinculación emocional; sin embargo, los resultados de este estudio señalaron que las madres valoraban las interacciones con sus hijos de manera más negativa y utilizaban más órdenes y procedimientos disciplinarios que los padres, posiblemente porque pasan más tiempo con sus hijos debido al papel primordial que desempeñan en su crianza y educación. Además las madres mostraron reacciones más positivas hacia las niñas que hacia los niños, lo que puede explicarse por el estrés adicional que provoca la superior disruptividad de los varones.

Otros estudios muestran que los niños con TDAH y trastorno oposicionista tienen mayor riesgo de desarrollar en la adolescencia y en la edad adulta conductas antisociales, abuso de sustancias, de sufrir accidentes de tráfico y en general peor pronóstico que los niños con TDAH sin trastorno de conducta asociado (Molina y Pelhman, 2003).

Las conductas oposicionistas y agresivas que presenta el niño TDAH pueden ser consecuencia de la historia de frustraciones a la que se han visto sometidos en su desarrollo tanto en el contexto familiar como en el escolar. En la familia, los padres les imponen frecuentemente límites y se crean interacciones negativas paternofiliales que refuerzan las conductas agresivas y coercitivas. Por otra parte, en el marco escolar muchas veces son rechazados por sus compañeros debido a sus problemas de comportamiento y buscan una identidad entre los pares no convencionales (Barkley, Fisher, Edelbrock y Smallish, 1990; Morande y Lázaro, 1992).

Molina y Pelhman (2003) realizaron un estudio prospectivo con 142 adolescentes de 13 a 18 años diagnosticados con TDAH para evaluar el uso elevado de sustancias y se compararon con 100 adolescentes sin TDAH. El grupo TDAH presentó niveles superiores de consumo de alcohol, tabaco, y marihuana y otras drogas ilegales, respecto al grupo control. En el grupo TDAH, la severidad de los síntomas del trastorno predijeron un consumo mayor de tabaco, alcohol y marihuana; en cambio, los TDAH con trastorno oposicionista y trastornos conductuales asociados predijeron un consumo mayor de drogas ilícitas. La persistencia de TDAH y trastornos conductuales en la adolescencia se ha asociado con el uso elevado de sustancias, por lo que parece existir un riesgo de uso y abuso temprano de sustancias en niños TDAH.

Marshal, Molina y Pelhman (2003) evaluaron la relación de los niños TDAH con compañeros anticonvencionales como factor de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia. Los resultados mostraron que es más probable que los niños con TDAH se relacionen con pares anticonvencionales y como resultado consuman más sustancias. En definitiva, los adolescentes con TDAH son más vulnerables a las influencias sociales negativas y éstas son un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

Estudios recientes también evidencian la presencia de trastornos psicológicos y abuso de sustancias en los padres de niños con TDAH y TOD. En este sentido, Chronis, Lahey, Pelma, Kipp, Baumann y Lee (2003) evaluaron a madres de 98 niños con TDAH entre 3 y 7 años y 116 de la misma edad sin TDAH. Los resultados indican que el TDAH del niño estaba asociado a un incremento de síntomas de TDAH en los padres en relación con el grupo de niños sin TDAH. Asimismo la presencia de TDAH y TOD en el niño estaba asociado con trastornos del humor, ansiedad y dependencia a la cocaína en la

madre y desórdenes conductuales de los padres en la infancia. También revelaron que los padres tenían más problemas con la bebida.

Todo lo expuesto anteriormente pone de manifiesto que existe sobrada evidencia de que los trastornos conductuales comórbidos dificultan la crianza y del niño TDAH y afectan a las relaciones que mantienen con sus padres y a sus relaciones sociales, que les llevan a socializarse con pares anticonvencionales y al consumo de sustancias. Todo esto se debe tener en cuenta de cara a planificar tratamientos preventivos: se deben incluir en los programas terapéuticos el desarrollo de las habilidades sociales y de conductas prosociales de cara a lograr un desarrollo social adecuado y evitar que al llegar a la adolescencia presenten este tipo de conductas.

2.3.2. Características de los padres

2.3.2.1. Presencia de problemas psicoemocionales

La relación padres-hijos no es unidireccional sino bidireccional. En el caso del TDAH las características del niño (inquieto, con dificultades de seguir órdenes y desobediente) influyen en los padres facilitando la aparición de problemas psicoemocionales o agravando los que ya existían. A su vez, la conducta de los padres influye sobre el niño modulando los síntomas. Los niños con desórdenes de conducta pueden ocasionar efectos adversos en la salud mental de los padres siendo la ansiedad y la sintomatología depresiva dos de los aspectos más estudiados.

Las madres depresivas tienden a mostrar más los efectos negativos, ser más críticas, responder menos y mostrar menor eficacia en la resolución de conflictos y en el mantenimiento de la disciplina e imposición de límites. También se ha observado que hablan menos con sus hijos, expresan mayor

emocionalidad en situaciones de estrés, con lo cual enseñan a sus hijos a sobrereactuar ante situaciones incluso de estrés moderado.

Como resultado del diagnóstico de TDAH del hijo, es bastante probable que muchas madres sufran depresión, en este sentido, el estudio realizado por Rashap (1998) con 107 madres de niños con TDAH de edades comprendidas entre 5 y 12 años en el que se analizó la influencia de factores de riesgo en la crianza de un niño con TDAH. Las madres completaron una encuesta sobre estrategias parentales, nivel de apoyo social, depresión y ansiedad. Los resultados manifestaron relaciones significativas entre las conductas problemáticas de los niños y la presencia de depresión y ansiedad en las madres.

Los hallazgos son consistentes con los de Kashdan y colaboradores (2004). Estos investigadores encontraron que las madres de niños con TDAH que cursaban primaria, tenían más estrés y ansiedad y menos capacidad para enfrentarse eficazmente con situaciones difíciles y, sobre todo, obtenían puntuaciones muy altas en depresión.

Otros estudios ponen de manifiesto como los problemas psicoemocionales de las madres influyen en la percepción de los problemas del niño con TDAH. El estudio realizado por Chi (2003) con 579 madres de niños diagnosticados con TDAH evidencia el papel de la psicopatología maternal y en concreto la depresión en la magnificación de los síntomas conductuales del niño. Se concluyó que la depresión maternal se relacionaba con una evaluación más negativa sobre los problemas de conducta de sus hijos que no se corroboraba por otros informadores y también era predictora de prejuicios respecto a problemas internalizantes en el niño.

También señalan las investigaciones que cuando el TDAH se presenta unido al trastorno oposicionista produce en los padres mayor afectación

psicológica, principalmente depresión y ansiedad (Barkley, DuPaul y McMurray, 1991; Shaw, Owens, Giovanelli y Winslow, 2001). Por consiguiente, aunque la presencia de un niño con TDAH es generalmente estresante para la familia las mayores perturbaciones se producen cuando está asociado a comportamientos oposicionistas.

2.3.2.2. Presencia de TDAH en los padres

Otro problema frecuente que se puede encontrar en las familias de niños con TDAH y que dificulta las funciones de crianza es la presencia de TDAH en alguno de los padres. Los adultos con TDAH tienen menos habilidad como padres para controlar las actividades de sus hijos, distribuyen o gastan mal el dinero, presentan problemas en la planificación de las tareas domésticas, dificultades en las relaciones sociales y de pareja, problemas en el trabajo, mayor propensión a accidentes, etc.

Ryan (2002) piensa que, las familias con niños TDAH en las que también el padre presenta el trastorno, muestran niveles superiores de problemas de crianza, prácticas de crianza menos positivas, descontento matrimonial, mayor número de conflictos, más psicopatologías en los padres, y más problemas en la familia en general. Además, se evidenció que las madres y los padres tenían percepciones del funcionamiento familiar bastante diferentes.

Minde, Eakin, Hectman, Ochs, Bouffard y Greenfield (2003) también estudiaron el impacto del TDAH en uno de los padres en la vida diaria del resto de la familia y la transmisión intergeneracional de este problema. Para ello analizaron el funcionamiento psicosocial de 33 familias con un padre con TDAH (23 esposos y 63 niños) y 26 familias control (20 esposos y 40 niños). Se evaluaron los adultos y sus esposos tanto en la presencia actual de síntomas psiquiátricos como en sus relaciones matrimoniales. Los resultados

indican que los niños con un padre con TDAH tenían proporciones superiores de psicopatologías, más comorbilidades en el niño con TDAH y también se vieron afectadas las familias y el funcionamiento conyugal, independientemente del género del padre afectado. En cambio, en las familias sin padres TDAH (psiquiátricamente saludable) era menor la presencia de niños con TDAH.

Biederman, Faraone y Monuteaux (2002) también investigaron el impacto de la exposición al TDAH paternal y observaron que la presencia de un padre con TDAH paternal predice niveles superiores de conflicto familiar y menores niveles de cohesión familiar que en las familias sin TDAH paternal. También se encontraron un impacto nocivo en la actuación escolar de sus hijos sin TDAH pero no en aquéllos con TDAH.

Recientemente, Barkley, Fischer, Smallish y Fletcher (2006) analizaron el funcionamiento adaptativo en la edad adulta de los niños hiperactivos. A través de un estudio longitudinal de 13 años, con una muestra de 179 jóvenes adultos hiperactivos y 72 controles de edades comprendidas entre 19 y 25 años. En su estudio, concluyeron que el grupo con TDAH mostraba un desempeño pedagógico significativamente bajo, con una tasa de abandonos del bachillerato de un 32%, habían sido despedidos de más trabajos y mostraron mayores índices de TDAH y síntomas de TOD, así como más bajo desempeño laboral que el grupo control. Socialmente, el grupo con TDAH tenía pocos amigos, amigos más problemáticos, y presentaba mayores problemas sociales. Además los jóvenes con TDAH, a diferencia de los del grupo control, se habían convertido en padres tempranamente (38% frente a 4%) y habían sido tratados por enfermedades de transmisión sexual (16% frente a 4%). La severidad del trastorno de conducta predijo el fracaso para graduarse, relaciones sexuales prematuras y la paternidad a edad muy joven, mientras que la presencia de TDAH y TOD predijo el desempeño laboral y el riesgo de ser despedidos.

Estas investigaciones, relativas a la importancia de los problemas de los padres sugieren la necesidad de evaluar el funcionamiento de los miembros de la familia y la salud de las relaciones familiares para planificar de manera adecuada el tratamiento de los niños con TDAH.

2.4. La familia en la identificación y tratamiento del TDAH

2.4.1. Introducción

Ante la sospecha por parte de los padres de que existe un problema en el desarrollo, se produce una fase de inquietud y alarma. Desde los dos o tres años, los padres comienzan a observar que el temperamento y los hitos evolutivos de estos bebés no se desarrollan igual que el de los otros niños. A partir de ahí, inician un camino hacia la búsqueda del diagnóstico que conlleva en la mayoría de los casos acudir a diferentes profesionales, intentando verificar este diagnóstico: pediatra, neuropediatra, psiquiatra y/o psicólogo clínico. En la mayoría de los casos, este diagnóstico no llega a realizarse hasta los 6 años, con lo cual la mayoría de los niños cuando son diagnosticados ya han estado en la escuela y sus conductas ya representan un desafío para los padres y maestros.

En el estudio internacional llevado a cabo por la Federación Mundial para la Salud Mental (2004) descrito anteriormente, se encontraron los siguientes resultados respecto al diagnóstico: el 50% de los padres consideraba que el proceso diagnóstico de su hijo fue muy largo, el 31% tuvo dificultad en ser derivado a un especialista, el 89% de los niños recibía medicación, el 60% había recibido terapia psicosocial incluyendo: terapia conductual, terapia familiar, clases particulares, psicoterapia. El 85% de los padres valoraba que el tratamiento ayudaba al niño a concentrarse, el 82% creía que tenía un efecto positivo en el niño, el 79% considera que ayudaba a disminuir la presión sobre

la familia y el 75% que facilitaba al niño a interactuar socialmente. Por otra parte, el 62% de los padres pensaba que se estaba plenamente informado por el especialista acerca de las diferentes opciones de tratamiento y el 84% de los padres consideraba que estaban involucrados en las decisiones de tratamiento de su hijo.

Como ya se ha comentado anteriormente, los síntomas tempranos que presentan los niños con TDAH, como problemas de sueño, alimentación, control de esfínteres y habla, pueden ocasionar respuestas inapropiadas en los padres y esto puede agravar los síntomas del TDAH. Por lo tanto, un diagnóstico temprano puede tener efectos beneficiosos por cuanto posibilita la instauración de tratamientos, no sólo con medicación sino con otros tipos de terapia, como la terapia familiar, que pueden ayudar a evitar la frustración, el castigo y el daño en la autoestima del niño, así como mejorar el bienestar de los padres.

2.4.2. Familia y tratamiento del TDAH

Son los padres, como cuidadores primarios, los que más involucrados están en el problema de su hijo. Son los que observan y detectan que tiene problemas, interactúan con él y deben hacer frente a sus demandas. Además, son las principales fuentes de información para el diagnóstico del TDAH, los que deciden acudir a un profesional, le trasladan los síntomas que han detectado, cómo han abordado el problema, etc. También son los que van a dispensar a su hijo la medicación, van a trasladar al terapeuta las sutilezas de los efectos de la misma, las mejoras que han observado y sus posibles efectos adversos. Por ello, es importante analizar las atribuciones que los padres realizan del trastorno y sus expectativas de mejora, ya que esto será clave en su adherencia e implicación en el tratamiento.

La American Academy of Pediatrics (2001), basándose en una extensa revisión de la literatura médica, psicológica y educativa sobre el TDAH, recomienda, entre otros aspectos, que los padres deben ser informados sobre la etiología, los efectos del tratamiento a corto y a largo plazo, las complicaciones y los efectos del TDAH en la vida familiar y en el contexto escolar.

La familia tiene que entender el problema antes de discutir opciones de tratamiento. Se les debe orientar para que conozcan los diferentes tipos y las posibles controversias que existan sobre ellos y aconsejarles no aceptar uno de ellos sin poner en tela de juicio informaciones contradictorias que aparezcan en diferentes medios como la televisión, internet, libros publicados, etc. Es necesario lograr una “alianza terapéutica” con los padres para que se impliquen en el tratamiento, bien sea psicológico, farmacológico o combinado, puesto que son los mejores coterapeutas con los que podemos contar para llegar a los logros deseados.

Krain (2004) considera que el 50% de las familias con TDAH no siguen las recomendaciones del tratamiento psicológico o farmacológico, ya que un individuo debe estar preparado para cambiar su conducta para que el tratamiento psicológico o psiquiátrico sea eficaz. Teniendo en cuenta esto, llevó a cabo un estudio con 60 familias con niños TDAH, en las que se evaluó la aceptabilidad de la terapia por parte de los padres cuando se les propone el tratamiento y después de 3 meses de iniciarlo. Observó que las familias que siguieron la medicación o el programa de entrenamiento en terapia de conducta evaluaron su opción de tratamiento como más aceptable que las que no la siguieron. Los resultados hacen pensar en una relación significativa entre la aceptabilidad del tratamiento y el seguimiento de éste.

Ahora bien, la mayor o menor adherencia al tratamiento puede depender de distintas variables. De hecho, Stine (1994) advirtió que los factores que pueden influir en la falta de adherencia a la medicación en un niño TDAH son: el negativismo del niño, las preocupaciones paternas por la seguridad de la medicación, las reacciones de los familiares respecto a la medicación, la desinformación sobre el TDAH y el estigma real o percibido del tratamiento farmacológico.

Hay que tener presente también que el TDAH es un trastorno crónico, con lo cual los profesionales que llevan a cabo el tratamiento juegan también un papel esencial en la adherencia al mismo y también van a ser responsables del éxito de la intervención. Por ello, deben de suministrar información clara a los padres y al propio niño, llevar a cabo un seguimiento adecuado y tener en cuenta los sentimientos del paciente y de la familia y prever, en la medida de lo posible, las repercusiones de la etapa crítica de la adolescencia.

En una revisión que han realizado Wolraich y colaboradores (2005) sobre el diagnóstico, tratamiento e implicaciones clínicas del adolescente con TDAH han constatado que cuando los niños alcanzan la adolescencia, el desafío a sus padres se acompaña frecuentemente por la creencia de que ellos no tienen ningún problema y, por consiguiente, no necesitan el tratamiento. Sin embargo objetivamente siguen presentando problemas de relación con sus iguales y el rechazo social aumenta el riesgo para el uso de sustancias y la presencia de otros trastornos.

Se ha corroborado que el uso de medicación psicoestimulante disminuye a lo largo de adolescencia, ya que ésta se convierte en un método impopular de tratamiento cuando los niños son mayores y los estudios muestran que rechazan la medicación. Thiruchelvam, Charach y Schachar (2001) observaron que el 48% de los niños con TDAH de edades comprendidas entre 9 y 15 años

había discontinuado la medicación. La edad era un factor moderador significativo de la adhesión al tratamiento, ya que los niños más mayores mostraban menos continuidad en su medicación.

Dada la complejidad de dificultades de los niños con TDAH tanto a nivel cognitivo como conductual, acordamos con Barkley (1998) que se requiere una intervención desde una perspectiva interdisciplinar en la que se ofrezcan estrategias a los padres y a los profesores para el manejo del comportamiento como complemento a la acción de los fármacos y se trabaje también el autocontrol y la interiorización de normas y reglas para la solución de problemas. El tratamiento más adecuado será aquel que parta de un enfoque biosicosocial y que se plantee abordar tanto los síntomas centrales del TDAH y los trastornos concomitantes, así como los problemas que presenta el niño en los distintos contextos en los que se desarrolla.

Recientemente, Kutcher y cols., (2004) han descrito las conclusiones a las que han llegado los expertos como consenso de tratamiento para los niños con TDAH y problemas conductuales. Como tratamiento de primera línea para el TDAH sin comorbilidad se aconseja la medicación psicoestimulante ayudada por intervención psicosocial. En cambio, para el TDAH con conductas disruptivas, se sugiere intervención psicosocial, combinada con farmacoterapia. No obstante, pese a todos los esfuerzos que se realizan en un tratamiento multimodal, se debe tener en cuenta por parte de todos los implicados (niño, padres, profesores, psicólogos, etc) que no hay ninguna terapia que corrija de forma permanente y total la problemática neurológica subyacente al TDAH.

Junto a otros componentes, el tratamiento debe incluir necesariamente una terapia familiar o asesoramiento a padres, en la línea de lo que aconsejan Castellanos, García, Mendieta, Gómez y Rico (2003) mediante modelos de

actuación integral dirigidos a las familias de niños con necesidades de atención temprana. Un programa de intervención formativo/ preventivo, en el que se facilite a los padres estrategias para reducir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de estos niños; se les ofrezca información y asesoramiento para reducirles la inseguridad y los sentimientos de culpabilidad que experimentan en cuestiones relativas al TDAH y sobre las directrices a seguir en la crianza. Se les debe enseñar a identificar y valorar los progresos del hijo (sus logros y adquisiciones) aunque sean limitados, ayudarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles y a construir un estilo educativo democrático, no coercitivo ni sobreprotector.

Para evitar la sobrecarga de los padres y el nivel elevado de estrés que les supone la crianza, se tiene que potenciar que la familia consiga un mayor apoyo social tanto intrafamiliar como extrafamiliar (abuelos, amigos, asociaciones, etc.). Sobre todo el principio fundamental a destacar, es que la familia debe ser una pieza básica en la intervención, para lo cual es importante aumentar los sentimientos de confianza y de complicidad en la interacción con los profesionales que atienden a su hijo, tanto en el sistema sanitario como escolar.

Existen diversos programas de entrenamiento a padres muy útiles, como el de Anastopoulos y Cunnigan, que describen un enfoque clínico de orientación a padres, y proporcionan información a padres en técnicas de modificación de conducta y el Programa de orientación y entrenamiento a padres (PEP) de Barkley (1981, 1997) que se plantea una intervención a padres de niño TDAH y problemas de conducta mediante el aprendizaje de técnicas conductuales.

En los últimos años, se han planteado numerosas iniciativas a nivel terapéutico que han ido añadiendo otras técnicas que se consideran

esenciales en la intervención psicosocial de personas con TDAH (mejorar los aspectos psicoemocionales de los padres, el funcionamiento del niño y su familia, etc). Así Pelham y Waschbrush (1999) plantearon un enfoque exhaustivo que incluía formación a padres, intervenciones en la escuela incluyendo no sólo problemas académicos sino también problemas de interacción con los compañeros, intervenciones directas con el niño y tratamiento farmacológico.

Adesida y Foreman (1999) han subrayado la importancia de la intervención en grupo con padres de niños con TDAH, para abordar la tensión y el mayor número de problemas a los que se enfrentan con su hijo. Los beneficios percibidos de este tipo de intervención en grupo incluyeron: el apoyo emocional al compartir experiencias y emociones sobre el impacto de los problemas del hijo con un grupo de padres, la reducción del sentido de aislamiento, la provisión de información sobre servicios referidos al TDAH y la mejora de las relaciones con sus hijos debido al aumento de conocimientos.

Otros autores como Smith (2001) promueven un entrenamiento a padres en el uso de señales pictóricas para mejorar la realización de rutinas diarias en casa debido a sus problemas de inatención y desobediencia. Por su parte, Cavell (2001) defiende un aprendizaje de estrategias disciplinarias que, simultáneamente, equilibre los intercambios diádicos positivos y los límites conductuales estrictos y firmes, en vez de utilizar la agresión física y la coerción verbal ante las conductas antisociales.

DiGiuseppe (2002) se muestra a favor de una intervención global que incluye intervenciones cognoscitivas, conductuales y sistémicas. A nivel cognoscitivo, se plantea ayudar a los adultos a superar las barreras emocionales y llevar a cabo intervenciones para ayudar a aceptar que el estrés socioambiental no puede cambiarse. Desde el punto de vista conductual hay

que enseñar a los padres, a los abuelos y maestros a reforzar las conductas adaptadas. Por último, las intervenciones sistémicas ayudan a planificar el ambiente familiar con un mayor ajuste al temperamento y habilidades del niño.

La necesidad de utilizar terapias que ayuden a potenciar la autoeficacia parental y la cohesión familiar se destacan también en la bibliografía como aspectos esenciales para una adecuada crianza. En este sentido, McDonnell y Mathews (2001) consideran como objetivos básicos de la intervención familiar la comunicación y solución de problemas a nivel individual, con los padres, y a nivel global con toda la familia. La terapia no se debe centrar sólo en el efecto del TDAH en los padres sino que también debe abordar aspectos importantes como la tensión parental, el descontento matrimonial o la depresión. Es decir, la terapia debe tener en cuenta tanto las relaciones padres-hijo como los problemas personales que surgen como resultado de la crianza de un niño con TDAH.

En cualquier caso, es importante que, a la hora de planificar la intervención terapéutica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se tenga en cuenta que estamos ante una intervención que se puede prolongar a lo largo del tiempo, con lo cual se pueden plantear crisis en la familia, e incluso en la intervención, sobre todo al llegar a la adolescencia o en la transición a la vida adulta. Asimismo, debemos considerar que las estrategias de intervención son específicas para cada familia concreta y para cada niño ya que tanto los recursos disponibles como las peculiaridades de cada familia, hacen necesario que se articule un programa específico.

2.4.3. Familia y seguimiento escolar y extraescolar

La estrecha relación de los padres con la escuela es esencial para poder abordar convenientemente el problema del TDAH en los dos contextos de

desarrollo más importantes para el niño (la familia y la escuela). Es importante que exista una actitud favorable sobre el trastorno entre el grupo de profesionales educativos y evitar que se desplieguen actitudes poco favorables como presionar a la familia a que el niño salga del colegio porque no se sabe como abordar el problema. El inadecuado manejo de las situaciones conflictivas en el contexto escolar puede ocasionar a los padres estrés e insatisfacción parental, puesto que pueden sentirse responsables del comportamiento de su hijo y de las quejas que reciben en este sentido. Parfraseando a Córdoba y Verdugo (2003, pp. 24) los padres señalan lo valioso que es para ellos “contar con un profesor que conoce y acepta la problemática de su hijo, sabe manejarla y les da pautas para que puedan realizar un trabajo conjunto”.

Aunque tengan un nivel intelectual alto, es muy probable que los estudiantes con TDAH fracasen en la escuela, ya que, a medida que avanzan los cursos, las tareas escolares exigen más concentración, mantenimiento del esfuerzo y planificación. Estos niños presentan problemas en sus estudios porque estudian menos tiempo, se esfuerzan menos por conseguir sus objetivos y utilizan estrategias menos elaboradas (O’Neil y Douglas, 1991). En general se puede afirmar que las investigaciones sobre el tema apuntan a un rendimiento académico inferior al de sus compañeros (Barkley, DuPaul y McMurray, 1990; Casey y Schlosser, 1996). Así hay investigaciones que evidencian que un 30% necesitan repetir curso; entre un 30 y un 40% asisten a educación especial; 46% suspende y entre un 10 y un 35% fracasa al acabar la escuela secundaria (Barkley y cols., 1990). En consonancia con los datos anteriores, estudios realizados en nuestro contexto señalan que el 21.4% de los niños hiperactivos de entre 9-10 años recibe clases de educación especial; un 42.4% ya ha repetido curso y hasta un 81,6% necesita ayuda diaria para hacer los deberes (Miranda, Presentación y López, 1995). Especial importancia tienen los hallazgos relativos a las particulares adaptaciones educativas que

requieren los estudiantes con TDAH. Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Rajeev y Riaz (2003) se observó que aproximadamente el 70% de los niños con TDAH fueron considerados con necesidades educativas especiales (13.5% en el nivel I, 20% en el nivel II y el 36.5% en el nivel III y superior).

Los problemas de aprendizaje repercuten en los padres y son una fuente considerable de estrés. Dado que estos niños necesitan un apoyo adicional diferente al de sus hermanos, los padres deben llevar un seguimiento diario de sus tareas escolares y una relación continuada con los profesionales del ámbito educativo que están interviniendo con el niño (los profesores, los psicopedagogos escolares, o los profesores de educación especial). En definitiva, la problemática escolar de los estudiantes con TDAH requiere una coordinación bidireccional padres-maestros para realizar una adecuada valoración del problema del niño y de sus necesidades educativas y una planificación de la mejora conducta y social, así como la coordinación para valorar los efectos de la medicación.

Los padres pueden ofrecer información sobre el niño, que incluya la historia médica, las aficiones e intereses, los refuerzos eficaces y el funcionamiento del niño en casa, para que los profesionales del ámbito educativo planifiquen la intervención. Asimismo, es necesario que los padres realicen una supervisión diaria de las tareas que se le asignan al niño por los problemas de planificación que presenta (en muchas ocasiones se pueden solucionar con una agenda de comunicación padre-profesor en donde se reflejen las tareas asignadas diariamente para que el padre las supervise). Por otra parte, el maestro puede informar a los padres sobre el progreso de su hijo, el comportamiento en la escuela, ofrecerles el *feedback* de cómo afecta la medicación a los logros académicos y la duración de la efectividad de la misma. Esta información también puede usarse para ayudar a los profesionales sanitarios a tomar decisiones más fundamentadas sobre el niño.

El papel del padre y del maestro son claves en el tratamiento farmacológico o psicosocial, ya que además de su intervención directa con el niño, son los observadores de las manifestaciones conductuales que son necesarias para que los profesionales de la salud realicen un enfoque adecuado de su tratamiento. Además de la coordinación escuela padres son necesarias también medidas institucionales que proporcionen la respuesta educativa adecuada al niño TDAH.

En cuanto a las *actividades extraescolares*, los estudios ponen de manifiesto que los niños con TDAH participan en menor medida en éstas, a diferencia de los niños normales que, en la actualidad, ocupan su tiempo extraescolar en múltiples actividades (música, deporte, informática, idiomas), y además, el grado de integración en ellas es menor. Este hecho puede, entre otras causas, explicarse por las características de los niños con TDAH, que, a menudo, son rechazados por sus compañeros porque son más opositores, agresivos, disruptivos y más molestos (Barkley, DuPaul y McMurray, 1991; Wheeler y Carlson, 1994). A esto se añade el hecho de que presentan dificultad para seguir reglas, muestran poca motivación por el deporte y manifiestan problemas de disciplina ante las órdenes del entrenador.

Pascual-Castroviejo (2004) realizó un estudio sobre las actividades deportivas de los niños y adolescentes con TDAH, en el cual analizó un total de 100 niños, todos ellos varones de edades comprendidas entre los 6 a los 16 años. Observó que 33 niños no hacían ningún deporte y la mayoría de ellos mostraban actitud contraria a las actividades deportivas. De los niños que practicaban deporte, el fútbol y el ciclismo eran los más frecuentes. Por otra parte, menos de la mitad mostraban motivación para la práctica deportiva y menos de la tercera parte mostraban disciplina ante las órdenes del entrenador.

Sin duda, la conclusión más relevante desde un punto de vista práctico que se deriva de nuestra revisión es que las intervenciones que se realicen en el TDAH deben incluir a la familia como un agente prioritario, teniendo en cuenta el papel clave en el proceso de regulación y ajuste del niño. Pero además, la familia es la que detecta el problema, y se implica en el tratamiento, y es la mediadora de los diferentes contextos donde el niño se desarrolla, escuela, actividades extraescolares, etc.

Cabe señalar para finalizar esta exposición teórica, que el TDAH es un trastorno a “tiempo completo”, que impacta todos los aspectos de la vida del niño y de su familia. Por consiguiente es necesario asegurar un diagnóstico temprano para minimizar los efectos en la vida del niño y de sus padres y proporcionar un tratamiento precoz efectivo para que se mejore la conducta del niño y los padres aprendan a entender el problema y a manejar los síntomas que presenta.

SEGUNDA PARTE. TRABAJO EMPÍRICO

3. PRESENTACIÓN DEL TRABAJO EMPÍRICO

3.1. Justificación

En esta segunda parte de nuestro trabajo se pretende describir el estudio empírico que se ha llevado a cabo. Para ello se presentan, en primer lugar, los objetivos específicos que nos propusimos abordar, para describir después pormenorizadamente las características de la muestra seleccionada, así como el procedimiento y la descripción de las pruebas utilizadas. Posteriormente, se procederá a presentar los resultados obtenidos en los análisis estadísticos que se han realizado en función de cada uno de los objetivos planteados. Por último, se expondrán las conclusiones que se derivan de los datos obtenidos en cada objetivo. En estas conclusiones se valoran de forma cualitativa los resultados y se realizan reflexiones acerca de las variables analizadas. Se finaliza con unas conclusiones globales, que sirven de resumen al conjunto del trabajo.

Como el lector habrá podido comprobar ya en la parte teórica de esta tesis, el TDAH ha generado numerosos estudios y una importante producción bibliográfica, debido principalmente a la elevada tasa de prevalencia del trastorno, a su cronicidad y al impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social.

La investigación sobre la etiología del TDAH pone de manifiesto que en su origen y mantenimiento están implicados factores de naturaleza tanto biológica como psicosocial. Ello significa que, para obtener una comprensión adecuada del trastorno, resulta imprescindible valorar las influencias biológicas desde un enfoque interactivo y psicosocial que contemple la interacción del niño con su ambiente. Tomando como referencia el modelo bioecológico evolutivo de Brofenbrenner y Cecil (1994), el ambiente psicosocial en el que se desarrolla el niño con TDAH desempeña un papel modulador fundamental sobre la predisposición biológica, influyendo en la forma en la que la actividad, la

impulsividad y la desatención son comprendidas y manejadas por las personas significativas del sistema social del niño.

La familia, como contexto principal en el que el niño está inmerso, ejerce una influencia de primer orden a lo largo de todo su desarrollo, es la encargada de llevar a cabo el proceso de socialización de los hijos con el objetivo de que éstos adquieran habilidades, hábitos de conducta y valores que les permitan desarrollar sus potencialidades como individuos en coherencia con las exigencias de su entorno. Pero a su vez, la familia está inmersa en un macrosistema social, en donde los factores propios del mundo externo también inciden en el desarrollo de los hijos. Los cambios en la estructura familiar, el empleo/desempleo de los padres, el horario de trabajo, el nivel socioeconómico, etc., son factores que impactan en el ambiente familiar. Las condiciones de vida difíciles afectan a la estabilidad emocional de los padres y esto a su vez puede influir en el adecuado desarrollo de los hijos.

La tarea de educar a los hijos nunca es fácil, y se complica cuando el niño, ya desde su nacimiento, presenta un temperamento difícil y además los padres deben asumir la cronicidad del problema. Los estudios sobre la crianza del niño con TDAH, todavía no muy abundantes, han aportado información sobre un mayor estrés parental y un fuerte impacto en el sistema familiar (Kendall, 1999; McLaughlin y Harrison, 2006; Roselló y cols., 2003; Whalen y cols., 2006). Pero puesto que el TDAH es un trastorno que no se suele presentar de forma aislada, también es necesario analizar hasta qué punto el estrés parental puede deberse a los problemas de conducta asociados (oposicionismo y agresividad), o si hay datos que respalden que los problemas de conducta son sólo un factor añadido a la problemática propia del TDAH que están complicando más la situación.

Otro aspecto importante en la crianza son los estilos de disciplina que despliegan los padres en su rol parental. Varios trabajos empíricos han ofrecido información sobre la utilización de métodos de disciplina inadecuados en los padres de niños con TDAH. Por una parte, se encuentran estudios que evidencian que los padres de niños con TDAH utilizan estrategias de disciplina más agresivas (Woodward y cols., 1998) y estilos parentales más autoritarios (Lange y cols., 2005). Otros, en cambio, ponen de manifiesto que estos padres utilizan procedimientos de disciplina más permisivos y tienen menos comunicación con los hijos que los padres de niños sin TDAH (Keow y Woodward, 2002). Incluso, hay estudios que señalan que el estilo de disciplina autocrático junto a un afecto negativo predice conducta opositora (Seipp y Johnston, 2005). En cualquier caso, el estilo de estrategias de disciplina utilizadas puede ser un factor importante a tener en cuenta a la hora de profundizar en el conocimiento de este trastorno.

Por otra parte, los trabajos que han analizado el impacto que tienen los distintos subtipos del TDAH sobre la familia son escasos y, además, sus hallazgos son contradictorios. Así, Lewis (1992) encontró que las familias cuyos hijos tenían TDAH, subtipo con predominio de inatención, presentaban un funcionamiento general mejor que el de las familias con hijos TDAH, subtipo combinado. Estos resultados sugieren que la combinación de los síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad está vinculada más firmemente al funcionamiento familiar negativo que los síntomas de inatención en solitario. Por el contrario, los hallazgos del trabajo de Podolski y Nigg (2001) pusieron de manifiesto que los padres de niños con TDAH subtipo combinado y subtipo con predominio de inatención no diferían significativamente en el nivel de insatisfacción relacionada con el ejercicio de la paternidad. Otros estudios muestran también que el comportamiento del subtipo inatento es igualmente frustrante para los padres y elicitaba el mismo tipo de conductas de sobreprotección o de crítica que el subtipo combinado (Peris y Hinshaw, 2003).

Fundamentado en la revisión de la literatura científica, este trabajo se propone examinar el impacto que el TDAH tiene sobre los padres, tanto en su actuación disciplinar como en el estrés que experimentan en el ejercicio de su rol parental. En general, se puede afirmar que las investigaciones que se han realizado para analizar el estrés parental se han centrado principalmente en las características de los padres, aportando una información muy valiosa; pero el estrés parental no sólo está influenciado por las características concretas de los padres, sino también del niño y del contexto ambiental más amplio en el que se enmarca la relación padres-hijo. Precisamente en este estudio se analiza el estrés que se produce en la crianza de niños con TDAH, ocasionado tanto por las características de los padres como del propio niño, un asunto que ha recibido escasa atención empírica.

También, colateralmente, nuestra investigación se planteó analizar el papel que desempeña la familia en el desarrollo evolutivo del niño con TDAH, en la detección del problema e implicación en el tratamiento y, por último, la relación que mantiene con la escuela y con su entorno. Todos estos factores, que se consideran forman parte del contexto sociofamiliar en el que está inmerso el niño, no han sido abordados de modo global en las investigaciones sobre la crianza de un niño con TDAH.

Considerábamos interesante acometer el análisis de los parámetros que enmarcan la crianza de padres de niños con TDAH de nuestro país. Pensamos conveniente constatar si los estudios realizados en otras culturas son o no extrapolables a nuestro contexto, debido a las diferencias en características socioculturales de nuestras familias (tipología, familia extensa, figura de crianza), que siguen todavía un modelo más tradicional que en la sociedad americana.

Pero también, no menos importante, en nuestra investigación nos guiaba un interés práctico, ya que la integración comprensiva de la información obtenida nos permitirá diseñar las directrices fundamentales de los programas de asesoramiento a padres para ayudarles a enfrentarse de forma más positiva con el trastorno. Estos programas de prevención e intervención destinados a procurar a los niños un entorno familiar adecuado deberán tener en cuenta necesariamente los tres niveles en los que se desarrolla la conducta parental (individual, familiar y social).

3.2 Objetivos de la investigación

En síntesis, la investigación que aquí se presenta intenta analizar el contexto familiar del niño con TDAH, planteándose específicamente cuatro objetivos (ver cuadro nº 1).

Primer objetivo: analizar la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH con el fin de constatar si el perfil de desarrollo que presentan se corresponde con un niño difícil que exige recursos excepcionales para su crianza y educación. Para ello se analizan: antecedentes familiares, desarrollo, problemas asociados, historia académica y actividades extraescolares. Siguiendo la bibliografía sobre el tema, se plantea la existencia de diferencias significativas en algunos aspectos del desarrollo, sobre todo en lo que se refiere a la adquisición de hábitos (sueño, alimentación, control de esfínteres), y problemas de rendimiento académico debido a los síntomas centrales del TDAH.

Paradójicamente, el *corpus* de investigaciones sobre el tema apenas recoge datos sobre el desarrollo de la primera infancia, puesto que es infrecuente que los niños acudan antes de los 5 ó 6 años a servicios de diagnóstico. La mayor parte de niños son diagnosticados cuando llegan a la

edad escolar y sólo se tienen datos de la información retrospectiva que los padres ofrecen en las historias clínicas. Los padres detectan problemas en el niño mucho antes, algunos incluso desde su nacimiento, con lo cual consideramos importante analizar las características evolutivas diferenciales del niño con TDAH de cara a poder establecer unos marcadores de detección tempranos que posibilite a los profesionales de atención primaria (maestro, pediatra) que están en contacto con el niño, las claves para intervenir tempranamente.

Segundo objetivo: partiendo de la idea de que es esencial evaluar el papel de la familia en la identificación, diagnóstico y tratamiento con el fin de llevar a cabo un seguimiento adecuado del problema, nos planteamos analizar las relaciones familiares y los apoyos en la crianza. En base a la información de la que disponemos (Córdoba y Verdugo, 2003; Morande y Lázaro, 1992; Roselló y cols., 2003; Stone, 2000), la predicción es que los niños con TDAH presentarán más problemas de relación con sus padres, hermanos y con su familia extensa. También necesitarán más apoyos en su crianza debido a su temperamento difícil y a los problemas asociados.

Tercer objetivo: nos planteamos comparar los métodos de disciplina que utilizan los padres de niños con y sin TDAH. Anticipando que los padres de niños con TDAH utilizarán métodos de disciplina más inadecuados de mayor sobrerreacción y permisividad, ya que los métodos usuales no les funcionan, tal como demuestran los diferentes hallazgos (Keown y Woodward, 2002; Lange y cols., 2005; Seipp y Johnston, 2005; Woodward, Taylor y Dowdney, 1998). Asimismo, se propone analizar cómo las variables, de edad, sexo, subtipo y TOD, ejercen influencia sobre el problema.

Cuarto objetivo: Fundamentándonos en los resultados de las investigaciones sobre el tema anticipamos que las familias de niños con TDAH

son más vulnerables a sufrir “estrés paranormativo” en su crianza, añadido al estrés que sufren los padres de forma habitual en la educación de sus hijos, ya que tienen que acomodarse a sus necesidades experimentando un grado adicional de problemas y responsabilidades (Byrnes, 2003; Morris, 2001). También nos proponemos analizar el papel modulador que ejercen las variables, de edad, sexo, subtipo y TOD en la tensión parental.

Finalmente, a partir de los resultados de nuestra investigación y basándonos en las conclusiones de los objetivos planteados, en un intento de conectar las variables que influyen en la educación parental nos aventuramos a proponer un *modelo comprensivo y global sobre la crianza del niño con TDAH*.

Cuadro 1. Objetivos de la Investigación

OBJETIVO GENERAL:

“Profundizar en el estudio del contexto familiar del niño con TDAH, especialmente en el estrés parental y en las estrategias de disciplina”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Analizar las características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH: Historia psicopatológica familiar, Factores prenatales y perinatales, Desarrollo de la primera infancia, Temperamento y TOD asociado, Historia académica, recursos educativos y actividades extraescolares.

2. Analizar el papel de la Familia en la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, las relaciones familiares y los apoyos en la crianza.

3. Analizar los métodos de disciplina de padres de niños con TDAH, y la influencia de las variables sexo, edad, subtipo y TOD.

4. Analizar el nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH y la influencia de las variables sexo, edad, subtipo y TOD.

3.3. Método

3.3.1. Participantes

En nuestra investigación han participado un total de 167 familias divididas en dos grupos, el grupo que tienen hijos con TDAH y el grupo control con hijos sin este trastorno.

El *grupo de familias con hijos TDAH* está formado por 114 familias de diferentes ciudades de nuestro país, con niños de ambos sexos (93 niños =81.6% y 21 niñas =18.4%), con edades comprendidas entre 5 y 13 años (media = 9.18 años). Todos los niños tenían un diagnóstico confirmado de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), subtipo combinado o inatento, según los criterios establecidos en el DSM-IV: seis o más síntomas de inatención, y/o seis o más síntomas de hiperactividad e impulsividad. Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años de edad, se deben presentar en diferentes contextos (casa, escuela), y producen en el niño un deterioro significativo del funcionamiento escolar, laboral, familiar, y en las relaciones interpersonales. Además estos síntomas no se presentan como consecuencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (DSM-IV, 1994).

De acuerdo con los anteriores criterios, el 25.4% de los 114 niños habían sido diagnosticados como TDAH subtipo inatento y un 74.6% habían recibido un diagnóstico de TDAH subtipo combinado.

Como se comprueba en la tabla 1 en la que se presentan las características sociodemográficas de la muestra, gran parte de las familias TDAH de nuestra muestra proceden de la Comunidad Valenciana (81), aunque también se recogieron familias de distintas ciudades de España: Oviedo (11), Cataluña (11) y Palma de Mallorca (11). Para la recogida de la muestra se contó con la colaboración de diferentes asociaciones y servicios: Asociación

Niños con TDAH de la Comunidad Valenciana (APNADAH), Servicio Psicopedagógico V-6 de la Ribera (Alzira), Hospital de la Ribera (Alzira), y Servicio Psicopedagógico de Elche. Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Asturias (ANHIPA), Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Barcelona (ADANA) y Asociación de Padres de Niños Hiperactivos de Palma de Mallorca (STILL).

El *grupo control* se seleccionó de manera aleatoria contándose para ello con la colaboración del Servicio Psicopedagógico V-6 de la Ribera (Alzira), y diferentes Servicios Psicopedagógicos de Valencia. Incluía a 53 familias con hijos del mismo rango de edades que los niños con TDAH. 34 eran niños (64.2%) y 19 niñas (35.8%) con una media de edad de 8.26 años.

Como corresponde a la media de edad de los niños de la muestra (9.18 en el grupo TDAH y 8.26 en el grupo control) la mayoría se encuentran cursando 4º de Educación Primaria. Se excluyeron aquellos casos en los que el CI era inferior a 70.

El nivel de estudios de los padres de los dos grupos de nuestra muestra es similar y los análisis estadísticos no revelan diferencias significativas entre ambos ($\chi^2_3 = 3.906$; $p = .278$), aunque se evidencia un mayor número de padres del grupo TDAH con estudios de graduado escolar y de licenciatura, y por otra parte un mayor número de padres del grupo control un nivel de formación de bachiller/FP. Tampoco se observan diferencias significativas en lo que se refiere a la ocupación de los padres ($\chi^2_3 = 4.061$; $p = .241$).

En cuanto al nivel de estudios de las madres se aprecia que en el grupo TDAH hay más madres con nivel de graduado escolar, y por otra parte más madres con nivel universitario. Los análisis estadísticos revelan diferencias significativas entre los dos grupos ($\chi^2_3 = 9.317$; $p = .025$). En lo referente a la

ocupación los porcentajes son similares, los análisis no muestran diferencias significativas ($\chi^2_3 = 1.381$; $p = .723$).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra (N=153)

	Grupo TDAH (N= 114)	Grupo control (N=53)
Características de los niños		
Edad niños (media)	9.18	8.26
Sexo		
Niños (%)	81.6	64.2
Niñas (%)	18.4	35.8
Procedencia		
Comunidad Valenciana (%)	71.1	
Cataluña (%)	9.6	100
Palma de Mallorca (%)	9.6	
Oviedo (%)	9.6	
Subtipo TDAH		
Inatento (%)	25.4	
Combinado (%)	74.6	
Adopción (%)	8.8	1.9
Características de los padres		
Edad padre (media)	42.8	41.2
Nivel de estudios		
Graduado (%)	43.9	37.7
Bachiller/FP (%)	23.7	32.1
Diplomatura (%)	8.8	15.1
Licenciatura (%)	23.7	15.1
Desempleo (%)	3.50	1.9
Características de las madres		
Edad madre (media)	40.6	39.1
Nivel de estudios		
Graduado escolar (%)	38.6	28.3
Bachiller/FP (%)	30.7	54.7
Diplomatura (%)	17.5	11.3
Licenciatura (%)	13.2	5.7
Desempleo (%)	28.9	33.9
Tipología de las Familias		
Monoparental (%)	9.6	11.3
Reconstituida (%)	7.9	5.7
Dos progenitores (%)	82.5	83
Número de hermanos (media)	1.07	1.17
Figura de crianza		
Madre (%)	61.9	60.4
Ambos (%)	35.4	32.1
Otros (%)	2.7	4.2

Tal como se puede apreciar en la tabla 1 en la que aparecen reflejadas las características sociodemográficas de la muestra, podemos observar que la media de edad de los padres y madres de la muestra también son similares,

los padres del grupo TDAH tienen una edad media de 42.8 años frente a 41.2 años los padres del grupo control. Las madres del grupo TDAH tienen una media de edad de 40.6 años frente a 39.1 años las del grupo control.

Finalmente, los datos de la estructura familiar muestran que tanto el grupo TDAH como el grupo control, pertenecen en su mayoría (y respectivamente) a una familia nuclear formada por dos progenitores, el 82.5% en el grupo TDAH y el 83% en el control. Tampoco existen diferencias respecto al número de hermanos, la media es prácticamente la misma, 1.07 del grupo TDAH frente a 1.17 en el control.

El único valor diferencial que cabe mencionar es el porcentaje superior de hijos adoptivos en el grupo TDAH (8.8%) frente al grupo control (1.9%). La mayor proporción de hijos adoptivos en los grupos de TDAH no son un hallazgo raro en los estudios de familias (p.e. Hinshaw, 2002) y podría estar apuntando indirectamente a la influencia de factores medioambientales en la etiología del trastorno. En conjunto, y salvo la proporción de adopción, podemos concluir que las muestras incluidas en los dos grupos son muy similares.

3.3.2. Instrumentos de evaluación

a) *Entrevista semiestructurada a padres* (Miranda y Grau, 2002. Ver anexo 7.1) Con el fin de poder obtener datos relevantes del niño TDAH confeccionamos una entrevista de diagnóstico semiestructurada que permite obtener información de los padres sobre una amplia gama de tópicos relacionados con el trastorno. Tras realizar un análisis de la bibliografía sobre el tema, se incluyeron cuestiones sobre aspectos que pueden influir de algún modo en el TDAH y son útiles para complementar la exploración del niño con TDAH.

Consta de 71 preguntas predeterminadas y estandarizadas, con el fin de aumentar la confiabilidad y disminuir la probabilidad de que un entrevistador distinto llegue a conclusiones diferentes. La duración aproximada de la entrevista, teniendo en cuenta las peculiaridades en la respuesta de los padres, oscila entre 30 y 40 minutos aproximadamente.

Las preguntas de la entrevista se agrupan en las siguientes áreas de interés: datos sociodemográficos de la familia y estructura familiar, desarrollo prenatal y perinatal, desarrollo de la primera infancia, características temperamentales y problemas asociados, antecedentes de psicopatología familiar y problemas psicoemocionales en los padres, relaciones familiares y apoyos (familiares y sociales), percepción del problema y expectativas de ajuste, papel de la familia en la detección, diagnóstico y tratamiento del TDAH, historia académica, recursos y actividades extraescolares y relación de los padres con la escuela.

A pesar de la riqueza de datos que aporta el instrumento elaborado para este trabajo de investigación, debemos ser conscientes de que, cuando solicitamos información retrospectiva, como es el caso de cualquier entrevista, debemos confiar en la memoria del sujeto (en este caso los padres) y esta puede ser, en ocasiones, inexacta ya que uno recuerda los eventos en base a sus propias experiencias y percepciones.

Para explorar la existencia de trastornos asociados, se incluyeron en la entrevista los ítems del *Inventario de síntomas para niños y adolescentes Stony Brook* (Gadow y Srafkin, 1995) referidos al trastorno negativista. Dicho inventario mide los síntomas conductuales, afectivos y cognitivos de psicopatologías del niño y adolescente basándose en el Manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la APA (DSM-IV, 1994). Concretamente el inventario recoge 10 categorías de las cuales nosotros sólo utilizamos la B que a continuación se describe:

-*Trastorno negativista desafiante (categoría B)*, cuya característica esencial es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las personas de autoridad, que persiste al menos durante 6 meses. Esta categoría está formada por 8 ítems, de los cuales el sujeto debe presentar 4 para que el diagnóstico se considere positivo. Las madres indicaban en una escala de 4 puntos si el síntoma estaba presente “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “muy a menudo”

b) *Escala de Paternidad* (Arnold, O’Leary, Wolff, y Acker, 1993; adaptación Grau y Miranda 2003. Ver anexo 7.2.). Se trata de una escala de evaluación diseñada para medir las prácticas disfuncionales de disciplina en los padres. La escala consta de 30 ítems en los que se presenta a los padres conductas usuales de crianza. Los padres debe situar su respuesta entre dos opciones opuestas en una escala de siete puntos tipo Likert, en la que la puntuación de 1 indica una alta probabilidad de utilizar una estrategia de disciplina eficaz y la puntuación de 7 indica una alta probabilidad de utilizar estrategias de disciplina ineficaces, para que el padre se sitúe entre una y otra.

Es una escala de autoinforme que proporciona una valoración rápida de las estrategias de disciplina. La puntuación de disciplina total refleja el estilo general de eficacia en las prácticas de disciplina. Las puntuaciones altas en la escala reflejan prácticas de disciplina disfuncionales y las puntuaciones bajas reflejan el uso de prácticas de disciplina adecuadas.

La prueba contiene tres subescalas que se corresponden con tres estilos incoherentes de disciplina:

1.- Padres con un estilo de *disciplina permisiva*, o flojos: son aquellos padres poco exigentes y con poco control sobre sus hijos, que ceden o se muestran incoherentes al reforzar el comportamiento inadecuado de sus hijos.

2.- Padres que reaccionan con un exceso de frustración, irritabilidad y enfado, Se asocia a un estilo de *disciplina autoritaria*.

3.- Padres con *palabrería excesiva* (que advierten, reprochan, recriminan) a pesar de su ineficacia y además proporcionan un refuerzo potencial ya que mantienen la atención a la conducta inadecuada del niño.

Estudios recientes como el realizado por Harvey y colaboradores en 2001 han validado esta escala para padres de niños con TDAH y el análisis factorial ha revelado la existencia de dos factores significativos: el factor de sobreactividad y el factor de permisividad.

c) *Índice de Estrés parental. PSI* (Abidin, 1990; adaptación Grau y Miranda 2004. Ver anexo 7.3). Es una escala que mide la tensión parental, considerando que la tensión que experimentan los padres está en función de ciertas características del niño (temperamento, nivel de exigencias refuerzo que ofrece a sus padres, etc) y de las características de los padres (nivel de competencia parental, relación conyugal, depresión).

La escala consta de 101 ítems divididos en 6 subescalas que miden las características del niño y 7 subescalas que miden las características de los padres. Además existen 18 ítems adicionales que hacen referencia a posibles fuentes de estrés de la vida de los últimos 12 meses. Los padres responden en una escala de 5 puntos tipo Lickert que oscila entre “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Las distintas subescalas, por sí mismas, pueden ayudar a identificar fuentes específicas de estrés.

Escalas de las Características del niño (Dominio del niño):

Estas subescalas hacen referencia a las características de los niños que hacen difícil para los padres cumplir su papel de padres. Cuando la puntuación de la escala de dominio de niño es elevada comparada con la de dominio del padre, la interpretación que puede hacerse es que las características del niño son los factores que contribuyen principalmente a la tensión global en el sistema de relación padre-niño.

1. *Distraibilidad-Hiperactividad*. Esta subsescala hace referencia a niños que presentan conductas asociadas con el TDAH: reacción excesiva, inquietud, distracción, periodos de atención cortos, parece que no escuchan, no consiguen terminar las cosas que empiezan, y presentan dificultad para concentrarse en las tareas que se le asignan. (p.e. “Comparado con los demás niños, mi hijo tiene más dificultad para concentrarse y prestar atención”)

2. *Adaptación del niño/ Adaptabilidad*: muestra cómo el niño se adapta a los cambios y transiciones. Las puntuaciones altas en esta área están asociadas con la incapacidad del niño para ajustarse a los cambios en su ambiente físico o social (dificultades de insumisión, evitación de extraños, reacción exagerada a los cambios, a las rutinas, dificultad en tranquilizarse, etc.), todo ello hace que las funciones parentales sean más difíciles. (p.e. “Establecer el horario de sueño y de comidas de mi hijo ha sido más costoso de lo que yo esperaba.”)

3. *Refuerzo paterno* (sentimiento de ser recompensado por su hijo): el padre que obtiene puntuaciones altas en esta subsescala significa que no experimenta a su hijo como una fuente de refuerzo positivo. Las interacciones entre el padre y el niño no le producen buenos sentimientos, el padre puede sentirse rechazado por el niño. La ausencia de refuerzo del niño amenaza el vínculo del padre con el niño.

La causa de las puntuaciones altas puede ser debida a que el niño tiene problemas en su capacidad de respuesta debido a problemas orgánicos, neurológicos o de depresión, o también puede deberse a que el padre interpreta mal, es incapaz de entender al niño correctamente o está deprimido y proyecta respuestas negativas hacia el niño (p.e “Mi hijo raramente hace cosas por mí que me hacen sentir bien”).

4. *Demandas, exigencias, dificultades del niño*: las puntuaciones altas en esta área se producen cuando el padre experimenta que el niño le supone muchas demandas, exigencias o dificultades. Las demandas pueden venir de fuentes diversas, como estar siempre llorando, estar siempre encima de los

padres, pedir frecuentemente ayuda, o presentar frecuentemente problemas menores de conducta. Las puntuaciones altas se pueden dar en niños que son muy dependientes, que no han conseguido la individuación, niños con problemas de ansiedad de separación, problemas de relación con los pares, etc. Esta fuente de tensión puede verse aumentada cuando el padre asume un compromiso excesivo en la crianza y pretende ser un padre ejemplar, o en padres jóvenes. (p.e: “Mi hijo ha resultado ser más problemático de lo que había imaginado”).

5. *Humor negativo del niño*: Esta subescala está asociada con niños cuyas manifestaciones afectivas evidencian un trastorno. Estos niños se muestran infelices y deprimidos, lloran frecuentemente, y no dan señales de felicidad. El lloro reflejado en esta escala es diferente de los quejidos de dependencia reflejados en las puntuaciones altas de la escala del nivel de demandas. Puntuaciones extremas pueden indicar un deterioro en la relación maternal con el niño o la no disponibilidad y/o ausencia paterna debido a problemas de los padres como alcoholismo o abuso de drogas. (p.e “Mi hijo llora o se alborota más a menudo que la mayoría de los niños”).

6. *Aceptabilidad del niño*: se producen puntuaciones altas en esta área cuando el niño posee características físicas, intelectuales, y emocionales que no coinciden con las expectativas que los padres tienen de él. En otras palabras que su hijo no es tan atractivo, inteligente, o agradable como el padre había esperado. Se produce una atadura pobre o de rechazo que puede, consciente o inconscientemente, originar problemas en la relación del padre con el hijo. (p.e: “Mi hijo hace cosas que me preocupan bastante”).

Escalas de dominio parental (Dominio del padre):

Las puntuaciones altas en las subescalas de Dominio paterno sugieren que las fuentes de tensión y las disfunciones paternofiliales pueden relacionarse con aspectos del funcionamiento de los padres. Aunque desde un punto de vista sistémico se reconoce el aspecto interactivo de la relación

padres-niño, es posible analizar ciertos aspectos de los padres que son independientes. En estas escalas se evalúan aspectos de los padres que pueden ser fuente de tensión.

1. *Depresión*: las puntuaciones altas en esta escala sugieren la presencia de depresión en el padre. Esta depresión le puede ocasionar una dificultad para movilizar la energía psíquica y física necesaria para llevar a cabo las responsabilidades parentales. Hay algunos ítems de la escala que se relacionan con la culpa y los sentimientos de infelicidad que, aunque a menudo se asocia con la depresión, puede responder principalmente a un descontento consigo mismo y las circunstancias de la vida y puede que no señale una depresión clínicamente significativa (p.e “Hay pocas cosas que me preocupen sobre mi vida”).

2. *Competencia parental*: evalúa el sentido de competencia de los padres en relación a su papel como padres. Se trata del grado de conocimiento en el manejo de la conducta de los niños, en la toma de decisiones respecto a qué, cómo y cuando y en la disciplina del niño. Consiguen altas puntuaciones aquellos padres que no poseen un conocimiento práctico del desarrollo del niño o que poseen un rango limitado de habilidades de manejo del niño. Padres que no encuentran el papel de padre reforzante, tal y como ellos habían esperado (p.e “He tenido muchos más problemas en educar a mi hijo de lo que imaginaba”).

3. *Ataduras o restricciones en el rol parental*: las puntuaciones altas en esta subescala sugiere que los padres experimentan que su rol paternal restringe su libertad y se frustran en sus esfuerzos por mantener su propia identidad. Los padres se ven como si estuvieran controlados y dominados por las demandas y necesidades de sus hijos (p.e. “Me siento atrapado en mis responsabilidades como padre”).

4. *Aislamiento*: refleja padres que frecuentemente se aíslan socialmente, tanto de sus amigos, parientes, como de otros apoyos emocionales. En muchos casos, las relaciones con sus esposos son distantes y carecen de

apoyo en sus tareas de crianza. El aumento de apoyo social pueden bajar los niveles del estrés (p.e. “Me siento solo y sin amigos”).

5. *Proximidad*: la presencia de una puntuación alta en esta subescala hace pensar en dos posibles fuentes de trastorno: la primera puede ser que el padre no sienta una proximidad emocional al niño y esta ausencia de vinculación emocional se puede reflejar en una interacción paternofilial fría, la segunda puede ser una incapacidad del padre real o percibida, para observar y entender los sentimientos y/o necesidades del niño con precisión. Los padres que obtienen altas puntuaciones es frecuente que muestren bajos niveles de supervisión paternal y vigilancia respecto a la conducta de su hijo (p.e. “Esperaba tener sentimientos más profundos y de mayor afecto hacia mi hijo de los que tengo y esto me preocupa”).

6. *Salud*: las puntuaciones altas manifiestan un problema de salud paternal que puede ocasionar una tensión adicional independiente en la relación padre-hijo (p.e. “Desde que tengo a mi hijo”: 1. He estado muchas veces enfermo, 2. No me he sentido bien, 3. No he notado ningún cambio en mi salud, 4. He estado más sano”).

7. *Relación Conyugal*: los padres que obtienen altas puntuaciones en esta subescala son padres que no tienen apoyo emocional y activo del otro en el cuidado del niño. En algunos casos, esto se relaciona con una visión estricta del rol sexual en el cuidado del hijo, se considera que la madre ejerce el papel de cuidado del niño y el padre el del trabajo. En la mayoría de los casos, la relación entre la pareja es negativa y la falta apoyo mutuo en el cuidado del niño, es un síntoma de relación disfuncional. En general, el padre del sexo opuesto no mantiene una relación de compañerismo y no acepta voluntariamente las responsabilidades paternas. Estudios sobre relación entre ajuste matrimonial y conducta parental sugieren que el apoyo del marido, y la aceptación del rol parental, puede jugar un papel importante en la reducción del estrés maternal de crianza (p.e. “Tener un hijo ha ocasionado más problemas de los que yo había imaginado en mi relación de pareja”).

Las diferentes subescalas del PSI muestran un alto grado de consistencia interna variando los coeficientes de las distintas escalas en un rango que oscila entre .70 y .84. También posee un aceptable grado de validez. Esta escala ha sido utilizado en numerosas investigaciones sobre estrés parental ocasionado por la crianza del niño con TDAH (Beck, Young y Tarnowski, 1990; Byrnes, 2003; Cleveland, 1999; Markham, 2001).

3.3.3. Procedimiento

Las madres de Asociaciones de niños con TDAH de diferentes regiones de España y varios Servicios Psicopedagógicos fueron invitadas a participar en la investigación. Se les informó que la evaluación iba a consistir en una entrevista para recabar datos referentes a la historia evolutiva de su hijo y otros aspectos sociofamiliares, un cuestionario que evaluaba métodos de disciplina y una escala para medir el grado de estrés parental. También se les informaba de la confidencialidad de los datos y de la utilización de éstos para una investigación sobre la crianza del niño con TDAH.

El pase de pruebas, dado el volumen de la entrevista y de la escala de estrés parental (PSI) se realizaba en dos sesiones. La entrevista de diagnóstico ha sido efectuada en la mayoría de los casos por la persona que ha llevado a cabo el estudio empírico, excepto la realizada en otras ciudades en las que los psicólogos de las Asociaciones colaboraron en su realización. La duración aproximada de la entrevista, teniendo en cuenta las peculiaridades en la respuesta de los padres, ha oscilado entre 40 y 50 minutos aproximadamente. Posteriormente en una segunda sesión se llevó a cabo el pase de los otros dos cuestionarios, la Escala de Paternidad y el PSI con una duración aproximada de 50-60 minutos. Se excluyeron los casos en los que las madres mostraban resistencias a intervenir o no estaban disponibles, o

aquellos casos en los que el diagnóstico del niño no estaba confirmado clínicamente. Sólo se incluyeron en el estudio las familias que habían completado todas las pruebas.

3.3.4. Análisis estadísticos

Se han realizado análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. En cuanto a los estadísticos descriptivos se incluyen los cálculos de frecuencias relativas y absolutas, así como los estadísticos de descripción de la tendencia central y la variabilidad. Adicionalmente, para presentar los resultados, se han realizado gráficas donde ha sido necesario.

Para estudiar las relaciones entre las variables cualitativas, se han empleado pruebas de chi-cuadrado, atendiendo a las oportunas correcciones de Bonferroni, para controlar errores de tipo I.

Para realizar las comparaciones entre los grupos en variables cuantitativas, se han realizado análisis de varianza multivariantes (MANOVAS), seguidos, en los casos necesarios, por análisis de varianza univariante. Se calcularon los tamaños del efecto mediante η^2 -cuadrado.

Todos estos análisis se han realizado en el paquete estadístico SPSS versión 12 (Norusis, 2003).

Para evaluar la capacidad predictiva de un conjunto de variables sobre los estilos de disciplina, así como evaluar el papel mediador del estrés parental, se han empleado modelos de ecuaciones estructurales con variables observables. Estos modelos se han calculado en el paquete estadístico EQS versión 6.1 (Bentler, 1995).

4. RESULTADOS

Para facilitar la comprensión del análisis de los resultados de nuestra investigación se van a presentar los mismos de acuerdo con cada uno de los objetivos que planteamos antes de su inicio. Consecuentemente comenzaremos analizando los resultados obtenidos relacionados con el primero de nuestros objetivos.

4.1. Analisis de las características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH

Se analizaron: factores prenatales y perinatales, historia psicopatológica familiar, desarrollo de la primera infancia (lactancia, sueño, alimentación, control de esfínteres, lenguaje y malhumor), temperamento y problemas de TOD asociado. Para analizar la posible existencia de diferencias significativas se ha realizado la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson.

Historia psicopatológica familiar. La tabla 2 recoge los resultados de los antecedentes psicopatológicos encontrados en los parientes de primer grado: padres, abuelos, hermanos o tíos de los niños con TDAH y niños del grupo control de nuestra muestra.

Tabla 2. Historia psicopatológica familiar

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Hiperactividad	21	18.4	0	0	11.16	.001**
Otros trastornos familiares:						
Depresión	23	20.2	5	9.4		
Retraso mental	8	7	0	0		
Esquizofrenia	3	2.6	3	5.7	12.68	.010**

**p < .01 *p < .05

El grupo TDAH obtiene un porcentaje mayor de antecedentes familiares tanto de hiperactividad como de otros trastornos psiquiátricos, observándose

diferencias significativas como cabía esperar en el grupo con TDAH en los antecedentes familiares de hiperactividad ($\chi^2 = 11.16$; $p < .001$). También aparecen diferencias significativas en el grupo TDAH respecto a los antecedentes de otros trastornos psiquiátricos familiares como retraso mental, depresión o esquizofrenia, que suponen un 29.8% de los padres de niños TDAH frente al 15.1% del grupo control ($\chi^2_4 = 12.618$; $p < .01$).

Factores prenatales y perinatales. En lo que se refiere a los factores de riesgo prenatal se analizaron: las enfermedades padecidas por la madre durante el embarazo (diabetes, hipertensión toxoplasmosis), consumo de tóxicos (alcohol) y otros problemas prenatales. Respecto a los factores de riesgo perinatal se analizaron: cesárea, parto prematuro, parto prolongado, uso de fórceps, y anoxia.

Tabla 3 . Factores de riesgo prenatal y perinatal

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Problemas embarazo						
Enfermedades	15	13.2	1	1.9	9.547	.022*
Consumo tóxicos	3	2.6	0	0		
Otros	11	9.6	2	3.8		
Problemas perinatales						
Cesárea	24	21.1	9	17	5.320	.078
Otros	28	24.6	6	11.3		
Anomalías nacimiento	19	16.7	7	13.2	.0329	.372

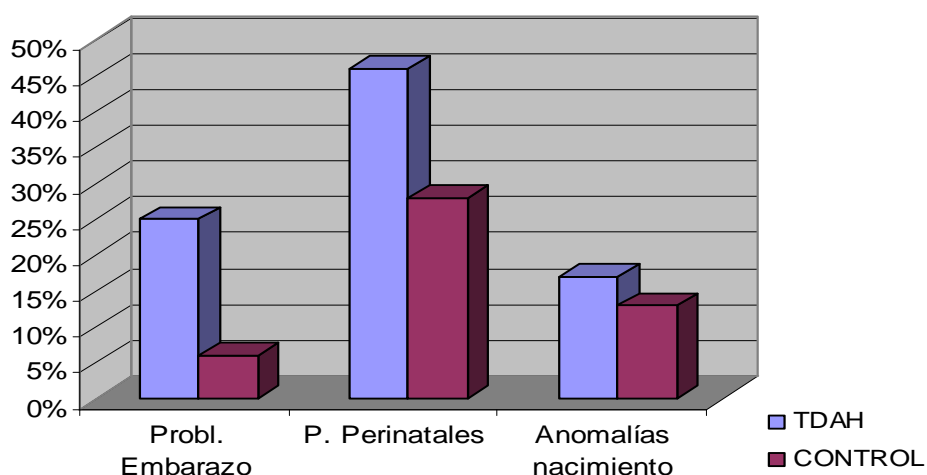
**p < .01 *p < .05

Al analizar las diferencias entre los dos grupos en los problemas ocasionados durante el embarazo (ver tabla 3) se encontró mayor número de problemas en el grupo TDAH (25.4% frente al 5.7%), alcanzando una significación estadística $\chi^2_3 = 9.547$; $p < .05$.

Respecto al análisis de los problemas en el parto, aunque se observa un porcentaje mayor de problemas en el grupo de niños TDAH (45.7% frente al 28.3 %) éstos no alcanzan la significación estadística. Curiosamente se constata un gran número de cesáreas en los dos grupos, que puede deberse a la tendencia a utilizar cada vez más este tipo de intervención en nuestro país.

Al analizar las anomalías que presentan los niños al nacer, los resultados revelaron que existe una mayor frecuencia de anomalías en el grupo TDAH (hipotonía muscular, convulsiones, luxación de caderas, desnutrición y problemas cardíacos), en un 16.7% frente a 12.2% aunque no se alcanzaron diferencias significativas.

Figura 1. Factores de riesgo prenatal y perinatal del niño con TDAH



Desarrollo de la primera infancia de los niños con TDAH. Con respecto a las características temperamentales que se manifiestan en el desarrollo de la primera infancia de los niños de nuestra muestra, al aplicar el análisis estadístico χ^2 se observan los resultados que aparecen en la tabla 4. En ella puede observarse que los niños con TDAH presentan un porcentaje mayor de problemas que los del grupo control en una serie de aspectos de su desarrollo:

lactancia 14% frente al 5.7%; problemas de sueño 43.9% frente al 13.2%; rutinas de sueño 45.6% frente al 15.1%; horarios de sueño 43% frente al 18.9%; llanto 39.5% frente al 13.2%; malhumor 25.4% frente al 1.9%; dificultades de alimentación 19.3% frente al 1.9%; rutinas de alimentación 31.6% frente al 9.4%.; retraso en el control de esfínteres día 21.1% frente a 5.7%; retraso en el control de esfínteres noche 28.1% frente a 11.3%;retraso en el control de heces 17.5% frente a 5.7%; retraso en la adquisición del habla 25.4% frente a 9.4% y un mayor número de accidentes en la primera infancia que suponen un 18.4% frente al 1.9%.

Tabla 4. Desarrollo de la primera infancia

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Problemas de lactancia	16	14	3	5.7	2.52	.126
Problemas de sueño	50	43.9	7	13.2	15.12	.000**
Problemas hábitos sueño	52	45.6	8	15.1	14.64	.000**
Problemas horas de sueño	49	43	10	18.9	9.21	.003**
Llanto	45	39.5	7	13.2	11.64	.001**
Malhumor	29	25.4	1	1.9	13.62	.000**
Dificultades alimentación	22	19.3	1	1.9	9.03	.003**
Dif. rutinas alimentación	36	31.6	5	9.4	9.58	.002**
Control esfínteres día						
Antes 3 años	90	78.9	50	94.3		
3 ó más	24	21.1	3	5.7	6.32	.012*
Control esfínteres noche						
Antes de 3	82	71.9	47	88.7		
Después de 4	22	19.3	4	7.5	5.78	.058*
Todavía no	10	8.8	2	3.8		
Control heces						
Antes 3 años	94	82.5	50	94.3		
3 o más	20	17.5	3	5.7	4.30	.052*
Primeras frases						
Antes 3 años	85	74.6	48	90.6		
3 o más	29	25.4	5	9.4	5.72	.022*
Accidentes	21	18.4	1	1.9	8,65	.006**

**p < .01 *p < .05

Al aplicar el estadístico de contraste Chi cuadrado, alcanzan la significación estadística las siguientes variables: problemas de sueño ($\chi^2_1 = 15.12$; p < .001),

problemas en la adquisición de las rutinas y horarios de sueño ($\chi^2_1 = 14.64$; $p < .001$), horas de sueño ($\chi^2_1 = 9.21$; $p < .01$), dificultades de alimentación ($\chi^2_1 = 9.03$; $p < .01$), en la adquisición de rutinas de alimentación ($\chi^2_1 = 9.58$; $p < .01$), malhumor ($\chi^2_1 = 13.62$; $p < .001$), retraso en el control de esfínteres día ($\chi^2_1 = 6.32$; $p < .05$), retraso en la adquisición del habla ($\chi^2_1 = 5.72$; $p < .05$) y accidentes que padecen los niños en la primera infancia ($\chi^2_1 = .865$; $p < .01$). Cercano a la significación estadística encontramos el control de esfínteres nocturno ($\chi^2_1 = 5.78$; $p = .058$) y el retraso en el control de heces ($\chi^2_1 = 4.30$; $p = .052$).

En los dos gráficos que aparecen a continuación aparecen reflejadas estas diferencias en el desarrollo entre el niño con y sin TDAH en sus primeros años de vida.

Figura 2. Perfil de desarrollo del niño con y sin TDAH

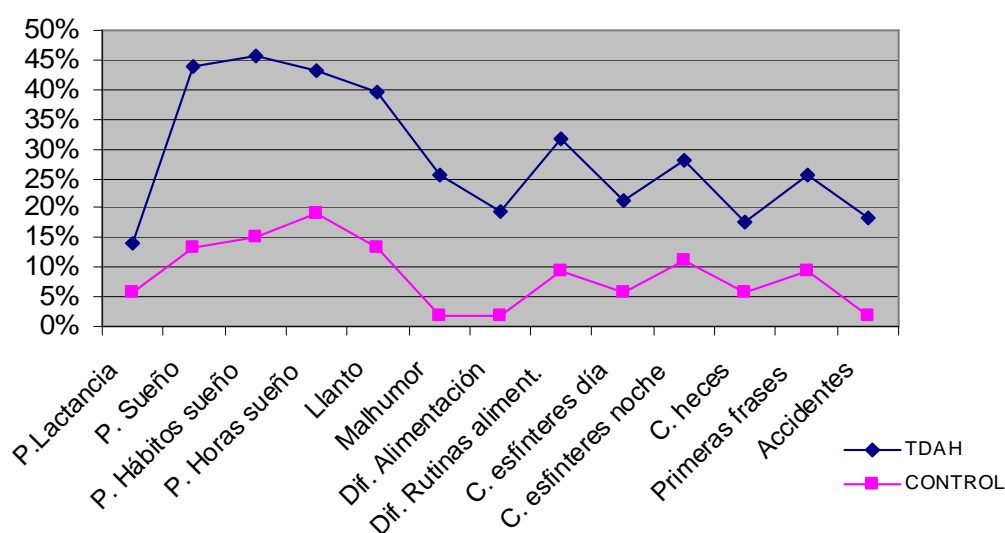
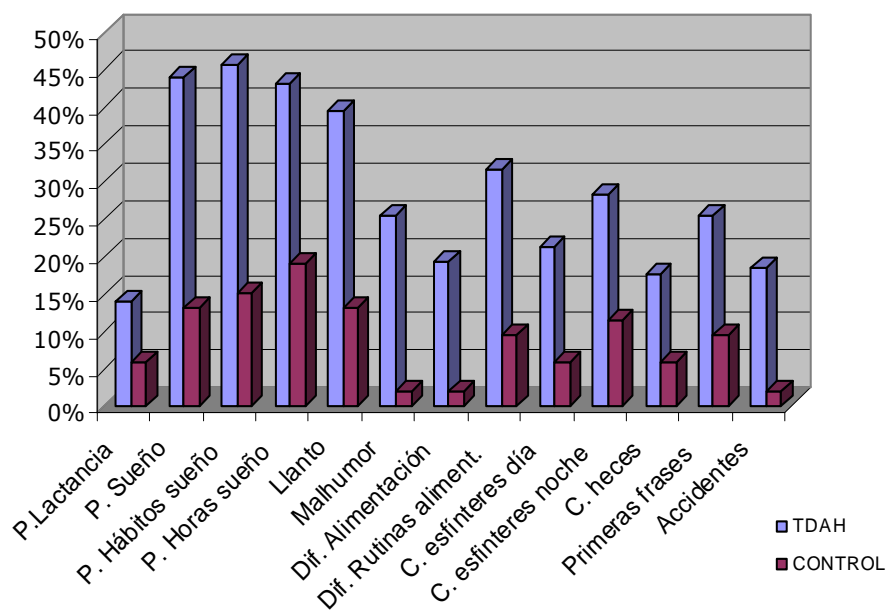


Figura 3. Perfil de desarrollo del niño con y sin TDAH



Características temperamentales y problemas de TOD asociados al TDAH. De los problemas asociados que se exploraron mediante la entrevista elaborada,- bebé difícil y trastorno oposicionista desafiante-, cabe destacar también una mayor proporción de características temperamentales adversas y problemas asociados en el grupo TDAH. Nuestros resultados ponen de manifiesto que un 32.5% de los casos de niños con TDAH presentan asociado trastorno oposicionista desafiante, frente al 1.9% del grupo control. Al realizar el análisis estadístico χ^2 se evidencian claras diferencias significativas ($\chi^2_1=19.235$; $p < .001$).

Por otro lado, los padres consideran que su hijo fue un bebé con un temperamento difícil en un 47.4% de los casos en el grupo TDAH, mientras en el grupo control sólo lo consideran así en un 5.7%. Esta variable también alcanza la significación estadística ($\chi^2_1=27.994$; $p < .001$) entre los dos grupos.

Historia académica, recursos educativos específicos y actividades extraescolares. Para analizar la historia académica de los niños TDAH se han explorado las variables: número de colegios en los que han estado escolarizados, repetición de curso, aula de apoyo y la necesidad de apoyo educativo extraescolar.

Tabla 5. Historia académica, recursos educativos

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Cambios de colegio	29	25.5	1	1.9	13,65	.002**
Repetición de curso	21	18.4	1	1.9	8,65	.006**
Aula de apoyo	67	58.8	3	5.7	41,92	.000**
Apoyo educativo extraescolar	29	25.4	6	11.3	4,35	.042*

**p < .01 *p < .05

Al realizar el análisis estadístico Chi-cuadrado se observa que existen diferencias significativas ($\chi^2_3=13.656$; $p < .01$) en el número de cambios de colegio (25.5% de los casos en el grupo TDAH frente a un 1.9% en el grupo control). Hay que señalar además que en el grupo TDAH existe un 3.5% de niños que han tenido que cambiar 2 veces de colegio y un 1.8% que han tenido que cambiar hasta 3 veces. Este número de cambios no ha aparecido en ningún caso en el grupo control (ver tabla 5).

En los apoyos educativos que se le pueden ofrecer a un niño con problemas de aprendizaje: aula de apoyo, apoyo educativo extraescolar e incluso repetición de curso, en todos ellos existe una notable diferencia entre los dos grupos alcanzando en los tres recursos la significación estadística. Así el grupo TDAH repite curso un 18.4% de los casos frente a los niños del grupo control que sólo repite un 1.9% ($\chi^2_1=8.65$; $p < .01$); respecto a la asistencia al aula de apoyo se observa que los niños con TDAH asisten en un 58.8% de los casos frente a los niños del grupo control en los que asisten un 5.7% ($\chi^2_1 =$

41.92; $p < .001$). Igualmente hay que señalar que necesitan apoyo educativo extraescolar un 25.4% de niños TDAH frente a 11.3% del control ($\chi^2_1 = 41.92$; $p < .001$).

También se ha estudiado la relación de los padres con la escuela, su implicación y su colaboración en el seguimiento de los deberes. El resumen de los resultados se presenta en la tabla 6.

Tabla 6. Colaboración familia- aprendizaje

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Relación con escuela						
Ninguna	7	6.1	1	1.9	6.48	.089
Continuada	61	53.5	29	54.7		
Una al mes	27	23.7	7	13.2		
Menos de 1 al mes	19	16.7	16	30.2		
Colaboración deberes						
No colaboran	7	6.1	1	1.9	5,79	.103
Supervisión diaria	81	71.1	32	60.4		
Cuando lo pide .	25	21.9	20	37.7		
Cuando problemas	1	.9	0	0		
Colaboración programas						
No colaboran	10	8.8	2	3.8	1.40	.520
Cuando se les cita	67	58.8	32	60.4		
Cuando problemas	37	32.5	19	35.8		

**p < .01 *p < .05

Como puede comprobarse tanto los padres del grupo TDAH como los padres del grupo control mantienen una relación continuada con la escuela, 53% y 54.7% respectivamente. No se evidencia por tanto una diferencia significativa.

Tampoco existen diferencias sustanciales en cuanto a la implicación de los padres en los deberes, el 71.1% de los padres TDAH supervisan diariamente los deberes frente al 60.4% del grupo control. Respecto a la implicación de los padres en los programas que se inician para mejorar su comportamiento o su aprendizaje tampoco se evidencian diferencias significativas entre los dos

grupos. Acuden cuando se les cita o cuando hay problemas en un 91.3% frente al 96.2%.

Otro de los aspectos que analizamos en nuestra investigación ha sido la participación en actividades extraescolares, su grado de implicación y los posibles problemas que pueda presentar debido a su comportamiento.

Tabla 7. Actividades extraescolares

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Actividades extraescolares						
Deporte	69	60.5	28	52.8	1.61	.447
Otros	17	14.9	12	22.6		
Grado de integración						
Bien integrado	66	57.9	39	73.6	11.29	.003**
No integrado	21	18.4	0	0		
Cambios en actividades						
1 cambios	9	7.9	1	1.9	12.61	.005**
2 cambios	6	5.3	0	0		
3 o más cambios	12	10.5	0	0		

**p < .01 *p < .05

En la tabla 7 aparecen los resultados de las diferencias de los dos grupos en cuanto a las actividades extraescolares. Se evidencia que el grupo TDAH realiza actividades en un 75.4% de los casos al igual que el grupo control, aunque el tipo de actividades es diferente, principalmente realiza deporte en un 60.5% de los casos frente a un 52.8% de los niños del grupo control. Por otra parte los niños del grupo control realizan otro tipo de actividades como música, informática o idiomas en un 22.6%, frente al 14.9% en los niños TDAH.

Además hay que señalar que se observan diferencias significativas en el grado de integración en las actividades, de forma que el grupo de niños TDAH se encuentran bien integrados sólo el 57.9% de los casos frente al 73.6% de los casos del grupo control ($\chi^2=11.29$; p <.01). Un 42,1% de los niños TDAH

presentan importantes problemas en su integración en las actividades extraescolares: se pelea, no hace caso del profesor etc., llegando en algunos casos a tener que cambiar de actividad en más de una ocasión. Estos cambios en cuanto a las actividades extraescolares de los niños con TDAH son estadísticamente significativos respecto al grupo control ($\chi^2_3=12.61$; $p < .01$).

4.2. Analisis del papel de la familia en la identificación diagnóstico y tratamiento del trastorno, las relaciones familiares y los apoyos en la crianza

En este segundo objetivo nos planteamos analizar los aspectos más relevantes del proceso de diagnóstico y tratamiento de los niños con TDAH. Al estar centrado en variables específicas, los ítems planteados en la entrevista van dirigidos tan solo al grupo TDAH por lo cual no se pueden comparar los datos con el grupo control (Tabla 8).

Tal como aparece reflejado en la tabla, el 57.9% de las madres considera que poseen suficiente información sobre el TDAH y piensa que su hijo logrará un ajuste personal y social igual al de sus otros hijos, frente a un 4.9% que considera que no lo logrará. Por otra parte cabe señalar que el 71.9% de los padres de niños TDAH sospechaba que su hijo presentaba TDAH cuando lo diagnosticaron. y el conocer el diagnóstico de TDAH tranquilizó al 66.7% de los padres.

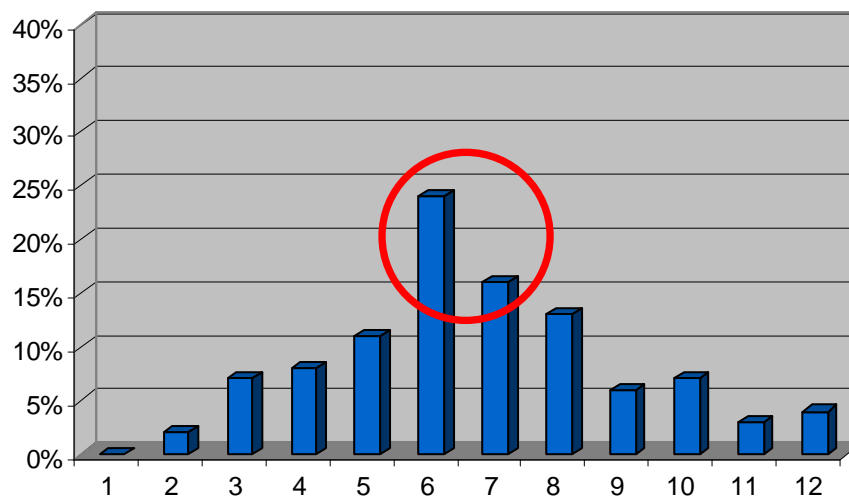
En cuanto a la preocupación sobre el problema del TDAH en sus hijos, el 45% considera que las madres están más preocupadas frente al 50.9% que consideran que ambos por igual (madre y padre).

Tabla 8. Familia diagnóstico y tratamiento

	TDAH	
	N	%
Conocimiento previo TDAH		
Nada o poco	48	42.1
Suficiente o mucha	66	57.9
Expectativas de ajuste		
No ajuste	5	4.9
Si ajuste	6	57.9
No sabe	43	37.7
Expectativa de diagnóstico	82	71.9
Repercusión	76	66.7
Percepción preocupación		
Padre	4	3.5
Madre	52	45.6
Ambos	5	50.9
Edad inicio problema		
Antes de 3 años	50	43.9
3 a 5 años	38	33.3
6 o más	24	21.1
Persona que identifica		
Padres	83	72.8
Maestro	26	22.8
Pediatra	2	1.8
Psicólogo	3	2.6
Profesional que evalúa		
Pediatra	6	5.3
Psiquiatra	16	14
Neuropediatra	55	48.2
Psicólogo	37	32.5
Edad diagnóstico	(\bar{x}) = 6.74	

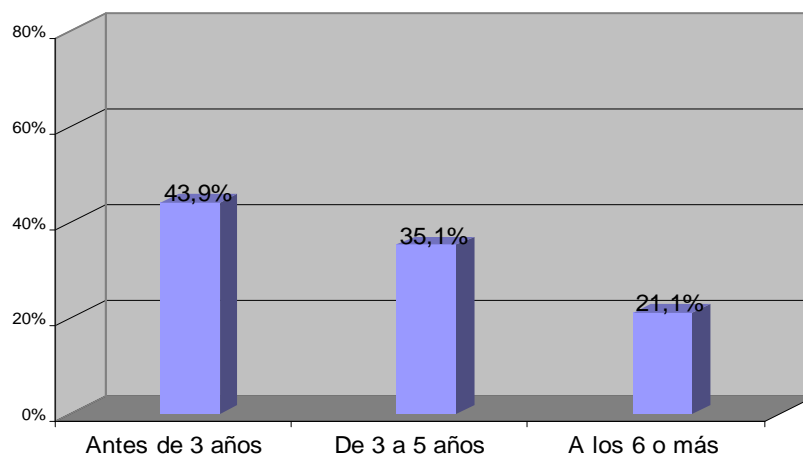
Respecto a la edad del diagnóstico tal y como aparece reflejado en la figura 4, se puede observar que se sitúa entre los 6-7 años de edad (\bar{x} = 6,74 años), mientras que sólo el 1.8% se diagnosticaron a los 2 años y un 4.4% no fueron diagnosticados hasta los 12 años.

Figura 4. Edad de diagnóstico



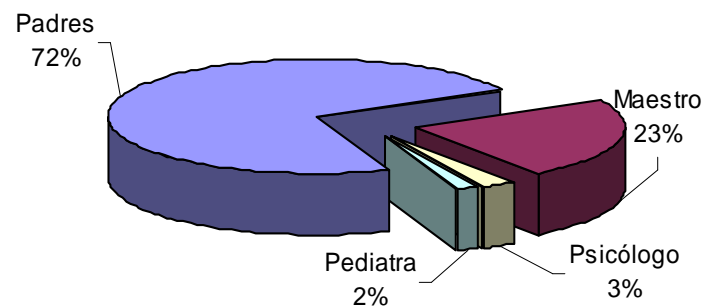
Por otra parte, se observa en la figura 5 que las madres consideran que los síntomas estaban presentes antes de los 3 años en el 43.9% de los casos, de 3 a 5 años el 35.1% y a partir de los 6 años el 21.1%.

Figura 5. Edad de inicio del problema



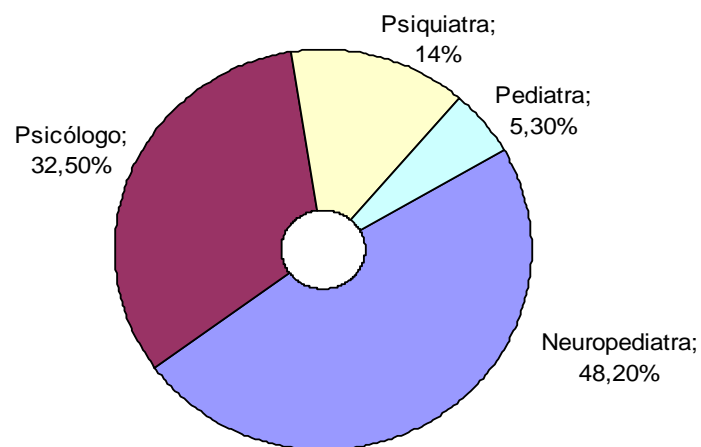
Además tal como se observa en la figura 6 son los padres los que realizan la primera identificación del problema en un 72.8%, seguido de los maestros en un 23%.

Figura 6. Detección del TDAH



Por otra parte hay que señalar que el profesional que diagnostica el TDAH, es el neuropediatra en un 48.2% de los casos y el psicólogo en otro 32.5% de los casos, seguido del psiquiatra en el 14% de nuestra muestra.

Figura 7. Profesional que realiza el diagnóstico del TDAH



También se analizó el tipo de tratamiento que estaban recibiendo los niños TDAH de la muestra así como la consideración que los padres tenían respecto a la supervisión del tratamiento por parte de los profesionales que están tratando a su hijo. Los datos reflejan que un 97.4% de los niños TDAH de la muestra está recibiendo tratamiento, de los cuales el 64% están recibiendo tratamiento combinado, tanto psicológico como farmacológico, seguido del tratamiento solo farmacológico en el 20.2% y solo psicológico en el 13.2% de los casos. Con lo cual podemos afirmar que el 84.2% de los niños con TDAH están recibiendo medicación, este dato es coincidente con el de otros países.

En cuanto a la percepción que tienen las madres respecto a la supervisión del tratamiento, debemos señalar que, un 77.2% considera que la supervisión del tratamiento de su hijo por parte de los profesionales que lo tratan es la adecuada.

Por otra parte, se valoraron las relaciones que el niño mantiene con los miembros de su familia, con el fin de analizar los problemas que ocasiona en el núcleo de convivencia el comportamiento de los niños TDAH.

Tabla 9. Relaciones familiares

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Relación con madre						
Estrecha	94	82.5	51	96.2	7.69	.015*
Indiferente	1	9	1	1.9		
Tensa, rechazo	19	16.7	1	1.9		
Relación con padre						
Estrecha	80	70.2	49	92.5	10.52	.005**
Indiferente	10	8.8	2	3.8		
Tensa, rechazo	24	21.1	2	3.8		
Relación hermanos						
Estrecha	61	53.5	43	81.1	12.66	.001**
Indiferente	7	6.1	0	0		
Tensa, rechazo	46	40.4	10	18.9		

**p < .01 *p < .05

Los resultados que aparecen reflejados en la tabla 9 evidencian que el niño con TDAH presenta en un 25.7% problemas de relación con sus madres (indiferente o tensa), un 29.9% de casos presentan problemas de relación con sus padres y un 46.5% presentan problemas de relación con sus hermanos.

Estas diferencias alcanzan la significación estadística en los tres casos, tanto en la relación que el niño TDAH mantiene con su madre ($\chi^2_2 = 7.697$; $p < .05$), la relación con su padre ($\chi^2_2 = 10.52$, $p < .05$) y la relación que mantiene con sus hermanos ($\chi^2_2 = 12.67$, $p < .001$).

También se estudiaron las variables de apoyo familiar para analizar los apoyos con los que cuenta la familia en la crianza del niño TDAH. (Tabla 10)

Tabla 10. Apoyos familiares y sociales

	TDAH		CONTROL.		χ^2	p
	N	%	N	%		
Apoyo familiar	51	44.7	18	34	1.73	.238
Apoyo amigos	37	32.5	8	15.1	5.54	.024*
Asociaciones	58	50.9	1	1.9	38	.000**

**p < .01 *p < .05

Tal como se observa en la tabla, no existen diferencias significativas en cuanto al apoyo que reciben de la familia. En ambos grupos se cuenta con el apoyo de la familia en la crianza y educación de sus hijos (45% en el grupo TDAH y 34% en el control). No obstante, las familias TDAH buscan el apoyo de los amigos en un 32.5% de los casos, frente al 15.1% y apoyo de asociaciones en un 50.9% de los frente al 1.9%. Alcanzando diferencias significativas en el apoyo que reciben de los amigos ($\chi^2 = 5.54$; $p < .05$), así como los recibidos por parte de alguna asociación ($\chi^2 = 38$; $p < .001$).

4.3. Análisis de los métodos de disciplina de padres de niños con TDAH.

Después de presentar los hallazgos relativos a los aspectos más descriptivos pasamos a presentar los datos que integran el corpus más importante de nuestra investigación, referido al estilo educativo de las madres de niños con TDAH. Nos hemos centrado en las madres ya que, tal como aparece reflejado en los resultados del análisis de la muestra, son la principal figura de crianza.

Para ello nos planteamos en primer lugar analizar las posibles diferencias en cuanto a métodos de disciplina que utilizan las madres en la crianza de los niños TDAH. Se utilizó la Escala de Paternidad que está compuesta por tres factores que se corresponden con tres estilos de disciplina: Permisividad, Sobrereacción y Verbosidad o palabrería.

Se realizó un MANOVA para comparar los estilos de disciplina teniendo en cuenta los dos grupos, TDAH y control sin TDAH. Los análisis muestran diferencias significativas entre los dos grupos ($\Lambda = .893$, $F_{3,161} = 6.41$, $p < .001$, $\eta^2 = .107$), con lo cual se puede afirmar que las madres de los dos grupos actúan globalmente de manera diferente en la crianza de sus hijos. Posteriormente se realizaron ANOVAS Univariantes, cuyos resultados aparecen reflejados en la tabla 11:

Tabla 11. Estilos de disciplina de las madres de niños con TDAH y madres de niños control

	TDAH		CONTROL		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Permisividad	2.76	.76	2,55	.86	2,48	.117	.015
Sobrereacción	3.58	.85	3,04	.80	14,74	.000**	.083
Verbosidad	4.21	.710	4,25	.73	.111	.740	.001

*p < .05, **p < .01

Los resultados ponen de manifiesto que el factor de disciplina que mayores diferencias alcanza entre los dos grupos es el factor de sobrereacción, consiguiendo la significación estadística ($F_{1,163} = 14.74$, $p < .001$, $\eta^2 = .083$). Sin embargo los hallazgos indican que no se encuentran diferencias significativas en el factor de permisividad ($F_{1,163} = 2.48$, $p = .117$, $\eta^2 = .015$) ni en el de Verbosidad ($F_{1,163} = .111$, $p = .740$, $\eta^2 = .001$).

A continuación nos planteamos como objetivo analizar la influencia de las variables sexo, edad, subtipo y presencia de TOD en la actuación parental.

1. Sexo:

Para analizar la diferencia entre estilos de disciplina de madres de niños con TDAH varones y con TDAH mujeres, se realizó un MANOVA. Los resultados ponen de relieve que globalmente no existen diferencias significativas en cuanto a métodos de disciplina entre las madres de niños con TDAH varones y con TDAH mujeres: $\Lambda = .969$, $F_{3,108} = 1.141$, $p = .336$, $\eta^2 = .031$.

A continuación se realizaron ANOVAS univariantes para ver si existían diferencias en los diferentes métodos de disciplina. Los datos aparecen reflejados en la tabla 12:

Tabla 12. Estilos de disciplina de las madres de niños con TDAH en función del sexo

	TDAH VARÓN		TDAH MUJER		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Permisividad	2.70	.76	2.98	.78	2.21	.140	.020
Sobrereacción	3.60	.87	3.45	.72	.611	.436	.006
Verbosidad	4.19	.73	4.29	.61	.274	.602	.002

**p <.01 *p <.05

Tal como puede constatarse, no existen diferencias significativas entre las madres de niños TDAH varones y TDAH mujeres en ninguno de los métodos de disciplina: permisividad ($F_{1,110} = 2.21$, $140 p = .140$, $\eta^2 = .020$), sobrereacción ($F_{1,110} = .611$, $p = .436$, $\eta^2 = .006$), ni en verbosidad ($F_{1,110} = .274$, $p = .602$, $\eta^2 = .002$).

2. Edad

Para analizar la diferencia entre estilos de disciplina de madres de niños con TDAH de edades comprendidas entre 5-9 años y con TDAH de 10 o más años, se realizó un análisis de varianza multivariante. Los resultados ponen de relieve que globalmente no existen diferencias significativas en cuanto a métodos de disciplina entre las madres de niños con TDAH de 5-9 años y con TDAH de 10 o más: $\Lambda = .977$, $F_{3,108} = .862$; $p = .463$, $\eta^2 = .023$.

Posteriormente se llevaron a cabo los ANOVAs para ver las diferencias entre los tres estilos de disciplina.

Tabla 13. Estilos de disciplina de las madres de niños con TDAH en función de la edad

	TDAH (5-9)		TDAH (10 o +)		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Permisividad	2.74	.71	2.78	.85	.077	.782	.001
Sobrereacción	3.58	.81	3.57	.91	.000	.991	.000
Verbosidad	4.13	.72	4.33	.68	2.32	.130	.021

**p <.01 *p <.05

Como puede constarse, tampoco existen diferencias significativas entre las madres de niños con TDAH de 5-9 años y con TDAH de 10 o más en ninguno de los tres estilos de disciplina. Permisividad ($F_{1,163} = .077$, $p = .782$, $\eta^2 = .001$), sobrereacción ($F_{1,163} = .000$, $p = .991$, $\eta^2 = .000$) y verbosidad ($F_{1,163} = .232$, $p = .130$, $\eta^2 = .021$).

3. Subtipo Combinado/ Inatento

Para analizar la diferencia entre estilos de disciplina entre las madres de niños con TDAH inatento y con TDAH combinado, se realizó un MANOVA para ver las diferencias entre los dos grupos. Los resultados obtenidos ponen de relieve que globalmente no existen diferencias significativas: $\Lambda = .947$, $F_{3,108} = 2.014$, $p = .116$, $\eta^2 = .53$. Además se realizaron los ANOVAS Univariantes para ver la significación de cada uno de los estilos de disciplina, cuyos resultados se recogen en la tabla 14.

Tabla 14. Estilos de disciplina de las madres de niños con TDAH en función del subtipo

	G. Inatento		G. Combinado		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Permisividad	2.55	.80	2.82	.75	2.6	.109	.023
Sobrerreacción	3.32	.69	3.66	.88	3.53	.063	.031
Verbosidad	4.18	.53	4.22	.76	.050	.823	.000

**p <.01 *p <.05

Como se puede observar en la tabla tampoco existen diferencias significativas en ninguno de los tres estilos de disciplina: permisividad ($F_{1,110} = 2.6$, $p = .109$, $\eta^2 = .023$), sobrerreacción ($F_{1,110} = 3.53$, $p = .063$, $\eta^2 = .031$) verbosidad ($F_{1,110} = .050$, $p = .823$, $\eta^2 = .001$).

4. TDAH/TOD

Para analizar la diferencia entre estilos de disciplina de madres de niños con TDAH y con TDAH/TOD, se realizó igualmente un MANOVA. Los resultados ponen de relieve que en conjunto existen diferencias significativas entre las madres de niños con TDAH y TDAH/TOD en cuanto a estilos de disciplina: $\Lambda = .876$, $F_{3,108} = 5.104$, $p \leq .002$, $\eta^2 = .124$. Posteriormente, al igual

que con las otras variables se procedió a realizar un ANOVA para ver la diferencia en los tres estilos de disciplina:

Tabla 15. Estilos de disciplina de las madres de niños con TDAH en función de la presencia de TOD

	G.TDAH		G. TDAD/TOD		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Permisividad	2.67	.79	2.92	.68	2.72	.102	.024
Sobrerreacción	3.38	.78	3.98	.84	13.63	.000**	.110
Verbosidad	4.15	.63	4.33	.84	1.60	.210	.014

**p <.01 *p <.05

Tal como aparece en la tabla 15, existen diferencias significativas entre las madres de niños con TDAH y las madres de niños TDAH/TOD en el estilo de disciplina de sobrerreacción ($F_{1,110} = 13.63$, $p <.001$, $\eta^2 = .110$), mientras que los resultados no lograron el nivel de significación estadística en la escala de permisividad ($F_{1,110} = 2.72$, $p = .102$, $\eta^2 = .024$), ni en la de verbosidad ($F_{1,110} = 1.60$, $p = .210$, $\eta^2 = .014$),

Podemos concluir este apartado afirmando que el sexo, la edad y el subtipo de TDAH no producen diferencias significativas en cuanto a estilos de disciplina en las madres de los niños con TDAH de nuestra muestra. La única variable entre las estudiadas que influye en los estilos de disciplina de las madres de hijos con TDAH es la presencia asociada de TOD.

4.4. Análisis del nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH.

Para evaluar el grado de tensión que se relaciona con la crianza de un hijo con TDAH se utilizó el “Índice de Estrés Parental (PSI)” que, como ya se ha explicado anteriormente, posee dos subescalas: PSI Niño, que mide el estrés

ocasionado por las características de su hijo y la subescala PSI padres, que mide el estrés en base a las características de los padres.

En primer lugar se realizó un MANOVA para ver las diferencias entre los dos grupos, familias con hijos TDAH y familias control, en todas las escalas PSI niño (relativas a las características del niño). Los resultados de este análisis global indican que se producen diferencias significativas entre los dos grupos en las escalas del PSI Niño: $\Lambda = .451$, $F_{6,160} = 32.46$, $p < .001$, $\eta^2 = .549$.

En base a estas diferencias podemos afirmar que las madres de los dos grupos valoran de manera diferente la tensión que les puede ocasionar el ejercicio de su rol. A continuación se llevaron a cabo las pruebas de los ANOVAs univariantes cuyos resultados se muestran en la tabla 16:

Tabla 16. Estrés en la paternidad ocasionado por la características del niño en madres de niños con TDAH y madres de niños control.

	GRUPO. TDAH		G. CONTROL		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Distraibilidad	30.78	5.32	21.49	4.90	115.81	.000**	.412
Adaptación	30.83	8.55	20.21	4.91	70.84	.000**	.300
Refuerzo parental	13.39	4.60	11	4.14	10.36	.002**	.059
Demandas	27.51	7.50	16.57	5.25	91.81	.000**	.358
Humor	14.32	4.34	8.47	2.96	78.91	.000**	.324
Aceptación	21.85	6.10	10.74	3.70	149.75	.000**	.476

**p < .01 *p < .05

Tal como se observa todas las escalas del PSI niño muestran diferencias significativas: la escala de distraibilidad/hiperactividad ($F_{1,163} = 115.81$, $p < .001$, $\eta^2 = .412$), adaptación del niño a los cambios ($F_{1,165} = 70.84$, $p < .001$, $\eta^2 = .300$), el nivel de refuerzo que el niño ofrece a sus padres ($F_{1,165} = 10.36$; $p < .01$, $\eta^2 = .059$), el nivel de demandas que ocasiona ($F_{1,165} = 91.81$, $p < .001$,

$\eta^2 = .358$), el humor negativo ($F_{1,165} = 78.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .324$) y las características del niño que facilitan la aceptación por parte de sus padres ($F_{1,165} = 149.75$, $p < .001$, $\eta^2 = .476$).

En segundo lugar realizamos un MANOVA para determinar las posibles diferencias entre los dos grupos en estudio en las escalas del PSI relativas al padre. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre los dos grupos globalmente en la escala PSI Padres ($\Lambda = .696$, $F_{7,159} = 9.89$, $p < .001$, $\eta^2 = .304$). A continuación se realizaron los ANOVA Univariantes para ver las diferencias en cada una de las subescalas de la Escala PSI Padres.

Tabla 17. Estrés en la paternidad ocasionado por las características de los padres en las madres de niños con TDAH y en las madres del grupo control

	TDAH		Control		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Competencia Parental	38.23	8.15	29.89	5.96	44.38	.000**	.212
Aislamiento	14.77	4.69	11.08	3.58	25.86	.000**	.136
Unión o proximidad	14.13	3.86	11.66	2.67	17.72	.000**	.097
Salud	13.58	4.29	11	3.27	15.07	.000**	.084
Restriciones rol parental	21.66	5.93	16.1	4.45	36.91	.000**	.183
Depresión	22.37	6.45	15.81	4.48	44.60	.000**	.213
Relación Conyugal	18.20	6.60	14.02	5.76	15.69	.000**	.087

** $p < .01$ * $p < .05$

Tal como puede constatare en la tabla 17 en todas las escalas del PSI padres se obtienen diferencias significativas: competencia parental ($F_{1,165} = 44.38$, $p < .001$, $\eta^2 = .212$), aislamiento ($F_{1,165} = 25.86$, $p < .001$, $\eta^2 = .136$),

unión o proximidad hacia el niño ($F_{1,165} = 17.72$, $p < .001$, $\eta^2 = .097$), salud de los padres ($F_{1,165} = 15.07$, $p < .001$, $\eta^2 = .084$), restricciones en el rol parental ($F_{1,165} = 36.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .183$), depresión ($F_{1,165} = 44.60$, $p < .001$, $\eta^2 = .213$) y en la relación conyugal ($F_{1,165} = 15.69$, $p < .001$, $\eta^2 = .087$). Hay que señalar además el valor alto de eta tanto en competencia parental ($\eta^2 = .212$) como en depresión ($\eta^2 = .213$).

A continuación nos planteamos como objetivo analizar la influencia de las variables sexo, edad, subtipo y presencia de TOD en la tensión parental.

1. Sexo

Para analizar las diferencias en estrés ocasionado por la crianza de niños y de niñas con TDAH se realizó en primer lugar un MANOVA de las escalas PSI padre (relativas a las características del padre). Los resultados obtenidos muestran que globalmente no existen diferencias significativas entre los dos grupos comparados: $\Lambda = .913$, $F_{7,106} = 1.45$, $p = .194$, $\eta^2 = .087$.

A continuación se llevaron a cabo los ANOVAS Univariantes para ver las diferencias en cada una de las escalas del PSI padre, los resultados se observan en la tabla 18.

Tabla 18. Estrés parental ocasionado por las características del padre en función del sexo

	TDAH VARON		TDAH MUJER		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Competencia Parental	38.40	8.36	37.48	7.29	.217	.642	.002
Aislamiento	14.99	4.52	13.81	5.40	1.08	.300	.010
Unión o proximidad	14.06	3.82	14.43	4.12	.151	.698	.001
Salud	13.85	4.42	12.38	3.47	2.03	.157	.018
Restricciones	21.51	6.19	22.33	4.69	.332	.566	.003
Depresión	22.63	6.20	21.19	7.53	.856	.357	.008
Relación conyugal	18.62	6.63	16.33	6.29	2.08	.152	.018

**p <.01 *p <.05

Tal como se puede apreciar en la tabla, tampoco existen diferencias significativas en ninguna de las escalas de estrés parental ocasionado por las características del padre: competencia parental ($F_{1,112} = .217$, $p = .642$, $\eta^2 = .002$), aislamiento ($F_{1,112} = 1.08$, $p = .300$, $\eta^2 = .010$), unión o proximidad hacia el niño ($F_{1,112} = .151$, $p = .698$, $\eta^2 = .001$), salud ($F_{1,112} = 2,03$, $p = .157$, $\eta^2 = .018$), restricciones en el rol parental ($F_{1,112} = .332$, $p = .566$, $\eta^2 = .003$), depresión ($F_{1,112} = .856$; $p = .357$, $\eta^2 = .008$) ni en la escala de relación conyugal ($F_{1,112} = .2,08$, $p = .152$, $\eta^2 = .018$).

Asimismo se realizó un MANOVA para ver las diferencias entre los dos grupos en las escalas PSI niño (relativas a las características del niño). Los resultados reflejan diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al estrés parental ocasionado por las características del niño: $\Lambda = .858$, $F_{6,107} = 2.949$, $p = .011$, $\eta^2 = .142$.

Posteriormente se realizaron las pruebas ANOVA para ver la significación de cada una de las escalas del PSI niño. Estos resultados se presentan en la tabla 19.

Tabla 19. Estrés parental ocasionado por las características del niño en función del sexo

	TDAH VARÓN		TDAH MUJER		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Distraibilidad	31.14	5.27	29.19	5.38	2.32	.13	.020
Adaptación	31.10	8.70	29.67	7.93	.48	.49	.004
Refuerzo parental	13.24	4.24	14.05	6.01	.53	.47	.005
Demandas	27.72	7.54	26.57	7.40	.40	.52	.004
Humor	14.51	4.23	13.48	4.78	.97	.32	.009
Aceptación	21.31	6.10	24.24	5.62	4.04	.04*	.035

**p <.01 *p <.05

Aunque el MANOVA era estadísticamente significativo solamente se observan diferencias significativas en el ANOVA en la escala de aceptación de las características del niño ($F_{1,112} = 4.04$, $p <.05$, $\eta^2 = .035$). En este caso la puntuación obtenida por las niñas era significativamente más alta que la obtenida por los niños. En el resto de escalas los resultados no lograron el nivel de significación estadística, la escala de distraibilidad ($F_{1,112} = 2.32$, $p = .13$, $\eta^2 = .020$), adaptación ($F_{1,112} = .48$, $p = .49$, $\eta^2 = .004$), refuerzo ($F_{1,112} = .53$, $p = .47$, $\eta^2 = .005$), demandas ($F_{1,112} = .40$, $p = .52$, $\eta^2 = .004$), ni la escala de humor ($F_{1,112} = .97$, $p = .32$, $\eta^2 = .009$).

2. Edad

Para analizar la diferencia en estrés parental ocasionada por la crianza de niños de 5-9 años y de niños de 10 o más, se realizó un MANOVA con las escalas del PSI padre (relativas al estrés de crianza ocasionado por las características del padre). Los resultados ponen de relieve que globalmente no

existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres: $\Lambda = .916$, $F_{7,106} = 1.391$, $p = .216$, $\eta^2 = .084$. Los ANOVAS que se realizaron posteriormente para ver las posibles diferencias significativas de cada una de las escalas del PSI padre, mostraron los siguientes resultados:

Tabla 20. Estrés parental ocasionado por las características del padre en función de la edad

	NIÑOS (5-9)		NIÑOS (10 +)		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Competencia Parental	37.78	7.88	38.82	8.54	.445	.506	.004
Aislamiento	14.82	4.52	14.71	4.95	.013	.910	.000
Unión o proximidad	14.26	3.61	13.96	4.21	.170	.681	.002
Salud	13.98	4.22	13.04	4.36	1.36	.246	.012
Restricciones rol parental	22.05	6.12	21.14	5.70	.646	.423	.006
Depresión	22.15	6.68	22.65	6.19	.166	.685	.001
Relación conyugal	19.31	7.09	16.73	5.64	4.36	.039*	.038

**p <.01 *p <.05

Tal como se aprecia en la tabla, a pesar de que el MANOVA no es significativo, en el ANOVA se observa diferencias significativas en la escala de *relación conyugal* ($F_{1,112} = 4.36$, $p < .05$, $\eta^2 = .038$). Las madres de los niños más pequeños sienten que su relación de pareja es significativamente más disfuncional.

En el resto de escalas no se alcanza la significación estadística, competencia parental ($F_{1,112} = .445$, $p = .506$, $\eta^2 = .004$), aislamiento. ($F_{1,112} = .013$, $p = .910$, $\eta^2 = .001$), unión ($F_{1,112} = .170$, $p = .681$, $\eta^2 = .002$), salud. ($F_{1,112} = 1.36$, $p = .246$, $\eta^2 = .012$), restricciones ($F_{1,112} = .646$, $p = .423$, $\eta^2 = .006$), depresión ($F_{1,112} = .166$, $p = .685$, $\eta^2 = .038$).

Siguiendo en la misma línea que en las variables anteriores, se realizó un MANOVA para ver las diferencias entre los dos grupos de madres en las escalas PSI niño (relativas a las características del niño). Los resultados reflejan que tampoco existen diferencias significativas entre los dos grupos de padres de diferentes edades, en cuanto al estrés parental ocasionado por las características del niño: $\Lambda = .938$, $F_{6, 107} = 1.171$, $p = .327$, $\eta^2 = .062$.

Tabla 21.. Estrés parental ocasionado por las características del niño en función de la edad

	NIÑOS (5-9)		NIÑOS (10 +)		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Distraibilidad	31.42	5.19	29.94	5.43	2.17	.143	.019
Adaptación	31.57	8.25	29.86	8.92	1.12	.292	.010
Refuerzo parental	12.88	4.20	14.06	5.04	1.87	.174	.016
Demandas	28.17	7.18	26.63	7.88	1.17	.281	.010
Humor	14.31	4.23	14.33	4.53	.001	.982	.000
Aceptación	21.75	5.91	21.98	6.41	.038	.846	.000

**p <.01 *p <.05

Tal como aparece reflejado en la tabla 21 tampoco se observan diferencias significativas en ninguna de las escalas en los ANOVAS dirigidos a evaluar la significación de cada una de las escalas del PSI del dominio del niño: distraibilidad ($F_{1,112} = 2.17$, $p = .143$, $\eta^2 = .019$), adaptación ($F_{1,112} = 1.12$, $p = .292$, $\eta^2 = .010$), refuerzo ($F_{1,112} = 1.87$, $p = .174$, $\eta^2 = .016$), demandas ($F_{1,112} = 1.17$, $p = .281$, $\eta^2 = .010$), humor ($F_{1,112} = .001$, $p = .982$, $\eta^2 = .001$) y aceptación ($F_{1,112} = .038$, $p = .846$, $\eta^2 = .001$).

3. Subtipo TDAH inatento/Combinado

Para evaluar las diferencias en estrés parental ocasionada por la crianza de niños con TDAH subtipo inatento y de niños con TDAH subtipo combinado se realizó igualmente el MANOVA con las escalas del PSI padre. Los resultados ponen de relieve que globalmente no existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres de niños TDAH inatento y TDAH combinado: $\Lambda = .887$, $F_{7,106} = 1.925$, $p = .073$, $\eta^2 = .113$. A continuación se realizaron ANOVAS para ver las posibles diferencias significativas de cada una de las escalas del PSI padre; los resultados se observan en la tabla 22.

Tabla 22. Estrés parental ocasionado por las características del padre en función del subtipo del TDAH

	Inatento		Combinado		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Competencia Parental	34.79	8.19	39.40	7.85	7.29	.008**	.061
Aislamiento	13.90	4.51	15.07	4.74	1.36	.246	.012
Unión o proximidad	12.72	3.41	14.61	3.91	5.36	.022*	.046
Salud	11.66	3.27	14.24	4.41	8.34	.005**	.069
Restriciones rol parental	19.62	4.79	22.35	6.15	4.74	.032*	.041
Depresión	19.86	5.22	23.22	6.64	6.13	.015*	.052
Relación conyugal	15.69	4.47	19.06	7.01	5.87	.017*	.050

**p <.01 *p <.05

Como puede constatarse, aunque el MANOVA no es estadísticamente significativo, se observan diferencias significativas en casi todas las escalas: competencia parental ($F_{1,112} = 7.29$, $p < .01$, $\eta^2 = .61$), unión o proximidad ($F_{1,112} = 5.36$, $p < .05$, $\eta^2 = .046$), Salud ($F_{1,112} = 8.34$, $p < .01$, $\eta^2 = .069$), restricciones rol parental ($F_{1,112} = 4.74$, $p < .05$, $\eta^2 = .041$), depresión ($F_{1,112} = 6.13$, $p < .05$, $\eta^2 = .52$) y relación conyugal ($F_{1,112} = 5.87$, $p < .05$, $\eta^2 = .050$). La única escala que

no alcanza el nivel de significación es la escala de aislamiento ($F_{1,112} = 1,36$, $p = .246$, $\eta^2 = .012$).

El MANOVA para ver las diferencias en estrés parental ocasionado por las características del niño (escalas PSI niño) entre los padres de niños con TDAH subtipo inatento y TDAH subtipo combinado refleja que globalmente si que existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres: $\Lambda = .790$, $F_{6,107} = 4.740$, $p < .001$, $\eta^2 = .210$.

También se llevaron a cabo las pruebas de los efectos intersujetos para ver la significación de cada una de las escalas del PSI niño.

Tabla 23. Estrés parental ocasionado por las características del niño en función del subtipo del TDAH

	TDAH Inatento		TDAH Combinado		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Distraibilidad	27.62	5.15	31.86	4.96	15.46	.000**	.121
Adaptación	25.66	7.62	32.60	8.16	16.18	.000**	.126
Refuerzo parental	12.17	4.89	13.80	4.44	2.75	.100	.024
Demandas	23.66	6.74	28.82	7.32	11.21	.001**	.091
Humor	12.38	4.38	14.98	4.15	8.24	.005**	.069
Aceptación	20.97	6.54	22.15	5.96	.82	.368	.007

**p < .01 *p < .05

En la tabla se puede observar que las escalas que muestran diferencias significativas son: distraibilidad ($F_{1,112} = 15,46$, $p < .001$, $\eta^2 = .121$), adaptación a cambios ($F_{1,112} = 16,18$, $p < .001$, $\eta^2 = .126$), demandas ($F_{1,112} = 11.21$, $p < .001$, $\eta^2 = .091$) y humor ($F_{1,112} = 8.24$, $p < .01$, $\eta^2 = .069$). Las escalas que no muestran diferencias significativas son: refuerzo parental ($F_{1,112} = 2,75$, $p =$

.100, $\eta^2 = .024$) y aceptación de las características del niño ($F_{1,112} = .82$, $p = .368$, $\eta^2 = .007$).

4. Presencia de TDAH/TOD

Para analizar las diferencias en estrés ocasionado por la crianza de niños con TDAH y de niños con TDAH/TOD, se realizó en primer lugar un MANOVA de las escalas PSI padre (relativas a las características del padre). Los análisis estadísticos muestran que globalmente existen diferencias significativas entre los dos grupos: $\Lambda = .757$, $F_{(7,106)} = 4.868$, $p < .001$, $\eta^2 = .243$. Los resultados de los ANOVAS univariantes de las escalas del PSI padre, se recogen en la tabla 26.

Tabla 24. Estrés parental ocasionado por las características del padre en función de la presencia de TOD

	TDAH		TDAH/ TOD		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Competencia Parental	35.94	7.92	43	6.44	22.30	.000**	.166
Aislamiento	14.26	4.33	15.84	5.26	2.88	.093	.025
Unión o proximidad	13.29	3.49	15.89	4.05	12.53	.001**	.101
Salud	12.90	4.17	15.00	4.24	6.30	.014*	.053
Restricciones rol parental	20.34	5.51	24.41	5.91	12.99	.000**	.104
Depresión	20.64	5.52	25.97	6.83	19.94	.000**	.151
Relaciones conyugales	17.00	5,73	20.70	7.61	8.37	.005**	.070

**p <.01 *p <.05

Se comprueba que las escalas que muestran diferencias significativas son: competencia parental ($F_{1,112} = 22.30$, $p < .001$, $\eta^2 = .166$), unión o proximidad al niño ($F_{1,112} = 12.53$, $p < .001$, $\eta^2 = .101$), salud ($F_{1,112} = 6.30$, $p < .05$, $\eta^2 = .53$), restricciones rol parental ($F_{1,112} = 12.99$, $p < .001$, $\eta^2 = .104$),

depresión ($F_{1,112} = 19.94$, $p < .001$, $\eta^2 = .151$) y relaciones conyugales ($F_{1,112} = 8.37$, $p < .01$, $\eta^2 = .070$). La única escala que no muestra diferencias significativas es la de aislamiento ($F_{1,112} = 2.88$, $p = .093$, $\eta^2 = .025$).

Por otra parte el MANOVA de las escalas PSI niño (relativas a las características del niño) refleja que también existen diferencias significativas entre los dos grupos de padres en cuanto al estrés parental ocasionado por las características del niño: $\Lambda = .761$, $F_{6,107} = 5.603$, $p < .001$, $\eta^2 = .239$.

A continuación se realizaron las pruebas de los efectos intersujetos para ver la significación de cada una de las escalas del PSI niño, cuyos resultados aparecen reflejados en la tabla 25.

Tabla 25. Estrés parental ocasionado por las características del niño en función de la presencia de TOD

	TDAH		TDAH/ TOD		F	P	η^2
	M	SD	M	SD			
Distraibilidad	30.04	5.09	32.32	5.53	4.76	.031*	.041
Adaptación	28.74	8.37	35.19	7.26	16.12	.000**	.126
Refuerzo parental	12.22	4,10	15.81	4.69	17.45	.000**	.135
Demandas	25.45	7.47	31.78	5.56	20.96	.000**	.158
Humor	13.23	4.17	16.57	3.82	16.81	.000**	.130
Aceptación	20.86	6.15	23.92	5.53	6.59	.012*	.056

**p < .01 *p < .05

Se evidencian diferencias significativas en todas las escalas: distraibilidad ($F_{1,112} = 4.76$, $p < .05$, $\eta^2 = .041$), adaptación a cambios ($F_{1,112} = 16.12$, $p < .001$, $\eta^2 = .126$), refuerzo parental ($F_{1,112} = 17.45$, $p < .001$, $\eta^2 = .135$), demandas ($F_{1,112} = 20.96$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.158$), humor ($F_{(1,112)} = 16.81$, $p < .001$, $\eta^2 = .130$) y aceptación ($F_{1,112} = 6.59$, $p < .05$, $\eta^2 = .056$).

Podemos resumir estos análisis sobre la influencia que ejercen las características del niño con TDAH en el estrés en la paternidad afirmando que:

- La variable edad no presenta diferencias en ninguna escala.
- La variable sexo establece diferencias en la escala de: Aceptación de las características del niño.
- La variable subtipo marca diferencias en las escalas de: Distraibilidad/hiperactividad, Adaptación a cambios, Demandas y Humor.
- La variable TOD presenta diferencias en las escalas de: Distraibilidad/hiperactividad, Adaptación a cambios, Refuerzo parental, Humor y Aceptación.

En el estrés parental ocasionado por las características de los padres:

- La variable edad muestra diferencias en la escala de Relación Conyugal.
- La variable sexo no presenta diferencias en ninguna escala.
- La variable subtipo establece diferencias en las escalas de: Competencia parental, Unión o proximidad, Salud, Restricciones en el rol parental, Depresión y Relación Conyugal.
- La variable TOD presenta diferencias en las escalas de: Competencia parental, Unión o proximidad, Salud, Restricciones en el rol parental, Depresión y Relación Conyugal.

4.5. Propuesta de un modelo explicativo de la crianza de los niños con TDAH

Después de analizar el estrés parental y los métodos de disciplina de las madres de niños con TDAH nos planteamos desarrollar un modelo que consideramos podría explicar el estrés que ocasiona la crianza de estos niños e influir en su estilo de disciplina.

Basándonos en el marco explicativo de Abidin (1990) nos propusimos, a nivel tentativo, elaborar un modelo ecológico y sistémico de las relaciones paternofiliales, que explicara la situación familiar que caracteriza la crianza y educación de los niños con TDAH. De acuerdo con la revisión de la literatura especializada que se ha comentado en la parte teórica de este trabajo, muchas y de distinta naturaleza son las variables que podrían estar influyendo en la situación familiar de un niño con TDAH.

1. Características sociofamiliares del propio niño con TDAH que modulan la relación padres/hijos

Un importante número de estudios han evidenciado cómo las circunstancias sociofamiliares adversas crónicas pueden influir en la aparición de problemas en el niño (Rutter, 1989). En general, las madres de nivel social más bajo tienen más probabilidad de enfrentarse a situaciones estresantes, lo cual puede influir de forma negativa en sus vidas e indirectamente en la conducta al niño. Las madres con condiciones de vida difíciles tienen hijos con mayor número de problemas (Bronfenbrenner, 1990; Wadsby y Göran, 2001). Asimismo otros estudios relacionan el estatus socioeconómico con los estilos de disciplina, de manera que cuando éste decrece, aumenta la probabilidad de utilización del castigo corporal (Pinderhugles, Dodge, Bates, Pettit y Zelli, 2000).

En el caso de familias con hijos con TDAH los resultados de las investigaciones no son unánimes; así, mientras algunos estudios no han encontrado relación entre TDAH y nivel socioeconómico bajo (Campbell y Radfering, 1979; Szatmari, Oxford y Boyle, 1989), otros constatan la existencia de dicha relación (Scahill, Schwab-Stone, Merikangas, Leckman, Zhang y Kasl, 1999). En este sentido, un trabajo reciente realizado en el marco del MTA ha identificado el nivel socioeconómico como variable mediadora del efecto de los tratamientos (Rieppi, y cols., 2002). Concretamente los resultados señalan que, pese a no observarse en los hijos de padres con menos nivel educativo diferencias en la reducción de los síntomas del TDAH en función del tipo de tratamiento, los niños con familias de mayor nivel educativo presentaban una mejoría de los síntomas al recibir un tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia). Aún más, respecto a los síntomas de agresividad/oposicionismo los niños de menor nivel educativo mostraron un descenso más significativo con el seguimiento de un tratamiento combinado; sin embargo los hijos de familias con un nivel socioeconómico más alto no presentaron una respuesta diferencial en manifestaciones de agresividad en función del tipo de tratamiento (farmacológico o combinado).

Otras variables que también han sido muy estudiadas por su influencia en el desarrollo de los hijos ha sido la estructura y tamaño de la familia. Los resultados de diferentes estudios muestran que las familias monoparentales tienen menos recursos, requieren de mayor colaboración de otros familiares, presentan mayor número de problemas en las relaciones paternofiliales, regimenes de visita, etc. Ello no significa que no puedan hacer frente a sus obligaciones de crianza, pero el hecho de hacerlo en solitario supone una sobrecarga que agudiza el estrés parental inherente a la educación de cualquier hijo (Jiménez-Tallón, 1999). Esta sobrecarga de asumir en solitario la crianza se complica con un hijo con TDAH por los problemas adicionales que conlleva, ocasionando mayor nivel de estrés y la percepción de mayores

restricciones en el ejercicio de su rol de padres (Prinz, Bella y Oppenheimer, 1983). Por otra parte, teniendo en cuenta la elevada exigencia que supone la crianza de un niño con TDAH es plausible pensar que un número superior de hijos se asocie con mayor estrés parental y con una mayor probabilidad de establecer relaciones problemáticas con sus hermanos (Stone, 2000; Roselló y cols., 2003; Ryan, 2002).

Entre las características del niño con TDAH, la que más influye en la relación padres e hijos es la presencia asociada de TOD, incrementando el estrés parental y afectando negativamente al funcionamiento familiar (Cunningham y Boyle, 2002; Edwards y cols., 2001; Johnston y cols., 2002; Kaminski y cols., 2001; Satake, Yamashita y Yoshida, 2004; Shaw y cols., 2001). También hay estudios, aunque no tan numerosos, que ponen de relieve que el subtipo combinado de TDAH es el que ocasiona mayor impacto familiar, principalmente cuando lleva asociado problemas conductuales (Crystal y cols., 2001; Eiraldi y cols., 1997).

Resumiendo, en base a la literatura sobre el tema, hemos optado por incluir en nuestro modelo la variable sociodemográfica de nivel educativo de los padres, usándola como indicadora del nivel socioeconómico. Además hemos tenido en cuenta la tipología familiar y el número de hijos por las razones aportadas anteriormente. Por otra parte, teniendo en cuenta los resultados de los estudios referenciados y los de nuestra propia investigación, también nos hemos propuesto incluir como variables relevantes de las características de los niños con TDAH que influyen en la familia, el subtipo y la presencia de TOD.

2. Estrés ocasionado por la paternidad:

Como se ha señalado de forma reiterada, los estudios ponen de manifiesto un mayor estrés parental en familias de niños con TDAH debido principalmente a la presencia de estresores no normativos (Anastopoulos y cols., 1992; Beck y cols., 1990; Byrnes, 2003; Johnston y Mash; 2001; Podolski y Nigg, 2001).

Según el modelo de Abidin (1990) descrito anteriormente, el estrés que se ocasiona en la paternidad está relacionado con características del niño como son el temperamento (humor, habilidad de adaptación a cambios, nivel de distraibilidad e hiperactividad y demandas que ocasiona), el grado en que los hijos cubren las expectativas de los padres, y el nivel de refuerzos que ofrecen los hijos a sus padres. Por otra parte, hay ciertos aspectos de los padres que también pueden influir en el estrés de la crianza como son la competencia parental, restricciones en el rol parental, depresión, salud de los padres, relación conyugal y el apoyo social

Teniendo en cuenta este modelo hemos optado por incluir como variables relevantes del estrés las 13 subescalas que conforman la escala PSI, ya que cada una de ellas representa los diferentes factores que están relacionados con el estrés parental.

3. Estilos de disciplina

Son muchos los estudios que consideran que la conducta del niño determina en buena medida la relación paternofamiliar, y puede influir en que los padres se muestren más o menos afectuosos con sus hijos y utilicen un estilo educativo concreto, específicamente los niños con problemas de conducta, provocando técnicas parentales coactivas .

Como aspecto esencial de la crianza del niño con TDAH con un temperamento difícil, y en algunos casos con la presencia asociada de conductas agresivas y desafiantes, parece provocar en sus padres la utilización de métodos de disciplina más inadecuados en su crianza. Los hallazgos indican que los padres de niños con TDAH utilizan un estilo más autoritario y sobrerreactivo, haciendo uso de órdenes más impositivas (Alizadeh y Andries, 2002; Lange y cols., 2005; Woodward y cols., 1998). Otros, en cambio, utilizan un estilo de disciplina de mayor permisividad unido a un bajo nivel de comunicación entre padres e hijos (Keown y Woodward, 2002).

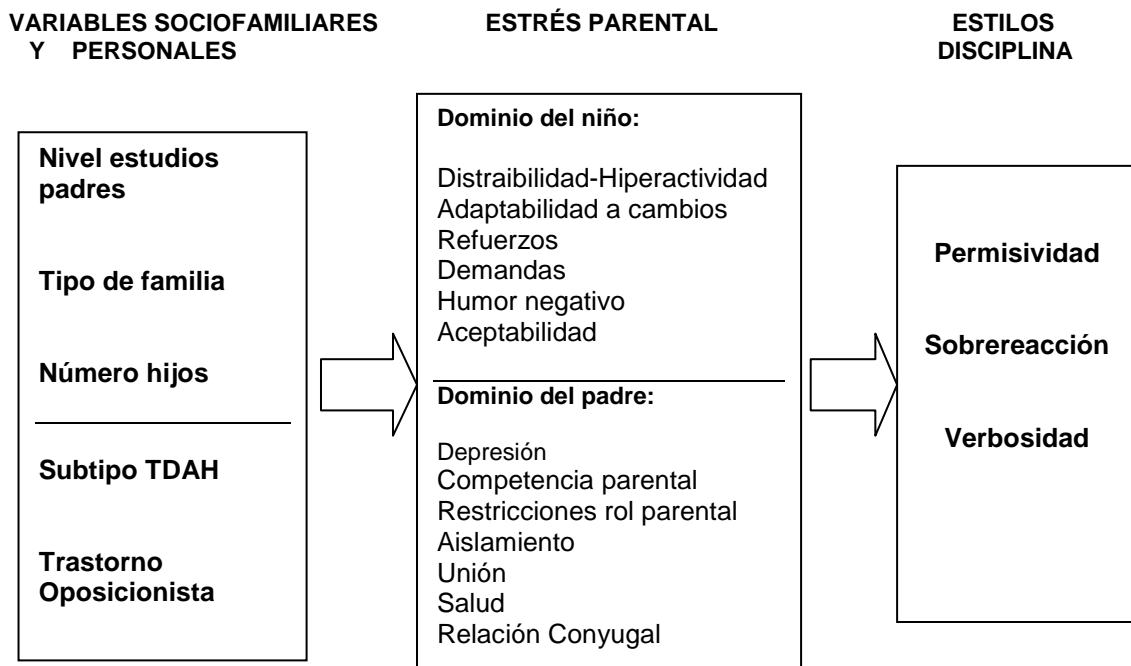
Los niños con TDAH que parten de una dificultad neurobiológica previa que les dificulta la autorregulación, necesitan una actuación disciplinar muy sistemática que les ofrezca unas normas claras y unos límites firmes, proporcionados refuerzos consecuentes a las conductas de su hijo y el modelado de conductas adecuadas.

Como variables que representaran los métodos de disciplina ineficaces utilizamos las tres subescalas de la Escala Parental: verbosidad, permisividad y sobrerreacción que muestran los tres estilos de disciplina ineficaces que pueden utilizar los padres en la crianza.

El papel del estrés ocasionado por la paternidad, así como la asociación entre disciplina punitiva e inconsistente en la crianza de un niño con TDAH ha sido objeto de numerosos estudios. Por otra parte también hay algunos estudios que revelan una interdependencia entre el estrés que se ocasiona en la crianza y la utilización de técnicas concretas de disciplina, encontrando que la utilización de técnicas parentales negativas está asociada con un mayor nivel de estrés parental (Pinderhughes y cols., 2000), pero faltan investigaciones que exploren la causalidad de esa relación y que conecten estas dos variables del sistema familiar con otras variables relevantes en la crianza.

Resumiendo, intentando conectar las variables que influyen en la crianza de un niño con TDAH nos propusimos realizar un análisis estructural del modelo que contempla la influencia de las siguientes variables: nivel de estudios de los padres, tipo de familia, número de hijos, subtipo de TDAH y presencia de TOD, las 13 escalas del PSI que evalúan estrés parental, y los tres estilos de disciplina de la Escala Parental (Ver figura 11).

Figura 11. Modelo de crianza del niño con TDAH



Después de realizar los análisis estadísticos previos, las 13 subescalas que conforman el PSI quedaron reducidas a tres: refuerzos del niño, competencia parental y salud de los padres. De manera que el modelo propuesto depurado queda establecido con las variables de: nivel de estudios de los padres, tipo de familia, número de hijos, subtipo de TDAH y presencia de

TOD, escalas del PSI (refuerzos del niño, competencia parental y salud de los padres) y los tres estilos de disciplina de la Escala Parental.

Tabla 26. Ajuste del modelo inicial propuesto.

Indices de ajuste	Criterios de adecuación	Valores del modelo inicial propuesto	Resultado
χ^2_{24}	>.05	83.48 P =.000	No ajusta
CFI	>.9	.793	No ajusta
AGFI	>.9	.760	No ajusta
RMSEA	<.08	.106	No ajusta

Los índices de ajuste muestran que no existe un ajuste global adecuado en el modelo propuesto inicialmente, por lo cual fueron necesarias modificaciones realizadas mediante Tests de multiplicadores de Lagrange para llegar a un nuevo modelo con un ajuste adecuado. Tras aplicar las modificaciones, el modelo final que sí presenta un ajuste adecuado se presenta a continuación: $\chi^2_{31} = 44,98$, $p = .050$, CFI= .909, AGFI= .870, RMSEA=.064

Tabla 27. Ajuste del modelo final tras las modificaciones.

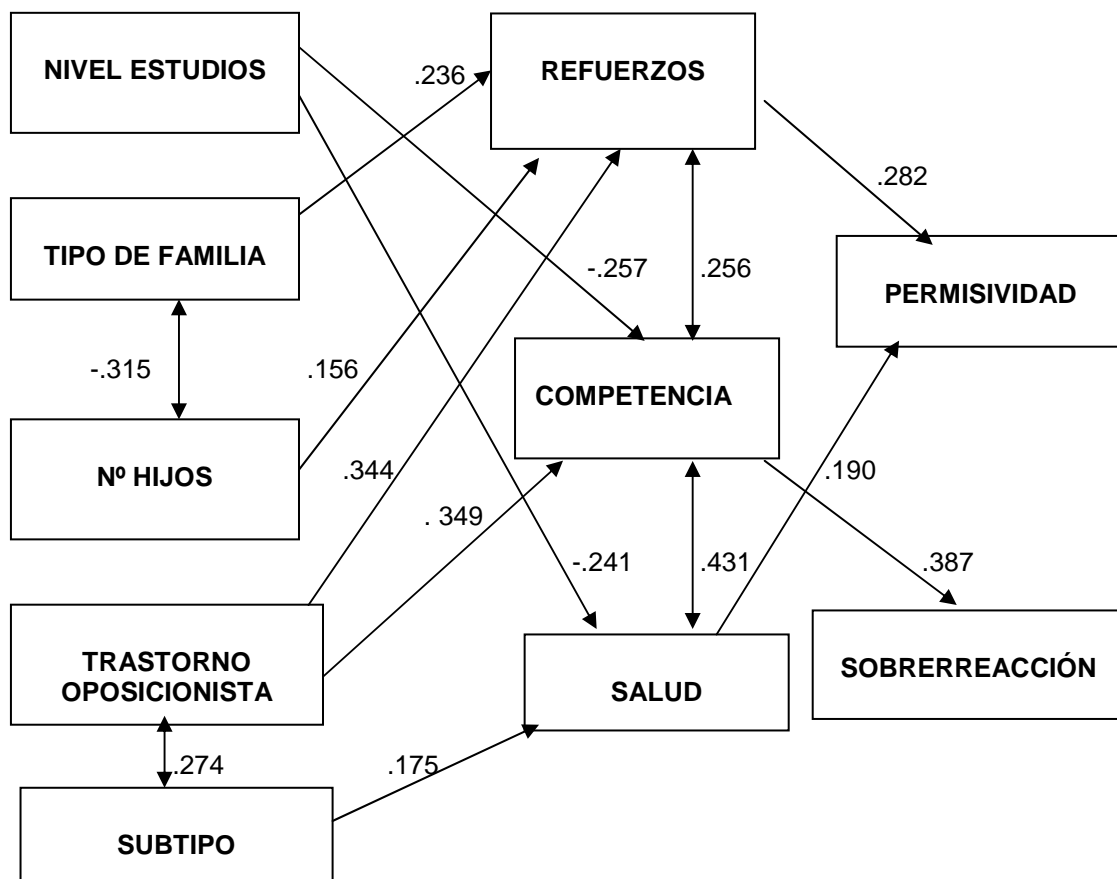
Indices de ajuste	Criterios de adecuación	Valores del modelo inicial propuesto	Resultado
χ^2_{31}	>.05	44.98 P =.050	Ajusta
CFI	>.9	.909	Ajusta
AGFI	>.9	.870	Ajusta
RMSEA	<.08	.064	Ajusta

El modelo final quedaría expresado del siguiente modo: “El nivel de estudios de los padres, el tipo de familia y el número de hijos, así como el subtipo de TDAH y la presencia de trastorno oposicionista desafiante (TOD), influyen en el nivel de estrés parental (ocasionado principalmente por los refuerzos del niño, los problemas de competencia parental y la salud de los

padres). Todo ello genera un estilo educativo en los padres de niños con TDAH de mayor permisividad y sobrerreacción”.

Como se puede observar en la figura 12, al realizar el análisis estructural de los tres estilos de disciplina planteados, sólo dos de ellos aparecen como significativos en la crianza de los niños con TDAH, el estilo de sobrerreacción y el de permisividad. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Harvey y colaboradores (2001).

Figura 12. Modelo estructural de la crianza del niño con TDAH



En nuestro modelo, el estilo educativo de sobre-reacción aparece explicado por el sentimiento de falta de competencia parental ($\beta = .387$) y este único predictor explica el 15% de la varianza ($R^2 = 0.15$).

El estilo educativo de permisividad viene explicado por el efecto de los refuerzos que el padre percibe de su hijo ($\beta = .282$) y por la salud parental ($\beta = .190$), explicando ambos predictores el 11,4% de la varianza ($R^2 = 0.114$).

La competencia parental muestra una relación estadísticamente significativa en sentido negativo con los estudios del padre, de manera que a menor nivel de estudios del padre mayor problema de competencia parental ($\beta = -.257$); a su vez también muestra una relación estadísticamente significativa con trastorno oposicionista ($\beta = .349$) de forma que ante la presencia de TOD mayor percepción de sentimientos de falta de competencia parental. Estas dos variables predicen el 18.8% de la varianza ($R^2 = 0.188$).

También podemos observar en el modelo cómo los refuerzos que el padre percibe están significativamente relacionados con el tipo de familia ($\beta = .236$), el número de hijos ($\beta = .156$) y con la presencia asociada de trastorno oposicionista ($\beta = .344$), explicando estos tres predictores el 17,6% de la varianza ($R^2 = 0.176$).

Por otra parte, tal como aparece reflejado, la salud parental muestra relación significativa con el subtipo, de manera que existe mayor posibilidad de problemas de salud parental si el niño presenta subtipo combinado ($\beta = .175$). También muestra una relación significativa en sentido negativo con el nivel de estudios de los padres ($\beta = -.241$), de forma que a menor nivel de estudios mayor probabilidad de problemas de salud en los padres. Estos dos predictores explican sólo el 8,9% de la varianza ($R^2 = 0.089$).

Hay que señalar también que existe una correlación entre número de hijos y tipo de familia ($r = -.315$), entre refuerzos y competencia parental ($r = .256$) y entre competencia y salud parental ($r = .431$).

Podemos concluir como aspectos significativos de la crianza de los niños con TDAH:

- El *estilo de disciplina de sobre-reacción* que utilizan con mayor frecuencia las madres de niños con TDAH es una respuesta ante los sentimientos de falta de competencia parental; es decir, las madres se agobian por las conductas de sus hijos y sienten que no poseen habilidades suficientes para su manejo. A su vez, la *competencia parental* aparece relacionada con el nivel de estudios, de manera que las madres que poseen un nivel de estudios más bajo manifiestan sentimientos de mayor ineficacia parental, de falta de conocimientos prácticos y estrategias en el manejo del niño. Por otra parte, la presencia de TOD asociado al TDAH agrava este sentimiento de incompetencia parental y no saben cómo hacer frente al comportamiento perturbador de su hijo. Ponen a prueba los métodos usuales y como éstos no les funcionan acaban utilizando un estilo de disciplina de reacción excesiva, de sobre-reacción.

- El *estilo de disciplina de mayor permisividad* en madres de hijos con TDAH está relacionado con la falta de refuerzo positivo que perciben en la crianza de su hijo debido probablemente a la falta de cordialidad y de relación positiva que mantienen con él. Por otra parte, los problemas de salud, les genera una tensión adicional que les puede llevar a responder de manera poco exigente y poco consistente con las normas, cediendo ante las peticiones de sus hijos. La madre experimenta la conducta de su hijo con TDAH como menos reforzante cuando tiene que asumir en

solitario la crianza, existe un número elevado de hijos que le dificultan hacer frente a las excesivas demandas del niño con TDAH y/o se establecen relaciones problemáticas con los hermanos. La presencia asociada de TOD agrava los problemas de crianza y provoca sentimientos más negativos.

En la misma línea de nuestros resultados, algunas investigaciones señalan que el estilo parental inadecuado de los padres de niños con TDAH es consecuencia principalmente de la severidad del desajuste comportamental del niño y la percepción de falta de competencia parental (McLaughlin y Harrison, 2006). Otros estudios también evidencian que este estilo disfuncional mejora al administrar medicación al niño y con ello mejorar la conducta de este (Barkley y Cunningham 1979).

Sin embargo, también hay estudios que apuntan en una dirección contraria, señalando que son las prácticas de disciplina excesivamente negativas y sobreactivas las que pueden aumentar los trastornos conductuales (Kashdan y cols., 2004), pudiendo llegar a ser predictores de la aparición de TOD (Seipp y Johnston, 2005). En este sentido nos planteamos un segundo modelo en el que formulamos que el estilo de paternidad disfuncional puede ser un factor determinante en el surgimiento de los trastornos comórbidos de conducta en los niños con TDAH (Johnston y Mash, 2001).

El modelo 2 que propusimos se fundamentó en que: “El nivel de estudios de los padres, el tipo de familia y el número de hijos, así como el subtipo de TDAH influyen en el nivel de estrés parental (ocasionado principalmente por los refuerzos del niño, los problemas de competencia parental y la salud de los padres). Todo ello genera un estilo educativo en los padres de niños con TDAH

de mayor ineficacia, provocando en el niño con TDAH mayor problemática conductual y la presencia de trastorno oposicionista desafiante (TOD)".

Tabla 29. Ajuste del modelo inicial propuesto.

Indices de ajuste	Criterios de adecuación	Valores del modelo inicial propuesto	Resultado
χ^2_{31}	>.05	56,79 P =.003	No ajusta
CFI	>.9	.832	No ajusta
AGFI	>.9	.844	No ajusta
RMSEA	<.08	.064	Ajusta

Los índices de ajuste de este modelo muestran que no se produce un ajuste global adecuado, con lo cual no podemos aceptarlo como razonable. No parece, pues, aceptable admitir que el TOD sea una consecuencia de los estilos de disciplina ineficaces y del estrés parental que se genera en la crianza de estos niños.

5. CONCLUSIONES

5.1. Características de la historia evolutiva y clínica de los niños con TDAH

El primer objetivo de la presente investigación se centró en analizar la historia evolutiva y clínica de niños con TDAH y familia, tal como ya se ha comentado, a través de un análisis retrospectivo de la historia clínica de niños con TDAH y controles, con el objetivo de llegar a identificar los marcadores tempranos del trastorno.

Respecto a los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas, los resultados de nuestro estudio muestran que un 20.1% de los sujetos del grupo TDAH presentan antecedentes directos de hiperactividad frente a ningún caso en el grupo control, existiendo diferencias significativas entre los dos grupos. Por otra parte un 29.8% de los familiares de niños TDAH presentan otros antecedentes psiquiátricos, con lo cual la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares en conjunto es de un 50% en los que predominan los antecedentes de hiperactividad.

Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones de corte genético, en las que se pone de manifiesto que los hijos de padres con TDAH tienen hasta un 50% de probabilidad de padecer el mismo problema (Faraone, Biederman, Jetton, Tsuang, 1997). Asimismo otros investigadores han puesto de manifiesto que los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas son un factor que aparece como una variable significativa en los sujetos que experimentan el trastorno (Willcut, Pennington, Chabildas, Friedman y Alexandre, 1999; Wilens y cols., 2002). Es más, las enfermedades psiquiátricas parecen ejercer una mayor influencia en la aparición del TDAH que las complicaciones perinatales (Serrano, Friedeichsen, Piña, García, Almeida y Leo, 2003).

Además, en líneas generales, existe un mayor porcentaje de problemas tanto en el embarazo como en el parto en el grupo TDAH frente al control. Más específicamente en cuanto a los problemas en el embarazo, se ha encontrado un mayor número de problemas en los niños TDAH, 25.4% frente al 5.7 % del control, alcanzando una diferencia estadística significativa. La presencia de enfermedades y complicaciones durante el embarazo manifestados en las madres de los niños TDAH de la muestra han sido básicamente diabetes, hipertensión, toxoplasmosis y consumo de alcohol.

Los problemas perinatales también son más prevalentes en el grupo TDAH, aunque no se alcanzan niveles de significación estadística. Se han encontrado problemas perinatales en un 45.7% de los niños TDAH frente a un 28.3% de los controles. Los problemas en el parto que hemos encontrado en la muestra han sido: parto prolongado, uso de forceps y ventosas, anoxia por vueltas de cordón y un sorprendente número de cesáreas en los dos grupos. Los resultados se encuentran en la línea de investigaciones previas que han encontrado un mayor número de problemas tanto en el embarazo como en el parto en el grupo TDAH frente a los niños sin problemas (Milberger, Biederman, Faraone, Guite y Tsuang, 1997; Jensen, 2000; Pineda y cols., 2003; Serrano y cols., 2003). También se ha constatado una mayor frecuencia de anomalías en el nacimiento en los niños TDAH que en los controles (un 16.7% frente al 12.2%). Dichas anomalías han sido: presencia de problemas respiratorios, convulsiones, problemas en el riñón, problemas cardíacos, luxación de caderas e hipotonía muscular. Otras investigaciones anteriores han encontrado igualmente un mayor número de malformaciones menores en el recién nacido, convulsiones neonatales y hospitalizaciones durante el primer año de vida del niño con TDAH (Pineda y cols., 2003).

Coincidiendo con los hallazgos de otros investigadores, en nuestro estudio se identificó un mayor nivel de ansiedad y depresión en los padres del grupo

TDAH (26.4% frente al 7.5% de los padres del grupo control). (Anastopoulos y cols., 1992; Buhrmester, Whalen, Hender, Macdonald y Hinshaw, 1992; Breen y Barkley, 1983; Fischer, 1990) y además, estos problemas se relacionan con la severidad de las conductas del niño (Arcelus, Gale y Vostanis, 2001; Morris, 2001). No obstante la relación paterno-filial no es unidireccional sino bidireccional, por una parte la hiperactividad del niño influye en los padres y por otra la conducta de los padres influye en el niño con TDAH. La adecuada salud psicosocial de la madre puede ser un factor protector para el adecuado desarrollo del niño TDAH. Por ello las características psicopatológicas de la madre, aunque no se consideran un factor causal del problema, si que pueden agravar los síntomas asociados. De hecho recientes trabajos (Chi y Hinshaw, 2002; Chi, 2003) evidencian que los síntomas de depresión maternal desempeñan un papel básico en las relaciones maternofiliales con el niño TDAH, de manera que las madres depresivas manifiestan más prejuicios negativos sobre los síntomas de sus hijos y esto influye en la exageración de los síntomas.

Además nuestros resultados señalan que el niño con TDAH presenta un porcentaje mayor de problemas evolutivos que el grupo control en una serie de aspectos de su desarrollo, observándose diferencias significativas a nivel estadístico en: problemas de sueño 43.9% frente al 13.2%; rutinas de sueño 45.6% frente al 15.1%; dificultades de alimentación 19.3% frente al 1.9%; rutinas de alimentación 31.6% frente al 9.4%; dificultades en el control de esfínteres día 21.1% frente al 5.7%; control heces 17.5% frente al 5.7% y adquisición tardía del lenguaje 25.4% frente a 9.4%; llanto 39.5% frente al 13.2%; malhumor 25.4% frente al 1.9%. Los problemas de sueño, destacados en muchos otros trabajos, afectan al establecimiento de rutinas a la hora de acostarse, así como a las conductas de desafío con sus padres en el establecimiento de estas rutinas. También suelen presentar problemas de insomnio inicial y una eficacia del sueño nocturno y un sueño total más bajo.

(Bernal, Valdizán y García, 2004; Corkum, Tannock, Moldofsky, How y Humpries, 2001; Golan, Shahar, Ravid y Pillar, 2004; Miranda y Grau, 2005 y Thunström, 2002).

Por otra parte, en nuestro estudio también se ha evidenciado la presencia significativa en los niños TDAH de problemas de alimentación, principalmente en la adquisición de rutinas (31.6% frente al 9.4%). Podemos decir que los niños TDAH, presentan problemas sobre todo cuando se les introducen cambios en la alimentación, la sustitución del biberón por papillas y en la introducción de alimentos sólidos. Por otra parte al ir creciendo siguen siendo problemáticos ya que son caprichosos y desafiantes en las comidas. Otro de los hitos evolutivos en los que también se observan diferencias significativas es la dificultad en la adquisición del control de esfínteres diurna (21.1% frente a 5.7%) y en el control de las heces (17.5% frente a 5.7%) Asimismo también se han encontrado diferencias significativas en la adquisición del habla, 25% frente a 9.4%, mayor número de accidentes sufridos en la primera infancia, que han requerido intervención médica, un 18.41% de los niños TDAH frente a sólo un 1.9% en los controles. Los accidentes más significativos de entre los relatados por las madres de nuestro estudio han sido: “Se tiró varias veces de la cuna”, “Se tiró la TV”, “Le atropelló un coche”, “A los 5 meses se cayó de la cama porque gateaba de culo”, “Se cayó de una altura aproximada de un segundo piso a los 5 años”, “A los 2 años se hizo un corte muy profundo en la yugular en la valla de una obra de construcción”, etc. Por último, otra característica diferencial del niño con TDAH en el desarrollo evolutivo es el llanto (39.5% frente al 13.2%) y el malhumor en los primeros años de vida (25.4% frente al 1.9%) evidenciando con ello problemas conductuales del niño con TDAH desde la infancia.

Nuestros hallazgos relativos a las características diferenciales del desarrollo evolutivo del niño con y sin TDAH se encuentran en la misma línea

que los encontrados por Hartsough y Lambert (1985), Miranda y Grau, (2005) y Rajeev y Riaz, (2003).

En lo que se refieren a las características temperamentales y problemas de TO asociados al TDAH los resultados evidencian diferencias significativas entre el grupo TDAH y control en la consideración por parte de los padres de que su hijo ha sido un bebé difícil: en el 47.4% de los casos de niños con TDAH frente a un 1.9% en el grupo control. Para realizar un análisis más cualitativo sobre este aspecto referido a porqué los padres consideran que su hijo fue un bebé difícil, transcribiremos algunas de las respuestas que dieron los padres en la entrevista: “Lloraba, era nervioso, dormía poco, muy inquieto”, “Necesitaba mucha atención, tenías que estar continuamente pendiente de él”, “Le costaba adaptarse a todo”, “No era igual que mi otro hijo”, etc. Se pone de manifiesto en las respuestas que dan los padres, que son niños difíciles en la adquisición de rutinas, les cuesta adaptarse a las situaciones nuevas, son inquietos, impacientes e incapaces de controlar sus acciones.

En nuestra investigación también se pone de manifiesto una diferencia significativa en la presencia de trastorno negativista desafiante (TOD), un 32.5% de los niños TDAH frente al 1.9% del grupo control. Coincidimos con los hallazgos de un número sustantivo de investigaciones, si bien la tasa de comorbilidad entre TDAH y TOD en nuestra muestra es inferior. Así, otros autores señalan que entre un 40% y un 70% de los niños con TDAH pueden llegar a presentar un trastorno de conducta oposicionista desafiante (Barkley, DuPaul y McMurray, 1990; Barkley y Biederman, 1997; Faraone y Biederman, 1997). No obstante debemos señalar que los estudios también ponen de manifiesto que el trastorno oposicionista desafiante se da con mayor frecuencia en ambientes de mayor adversidad social y puesto que la muestra de nuestra investigación pertenece a un nivel sociocultural medio podría pensarse en la posibilidad de que, al ampliarse la muestra a otros niveles socioculturales,

pudiera aumentar la proporción de casos de niños con TDAH que presenten asociado este trastorno.

Algunas de las manifestaciones de las madres sobre las dificultades que han tenido con ellos desde muy pequeños en el control de su conducta nos puede servir para ejemplificar el trastorno: ““Se escapó de la guardería a los 3 años, la profesora me dijo que no podía con él”, “Cuando estamos en casa cierro con llave porque cuando tenía 2 años se escapó de casa y cruzó el boulevard de Serrería”, etc.

En lo que se refiere a la historia académica nuestros hallazgos muestran que desde que inició la escolaridad obligatoria se han producido cambios de colegio del niño con TDAH en un 25.5% de casos frente al 1.9% del grupo control. Posiblemente este mayor número de cambios de colegio sea debido a problemas de comportamiento o a falta de recursos en la escuela para hacer frente a las demandas del niño. Por otra parte ha tenido la necesidad de asistir al aula de apoyo para completar sus aprendizajes del currículum en un 58.8% de los casos frente a 5.7% en el grupo control. Ha tenido que repetir curso un 18.4% frente a 1.9% y también se observa una tendencia mayor, en el apoyo educativo extraescolar en el 25.4% de los casos frente al 11.3% en el grupo control.

En general se puede afirmar que los resultados se encuentran en la misma línea que las investigaciones actuales en las que se señala que alrededor del 70% de niños TDAH presentan alguna dificultad de aprendizaje (Mayes, Calhoun y Crowell, 2000) y por ello obtienen un rendimiento académico inferior al de sus compañeros (Barkley, 1990; Casey y Schlosser, 1996). Datos anteriores también señalan que aproximadamente entre un 30-40% de los niños TDAH asisten a educación especial, 46% suspenden, un 30% necesitan repetir curso y entre un 10-35% fracasan al acabar la escuela

secundaria (Barkley, Du Paul y McMurray, 1990; Faraone y cols., 1993). Estudios realizados en nuestro medio (Miranda, Presentación y López, 1995) confirman la tendencia de un rendimiento académico inferior al de sus compañeros, con necesidad más frecuente de apoyos educativos específicos en el colegio, incluso la repetición de curso.

En cuanto a las actividades extraescolares también se observan diferencias significativas entre el grupo TDAH y el control: la participación en actividades extraescolares es igual en el niño con TDAH que en el grupo control (75.4%). Hoy en día lo habitual en los niños de este rango de edades es el pluriempleo de actividades extraescolares. Los niños TDAH participan principalmente en actividades deportivas y sólo en un 14.9% acuden a otro tipo de actividades. Los niños del grupo control en cambio, aunque también participan en actividades deportivas acuden en un 22.6% a actividades como deporte, música, informática, idiomas, etc. Hay que señalar no obstante que el grado de integración en estas es menor (están integrados en un 57.9% de los casos frente al 73.6% del grupo control), llegando en algunos casos a tener que cambiar de actividad en más de una ocasión (un 10.5% han tenido que realizar hasta tres cambios de actividad). Este hecho puede, entre otras causas, explicarse por las características del niño con TDAH ya que en muchas ocasiones son rechazados por sus compañeros por sus comportamientos oposicionistas, agresivos, disruptivos y más molestos (Barkley, 1991; Wheeler y Carlson, 1994). Además presentan más problemas para seguir reglas, muestran poca motivación por el deporte y manifiestan problemas de disciplina ante la órdenes del entrenador (Pascual-Castroviejo, 2004).

Realizando un análisis cualitativo de las respuestas de la entrevista hemos entresacado algunas de las respuestas de los padres a los motivos del cambio de actividades extraescolares: “Ha cambiado de judo a fútbol, después a baloncesto, cuando ve que requiere una disciplina no quiere acudir”. “Acudía

a dibujo y pintura y lo tiraron por problemas de comportamiento”, “Los trabajos en equipo le distraían, dejó el fútbol porque no se centraba, se despistaba con el publico”.

5.2. Papel de la familia en la identificación, diagnóstico y tratamiento del trastorno, relaciones familiares y apoyos en la crianza

Respecto a la información que los padres tienen sobre el TDAH, nuestros hallazgos muestran que el 57.9% de los padres de hijos con TDAH consideran que poseen información suficiente del trastorno, que han obtenido de fuentes muy diversas: libros, artículos, internet, asociaciones de padres, profesionales. Esto demuestra la necesidad de los padres de conocer un problema que les desborda y al que no saben hacer frente con sus propios recursos. Sin embargo, la cuestión crucial que se plantea es si esa información, que obtiene de fuentes que pueden ser no rigurosamente científicas, es correcta. En caso contrario puede incluso ser más peligrosa que la falta de conocimientos. Así, McClure, Kubiszyn y Kaslow (2002) en su estudio muestran como los padres pueden desafiar el diagnóstico de los médicos y las decisiones sobre el tratamiento en algunas ocasiones por obtener información potencialmente defectuosa en fuentes irregulares (medios de comunicación, internet, etc.).

En cuanto a las expectativas que los padres tienen sobre el ajuste personal y social del niño, nuestros resultados ponen de manifiesto que el 57.9% de los padres consideran que su hijo con TDAH logrará un ajuste personal y social igual al de sus otros hijos, frente a un 4.9% que considera que no lo logrará. También hay un 37.7% de padres que manifiestan sus dudas al respecto y no saben si terminará adaptándose. Estos datos coinciden con los encontrados en algunos estudios en los que los padres de niños TDAH muestran más bajas expectativas parentales en el funcionamiento del niño en

casa, en el éxito académico general y en las áreas extracurriculares, asociadas principalmente a las evaluaciones de mayor severidad de la sintomatología de TDAH (Brien, 2002).

La persona que detecta inicialmente que el niño presenta problemas son los padres (72.8%) y además consideran que los síntomas estaban presentes antes de los 3 años (43.9%) de los casos; por otra parte, encontramos que el profesional que evalúa al niño es el neuropediatra en un 48.2% de los casos, el psicólogo en un 32.5%, seguido del psiquiatra en un 14%; la edad media en la que se realiza el diagnóstico del niño TDAH es de 6.7 años es decir próximo a los 7 años, (hay 2 casos de diagnóstico antes de los 3 años y 5 casos que no diagnosticaron hasta los 12 años).

Existen estudios que señalan que las dificultades en los síntomas centrales del TDAH se pueden detectar con claridad entre los 6 y los 9 años y se incrementa de forma pronunciada con la edad (Marakowitz y Campbell, 1998), debido a que muchos de los síntomas que presenta el niño con TDAH en los primeros años los manifiesta también el niño normal, por lo cual resulta muy difícil diferenciar un niño caprichoso y desobediente de un niño con TDAH. En cambio, cuando el niño empieza a asistir al colegio, al tratarse de un ambiente más estructurado, resulta más fácil observar las conductas típicas del trastorno. Por otra parte, aunque no se diagnostica el TDAH hasta los 6 años en muchos casos, los padres ya han observado los síntomas antes de los 3 años en un 43.9% de los casos. Este dato es importante, ya que pone de manifiesto que se podría realizar una prevención secundaria del problema del TDAH, es decir, una detección temprana y con ello una intervención precoz, de cara a posibilitar un mejor desarrollo del niño y evitar en la medida de lo posible, la aparición de problemas asociados. Para ello sería necesaria la confección de protocolos de observación de la conducta del niño TDAH en los primeros años de vida, cada vez más afinados y que incluyan síntomas claros

que permitan el diagnóstico diferencial; también se pone de manifiesto el hecho de que conocer el diagnóstico de TDAH tranquilizó al 66.7% de los padres, lo cual puede ser debido a que el propio diagnóstico implica una búsqueda de soluciones como la administración de medicación, que hasta ese momento no se había iniciado.

Respecto a quién le preocupa más el problema del TDAH no hay diferencias sustanciales en la pareja, el 45.6% consideran que las madres están más preocupadas que los padres, frente a un 50.9% que considera que ambos están preocupados por igual. En definitiva, en ambos casos se evidencia que existe una gran preocupación en la pareja por el problema.

En cuanto al tipo de tratamiento, los niños TDAH están recibiendo tratamiento en un 97.4% de los casos, de los cuales en un 64% de los casos reciben tratamiento combinado (tanto psicológico como farmacológico) seguido del tratamiento sólo farmacológico en un 20.2% de los casos y sólo psicológico en un 13.2%. Un dato a destacar por tanto es que el 84.2% de los niños con TDAH recibe medicación. Estos datos son coincidentes con los obtenidos en el estudio internacional realizado por la Federación Mundial para la Salud Mental (2004), descrito anteriormente, en el que se señala que el 89% de los niños recibía medicación y el 60% de los niños ha recibido terapia psicosocial.

Sobre el diagnóstico, hay que señalar que el 50% de los padres de este estudio considera que fue muy largo, el 85% manifiesta que el tratamiento ayuda al niño a concentrarse, el 75% que le ayuda a interactuar socialmente, el 79% que ayuda a disminuir la presión sobre la familia, y en general el 82% que tiene un efecto positivo en el niño. Nuestros resultados también apuntan en la misma línea de la propuesta de consenso terapéutico realizada por Kutcher, y colaboradores (2004) en la que se establece la conveniencia del uso como primera opción de la medicación psicoestimulante para el tratamiento del TDAH

sin comorbilidad, ayudada por la intervención psicosocial y para los casos de TDAH con conductas disruptivas, sugieren la intervención psicosocial, combinada con farmacoterapia. Un 77.2% de los padres consideran que existe una supervisión adecuada del tratamiento por parte de los profesionales que atienden al niño con TDAH (profesionales de los centros de salud mental, hospitales y/o profesionales privados a los que acude el niño con TDAH).

Es importante la valoración que los padres realizan de los beneficios, la adhesión al tratamiento, la percepción de barreras, la valoración del profesional involucrado en el tratamiento, así como el tipo de intervención utilizada (Njardvik, 2001; Callahan, 2003). Por otra parte hay que tener en cuenta que tanto la familia como los amigos y los medios de comunicación, tienen un impacto significativo en la toma de decisiones de los padres respecto a la medicación estimulante por los estigmas reales o percibidos que manifiestan (Stine, 1994).

En lo que se refiere a las relaciones familiares y apoyos en la crianza, tal como se podía esperar, los resultados de nuestra investigación evidencian que la relación de los niños con TDAH con sus padres y hermanos es considerablemente más problemática que la relación familiar de los niños sin problemas. Los resultados evidencian que los niños con TDAH presentan problemas de relación con sus madres, con sus padres y con sus hermanos. En general podemos afirmar que los padres de estos niños perciben las relaciones como más difíciles, y caracterizadas generalmente por la tensión y el rechazo. De entre los datos cabe resaltar que la mitad de los niños con TDAH mantiene relaciones negativas y muy tensas con sus hermanos. Estos datos son coincidentes con otras investigaciones que señalan que las relaciones que el niño con TDAH mantiene con sus hermanos son relaciones menos íntimas, con menos compañerismo y más resentimiento (Roselló y cols., 2003; Ryan, 2002; Stone, 2000).

Sin embargo, es importante analizar los resultados de esta parte del estudio con la perspectiva apropiada, puesto que evidencian una realidad, una mayor probabilidad de relaciones disfuncionales con los hermanos en familias con niños con TDAH, pero no nos dice nada sobre las razones que la explican. El estudio de Kendall (1999) identificó una serie de factores como los comportamientos del niño, la persecución y la sensación de tristeza y desamparo. Por otra parte el estudio de Córdoba y Verdugo (2003) encontró que especialmente los hermanos mayores, se auto-responsabilizan por su cuidado permanente, experimentando mayores niveles de estrés en situaciones en las que manifiesta comportamientos impulsivos o agresivos; consideran que su hermano con TDAH no sabe perder y que sus padres le dedican más tiempo. Estos estudios ayudan a entender la dificultad de las relaciones de los hermanos en el caso de niños con TDAH, pero desafortunadamente utilizan muestras muy pequeñas para poder establecer conclusiones generalizables a la población de hermanos de niños con TDAH.

Como han señalado otros trabajos (Córdoba y Verdugo, 2003) hay que señalar que no se observan diferencias significativas respecto al apoyo de la familia extensa en la crianza: un 45% de los casos en las familias con TDAH frente a 34% del grupo control cuentan con el apoyo de la familia en la crianza de su hijo. Sin embargo, al analizar el apoyo social que reciben los padres, encontramos diferencias significativas entre el grupo TDAH y el control, tanto en el apoyo de los amigos como de la asociación. Estos datos indican que las familias de niños con TDAH necesitan más apoyos en la crianza del niño con TDAH por las características que presenta, buscan además del apoyo de la familia extensa el apoyo de los amigos y acuden buscando ayuda a las asociaciones, solicitando orientaciones específicas de los profesionales (un 50,9% de los casos frente al 1,9% de los casos en el grupo control). La asociación de padres de niños con TDAH les proporciona un espacio de

conocimiento del problema, contacto con otros padres, así como recursos y actividades de respiro. Debido al comportamiento del niño, en muchas ocasiones los padres se autoexcluyen de situaciones sociales. El apoyo social con el que cuenta la familia (familia de origen, amigos) posibilita a los padres un mayor sentimiento de competencia, les ayuda a evitar la tensión parental y es un factor protector de los problemas. (Abidin y Brunner, 1995).

Hay que destacar que el porcentaje tan elevado de padres de niños con TDAH de nuestra muestra que buscan apoyo de la Asociación puede estar condicionado por el método de obtención de la muestra, no obstante el número de asociados cada vez es más numeroso y con un perfil muy diversificado, todos ellos buscan información, apoyos para el niño o para los propios padres y recursos para poder abordar adecuadamente los problemas que se derivan del trastorno en el sistema sanitario, el sistema escolar y el laboral.

5.3. Métodos de disciplina de padres de niños con TDAH.

El análisis global de los métodos de disciplina que utilizan las madres del grupo TDAH y control muestra diferencias significativas entre los dos grupos, pudiendo con ello afirmar que las madres de niños con TDAH de nuestro estudio poseen un estilo de crianza más disfuncional que las madres del grupo control. Este estilo de paternidad disfuncional parece ser debido, especialmente, como se comentará posteriormente, a las dificultades que presenta el niño con TDAH para su crianza.

Concretamente cuando analizamos los diferentes métodos de disciplina (sobrereacción, permisividad, palabrería) nuestros resultados indican que las madres de niños con TDAH no son más permisivas o inconsistentes que las madres de niños normales. No obstante, poseen unas estrategias de disciplina

de mayor sobreacción, son más autoritarias, y reaccionan con mayor irritabilidad y frustración que las madres del grupo control.

Varios estudios empíricos han ofrecido información sobre la utilización de métodos de disciplina inadecuada en las familias con hijos con TDAH. Los resultados de estos estudios revelan que los padres de estos niños informan de la utilización de estrategias de disciplina más agresivas que los padres de niños sin TDAH (Woodward y cols., 1998). También manifiestan un estilo parental más autoritario que los padres de niños con desórdenes emocionales (Lange y cols., 2005). Incluso cuando los niños son preescolares los padres utilizan estilos de disciplina más permisivos y tienen menos comunicación con ellos que los padres de niños sin TDAH (Keown y Woodward, 2002). Estudios recientes como el realizado por Drabick y colaboradores (2006) también apuntan en esta misma línea mostrando que las características de estos niños provocan en los padres procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos. El uso de métodos de disciplina inapropiados tiene trascendencia ya que influye negativamente en el curso del trastorno.

En cuanto a la influencia de las *variables* de edad, sexo y subtipo en la actuación disciplinar de los padres de niños con TDAH los resultados evidencian que no existen diferencias entre los grupos de familias estudiadas. Por lo tanto podemos señalar que no son variables que influyen en las técnicas disciplinarias de los padres de niños con TDAH. En otras palabras, las estrategias de actuación que tienen estos padres se aplican con independencia de estas tres variables.

En cambio, la presencia asociada de trastorno oposicionista en los niños con TDAH ejerce influencia significativa en los métodos de disciplina parental. Así, en nuestros hallazgos encontramos un estilo disciplinario de mayor

sobrerreacción, de manera que las madres de los niños con TDAH reaccionan con más irritabilidad y se encolerizan más por las conductas de sus hijos.

Los hallazgos se encuentran en la misma línea de otras investigaciones en las que se señala que los padres de niños con TDAH y TOD asociado muestran prácticas de disciplina más autoritara y sobrerreactiva, haciendo uso de órdenes más impositivas (Alizadeh y Andries, 2002; Lange y cols., 2005; Woodward y cols., 1998). Otros padres, en cambio, utilizan un estilo de disciplina de mayor permisividad unido a un bajo nivel de comunicación entre padres-hijos (Keown y Woodward, 2002). Incluso señalan que esta disciplina más negativa e ineficaz aparece unida a una falta de relación positiva con la madre (Pfiffner y cols., 2005) o a una menor sensibilidad parental a las necesidades del niño (Seipp y Johnston, 2005).

5.4. Nivel de tensión parental relacionado con la crianza de un niño con TDAH.

Al analizar las diferencias que presentan el grupo de madres con TDAH y el grupo control en cuanto a estrés parental ocasionado por la crianza de sus hijos, los análisis estadísticos revelan diferencias significativas: la tensión parental ocasionada por la crianza de hijos con TDAH es superior a la de hijos sin TDAH. Las madres del grupo TDAH se sitúan en un nivel global de estrés parental, que calculado sobre la media de edad de la muestra (8 años), alcanzan un percentil 97 frente a un percentil 32 del grupo control; datos que coinciden con los de Beck, Joung y Tarnowski (1990), a pesar de las posibles diferencias interculturales.

En el estrés ocasionado por las características del niño, el grupo de madres de hijos con TDAH está situado en un percentil 99, alcanzando un nivel menos elevado en el estrés ocasionado por las características de los padres

(percentil 87). Por el contrario en el grupo control es mayor el estrés parental ocasionado por las características de los padres (percentil 41) frente al ocasionado por las características de sus hijos (percentil 27).

El estrés parental por tanto, está asociado no sólo a las características personales de los padres como la percepción de la capacidad parental o la depresión, sino también y con mayor impacto, al efecto de las características del niño que se relacionan principalmente con la sintomatología del TDAH. De hecho, las madres de niños con TDAH los evaluaron como niños con menos control afectivo y emocional, más dificultades para concentrarse, y para ajustarse al ambiente físico y social que las madres de niños sin TDAH. Asimismo, las madres de niños con TDAH valoraron que se producía un mayor desequilibrio entre sus expectativas y las características físicas y emocionales de su hijo. Las madres de los niños con TDAH valoraron su rol parental con mayores retos y desafíos.

Nuestro estudio también ha mostrado diferencias significativas entre las madres de niños con y sin TDAH en todas las escalas de dominio del padre, destacando por el valor del tamaño del efecto las escalas de falta de competencia parental, aislamiento, restricciones del rol parental y depresión. En consonancia con otras investigaciones (McLaughlin y Harrison, 2006; Roselló y cols., 2003) las madres de niños con TDAH se percibían como menos competentes en su rol parental que las madres de niños sin problemas, lo cual puede deberse en gran medida a su historia de fracasos en controlar el comportamiento de sus hijos.

El aislamiento social de la familia, de acuerdo con nuestros resultados, también era mucho más fuerte cuando un niño con TDAH formaba parte de ella. Las madres de niños con TDAH suelen verse más expuestas a la crítica social a causa del comportamiento inadecuado de sus hijos y a las atribuciones

que las otras personas hacen de sus conductas. En consecuencia, las madres pueden autoexcluirse de muchas situaciones sociales en el día a día, incrementando así su aislamiento social y disminuyendo a la vez su sentido de competencia parental.

Así mismo podemos afirmar que las madres de hijos con TDAH de nuestro estudio, en comparación con las madres de los niños sin problemas se sentían más agobiadas (atrapadas), y percibían que el desempeño de su rol parental les restaba más libertad personal, este tipo de situación suele darse en el caso de los niños con necesidades especiales que requieren de más tiempo y recursos en su crianza. Nuestros resultados abundan en una problemática que se señala en otros trabajos, como por ejemplo el realizado por Escobar, Soutullo, Hervás, Gastaminza, Polavieja y Gilaberte (2005) que señalan en los padres de los niños con TDAH más limitaciones en las actividades familiares y en su tiempo personal que en los dos grupos control de su estudio (asmáticos y niños sin problemas).

También encontramos que las madres del grupo con hijos con TDAH, en comparación con las madres del grupo control, se sentían más deprimidas. Estas manifestaciones depresivas de las madres pueden ser debidas a la percepción parental de incapacidad de cambiar la conducta de su hijo a pesar de los esfuerzos que realice para conseguirlo. Pero a su vez, es muy probable que las madres no activen la energía necesaria que requiere el desempeño del rol parental debido a los sentimientos de tristeza que experimentan. Se produciría un círculo vicioso difícil de romper, pero que tendría repercusiones muy negativas en la calidad de vida de las familias.

Al igual que ocurría con los métodos de disciplina, nuestros hallazgos muestran que tanto la edad de los niños como el sexo no producen efecto significativo en el estrés parental. Posiblemente estos resultados pueden ser

debidos a las características específicas de nuestra muestra, ya que la franja de edad de 5-13 años no es muy amplia y puede que no se manifiesten grandes diferencias en la crianza. También hay que señalar que el número de niñas de la muestra es muy pequeño ya que suponen un porcentaje muy reducido respecto a los niños con TDAH.

Sólo cabe resaltar que, a pesar de no evidenciarse diferencias globales en la escala de estrés parental, se encontraron diferencias en la subescala de relación conyugal. Los niños con TDAH de menor edad (5-9) ocasionan más problemas entre los esposos que los niños con TDAH de mayor edad (10 o más). Esto puede ser debido a los problemas que presentan los niños con TDAH en estas edades hasta que se logra aceptar el diagnóstico, iniciar el tratamiento, etc. Estos datos se tienen que interpretar con cautela ya que el tamaño de la significación de la escala no era muy elevado.

En nuestro estudio se evidencian diferencias sustanciales entre las madres con hijos con TDAH subtipo combinado e inatento. Las madres de niños con TDAH subtipo combinado informaron que sus hijos eran más propensos a la distracción y menos adaptables a los cambios ambientales. Por otro lado su crianza planteaba más exigencias y tenían peor humor que los niños TDAH subtipo inatento.

Las madres de niños con TDAH subtipo combinado se percibían menos competentes, más deprimidas, menos vinculadas emocionalmente con su hijo, y más abrumadas en su rol parental. También informaron de más problemas de relación conyugal y más problemas de salud. Como en otros estudios (Lewis, 1992), las madres de niños con subtipo de TDAH combinado mostraron niveles más altos de estrés parental. Sin embargo esta afirmación se debe tomar con cierta precaución puesto que la magnitud del efecto de las diversas fuentes de

estrés parental eran en general bajos a excepción de la significación moderada de las escalas de distraibilidad y de adaptación a cambios.

La influencia de la asociación del TOD con el TDAH en las distintas escalas de estrés parental es mucho más evidente. Específicamente, cuando se comparan a las madres de niños con TDAH y a las madres de niños con TDAH+TOD, se observan puntuaciones perceptiblemente más altas en estrés parental en estas últimas, tanto en las subescalas que hacen referencia al dominio del niño (distraibilidad, adaptabilidad, refuerzos, demandas, humor y aceptabilidad) como en las escalas del dominio del padre (competencia parental, aislamiento, proximidad al niño, salud, restricción del rol parental, depresión, y relación conyugal). Estos resultados se unen a los de un nutrido número de investigaciones (Anastopoulos y cols., 1992; Cunningham y Boyle, 2002; Edwards, y cols., 2001; Hull, 1996; Johnston y cols., 2002; Kaminski y cols., 2001; Satake y cols., 2004; Shaw y cols., 2001), que señalaron que la presencia de TOD en niños con TDAH es una variable que posee una poderosa influencia en el estrés parental.

Podemos afirmar que la presencia del comportamiento oposicionista desafiante en niños con TDAH es la variable con un mayor impacto en el estrés parental. Así, aún cuando en general, la presencia de un niño con TDAH es agotadora para el resto de los miembros de la familia, la combinación del TDAH y del Trastorno oposicionista desafiante crea los mayores conflictos en el funcionamiento familiar.

Consideramos por tanto, que las intervenciones en esta área no se deben centrar solamente en proporcionar a los padres estrategias de manejo conductual sino también poner énfasis en las dimensiones afectivas de la crianza. El desarrollo de habilidades de reestructuración cognitiva y de técnicas de relajación pueden ayudar a los padres a reducir la excitación psicológica y

emocional que les produce la crianza de estos niños y poder afrontar con mayor ajuste el reto de la paternidad.

5.5. Propuesta de modelo de crianza del niño con TDAH

El modelo de crianza de los niños con TDAH que hemos propuesto muestra la participación conjunta en la crianza de distintas variables: características sociofamiliares, características de la esfera del propio niño, estrés ocasionado por la paternidad y por último la actuación disciplinar de los padres.

Las madres de niños con TDAH utilizan un estilo de disciplina de mayor sobrereacción, más autoritario e impositivo, principalmente cuando se une a los síntomas del TDAH la presencia de oposicionismo. El TOD ocasiona en las madres sentimientos de incompetencia parental. Otra variable que también influye en la percepción de ineficacia parental es el bajo nivel educativo de las madres.

Por otra parte, las madres de niños con TDAH utilizan un estilo educativo más permisivo si perciben la relación emocional con su hijo como menos reforzante, debido probablemente a la falta de cordialidad y de relación positiva que mantienen con éste, cediendo a las demandas sin ponerle normas y límites. Las variables que influyen en que la madre perciba a su hijo como menos reforzante, que no cumpla sus expectativas, son el tipo de familia, el número de hijos, y por último la presencia asociada al TDAH de trastorno oposicionista.

La originalidad de nuestro estudio reside en el análisis de la interconexión de los factores que intervienen en la actuación parental de los padres de los niños con TDAH, aunque los análisis no nos posibilitan determinar la dirección certera de la influencia de estas variables. Pese a ello, los resultados nos llevan

a establecer predicciones que se sitúan en la línea de recientes investigaciones en las que se sugiere que los trastornos de conducta comórbidos tan frecuentes en estos niños pueden ser consustanciales al TDAH y no una consecuencia de la actuación disciplinar de los padres. En esta misma línea, diversos estudios de genética molecular muestran que existe una asociación entre el gen DRD4 y TDAH con trastornos de conducta comórbido (Holmes y cols., 2002; Kirley y cols., 2004) por otra parte, los estudios de familias también ponen de manifiesto la posibilidad de un origen genético distinto para el TDAH asociado a un trastorno de conducta comórbido, considerando que éste puede ser incluso una variante más severa del TDAH y con peor pronóstico (Thapar, Harrington y McGuffin, 2001).

Resumiendo, con los datos obtenidos en nuestra investigación, expuestos anteriormente, se puede concluir que existe un perfil del desarrollo del niño con TDAH diferente al del niño normal, que incluye problemas temperamentales desde el nacimiento con una dificultad significativamente mayor en la adquisición de hábitos y rutinas de alimentación y de los patrones de sueño, problemas en el control de esfínteres, adquisición del habla y torpeza motora, así como una mayor propensión a padecer accidentes. Además, en muchos casos es fácil que presenten asociados otros trastornos psicológicos, en particular el trastorno oposicionista.

También hemos podido constatar que las relaciones familiares y su desarrollo académico no son ajustados. El niño con TDAH obtiene un rendimiento escolar inferior al de sus compañeros, tiene que acudir al aula de apoyo, en algunas ocasiones repetir curso y acudir a apoyo educativo extraescolar. Asimismo, presenta problemas en las actividades extraescolares, se encuentra menos integrado en ellas y tiene que cambiar a menudo de actividades.

Todo ello le hace ser un niño más vulnerable en su desarrollo evolutivo, por lo cual el papel de los padres es esencial, ya que son los que de manera intuitiva detectan con mayor o menor sutileza que el niño presenta problemas, son los que trasladan el problema a los profesionales para alcanzar un diagnóstico certero que permita el inicio del tratamiento y, por otro lado son los que van a llevar el seguimiento e implicarse adecuadamente en las prescripciones de los profesionales. Hay que tener en cuenta que se trata de un trastorno crónico y la adherencia al tratamiento es un factor importante a tener en cuenta.

Se ha constatado también que las prácticas de disciplina en los padres de niños con TDAH son más disfuncionales, posiblemente por la dificultad de manejo de estos niños. Es importante intervenir tempranamente, no sólo con el niño, sino también con la familia, de cara a evitar que se cronifiquen patrones disfuncionales en la crianza.

Por último, nuestra investigación también ha detectado un nivel elevado de estrés en las familias con hijos con TDAH, aspecto que debería ser abordado cuanto antes, de cara a prevenir la posible aparición de problemas psicoemocionales en los padres. Esta intervención revertirá en una mejor calidad de vida de las familias y un desarrollo más ajustado del niño con TDAH.

En el modelo de crianza que hemos propuesto se señala la importancia de los procesos cognitivos y emocionales de los padres (percepción de autoeficacia parental, percepción de relación emocional positiva con el niño) tanto en el estrés que les ocasiona la paternidad de un hijo con TDAH como en la actuación parental ineficaz. Pero también se ha puesto de manifiesto la importancia de las características del propio niño con TDAH en la actuación parental. Es esencial que los padres tengan unas expectativas realistas sobre la conducta de su hijo, de cara a conseguir una vinculación afectiva adecuada

con el menor y una mayor percepción de autoeficacia parental. Además, para una correcta comprensión del problema del TDAH, no debemos olvidar el contexto ecológico familiar en el que se desenvuelve cada niño. Las características peculiares de cada familia (tipo de familia, número de hermanos, nivel socioeconómico, etc.) también influyen en la actuación parental.

Tal como se ha constatado en la investigación presentada, el diagnóstico de los niños TDAH no se realiza antes de los 6 años, si bien los padres detectan el problema desde que el niño tiene 2 o 3 años. Por ello, de cara a la prevención, es necesario elaborar protocolos de detección temprana del TDAH dirigidos a los profesionales de atención primaria (pediatras, psicólogos escolares y maestros) que son los que con mayor frecuencia ven al niño y pueden orientar a los padres. Con ello se posibilitará un diagnóstico precoz y el inicio temprano de la intervención terapéutica.

La familia necesita apoyo, desde los primeros momentos. Tiene que aprender a superar la situación de crisis desencadenada por las dificultades de crianza y educación de un niño con un temperamento difícil. La familia es el contexto ideal para llevar a cabo una intervención ecológica dirigida a desarrollar el autocontrol en un niño con deficiencias en este dominio. El éxito va a depender de que los padres proporcionen al hijo las experiencias adecuadas, tanto en términos de cantidad como de calidad, de forma natural en la vida diaria. En otras palabras, la familia tiene que crear un entorno máximamente competente para promover el desarrollo social y personal del niño. Específicamente, se debe ayudar a los padres para que desarrollen habilidades que les ayuden a reducir la tensión psicológica y emocional, así como el uso apropiado de métodos de disciplina y de prácticas de comunicación adecuadas con sus hijos con TDAH.

5.6. Limitaciones y propuestas de actuación con la familia

La contribución principal de nuestro estudio ha sido ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores sobre el impacto que ocasiona en la familia tener un hijo con TDAH en nuestro país. En primer lugar analizando las peculiaridades del desarrollo evolutivo del niño con TDAH y posteriormente valorando cómo los padres se implican en los contextos en los que el niño se desarrolla. Cómo se enfrentan al impacto del diagnóstico, su adherencia al tratamiento y cuáles son las fuentes de tensión familiar. También hemos aportado datos sobre las características del estilo de paternidad que poseen los padres de niños con TDAH y de las variables que influyen en la crianza.

Sin embargo, existen ciertas limitaciones en nuestro estudio. En primer lugar no hemos introducido ninguna medida objetiva del estrés parental ni de los métodos de disciplina (como grabaciones de las interacciones padre-hijo en distintas situaciones de la vida diaria, o utilización de diarios de los padres), aunque se han utilizado medidas a través de escalas de autoinforme que muestran un nivel adecuado de fiabilidad y validez y han sido utilizadas en numerosas investigaciones relativas a la crianza de niños con TDAH (Escala PSI y Escala Parental).

También hay que señalar que aunque nuestra investigación se ha centrado en analizar la influencia de las variables de edad, sexo, subtipo y trastorno oposicionista en el estrés parental y en la actuación disciplinar, se podían haber incluido otras muchas variables. No obstante, en el modelo de crianza propuesto hemos interconectado diferentes variables: sociofamiliares (tipo de familia, nivel de estudios y número de hijos); características del propio niño con TDAH que afectan a la familia (TOD y subtipo), variables de estrés parental (percepción de competencia, salud y refuerzos del niño) y estilos de disciplina ineficaz (sobrereacción y permisividad).

Otra limitación del estudio es que, debido al diseño, no se puede determinar con exactitud la dirección de la causalidad de las fuentes de estrés parental asociadas a las características del niño y a las características de los padres. Los resultados de numerosos estudios y los correspondientes al análisis estructural de nuestro modelo, nos inducen a pensar que las dificultades del niño con TDAH son el principal factor de influencia en el estrés familiar (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, y DuPaul, 1992; Johnston y Mash, 2001; Podolski, Nigg, 2001). Probablemente, debido al difícil temperamento que los padres perciben en este tipo de niños y como resultado de complejos procesos de condicionamiento, el hijo puede llegar a convertirse en un estímulo aversivo para sus padres, y con ello aumentar la vulnerabilidad de la familia a sufrir “estrés paranormativo”. Solo a través de estudios con diseños longitudinales se podrá esclarecer esta compleja cuestión.

También deseamos precisar que en la mayoría de casos, la madre es la que contestó la entrevista y los cuestionarios. Este hecho se repite en la mayoría de investigaciones ya que la madre es la cuidadora principal del niño y por otra parte, es más accesible para participar en el pase de pruebas. Puesto que el interés consiste en identificar las posibles fuentes ambientales que ocasionan impacto en el desarrollo del TDAH, podría ser importante incluir también la opinión de los padres en futuras investigaciones.

A pesar de las limitaciones ya mencionadas, los resultados del estudio demuestran claramente la necesidad de incluir como parte de objetivos clínicos de intervención con familias de niños con TDAH los procesos cognitivos y emocionales de los padres relacionados con el estrés parental (sentimientos de competencia, depresión, etc) y la utilización de métodos de disciplina de mayor eficacia. Investigaciones anteriores nos han mostrado que las terapias diseñadas para mejorar los síntomas del TDAH, no tienen ningún efecto en la

calidad de la crianza o en la tensión parental (Harrison y Sofronoff, 2002; Wells y otros., 2000).

La terapia debe tener en cuenta tanto las relaciones padres-hijo como los problemas personales que surgen como resultado de la crianza de un niño con TDAH. Procedimientos como el entrenamiento en control de la ira, la terapia conyugal, terapia para abordar la depresión de los padres, etc., podrían mejorar el éxito de los programas dirigidos a padres de niños con TDAH, especialmente cuando el trastorno se asocia a conductas de oposicionismo y desafío. Treacy, Lee y Baird (2005) han realizado un progreso alentador en este sentido al demostrar la eficacia de un programa de manejo del estrés para mejorar la tensión parental, demostrando tener un efecto positivo en varios aspectos del funcionamiento familiar, estilo parental, locus de control y percepción de apoyo social en padres de niños con TDAH.

Los resultados sugieren que las intervenciones focalizadas únicamente en la conducta del niño con TDAH es poco probable que alteren la evolución del trastorno a largo plazo. Es necesario considerar a la familia en su conjunto, para lograr un efecto multiplicador de la intervención. De cara a planificar la intervención terapéutica con las familias de hijos con TDAH, el profesional deberá tomar en consideración los siguientes aspectos:

1. Ofrecer información a padres y familiares (hermanos, abuelos) sobre la complejidad, cronicidad y características del problema del TDAH para proporcionarles claves que les permitan entender a qué obedece la conducta de su hijo. Fomentando una actitud empática y de respeto hacia el niño y mitigando la autocrítica, intentando prevenir que se produzcan interacciones paternofiliales, de relación fraternal y con la familia extensa disfuncionales, que aumenten el nivel de estrés familiar y agraven la sintomatología del niño.

También es importante analizar la información que los padres tienen sobre el TDAH para poder ajustarla, ya que en algunas ocasiones es contradictoria y puede influir en las expectativas sobre el funcionamiento del niño, así como su implicación en el tratamiento.

2. Analizar los problemas de sueño, alimentación, control de esfínteres y retraso en la adquisición del habla del niño en los casos en los que, se detecte que continúan presentes y establecer programas terapéuticos de cara a mejorar la problemática.
3. Abordar el tratamiento conductual de las conductas oposicionistas en los casos en los que se detecte (análisis funcional, programas de modificación de conducta y entrenamiento a padres).
4. Realizar programas de entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de solución de problemas para que estos niños se integren en actividades extraescolares y puedan establecer relaciones con pares convencionales, de cara a fomentar el desarrollo de conductas prosociales.
5. Programa de Terapia o Asesoramiento familiar que proporcione a los padres estrategias para abordar de manera adecuada la crianza de un niño con dificultades temperamentales y logre reducir la tensión psicológica y emocional de la familia.

Programas de instrucción cognitiva de cara a mejorar las cogniciones de los padres: sentimientos de competencia parental, autoeficacia, relación emocional con su hijo, sentimientos de depresión y aislamiento social.

Programas de entrenamiento en técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.

Programas de entrenamiento en habilidades de crianza y de comunicación positiva.

Técnicas de relajación y de control de la ira.

Terapia conyugal.

6. Lograr una coordinación estrecha entre los profesionales que están llevando a cabo el tratamiento del niño (escuela y sistema sanitario), para ello el psicopedagogo puede intervenir como interlocutor que aglutine la información de los profesionales del equipo educativo que atiende al niño (profesor-tutor, logopeda, profesor de educación especial) y se coordine con los profesionales del sistema sanitario.
7. Lograr una implicación adecuada de los padres en el proceso educativo: seguimiento de las tareas educativas y coordinación con los profesionales del colegio en las estrategias que se inicien para mejorar los logros académicos o conductuales.
8. Proporcionar a los padres apoyos tanto formales como informales y actividades de respiro para evitar la sobrecarga de crianza que estos niños ocasionan. Aquí juegan un papel clave las Asociaciones de niños con TDAH ya que posibilitan un lugar de encuentro, orientación y formación a padres, al tiempo que les proporcionan actividades y recursos.

En el futuro nuestra línea de investigación pretende seguir ahondando por una parte en los aspectos familiares que pueden posibilitar al niño un entorno más competente, que le proporcione aspectos compensatorios ante los problemas inherentes al trastorno, y por otra parte, que aumente en los padres la percepción de competencia en su rol parental y disminuya el estrés ocasionado por la crianza, pese a todos los estresores no normativos a los que se enfrenta. Para ello consideramos necesario trascender el marco de los resultados empíricos y elaborar programas de detección temprana y de intervención a familias de padres de niños con TDAH que contemplen estos aspectos señalados con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index (3rd edition)*. Charlottesville, VA. Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R. y Brunner, J. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40
- Adesida O. y Foreman, D. (1999). A support for parents of children whit hyperkinetic disorder: An empowerment model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 567-578.
- Alexander, G. E., DeLong, M. R. y Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annuary Rewiew Neuroscience*, 9, 357-381.
- Alizadeh, H.,y Andries, C. (2002) Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy*, 24, 37-52.
- American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficit disorder. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, (10 suppl), 85-121
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2nd edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. (3rd edition rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: Author. (*DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1995). Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition rev.). Washington, DC: Author. (*DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (2002). Barcelona. Masson.

- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L. y DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Arcelus, J., Gale, F. y Vostanis, P. (2001). Characteristics of children and parents attending a British primary mental health Service. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 91-95.
- Artigas-Pallares, J. (2003). Comorbilidad en trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología*, 36,(Supl1), 568-78.
- Arnold, D., O'Leary, S. Wolf, L., y Acker, M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 15, 137-144.
- Arnold, E., O'Leary, S. y Edwards, G.H. (1997). Father involvement and self-report parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 337-342.
- Asherson, P., Kuntsi, J. y Taylor, E. (2005). Unravelling the complexity of attention deficit hyperactivity disorder: A behavioral genetic approach. *The British Journal of Psychiatry*, 187,103-105.
- August, G.J. y Ganfinkel, G.D. (1990). Comorbidity of ADHD and Reading Disability Among Clinic Referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 29-45.
- Bao-Yu, Wei y Lin-Yan, Su. (2004). Family Environment and the Development of Behavior in Children with ADHD. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12, 145-146.
- Barkley, R.A. (1981). Hyperactivity. En E. Mash y L. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1982). Guidelines for defining hyperactivity in children. En B. Lahey y A. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, New York, Plenum Press.
- Barkley, R.A. (1990). Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for diagnosis and treatment. New York, Guilford Press, 74-105.
- Barkley, R.A. (1994). Impaired delayed responding: a unified theory of attention deficit hyperactivity disorder. En *Disruptive Behaviour Disorders: Essays in Honor of Herbert Quay*, (ed. D.K. Routh), Plenum, New York.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

- Barkley, R.A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, 279, 44-49.
- Barkley, R. A. y Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barkley, R. y Cunningham C. (1979). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208.
- Barkley, R.A., Dupaul, G.J. y McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.
- Barkley, R. A. DuPaul, G.J. y McMurray, M.B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics*, 87, 519-531.
- Barkley, R. A., Fisher, M., Edelbrock, C.S. y Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. An 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R., Fischer, M.; Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45,192-202,
- Barry, T., Dunlap, S., Cotton, S., Lockman, J. y Wells (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 265-273.
- Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis' reinterpretation of parental firm control: are authoritative families really harmonious?. *Psychological Bulletin*, 94,132-142.
- Beck, S.J. Young, G.H. y Tarnowski, K.J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 558-565.
- Bentler, P.M. (1995). *EQS Program manual for Windows*. Los Angeles, C.A: Multivariate Software, Inc.
- Bernal, M. Valdizán, J.R., García J. (2004). Estudio polisomnográfico nocturno en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (supl 1), 103-110.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Knee, O. y Tsuang, M. (1990). Family genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 , 526-33.

- Biederman, J., Faraone S.V. y Monuteaux, M.C. (2002). Impact of exposure to parental attention deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32, 817-827.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., Mick, E., Lehman, B.K. y Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 792-1798.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E. y Johnson, M. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal Psychiatry*, 159, 36-42.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Borden, K.A. (1987). Achievement attributions and depressive symptoms an attention deficit disorder and normal children. *Journal School Psychology*, 25, 399-404.
- Breen, M. J. y Barkley, R.A. (1983). The personality inventory for children (PIC): Its Clinical utility with hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 359-366.
- Brien, L.K. (2002). Parental expectancies and attention deficit hyperactivity disorder: Psychometric properties of the parental expectancies scale and relationship with familial measure. *Disertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 62 (9-B), 4210.
- Broidy , L.M., Nagin, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E., Brame, B., Dodge, K.A. y cols. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviours and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brofenbrenner, U. y Ceci, S.J. (1994). Nartura-nurture reconceptualized in developmental perspectiva : A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Brown, Th. E. (2000). *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Buhrmester, D., Whalen, C.K., Henker, B., Macdonald, V. y Hinshaw, S.P. (1992). Prosocial behavior in hyperactive boys: effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 103-122.
- Bullard, J.A. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHA child behaviour on the family: The impact and coping strategies. *Disertation Abstratcts International: Section B: Tthe Sciences and Engineering*, 57 (12B), 7755.
- Burns, R.B. (1990). *El autoconcepto: teoría, medición y desarrollo*. Bilbao, EGA.
- Byrnes, J.H. (2003). The emotional functioning and marital satisfaction of mothers of children with ADHD. *Disertation Abstratcts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (11-B), 5507.
- Callahan, D.A. (2003). The paternal report of effectiveness of the treatment for ADHD. *Disertation Abstratcts International: section B: The Sciences and Engineering*, 63 (8-B):3905.
- Campbell, E.S. y Radfering, D.L. (1979). Relationships among environmental and demographic variables and teacher-rated hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 77-81.
- Casey, R. y Schlosser, S. (1996). Emotional responses to peer praise in children with and without diagnosed externalising disorder. *Merrill Palmer Quartely*, 40, 60-81.
- Castellanos, P., García, F.A., Mendieta, P., Gómez, L. y Rico, M.D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de atención temprana. *Siglo Cero*, 34, 5-18.
- Cavell, T. (2001). Updating our approach to parent training. I: The case against targeting noncompliance. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 299-318.
- Chi, T. Ch. y Hinshaw, S.P. (2002). Mother child relationships of children with ADHD: the role of maternal depression related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387-400.
- Chi, T. Ch. (2003). Does maternal psychopatology affect child clinical assessment? A test of generality and specificity of the depression distortion theory. *Disertation Abstratcts International: section B: Tthe Sciences and Engineering*, 64 (2-B): 957.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Bauman, B.L. y Lee, S.S. (2003) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 ,1424-32.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F.A. (2002). A developmental psychopatology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.

- Clements, S.D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children. Terminology and identification* (Usph Publication nº 1415). Washington, U.S. Government Printing Office.
- Cleveland, J. (1999). Parenting stress in Mexican-American and Caucasian parents of children with ADHD. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59 (7-B), 3768.
- Coghill, D., Nigg, J., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E. y Tannock, R. (2005). White causal models in the neuroscience of ADHD. *Developmental Science* 8, 105-114.
- Córdoba, L. y Verdugo, A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familiares de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Revista Siglo Cero*, 34, 19-33.
- Corkum, P., Tannock, R., Moldofsky, H., Hogg, Sh. y Humpries, T. (2001). Actigraphy and parental ratings of sleep in children with attention deficit hyperactivity, *Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 24, 303-312.
- Crystal, D.S., Ostrander, R., Chen y August, G. (2003). Multimethod Assessment of Psychopathology Among DSM-IV Subtypes of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Self-parent and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29, 189-205.
- Cunningham, Ch. E. y Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for adhd and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 555-569.
- Del Barrio, M.V. (1998). Educación y nuevos estilos de familia. *Psicología Educativa*, 4, 23-47
- DiGiuseppe, R. (2001). A cognitive, behavioural, systemic plan for a complicated case of a child. *Cognitive and Behavioural Practice*, 8, 195-200.
- Donenberg, G. y Baker, B.L. (1993). The Impact of Young-Children with Externalizing Behaviors on Their Families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179-198.
- Dravick, D.A., Gadow, K., D. y Sprafking, J. (2006). Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 766.
- Douglas, V.I. (1972). Stoop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 159-182.
- Douglas, V.I. (1989). Can Skinnerian therapy explain attention deficit disorder?. A reply to Barkley. In L.M. Bloomingdale and J .Swanson (Eds). *Attention deficit disorder: Current concepts and emerging trends in attentional and behavioural disorders of childhood* (pp.235-354). Oxford, England: Pergamon Press.

- Eddy, L., Toro, J., Salamero, M., Castro, J. y Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales Españoles de Pediatría*, 50, 145-150.
- Edwards, G., Barkley, R.A., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Eiraldi, R.B., Power, T.J. y Nezu, C.M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder among 6-12-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. y Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364-369.
- Faraone, S.V. y Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder, *Biological Psychiatry*, 44, 951-958.
- Faraone, S. V., Biederman J., Jetton, J.G. y Tsuang, M.T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27: 291-300.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Kritchler-Lehamn, B. y cols., (1993). Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 616-623.
- Federación Mundial de Salud Mental (WFMH). (2004). Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas. www.wfmh.org.
- Fisher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-446.
- Freixa, N.M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca, Amarú.
- Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (1995). *Child Symptoms Inventories. The revised CSI Parent Teacher Checklist*. Stony Brook, New York: Chekmate Plus LTD.
- García, R., Presentación, M.J., Siegenthaler, R. y Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 2), 13-19.

- Gentschel, D. A., y McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods for treatment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12, 333-348.
- Golan, N., Shahar, E., Ravid, S. y Pillar, G. (2004). Sleep disorders and daytime sleepiness in children with attention deficit hyperactive disorder. *Journal Sleep*, 27, 261-266.
- Goldman, R. y Rakic, P. S. (1998). Tomography of cognition: parallel distributed networks in primate association cortex. *Annuary Review of Neuroscience*, 11, 137-156.
- Gottesman, I.I. y Gould, T.D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry*, 160, 636-645.
- Greenhill, L.L. (1998). Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 31-41.
- Grau, D. y Miranda A. (2005). Educational Outcomes of children with ADHD. Poster presented to 29th Annual Conference of the IARLD (International Academy for Research in Learning Disabilities). 7-9 Julio 2005, Valencia.
- Harrison, C. y Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioural Characteristics, and parental cognitions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 703-711.
- Hart, E.L., Lahey, B.B. y Loeber, R. (1995). Developmental change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: a four year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-749.
- Hartsough, C.S y Lambert, N.M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, developmental, and health history findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 190-201.
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 39-54.
- Harvey, E., Danforth, J.S., Ulaszek, W.R y Eberhardt, T.L. (2001). Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39,731-743.
- Hinshaw, S.P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Background Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning, and Parenting Practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086.
- Holmes, J., Payton, A., Barret, J., Harrington, R., McGuffin, P., Owen, M., Ollier, W., Worthington, J., Gill, M., Kirley, A., Hawi, Z., Fitzgerald, M., Asherson, P., Curran, S., Mill, J., Gould, A., Taylor, E., Kent, L., Craddock, N. y Thapar, A. (2002).

- Association of DRD4 in children with ADHD and comorbid conduct problems. *American Journal Medical Genetic*, 114, 150-153.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Conners, C.K., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., y Kraemer, H.C (2000). Parents cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583.
- Hull, B.S. (1996). The impact on the family of school-age children and adolescent with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and/or Oppositional Defiant Disorder compared to those with normal adjustment. *Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering*, 57, 1484.
- Jensen PS. (2000). Commentary: The NIH ADHD Consensus Statement: Win, Lose, or Draw?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 2.
- Jiménez Tallón, M.A. (1999) Familias monoparentales y política. En Parada Navas, J.L. (1999), *Políticas familiares y nuevos tipos de familia*. Murcia. Instituto Teológico
- Johnston, C. y Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E., Hoza, B. (2002). Responsiveness in Interactions of Mothers and Sons with ADHD: Relations to Maternal and Child Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 77-88.
- Kaminski, P.L., Jones, H., y Harshaw, A.A. (2004). *Low parental warmth and conduct problems in ADHD boys*. Poster presented at the 112th Annual Convention of the American Psychological Association. July, 28-August, 1, 2004, Honolulu, HI.
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D. y Gnagy, E.M. (2004). Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD ad Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 169-181.
- Kendall, J. (1999) Sibling accounts of ADHD. *Family Processes*, 38, 117-136.
- Keown, L.J. y Woodward, L.J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553.
- Kershner, J.G. y Cohen, N. (1992). Maternal depressive symptoms and child functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13, 51-63.

- Kirley, A., Loewe, N., Mullins, C., McCarron, M., Daly, G., Irwin, W., Fitzgerald, M., Gill, M., y Hawi, Z. (2004). Phenotype studies of the DRD4 gene polymorphisms in ADHD: Association with oppositional defiant disorder and positive family history, *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric*, 131B, 38-42.
- Krain, A.L. (2004). The role of parent and child perceptions of readiness for change, problem severity, and treatment acceptability in the pursuit of treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64 (7-B): 3530.
- Kreppner, J.M., O'Connor, T.G. y Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513-528.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., Van Daalen, E., Fegert, J., Findling, R.L., Fisman, S., Greenhill, L.L., Huss, M., Kusumakar, V., Pine, I., Taylor, E. y Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorder (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.
- Landau, S. y Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention deficit disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 69-81.
- Lange, G., Serrín, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M. y Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Laufer, M., y Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50,463-474.
- Le Moal, M. E. (1995). Mesocorticolimbic dopamine neurons: functional and regulatory roles (pp. 283-294). En F. Kupfer (Dir). *In Psychopharmacology: the fourth generation for progress*. New York: Raven Press.
- Leve, D.L., Hyoun, K. y Peras, C. K. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 505-520.
- Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M., Word, C. y Waldman, I. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum?. Genetic analysis of a large scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 734-744.
- Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S. y McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 368-376.

- Lewis, K. (1992). Family functioning as perceived by parents of boys with attention deficit disorder. *Issues of Mental Health Nursery*, 13, 369-386.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E., Kakouros y Karaba, R. (2005). Maternal emotions and self-efficacy in relation to boys and girls with AD/HD. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 245-263.
- Maniadaki, K., Sonuga-Barke, E. y Kakouros, E. (2005). Parents causal attributions about attention deficit/hyperactivity disorder: The effect of child and parent sex. *Child: Care, Health and Development*, 31, 331-340.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A. y Malloy, P. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.
- Marakovitz, S.F. y Campbell, S.B. (1998). Inattention, impulsivity, and hyperactivity from preschool to school age: performance of hard to manage boys on laboratory measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 841-851.
- Markham, E. (2001). Parenting stress in a clinical sample. Assessment implications. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62 (1-B), 555.
- Marshal, M., Molina, B.S. y Pelhman, W.E. (2003). Childhood ADHD and adolescent substance use: an examination of deviant peer group affiliation as a risk factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 293-302.
- Mayes, D., Calhoun, L. y Crowell, W. (2000). Learning Disabilities and ADHD: Overlapping Spectrum Disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 417-423.
- McClure, E. B., Kubiszyn, T. y Kaslow, N. (2002). Advances in the diagnosis and treatment of childhood disorders. *Professional Psychology Research and Practice*, 33, 125-134.
- McDonnell, K.A. y Mathews, LL. (2001). Promoting enhanced parenting: a group for caregivers of children diagnosed with AD/HD. *Journal for Specialists in Group Work*, 26, 276-288.
- McLaughlin, D.P. y Harrison, C.A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 82-88.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Guite, J. y Tsuang, M.T. (1997). Pregnancy, delivery, and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biology Psychiatry*, 53, 65-75.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L. y Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents,

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50, 565-576.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V. y Jones, J. (1998). Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: findings from a high risk sample of siblings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 352-358.

Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., Loo, K.J. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Child Psychology Psychiatry*, 44, 637-46.

Miranda, A. (1985). *Estrategias Educativas familiares, Estructura de la Familia y Características Psicosociales de los niños preescolares*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga. Aljibe

Miranda, A., García, R. y Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, *Revista de Neurología*, 2, 125-138

Miranda, A. y Grau, D. (2005). La familia y la escuela: su influencia en el TDAH. Poster presentado en la 3ª Reunión Internacional sobre Hiperactividad. 17-19 de noviembre 2005, Badajoz.

Miranda, A., Meliá-de Alba A., Marco, R., Roselló, B. y Mulas, F. (2006). Dificultades en el aprendizaje de matemáticas en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42 (supl 2), 163-170.

Miranda, A., Presentación, M.J. y López, C. (1995). Contextos familiar y escolar de niños con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos, En f. Lara (comp.), *Psicología evolutiva y de la educación*. Actas del IV Congreso INFAD. (pp.469-480). Burgos: Universidad de Burgos.

Miranda A, Presentación, M.J. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*. 35, 546-62.

Miranda, A., Soriano, M. y García, R. (2005). Reading Comprehension and written composition problems of children with ADHD: Discussion of research and methodological considerations, In T. Scruggs and M.A. Mastropieri (Eds), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* (Vol 19: 237-256), Oxford, UK:Elsevier.

- Molina, B.S.G. y Pelham, W.E. (2003). Childhood of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 497-507.
- Morande, G, y Lázaro, I. (1992). *Trastornos por déficit de atención en la infancia y en la adolescencia (TDA). Comorbilidad e interacción con trastornos de conducta (TC) y trastornos afectivos (TA)*. En T. Bonet (comp.) *Problemas Psicológicos en la Infancia*. (pp.83-92). Valencia. Promolibro. Cinteco.
- Morris, M. (2001). Parental stress and marital satisfaction in families of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Disertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies, 61 (7-A)*, 2607.
- Morton, J. y Fritz, U. (1995). *Causal modelling: a structural approach to developmental psychopathology*. In D. Cicchetti y Cohen, D. (Eds). *Developmental psychopatology*. New York: John Wiley, pp.357-390.
- Njardvik, U. (2001). Attention deficit hiperactivity disorder and the avoidance of responsibility: an evaluation of parent's attributions and their relation to treatment acceptability. *Disertation Abstratcts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61 (8-B)*: 4420.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B. y Lanzendorfer, K. (2004). Family conflict tendency and ADHD, *Psychological Reports, 94*, 577-80.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B., Lanzendorfer, K., Staffen, W. y Mair, A. (2002). Family coherence and ADHD. *Psychological Reports, 91*, 123-126.
- Nolan, E.E., Volpe, R.J., Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (1999). Developmental, gender, and comorbidity differences in clinically referred children with ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7*, 11-20.
- Norusis, M. (2003). *SPSS 12.0. Stadistical Procedores Companion*. Chicago, IL: SPSS, Inc.
- O'Neil, M. y Douglas, V. (1991). Study strategies and story recall in attention deficit hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 671-692.
- Orjales, I. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid. CEPE.
- Pascual-Castroviejo, I. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y capacidad para el deporte. *Revista de Neurología, 38*, 1001.
- Pelegrin, A. (2004). *El comportamiento agresivo y violento: Factores de riesgo y protección como mediadores de inadaptaciones y adaptaciones sociales del niño y adolescente*. Tesis doctoral Universidad de Murcia.

- Pelham, W.E. y Waschbusch, D.A. (1999). *Behavioral intervention in attention deficit hyperactivity disorder, in handbook of Disruptive Behavior disorders*. Edited by Quay, H.C., Hogan, A.E. New York, Kluwer Academic Plenum, pp. 255-278.
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal for Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Peris, T.S. y Hinshaw, S.P. (2003) Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomology, and combined disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 177-1190.
- Pfiffner, L.J., McBurnett, K., Rathouz, J.P.y Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 551-563.
- Pinderhugles, E.E., Dodge, K.A., Bates, J.E.y Pettit y Zelli, A. (2000). Discipline responses: influences of parent's socioeconomic status ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14, 380-400.
- Pineda D.A., Puerta I.C., Merchán V., Arango C.P., Galvis A.Y., Velásquez, B., Gómez, M., Builes, A., Zapata, M., Montoya, P., Martínez, J., Salazar, E.O. y Lopera, F. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana de Paisa. *Revista de Neurología*, 36, 609-613.
- Poeta, L.S., y Rosa-Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43, 584-588.
- Presentación, M.J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 44, ,137-143.
- Prinz, R., Bella, B. y Oppenheimer, K. (1983). *Children of separating parents: The are not all alike*. Unpublished manuscript, University of South Carolina, Columbia.
- Podolski, C. y Nigg, J.T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems, *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 503-513.
- Rajeev, M.D. y Riaz, M.D. (2003). Attention Deficit Hyperactivity disorder: Can we do better?. *International Pediatrics*, 18, 84-86.

- Rashap, J.L. (1998). The psychological adjustment of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 59 (3-B), 137.
- Rieppi, R; Greenhill, L.L., Ford, R.E., Chiang, S., Wu, M., Davies, M., et al. (2002). Socioeconomic status as a moderator of ADHD treatment outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 269-277.
- Roselló, B., Amado, L. y Bó, R.M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Roselló, B., García R., Tárraga, M. y 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 (Supl 1), 79-84.
- Rutter, M. (1988). *Studies of Psychosocial Risk: The Power of longitudinal data*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Ryan, E.E. (2002). AD/HD symptoms in parents of children with AD/HD: Impact on family functioning. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 63 (4-B): 2072.
- Satake, H., Yamashita, H. y Yoshida, K. (2004). The family psychosocial characteristics of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. *Child Psychiatry and Human Development*, 34, 219-235.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K.R., Leckman, J.F., Zhang, H., y Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-aged children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 976-984.
- Seipp, C.M. y Johnston, Ch. (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without oppositional behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 87-98.
- Semrud-Clikerman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., Lehman, B.K., Faraone, S.V. y Norman, D. (1992). Comorbidity between ADDH and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 439-448.
- Sergeant, J. y Van Der Meere, J. (1990). Convergence of approaches in localizing the hyperactivity deficit. En T. M. Ollendick y R. J. Prinz. *Advances in Clinical Child Psychology*, 207- 246.

- Serrano, P., Friederichsen, A., Piña, S., García, F., Almeida, L.,G. y Leo G. (2003). Frecuencia de complicaciones perinatales en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, otras enfermedades psiquiátricas infantiles y sujetos sanos. *Psiquiatría Biológica*, 10, 183-188.
- Shaw, D.S., Owens,E.B., Giovannelli, J., y Winslow, E.B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43.
- Smith, C.M. (2001). The use of pictorial cues and parent education to increase on task completion for children with Attention Deficit Disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: Tthe Sciences and Engineering*, 61 (7-B), 3826.
- Smith, K.M., Daly, M., Fischer, M., Yiannoutsos, C.T., Bauer, L. y Barkley, R.A. (2003). Association of the dopamine beta hydroxylase gene with attention deficit hyperactivity disorder: Genetic analysis of the Milwaukee longitudinal study. *American Journal Medical Genetic*, 15, 77-85.
- Smith, J. y Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school age children: a within families study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 168-179.
- Spencer, T., Biederman, J. y Wilens, T. (1999). Attention Deficit Hyperactivity disorder and coexistent dysfunctions. *Pediatric Clinics of North America, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*, 46, 973-986.
- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychological conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Stine, J.J. (1994). Psychosocial and psychodynamic issues affecting noncompliance with psychostimulant treatment. *Journal Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 75-86.
- Stone, K. (2000). An investigation of sibling relations-hips of children with ad/hd and their older siblings. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 60 (8-B): 4255
- Stormshak, E.A., Bierman, K.L., McMahon, R.J. y Lengua, L.J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 17-29.
- Strauss, A.A. y Lethinen, L. (1947). *Psychopatology and education of the brain injured child*. New York: Grune Stratton.
- Swanson, J., Castellanos, F.X., Murias, M., LaHoste, G., y Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 263-271.

- Swanson, J.M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M.A., Moyzis, R., Schuck, S., *et al.* (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience Biobehavior*, 24, 215.
- Szatmari, P., Offord, D.R. y Boyle, M.H. (1989). Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 30, 219-230.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder, advancing cognitive, neurobiological and genetic research. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 65-99.
- Thapar, A., Harrington, R. y McGuffin, P. (2001). Examining the comorbidity of ADHD related behaviours and conduct problems using a twin study design. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 224-229.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., Schcar, R. J. (2002). Moderators and mediators of long term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 922-928.
- Thunström, M. (2002). Severe sep problems in infancy associated with subsequent development of attention deficit hyperactivity disorder at 5,5 years of age. *Pediatrics*, 91, 584-592.
- Treacy, L., Tripp, G. y Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 36, 223-233.
- Wadsby, M., Sydsjo, G. y Göran, C. (2001). Evaluation of an intervention programme to support mothers and babies at psychosocial risk: assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit. *Health and Social Care in the Community*, 9, 125-128.
- Weiler, D.M. (2000). Healthy family functioning with a child Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Disertation Abstratcts International: section A: Humanities and social Sciencies*, 61 (6A), 2479.
- Wells, K.C., Epstein, J.N., Hinshaw, S.P., Conners, C., Keith, C., Klaric, J., Abikoff, H.B., Abramowitz, A., Arnold, L.E., Glenn, E., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Pelhan, W., Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J.M., Vitiello, B., y Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543-553.
- Wender, P.H. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. New York, Oxford University Press.
- Whalen, C.K., Henker, B., Janner, L.D., Ishikawa, Sh.S., Floro, J.N., Swindle, R., Perwien, A.R. y Johnston, J.A. (2006). Toward mapping daily challenges of living

- with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 115-130.
- Wheeler, J. y Carlson, C.L (1994). The social functioning of children with ADD with hyperactive and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 2-12.
- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Monuteaux, M., Prince, J. y Spencer, T.J. (2002). Patterns of psychopathology and dysfunction in clinically referred preschoolers. *Journal Development Behavior Pediatric*, 23, 31-36.
- Wilens, T.E., Biederman, J. *et al.* (2002). Psychiatric comorbidity and functioning referred preschool children and school-age youths whit ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 262-268.
- Willcut, E., Pennington, B., Chabildas, N., Friedman, M. y Alexander, J. (1999). Psychiatric comorbidity associated sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1355-1362.
- Woodward, L., Taylor, W. y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39, 161-169.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Developmental Disorders: Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra. WHO. Madrid, Meditor
- Wolraich, M.L., Wibbelsman, CH.J., Brown, Th.D.; Evans, St.W., Gotlieb, E.M., Knight, J.R., Ross, E.CL., Shubiner, H.H., Wender, EH. y Wilens, T. (2005) Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115,1734–1746.
- Ygual, A. Miranda, A., Cervera, J.F (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 193-202.
- Ygual, A. (2003). *Problemas de lenguaje en estudiantes con déficit atencional*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

7. ANEXO: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ANEXO 7.1.

ENTREVISTA DE EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA DEL TDAH (Miranda y Grau, 2002)

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR

1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN *DEL NIÑO CON TDAH*

1. Nombre:
2. Edad:
3. Curso:
4. Colegio al que asiste actualmente:
5. Otros colegios a los que ha asistido:

1.2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN *DEL PADRE*

6. Nombre del padre:
7. Edad:
8. Estudios:
 - 0 Graduado escolar
 - 1 Bachiller /FP
 - 2 Diplomatura
 - 3 Licenciatura
9. Ocupación:
 - 0 Jubilado / invalidez
 - 1 Paro
 - 2 Activo
10. En el caso de activo:
Puesto de trabajo actual :
Horario de trabajo:

1.3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN *DE LA MADRE*

11. Nombre de la madre:
12. Edad:
13. Estudios:
 - 0 Graduado escolar
 - 1 Bachiller /FP
 - 2 Diplomatura
 - 3 Licenciatura
14. Ocupación:
 - 0 Jubilada / invalidez
 - 1 Paro
 - 2 Activo
15. En el caso de activo:
Puesto de trabajo actual :
Horario de trabajo:

1.4. ESTRUCTURA FAMILIAR

16. Miembros del núcleo de convivencia: (padres, hermanos, tíos, abuelos, otros).

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

17. Tipología de la familia:

0 Familia compuesta por los dos progenitores

1 Familia monoparental

En caso afirmativo por:

madre soltera

separación

divorcio

viudedad

otros:

La figura de crianza es: el padre la madre

¿Desde que edad vive sólo /a con su hijo?:

2 Familia reconstituida

En caso afirmativo indique:

Existen hijos de su pareja actual fruto de relaciones anteriores

Conviven en el domicilio

3 Familia que ha adoptado a sus hijos

Edad en que se produjo la adopción:

18. Persona que se hizo cargo de su crianza de forma habitual:

0 Madre 1 Padre 2 Ambos 3 Otros

2. DESARROLLO PRENATAL Y PERINATAL DEL NIÑO CON TDAH

19. ¿Tuvo problemas en el embarazo?

0 No problemas

En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas? 1 Enfermedad:

2 Accidente

3 Consumo tóxicos

4

Otros:.....

20. ¿Tuvo problemas en el parto?

0 No problemas

En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

1 Prematuro

2 Cesárea

3 Fórceps

4 Anoxia

5 Incubadora

6 Otros:

21. ¿Nació con algún tipo de anomalía?	0 <input type="checkbox"/> No anomalías
En caso afirmativo cuál:	1 <input type="checkbox"/> Respiratorias 2 <input type="checkbox"/> Motrices 3 <input type="checkbox"/> Cardíacas 4 <input type="checkbox"/> Otras
22. ¿Durante los primeros años de vida sufrió algún accidente significativo?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo cuál:.....	
3. DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA	
Lactancia:	
23. ¿Tuvo reacciones alérgicas a las proteínas de la leche?	<input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
Sueño:	
24. ¿Presentaba un sueño intranquilo con despertares o movimientos agitados?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
25. ¿Ha tenido problemas en las rutinas o hábitos de sueño (horarios)?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
26. ¿Considera que es un niño que ha dormido poco?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
Llanto:	
27. ¿Era un bebé que lloraba mucho?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
28. ¿Considera que era un bebé malhumorado?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
Alimentación:	
29. ¿Tuvo dificultades en la introducción de alimentos sólidos?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
30. ¿Presenta problemas en las rutinas o ritmos de alimentación?	1 <input type="checkbox"/> Si 0 <input type="checkbox"/> No
Control de esfínteres.	
31. ¿A que edad aprendió a permanecer seco durante el día (a no hacerse pis encima)?	0 <input type="checkbox"/> Antes de los tres años 1 <input type="checkbox"/> A los tres años o después 2 <input type="checkbox"/> Todavía no permanece seco durante el día

32. ¿A que edad aprendió a permanecer seco durante la noche?

- 0 Antes de los 4 años
- 1 A los 4 años o después de los 4 años
- 2 Todavía no permanece seco durante la noche

33. ¿A que edad aprendió a controlar las heces (a no hacerse caca encima)?

- 0 Antes de los 3 años
- 1 A los 3 o después
- 2 Todavía no controla las heces

Lenguaje:

34. ¿A que edad comenzó a hablar utilizando frases de dos o mas palabras?

- 0 Antes de los 3 años
- 1 A los 3 o después de los 3 años
- 2 No habla en la actualidad

4. CARACTERÍSTICAS TEMPERAMENTALES Y PROBLEMAS ASOCIADOS (NEGATIVISMO DESAFIANTE)

35. ¿Considera que fue un bebé difícil? 1 Si 0 No
¿Por qué?

36. En el momento actual considera que su hijo muestra algunos de estos comportamientos:

Síntomas de trastorno negativista desafiante (TOD)	Nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
Se enoja con facilidad				
Discute con adultos				
Es insolente o desobediente				
Hace cosas deliberadamente para molestar a otros				
Acusa a los demás por su propio mal comportamiento o errores				
Se molesta fácilmente con los demás				
Tiene mal genio y es resentido/a				

5. ANTECEDENTES DE PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR Y PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES EN LOS PADRES

Antecedentes familiares:

37. ¿Existe en su familia o en la de su pareja antecedentes de trastornos psiquiátricos?

- 1 Si 0 No

En caso afirmativo señale qué trastorno y quién lo padece:

- 1 Hiperactividad. Parentesco:
- 2 Retraso mental. Parentesco:
- 3 Depresión. Parentesco:
- 4 Esquizofrenia. Parentesco:
- 5 Otros: Parentesco:

38. ¿Ha necesitado apoyo psicoemocional? 1 Si 0 No

39. ¿A quién a recurrido?:

- 1 Médico
- 2 Psicólogo
- 3 Psiquiatra
- 4 Asociaciones.
- 5 Otros

40. ¿Cuál ha sido el diagnóstico?

6. RELACIONES FAMILIARES Y APOYOS

Relaciones familiares:

41. ¿Cómo considera la relación de su hijo con la madre?

- 0 Estrecha
- 1 Indiferente
- 2 Tensa
- 3 De rechazo
- 4 No existe

42. ¿Cómo considera la relación de su hijo con el padre?

- 0 Estrecha
- 1 Indiferente
- 2 Tensa
- 3 De rechazo
- 4 No existe

43. ¿Cómo considera la relación con sus hermanos?

- 0 Estrecha
- 1 Indiferente
- 2 Tensa
- 3 De rechazo
- 4 No existe

44. ¿Ha buscado apoyo en su familia? 1 Si 0 No

45. ¿Ha buscado apoyo en sus amigos? 1 Si 0 No

46. ¿Ha buscado apoyo en alguna asociación? 1 Sí 0 No

En caso afirmativo indique cuál:

¿En qué le ha apoyado la asociación?

7. PERCEPCIONES DE LOS PADRES ACERCA DEL PROBLEMA DEL TDAH Y EXPECTATIVAS DE AJUSTE

47. ¿Qué información posee sobre el TDHA?

- 0 Nada
- 1 Poca
- 2 Suficiente
- 3 Mucha

48. ¿Quién se la ha facilitado?

- 0 Nadie
- 1 Psicólogo o terapeuta
- 2 Maestro
- 3 Psiquiatra
- 4 Asociaciones
- 5 Medios de comunicación: TV , prensa, internet
- 6 Varios de los anteriores
- 7 Otros

49. ¿Cree que podrá lograr un buen ajuste social y personal y una calidad de vida como la de sus otros hijos?

- 1 Sí 0 No 2 No lo se

¿Por qué?

8. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH

50. ¿A que edad se inició el problema en su hijo?

- 0 Antes de los 3 años
- 1 De 3 a 5 años
- 2 A partir de los 6 años

¿ Qué síntomas presentaba?

51. ¿Quién detectó el problema en su hijo?

- 1 Padres
- 2 Maestro
- 3 Pediatra
- 4 Psicólogo

52. ¿Qué profesional evaluó y diagnosticó a su hijo?

- 1 Pediatra
- 2 Psiquiatra
- 3 Neuropediatra.
- 4 Psicólogo/a

53. ¿Cuántos años tenía el niño cuando lo diagnosticaron?
54. ¿Esperaban ese diagnóstico de acuerdo al comportamiento que observaba en su hijo? 1 Si 0 No
55. ¿Se sintieron más tranquilos al conocer el diagnóstico? 1 Si 0 No
56. ¿Quién está mas preocupado? 1 El padre 2 La madre 3 Por igual
57. ¿Qué tratamientos ha seguido su hijo?
- 0 Ninguno
1 Psicológico
2 Farmacológico
3 Ambos (psicológico + farmacológico)
Otros (indicar cuales):.....
58. ¿Cómo valora los tratamientos recibidos? (escala de 1-10)
- Psicológico:
Farmacológico:
Ambos:
59. ¿Está siendo tratado su hijo/a por un psiquiatra o psicólogo? 1 Si 0 No
60. ¿Considera que el tratamiento de su hijo está supervisado adecuadamente? 1 Si 0 No
61. ¿Cómo se implica Vd. en el tratamiento?
- 1 Acude a las sesiones
2 Realiza las prescripciones que allí se le indican
3 Es consistente en la administración de la medicación
4 Es consistente en la realización de las tareas que se le prescriben

**9 HISTORIA ACADÉMICA, RECURSOS Y ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES.
RELACIONES FAMILIA-ESCUELA**

62. ¿Su hijo ha repetido algún curso ? 1 Si 0 No
63. ¿Su hijo asiste o ha asistido al aula de apoyo? 1 Si 0 No
64. ¿Considera que su hijo está recibiendo en la escuela una educación especializada de acuerdo a su problemática para el aprendizaje o a sus posibles problemas de aprendizaje? 1 Si 0 No
65. ¿Considera que su hijo está recibiendo en la escuela una educación especializada de acuerdo a sus problemática de comportamiento o a posibles problemas futuros? 1 Si 0 No

66. ¿Cómo definiría su relación con los profesionales del colegio de su hijo?

- 0 No tiene relación
- 1 Tiene una relación continuada
- 2 Se comunica con ellos al menos una vez al mes
- 3 Se comunica con ellos menos de una vez al mes

67. ¿Cómo colabora en los programas que se inician en el colegio para mejorar su comportamiento?

- 0 No colabora.
- 1 Acude cuando se le cita
- 2 Acude cuando usted detecta algún problema en su hijo
- 3 No acude porque considera que lo tienen que resolver ellos

68. ¿Colabora en las tareas académicas de su hijo?

- 0 No colabora
- 1 Me siento con él todos los días y superviso sus tareas
- 2 Le ayudo cuando me lo pide porque no entiende algo
- 3 Le ayudo cuando en el colegio me dicen que tiene problemas

69. ¿Acude el niño a actividades extraescolares?

- 1 Deporte
- 2 Apoyo educativo
- 3 Idiomas
- 4 Informática
- 5 Música
- 6 Otros:.....

70. ¿Se encuentra bien integrado en estas actividades?

- 1 Está bien integrado
- 2 Riñe con los compañeros
- 3 No hace caso de las prescripciones del profesor
- 4 Le gusta cambiar a menudo de actividades y no quiere acudir
- 5 Otros:.....

71. ¿Ha tenido que cambiar de actividades a causa de los problemas? ¿Cuántas veces?

- 0 No ha cambiado
- 1 Sí, en 1 ocasión
- 2 Sí, en 2 ocasiones
- 3 Sí, en 3 o más ocasiones

ANEXO 7.2.

PARENTING SCALE (Arnold, O'Leary, Wolff, y Acker, 1993)		
(Adaptación Grau y Miranda, 2003)		
<p>Instrucciones: alguna vez, todos los niños se portan mal o hacen cosas que podrían ser perjudiciales, que son “incorrectas”, o que a los padres no les gustan. (p.e: pegan a alguien, gimotean, no recogen los juguetes, se olvidan de las tareas, tiran comida, se niegan a acostarse, tienen rabietas, quieren una galleta antes de la cena, llegan mas tarde a comer a casa)</p> <p>Los padres tienen muchas maneras diferentes o estilos de tratar estos tipos de problemas. Estos ítems que se presentan debajo describen algunos estilos parentales.</p> <p>Para cada ítem, rellene el círculo que mejor describe su estilo parental durante los últimos dos meses con su hijo con TDAH.</p>		
=====		
ITEM DE PRUEBA:		
En el momento de la comida.		
Le permito a mi hijo decidir cuánto come.	0---0---●---0---0---0---0	Yo decido cuánto come mi hijo .
=====		
1. Cuando mi hijo se porta mal...		
Actúo inmediatamente.	0---0---0---0---0---0	Yo hago algo después.
2. Antes de que yo actúe cuando surge un problema...		
Le doy a mi hijo varias advertencias.	0---0---0---0---0---0	Le doy sólo una advertencia.
3. Cuando estoy disgustado o estresado...		
Soy quisquilloso y voy detrás de mi hijo.	0---0---0---0---0---0	No soy más quisquilloso que de costumbre.
4. Cuando le digo a mi hijo que no haga algo...		
Le hablo muy poco.	0---0---0---0---0---0	Le hablo mucho.
5. Cuando mi hijo me molesta (inoportuna).		
Yo puedo ignorar la molestia.	0---0---0---0---0---0	Yo no puedo ignorarla.
6. Cuando mi hijo se porta mal...		
Normalmente empiezo una larga discusión con mi hijo.	0---0---0---0---0---0	Yo no entro en discusiones.

7. Yo amenazo con hacer las cosas que...		
Estoy seguro que puedo llevar a cabo.	0---0---0---0---0---0	Yo sé que realmente no lo llevaré a cabo.
8. Yo soy el tipo de padre que...		
Pongo los límites en lo que permito hacer a mi hijo.	0---0---0---0---0---0	Permito a mi hijo hacer lo que quiere.
9. Cuando mi hijo se porta mal...		
Le doy a mi hijo un largo sermón.	0---0---0---0---0---0	Mi conversación es corta y ajustada a su mal comportamiento.
10. Cuando mi hijo se porta mal...		
Yo levanto la voz o grito.	0---0---0---0---0---0	Hablo a mi hijo serenamente.
11. Si el decir " No" no surte efecto en seguida.		
Emprendo algún otro tipo de acción	0---0---0---0---0---0	Sigo hablando e intento aguantar a mi hijo.
12. Cuando yo quiero que mi hijo deje de hacer algo...		
Le digo firmemente a mi hijo que pare.	0---0---0---0---0---0	Le suplico a mi hijo que pare.
13. Cuando mi hijo está fuera de mi vista...		
Generalmente no sé que es lo que está haciendo.	0---0---0---0---0---0	Yo siempre tengo una idea de lo que está haciendo
14. Después de tener un problema con mi hijo.		
Le guardo a menudo rencor.	0---0---0---0---0---0	Las cosas vuelven a la normalidad rápidamente.
15. Cuando nosotros no estamos en casa (salimos de casa con él)...		
Yo controlo el comportamiento del mismo modo que lo hago en casa.	0---0---0---0---0---0	Yo permito a mi hijo salirse con la suya mucho más.
16. Cuando mi hijo hace algo que no me gusta...		
Hago algo al respecto. cada vez que ocurre	0---0---0---0---0---0	Lo suelo dejar pasar
17. Cuando tengo un problema con mi hijo.		
Las cosas me sobrepasan y hago cosas que no quiero hacer	0---0---0---0---0---0	Las cosas no se me van de las manos.

18. Cuando mi hijo se porta mal, yo lo, agarro, le doy una palmada o un golpe...		
Nunca o raramente.	0---0---0---0---0---0	La mayoría de las veces.
19. Cuando mi niño no hace lo que yo le pido.		
Le permito a menudo irse o acabo por hacerlo yo.	0---0---0---0---0---0	Emprendo alguna otra acción.
20. Cuando yo le amenazo o le advierto justamente...		
Yo no lo llevo a cabo. a menudo	0---0---0---0---0---0	Yo siempre hago lo que dije.
21. Si el decir " No" no surte efecto...		
Tomo algún otro tipo de acción.	0---0---0---0---0---0	Yo le ofrezco a mi hijo algo bueno para que se comporte.
22. Cuando mi hijo se porta mal...		
Yo lo manejo sin frustrarme o sin llegar a enfadarme	0---0---0---0---0---0	Yo llego a enfadarme tanto que mi hijo puede ver que estoy disgustado.
23. Cuando mi hijo se porta mal...		
Le hago contarme por qué lo hizo	0---0---0---0---0---0	Le digo " No" o tomo alguna otra acción
24. Si mi hijo se porta mal y en ese momento se arrepiente.		
Manejo el problema como haría normalmente.	0---0---0---0---0---0	Le permito irse en ese momento
25. Cuando mi hijo se porta mal...		
raramente uso lenguaje grosero o palabrotas.	0---0---0---0---0---0	Casi siempre uso un lenguaje grosero.
26. Cuando le digo a mi hijo que no puede hacer algo.		
Le dejo que lo haga de todos modos.	0---0---0---0---0---0	Mantengo lo que he dicho
27. Cuando yo tengo que ocuparme de un problema...		
Le digo a mi hijo que lo siento.	0---0---0---0---0---0	No le digo que lo siento.

28. Cuando mi hijo hace algo que no me gusta, yo le insulto, digo cosas malas, o grito su nombre ..

Nunca o raramente.

0---0---0---0---0---0

La mayoría del tiempo.

29. Si mi hijo murmura se queja cuando yo intervengo ante un problema...

Yo ignoro la queja
y mantengo lo que dije.

0---0---0---0---0---0

Le digo a mi hijo
que no se queje.

30. Si mi hijo se enfada cuando yo le digo " No..."

Doy marcha atrás y
cedo ante mi hijo.

0---0---0---0---0---0

Mantengo lo que dije.

1. Cuando mi hijo quiere algo insiste hasta conseguirlo.
2. Mi hijo es tan activo que me agota.
3. Mi hijo es desorganizado y se distrae con facilidad.
4. Comparado con los demás niños, tiene más dificultad para concentrarse y prestar atención.
5. A menudo, mi hijo está entretenido con un juguete durante más de 10 minutos.
6. Mi hijo deambula mucho más de lo que imaginaba.
7. Mi hijo es más activo de lo que yo esperaba.
8. Mi hijo se retuerce y patalea cuando le visto o le baño.
9. Mi hijo se distrae fácilmente cuando quiere algo.
10. Raramente mi hijo hace cosas por mí que me hacen sentir bien.
11. A menudo siento que le gusto a mi hijo y que quiere estar cerca de mí.
12. A veces siento que no le gusto a mi hijo y que no quiere estar cerca de mí.
13. Mi hijo sonríe mucho menos de lo que imaginaba.
14. Cuando hago cosas por mi hijo tengo la sensación de que él no aprecia demasiado mis esfuerzos.

Para contestar a la pregunta 15, escoja una de las opciones 1-4 que se indican a continuación:

¿Qué afirmación describe mejor a su hijo?:

1. casi siempre le gusta jugar conmigo
2. a veces le gusta jugar conmigo
3. normalmente no le gusta jugar conmigo
4. casi nunca le gusta jugar conmigo

Para contestar a la pregunta 16, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:

Mi hijo llora y alborota:

1. mucho menos de lo que había imaginado
2. menos de lo que esperaba
3. tanto como imaginaba
4. mucho más de lo que esperaba
5. casi constantemente

17. Mi hijo llora o se alborota más a menudo que la mayoría de los niños.
18. Cuando juega, mi hijo no suele sonreír ni reír.
19. Generalmente mi hijo se despierta de mal humor.
20. Siento que mi hijo es muy inestable y se enfada fácilmente.
21. Mi hijo es algo diferente de lo que yo esperaba y esto me preocupa a veces.
22. En algunos aspectos, mi hijo parece haber olvidado aprendizajes previos y tiene que volver atrás para hacer cosas propias de niños más pequeños.
23. Mi hijo no parece aprender tan rápido como otros niños.

24. Mi hijo no parece sonreír tanto como otros niños.
 25. Mi hijo hace ciertas cosas que me preocupan bastante.
 26. Mi hijo no es capaz de hacer tanto como yo esperaba.
 27. A mi hijo no le gusta demasiado que le abracen o le toquen.
 28. Tengo sentimientos dudosos sobre mi capacidad para arreglármelas como padre/madre.
 29. Ser padre/madre es más duro de lo que pensé que sería.
 30. Me siento capaz y por encima de todo cuando estoy cuidando a mi hijo.
 31. Comparado mi hijo con la media, tiene gran dificultad para acostumbrarse a cambios de horario o a cambios en la casa.
 32. Mi hijo reacciona muy fuerte cuando ocurre algo que no le gusta.
 33. Dejar a mi hijo con una niñera normalmente es un problema.
 34. Mi hijo se altera fácilmente por pequeñas cosas.
 35. Ante sonidos fuertes y luces brillantes mi hijo los percibe con facilidad y reacciona en exceso.
 36. Establecer el horario de sueño y de comidas de mi hijo ha sido más costoso de lo que yo esperaba.
 37. Mi hijo normalmente evita durante algún tiempo un juguete nuevo antes de empezar a jugar con él
 38. A mi hijo le lleva mucho tiempo y le es muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas.
 39. Mi hijo no se siente cómodo cuando nos encontramos con extraños.
- Para contestar a la pregunta 40, escoja una de las opciones 1-4 que se indican a continuación:
40. Cuando mi hijo se enfada:
1. es fácil tranquilizarle
 2. cuesta más tranquilizarle de lo que yo esperaba
 3. es muy difícil tranquilizarle
 4. nada de lo que haga ayuda a tranquilizarle
- Para contestar a la pregunta 41, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación: conseguir que mi hijo haga algo o deje de hacer algo me resulta: mucho más difícil de lo que imaginaba:
1. algo más difícil de lo que imaginaba
 2. tan complicado como imaginaba
 3. algo más fácil de lo que imaginaba
 4. mucho más fácil de lo que imaginaba

Para contestar a la pregunta 42, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:
Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace que le preocupen. P.e: pierde el tiempo, se niega a escuchar, exagera, vocea, interrumpe, lucha, gimotea, etc. Por favor, rodee con un círculo la opción que corresponda al número de cosas que usted ha contado:

1. 1-3
2. 4-5
3. 6-7
4. 8-9
5. + de 10

Para contestar a la pregunta 43, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:
Cuando mi hijo llora, normalmente dura:

1. menos de 2 minutos
2. 2-5 minutos
3. 5-10 minutos
4. 10-15 minutos
5. más de 15 minutos

44. Hay ciertas cosas que mi hijo hace y que realmente me preocupan mucho.
45. Mi hijo ha tenido más problemas de salud de lo que yo esperaba.
46. A medida que mi hijo crezca y se haga más independiente, estaré más preocupada por si se hace daño o se mete en problemas.
47. Mi hijo ha resultado ser más problemático de lo que había imaginado.
48. Mi hijo es más difícil de cuidar que la mayoría.
49. Mi hijo está siempre dependiendo de mí.
50. Mi hijo me hace más requerimientos (peticiones, solicitudes) que la mayoría de los niños.
51. No puedo tomar decisiones sin ayuda.
52. He tenido muchos más problemas en educar a mi hijo de lo que imaginaba.
53. Me divierte ser padre/madre.
54. Cuando intento que mi hijo haga algo o deje de hacerlo siento que tengo éxito casi todas las veces.
55. No me siento capaz de cuidar a mi hijo tan bien como pensé que podría. Necesito ayuda.
56. A menudo siento que no puedo ocuparme de las cosas demasiado bien.

Para contestar a la pregunta 57, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:

57. Cuando reflexiono sobre mí como padre/madre creo que:

1. puedo solucionar cualquier cosa que ocurra
2. puedo solucionar la mayoría de las cosas bastante bien
3. a veces dudo, pero sé que puedo solucionar la mayoría de las cosas sin ningún problema
4. tengo ciertas dudas sobre si soy capaz de solucionar las cosas
5. no creo que sea capaz de solucionar los problemas en absoluto

Para contestar a la pregunta 58, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:

58. Siento que soy:

1. muy buen padre/madre
2. mejor padre/madre que la media
3. un padre/madre de la media
4. una persona con ciertos problemas para ser padre/madre
5. no muy bueno como padre/madre
- 6.

Para contestar a las preguntas 59 y 60, escoja una de las opciones 1-6 que se indican a continuación:

59. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Madre:

1. Graduado Escolar o de Secundaria Obligatoria
2. Bachillerato o COU (Pre-Universitario)
3. Titulado en Formación Profesional de Grado Medio
4. Diplomatura
5. Titulado en Formación Profesional de Grado Superior
6. Licenciatura

60. Padre:

1. Graduado Escolar o de Secundaria Obligatoria
2. Bachillerato o COU (Pre-Universitario)
3. Titulado en Formación Profesional de Grado Medio
4. Diplomatura
5. Titulado en Formación Profesional de Grado Superior
6. Licenciatura

Para contestar a la pregunta 61, escoja una de las opciones 1-5 que se indican a continuación:

¿Le resulta sencillo comprender lo que su hijo quiere o necesita?:

1. muy sencillo
2. sencillo
3. algo complicado
4. muy complicado
5. normalmente no suelo deducir cuál es el problema

62. A los padres les cuesta mucho tiempo desarrollar sentimientos íntimos y afectuosos hacia sus hijos.

63. Esperaba tener sentimientos más profundos y de mayor afecto hacia mi hijo de los que tengo y esto me preocupa.

64. A veces mi hijo hace cosas que me preocupan únicamente para ser travieso.

65. Cuando era joven nunca me sentí cómodo/a cuidando de niños.

66. Mi hijo sabe que yo soy su padre/madre y me quiere más que a otras personas.

67. Ahora tengo demasiados hijos.

68. La mayor parte de mi vida la dedico a hacer cosas para mis hijos.

69. Siento que dejo a un lado mi vida más de lo que imaginaba por satisfacer las necesidades de mis hijos
70. Me siento atrapado/a en mis responsabilidades como padre/madre.
71. A menudo siento que las necesidades de mis hijos controlan mi vida.
72. Desde que tuve este hijo, me siento incapaz de hacer cosas nuevas y diferentes.
73. Desde que tuve este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan.
74. Es difícil encontrar en nuestra casa un lugar en el que pueda ir para ser yo mismo/a (para estar solo/a).
75. Cuando pienso sobre el tipo de padre/madre que soy, frecuentemente me siento mal o culpable.
76. Me siento triste por la última compra en ropa que me hice para mí.
77. Cuando mi hijo se comporta mal o alborota mucho, me siento responsable, como si no hubiera hecho nada bien.
78. Cada vez que mi hijo hace algo mal siento que realmente es por mi culpa.
79. A menudo me siento culpable por la clase de sentimientos que tengo hacia mi hijo.
80. Hay pocas cosas que me preocupen sobre mi vida.
81. Me siento más triste y más deprimida de lo que imaginaba.
82. Acabo sintiéndome culpable cuando me enfado con mi hijo y esto me preocupa.
83. Aproximadamente un mes después de conocer el diagnóstico, me sentía más triste y deprimida de lo que había imaginado.
84. Desde que tuvimos a mi hijo, mi pareja no me ha ayudado ni apoyado tanto como esperaba.
85. Tener un hijo ha ocasionado más problemas de los que había imaginado en mi relación de pareja.
86. Desde que tenemos un hijo, mi pareja y yo ya no hacemos tantas cosas juntos.
87. Desde que tenemos un hijo, mi pareja y yo no pasamos tanto tiempo juntos en familia como había imaginado.
88. Desde que tuvimos el último hijo, he estado mucho menos interesado/a en el sexo.
89. Tener un hijo parece haber aumentado los problemas que tenemos con parientes y familiares.
90. Tener un hijo ha sido mucho más caro de lo que había imaginado.
84. Desde que tuvimos a mi hijo, mi pareja no me ha ayudado ni apoyado tanto como esperaba.
85. Tener un hijo ha ocasionado más problemas de los que había imaginado en mi relación de pareja.
86. Desde que tenemos un hijo, mi pareja y yo ya no hacemos tantas cosas juntos.

87. Desde que tenemos un hijo, mi pareja y yo no pasamos tanto tiempo juntos en familia como había imaginado.
88. Desde que tuvimos el último hijo, he estado mucho menos interesado/a en el sexo.
89. Tener un hijo parece haber aumentado los problemas que tenemos con parientes y familiares.
90. Tener un hijo ha sido mucho más caro de lo que había imaginado
91. Me siento solo/a y sin amigos.
92. Cuando voy a una fiesta normalmente no espero pasármelo bien.
93. No estoy tan interesado/a en la gente como solía estar.
94. A menudo tengo la sensación que a otras personas de mi misma edad no les gusta mi compañía.
95. Cuando tengo algún problema en el cuidado de mis hijos cuento con mucha gente con la que puedo hablar para que me ayuden o me aconsejen.
96. Desde que tenemos hijos, dispongo de muchas menos posibilidades para ver a mis amigos y para hacer nuevas amistades.
97. Durante los últimos seis meses, he estado más débil de lo normal y he tenido más malestares y dolencias para lo que normalmente padezco.
98. Físicamente, me siento bien casi todo el tiempo.
99. Tener un hijo ha cambiado mi forma de dormir.
100. Ya no me divierten las cosas que solían divertirme.

Para contestar a la pregunta 101, escoja una de las opciones 1-4 que se indican a continuación:

Desde que tengo a mi hijo:

1. he estado muchas veces enfermo/a
2. no me he sentido bien
3. no he notado ningún cambio en mi estado de salud
4. he estado más sano/a

Para responder a las preguntas de la 102 a la 120, rodee SÍ o NO según corresponda: ¿Durante los últimos doce meses, ha vivido algunas de las siguientes situaciones en su familia más cercana?

102. Divorcio.
103. Reconciliación matrimonial.
104. Matrimonio.
105. Separación.
106. Embarazo.

107. Un pariente se mudó a casa.
108. Aumento sustancial de los ingresos (20% o más).
109. Deudas importantes.
110. Mudanza.
111. Promoción en el trabajo.
112. Disminución sustancial de los ingresos.
113. Problemas de alcohol o drogas.
114. Muerte de un amigo íntimo de la familia.
115. Comienzo de un nuevo trabajo.
116. Inicio en una nueva escuela.
117. Problemas con superiores en el trabajo.
118. Problemas con profesores en la escuela.
119. Problemas legales.
120. Muerte de un miembro de la familia.