

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la
Educación



Funcionamiento familiar y ajuste psicológico de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Rocío Lago Urbano

Fecha de lectura: 5 de julio de 2017

Bajo la dirección de los doctores:

Alicia Muñoz Silva

Manuel Sánchez García

Huelva, 2017



UNIVERSIDAD DE HUELVA

PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación



**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AJUSTE PSICOLÓGICO DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

TESIS DOCTORAL

Rocío Lago Urbano

Huelva, 2017

Funcionamiento familiar y ajuste psicológico de niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Tesis Doctoral presentada por
Dña. Rocío Lago Urbano
para la obtención del Grado de Doctor

AUTORIZACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Comisión Académica del Programa de Doctorado

Programa Oficial de Doctorado en Ciencias de la Salud

Dpto. de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación

Universidad de Huelva.

Directores de la Tesis Doctoral:

Dra. Alicia Muñoz Silva.

Prof^a. Titular del Dpto. de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación.

Universidad de Huelva.

Dr. Manuel Sánchez García.

Prof. Titular del Dpto. de Psicología Clínica y Experimental.

Universidad de Huelva.

Tutor de la Tesis Doctoral:

Dr. Manuel Sánchez García.

Prof. Titular del Dpto. de Psicología Clínica y Experimental.

Universidad de Huelva.

Huelva, 2017

A mi hermano, por caminar a mi lado.

Agradecimientos

Esta Tesis Doctoral ha sido una carrera de fondo en la que estás frente a la pista, controlando la energía, buscando la concentración, con alti-bajos y tropiezos, esperando oír la campana de la última vuelta. He tenido la suerte de contar con personas que me han alentado y acompañado en cada pisada. A todas y todos, GRACIAS.

Manifestar la recompensa que a nivel personal ha supuesto el desarrollo de este trabajo, que nos ha permitido conocer a multitud de familias y profesionales comprometidos. La perseverancia y fuerza de estas personas han servido de base en este trabajo siendo nuestra meta avanzar en la comprensión de este trastorno, para, de algún modo, devolver la generosidad con la que han colaborado aportando sus historias.

Mi reconocimiento y gratitud a mis directores de tesis, Dra. Alicia Muñoz Silva y Dr. Manuel Sánchez García. Para mí ha sido un privilegio contar con vosotros. Gracias por todo lo que me habéis enseñado, por la dedicación y cariño que habéis depositado en este trabajo a lo largo de estos años. Esta tesis hubiera sido impensable sin vosotros.

A mis compañeras y compañeros de la Universidad de Huelva, con los que he crecido como docente y como persona, con un cariño especial para Patricia, Ana, Bárbara y Javier, con los que inicié este recorrido y me han tendido su mano siempre que lo he necesitado. A mis compañeras de la Universidad de Cádiz, que tanto me han animado y apoyado en estos últimos meses. A mis amigos y amigos que no han dejado que me aleje demasiado del mundo real, en especial a Alicia, Rocío y Virginia, GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE. Un guiño cómplice a mi “Campito”. A Ricardo, Antonio y María, que agotaron sus contactos en la búsqueda de familias.

A mis padres, por los que siento tanto orgullo. Gracias por confiar en mí, por apoyarme en mis decisiones y enseñarme el valor del esfuerzo y el trabajo. Dar las gracias a mis hermanos, Jose Alberto y Claudia, por entender mis ausencias, por vuestras risas y complicidad. A Raquel, por irrumpir en mi vida con tu energía.

Gracias a mi compañero de vida, que ha sabido acompañarme en este recorrido. Ya podemos decir “hemos acabado la tesis”, pues sin tu paciencia, respeto y apoyo no hubiera podido llegar a la meta.

INTRODUCCIÓN.....	19
I. MARCO TEÓRICO.....	23
CAPÍTULO 1. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	25
1. Conceptualización: hitos en la evolución del concepto y perspectiva actual.....	26
2. Perspectivas etiológicas.....	35
2.1 Modelos genéticos y neurológicos.....	35
2.2 La contribución de elementos ambientales y psicosociales.....	39
3. Criterios diagnósticos.....	42
3.1 Pautas para el diagnóstico según el DSM-V: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.....	42
3.2 Pautas para el diagnóstico según la CIE-10: Trastorno de la Actividad y la Atención, incluido dentro de los Trastornos Hiperkinéticos.....	46
3.3 Diferencias entre DSM-V y CIE-10.....	48
4. Perspectivas Terapéuticas.....	49
4.1 Tratamiento farmacológico.....	51
4.2 Tratamiento Psicológico.....	54
4.3 Tratamiento Psicopedagógico.....	57
4.4 Tratamiento multimodal o combinado.....	61
CAPÍTULO 2. Funcionamiento familiar: Impacto en la Vida Familiar, Estrés Parental y Estilos Educativos.....	69
1. Calidad de vida de los niños y niñas con TDAH y sus familias.....	70
2. Impacto e influencia del TDAH en diversas áreas del funcionamiento familiar..	71
3. El Estrés Parental en las familias con hijos con TDAH.....	80
3.1 Características de los/as menores.....	83
3.2 Características de los padres.....	87

3.3	Factores contextuales	90
4.	Estilos Educativos en las familias con hijos con TDAH.....	92
CAPÍTULO 3. Ajuste psicológico de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad		101
II.	METODOLOGÍA	127
CAPÍTULO 4. Descripción del estudio empírico		129
1.	Objetivos de la investigación.....	131
2.	Método.....	132
2.1	Participantes	133
2.2	Procedimiento.....	136
2.3	Instrumentos de evaluación.....	139
2.4	Análisis estadístico.....	150
III.	RESULTADOS	153
CAPÍTULO 5. Resultados de la investigación.....		155
1.	Análisis de las características de la historia evolutiva de los niños y adolescentes con TDAH.....	157
2.	Identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH. El papel de la familia. ...	158
3.	Sintomatología TDAH de los/as niños/as y adolescentes	164
4.	Capacidades y dificultades de los/as niños/as y adolescentes	165
5.	Análisis de las variables relativas a la familia.....	170
5.1	Estrés Parental	171
5.2	Estilos Educativos	178
5.3	Impacto en la Vida Familiar.....	181
5.4	Apoyo Social Percibido.....	184
6.	Análisis de las relaciones entre las variables del niño, de familia y contextuales.....	186
6.1	Estrés Parental	186

6.2	Estilos Educativos	189
6.3	Impacto en la Vida Familiar.....	191
6.4	Apoyo Social Percibido.....	193
7.	Modelos de regresión lineal jerárquica.....	193
7.1	Predicción del Estrés Parental	194
7.2	Predicción de los Estilos Educativos (Escala de normas: subdimensiones Inductiva, Rígida e Indulgente).....	196
7.3	Predicción de los Estilos Educativos (Escala de Afecto: subdimensiones Afecto-Comunicación y Crítica-Rechazo).....	198
IV.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	201
	CAPÍTULO 6. Discusión y Conclusiones.....	203
1.	Análisis de las características de la historia evolutiva de los niños y adolescentes con TDAH.....	204
2.	Identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH. El papel de la familia	205
3.	Sintomatología TDAH de los/as niños/as y adolescentes	209
4.	Capacidades y dificultades de los/as niños/as y adolescentes.....	209
5.	Variables relativas a la Familia	211
5.1	Estrés Parental	211
5.2	Estilos Educativos	212
5.3	Impacto en la Vida Familiar.....	213
6.	Apoyo Social Percibido	215
7.	Interrelaciones entre las variables del niño, de la familia y del contexto.....	216
8.	Reflexiones finales, limitaciones y perspectivas de futuro.....	221
V.	REFERENCIAS	227
VI.	ANEXOS	303

Índice de Figuras

Figura 1. Funciones ejecutivas alteradas en el TDAH desde el modelo de Barkley (tomado de Orjales, 2012)	29
Figura 2. Agentes educativos implicados en el tratamiento psicopedagógico de niños/as con TDAH (adaptado de Lavigne y Romero, 2010)	58
Figura 3. Orientación diagnóstica-terapéutica (tomado de Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes, 2010)	63
Figura 4. Variables explicativas del Estrés Parental.....	82
Figura 5. Relación entre el TDAH y las Dificultades de Aprendizaje (tomado de Aguilera, Mosquera y Blanco, 2014).....	114
Figura 6. Composición de la muestra por comarcas de la provincia de Huelva.....	139
Figura 7. Dificultades y trastornos en función de la edad (Infancia y Adolescencia)..	160
Figura 8. Dificultades y trastornos en función del género.....	161
Figura 9. Estrés de los padres de hijos/as menores de 12 años (PSI) expresado en frecuencias	171
Figura 10. Estrés de los padres de hijos/as a partir de 12 años (SIPA) expresado en frecuencias	174

Índice de Tablas

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad	30
Tabla 2. Estudios sobre la prevalencia del TDAH en menores y adolescentes en España (adaptada de Catalá-López et al., 2012)	32
Tabla 3. Estilos educativos formulados por MacCoby y Martin (1983)	93
Tabla 4. Posibles comorbilidades del TDAH en niños y adolescentes (toma de Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes, 2010)	103
Tabla 5. Variables sociodemográficas de la muestra	134
Tabla 6. Distribución en porcentajes de la presentación predominante de TDAH según el sexo	136
Tabla 7. Instrumentos administrados	140
Tabla 8. Dificultades evolutivas en los primeros años	157
Tabla 9. Trastornos asociados	160
Tabla 10. Tratamiento que reciben	161
Tabla 11. Participación de la familia en el tratamiento	162
Tabla 12. Dificultades referidas por los padres en la actualidad	163
Tabla 13. Dificultades en el ámbito académico	164
Tabla 14. Puntuación total del Índice de Hiperactividad. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as	165
Tabla 15. Puntuación total del Índice de Hiperactividad. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de la presentación de TDAH	165
Tabla 16. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as	166
Tabla 17. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de los grupos de edad	166

Tabla 18. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH	168
Tabla 19. Correlaciones de las subescalas y puntuación total del SQD con el Índice de Hiperactividad	168
Tabla 20. Conductas internalizantes y externalizantes. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as	169
Tabla 21. Conductas internalizantes y externalizantes. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de los grupos de edad	169
Tabla 22. Problemas externalizantes e internalizantes. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.....	170
Tabla 23. Estrés Parental (PSI). Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as.....	172
Tabla 24. Subescalas PSI y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación de TDAH.....	172
Tabla 25. Correlaciones de las subdimensiones y puntuación total de Estrés (PSI) con el Índice de Hiperactividad.....	173
Tabla 26. Estrés Parental (SIPA). Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as.....	174
Tabla 27. Estrés parental (SIPA). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH	175
Tabla 28. Correlaciones de las subdimensiones y puntuación total de Estrés (SIPA) con el Índice de Hiperactividad.....	176
Tabla 29. Estrés global. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba de comparación de medias en función del género, grupo de edad y presentación predominante de TDAH	177
Tabla 30. Estilos Educativos. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as.....	179

Tabla 31. Estilos Educativos. Medias (desviaciones típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de los grupos de edad	179
Tabla 32. Estilos Educativos. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH	180
Tabla 33. Correlaciones de los Estilos Educativos con el Índice de Hiperactividad....	181
Tabla 34. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as	182
Tabla 35. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función de los grupos de edad.....	182
Tabla 36. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>F</i> de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.....	183
Tabla 37. Correlaciones entre Impacto en la Vida Familiar e Índice de Hiperactividad	184
Tabla 38. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del género de los hijos/as..	184
Tabla 39. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>t</i> de comparación de medias en función del grupo de edad	185
Tabla 40. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba <i>F</i> de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH	185
Tabla 41. Correlaciones entre Apoyo Social Percibido e Índice de Hiperactividad	186
Tabla 42. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y Estilos Educativos	186
Tabla 43. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental e Impacto en la Vida Familiar.....	187
Tabla 44. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y Apoyo Social Percibido.....	188
Tabla 45. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y SDQ.....	188

Tabla 46. Correlaciones entre las puntuaciones de Estilos Educativos e Impacto en la Vida Familiar.....	189
Tabla 47. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido y Estilos Educativos	190
Tabla 48. Correlaciones entre las puntuaciones de Estilos Educativos y SDQ.....	190
Tabla 49. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido e Impacto sobre la Vida Familiar	191
Tabla 50. Correlaciones entre las puntuaciones de SDQ e Impacto en la Vida Familiar.	192
Tabla 51. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido y SDQ ...	193
Tabla 52. Modelo de regresión jerárquica para la predicción del Estrés Parental.....	195
Tabla 53. Modelo de regresión jerárquica para la predicción de las dimensiones de la Escala de Normas y Exigencias.....	197
Tabla 54. Modelo de regresión jerárquica para la predicción de las dimensiones de la Escala de Afecto	198

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (en adelante TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se inicia en la infancia y se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados en relación al nivel de desarrollo de la persona. Debido a ello, muchos niños, niñas y adolescentes con TDAH presentan dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad, lo que a su vez es fuente de dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. Esta complicada situación, con frecuencia, se va agravando si no se produce una intervención adecuada en los diferentes contextos de desarrollo. Su elevada prevalencia y complejidad hacen que se trate de uno de los trastornos que más interés suscita, hecho que no siempre se acompaña de las respuestas, recursos y apoyos necesarios para garantizar el ajuste psicosocial de los menores afectados.

Los efectos del TDAH no se limitan al propio sujeto, sino que van más allá llegando a afectar a su contexto social más próximo y, por lo tanto, a su contexto

familiar. En este sentido, el TDAH suele tener un impacto negativo sobre la familia, asociándose normalmente con elevados niveles de estrés parental y prácticas educativas negativas, principalmente debido a que estos padres y madres ven cómo las exigencias en el ejercicio de su rol parental exceden sus recursos para hacerles frente.

La presente Tesis Doctoral profundiza en la comprensión del funcionamiento familiar y el ajuste psicológico de niños/as y adolescentes con TDAH. Se estructura en siete grandes bloques, que se inician con una breve introducción del contenido. Estos bloques son:

- **Marco teórico**, que recoge la fundamentación de la literatura científica a través de tres capítulos. El primero de ellos trata de sintetizar la conceptualización del trastorno, describiendo las diferentes perspectivas y modelos que se han sucedido en su abordaje. Además se presenta la sintomatología básica y criterios diagnósticos según los manuales vigentes, su prevalencia e incidencia en niños y adolescentes, para finalizar con una exposición sobre las principales modalidades terapéuticas del TDAH y la implicación de la familia y la escuela en las mismas. El segundo capítulo se centra en las principales áreas del funcionamiento familiar en las que el TDAH deja su huella. En primer lugar se explica cómo se ve afectada la calidad de vida de los menores con TDAH y sus familias por la propia sintomatología que caracteriza al trastorno. A continuación, se presenta la influencia que los problemas y dificultades de los niños y niñas con TDAH tienen en diversas áreas específicas del funcionamiento familiar, y muy especialmente su repercusión en el Estrés Parental y los Estilos Educativos de padres y madres. Y por último, en el tercer capítulo, se exponen las principales dificultades y problemas asociados al TDAH en niños y adolescentes, que en numerosas ocasiones pueden comprometer su desarrollo y ajuste psicológico, afectando también de modo muy importante a la evolución y el pronóstico del trastorno.
- El segundo bloque es el denominado **Metodología**. En él se expone el método y diseño de la investigación, un estudio no experimental basado en una metodología cuantitativa de carácter transversal. En este capítulo se incluyen los objetivos de investigación, la descripción de los participantes, el procedimiento

llevado a cabo, las herramientas empleadas para la recogida de datos y los análisis utilizados.

- En el apartado **Resultados** se presentan los datos recogidos siguiendo los procedimientos descritos en el apartado anterior y se analizan las distintas relaciones entre las variables objeto de estudio, teniendo presente los objetivos planteados.
- Posteriormente, en **Discusión y Conclusiones** se interpretan los resultados de esta investigación en relación con la literatura científica, ofreciendo las principales conclusiones extraídas y los puntos concordantes y disonantes con otros estudios al respecto. Posteriormente, se presentan las reflexiones finales, limitaciones del estudio y perspectivas de futuro en la investigación con estos menores y sus familias. Todo ello con la esperanza de haber contribuido a la comprensión de este complejo trastorno, del funcionamiento familiar y del ajuste psicológico de los niños y adolescentes afectados, aportando también posibles líneas de intervención para optimizar la intervención tanto individual como familiar.
- **Referencias:** se recogen las referencias bibliográficas utilizadas en el desarrollo de este trabajo, siguiendo el estilo recomendado por la *American Psychological Association* (APA) en su sexta edición.
- **Anexos:** en este bloque se integran los instrumentos utilizados en la evaluación.

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

Conceptualización, diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

En este capítulo se presentan en primer lugar los hitos más destacables en la conceptualización del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) hasta llegar a su perspectiva más actual. Seguidamente se pasa a describir las diferentes perspectivas etiológicas y modelos explicativos que se han sucedido en el abordaje de este complejo trastorno. A continuación, se detallan sus síntomas y criterios diagnósticos según los manuales vigentes, además de su prevalencia e incidencia en niños y adolescentes, lo que pone de manifiesto la relevancia en la población infantil y adolescente de este trastorno del desarrollo. Finalmente, se resume la información sobre las principales modalidades terapéuticas del TDAH y la implicación de la familia y la escuela en las mismas.

1. Conceptualización: hitos en la evolución del concepto y perspectiva actual

En los últimos años, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha recibido un interés especial por parte de investigadores de diferentes ámbitos. Pese a la proliferación de trabajos en torno a este trastorno, aún permanecen discrepancias en la terminología, así como en su etiología, diagnóstico y tratamiento.

A lo largo de la historia de este trastorno cabe destacar, en primer lugar, el trabajo del psiquiatra alemán Heinrich Hoffmann quien, en 1845, en su obra «Struwwelpeter» formada por 10 historias breves, describía casos sobre problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia que presentaban similitudes con lo que hoy conocemos como TDAH. En uno de estos relatos, titulado «The Story of Fidgety Phil», exponía el caso de un niño -a través de una escena cotidiana en familia- que presentaba los síntomas típicos de un TDAH con hiperactividad-impulsividad.

Descripciones más precisas las encontramos a principios del siglo XX en los trabajos de George F. Still en 1902 y Alfred Tredgold en torno a 1908. El primero de estos autores, Still, describió de manera sistemática las características de 20 casos clínicos de niños que mostraban dificultades importantes en la autorregulación y atención sostenida, así como conductas desafiantes, elevada agresividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y una reducida capacidad de control inhibitorio. Still estableció que estos comportamientos se debían a un «defecto del control moral» genéticamente determinado. Por su parte, Tredgold mantuvo esta línea de trabajo en la que situaba la causa de estos comportamientos desordenados en un daño cerebral adquirido durante el periodo prenatal. En su libro «Mental Deficiency» describía a niños con problemas de conducta y deficiencias mentales que precisaban de una atención individualizada, dado que no podían beneficiarse de la educación ordinaria.

En 1937, Emma P. Bradley descubrió de manera casual la eficacia de los fármacos anfetamínicos para mejorar la conducta hiperactiva y la atención en estos niños, afianzándose la idea de una lesión cerebral. Una década más tarde y apoyados en trabajos anteriores de niños con problemas o lesiones en el Sistema Nervioso Central, Strauss y Lehtinen (1947) acuñaron el término «disfunción cerebral mínima», para referirse a niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba evidencia

científica suficiente de patología cerebral. Años más tarde, Laufer y Denhoff (1957) realizaron la primera denominación del síndrome hiperkinético, considerando que aunque los síntomas primarios tenían una base biológica, existían otros síntomas sociales secundarios que entraban en interacción con ellos.

A lo largo de los años 60, el acento se puso en el exceso de actividad motora como síntoma nuclear del trastorno. Esta nueva perspectiva se vio reflejada en 1968 en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-II), que incluyó la primera clasificación del TDAH con el término «Reacción Hiperkinética en la Infancia y la Adolescencia» (American Psychiatric Association, 1968), caracterizada por exceso de actividad, inquietud y distracción, especialmente en la infancia.

Ya en la década de los años 70, Virginia Douglas (1972) suscitó un cambio relevante en la noción del TDAH, destacando en estos niños síntomas como inquietud motora, escasa atención, incapacidad para permanecer sentados y las dificultades para controlar los impulsos, tanto en el hogar como en la escuela. Si bien no expuso indicadores muy precisos para detallar los síntomas, sus explicaciones significaron interpretaciones rigurosas sobre el TDAH. Los trabajos de esta autora y sus colaboradores fueron determinantes para acuñar los términos de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad.

Los años 80 comienzan con la influencia de Douglas, que destacaba la dimensión cognitiva sobre la conductual. Este hecho influyó en la inclusión en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) de una nueva denominación del trastorno que pasó a llamarse «Trastorno por déficit de atención» y que podía aparecer con o sin hiperactividad. Por primera vez se especificaba una edad de comienzo -antes de los 7 años- y la necesidad de una duración mínima de los síntomas de 6 meses. En los criterios dimensionales para el diagnóstico se exigían la presencia de al menos 3 síntomas de desatención, 3 de impulsividad y 2 de hiperactividad.

Posteriormente, en el DSM-III-TR (American Psychiatric Association, 1987), debido a la falta de apoyo empírico, se vuelve a la comprensión unidimensional del trastorno que se denomina «Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad». En esta revisión se mantiene la edad de inicio y la duración mínima de 6 meses de la sintomatología. Se plantearon 14 síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención de lo que el menor debía cumplir al menos 8 de ellos. Asimismo, en esta

revisión se incluía la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con los trastornos generalizados del desarrollo.

Más tarde, el DSM-IV y el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) emplearon la denominación «Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad», en el eje de los «Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia» dentro del apartado denominado Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En esta revisión se vuelve a la perspectiva multidimensional del trastorno, considerando dos grupos principales de síntomas en el TDAH -1) la desatención y 2) la hiperactividad/impulsividad- y distinguiendo tres subtipos: Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo; Subtipo predominantemente inatento; y Subtipo combinado.

A final de la década de los años 90, Russell Barkley en su libro *ADHD and The Nature of the Self-control* (Barkley, 1997), orienta la comprensión del TDAH como un trastorno en el desarrollo de la inhibición conductual. Esta publicación supuso un cambio importante en la conceptualización, explicación, evaluación y tratamiento del TDAH, pues trató de integrar las vías de investigación más importantes hasta el momento, dándole un sentido global a este complejo trastorno.

Barkley propone un *Modelo híbrido de autorregulación y de las funciones ejecutivas*, para explicar los déficits cognitivos y comportamentales que se presentan asociados al TDAH, entendiéndose por autorregulación la capacidad del individuo para frenar la primera respuesta que inició ante la aparición de un determinado estímulo, proteger su pensamiento de distracciones externas o internas y elaborar una nueva respuesta más adecuada que sustituya a la primera.

Desde este modelo se entiende la inhibición de respuestas como el déficit clave en el TDAH, que produciría a su vez un impacto adverso en el desarrollo de cuatro funciones ejecutivas principales (memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal o habla internalizada, autocontrol de la activación, motivación y afecto y, por último, reconstitución) y, que además, median en el sistema motor que controla la conducta dirigida a metas. Estas funciones están alteradas en las personas con TDAH del modo que se especifica en la figura 1, donde se representa en la columna izquierda las funciones ejecutivas y en la columna derecha el impacto que tienen en las personas con TDAH.

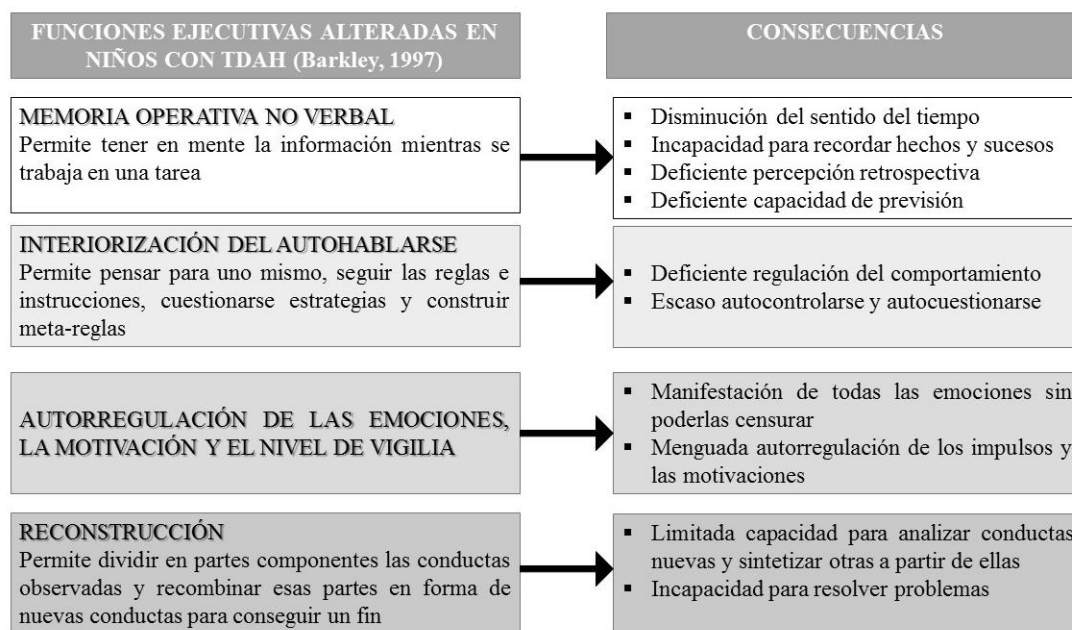


Figura 1. Funciones ejecutivas alteradas en el TDAH desde el modelo de Barkley (tomado de Orjales, 2012).

En la actualidad, se entiende el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad motriz/cognitiva y atención no adecuados en relación al nivel de desarrollo de la persona. Ello ocasiona que muchos niños, niñas y adolescentes con TDAH tengan dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad. Todo ello es fuente de dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales (American Psychiatric Association, 2013).

El diagnóstico del trastorno es fundamentalmente clínico, con predominio del uso de los Manuales Diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría, que ya va por la quinta edición (American Psychiatric Association, 2013) y, en menor medida, la Clasificación Europea de los Trastornos Mentales, cuya versión vigente es la décima (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Este recorrido histórico del concepto hasta lo que actualmente conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, se recoge de manera resumida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Síntesis histórica de la evolución del concepto de hiperactividad.

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
1845	Hoffman	<< Struwwelpeter >>
1902	Still	Defecto del control moral
1908	Tredgold	Daño cerebral adquirido periodo perinatal
1937	Bradley	Eficacia fármacos anfetamínicos
1947	Strauss y Lehtinen	Disfunción cerebral mínima
1957	Laufer y Denhoff	Síndrome hipercinético
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinética de la infancia y adolescencia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1980	DSM-III	Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1987	DSM-III-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
1994	DSM-IV	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
1997	Barkley	Modelo híbrido de autorregulación y de las funciones ejecutivas
2000	DSM-VI-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
2013	DMS-V	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Se estima que la prevalencia del trastorno es de entre un 3-7% en niños en edad escolar (American Psychiatric Association, 2013). Para la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (en adelante CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 2010), la prevalencia del TDAH oscila en torno al 1-2%, y según la revisión de Biederman y Faraone (2005), la tasa se sitúa entre el 8-12% a nivel mundial. Los estudios centrados en conocer las tasas de prevalencia del trastorno han ofrecido datos muy heterogéneos, pudiendo variar en hasta 20 puntos según los criterios que se tengan en cuenta (Lora y Moreno, 2010).

Para entender las diferencias en las tasas de prevalencia es necesario conocer los procesos implicados en las investigaciones, es decir, tener en cuenta factores como: definición del trastorno, criterios diagnósticos empleados (DSM o CIE), población de estudio (general o clínica), métodos de selección de la muestra, fuentes de información (habitualmente profesores y padres), instrumentos de evaluación, variables psicosociales y culturales y consideración o no de la presentación predominante, entre otros aspectos (Cardo y Severa-Barceló, 2005; Faraone, Sergeant, Gillberg y Biederman, 2003; Lora y Moreno, 2010; Narbona, 2001).

En la tabla siguiente, se presentan las tasas de prevalencia de TDAH de niños y adolescentes obtenidos en diferentes estudios realizados en España en los últimos años, recogidos en la revisión sistemática y meta-análisis llevado a cabo por Catalá-López et al. (2012).

Tabla 2. Estudios sobre la prevalencia del TDAH en menores y adolescentes en España (adaptada de Catalá-López et al., 2012).

Autores, año, (localización)	Población (edad)	Origen de la muestra (N)	Fuente de información	Herramientas de evaluación Tasa de respuesta (%)	Prevalencia estimada Ratio varón a mujer
Guimón, Luna, Gutiérrez, y Ozamiz, 1980 (Vizcaya).	Niños/as (5-11.5)	Escolar (N = 140)	Padres y profesores	Hyperkinesia scales, perinatal history, neurological examination and Bender-Gestalt test, CAT, Corman test, PFT, intelligence scales (WISC, Terman-Merrill), academic performance No explícita	8% 4:1
Farré y Narbona, 1989 (Navarra)	Sólo niños (6-8)	Escolar (N = 651)	Padres y profesores	Conner's scales, Raven's Colored Progressive Matrices, academic performance 93%	1%
Gutiérrez Bengoechea, 1992 (Asturias)	Niños/as (6-11)	Escolar (N = 1048)	Padres y profesores	Conner's scales, CBCL >90%	4.5% 4:1
Benjumea y Mojarro, 1993 (Sevilla)	Niños y adolescentes (6-15)	Escolar (N = 1791)	Padres y profesores	Conner's scales, PACS >60%	4% - 6% -
Verdeguer, 1994 (Castellón)	Niños/as (10)	Población general (N =325)	Padres y profesores	Conner's scales, Werry-Weiss-Peters activity rating scale, K-SADS-E, Raven's Colored Progressive Matrices, GAF scale, ADHD rating scale 93%	7.1% 10:1
Gómez-Beneyto, Bonet, Catalá, Puche, y Vila, 1994 (Valencia)	Niños y adolescentes (8,11y 15)	Población general (N = 1127)	Padres y sujetos	CBCL, K-SADS-E, Raven's Colored Progressive Matrices, GAF scale 94%	14.4%, 5.3%, 3.0% 1.2-1.7:1

Andrés-Carrasco, Catalá, Gómez-Beneyto, 1995 y 1999 (Valencia)	Niños/as (10)	Población general (N = 387)	Padres y sujetos	K-SADS-E, Raven's Colored Progressive Matrices, GAF scale 98%	8% 2:1
Eddy, 1997 (Barcelona)	Niños/as (7,8)	Escolar (N = 263)	Padres y profesores	Conner's scales No explícita	5.7%-9.8% 2:1
Ruiz, Ferrer, García, y Tornel, 1999 (Barcelona)	Niños/as (6 -10)	Escolar (N = 1433)	Profesores	SNAP-IV, VADTRS 98%	14% 4:1
García-Jiménez, López-Pisón, y Blasco-Arellano, 2005 (Navarra)	Niños y adolescentes (6-12)	Escolar (N = 222)	Padres, profesores y sujetos	Conner's scales, Conner's modified, ADHD rating scale 82%	9% 5.6:1
Blázquez Almería, Joseph-Munné, Burón-Masó, Carrillo-González, Joseph-Munné, Cuyàs-Reguera, y Freile-Sánchez, 2005 (Barcelona)	Niños y adolescentes (6 – 13)	Escolar (N = 2401)	Profesores	Conner's modified, ADHD rating scale No explícita	12.2% 4:1
Rodríguez Hernández, 2006 (Islas Canarias)	Niños/as (7- 10)	Escolar (N = 595)	Padres y profesores	SDQ 89%	3.9%
Rodríguez Molinero, López Villalobos, Garrido Redondo, Sacristán Martín, Martínez Rivera, y Ruiz, 2009 (Castilla León)	Niños y adolescentes (6 - 16)	Escolar (N = 1095)	Padres y profesores	ADHD rating scale, Vanderbilt ADHD assessment scale, CSI No explícita	6.7% 2.3:1

Cardo, Servera, Llobera, 2007 y Cardo, Servera, Vidal, de Azua, Redondo, Riutort 2011 (Mallorca)	Niños y Escolar adolescentes (N = 1509) (6 – 12)	Padres y profesores	ADHD rating scale No explícita	1.2% - 4.6% 1:1.5
---	--	---------------------	-----------------------------------	----------------------

CAT: Children's Apperception Test; CBCL: Child Behavior Checklist; CSI: Child Symptom Inventory; GAF: Global Assessment of Functioning; K-SADS-E: Kiddy Schedule for affective diseases and Schizophrenia (epidemiological version); PACS: Parenteral account of children's symptoms; PFT: Rosenzweig Picture Frustration Test; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaires; SNAP-IV: Swanson, Nolan y Pelham, 4th Edition; VADTRS: Vanderbilt ADHD Teacher Rating Scale.; WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children.

Por otra parte, se trata de un cuadro con importantes diferencias de género, ya que existe evidencia del predominio de varones con esta alteración, en una proporción que varía según los estudios analizados -como se refleja en la Tabla 2- y que como resumen en su trabajo Biederman et al. (2002b) puede alcanzar la proporción de 10 a 1 en muestras clínicas y 3 a 1 en poblacionales. Además, estos autores también hallaron que, en relación con los síntomas nucleares, niños y niñas con TDAH pueden presentar diferentes patrones de comportamiento. Las niñas tendían a una mayor falta de atención y los niños a un mayor componente de hiperactividad-impulsividad. Así, encontraron que el TDAH con predominio combinado se presentaba más frecuentemente en niños que en niñas (80% frente al 65%), la presentación con predominio de falta de atención era más frecuente en niñas que en niños (30% frente al 16%), y la hiperactiva-impulsiva, siendo la menos frecuente de las tres, se encontraba tanto en las niñas (5%) como en los niños (4%).

La severidad de los síntomas del TDAH también parece ser más acusada en los niños en comparación con las niñas (Arnett, Pennington, Willcutt, DeFries y Olson 2015; Willcutt et al., 2010). En el caso de las niñas, la sintomatología del TDAH es, según algunos autores, menos evidente (Kopp, Kelly y Gillberg, 2010), pudiendo llevar a su baja identificación e infradiagnóstico (DuPaul et al., 1998; Quinn, 2008).

Las evidencias disponibles hasta el momento sobre el desarrollo del TDAH han posibilitado que deje de conceptualizarse como un trastorno de conducta y pase a ser considerado un trastorno del neurodesarrollo (American Psychiatric Association, 2013; Casas-Brugué y Ramos-Quiroga, 2007; Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH, 2010). También existe consenso en su consideración como un cuadro heterogéneo y complejo con un origen multifactorial, que involucra, de modo destacado, a elementos genéticos, pero también a otros factores no genéticos de carácter medioambiental o psicosocial, lo que se explica con más detalle a continuación.

2. Perspectivas etiológicas

2.1 Modelos genéticos y neurológicos

Tal y como se recoge en el que podemos calificar como el más sistemático meta-análisis sobre este trastorno desarrollado en español, la Guía de Práctica Clínica

sobre el TDAH en niños y adolescentes (2010), parece probada la existencia de una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas, corroborada, entre otros datos, por el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas, de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal. Estudios volumétricos cerebrales han mostrado desviaciones en el desarrollo de las estructuras corticales, sugiriendo que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical. Por otra parte, en la población pediátrica con TDAH se han encontrado volúmenes significativamente inferiores a nivel de la corteza prefrontal dorsolateral y regiones conectadas con ésta, como el núcleo caudado, el núcleo pálido, el giro cingulado anterior y el cerebelo.

Sin embargo, como matizan Casas-Brugué y Ramos-Quiroga (2007), no todos los estudios de neuroimagen estructural en niños con TDAH han podido replicar estos resultados, lo que plantea la posibilidad de que las diferencias entre los resultados descritos por los diversos autores puedan ser atribuidas a: 1) diferencias en las muestras de pacientes evaluadas, con un importante papel de la comorbilidad y 2) diferencias en los procedimientos experimentales de evaluación utilizados. Asimismo, y apelando al concepto de neuroplasticidad -relación de causalidad bidireccional entre cerebro y conducta por la que cambios en la conducta producen cambios cerebrales y viceversa-, las alteraciones estructurales descritas en niños con TDAH podrían ser consecuencia de cambios conductuales en estos niños, que evolucionarían y se normalizarían a medida que lo hace también la conducta del niño con la edad. Algunas de las alteraciones estructurales en niños con TDAH se normalizan con el tiempo, en concreto, las que afectan al núcleo caudado (Castellanos et al., 2002).

Además, como señalan Almeida, Ricardo-Garcell, Prado y Martínez (2010), diversos estudios longitudinales indican que alrededor de los 16 años desaparecen las diferencias en volumen de las diversas estructuras anatómicas, lo que sugiere un retraso de alrededor de dos años en el neurodesarrollo y el efecto de los cambios neuronales propios de la adolescencia como la llamada poda sináptica.

La revisión realizada por Grau (2007) destaca que, a nivel neuroquímico, parece demostrado que 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 sobre

todo a las áreas del cerebro responsables de la inhibición del comportamiento inadecuado y especialmente a los lóbulos frontales y los ganglios basales, lo que explicaría las dificultades de autocontrol. El hecho de que los fármacos dopaminérgicos (metilfenidato y dextroanfetamina) resulten efectivos para disminuir una gran variedad de síntomas avalaría esta hipótesis. Además, 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, encargadas de regular la inhibición de respuestas, la planificación y la flexibilidad mental.

Por otra parte, Almeida (2005) destaca que a pesar de que no todos los estudios neuropsicológicos realizados en pacientes con TDAH han arrojado los mismos resultados, es notable que la tendencia de las alteraciones encontradas se asemeja mucho al perfil neuropsicológico de los pacientes que padecen daño en el lóbulo frontal.

Otra línea de investigación, relacionada con los estudios electroencefalográficos en los que se han comparado niños/as hiperactivos con niños/as de un grupo control, ha hallado, entre otros, los siguientes resultados (Moreno, 2008): diferencias significativas en las ondas cerebrales vinculadas habitualmente a los estados de alerta y concentración; tasas elevadas de ondas theta asociadas a estados de relajación o al estado de *soñar despierto*; diferencias en los patrones de aparición y características de los potenciales evocados en tareas vinculadas a mantener o cambiar la atención; y, por último, un número más elevado de anomalías epilépticas entre los niños/as hiperactivos/as.

También se ha estudiado la heredabilidad del trastorno en diversas investigaciones con niños y niñas hiperactivos y sus familiares. Como recoge Grau (2007), estos estudios señalan 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. 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. Por su parte, la revisión de Moreno (2008) destaca que los padres y hermanos de niños con TDAH presentan un riesgo entre dos y ocho veces más elevado de presentar el trastorno. En esta misma línea, Faraone et al.

(2005) concluyen que, a partir de 20 estudios realizados con gemelos, se puede estimar que la heredabilidad del TDAH es del 76%.

Los estudios genéticos también incluyen estudios moleculares, que intentan hallar genes específicos que pudieran estar implicados en la aparición de la sintomatología característica. Recientes estudios genómicos muestran la complejidad genética del TDAH, que se ha asociado con marcadores en diferentes cromosomas relacionados con la actividad de los neurotransmisores, principalmente la dopamina (Faraone et al., 2005; Smalley et al., 2002).

Entre los trabajos de investigación más avanzados en este campo destacan los desarrollados en el Hospital Vall d'Hebron, entre cuyos principales resultados destacan (Casas-Brugué y Ramos-Quiroga, 2007):

1. La implicación, además de los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, del sistema serotoninérgico.
2. Distintos genes están implicados en las diferentes formas de presentación de TDAH.
3. La existencia de al menos un gen (DDC) implicado en la evolución diferencial del trastorno en los pacientes a lo largo de la vida, al asociarse al TDAH tanto en niños como en adultos. Este es el gen que codifica la DOPA decarboxilasa, enzima necesaria para la producción de dopamina y serotonina.
4. La posible implicación de distintos factores neurotróficos en el TDAH. Los factores neurotróficos son proteínas segregadas que modulan el crecimiento, la diferenciación, la reparación y la supervivencia de las neuronas; algunos tienen otras funciones, como cierto papel en la neurotransmisión y en la reorganización sináptica que tiene lugar en el aprendizaje y en la memoria. Están involucrados en los cambios neuroplásticos que durante la infancia y la adolescencia contribuyen a la maduración del sistema nervioso central y pueden ser una de las causas del retraso en el neurodesarrollo que caracteriza al TDAH. Estos resultados sugieren que las diferencias genéticas que implican a los factores neurotróficos pueden contribuir a la evolución diferencial de los síntomas del TDAH a lo largo de la vida.

Como se acaba de exponer, las evidencias científicas disponibles nos indican que no hay lugar para dudar de la implicación de los factores genéticos y neurológicos en el origen y desarrollo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Pero también se apunta que los modelos unidimensionales tampoco parecen dar una respuesta completa a la explicación de este complejo trastorno del neurodesarrollo, lo que sugiere la necesidad de continuar explorando en busca de elementos que puedan incrementar la comprensión del desarrollo del trastorno.

Así, y teniendo además en cuenta la heterogeneidad del grupo TDAH en cuanto a severidad de presentación, persistencia de síntomas, comorbilidades y diferencias en la respuesta al tratamiento, se puede decir con rotundidad que los modelos médicos de carácter unidimensional han fallado a la hora de ofrecer una explicación adecuada, siendo absolutamente necesario integrar los procesos medioambientales y sociales en los modelos de explicación genéticos y neurológicos, a partir de propuestas explicativas como la desarrollada por Coghill, Nigg, Rotheenberger, Sonuga-Barke y Tannock (2005), que plantean la existencia de una heterogeneidad causal incorporando niveles múltiples de análisis. En el siguiente punto se pretende completar la visión etiológica del TDAH con la incorporación de los factores no genéticos.

2.2 La contribución de elementos ambientales y psicosociales

En este apartado se sintetizan los hallazgos disponibles acerca de la posible intervención en la génesis y evolución del trastorno de factores de carácter ambiental o psicosocial. En primer lugar, se ha de decir que, en general, actualmente se acepta que es probable la interacción de factores ambientales y genéticos de modo que, por ejemplo, la presencia de determinados genes afectaría a la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales (Almeida et al., 2010; Stevens et al., 2009; Thapar, Harold, Rice, Langley y O'Donovan, 2007). De esta premisa general se deriva de forma inevitable la pregunta: ¿cuáles serían estos factores ambientales?

A este respecto, la ya referida Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes (2010) destaca que diferentes estudios apuntan a la intervención de *factores neurobiológicos no genéticos*, con una mayor evidencia para los siguientes: prematuridad, anoxia, encefalopatía hipóxico-isquémica, bajo peso al nacimiento, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación. También se recoge en

este documento que se han relacionado con un mayor riesgo de TDAH el consumo de heroína y cocaína durante el embarazo, la exposición intrauterina a sustancias como plomo o cinc, traumatismos craneoencefálicos moderados y graves en la primera infancia o padecer infecciones del sistema nervioso central, mientras que factores dietéticos como el tipo de alimentación y, concretamente, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido motivo de polémica sin que, por el momento, existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH.

En esta misma dirección, Milberger, Biederman, Faraone, Guite y Tsuang (1997) expusieron la implicación de otras complicaciones prenatales como sangrados o toxemia, del uso de medicamentos, o de problemas postnatales (malformaciones menores, convulsiones) en las historias de niños con déficit de atención con hiperactividad comparadas con las de los niños sin este trastorno.

Por su parte, otros trabajos destacan la importancia de *elementos no neurobiológicos*. Así, la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH (2010) señala que, de modo general, factores de riesgo psicosocial pueden influir en el desarrollo de las funciones ejecutivas y la autorregulación emocional y conductual.

Bajo el rótulo de factores de riesgo psicosocial se pueden encuadrar muy diferentes elementos, que han sido analizados en diversas investigaciones, algunas con un carácter más global y otras con un estudio de los factores desde un punto de vista más particular. Es lógico pensar que crecer y desarrollarse en situaciones de privación pueda influir en el desarrollo neurológico y psicológico. Así, diversos estudios realizados en nuestro país indican una mayor probabilidad de síntomas de hiperactividad e inatención en niños y niñas víctimas de negligencia familiar grave (De Paúl y Arruabarrena, 1995; Ruiz y Gallardo, 2002) o que vivieron sus primeros años en condiciones adversas para el desarrollo (para una revisión, ver Muñoz, 2012). En relación con lo anterior, los relevantes estudios liderados por Rutter (Kreppner, O'Connor y Rutter, 2001; O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney y Kreppner, 2000; Rutter et al., 1998, 2002) muestran el impacto de las experiencias tempranas de privación severa experimentada por una amplia muestra de niños adoptados procedentes de orfanatos rumanos. En sus estudios, entre otras importantes conclusiones, se destaca el hecho de un significativo aumento de TDAH (y otras patologías) en función del tiempo de privación experimentado, datos que sugieren la

posible existencia de una ruta medioambiental, una conexión entre privación y cambios crónicos en la neurobiología del niño.

Otras investigaciones han analizado diferentes elementos relacionados con el contexto familiar. Si bien es cierto que la dinámica familiar no se considera de entrada una causa original del TDAH, sí que parece ser clave su influencia en la evolución del trastorno a través de procesos bidireccionales padres-hijos, ya que, por un lado, las conductas de los niños y adolescentes con TDAH plantean grandes desafíos para los padres en los procesos de educación y crianza, generando en ellos elevados niveles de ansiedad y estrés familiar, pero también las disfunciones familiares o los estilos educativos inadecuados pueden agravar los síntomas de los menores con TDAH (Donenberg y Baker, 1993; Grau, 2007; Johnston y Mash, 2001; Johnston y Jassy, 2007; Lifford, Harold y Thapar, 2008; Presentación, García, Miranda, Siegenthaler y Jara, 2006; Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003).

Por otra parte, los resultados del estudio de Biederman, Faraone y Monuteaux (2002a) referían que los problemas en la relación familiar son más frecuentes en familias de niños con TDAH cuyos padres también sufren este trastorno; mientras que la investigación de Eddy, Toro, Salamero, Castro y Hernández (1999) sugería como principales factores de riesgo el pertenecer a una familia numerosa y haber presentado un temperamento difícil en la primera infancia; y Van den Bergh y Marcoen (2004) hallaron una relación entre la manifestación de la sintomatología característica de este trastorno y la ansiedad sufrida por la madre durante la primera mitad del embarazo. Con un énfasis en la protección del desarrollo, Niederhofer, Hackenberg y Lanzendörfer (2004) señalaron la importancia de variables protectoras como la ausencia de conflictos familiares, al disminuir los sentimientos negativos de los padres hacia los hijos y aumentar su apertura hacia sus necesidades. Todo ello puede tener importantes efectos protectores sobre la modulación del comportamiento de los niños. Sirvan estas ideas como un avance de los factores relacionados con el contexto familiar con posible repercusión en el desarrollo o evolución del TDAH en niños y adolescentes, que serán analizados más exhaustivamente en el capítulo siguiente.

3. Criterios diagnósticos

Como es sabido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud son sistemas categoriales que ofrecen a los profesionales unos criterios diagnósticos y de agrupación de los síntomas de los diferentes trastornos. A continuación, se recogen los requisitos para el diagnóstico del TDAH según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (en adelante DSM-V, American Psychiatric Association, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (Organización Mundial de la Salud, 2010).

3.1 Pautas para el diagnóstico según el DSM –V: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

En el DSM-V, el TDAH se ha inscrito dentro de los *Trastornos del Neurodesarrollo*, introduciendo además respecto a las versiones anteriores otros cambios que van desde la sustitución del término subtipo por el de presentación, el número de criterios a cumplir para mayores de 17 años (solo 5 en lugar de 6), o la eliminación de la regla de exclusión de comorbilidad con el autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo. Sin embargo, al igual que las versiones precedentes, en esta versión las personas con TDAH muestran un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con su funcionamiento o desarrollo. Atendiendo a ello, se encuentran los síntomas:

1. Desatención:

Seis o más síntomas de inatención para niños y adolescentes hasta 16 años, o cinco o más para adolescentes a partir de 17 años o adultos. Estos síntomas han estado presentes durante al menos seis meses y son inapropiados al nivel de desarrollo de la persona, afectando directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (p.ej.: se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas (p.ej.: tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej.: parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, los quehaceres, u obligaciones laborales (p.ej.: inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p.ej.: dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido (p.ej.: tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- A menudo pierde objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej.: material escolar, lápices, libros, herramientas, carteras, llaves, papeles del trabajo, gafas, teléfonos móviles).
- Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- A menudo olvida las actividades diarias (p.ej.: hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad:

Seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad para niños y adolescentes hasta los 16 años, o cinco o más para adolescentes a partir de 17 años y adultos. Estos síntomas han estado presentes durante al menos seis meses con una intensidad que es

inadecuada e incoherente con el nivel de desarrollo de la persona, afectando directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

- A menudo juguetea con o golpea las manos o pies, o se remueve en su asiento.
- Con frecuencia abandona su asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej.: se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- A menudo corre o trepa en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a un sentimiento de inquietud).
- Con frecuencia tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo está «ocupado», actuando como si «lo impulsara un motor» (p.ej.: es incapaz de estar, o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado como en un restaurante, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Con frecuencia habla excesivamente.
- A menudo responde inesperadamente o antes de haber sido completadas las preguntas (p.ej.: termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- Con frecuencia tiene dificultades para guardar su turno (p.ej.: mientras espera en una cola).
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej.: se entromete en conversaciones, actividades o juegos; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

Además de lo anterior, deben cumplirse las siguientes condiciones:

- Los síntomas no son solo una manifestación de comportamientos de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones.
- Algunos síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

- Varios síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más contextos (p.ej.: en casa, escuela o trabajo; con amigos y familiares; en otras actividades).
- Deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, escolar o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej.: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En el DSM-V, a diferencia de la versión anterior, el término subtipo se sustituye por el de *presentación*. De esta forma y basándose en el tipo de síntomas, se especifican tres presentaciones:

- **Presentación combinada:** hay síntomas suficientes para satisfacer los criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** hay síntomas suficientes de inatención, pero no de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.
- **Presentación predominante hiperactiva-impulsiva:** hay síntomas suficientes de hiperactividad-impulsividad, pero no de inatención durante los últimos seis meses.

Dado que los síntomas pueden cambiar con el tiempo, la presentación predominante de TDAH también puede ir variando.

Además, es preciso especificar si se encuentra en remisión parcial, esto es:

- Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

En último lugar, se especifica la *gravedad* actual del trastorno, señalando si es un caso:

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen un deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

3.2 Pautas para el diagnóstico según la CIE-10: Trastorno de la actividad y la atención, incluido dentro de los Trastornos Hipercinéticos

Según la CIE-10, el diagnóstico para la investigación del trastorno hipercinético requiere la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causados por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos.

Déficit de atención: seis o más de los siguientes síntomas persisten al menos seis meses, en un grado no adaptativo e inadecuado al nivel del desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Habitual incapacidad para completar las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.

6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares o tareas domésticas que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como el material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad: Al menos tres o más de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado no adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en los adolescentes o en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, impropriadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad: uno o más de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado no adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. Con frecuencia es incapaz de guardar su turno en las colas o en otras situaciones de grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (p.ej.: irrumpe en las conversaciones o en los juegos con los demás).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin contenerse en su respuesta ante las consideraciones o limitaciones sociales.

Para la CIE-10, el inicio del trastorno no debe ser posterior a los siete años de edad. Los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad, antes expuestos, ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. También ha de presentar un *carácter generalizado*, es decir, los criterios deben cumplirse para más de una situación, lo que supone que deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y en otros ambientes donde el niño pueda ser observado, como pudiera ser la consulta médica. La evidencia de esta generalización requiere, por lo general, la información suministrada por varias fuentes. Asimismo, el trastorno no debe cumplir los criterios para el trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad.

3.3 Diferencias entre DSM-V y CIE-10

Los criterios de ambas clasificaciones para el diagnóstico de este trastorno son casi idénticos, sin embargo difieren en los siguientes aspectos que se detallan a continuación. Por un lado, en la CIE-10 este trastorno se denomina *Trastorno de la Actividad y la Atención* y viene recogido dentro del grupo de *Trastornos Hiperkinéticos*. Para la CIE-10, deben satisfacerse tanto los criterios de dificultades atencionales como de hiperactividad e impulsividad para el diagnóstico. Cuando no está presente la hiperactividad se incluye en Otros Trastornos de las Emociones y del Comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia (98.8), referidos a: Onicofagia, Rinodactilomanía, Succión del pulgar, Masturbación (excesiva) y Trastorno de Déficit de Atención sin Hiperactividad.

Asimismo, estos sistemas marcan una edad de inicio de los síntomas diferente. Para el DSM-V los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años, mientras que para la CIE-10 antes de los 7 años. Además, para los niños, el DSM-V requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, mientras que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren al menos seis síntomas

de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad, siendo este último sistema clasificatorio, por tanto, más exigente para emitir el diagnóstico de TDAH.

Por último, en lugar de subtipificar el trastorno sobre la base del tipo predominante, la CIE-10 subespecifica esta entidad en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial. Para ello, diferencia entre *F90.0- Trastorno de la actividad y de la atención*, y *F90.1- Trastorno hiperactivo disocial* cuando se satisfacen las pautas del trastorno hiperactivo y el trastorno disocial. Esta diferenciación la efectúan sobre la base de que diferentes estudios han puesto de manifiesto que la evolución del trastorno en la adolescencia y la edad adulta está muy influida por la presencia o ausencia de agresividad, comportamiento delictivo o conducta disocial.

4. Perspectivas Terapéuticas

El tratamiento en niños y adolescentes con TDAH sigue siendo un tema complejo que se ve condicionado por una gran cantidad de factores como las posibles comorbilidades asociadas o las características de sus contextos de desarrollo. Por ello, el enfoque terapéutico del TDAH precisa de una actuación específica que incluya entre otros aspectos la edad, la gravedad y el funcionamiento familiar, académico y social.

Así, una prioridad para el tratamiento será recoger e integrar la máxima información diagnóstica del niño, niña o adolescente con TDAH, que sirva para orientar tanto al menor como a su familia. En este sentido, Orjales (2010) expone que para que una intervención responda lo más adecuadamente a las necesidades del menor con TDAH ha de tenerse presente aspectos como:

1. La individualidad del sujeto con TDAH, por lo que recoger la mayor cantidad de información durante la evaluación es primordial.
2. Aquellas dimensiones en las que el/la menor tenga dificultades -conductuales, cognitivas, emocionales- e intervenir sobre ellas de manera específica.

3. Valorar en qué medida estas dificultades pueden estar repercutiendo en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el/la menor como la familia, escuela, amigos, etc.

Toda esta información se tendrá en cuenta para decidir qué tipo de intervención es la más adecuada, optando por un tratamiento único como podrían ser el farmacológico, psicológico o psicopedagógico, o bien decantarse por un tratamiento multimodal que integre las opciones anteriores. Actualmente, el tratamiento combinado o multimodal para el TDAH es considerado como el que reporta mayores beneficios a corto y largo plazo. Al respecto, diversos autores (Abad-Mas et al., 2011; Mulas, Gandía, Roca, Etchepareborda y Abad, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) otorgan a este tipo de tratamiento un papel esencial en la evolución del trastorno y consideran que actuaciones basadas conjuntamente en intervenciones farmacológicas y psicopedagógicas son las más idóneas para los/as niños/as y adolescentes con TDAH. No obstante, este tratamiento no ha de realizarse de manera aislada con los menores con TDAH, sino que ha de incluir también a la familia y la escuela.

Respecto a la edad, según la Guía de Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría (2011), la intervención terapéutica para el TDAH varía en función de esta variable, siguiendo los siguientes criterios principalmente:

- En niños de 4-5 años el tratamiento de elección es la terapia psicológica (conductual).
- En niños de entre 6 y 11 años se debe combinar el tratamiento farmacológico, la terapia psicológica, el apoyo escolar y el familiar.
- En jóvenes entre 12 y 18 años lo ideal es seguir con el tratamiento farmacológico, con el consentimiento del adolescente, más la terapia psicológica.

Diversos estudios (Hodgkins et al., 2012; Shaw et al., 2012) han comparado pacientes con TDAH que han recibido tratamiento (farmacológico, no farmacológico o multimodal), con pacientes que no estaban recibiendo ningún tipo de tratamiento. En estos estudios se ha encontrado que en torno al 70% de los pacientes que estaban

recibiendo tratamiento mostraban efectos positivos a largo plazo. De ahí el interés por dedicar a continuación un apartado en el que se destacan los aspectos más relevantes de cada opción terapéutica (Farmacológica, Psicológica y Psicopedagógica) incluyendo el papel de la familia y la escuela, para finalmente exponer el tratamiento combinado o multimodal.

4.1 Tratamiento farmacológico

Como se ha adelantado en apartados anteriores, los niños y niñas con TDAH presentan un desequilibrio químico en los neurotransmisores conocidos como Dopamina y Noradrenalina, que provoca perturbaciones en el funcionamiento de su cerebro. El área más afectada es el lóbulo frontal, repercutiendo en las funciones ejecutivas y, por tanto, en la atención, control inhibitorio de los impulsos y la toma de decisiones (Soutullo y Díez, 2007). En este sentido, el tratamiento con fármacos estimulantes centra su objetivo en elevar la dopamina y noradrenalina cerebrales, principalmente inhibiendo su recaptación en la sinapsis (Soutullo y Álvarez, 2014).

El tratamiento farmacológico ha recibido muchas críticas a lo largo de los años. Sin embargo, para algunos autores es la primera opción para tratar la sintomatología del TDAH por ser eficaz, menos costoso que otro tipo de tratamientos y tener resultados muy positivos a corto plazo, encontrando que entre un 70-80% de los menores tratados con esta opción terapéutica obtienen efectos positivos (García-Campayo, Santed, Cerdán y Alda, 2007; National Institute for Health y Clinical Excellence, 2009). La efectividad a largo plazo también se ha demostrado si el tratamiento farmacológico es continuado (Brown et al., 2005; Wilens, Kratochvil, Newcorn y Gao, 2006). En España, los fármacos aprobados para niños y adolescentes son: *Estimulantes* (Metilfenidato y lisdexanfetamina) y *No estimulantes* (Atomoxetina) (Soutullo y Álvarez, 2014).

En cuanto a los *fármacos estimulantes*, en nuestro país, a partir de la edad de 6 años, el más usado es el conocido como Metilfenidato (MPH), en un primer momento de liberación inmediata (Rubifen ®) y que ha ido evolucionando en una formulación retardada y de toma única al día, es decir, de liberación retardada (Concerta ®). La dosis eficaz de este psicoestimulante oscila de 0,5 a 1 mg/kg/día. Sin embargo, en los menores con predominio de falta de atención estas dosis varían de 0,3-0,5 mg/kg/día (Mulas, Mattos, Hernández-Muela y Gandía, 2005). En todo caso, este tipo de

tratamiento ha de ajustarse de manera individual a las necesidades del paciente. Entre los principales efectos adversos que aparecen con más frecuencia en el tratamiento con estos estimulantes son: insomnio de conciliación, disminución del apetito, cefaleas y nerviosismo (Soutullo y Álvarez, 2014).

En el estudio llevado a cabo en nuestro país por Roselló, Pitarch y Abad (2002) sobre la eficacia del metilfenidato en el funcionamiento conductual de niños con TDAH, se encontraron resultados favorables en las tres presentaciones de TDAH. Concretamente, los resultados indicaron una disminución en la sintomatología TDAH, así como en los problemas asociados como las dificultades del aprendizaje, las conductas antisociales en el aula, la agresividad o la inadaptación escolar.

Investigaciones más recientes como el estudio longitudinal de Powers, Marks, Miller, Newcorn y Halperin (2008) han analizado los efectos de estos tratamientos hasta llegar a la adolescencia, hallando efectos positivos a largo plazo tanto en lo conductual como en lo académico. Sin embargo, estos resultados podían verse ensombrecidos cuando se presentaban trastornos del aprendizaje comórbidos. Del mismo modo, hay que tomar estos resultados con cautela dado que no se ha encontrado una normalización completa en el ámbito académico en los niños y adolescentes con TDAH que siguen este tipo de tratamiento.

En cuanto al procedimiento en menores en edad preescolar, diversas investigaciones (Abikoff et al., 2007; Ghuman et al., 2009; Greenhill et al., 2006; Karen, 2007; Swanson et al., 2006) encuentran que el tratamiento con psicoestimulantes en menores de 6 años reduce la sintomatología de TDAH, aunque de un modo más sutil y no con la misma eficacia que en niños en edad escolar con el mismo tratamiento.

Respecto a los *fármacos no estimulantes*, en nuestro país se cuenta desde el año 2007 con la *Atomoxetina* (ATX), que ha pasado a ser el medicamento no derivado anfetamínico de primera elección en pacientes con TDAH en España. Este fármaco inhibe la recaptación de Noradrenalina y, entre sus ventajas, destaca su efecto positivo a lo largo de todo el día -administrándose un única toma de 1,2-1,5 mg/kg/día- con efectos evidentes desde las dos/tres semanas de inicio del tratamiento. Este tipo de fármacos es una opción cuando se presentan comorbilidades de tics o sintomatología internalizante como la ansiedad (Allen et al., 2005). El tratamiento con este tipo de

fármacos no estimulantes, por lo general, es bien tolerado. Sus efectos adversos suelen presentarse al comienzo del tratamiento, siendo leves y mejorando a los pocos días/semanas. Los más frecuentes son: pérdida de peso leve (media:-0,6 kg), dolor abdominal, insomnio, irritabilidad, náuseas, vómitos, somnolencia diurna, tos y fatiga (Soutullo y Álvarez, 2014).

En relación a este tipo de tratamiento en preescolares, en el estudio realizado por Kratochvil et al. (2007) se encontraron efectos positivos con el tratamiento farmacológico con Atomoxetina, con una reducción de los síntomas nucleares del TDAH, siendo un número muy bajo de sujetos los que tuvieron efectos secundarios como disminución del apetito y labilidad emocional.

Existen otras opciones farmacológicas que ofrecen alternativas cuando nos encontramos con comorbilidades y es necesario combinar la administración de fármacos. Este es el caso de trastornos como el negativista desafiante y los trastornos de conducta, para los que normalmente se opta por el tratamiento con risperidona (Risperdal ®) (De la Osa-Langreo, Mulas, Téllez de Meneses, Gandía y Mattos, 2007). Su administración en dosis bajas ha demostrado ser segura, eficaz y bien tolerada a largo plazo cuando se presentan estas comorbilidades, e incluso puede administrarse junto el metilfenidato que toman muchos niños con TDAH (Reyes, Croonenberghs, Augustyns y Eerdeken, 2006).

Según la Guía National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), tanto el Metilfenidato como la Atomoxetina son los únicos fármacos que han mostrado una clara eficacia en la disminución de la sintomatología del TDAH. Por otra parte, los resultados de diferentes meta-análisis sobre la efectividad de los diferentes medicamentos para este trastorno del desarrollo, sugieren una eficacia mayor del tratamiento con psicoestimulantes en comparación con fármacos no estimulantes (Banaschewski et al., 2006; Faraone, Biederman, Spencer y Aleardi, 2006).

Independientemente del tratamiento seguido en cada caso, la Guía de Práctica Clínica para el TDAH (2010) indica que este tipo de tratamientos han de monitorizarse controlando el peso, la altura, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, principalmente en niños que presenten síntomas cardiovasculares. En cuanto

a la edad, diversos autores (Wilens et al., 2006) indican que no existen diferencias en la respuesta al tratamiento farmacológico en niños y adolescentes.

Respecto a la elección del tratamiento farmacológico para el TDAH, basándose en el Centro Canadiense de Recursos del TDAH, Soutullo y Álvarez (2014) exponen los siguientes factores a considerar:

- Eficacia: tamaño del efecto, número necesario para tratar;
- Efecto sobre síntomas centrales, calidad de vida, autoestima, función ejecutiva;
- Duración del efecto a lo largo del día (4, 8, 12 o 24 horas);
- Inicio de acción (rápido vs. lento o gradual);
- Efecto on-off: si se nota que el niño toma o no toma el tratamiento;
- Efectos adversos (EA): cada niño es más susceptible que otro a ciertos EA, ciertos EA son más problemáticos para algunos padres;
- Comorbilidad: trastorno negativista desafiante, trastornos de conducta, ansiedad, tics, trastornos del humor, abuso de sustancias;
- Capacidad del niño de tragar pastillas/cápsulas;
- Respuesta previa al tratamiento del niño o familiares;
- Expectativas de los padres (positivas o negativas);
- Número de estudios o de pacientes en estudios doble ciego;
- Tiempo desde que se lanzó la medicación (algunos padres no quieren medicaciones nuevas);
- Adherencia al tratamiento;
- Fiabilidad de los padres para supervisar la toma de la medicación;
- Preferencia de la familia.

4.2 Tratamiento Psicológico

Como se ha expuesto en el apartado anterior, el tratamiento con fármacos solo es efectivo en un 70-80% de los casos, por lo que no debería ser la única modalidad para abordar el TDAH. Además, los fármacos no alcanzan a solucionar todas las

dificultades que se presentan en el curso del trastorno. Este es el caso de dificultades en el aprendizaje o la baja competencia social de muchos de estos niños y adolescentes, en las que no se percibe mejoría con la intervención única a través de psicoestimulantes (Miranda, García y Presentación, 2002a). Por ello, su asociación con un abordaje psicológico es recomendable en muchos de los casos. Este tipo de tratamientos se basan principalmente en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

La Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH (2010) describe brevemente las intervenciones que se aplican con más frecuencia en este tipo de tratamiento:

- Terapia de conducta: los programas de modificación de conducta permiten la adquisición e incremento de conductas adaptativas, así como la disminución y extinción de aquellas negativas o desadaptativas, moldeando dichas conductas. Los reforzamientos positivos pueden incluir alabanzas, atención positiva, recompensas y privilegios. Las técnicas para reducir los comportamientos no deseados incluyen el coste de respuesta, el tiempo fuera o aislamiento, la sobrecorrección, la extinción y el castigo. Otras técnicas de modificación de conducta son la economía de fichas, el coste de respuesta y el contrato de contingencias.
- Entrenamiento para padres: se refiere a programas de intervención conductual cuyo objetivo es dar información sobre el trastorno, entrenar a los padres en habilidades de manejo y control de la conducta de sus hijos/as, incrementar la competencia en el rol parental, así como mejorar la relación paterno-filial a través de una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño. Estos programas son estructurados, cuentan con un número específico de sesiones y suelen ser grupales.
- Terapia cognitiva: centrada en identificar y modificar las ideas, creencias y actitudes desadaptativas para sustituirlas por otras más adecuadas, resaltando el impacto que tienen sobre la conducta y las emociones. Se lleva a cabo a través de herramientas como el entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y resolución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales: habitualmente se emplean técnicas de terapia cognitivo conductual de manera grupal, centrándose en las dificultades

que presentan muchos de estos niños y adolescentes en la relación con la familia y con sus iguales.

Como se ha adelantado anteriormente, la familia tiene un papel fundamental en todo el proceso terapéutico, desde la sospecha y detección del problema hasta el inicio y seguimiento del tratamiento. El impacto que el TDAH tiene en todas las áreas de la vida familiar hace que el apoyo se convierta en un elemento clave en la crianza de un hijo/a con TDAH. Siguiendo a Grau y García (2004), la intervención en la familia ha de centrarse en varios niveles:

1. Apoyo psicoemocional a los padres con el fin de aprender a manejar los niveles de estrés.
2. Entrenamiento en destrezas parentales, es decir, enseñar técnicas conductuales para manejar adecuadamente el comportamiento del hijo/a con TDAH, tales como el uso de métodos de disciplina proactivos; establecer límites e instrucciones claras y consistentes; elogiar las habilidades positivas del niño para mejorar su autoestima y motivación hacia el logro; ayudar en el manejo de las relaciones sociales del niño; dedicar diariamente tiempo a establecer una interacción padre-hijo positiva.
3. Coordinación familia-escuela a través de la agenda, reuniones periódicas, seguimiento en casa de las tareas académicas, etc.
4. Coordinación familia-sistema sanitario en la administración y supervisión de la medicación o intercambio de información, entre otras acciones.
5. Facilitar el contacto con las Asociaciones de padres de niños con TDAH, ya que pueden ofrecerles desde apoyo social de otras familias con historias similares, hasta la apertura a recursos, formación, etc., que ayuden en la sobrecarga de la crianza.

Además, es prioritario que las familias entiendan desde el comienzo que el TDAH tiene un carácter crónico y que, en un porcentaje alto, muchos de estos menores seguirán presentando signos del trastorno en su adolescencia y adultez. Al mismo tiempo, hay que explicarles que a pesar de la cronicidad del trastorno, con los apoyos necesarios, las personas con TDAH pueden desenvolverse en la vida con total

normalidad. Contar con el apoyo de la familia es uno de los puntos más importantes en la puesta en marcha de cualquier tratamiento.

Según la Guía National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009), la intervención cognitivo-conductual en menores en edad escolar con TDAH ha de presentar una duración de entre 8-12 sesiones dirigidas a los niños de 50-90 minutos aproximadamente cada una. Asimismo, es aconsejable desarrollar, al menos, 8 sesiones de 50-120 minutos destinadas a los padres. Este tipo de intervención se puede ofrecer a cada familia de modo individual o adoptar un formato grupal, lo que puede favorecer la comunicación y apoyo entre las familias que ayude a compartir las tensiones y preocupaciones de tener un/a hijo/a con TDAH.

En el reciente meta-análisis sobre la eficacia de los tratamientos no farmacológicos realizado por Hodgson, Hutchinson y Denson (2014), se encontró que las técnicas de tratamiento psicológico eran eficaces en la intervención de niños con TDAH, mejorando su funcionamiento a través de una serie de dominios. También concluyeron que estas intervenciones mostraban menos eficacia para la presentación combinada de TDAH. Asimismo, los tratamientos psicológicos para el TDAH reflejan mayor eficacia cuando se utilizan con niñas que con niños en los estudios incluidos en este meta-análisis. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad y al hecho de recibir mayor número de horas de tratamiento.

En nuestro país, diversos autores (Arco, Fernández e Hinojo, 2004; Calderón, 2001; Miranda, Soriano, Presentación y Gargallo, 2000; Miranda et al., 2002a) han llevado a cabo diferentes intervenciones basadas en técnicas cognitivo-conductuales, encontrando resultados positivos -tanto en casa como en el colegio- en diversos aspectos como la disminución de la sintomatología propia del TDAH, el descenso de conductas problemáticas, la reducción de problemas escolares y el uso de mecanismos de autorregulación, que se mantuvieron en las fases de seguimiento.

4.3 Tratamiento Psicopedagógico

Esta opción terapéutica es una pieza indispensable en el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, siendo necesario que la intervención se realice en contextos naturales. Este tipo de intervención hace especial hincapié en el entrenamiento de las funciones ejecutivas en los menores con TDAH para ganar, de manera progresiva, en

funcionalidad y capacitación en las exigencias que les demandan sus contextos de desarrollo (Abad-Mas et al., 2011).

La intervención psicopedagógica es un refuerzo individualizado que ha de llevarse a cabo durante o después del horario escolar tratando de minimizar el impacto negativo de la sintomatología TDAH en el niño o adolescente en relación a sus habilidades académicas. Se basa en el proceso de Enseñanza-Aprendizaje del alumno con este trastorno, teniendo presente sus características individuales y necesidades educativas. Asimismo, familia, tutores y resto de agentes educativos que trabajen con el niño tienen que estar coordinados para alcanzar efectos positivos, tal y como se muestra a continuación (Figura 2).

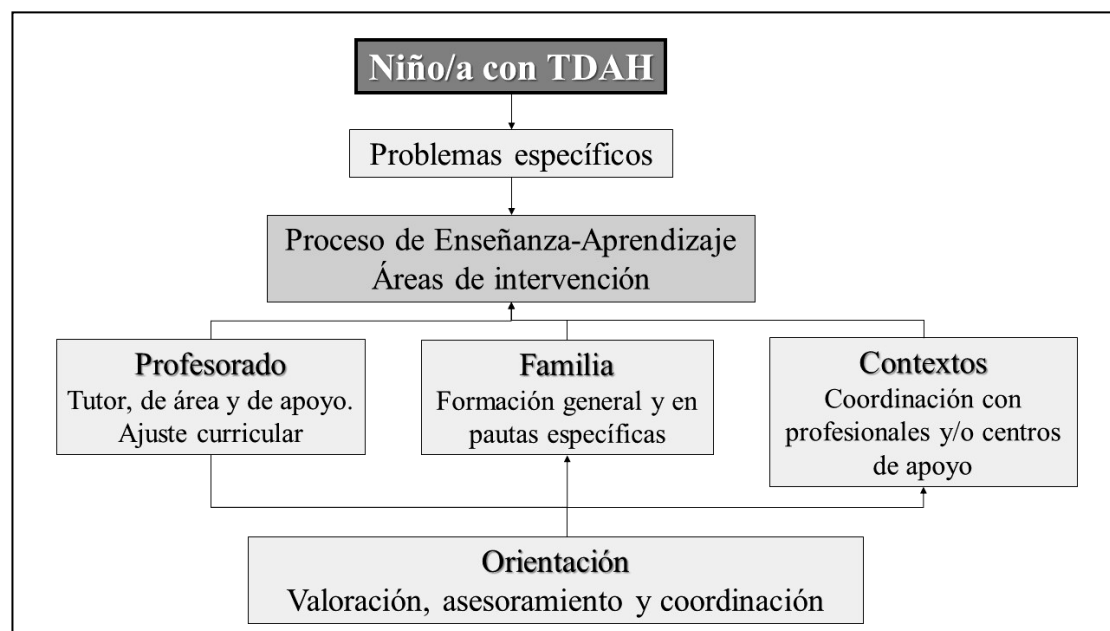


Figura 2. Agentes educativos implicados en el tratamiento psicopedagógico de niños/as con TDAH (adaptado de Lavigne y Romero, 2010).

En el contexto escolar, los distintos profesionales (tutor, profesor de pedagogía terapéutica, psicopedagogo, logopeda...) hacen frente a la respuesta educativa necesaria para abordar, de manera coordinada, las dificultades de aprendizaje, conductuales y sociales que presenta el alumnado con TDAH. La coordinación con la familia y el sistema sanitario se hace fundamental para lograr buenos resultados. En este contexto, los tratamientos más habituales son los psicopedagógicos, los centrados en las técnicas de modificación de conducta y los tratamientos cognitivo-conductuales (Grau y García, 2004). La puesta en marcha de la intervención en el contexto escolar

precisa de la formación específica de los profesores, tanto en este trastorno del desarrollo y su abordaje educativo como en el entrenamiento en dichas técnicas cognitivo-conductuales.

Siguiendo a Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006), desde la escuela, esta intervención ha de contemplar las adaptaciones que se estimen oportunas como:

- Emplear técnicas de modificación de conducta como la economía de fichas, refuerzo positivo, tiempo fuera, modelado, etc.
- Enseñar al niño o adolescente técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de relajación.
- Delimitar objetivos claros a corto y largo plazo junto con el niño o adolescente, tanto a nivel curricular como conductual.
- Proporcionar al niño o adolescente, en el aula, un entorno alejado de estímulos distractores y donde pueda ser supervisado fácilmente.
- Ajustar las tareas y expectativas a las características del niño o adolescente, ofreciendo instrucciones breves, simples y claras.
- Adaptar los métodos de evaluación, modificando el modo de administrar y evaluar las pruebas y exámenes.
- Ofrecer recordatorios visuales que complementen las instrucciones.
- Procurar al niño o adolescente métodos de ayuda para el control diario de sus tareas y el cumplimiento de trabajos a corto y largo plazo, como el uso de la agenda o recordatorios.
- Facilitar un nivel de motivación adecuado en el alumno, proporcionándole retroalimentación sobre sus avances en su comportamiento y esfuerzo.

Asimismo, Abad-Mas, Ruiz-Andrés, Moreno-Madrid, Herrero y Suay (2013) recogen las siguientes orientaciones específicas para el profesorado para abordar el TDAH en el aula:

1. Cambios en la metodología de la clase, entre los que se puede destacar: reducir o desglosar las demandas en las tareas, estableciendo pausas; proporcionar

instrucciones multisensoriales; darle un cargo de responsabilidad que le permita el movimiento; ofrecer normas claras y sencillas, muy visuales; enseñarle estrategias de organización/ planificación o memorización; permitir un tiempo extra con las tareas diarias y exámenes; estimular el aprendizaje de habilidades sociales, fomentar la empatía y potenciar el autocontrol.

2. Cambios en los patrones de comunicación, como: emplear frases cortas, claras y con construcciones sencillas; optar por el empleo de refuerzos positivos y coste de respuesta antes que aplicar castigos; preguntar frecuentemente y ofrecerle retroalimentación inmediata a sus dudas en clase; usar pistas visuales para llamar su atención o lograr un mayor nivel de concentración y atención, previamente pactadas con el/la alumno/a; focalizar la atención en los conceptos ‘clave’; presentar la idea principal al principio de las explicaciones.
3. Cambios en el ambiente físico de la clase, entre los que se encuentran: sentar al niño con TDAH próximo al profesor/a y pizarra; controlar el nivel de distractores o estímulos presentes en el aula; proporcionar espacios que posibiliten el trabajo colaborativo; permitir zonas para hablar en voz alta o usar música según la tarea.

En la investigación de Miranda, Jarque y Rosel (2006) compararon los efectos terapéuticos de un tratamiento con fármacos psicoestimulantes versus un programa de intervención psicopedagógica en el funcionamiento conductual de niños con TDAH en ambientes naturales. En este estudio participaron un total de 50 niños (17 tomaron medicación psicoestimulante, 17 recibieron intervención psicopedagógica y 16 formaron el grupo control) a lo largo de 14 semanas. Los resultados de ambos tratamientos fueron positivos, lo que manifiesta que ambos modos de intervención fueron eficaces para reducir la sintomatología propia del TDAH, en comparación con aquellos que no recibieron tratamiento alguno. Por otra parte, también encontraron que la intervención psicopedagógica fue más eficaz en la reducción de los comportamientos hiperactivos e impulsivos, en comparación con el grupo medicación y el control. Estas mejoras fueron significativamente superiores en ambientes naturales como el aula. Asimismo, tanto padres como profesores, coincidieron en la observación de estas mejoras.

En nuestro país, Ferrin et al. (2014) llevaron a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado para comparar la eficacia de un programa psicopedagógico -grupo intervención- estructurado, con otro tratamiento estándar de asesoramiento a padres e intervención de apoyo para el TDAH -grupo control-. Encontraron que, en comparación con el grupo control, el grupo del programa psicoeducativo vio reducido de manera significativa el índice global de TDAH y las dificultades en los dominios cognitivos/falta de atención y prosocial tras finalizar la intervención. Los efectos beneficiosos de la intervención permanecieron a largo plazo, observándose en el seguimiento un año después.

Por su parte, otro interesante estudio sobre la eficacia de estas intervenciones es el de Langberg, Epstein, Urbanowicz, Simon, y Graham (2008), quienes examinaron la eficacia de una intervención psicopedagógica de 8 semanas de duración, centrada en habilidades de organización para los niños con TDAH. En esta intervención enseñaban a los participantes habilidades académicas incluyendo tareas de organización y gestión, así como comportamientos adecuados para su puesta en marcha (levantar la mano para hablar, trabajar en silencio, persistir en la tarea, etc.). Los niños del grupo de intervención obtuvieron una mejora significativa, respecto al grupo control, en la organización de tareas académicas y competencias para realizar los trabajos escolares durante la intervención. Estas mejoras en la organización y gestión de tareas académicas se mantuvieron, en gran parte, tras las 8 semanas de seguimiento. Los autores de este estudio sugieren que la puesta en marcha de intervenciones psicopedagógicas centradas en la organización de competencias tiene el potencial de mejorar el rendimiento académico general entre los niños con TDAH.

4.4 Tratamiento multimodal o combinado

Los planteamientos actuales sobre el tratamiento del TDAH apuntan hacia los beneficios del *enfoque multidisciplinar y multimodal*, dado el impacto que tiene este trastorno del desarrollo en la persona que lo padece y en sus contextos de desarrollo. Es preciso intervenir no solo sobre la sintomatología nuclear del trastorno, sino también atender los aspectos cognitivos, conductuales, educativos, afectivos, familiares y sociales, mejorando la calidad de vida del paciente y la de su familia.

Para ello, el tratamiento combinado o multimodal incluye en su plan de acción la intervención individualizada con el/la niño/a con TDAH, centrada en estimular y

mejorar sus habilidades emocionales, de comunicación, sociales y cognitivas; el tratamiento farmacológico, con el objetivo de reducir/eliminar los síntomas propios del TDAH; y la orientación psicosocial, dirigida a guiar, formar e informar a las familias y docentes en la atención y comprensión del trastorno (Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga, 2012).

Siguiendo a Soutullo (2008), los principales objetivos de esta modalidad terapéutica son:

- Reducir/eliminar la sintomatología nuclear del TDAH y de los posibles problemas comórbidos coexistentes.
- Mejorar el rendimiento académico y el funcionamiento social.
- Adaptar el contexto a las necesidades del paciente y preparar la transición a la vida adulta.

Las diferentes opciones terapéuticas expuestas en los apartados anteriores, por sí solas, tienen un efecto limitado en la sintomatología del TDAH y los problemas asociados al mismo. A continuación, se recogen diferentes trabajos que combinan distintas opciones terapéuticas dando lugar a un tratamiento combinado o multimodal. Este es el caso, por ejemplo, de la combinación del tratamiento farmacológico y psicológico que proporciona efectos positivos a corto y largo plazo como la mejora de la sintomatología propia del TDAH, reflejándose en las habilidades cognitivas y conductuales de la persona que lo padece, así como en un funcionamiento más positivo en los contextos en los que se desarrolla. Además, este tipo de intervención combinada posibilita disminuir las dosis en la medicación, reduciendo de este modo el riesgo de presentar posibles efectos secundarios (Brown et al, 2005; Guía de Práctica Clínica, 2010; National Institute for Health y Clinical Excellence, 2009).

En nuestro país, la elección del tratamiento debe basarse en la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes (2010). Tal y como se muestra en la Figura 3, se recomienda la terapia cognitivo-conductual, junto con la psicopedagógica, como tratamiento inicial cuando los síntomas del TDAH son leves. Según los protocolos establecidos por esta Guía, la terapia conductual es también la primera opción, cuando los niño/as son menores de 5 años, si el impacto del TDAH es mínimo, en los casos en los que no existe acuerdo sobre la frecuencia e intensidad de

los síntomas entre ambos progenitores, o entre éstos y los profesores, si el diagnóstico de TDAH es incierto, o en los casos en los que los padres rechazan el empleo de medicación.

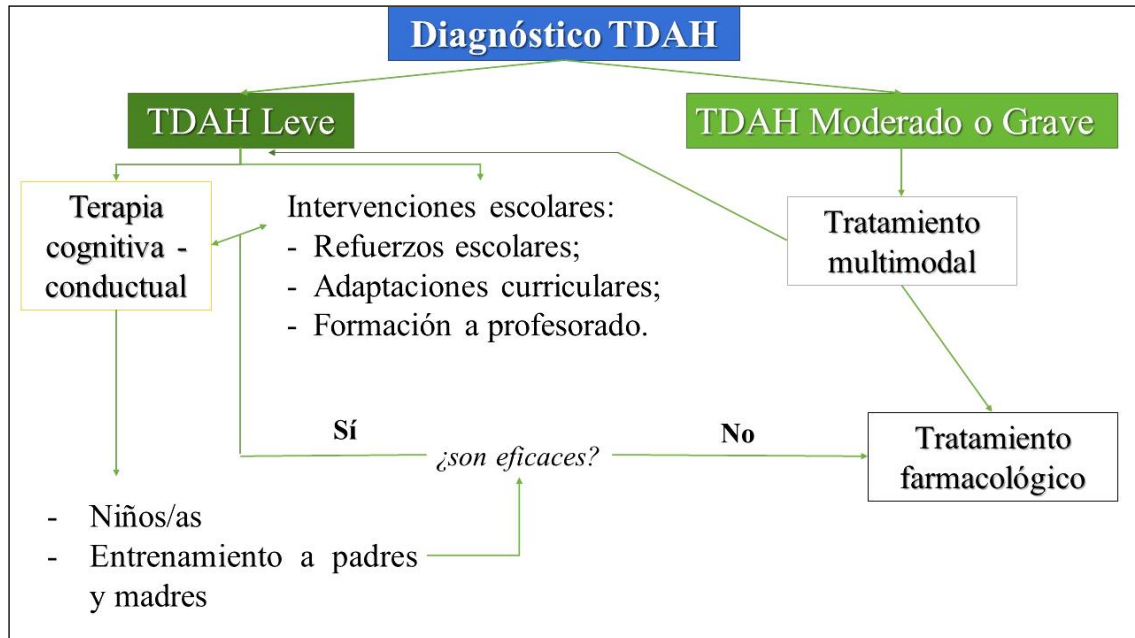


Figura 3. Orientación diagnóstica-terapéutica (tomado de Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes, 2010).

Diversos estudios desarrollados en nuestro país (Miranda, Presentación y Soriano, 2002b; Miranda, Grau, Meliá y Roselló, 2008; Miranda, Presentación, García y Sieghenthaler, 2009; Presentación, Pinto, Meliá y Miranda, 2009; Presentación, Sieghenthaler, Jara y Miranda, 2010), con intervenciones multimodales y multicontextuales, muestran efectos beneficiosos para el conjunto de la familia y no solo para el menor con TDAH. Estas intervenciones estaban integradas por diversas modalidades terapéuticas dirigidas tanto a los menores con TDAH como a sus familias, implicando además al profesorado y la escuela. Uno de los aspectos claves de esta intervención fue la comunicación entre todos los participantes: el terapeuta estaba en contacto con niños, padres y profesores; los padres y profesores diariamente a través de la tarjeta casa-escuela. Gracias a la intervención se producen mejoras inmediatas en la repercusión del trastorno en la dinámica familiar. Y, tanto inmediatas como a largo plazo, en la adaptación académica, emocional y social de los menores participantes en el programa. Esta intervención comprendió 3 programas diferenciados en función del contexto en el que se implementan: directamente con los niños y niñas

con TDAH, con el profesorado, con los padres y madres, y que se explican de manera resumida a continuación (Presentación et al., 2009):

- Programa de intervención para los/as niños/as:

Comprendía diferentes áreas en la que estos niños y niñas presentaban dificultades. La duración fue de 10 semanas, con 16 sesiones de 45 minutos. Incluía un conjunto de técnicas cognitivo-conductuales en pequeño grupo: autoinstrucciones (para potenciar el control inhibitorio), solución de problemas, control de la ira y habilidades sociales (habilidades básicas de interacción social, habilidades sociales conversacionales, habilidades para hacer amigos y habilidades relacionadas con sentimientos, emociones y opiniones).

Dichas técnicas se introdujeron sucesivamente, practicándose cada una en varias sesiones. Se siguió una metodología basada en una combinación de debate, exposición, modelado, juego de roles, dramatización, feedback y reforzamiento. Para el mantenimiento y generalización de los aprendizajes se plantearon trabajos y deberes fuera de las sesiones de intervención.

- Programa de intervención para el profesorado:

El programa centrado en el profesorado tuvo una duración de 10 sesiones de 4 horas e incluyó formación centrada en conocimientos generales sobre el TDAH (tres primeras sesiones: evolución diacrónica, sintomatología básica, trastornos asociados, prevalencia, pronóstico, manifestaciones evolutivas, diagnóstico, subtipos), uso de las autoinstrucciones y aplicación de técnicas de modificación de conducta (sesión 4).

Un eje básico del programa fue la técnica de autoevaluación reforzada (sesiones 5 y 6), cuyo objetivo es desarrollar en los niños y niñas las habilidades para valorar y regular su propia conducta en el cumplimiento de las normas de clase y la realización de sus tareas. Para potenciar la motivación de los/as niños/as la técnica incluía además un sistema de economía de puntos.

El último componente del programa fueron las adaptaciones físicas, organizativas y metodológicas del aula a las características especiales de niños con TDAH, así como las modificaciones instruccionales en áreas concretas de

conocimiento (sesiones 7-9). La última sesión se centró en el seguimiento de la aplicación del programa.

La instrucción de estas técnicas se realizó mediante debates, exposiciones, modelado, juego de roles, análisis de viñetas y cumplimentación de hojas de observación y de planificación de actividades.

- Programa de intervención para padres y madres:

La duración se organizó en 10 sesiones de 2 horas. En primer lugar, se les ofreció a los padres y madres información general sobre el trastorno (dos primeras sesiones), para evitar responsabilizar únicamente al hijo/a de las dificultades y hacerles ver los aspectos gratificantes de las interacciones padres-hijo. Los padres y madres recibieron formación para aplicar procedimientos sencillos, de manejo de contingencias, para promover la atención y la obediencia en el contexto familiar, reconducir las conductas fuera del hogar y adaptar las técnicas a las características de sus hijos.

Las siguientes sesiones (3-6) se dedicaron a trabajar técnicas de modificación de conducta como: atención, alabanza, contacto físico, principio de Premack, recompensas, extinción, aislamiento, economía de fichas, costo de respuesta y contrato de contingencias. Durante estas sesiones los padres tuvieron conocimiento de las autoinstrucciones y la autoevaluación reforzada. La sesión 7 se centró en orientar a los padres para apoyar el aprendizaje escolar desde el hogar.

Las sesiones 8 y 9 se dedicaron a mejorar su salud emocional, mediante diversas estrategias y técnicas (control de la ira, relajación y resolución de problemas) para afrontar situaciones complejas en la crianza de su hijo/a. En estas sesiones se realizó un seguimiento y profundización de las técnicas de modificación de conducta aprendidas en las sesiones anteriores, así como se les proporcionó información sobre las técnicas que estaban aprendiendo sus hijos, concretamente técnicas de resolución de problemas, control de la ira y habilidades sociales. En la sesión final de seguimiento, se debatió sobre las diferentes intervenciones empleadas y la necesidad del mantenimiento de las mismas, así como respecto a las expectativas futuras sobre sus hijos e hijas con TDAH.

Para el programa para padres y madres, se optó por una metodología que integraba el debate, la exposición y el modelado, junto con el juego de roles, la dramatización y el análisis de viñetas que representan secuencias de aplicación de técnicas.

A nivel internacional, merece una mención especial el *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*¹ (MTA en adelante) financiado por el National Institute of Mental Health. Este estudio multicéntrico fue diseñado para evaluar los principales tratamientos para el TDAH, incluyendo: terapia de conducta, medicamentos y la combinación de ambos. Participaron un total de 600 menores de entre 7 y 9 años de edad, que fueron distribuidos de manera aleatoria en los grupos de las diferentes opciones terapéuticas (medicación, tratamiento conductual, combinación de ambos, y grupo control). Entre los principales resultados, publicados en 1999, destaca que la administración de medicación como único tratamiento fue significativamente superior para la reducción de la sintomatología TDAH, en comparación con el tratamiento conductual solo. Estas mejoras en los síntomas nucleares del TDAH se mantuvieron hasta 14 meses después del comienzo del tratamiento. Asimismo, hallaron que los efectos del tratamiento combinado (medicación y terapia conductual) eran consistentemente superiores en áreas del funcionamiento como la sintomatología ansiosa, el rendimiento académico, las relaciones entre padres e hijos y las habilidades sociales, en comparación con los tratamientos únicos. Además, los menores que participaron en el grupo de tratamiento combinado pudieron ir disminuyendo sus dosis de medicación, en comparación con el grupo de menores que conformaban el grupo tratamiento farmacológico como única opción terapéutica.

Por último destacar que dada la falta de recursos y coordinación entre profesionales, es frecuente que el profesional que realiza el diagnóstico asuma funciones, en un primer momento, que no le competen directamente. Es vital consensuar un plan de acción coherente, a lo largo del tiempo, que tenga su base en un enfoque multidisciplinar y en la coordinación entre los diferentes profesionales que atenderán al niño o adolescente con TDAH, tal como se concluyó en el Proyecto

¹ Para ampliar más información puede consultarse la web del *National Institute of Mental Health*, en la que se recoge información detallada sobre este estudio y posteriores publicaciones y actualizaciones sobre los resultados: <https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/mta/multimodal-treatment-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-mta-study.shtml>

PANDAH (Soutullo et al., 2013) llevado a cabo en nuestro país. Para ello, sería conveniente que, tanto profesionales como familias, pudiesen disponer de un mapa de recursos sobre los profesionales a los que poder recurrir y contar con formación específica encaminada a la mejora de sus actuaciones.

CAPÍTULO 2

Funcionamiento familiar: impacto en la vida familiar, estrés parental y estilos educativos

Como se ha expuesto anteriormente, el TDAH es un trastorno que impacta en los contextos implicados en la vida de los/as menores, y muy especialmente en el contexto familiar. Por ello, a continuación se consideran las principales áreas del funcionamiento familiar en las que el TDAH deja su huella. En primer lugar, se expone cómo la calidad de vida de los menores con TDAH y sus familias se ve afectada por la propia sintomatología TDAH. Seguidamente, se presentan la influencia y el efecto que los problemas y dificultades de los niños y niñas con TDAH tienen en diversas áreas específicas del funcionamiento familiar tales como las relaciones entre hermanos, la economía familiar, la vida social de la familia, la salud mental de los padres o las relaciones entre ellos. Para finalizar, se analizan dos variables con gran impacto y repercusión en el funcionamiento familiar, como son: el estrés parental y los estilos educativos de los padres.

1. Calidad de vida de los niños y niñas con TDAH y sus familias

Partiendo de la posición interaccionista de la psicología del desarrollo actual, el comportamiento y personalidad de cada hijo o hija van a afectar de modo singular a cada familia. Convivir con el TDAH no es fácil, ya que el trastorno tiene un fuerte impacto en la vida de quien lo padece y también en la de su familia. Es frecuente que se generen elevados niveles de angustia y estrés en el ambiente familiar, interacciones negativas entre padres e hijos e incluso entre hermanos, así como tensiones en la pareja. Los niños y adolescentes con TDAH demandan más tiempo y atención, además de más formación en los padres y madres para afrontar su educación y crianza, e incluso más recursos económicos para su tratamiento.

Tanto es así que algunos estudios han medido el grado en que la **calidad de vida de los niños con TDAH y sus familias** se ve mermada por el desarrollo y evolución del trastorno (Coghill et al., 2008; Escobar et al., 2005). Al igual que debilitante para el niño o adolescente, el TDAH también se ha demostrado que posee un impacto negativo en la calidad de vida de los padres y la familia en su conjunto. De hecho, estas familias experimentan más dificultades que las familias de los niños que no presentan ningún trastorno del desarrollo, viéndose afectadas las relaciones interpersonales, mostrando menos cohesión familiar y mayores niveles de conflicto (Biederman et al, 2002a; Brown y Pacini, 1989; Johnston y Mash, 2001; Lange et al., 2005; Pressman et al., 2006; Schroeder y Kelley, 2009). Incluso cuando estos niños están siendo tratados con éxito a través de farmacoterapia, la investigación sugiere que sus comportamientos pueden tener una fuerte repercusión en la percepción de crianza y la calidad de la vida familiar (Whalen et al., 2006).

Diferentes estudios muestran que los padres perciben a sus hijos con más problemas emocionales y de conducta que los iguales de su misma edad, lo que repercute a su vez en su propia salud emocional. En estas familias los padres disponen de muy poco tiempo para sí mismos y tanto las actividades conjuntas como la cohesión familiar se ven muy obstaculizadas (Klassen, Miller y Fine, 2004; Riley et al., 2006). En este sentido, la revisión realizada por Danckaerts et al. (2010), expone el fuerte efecto negativo en la calidad de vida de los padres de hijos con TDAH, lo que se muestra en una amplia gama de síntomas psicopatológicos. Siguiendo esta línea, Cussen, Sciberras, Ukuomunne y Efron (2012) solicitaron a una numerosa muestra de

padres y madres que cumplimentasen medidas de calidad de vida de la familia, estilos de crianza y calidad en las relaciones entre los padres, entre otras. Los datos obtenidos revelan que los padres y las madres de niños con sintomatología TDAH, en comparación con los controles, comunicaron experimentar una calidad de vida más pobre en el dominio de impacto emocional e impacto sobre las actividades familiares, menos afecto parental y mayores síntomas de depresión y ansiedad.

Otro interesante estudio, esta vez de naturaleza cualitativa, dedicado a la comprensión de la calidad de vida de las familias de niños con TDAH, es el llevado a cabo por Córdoba y Verdugo (2003). Contaron para ello con la participación de 24 familias de niños diagnosticados con TDAH de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Entre sus hallazgos merece la pena destacar que algunas características de estos niños tenían mayor repercusión en la calidad de vida de la familia que otras, particularmente la desobediencia, la impulsividad y las fluctuaciones en su comportamiento, que generaban un mayor grado de insatisfacción con el rol parental. Se registró también muy poco apoyo social, principalmente de los abuelos y abuelas.

En los estudios sobre calidad de vida es necesario tener presente la subjetividad de esta variable. En este sentido, diversos autores indican que la puntuación aportada por los padres debe tomarse únicamente como un indicador del impacto global del trastorno en la vida familiar (Klassen, 2005; Klassen, Miler y Fine, 2006). Por otro lado, otras investigaciones han intentado medir el impacto del trastorno en diversos ámbitos o facetas de la vida familiar. Tal es el caso de estudios que utilizan instrumentos que desglosan el impacto del TDAH en diferentes áreas del contexto familiar tales como los sentimientos paternos, las relaciones matrimoniales o la vida social de la familia (Bauermeister et al., 2010; Donenberg y Baker, 1993; Presentación et al., 2006), aspectos que se exponen con más detalle en el apartado siguiente.

2. Impacto e influencia del TDAH en diversas áreas del funcionamiento familiar

En este apartado se describe el posible impacto del TDAH en diversas facetas de la vida familiar. Distintos trabajos (Coghill et al., 2008; Cussen et al., 2012; Foley, 2011; Lemelin, Lafortune, Fortier, Simard y Robaey, 2009; Limbers, Ripperger-

Suhler, Boutton, Ransom y Varni, 2011; Pressman et al., 2006) sugieren una fuerte asociación entre un funcionamiento familiar pobre y la presencia de la sintomatología del TDAH. El funcionamiento de las familias con niños y niñas con TDAH es considerado como menos saludable que el de niños sin este trastorno del desarrollo. Esta disfunción en el contexto familiar puede constituir un factor de riesgo para todos sus miembros, interactuando particularmente con la predisposición del niño con TDAH, lo que puede ser *caldo de cultivo* de un posible empeoramiento en la presentación de los síntomas del trastorno y su continuidad (Miranda et al., 2002a). De manera general, estas familias se caracterizan por poseer mayores dificultades en la resolución de conflictos, comunicación, implicación afectiva, control conductual y un funcionamiento general más pobre (Mohammad y Kasaei, 2013).

En relación a los trabajos empíricos relacionados con este tema, en primer lugar, es necesario destacar el llevado a cabo por Donenberg y Baker (1993). Estos autores subrayaron el estrés parental y la elevada conflictividad de las interacciones padres-hijos en las familias con niños con diversos trastornos, entre ellos el TDAH. En concreto, compararon el impacto que ocasionaban en las familias tres grupos de niños en edad preescolar: un grupo de niños con hiperactividad o conducta agresiva, un grupo de niños autistas, y un tercer grupo control compuesto por niños sin problemas significativos de conducta. Se centraron en dos cuestionares generales relacionadas con el grado de dificultad de vivir con su hijo y la influencia que ejerce éste sobre la familia, y cinco categorías diferenciadas del sistema familiar: sentimientos y actitudes de los padres hacia el hijo; impacto del hijo sobre la vida social; repercusiones de este niño sobre la economía de la familia; impacto del hijo sobre la relación de la pareja; impacto del niño sobre los iguales. Entre sus resultados destacan que los padres de niños con hiperactividad o conducta agresiva percibían que la conducta de sus hijos había producido sentimientos más negativos sobre su paternidad, mayores niveles de estrés y un impacto más negativo en su vida social en comparación con los padres del grupo control. Además, revelaron que las familias de niños hiperactivos o con conducta agresiva tenían niveles de estrés similares a los de las familias con hijos autistas. Sin embargo, este trabajo cuenta con serias limitaciones pues no deja claro el número de niños con únicamente TDAH, niños con TDAH más agresividad y cuántos presentaban solamente agresividad.

Siguiendo esta línea, y adaptando el instrumento de Donenberg y Baker a la población española, el trabajo realizado por Roselló et al. (2003) analizó el impacto que tiene el TDAH en diferentes ámbitos de la familia en 36 parejas con hijos con TDAH. Sus resultados muestran importantes problemas en la crianza del niño con TDAH. Concretamente, el 75% de los padres consideraba que no era capaz de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% pensaba que podría ser mejor padre y el 44% que su hijo le producía más sentimientos de frustración y de ira en comparación con las familias con niños o niñas de la misma edad. Por otro lado, el 64% de los padres indicaban que el comportamiento de su hijo les incomodaba públicamente y el 56% que necesitaban dar más explicaciones sobre la conducta de su hijo, por lo que la vida social de estas familias se limitaba más, tratando de evitar las salidas y visitas a familiares o amigos. Asimismo, la sintomatología del TDAH demandaba recursos para su tratamiento, lo que repercutía en el coste de la crianza, siendo un 67% de los padres los que expusieron tener más gastos en relación con los servicios educativos y psicológicos de su hijo y un 50% explicaba que era más costoso criar a su hijo con TDAH que al resto de hijos. El 50% de los padres indicaron tener mayores enfrentamientos maritales a causa de su hijo con TDAH, mientras que el 44% indican que el hijo con TDAH molestaba más a sus hermanos. Finalmente, la totalidad de los padres que participaron en el estudio manifestaron que convivir con un niño con TDAH resultaba mucho más difícil que con otros niños de su misma edad, aunque, a pesar de todo lo anterior, solo el 56% opinó que el niño con TDAH producía una influencia negativa sobre el núcleo familiar.

En una reciente investigación llevada a cabo por Davis, Claudius, Palinkas, Wong y Leslie (2012) se trataron también diferentes ámbitos del funcionamiento familiar que podían verse afectados por el TDAH. Se recogió información a través de entrevistas cualitativas a 28 familias. Respecto al impacto, siendo el tema que aquí nos ocupa, las familias describieron la presencia habitual de estrés parental y en las relaciones dentro del contexto familiar. En algunos casos, las familias informaron de un impacto significativo sobre la salud mental del cuidador y su bienestar general. El 39% de los padres comunicaron síntomas de estrés y preocupación por el cuidado de su hijo con TDAH, lo que les conducía a problemas de salud mental y emocional. En otros casos (18%), también informaron que experimentaron conflictos de pareja y desacuerdo sobre el manejo de los síntomas de su hijo. Del mismo modo, estas

familias describían la existencia de conflictos entre hermanos en un 32% de los casos. Los participantes en este estudio señalaron igualmente el impacto de los síntomas de su hijo sobre su trabajo y en las relaciones sociales. En algunos casos (14%), reportaron la necesidad de cambiar de horario de trabajo para poder adaptarse a las demandas de sus hijos e incluso dificultades para mantener el empleo; mientras que otras familias (32%) expresaron que ayudar al niño en sus tareas era una carga de tiempo significativo en su vida cotidiana. Por otro lado, un pequeño número de las familias entrevistadas (11%) explicaron sentirse aislados o excluidos por sus familias, vecinos y grupos sociales debido a los problemas de comportamiento de su hijo.

Analizando de manera particular algunas facetas de la vida familiar, se encuentra que la sintomatología del TDAH posee un **impacto en la relación de pareja** de los progenitores. La presencia de un niño o adolescente con TDAH en la familia tiene como resultado una mayor perturbación en el funcionamiento conyugal. Diferentes autores consideran que esto sucede porque los padres de estos niños difieren en el modo de actuar y educar a su hijo con TDAH, lo que acaba en más enfrentamientos y discusiones quedando afectada la relación de pareja (Davis et al., 2012; Harvey, 2000; Johnston y Mash, 2001; Roselló et al., 2003).

Asimismo, diferentes trabajos (Greene et al., 2001; Kendall, 1999; Mash y Johnston, 1983; Mikami y Pfiffner, 2008; Roselló et al., 2003; Smith, Brown, Bunke, Blount y Christopherson, 2002) sobre el **impacto del TDAH en los hermanos**, revelan que la convivencia y relación es más problemática y está más marcada por el conflicto que en otras familias. Concretamente, el estudio cualitativo de Kendall (1999) con 11 familias con niños con TDAH encontró que los hermanos describían su relación con el hermano con TDAH como “caótica, conflictiva y agotadora”. Estas alteraciones comportamentales de los hermanos con TDAH, fueron experimentadas por los hermanos sin TDAH principalmente en tres formas: victimización, cuidado, o bien pena o pérdida. Los hermanos expresaron una mayor negatividad sobre su relación y situaciones de violencia y agresión constantes. Sucintamente, estos niños se sintieron víctimas de los actos agresivos de su hermano TDAH a través de comportamientos evidentes de violencia física, agresión verbal y manipulación o control, y que esto, a menudo, se minimiza o se pasa por alto en la familia. Además, dada la habitual falta de madurez social y emocional asociada con el trastorno, los hermanos informaron que los padres esperaban que cuidasen, supervisasen y

protegiesen a sus hermanos con TDAH. Como consecuencia de esta convivencia alterada por la sintomatología TDAH, muchos hermanos expresaron sentirse ansiosos, preocupados y tristes. No obstante, este estudio puede estar limitado por el pequeño tamaño de la muestra y la falta de un grupo control.

Resultados similares fueron obtenidos por Córdoba y Verdugo (2003), que indicaron cómo los hermanos, sobre todo aquellos que son mayores, se responsabilizaban por el cuidado constante de su hermano con TDAH. El compromiso con sus necesidades especiales era alto y contaban con información suficiente sobre el trastorno. Estos niños sentían elevados niveles de estrés cuando sus hermanos mostraban comportamientos impulsivos o agresivos hacia ellos o personas externas a su familia, entendían que su hermano TDAH no sabe perder a la hora del juego y, en ocasiones, ya sea por decisión propia o bien aconsejado por los adultos, decidían dejarlos ganar. Además, consideraban que sus padres dedicaban más tiempo a su hermano/a con TDAH.

Más recientemente, Mikami y Pfiffner (2008) investigaron la calidad de las relaciones entre los hermanos de niños con TDAH en comparación con un grupo control. Los participantes fueron 77 niños con TDAH y 14 niños sin esta problemática. Las relaciones entre hermanos se evaluaron a través de tres informantes: la madre, el propio niño y los hermanos. Entre sus resultados, destacaron que los niños con TDAH mostraban un mayor conflicto en las relaciones entre hermanos, en comparación con los niños del grupo control. Sin embargo, no aparecieron diferencias significativas en la calidez afectiva entre estos dos grupos.

De manera general, la literatura científica recoge que la mitad de los niños con TDAH mantiene relaciones muy tensas y negativas con sus hermanos. Asimismo, señalan que estas relaciones son menos íntimas, con más resentimiento y menos compañerismo (Roselló et al., 2003; Ryan, 2002; Stone, 2000). Por otra parte, la ayuda en el cuidado del hijo con TDAH por parte de sus hermanos, puede reducir a su vez el estrés de los padres y los sentimientos negativos de éstos hacia el niño (Fleck et al., 2015).

Por otro lado, numerosos estudios (Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul, 1992; Anjum y Malik, 2010; Counts, Nigg, Stawicki, Rappley y Von Eye, 2005; McLaughlin y Harrison, 2006; Roselló et al., 2003; Shelton et al., 1998; Whalen

et al., 2006; Wiener, Biondic, Grimbos y Herbert, 2016) han hallado que tener un hijo con TDAH puede llegar a **impactar de manera negativa en los sentimientos y actitudes de competencia de los propios padres**. Entre ellos, destaca el de Podolski y Nigg (2001), quienes encontraron, en los datos aportados por una encuesta a padres y madres de 66 niños con TDAH, que los padres de niños con TDAH expresaban más insatisfacción con su rol parental que los padres de los niños control. Por su parte, teniendo en cuenta la presentación predominante de TDAH, algunos estudios refieren (Podolski y Nigg, 2001; Presentación et al., 2006) que la presentación combinada tiene un mayor impacto en la vida familiar, generando más estrés y menor sentido de competencia en el rol de padres.

Además, la presencia del TDAH hace mella en las **relaciones con la familia extensa**. Particularmente se ha puesto de manifiesto que los conflictos con los abuelos son más frecuentes (Córdoba y Verdugo, 2003), lo que puede ser explicado por necesitar un ambiente sereno y relajado, difícil de conseguir cuando los menores presentan TDAH. Esto puede generar, a su vez, que la familia se aleje de su familia extensa por falta de apoyo y comprensión del comportamiento de su hijo.

Del mismo modo, **la vida social de la familia** se ve también muy alterada por la presencia del TDAH (Anjum y Malik, 2010; Davis et al., 2012; Donenberg y Baker, 1993; Johnston y Mash, 2001; Wiener et al., 2016). En concreto, las salidas familiares son poco frecuentes o mínimas, evitando llevar amigos a casa o salir con el hijo con TDAH, viéndose especialmente afectadas cuando se presentan problemas de conductas asociados (Presentación et al., 2006). En su trabajo, Roselló et al. (2003) detallaron como estas familias se sentían más incómodas públicamente, y en las visitas estaban más expuestas a la crítica social dado el comportamiento inadecuado de sus hijos, que debían explicar continuamente a los demás, llegando incluso a optar por reducir al máximo sus contactos sociales. Estas ideas han sido corroboradas en la reciente publicación del Informe del Proyecto PANDAH (Soutullo et al., 2013) sobre el TDAH en España, que pone de manifiesto la falta de sensibilización y el todavía limitado y superficial conocimiento sobre el TDAH a nivel social. Esta situación conduce a la estigmatización de las personas que lo padecen y conviven con el trastorno, incrementando las dificultades de ajuste a su entorno.

La persistencia y cronicidad del TDAH a lo largo del ciclo vital también constituye una **carga económica importante para la familia** (Fleck et al., 2015; Le et al, 2014). En su trabajo, Swensen et al. (2003) encontraron que el gasto medio anual directo -fármacos, terapias, etc.- e indirecto -por ejemplo, pérdida de trabajo de los padres- de estas familias llegaba a doblar, o incluso triplicar, los gastos en comparación con las familias controles.

En relación con lo anterior, la investigación realizada por Noe y Hankin (2001) puso de relieve cómo el TDAH en la infancia afecta negativamente a la situación laboral del cuidador y su productividad en el trabajo. El 46% de los padres encuestados declaró la necesidad de reducir las horas trabajadas por semana; mientras que el 15% tuvo que cambiar de trabajo; y el 11% dejó de trabajar completamente. Esto pudo ser debido a la gran dedicación que precisa el cuidado de un hijo con TDAH y a las frecuentes visitas al médico -no programadas- o centro de emergencia, dado el alto número de accidentes y lesiones en estos niños. Por otro lado, en el caso de los niños con Trastorno Negativista Desafiante puede ocurrir que muestren más insistencia a la hora de exigir actividades de tiempo libre caras o expresar deseos materiales. En este tipo de situaciones los padres pueden dar cabida, e incluso usar esto como soborno, para mediar en casos de cólera y rabietas fuertes, lo que de forma involuntaria refuerza la conducta problemática del niño (Fleck et al., 2015). A pesar de las investigaciones llevadas a cabo en EEUU y Europa, el conocimiento del impacto en la economía sigue siendo restringido. Son necesarios, por tanto, más estudios sobre el impacto económico desde el momento del diagnóstico y comienzos del tratamiento, para dar una visión y comprensión más completa y ofrecer una mejor respuesta sobre los costes asociados al TDAH.

No obstante, los resultados de los estudios disponibles sugieren que, más allá del coste para la familia, el TDAH impone una carga económica significativa en los diferentes sectores públicos en Europa. El estudio realizado por Le et al., (2014) ha revisado las bases disponibles en Europa sobre estudios centrados en los costes relacionados con el TDAH y aplicado los resultados en el caso concreto de los Países Bajos, para así estimar los costes anuales nacionales de los niños y adolescentes desde una perspectiva social. Los resultados indicaron que los costes sociales relacionados con el TDAH eran aproximadamente de 1 billón de euros al año, para un país con una población alrededor de 16 millones. Un hallazgo importante en este estudio fueron los

costes de asistencia sanitaria, que representaban una pequeña proporción (8-18%) de los costes globales del TDAH en los Países Bajos. El trabajo de estos autores también identificó otras áreas de especial coste como el caso del sistema de justicia, el tratamiento para el abuso de sustancias y los accidentes de tráfico. Pese a que los costes en atención sanitaria suponen una proporción baja en relación a los otros sectores, es una de las categorías con más interés para estos investigadores, junto con la educación del paciente con TDAH y la pérdida de productividad de los miembros de la familia (Le et al., 2014).

En esta línea, en nuestro país, el informe del Proyecto PANDAH (Soutullo et al., 2013) ha revelado que el tratamiento farmacológico cuesta una media de 50 euros mensuales, cifra que puede variar según la cobertura autonómica. A ello se le une el coste de otras terapias y estrategias de intervención como la asistencia a logopeda, psicólogo, clases de refuerzo privadas, actividades deportivas que sirvan para canalizar el exceso de energía, etc., así como las pérdidas continuadas de objetos como material escolar o gafas. En algunos casos, el sistema de salud público ofrece recursos, aunque limitados, a los que pueden acogerse las familias como es el caso de la terapia psicológica. Sin embargo, no hemos de olvidar que también los padres precisan de formación y, en muchos casos, de apoyo psicológico para poder afrontar la educación y crianza del hijo/a con TDAH. Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, hay familias que necesitan reducir su jornada laboral, perder días de trabajo, o, en el peor de los casos, dejar el empleo para poder atender a las necesidades del menor.

Numerosos estudios inciden en que el funcionamiento familiar y la calidad de vida se ven más empobrecidos cuando el TDAH se **presenta asociado a problemas de conducta como el Trastorno Negativista Desafiante o el Trastorno Disocial** (Klassen et al., 2004; Lemelin et al., 2009; Satake, Yamashita y Yoshida, 2004). Así, diversas investigaciones (Hurtig et al., 2007; Johnston y Mash, 2001; Pfiffner, Mcburnett, Rathouz y Judice, 2005; Woodward, Taylor y Dowdney, 1998) ponen de relieve el efecto en el funcionamiento familiar de tener un hijo con TDAH, reflejado tanto en las relaciones padres-hijos, como en las relaciones maritales o en la práctica de una crianza poco eficaz, especialmente cuando el TDAH es comórbido con problemas de conducta.

En este sentido, Barkley, Anastopoulos, Guevremont y Fletcher (1992) destacaron que el ajuste marital era más pobre en los padres de adolescentes con TDAH y Trastorno Negativista Desafiante que en los padres de niños con sólo TDAH o controles, así como que los padres presentaban una mayor conflictividad, ira, creencias irracionales y una comunicación más pobre. Del mismo modo, Lindahl (1998) encontró que, de manera general, los padres de niños con TDAH y Trastorno Negativista Desafiante presentaban más dificultades maritales que los padres de niños sin problemas o solo TDAH.

Cuanto más severos son los trastornos asociados al TDAH, más afecta a la calidad del funcionamiento familiar (Anastopoulos et al., 1992). El trabajo realizado por Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham y Hoza (2002), en diferentes situaciones de laboratorio, evaluó las interacciones madre-hijo en 136 familias de niños con TDAH de 7 a 10 años. Hallaron un factor de *sensibilidad* de la madre hacia el hijo que incluía conductas de aceptación, afecto, sensibilidad y control apropiado. Este factor mostró una correlación negativa con los problemas de conducta de los niños, pero no con la gravedad de los síntomas de TDAH. Esto sugiere que las dificultades de crianza están más estrechamente relacionadas con problemas de conducta en las familias de los niños con TDAH que con la sintomatología propia del TDAH.

La **psicopatología parental** juega un importante papel adicional en el impacto del TDAH en la familia, lo que puede complicarse aún más cuando padres e hijos presentan TDAH (Biederman et al., 2002a). La estabilidad mental de los padres parece ser un recurso significativo para hacer frente a los problemas de los menores y mitigar las consecuencias negativas de sus posibles comportamientos. En su trabajo, Escobar et al. (2005) aportaron que los padres de niños con TDAH, en comparación con padres con hijos sin este trastorno, comunicaron sentirse más deprimidos y disponer de menos tiempo para ellos mismos. Por otra parte, contar con el apoyo de la pareja puede ayudar a afrontar las consecuencias negativas de la conducta del niño que repercuten en la vida social de la familia (Fleck et al., 2015). Aunque en el presente trabajo de investigación no se estudian los síntomas del TDAH de los padres de manera directa, consideramos que este aspecto sería un punto importante a tener en cuenta en futuras investigaciones. En particular, la sintomatología del TDAH no reconocida y/o tratada en los padres puede contribuir a un funcionamiento familiar más pobre (Biederman et al., 2002a; Cussen et al., 2012).

Finalmente, se han examinado estudios internacionales centrados en el impacto del TDAH en la vida familiar, destacando el llevado a cabo en 2004 por la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH) que presentó el estudio “*Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas*” (citado en Grau, 2007), de carácter internacional y cuyo objetivo principal era aumentar la conciencia y comprensión del impacto del TDAH en los niños y sus familias. Para ello se entrevistaron en nueve países (Australia, Alemania, Canadá, Estados Unidos, México, Países Bajos, Italia, España y Reino Unido) a casi 1000 familias de niños con TDAH. La mayoría de los padres (88%), frecuentemente sentían una fuerte preocupación por el trastorno de su hijo; un 87% por sus estudios; y un 58% consideraba que su hijo había sido excluido de actividades sociales por tener TDAH. Además, el 60% de los padres opinaban que las actividades familiares se ven alteradas y el 50% piensa que las relaciones con su pareja se habían visto afectadas de manera negativa. En el caso concreto de España, los resultados destacaron que el 98% de los padres se sentían superados por el TDAH, siendo el país con mayor impacto en la familia; el 91% manifestaron estar preocupados por el rendimiento académico de su hijo; mientras que el 63% consideraba que su hijo había sido excluido de actividades sociales por su sintomatología TDAH.

Como se ha expuesto a lo largo de las páginas anteriores, el TDAH tiene un impacto no solo en la persona que lo padece, sino también en las personas con las que convive y, particularmente, en el sistema familiar. Algunas de estas medidas, como el impacto sobre la vida social de la familia y las actitudes y sentimientos negativos de los padres son utilizadas como indicadores de estrés percibido (Baker, Blacher, Crnic y Edelbrock, 2002). A su vez, los niveles de estrés parental, el desajuste y los problemas familiares están estrechamente relacionados con los estilos educativos parentales (Anthony et al., 2005; Jiménez y Muñoz, 2005), aspectos que se analizan en las páginas siguientes.

3. El estrés parental en las familias con hijos con TDAH

Este apartado se centra en el *estrés parental* entendido como el grado de ansiedad o malestar que tienen los progenitores a la hora de ejercer su rol como padres o madres y, que, partiendo de las formulaciones de Abidin (1995) ha sido identificado como un factor determinante del funcionamiento de la familia y las relaciones

familiares. Otros trabajos más recientes también destacan que el estrés generado por las demandas de la vida diaria, por las dificultades económicas y/o por las vivencias parentales influyen decisivamente en el funcionamiento y las relaciones familiares (Crnic, Hoffman y Gaze, 2005; Gerstein, Crnic, Blancher y Baker, 2009; Roselló et al., 2003; Shin, Park, Ryu y Seomun, 2008).

Según Gerstein et al. (2009) el nacimiento de un hijo siempre supone una serie de cambios y reorganizaciones familiares, generándose un cierto nivel de estrés motivado por la crianza y ocasionado por el reto de la paternidad. Sentir un poco de estrés en la crianza de un hijo se puede considerar normal (Crnic y Greenberg, 1990) y casi necesario para activar los recursos parentales. No obstante, niveles extremos de estrés suelen conllevar consecuencias negativas, ya que dificultan el desarrollo del rol parental o incluso derivan en problemas psicopatológicos en padres y madres.

Una gran diversidad de estudios (Baker y McCal, 1995; Cussen et al., 2012; Modesto-Lowe, Chaplin, Godsay y Soovajian, 2014; Pimentel, Vieira-Santos, Santos y Vale, 2011; Wiener et al., 2016), incluyendo la primera revisión cuantitativa de estrés parental y TDAH, esto es, el meta análisis de Theule et al. (2013), muestran que los padres de niños y adolescentes con TDAH experimentan significativamente más estrés en la crianza que los padres de los controles no clínicos, e incluso que los padres de niños con enfermedades graves como la epilepsia (Gagliano et al., 2014), trastornos del espectro autista (Miranda, Tárraga, Fernández, Colomer y Pastor, 2015b; Van Steijn, Oerlemans, Van Aken, Buitelaar y Rommelse, 2014) o enfermedades crónicas como el asma o el VIH (Escobar et al., 2005; Gupta, 2007).

Gupta (2007) llevó a cabo un estudio donde exploró la relación entre la discapacidad y el estrés parental en cuatro grupos de padres con hijos con: 1) TDAH, 2) trastornos del desarrollo (parálisis cerebral, discapacidad intelectual y autismo), 3) infección por VIH y asma, y 4) desarrollo típico. Entre sus resultados, destacó que los padres con hijos con trastornos del desarrollo (TDAH, parálisis cerebral, discapacidad intelectual y autismo) presentaban mayores niveles de estrés que aquellos padres con hijos con enfermedades crónicas como infección por VIH, asma y los controles sanos con desarrollo típico. Pero lo más significativo fue que los niveles de estrés fueron más altos en los padres de niños con TDAH que en cualquiera de los otros grupos.

Siguiendo el modelo explicativo de Abidin (1995) el estrés parental que ocasiona la crianza puede ser explicado en función tanto de las características de los niños como de los padres. Dado que la mayoría de los estudios se han centrado en explorar el impacto sobre el estrés de los padres de algunas de estas variables por separado, a continuación se realiza una síntesis para integrar el impacto de todas estas variables de forma conjunta.

Para tal integración (ver figura 4), se ha seguido un enfoque ecológico y sistémico (Bronfenbrenner y Morris, 2006; Parke y Buriel, 2006), donde el estrés parental está relacionado con las características de los/as menores más referidas en las investigaciones analizadas (etapa evolutiva, género, presentación predominante de TDAH, problemas de conducta, gravedad de los síntomas del TDAH), de los padres (síntomatología TDAH de los padres, género, psicopatología parental, nivel educativo, modelo familiar), pero también, de manera más general, con los factores contextuales que afectan a la familia (apoyo social, otras variables como el empleo de los padres o los recursos económicos de la familia). Aspecto este último no considerado por Abidin (1995), pero sí por trabajos posteriores sobre el estrés parental en menores con TDAH como el meta-análisis de Theule et al. (2013). A continuación, se procede a explicar los principales hallazgos referentes a cada uno de ellos:

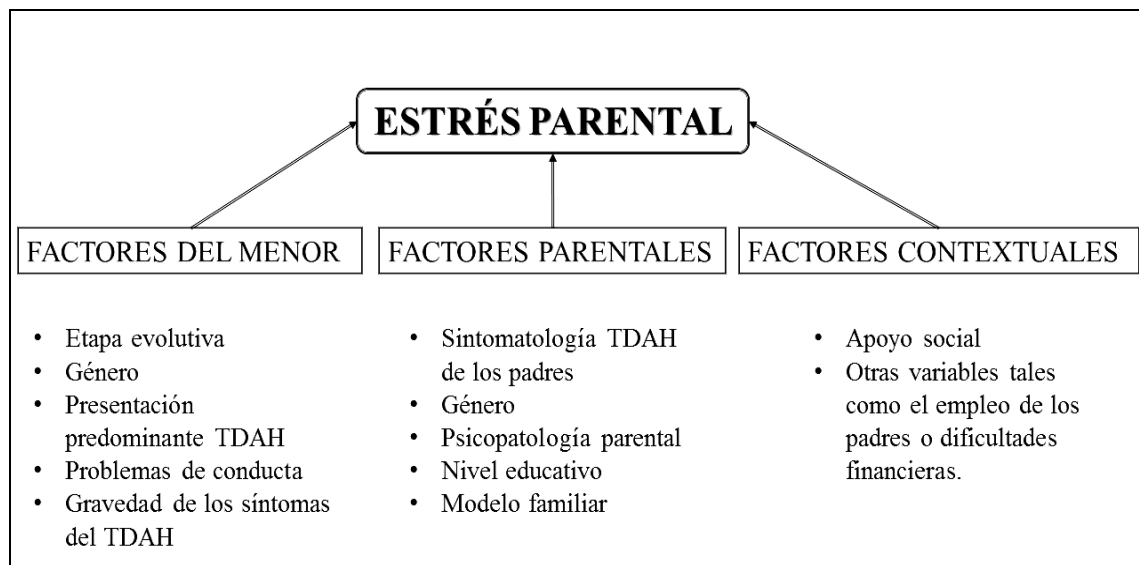


Figura 4. Variables explicativas del Estrés Parental.

3.1 Características de los/as menores

El desarrollo psicológico infantil y adolescente sigue un patrón marcado por lo considerado como normativo para cada edad (Baltes, 1998), por lo que conociendo la edad se pueden hacer predicciones sobre los procesos de desarrollo de un sujeto y detectar precozmente posibles alteraciones. Del mismo modo, cada *etapa evolutiva* trae consigo diferentes responsabilidades por parte de los progenitores a las que atender y responder, y serán diferentes los factores explicativos del estrés parental, siendo las primeras etapas las que precisan de mayor dedicación y cuidados. También es este el caso de las familias con menores con TDAH, con la particularidad de que estos niños y niñas van a presentar ya en esta etapa unos comportamientos diferentes a los de otros menores, y, en muchas ocasiones, difíciles de manejar por los padres, ya que desconocen que sus hijos padecen este trastorno y también la forma de afrontarlo. Así, las primeras etapas evolutivas, en las que aparecen los primeros signos del TDAH, suelen ser más complicadas y estresantes para estos padres. En algunos menores los síntomas aún no se han manifestado por completo a una temprana edad. Sin embargo, en otros niños desde el comienzo los síntomas se hacen muy evidentes y presentan un comportamiento muy difícil, son más impulsivos e imprudentes que sus iguales, no obedecen, parece que no aprenden de sus errores ni siguen ningún orden, y manifiestan conductas más inmaduras que los niños sin TDAH de su misma edad (Grau, 2007; Mena et al., 2006).

La evaluación y diagnóstico de este trastorno del desarrollo puede demorarse en el tiempo, causando altos niveles de estrés en los padres. La evolución del TDAH dependerá en gran medida del momento en el que se diagnostique y el inicio del tratamiento, por lo que cuanto antes se lleve a cabo la evaluación antes se podrá adoptar las medidas adecuadas. Este tiempo de espera entre el inicio de los primeros síntomas hasta el diagnóstico pone de relieve las dificultades con las que se encuentran los padres, maestros y demás profesionales en el reconocimiento y manejo del TDAH (Escobar et al., 2005).

Una vez los padres conocen el diagnóstico, comienza el proceso de búsqueda de información, de ayudas y el aprendizaje de pautas de afrontamiento. De cualquier modo, todos estos procesos son fuente de estrés parental y, tal y como la investigación ha demostrado, las familias de los niños y niñas que necesitan más cuidados para su

desarrollo, bien sea por problemas neurológicos, psicológicos y/o físicos, a menudo experimentan elevados niveles de estrés debido al aumento de necesidades especiales de sus hijos o hijas (Dyson, 1997; Hartman, Radin y McConnell, 1992; Kronenberger y Thompson, 1992; Roach, Orsmond y Barratt, 1999; Spratt, Saylor y Macias, 2007).

Cuando los menores con TDAH alcanzan la edad escolar, llegan a ser especialmente evidentes los síntomas del trastorno manifestándose principalmente mediante conductas inadecuadas en clase, problemas para permanecer sentados, desobediencia, interrumpir a los profesores, despistes importantes en las tareas escolares y bajo rendimiento académico (Grau, 2007; Mena et al., 2006). Conforme van pasando los cursos, las dificultades académicas aumentan y precisan de una supervisión constante por parte de padres y profesores. La dedicación de horas a las tareas escolares se amplían hasta el agotamiento, generando con ello un importante estrés familiar (Orjales, 2012). Asimismo, se intensifican los problemas para cooperar, compartir, e incluso interactuar normalmente con sus compañeros. Paralelamente, en casa tienen problemas para aceptar responsabilidades y tareas familiares, acrecentándose la tensión con padres y hermanos, muchos de los cuales se sienten cansados y celosos por la menor atención recibida por parte de sus padres (Miranda, Amado y Jarque, 2001).

En la adolescencia, a la complejidad propia de esta etapa hay que unir los síntomas característicos del TDAH. Los cambios físicos, emocionales e intelectuales que se experimentan en esta etapa pueden dar lugar a discusiones más exacerbadas con sus padres, así como a comportamientos muy desafiantes con las figuras de autoridad (Miranda et al., 2001). Aunque probablemente la hiperactividad motora no sea tan visible, siendo capaces de permanecer sentados durante más tiempo, les seguirá resultando difícil continuar el ritmo de las clases, permaneciendo sus dificultades en organización y planificación, impulsividad y control (Mena et al, 2006). Debido a las demandas crecientes tanto a nivel académico como social, la probabilidad de manifestar un bajo rendimiento, inadaptación escolar, aislamiento social o baja autoestima, aumentan (Orjales, 2012). Asimismo, se multiplican las posibilidades de incurrir en conductas de riesgo como consumo de drogas, problemas con la justicia o conducción temeraria (Miranda et al., 2001; Molina y Pelhman, 2003). El conjunto de estas acciones y comportamientos hacen que la preocupación y estrés de los padres estén también muy manifiestos en esta etapa evolutiva.

Respecto al *género*, la literatura consultada nos indica que esta es una variable relevante en las expresiones conductuales de estos niños, observándose más conductas externalizantes (agresividad, agitación psicomotora, desobediencia) en varones, y una mayor presencia de comportamientos internalizantes (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad-depresión) en las niñas (Broidy et al., 2003; Gaub y Carlson, 1997; Gershon, 2002; López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina, 2009a; Quinn, 2008; Rucklidge, 2008; Skogli, Teicher, Andersen, Hovik y Øie, 2013). En este sentido, algunos autores refieren que el aumento del estrés parental será más elevado en los padres de niños varones lo que se relaciona con más problemas conductuales en estos niños (Kaaresen, Ronning, Ulvund y Dahl, 2006), mientras que las niñas tienen un comportamiento menos perturbador.

Esta idea es confirmada posteriormente por el meta-análisis realizado por Theule et al. (2013), sobre la asociación entre estrés parental y TDAH, quienes encontraron que para la mayoría de los estudios el sexo del niño es un moderador importante del estrés de los padres, con menores niveles del mismo en muestras con una mayor proporción de niñas. No obstante, algunos estudios (Grau, 2007; Johnston y Mash, 2001; McCleary, 2002) han expuesto que el sexo del niño no resulta ser un factor predictivo del estrés parental.

Por otra parte, también se ha demostrado que *la presentación predominante de TDAH* de los menores tiene influencia en el estrés parental. El trabajo llevado a cabo por Theule, Wiener, Rogers y Marton (2011) pone de manifiesto la estrecha relación entre el estrés parental y la severidad de los síntomas del TDAH. Así, en la investigación llevada a cabo por Miranda, Marco y Grau (2007b), era la presentación combinada de TDAH la que más elevaba el nivel de estrés de los padres. En la misma línea, Tzang, Chang y Liu (2009) realizaron una investigación en una población taiwanesa, centrada en la existencia de posibles relaciones entre la presentación predominante de TDAH, el estrés parental y la posibilidad de padecer síntomas psicopatológicos en los padres. Los resultados indicaron que la presentación combinada de TDAH se asociaba en mayor medida con niveles elevados de estrés y psicopatología parental. Todo ello sugiere que la combinación de los síntomas de falta de atención con los de hiperactividad y/o impulsividad se relacionan más fuertemente con una mayor tensión de los padres que los síntomas de falta de atención por sí solos (Grau, 2007; Sethi, Gandhi y Anand, 2012; Yang, Jong, Hsu y Tsai, 2007). De manera

más precisa, en su investigación Graziano, McNamara, Geffken y Reid (2011) expusieron que no es la gravedad del TDAH en sí lo que explica el estrés parental, sino algunas de sus manifestaciones conductuales más concretas. Estos autores realizaron un estudio en 80 niños con TDAH con el objetivo de comprobar el grado en que los déficits de autorregulación percibidos a través de dominios conductuales, cognitivos y emocionales que presentaban los niños con TDAH, explicaban la asociación entre la gravedad de los síntomas del TDAH y el estrés parental. Los resultados mostraron que la gravedad de los síntomas de hiperactividad/impulsividad se relacionaba con el estrés parental, pero no los de falta de atención.

En familias con hijos con TDAH, el estrés parental se deriva en gran medida de los problemas de comportamiento del niño. Las conductas desafiantes de los menores con TDAH incrementan considerablemente la frecuencia de interacciones negativas entre padres e hijos, dando lugar a altos niveles de estrés parental (Anastopoulos et al., 1992; Anjum y Malik, 2010). A su vez, los padres con mayor estrés perciben el comportamiento de sus hijos como más negativo, por lo que aquellas familias con mayores niveles de estrés, son más tendentes a informar sobre el comportamiento difícil de sus hijos (Mash y Johnston, 1983; Pimentel et al., 2011). Más concretamente, los problemas de conducta de los niños con TDAH relacionados con conductas agresivas o problemas sociales con sus iguales, se relacionan con mayores niveles de estrés parental. Es decir, son los problemas externalizantes -y no tanto los internalizantes- los que generan mayores niveles de tensión y angustia en los padres (Anjum y Malik, 2010; Baker y McCal, 1995).

Como se ha expuesto anteriormente, los problemas de conducta tienen un fuerte impacto en el rol parental. El aumento en la prevalencia de problemas de conducta en los niños, con y sin TDAH, ha llevado al desarrollo de intervenciones centradas en la mejora de las relaciones en la familia. En este sentido, un creciente cuerpo de investigaciones internacionales (Edwards, Ceilleachair, Bywater, Hughes y Hutchings, 2007; Gavidia-Payne y Hudson, 2002; Petrie, Bunn y Byrne, 2007; Scott, Knapp, Henderson y Maughn, 2001) revela que los programas de crianza de los hijos pueden ser eficaces y rentables para ayudar a niños con problemas de conducta y comportamientos desafiantes y a sus familias. Además, estas intervenciones y programas pueden favorecer el apoyo social en estas familias, conectando a los padres

y madres con los recursos de su comunidad, desarrollando una red de apoyo personal, y creando vínculos con los grupos de apoyo (Theule et al., 2011).

3.2 Características de los padres

Como se ha visto en el apartado anterior, numerosos estudios se centran en explicar el nivel de estrés parental en función de las características de los hijos e hijas con TDAH. No obstante, son más escasas las investigaciones que analizan el papel de las características parentales en el estrés experimentado en el ejercicio de la paternidad. Sin embargo, los pocos estudios existentes destacan el impacto de la *presencia de TDAH en los padres*, ya que suele ser un problema frecuente y que dificulta el proceso de crianza, debido a que por las propias dificultades de regulación asociadas a la enfermedad, los padres con TDAH tienen más problemas para controlar las actividades de sus hijos, planificar las tareas de la vida diaria y mayor conflictividad en las relaciones sociales y de pareja (Grau, 2007).

En el estudio realizado por Biederman et al. (2002a), se encontró que la presencia de un padre con TDAH predecía mayores niveles de conflicto familiar y menores niveles de cohesión familiar en comparación con las familias sin TDAH parental, independientemente de otras condiciones psicopatológicas de los padres. Se encontró un efecto aún mayor en los hijos sin TDAH por el mal funcionamiento en la dinámica familiar. En otro estudio realizado por Minde et al. (2003), también se analizó el impacto de la presencia del TDAH en uno de los padres y su efecto sobre la dinámica familiar. Los resultados mostraron que los niños con un padre con TDAH tenían tasas más altas de psicopatología que los niños de las familias control. Del mismo modo, encontraron que la presencia del TDAH paterno afectaba al funcionamiento familiar y a las relaciones maritales independientemente de si era el padre o la madre quien presentaba el trastorno. Estos resultados subrayan el impacto en el día a día familiar cuando se presenta el TDAH en alguno de los progenitores, viéndose afectado el bienestar de la familia y de los menores, tengan estos TDAH o no.

Otro interesante estudio sobre este tema es el de Murray y Johnston (2006), quienes encontraron que las madres con TDAH presentaban estrategias más pobres en la supervisión del comportamiento del niño y eran menos consistentes en el uso de habilidades de disciplina, en comparación con las madres sin TDAH. Hallazgos

coincidentes son los de Chronis et al. (2008), quienes examinaron el grado en que los síntomas del TDAH materno se asociaban a deficiencias en la crianza en 70 díadas de madre-hijo con TDAH entre los 6 y 10 años de edad. Los resultados sugirieron que las madres con niveles más altos de síntomas de TDAH reportaron menores niveles de participación y crianza positiva, desarrollando una maternidad menos efectiva. Durante las observaciones de las interacciones con sus hijos, los síntomas del TDAH materno se asociaron positivamente con la crianza negativa, incluso en situaciones menos estructuradas como el juego libre.

En este sentido, Theule et al. (2011), realizaron un estudio con 95 familias para examinar, entre otras variables, la influencia de los síntomas del TDAH de los progenitores en el estrés parental. Sus resultados revelaron que la sintomatología TDAH paterna fue considerada el predictor más fuerte del estrés parental. Las propias dificultades paternas asociadas al TDAH les causaban serios problemas para responder a las necesidades de sus hijos, manifestándose en olvidos de citas médicas o reuniones escolares, e incluso, para recordar que debían administrar la medicación a sus hijos. Estos desafíos diarios pueden hacer la crianza especialmente estresante para estos padres.

Otro de los factores analizados en este apartado es la existencia de *diferencias en cuanto al estrés sufrido por madres y padres*. En este sentido, aunque revisiones recientes como la de Theule et al. (2013) y Wiener et al. (2016) han encontrado solo pequeñas diferencias a favor de las madres, otros autores como Córdoba y Verdugo (2003) hallaron que las madres experimentan mayor estrés parental en comparación con los padres quizás debido al cambio de rol de la mujer en la sociedad y su incorporación masiva al mercado laboral, lo que les obliga a hacer frente a un mayor número de demandas y responsabilidades en la vida diaria (Gerstein et al., 2009; Pérez-López et al., 2011). Esto también puede ser explicado por el hecho de que generalmente son las madres las que pasan mayor tiempo con sus hijos ejerciendo un papel fundamental en la crianza y la educación, por lo que es lógico que experimenten más ansiedad y tensión en relación a los problemas de sus hijos (Gerstein et al., 2009; Peris y Hinshaw, 2003).

A pesar de que los datos anteriores proporcionan apoyo a las diferencias en cuanto al género, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la mayoría

de los estudios sobre estrés y psicopatología parental se han centrado exclusivamente en las madres, haciendo caso omiso de los padres (Phares y Compas, 1993).

Por otra parte, además de que educar a un hijo con TDAH suscita niveles de angustia y tensión parental elevados, en muchas ocasiones éste aparece acompañado de *alteraciones psicopatológicas en los padres* como la depresión (Anjum y Malik, 2010; Byrnes, 2003; Escobar et al., 2005; Raposa, Hammen y Brennan, 2011). Para complicar más aún el tema, diversos trabajos destacan el papel de la depresión parental como predictora del estrés parental (Fischer, 1990; Johnston y Mash, 2001; Theule et al., 2013).

También es frecuente que los padres presenten, de manera aislada o conjunta, niveles elevados de ansiedad. Así, Kashdan et al. (2004) hallaron en su investigación que las madres de niños con TDAH solían mostrar altos niveles de estrés y ansiedad y menos capacidad para enfrentarse eficazmente a situaciones difíciles. Otros estudios como el de Cussen et al. (2012), obtuvieron puntuaciones más altas en ansiedad, estrés y depresión, y menos calidez parental en padres de niños con TDAH.

No solo hay que considerar la influencia de la sintomatología TDAH de los niños sobre el bienestar psicológico de los padres, sino también cómo determinadas psicopatologías parentales afectan al desarrollo del niño y al curso de su trastorno. Así, por ejemplo, Humphreys, Mehta y Lee (2012) en su estudio con 178 niños de entre 5 y 10 años, sugieren que mientras que el TDAH de los padres puede ser un factor de riesgo no específico de la psicopatología infantil general, la depresión paterna puede funcionar como un factor de riesgo especialmente para los problemas de internalización del niño. Otros autores (Colomer, 2013; Kashdan et al., 2004) exponen que los padres con sintomatología depresiva suelen mostrar comportamientos menos afectuosos y más impositivos en las relaciones con sus hijos, perjudicando de manera negativa a dichas relaciones. Para Grau (2007), las madres con cuadros depresivos son más críticas y menos eficaces en la resolución de conflictos, tienden a mostrar más afecto negativo y se expresan con intensidad en situaciones de estrés, siendo con ello modelos inadecuados de expresión de emociones para sus hijos.

Tras la revisión de la literatura científica, hay que destacar que no se ha hallado información consistente acerca de la influencia del *nivel educativo* de los progenitores en el estrés que sufren los padres de niños con TDAH. Así, algunos

autores como Grau (2007) sostienen que el bajo nivel educativo de las madres influye en la percepción de la ineficacia parental, mientras que otros no encuentran relación entre estas variables (Foley, 2011; Theule et al., 2013), por lo que será necesario desarrollar más investigaciones que aborden y aclaren las posibles relaciones entre nivel educativo y estrés parental en familias con hijos con TDAH. Respecto al *modelo familiar*, la investigación (Theule et al., 2011) encuentra que las familias monoparentales experimentan más estrés. En el caso de las madres solteras, el no contar con el apoyo de una pareja cuando se tiene un hijo/a con TDAH parece jugar un importante papel en su desgaste social (Chacko et al., 2008; Fleck et al., 2015).

Por último, numerosos estudios (Bloomfield y Kendall, 2012; Fabiano et al., 2009; Gerdes, Haack y Schneider, 2012; Lee, Niew, Yang, Chen y Lin, 2012; Pelham y Fabiano, 2008) sugieren que la formación y entrenamiento de padres en técnicas conductuales u otros procedimientos mejoran los comportamientos de sus hijos/as y reducen los niveles de estrés parental. En el estudio llevado a cabo por Gerdes et al. (2012), encontraron que, aunque tanto madres como padres informaron de niveles similares de estrés parental tras el proceso de formación, las madres presentaban niveles de estrés más elevados al inicio del tratamiento. Comprobaron que el nivel de estrés de las madres descendió en la mayoría de los dominios estudiados (interacción disfuncional entre padres e hijos, niño difícil, y estrés total) tras recibir la formación, observándose también mejoras en el funcionamiento familiar.

3.3 Factores contextuales

Este último grupo de variables son las que han recibido hasta la fecha menos atención por parte de las investigaciones centradas en la relación entre TDAH y estrés parental. Como es sabido, criar a un hijo con TDAH no es tarea fácil, por lo que contar con recursos y apoyos desde los primeros momentos por parte de la familia o las personas más allegadas se convierte en un medio de gran valor. En este sentido, el *apoyo social*, componente relevante en la salud física y psicológica de las personas, actúa de protección ante las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes (Gracia, 2011). Los escasos trabajos existentes sobre el papel del apoyo social ponen de relieve que aquellas familias que manifiestan contar con apoyo social padecen niveles de estrés menos elevados que aquellas que no cuentan con este apoyo o el que tienen no es suficiente. Diversas investigaciones

(Baker, 1994; Mash y Johnston, 1990; Theule et al., 2011; Theule et al., 2013) sobre predictores del estrés parental han expuesto que el apoyo social se relaciona inversamente con el estrés parental, es decir, a mayor apoyo social menor estrés parental. Este apoyo tiene un impacto positivo en la capacidad de los padres para hacer frente a las dificultades y estrés asociados con la crianza de un/a hijo/a con TDAH (Johnston, 1996; Podolski y Nigg, 2001; Singh y Curtis, 1997), hasta el punto en que autores como Lange et al. (2005) han referido que una de las causas por la que los padres de niños con TDAH sufren mayores niveles de estrés es la falta de apoyo social por parte de la familia extensa y los amigos.

El estudio de Córdoba y Verdugo (2003) también abunda en esta idea, ya que encuentran que, para las familias participantes en su investigación, el apoyo social proveniente de la familia extensa era muy bajo (principalmente de los abuelos, quizás porque necesitan tranquilidad y esto choca con los comportamientos ruidosos e inquietos de sus nietos con TDAH), al igual que el apoyo social de amigos, vecinos e instituciones. Como consecuencia de esta situación, podía darse un escenario de aislamiento de la familia, sintiendo poca o ninguna ayuda por parte de sus familiares más cercanos, lo que era una fuente más de angustia y estrés para los padres y madres.

Aunque el apoyo social ha estado limitado a las redes sociales presenciales y próximas, poco a poco, con la aparición y uso diario de Internet, aparecen otras formas de relacionarnos que bien merecen atención. Actualmente, comienzan a vislumbrarse otras formas potenciales de apoyo social a través de grupos en redes sociales o internet que podrían reportar beneficios equiparables a las redes de apoyo presenciales (Coulson, 2005; Fuente, Herrero y Gracia, 2010; Herrero, Meneses, Valente y Rodríguez, 2004; McKenna, Green y Gleason, 2001). En el caso concreto que nos ocupa, la investigación llevada a cabo por Schellinger (2012) se centró en conocer la participación en grupos de apoyo de Internet de padres de niños con TDAH, quienes destacaron múltiples experiencias positivas en este tipo de grupos al compartir sus experiencias y vivencias con un hijo con TDAH. Sin embargo, la investigación empírica es aún muy limitada en este campo y se necesitan más estudios para entender mejor los beneficios potenciales asociados a la participación en grupos de apoyo de Internet y su impacto en el funcionamiento de los padres.

Por otro lado, algunos estudios han analizado la asociación del estrés parental y el *nivel socioeconómico u otras variables* tales como el empleo de los padres o dificultades financieras. Grau (2007) expone que este tipo de variables (estatus, empleo/desempleo, horario de trabajo, etc.) son factores que dejan su huella en el contexto familiar. Los niños y niñas con TDAH tienen una serie de necesidades que requieren de sus familias tiempo y atención, así como de recursos materiales y económicos para darles respuesta. Cabe esperar que aquellas familias con un bajo nivel socioeconómico que no puedan atender a todas las demandas de su hijo/a con TDAH y/o acceder a estos recursos, sientan niveles más altos de estrés. Siguiendo esta línea, otros autores afirman que aquellas familias con un nivel socioeconómico bajo, con todas las dificultades vitales que se asocian al mismo, son más propensas a sufrir situaciones de estrés parental, lo que provoca reacciones emocionales más intensas, así como consecuencias más negativas en las relaciones con sus hijos y en su calidad de vida (Mash y Johnston, 1990; Oliva, Montero y Gutiérrez, 2006; Pinderhughes, Dodge, Bates, Pettit y Zelli, 2000). Es comprensible que un cúmulo de variables y condiciones de vida difíciles afecte a la estabilidad emocional tanto de los padres como del contexto familiar en su conjunto.

En conclusión, gran parte de la literatura científica sobre TDAH y estrés parental ha centrado su atención en la información reportada por los padres sobre la conducta de sus hijos. Sin embargo, existen cada vez más investigaciones que ponen de relieve el papel de otros factores relacionados con dificultades parentales y contextuales en la predicción del estrés parental, como se ha expuesto a lo largo de este apartado.

4. Estilos educativos en las familias con hijos con TDAH

Los estilos educativos parentales han sido estudiados a lo largo de décadas. No obstante, fueron los trabajos de Baumrind (1967, 1968, 1971, 1991) los que marcaron un hito a través de su operativización en tres estilos principales: “*autoritativo o democrático*”, “*autoritario*” y “*permisivo*”, con diferentes repercusiones para el desarrollo infantil (López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto, 2009b). Posteriormente, MacCoby y Martin (1983) reformularon el estudio de este tema planteando dos dimensiones para medir el estilo educativo parental: afecto/comunicación o “*responsiveness*”; y control/exigencias o “*demandingness*”. Estas características

parentales eran consideradas como un continuo, de modo que el estilo parental era el resultado de la combinación de distintas posiciones en cada una de estas dimensiones. Tal y como muestra la tabla 3, combinando dichas dimensiones en un cuadro de doble entrada, obtenemos los cuatro estilos educativos descritos por estos autores:

Tabla 3. Estilos educativos formulados por MacCoby y Martin (1983).

	<i>Reciprocidad Implicación afectiva (RESPONSIVENESS)</i>	<i>No reciprocidad No implicación afectiva (UNRESPONSIVENESS)</i>
<i>Control fuerte (DEMANDINGNESS)</i>	AUTORITARIO - RECÍPROCO	AUTORITARIO - REPRESIVO
<i>Control laxo (UNDEMANDINGNESS)</i>	PERMISIVO - INDULGENTE	PERMISIVO - NEGLIGENTE

Desde estos planteamientos se han desarrollado numerosos estudios que asocian el estilo educativo familiar con el desarrollo psicológico de los hijos y la manifestación de posibles problemas de conducta en los mismos. Así, por ejemplo, podemos encontrar en la literatura científica que los hijos de padres democráticos presentan un mejor ajuste en la adolescencia que los de padres autoritarios (Baumrind, Larzelere y Owens, 2010). O que los hijos de padres permisivos tienen una mayor probabilidad de tener problemas de ajuste en fases posteriores de su desarrollo (Uji, Sakamoto, Adachi y Kitamura, 2014) y presentan un mayor número de problemas de conducta que los hijos de padres democráticos (Akhter, Hanif, Tariq y Atta, 2011), al igual que ocurre en el caso del autoritarismo parental (Rinaldi y Howe, 2011).

Más recientemente, aparece una nueva perspectiva que parte de la concepción de las interacciones familiares desde una óptica bidireccional. Es el llamado *modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples* (Palacios, 1999), que destaca la importancia de las influencias bidireccionales que se dan en las relaciones padres-hijos (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001; Ceballos y Rodrigo, 1998), y conceptualiza las prácticas educativas paternas como causa, pero al mismo tiempo consecuencia, de las diferentes características o dificultades en el desarrollo de los hijos (Palacios, 1999; Tur, Mestre y del Barrio, 2004). Desde esta óptica, las prácticas educativas solo son eficaces si se ajustan a la edad y características de los hijos, que pueden diferir

notablemente y añadir un plus de dificultad a la ya complicada tarea de ser padre o madre y promover adecuadamente el desarrollo infantil y adolescente.

La sintomatología TDAH, junto con las características del niño, pueden contribuir a que la crianza sea más estresante, dando como resultado prácticas parentales más dominadas por el rechazo. La literatura consultada (Anjum y Malik, 2010; McLaughlin y Harrison 2006; Morgan, Robinson y Aldridge, 2002; Pimentel et al., 2011) establece una relación entre los niveles altos de estrés parental y una crianza disfuncional, en la que este estrés agudizado puede afectar a la capacidad de los padres para emplear prácticas de crianza positivas con sus hijos. En consecuencia, el proceder más directivo y negativo de los padres de niños con TDAH requiere una explicación basada en un modelo bidireccional, que tenga presente que los desafíos comportamentales que muestran estos niños contribuyen a mermar las capacidades de los padres para poner límites a las conductas inadecuadas, y cómo los métodos educativos ineficaces de los padres, a su vez, refuerzan los problemas de conducta y el comportamiento oposicionista del niño (Grau, 2007).

En línea con lo anterior, en estas familias es frecuente que padres y madres vayan conformando una imagen negativa de su papel como progenitores, asociada a una autoestima pobre, culpabilidad y asilamiento social (Lange et al., 2005). En su trabajo, García e Ibáñez (2007) sostienen que el modo en que se perciben los padres y madres de niños con TDAH se caracteriza por el conflicto, una sensación de control inadecuado y falta de apoyo. Se sienten inseguros y con serias dificultades para hacer frente a situaciones problemáticas, lo que puede afectar a su regulación emocional y les hace actuar de manera impulsiva. Todo ello afecta directamente al desarrollo emocional y la autoestima de los hijos, estableciéndose de esta forma un círculo vicioso de interacciones conflictivas y sentimientos de fracaso que mantendrán los problemas en la familia e incluso exacerbará la sintomatología del trastorno (Alizadeh, Applequist y Coolidge, 2007; Grau, 2007; Johnston y Mash, 2001).

Otro de los factores que complica la crianza y educación de estos niños y adolescentes es el hecho de que los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños (Johnston y Jassy, 2007; Miranda, Grau, Marco y Roselló, 2007a). Esta falta de respuesta ante sus actuaciones educativas suscita con frecuencia frustración en los padres y les lleva en numerosas ocasiones al uso de

prácticas educativas inadecuadas como mayor permisividad y/o sobre-reacción emocional, manifestaciones del estilo permisivo o autoritario respectivamente. Por ello, diferentes investigaciones ponen de manifiesto la relación entre hiperactividad y contextos familiares donde la disciplina y el afecto son expresados de forma disfuncional (Collet, Gimpel, Greenson y Gunderson, 2001; Harvey, 2000).

Así, numerosos estudios han referido un incremento de la permisividad parental (Goldstein, Harvey y Friedman-Weineth, 2007; Keown y Woodward, 2002; Raya, Herreruzo y Pino, 2008; Roa y del Barrio, 2001) y un mayor uso de la disciplina emocional relacionada con frustración, irritabilidad y enfado parental entre padres y madres de niños con TDAH (Goldstein et al., 2007; Johnston, 1996; Keown y Woodward, 2002; Miranda et al., 2007a; Woodward et al., 1998). También se ha observado que los padres de niños diagnosticados de TDAH, en comparación con grupos control, usan con más frecuencia un estilo disciplinario autoritario e impositivo (Alizadeh y Andries, 2002; Healey, Flory, Miller y Halperin, 2011; Yousefia, Far y Abdollahian, 2011). Todo ello puede explicarse por las mayores dificultades de estos niños para cumplir órdenes y refrenar respuestas impulsivas, lo que a su vez desencadena fórmulas disciplinarias restrictivas o más inconsistentes en sus progenitores (Cussen et al., 2012; Drabick, Gadow y Sprafkin, 2006).

En este sentido, McKee, Harvey, Dansforth, Ulaszek y Friedman (2004) expusieron que el estilo parental permisivo y el autoritario son dos estilos parentales negativos que se relacionan con los problemas de conducta, presentes y futuros, en los niños y niñas con TDAH. Aunque afortunadamente no todas las familias siguen estos patrones y algunas consiguen funcionar con un estilo democrático, que en diversas investigaciones se muestran claramente relacionado con un progreso más favorable de los síntomas del TDAH (Modesto-Lowe, Dansforth y Brooks, 2008), lo que se explica dado que un estilo educativo positivo mitiga la relación entre severidad de la sintomatología TDAH y evolución negativa del trastorno y contribuye a un funcionamiento más deseable de la persona (Healey et al., 2011).

Respecto al afecto, entendido como manifestación del cariño e implicación de los padres, algunos estudios han revelado que las madres de hijos con TDAH manifiestan niveles de afecto y sincronía interactiva significativamente menores que las madres de niños sin este trastorno (Keown y Woodward, 2002; Seipp y Johnston,

2005), lo que se ha mostrado relacionado con el desarrollo de trastornos comórbidos tales como cuadros de ansiedad en los menores (Pfiffner y Macburnett, 2006). El poder protector del afecto se demuestra en estudios como el de Hurt, Hoza y Pelham (2007) con 110 familias con niños con TDAH, quienes indicaron en sus conclusiones que altos niveles de afecto por parte de ambos padres se relacionaba de manera significativa con la aceptación y bajo rechazo de sus hijos/as por parte de sus iguales.

Como se ha mencionado anteriormente, el estilo educativo desplegado por los progenitores es percibido por los hijos y tiene repercusiones en el comportamiento infantil. Así, recientemente, el estudio de González, Bakker y Rubiales (2014) ha mostrado que, tanto los padres y madres como los menores con TDAH, en comparación con un grupo control, percibían más muestras de estilos educativos inadecuados en sus familias, destacándose especialmente la crítica y el rechazo hacia el comportamiento de los menores con TDAH.

Las repercusiones de la excesiva expresión de crítica por parte de los padres ya ha sido demostrada en distintas investigaciones de corte longitudinal, que la relacionan con el desarrollo de problemas de diverso tipo en niños y niñas (Johnston, Hommersen y Seipp, 2009; Peris y Baker, 2000) y particularmente con la manifestación de sintomatología propia del TDAH (Peris y Baker, 2000). Respecto a las conductas coercitivas, se han asociado con un mantenimiento y gravedad de los síntomas conductuales del TDAH (Daley, Jones, Hutchings y Thompson, 2009; Grau, 2007; Johnston y Mash, 2001), problemas externalizantes en los hijos (Prinz et al., 2004), así como con rechazo por parte de los iguales (Hurt et al., 2007). En cuanto a las conductas permisivas, no todos los padres poseen las destrezas para mantenerse firmes y coherentes en el establecimiento de normas y afrontamiento de la desobediencia de sus hijos, colaborando de esta forma a un desarrollo inapropiado de la tolerancia a la frustración y dominio de los impulsos en sus hijos con TDAH. Como resultado, los hijos desarrollan falta de control y/o conductas violentas que pueden reportarles serias consecuencias en el plano educativo y social (López-López y López-Soler, 2008).

En relación con lo anterior, la investigación llevada a cabo por McLaughlin y Harrison (2006) relacionó la severidad del TDAH y los problemas conductuales de los menores con la percepción materna de su propia competencia parental, los estilos

educativos maternos y su sensación de aislamiento social. Estos autores encontraron que la combinación de estas variables estaba asociada de manera significativa con las prácticas de crianza. Los elementos con mayor peso en la predicción de una paternidad ineficaz fueron el elevado nivel de alteración en el comportamiento del niño y la baja percepción de competencia parental. Estas dos variables estaban más directamente relacionadas con prácticas educativas menos eficaces que variables como edad del niño, sexo, ser o no hijo único, severidad del TDAH o nivel de aislamiento social.

En relación a las posibles diferencias en estilos educativos en función de la *presentación predominante de TDAH*, se han encontrado algunos resultados interesantes que apuntan a un mayor control y disciplina más severa cuando los hijos son diagnosticados de la presentación combinada o predominantemente hiperactiva-impulsiva que cuando se trata de la presentación con predominio de falta de atención (Finzi-Dottan, Manor y Tayano, 2006; Santurde del Arco y del Barrio, 2014), y a una mayor permisividad en los casos de la presentación predominante de falta de atención (Ellis y Nigg, 2009). Pero lo más destacable es que las principales diferencias respecto a los métodos de disciplina se producen entre padres de niños *con y sin problemas comórbidos*, y concretamente cuando se trata de problemas de conducta asociados. En estos casos es aún más frecuente el recurso a técnicas disciplinarias inadecuadas (Harvey, Danforth, Ulaszek y Eberhardt, 2001; Johnston y Jassy, 2007; Miranda et al., 2007a; Pfiffner et al., 2005; Seipp y Johnston, 2005).

Llegados a este punto, parece incuestionable que tanto los síntomas del TDAH en sí como los posibles problemas comórbidos pueden influir negativamente en el funcionamiento familiar en su conjunto y, de modo particular, en las prácticas parentales. Pero es conveniente separar los efectos de ambos problemas, como se muestra en varios estudios con madres y niños con TDAH, que refieren que el estilo educativo era predicho por los problemas de conducta comórbidos de sus hijos pero no por la gravedad de los síntomas del TDAH en sí (Harvey et al., 2001; Johnston et al., 2002; McLaughlin y Harrison, 2006).

También es necesario considerar la contribución del *apoyo social* con el que cuenta la familia al tratarse de una variable estrechamente relacionada con las prácticas educativas, de forma directa o indirecta, a través de su repercusión sobre el

bienestar psicológico de los padres (DeGarmo y Forgatch, 1997; McLaughlin y Harrison, 2006). Afrontar la crianza de un hijo con TDAH suele resultar un duro reto, sobre todo si no se cuenta con ayuda de la familia o las personas más allegadas. Desgraciadamente, diversos estudios (Gau, 2007; Lange et al., 2005; Mash y Johnston, 1983) han señalado que las familias con hijos con TDAH perciben menos apoyo social y experimentan más aislamiento social que las familias control. Concretamente, las madres con hijos con este trastorno rechazan asistir a escenarios sociales debido al comportamiento inadecuado de sus hijos, dado que reciben muchas críticas sobre ello. Este sentimiento de soledad y falta de apoyo social y familiar está a su vez relacionado con unas prácticas parentales menos efectivas (Abidin, Jenkins y McGaughey, 1992; McLaughlin y Harrison, 2006). En consecuencia, contar en el desempeño del rol parental con apoyos familiares activos y adecuados conlleva más satisfacción y bienestar psicológico en el ejercicio del mismo.

Diversos autores señalan también que la mayor frecuencia de *problemas psicopatológicos en los padres de niños con TDAH* (Johnston y Mash, 2001; Gau, 2007) puede relacionarse con el recurso a estilos educativos inadecuados (Kashdan et al., 2004). Ello es debido a que la presencia de psicopatología en los padres, y especialmente la depresión materna, es destacada por diferentes investigaciones como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de ajuste en los hijos (para una revisión ver el trabajo de Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart y Curtis, 2004). Ello puede ser debido a que la depresión paterna o materna, probablemente conlleva una disminución del afecto y la responsividad con los hijos, un incremento de las emociones negativas y dificultades en su regulación y una mayor presencia de pensamientos negativos (Abidin et al., 1992; Psychogiou y Parry, 2013), lo que sin duda dificulta el uso de pautas educativas adecuadas a las necesidades infantiles. Por ello, en el tema que nos ocupa, la depresión materna es señalada por algunos estudios como un factor de riesgo para el desarrollo de comorbilidades con problemas de conducta en menores con TDAH (Chronis et al., 2008; Johnston et al., 2002).

Dentro de la psicopatología parental podemos destacar la importancia concedida a la presencia de TDAH en los propios padres en la conformación de sus estilos educativos. Así, diferentes investigaciones defienden la correspondencia entre síntomas de TDAH de las madres y métodos educativos menos eficaces y proactivos y más condescendientes (Banks, Ninowski, Mash y Semple, 2008). En su trabajo,

Psychogiou, Daley, Thompson y Sonuga-Barke (2008) hallaron una correlación positiva entre síntomas de TDAH de la madre y autoinformes de tensión personal en situaciones donde ponían en práctica sus estilos de crianza (p. ej., *“Tiendo a perder el control en las situaciones difíciles que surgen con mi hijo”*). La sintomatología del TDAH en las madres, como la disfunción en el control de impulsos y en la atención, puede repercutir en comportamientos maternos asociados a la crianza. Concretamente, la falta de atención materna se asociaba con el uso de métodos inconsistentes y una participación más baja con el niño, aun cuando se controlen variables como la impulsividad, la depresión y la hostilidad de la madre, el nivel socioeconómico de la familia y los problemas de comportamiento infantil. Por otra parte, la impulsividad materna se relacionaba de manera única y negativamente con el uso de las madres del refuerzo positivo (Chen y Johnston, 2007).

Del mismo modo, se ha encontrado que las madres que presentaban una sintomatología más grave de TDAH mostraban un nivel menor de implicación con sus hijos e hijas, así como menores muestras positivas de maternidad (Chronis et al., 2008). Estas madres empleaban también métodos de disciplina menos coherentes en el ejercicio de la maternidad y tenían, en general, un menor control de las conductas de sus hijos/as (Murray y Johnston, 2006).

En contraste con las ideas anteriores, otros estudios refieren la importancia de considerar tanto los síntomas de los niños como los de los padres, ya que se puede producir un mejor ajuste entre ambos si su conducta es similar. Así, las madres con sintomatología severa de TDAH presentaban una mayor comprensión de los comportamientos de sus hijos cuando estos también presentaban una elevada gravedad en el trastorno, ofreciéndoles respuestas más positivas y afectuosas (Psychogiou et al., 2008), lo que indica la necesidad de considerar la correspondencia entre la sintomatología TDAH de padres e hijos en futuras investigaciones.

Puede concluirse, a partir del recorrido realizado, que las características del niño con TDAH y las características de la familia interactúan conjuntamente, de manera que aspectos como el estrés de la familia, la falta de competencia en la práctica de estrategias educativas, la presencia de psicopatología parental, o la falta de apoyos, entre otros, son factores de riesgo que exacerbaban la presentación y continuidad del TDAH.

Tal como se evidencia en los estudios comentados, las familias de niños con TDAH manifiestan prácticas de crianza más inadecuadas, a pesar de que, paradójicamente, son niños que necesitan más que otros de una disciplina proactiva que minimice sus dificultades de autorregulación y autocontrol y ofrezca oportunidades de modelado de conductas adecuadas. Por todo ello, se hace necesario apoyar a estas familias de modo que se logre una disminución del estrés parental, del impacto del TDAH en la vida familiar y una mejora de sus estilos educativos, fomentando especialmente la valoración positiva de sus hijos, el apoyo emocional y la coherencia en la aplicación de normas, aspectos todos ellos que sin duda contribuirán a una mejora de las relaciones familiares y de los sentimientos y percepción de autoeficacia de los propios padres y madres en el desempeño de las labores de crianza y educación de sus hijos e hijas.

CAPÍTULO 3

Ajuste psicológico de niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Como ha quedado expuesto en los capítulos anteriores, el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta al desarrollo del individuo a lo largo de todo el ciclo vital, teniendo una especial repercusión sobre la vida familiar y escolar y generando un alto riesgo de desajuste social y emocional. En este capítulo, se pretende mostrar las principales dificultades y problemas asociados al TDAH en niños y adolescentes, que en numerosas ocasiones complican el desarrollo, la evolución y el pronóstico del trastorno.

En los últimos años, las investigaciones realizadas sobre este trastorno han revelado que, en un alto porcentaje de casos, el TDAH se presenta acompañado de un amplio espectro de trastornos psicopatológicos (Kadesjö y Gillberg, 2001), lo que hace aún más complejo su diagnóstico y tratamiento. Así, es poco frecuente que el TDAH aparezca de forma pura, llegándose a encontrar que en torno al 80% de los niños con TDAH presentan al menos otro trastorno asociado (Kaplan, Dewey, Crawford y Wilson, 2001; Soutullo, 2011). El término más correcto para esta situación es *comorbilidad*, que hace referencia a la simultaneidad de dos o más trastornos independientes en un mismo sujeto, siendo en el caso del TDAH más frecuente la comorbilidad con los trastornos del aprendizaje, trastornos afectivos y de ansiedad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial y trastornos de conducta (Artigas-Pallarés, 2006; Bartholomew y Owens, 2006; Jensen, Martin y Cantwell, 1997).

El ajuste psicológico de los menores con TDAH puede verse seriamente comprometido, ya que como exponen Casas-Brugué y Ramos-Quiroga (2007), la sintomatología TDAH tiene consecuencias en el desarrollo y provoca alteraciones sociales, afectivas y de aprendizaje en la escuela, con diferentes manifestaciones en las distintas etapas de desarrollo:

- **En la época pre-escolar:** alteraciones del comportamiento.
- **En la edad escolar:** alteraciones del comportamiento, problemas académicos y problemas de interacción social, que suelen generar problemas de autoestima.
- **En la adolescencia:** a los problemas anteriores se suman otros relacionados con los nuevos retos que esta edad plantea, apareciendo problemas con el consumo de sustancias, problemas legales o accidentes.

Ante este panorama, no es de extrañar que la población infantil y adolescente afectada por este trastorno presente un amplio espectro de limitaciones en su ajuste social, emocional y comportamental, que pueden derivar en verdaderas entidades clínicas, lo que supone, como se ha señalado anteriormente, la comorbilidad del TDAH con uno o varios trastornos. En la tabla siguiente, basada en los datos del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010), se muestran

las comorbilidades más frecuentes en niños y adolescentes con TDAH. Como indican sus autores, una evaluación completa de los menores afectados debe incluir una valoración de los problemas psicológicos y del aprendizaje asociados al trastorno, ya que ello condiciona el pronóstico, el plan terapéutico y la respuesta al tratamiento.

Tabla 4. Posibles comorbilidades del TDAH en niños y adolescentes (tomado de Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes, 2010).

Trastorno	Tasa aproximada en niños/as con TDAH
Trastorno Negativista Desafiante	Entre el 40 y el 60%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%
Trastorno del desarrollo de la Coordinación Motora (TDCM)/ Retraso de la Coordinación Motora	El 47% cumple criterios de TDCM/ El 52% tiene Retraso en la Coordinación Motora
Trastorno del Aprendizaje (Trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo
Trastorno del desarrollo del Habla, Trastornos Expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/ Entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas
Trastorno de Ansiedad (angustia, fobia, obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y 35%
Trastornos Generalizados del Desarrollo	Hasta el 26% de los niños con TGD pueden presentar TDAH presentación combinada ²
Trastorno Disocial	14.3%
Trastorno de TICs/ Síndrome de Tourette	10.9%
Trastorno por Abuso de Sustancias	En la adolescencia el riesgo es de 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con el trastorno disocial.
Trastornos del Estado del Ánimo: depresión mayor/trastorno bipolar	3.8% / 2.2%

Profundizando en las comorbilidades con otros trastornos psicológicos, diferentes estudios (Barkley, 1997; Diamond, 2005) defienden distintos perfiles en función de que el déficit de atención se presente solo o en combinación con hiperactividad e impulsividad. En este sentido, la comorbilidad conductual-psicológica sería más frecuente en los niños y niñas con déficit de atención con hiperactividad y/o impulsividad, por sus mayores dificultades para el control

² Este doble diagnóstico no era posible con el DSM-IV-TR, pero sí con el actual DSM-V.

conductual-emocional. Por el contrario, la comorbilidad cognitiva sería más característica de los menores afectados fundamentalmente por falta de atención, por sus mayores dificultades en el procesamiento de información, con los efectos significativos para el aprendizaje que ello conlleva.

Más recientemente, algunos autores (Flores, 2009) proponen una división más precisa, inatención/hiperactividad/impulsividad, al hallar una transición en la frecuencia de comorbilidad, desde la comorbilidad cognitiva para el caso del déficit de atención en solitario, avanzando hacia la comorbilidad conductual-psicológica para el caso del déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, resultando los tres perfiles siguientes:

- Perfil comórbido de los niños/as con TDA: Dificultades principalmente cognitivas: de desarrollo visoespacial, dificultades generales y particulares de aprendizaje, disfasia o retraso del lenguaje y dificultades de socialización por inseguridad y timidez.
- Perfil comórbido de los niños/as con TDA-H: Actitud infantil, dificultades visoespaciales, trastorno de aprendizaje de la lectoescritura, baja tolerancia a la frustración, ansiedad y, con menor frecuencia, trastornos del estado de ánimo.
- Perfil comórbido de los niños/as con TDA-I-H: Mayores dificultades de regulación emocional-conductual como dificultad para seguir instrucciones y respetar reglas y límites, trastorno del estado de ánimo, dificultades de socialización por conducta disruptiva y agresividad, ansiedad, baja tolerancia a la frustración y negativismo desafiante.

Partiendo de los resultados encontrados en su investigación, Flores (2009) plantea la necesidad de analizar este trastorno no solo desde el punto de vista conductual, sino también en sus dimensiones cognitivas, psicológicas y neuropsicológicas, lo que ayudará a la comprensión tanto del trastorno como de los diferentes problemas comórbidos que pueden presentarse. A partir de este análisis más complejo se podrían implementar tratamientos psicológicos, cognitivos y farmacológicos distintos e individualizados para cada persona dependiendo de la presentación predominante de TDAH y de las características de comorbilidad que se presenten en cada caso.

En cuanto a las posibles diferencias de género, el estudio a gran escala llevado a cabo por Levy, Hay, Bennett y McStephen (2005) analizó si los patrones de comorbilidad con el TDAH diferían en una muestra de 4371 niños y niñas. Estos investigadores hallaron que para la totalidad de la muestra los niños tenían tasas más altas de falta de atención y síntomas de hiperactividad/impulsividad, así como un mayor porcentaje de comorbilidad con el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. Las niñas, sin embargo, mostraron mayores tasas de trastorno de ansiedad por separación. Asimismo postularon que, centrándose solo en las niñas, las tasas de trastorno de ansiedad por separación fueron mayores en aquellas con presentación predominante de falta de atención, mientras que las tasas de trastorno de ansiedad generalizada fueron mayores para las niñas con presentación combinada.

Tal y como se ha expuesto en páginas anteriores, una alta proporción de la comorbilidad que se presenta junto al TDAH está formada por trastornos cuya principal manifestación son **conductas perturbadoras reiteradas**, entre las que se encuentran el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno de Conducta y la Personalidad Antisocial en adolescentes. Concretamente, cuando se presenta el *Trastorno Negativista Desafiante*, los niños pueden mostrar un patrón frecuente y persistente de estado del ánimo irritable/enfado, discusiones/actitud desafiantes o deseo de venganza, que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano (DSM-V, 2013). Son niños que presentan cólera frecuente, pataletas, rechazan las órdenes de los adultos, se niegan a cumplir las peticiones que se les hacen, molestan a la gente de su entorno, se muestran muy susceptibles cuando se les molesta y echan la culpa de sus errores a los demás. Pueden ser rencorosos y vengativos. En España se estima que entre el 9,7% y el 16,5% de los escolares padecen este trastorno (Granero, Ezpeleta, Domenech y De la Osa-Langreo, 2008).

En el caso de los niños con TDAH y TND, a partir de la temprana edad de los 2-3 años se pueden observar conductas manipuladoras para obtener una especial atención. En estos primeros años de vida del niño, las principales dificultades para el manejo de su comportamiento derivarán de los propios problemas de conducta más que de los problemas atencionales. Además, las perturbaciones que estos problemas de conducta ocasionan en el seno familiar pueden acarrear problemas en la convivencia y rupturas en la familia (Artigas-Pallarés, 2003).

Por su parte, el *Trastorno Explosivo Intermitente* se define por arrebatos que son recurrentes en el comportamiento y que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por agresión verbal o física hacia otros individuos, animales o la propiedad. Por otro lado, el *Trastorno de Conducta* se determina por actos que no respetan, de manera repetida y persistente, los derechos básicos de los demás o importantes normas o reglas sociales ajustadas a la edad del niño. Asimismo, son niños que pueden causar daño físico o amenazar con él a personas o animales. Por tanto, se trata de un trastorno grave, cuyas consecuencias son trascendentales. Mientras que el *Trastorno de Personalidad Antisocial* se produce desde los 15 años, manifestando un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás a través del incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, engaños o estafas, impulsividad o fracaso para planear con antelación, irritabilidad y agresividad, desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás, entre otros (DSM-V, 2013). En general, todas estas dificultades comportamentales mencionadas interfieren en el funcionamiento y ajuste del niño, su familia y su entorno social más amplio.

Diversos estudios (Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH, 2010; Hurtig et al., 2007; Miranda et al., 2001) apuntan a que aproximadamente el 50% de los niños que presentan TDAH también muestran problemas de conducta. Otros estudios indican que los trastornos de conducta como el Trastorno Negativista Desafiante (TND) o el Trastorno Disocial (TD), están presentes en un 40-70% de los niños con TDAH (Biederman et al., 2008; Faraone y Biederman, 1998; Greenhill, 1998). Ambrosini, Bennett y Elia (2013), llevaron a cabo una investigación cuya muestra estuvo formada por 500 niños con TDAH, donde hallaron que un porcentaje muy elevado de los sujetos mostraban comorbilidad con el TND (43,6 %). En la reciente publicación del Libro blanco sobre TDAH, sus autores (Young, Fitzgerald y Postma, 2013) exponen que problemas de conducta como, por ejemplo, las peleas, son más significativas en adolescentes con TDAH en comparación con menores de la misma edad sin este trastorno (22% y 4% respectivamente), además de presentar un mayor consumo de alcohol (11% y 5% respectivamente), en comparación con sus iguales.

Los estudios anteriores revelan los altos porcentajes de comorbilidad que presentan los niños con TDAH, y más concretamente con el TND. Esta combinación de conductas perturbadoras en el niño se traduce en cotas más elevadas de

impulsividad, ira, desobediencia, fragilidad emocional y baja tolerancia a la frustración, lo que complica las relaciones con sus padres, compañeros y profesores (Miranda et al., 2007b). En el contexto familiar esto se traduce particularmente en mayores niveles de estrés parental (Anastopoulos et al., 1992; Miranda et al., 2007b; Pimentel et al., 2011; Spratt et al., 2007), mayor hostilidad en la pareja y más interacciones disfuncionales con el hijo (Anjum y Malik, 2010; Goldstein et al., 2007; Kashdan et al., 2004).

De modo especial, la frecuencia e intensidad de los conflictos padres/hijo se incrementan ante la presencia de TDAH y TND juntos. En este sentido, los datos aportados por Tripp (2005) sugieren que los problemas de conducta en niños con TDAH serían el principal factor que explica el estrés de los padres, dada la tensión que provocan estos comportamientos de los hijos. Esta misma idea se recoge en el meta-análisis llevado a cabo por Theule et al. (2013), que expone claramente cómo los padres de hijos con TDAH y problemas de conducta tales como el Trastorno Negativista Desafiante, reportaron niveles más notables de estrés parental que los padres de hijos con TDAH sin ningún problema de conducta asociado.

Por otro lado, diversos estudios establecen que la *gravedad de los síntomas del TDAH* y los patrones comportamentales que manifiestan estos niños y niñas también influye en el funcionamiento familiar. En este sentido, Morris (2001) examinó las percepciones del nivel de estrés parental y la satisfacción conyugal en 42 padres y madres de niños, con edades entre 6 y 11 años, que habían sido diagnosticados con TDAH en los últimos seis meses. Se encontró que la gravedad de los síntomas de comportamiento del niño estaba relacionada con el aumento de los niveles de estrés en los padres, así como con la disminución de los niveles de satisfacción marital. En nuestro país, Grau (2007) encontró que el estrés que ocasiona la crianza de los niños con TDAH se relacionaba con la severidad de los síntomas conductuales del niño.

Diversas investigaciones ponen de relieve que los niños que presentan TDAH y problemas de conducta comórbidos han sido identificados como niños en alto riesgo de trayectorias vitales desajustadas y de riesgo con abuso de sustancias, desarrollo de otras psicopatologías, desempleo, accidentes de tráfico o conductas antisociales durante la adolescencia, y en general, con un pronóstico más negativo que los niños con TDAH sin problemas de conducta asociados (Artigas-Pallarés, 2003; Barkley,

Ficher, Smallish y Fletcher, 2004; Gresham, Lane y Lambros, 2000; Mannuzza, Klein y Moulton, 2008; Miranda et al., 2001; Molina y Pelham, 2003; Upadhyaya, 2007). Por ello, no es de extrañar que especialmente cuando se presenta esta comorbilidad los niveles de estrés experimentados por los padres sean especialmente elevados, tal y como se muestra en múltiples estudios (Anastopoulos et al., 1992; Baker, 1994; Costa, Weems, Pellerin y Dalton, 2006; Goldstein et al., 2007; Podolski y Nigg, 2001; Theule, 2010; Wiener et al., 2016) que afirman que la presencia del TND, agresividad u otros trastornos del comportamiento perturbador, pueden ser un predictor del estrés parental más potente que la propia sintomatología del TDAH.

Van Lier, Van der Ende y Koot (2007) realizaron un interesante estudio longitudinal para conocer la evolución del TDAH y su relación con el TND y los trastornos de conducta desde la niñez hasta la adolescencia (4-18 años), en una muestra holandesa. Además, observaron la co-ocurrencia entre estas trayectorias de conductas desviadas y las diferencias de género en estos patrones. Entre sus resultados hallaron que aproximadamente el 4% y el 2% de los niños y niñas, respectivamente, siguieron con una trayectoria de problemas de conducta en la adolescencia. Cuando examinaron las asociaciones predictivas entre los trastornos se destaca el peso del trastorno negativista desafiante, ya que tanto los niños como las niñas con un trastorno negativista desafiante persistente presentaban una mayor probabilidad de trastornos de conducta en la adolescencia (71% de los niños, 79% de las niñas), mientras que solo un tercio de los que presentaban únicamente TDAH persistente continuó con problemas de conducta a lo largo de su desarrollo.

En cuanto a las diferencias de género, tanto niños como adolescentes varones presentaban niveles consistentemente más altos de trastornos de conducta que las niñas o chicas adolescentes, mientras que no se hallaron diferencias significativas respecto al TDAH y el trastorno negativista desafiante. Por otra parte, se encontró que, para los varones, solo el trastorno negativista desafiante predijo los trastornos de conducta, mientras que en las chicas estos fueron asociados tanto al trastorno negativista desafiante como al TDAH. Sin embargo, aunque en estas chicas la asociación TDAH-trastornos de conducta se mantuvo de manera significativa después de controlar el trastorno negativista desafiante, la asociación entre trastorno negativista desafiante y trastornos de conducta era mucho más fuerte. Estos autores concluyeron que a pesar de que el TDAH coexiste con los trastornos de conducta, la

asociación entre el TDAH y los trastornos de conducta es en gran parte explicada por aparecer acompañada por el trastorno negativista desafiante (Van Lier et al., 2007).

Dada la importancia y repercusión en la trayectoria vital de los problemas anteriores, se ha desarrollado una amplia investigación sobre los tratamientos más eficaces, que ha evidenciado que la formación-intervención dirigida a las familias es la vía más eficaz para trabajar los problemas de conducta en niños y adolescentes y evitar el desarrollo de problemas más graves en el futuro (Bjørnebekk, Kjøbli y Ogden, 2015).

Por otra parte, la elevada presencia de comorbilidades hace que establecer adecuadamente un diagnóstico diferencial con los posibles trastornos asociados sea un asunto de vital trascendencia. Pero esta no es una cuestión fácil, ya que el TDAH puede manifestar problemas de diagnóstico diferencial, por ejemplo, con la ansiedad o la depresión. Así, tal y como expone Menéndez (2001), estos niños y niñas, al no poder responder adecuadamente a las exigencias de su entorno, son más susceptibles a sentir inquietud y temor, así como sentimientos de minusvalía, impotencia y baja autoestima. Relacionado con ello, algunas investigaciones refieren en estos menores un autoconcepto y autoestima más pobres que el sostenido por menores sin TDAH (Bakker y Rubiales, 2012; Molina y Maglio, 2013). Según el reciente informe sobre el TDAH en España llevado a cabo por el Proyecto PANDAH (Soutullo et al., 2013), estos niños y niñas se valoran a sí mismos de un modo más negativo, se sienten más impopulares, con más dificultades y menos felices que sus iguales.

Como base para hacer este diagnóstico diferencial y la posible presencia de comorbilidad, hay que tener en cuenta que, en los trastornos de ansiedad se presenta también falta de atención e inquietud pero están más asociadas a preocupaciones o temores, y no muestran tanta cronicidad o persistencia como en el TDAH. Por su parte, la depresión infantil también puede relacionarse con inquietud, falta de atención, problemas de relación con los compañeros, o problemas de conducta, pero, además, son características la tristeza o irritabilidad, la apatía o pérdida de ilusión, las alteraciones del apetito y sueño, las quejas físicas frecuentes e incluso las ideas de muerte recurrentes (López-Villalobos, Serrano y Delgado, 2004; Menéndez, 2001). Al igual que en los cuadros de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo suelen ser de naturaleza más episódica que el TDAH (López-Villalobos et al., 2004).

Respecto a la depresión se ha de aclarar que, aunque el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010) refiere unas cifras de comorbilidad con el TDAH relativamente pequeñas, estos son datos de comorbilidad con la depresión mayor y el trastorno bipolar, estableciendo otros autores cifras de comorbilidad más altas, que pueden alcanzar hasta el 30%, cuando se toman en cuenta la totalidad de los cuadros depresivos (Díaz, 2006; Harris, Boots, Talbot y Vance, 2006; López-Villalobos et al., 2004; Menéndez, 2001). En este sentido, la revisión llevada a cabo por Daviss (2008) destaca que la depresión en jóvenes con TDAH posee una tasa significativamente más alta que en jóvenes sin dicho trastorno. También que la evaluación de comorbilidades como la depresión puede resultar muy complicado por la superposición de los síntomas depresivos con los propios del TDAH, además de los asociados a otros posibles trastornos comórbidos. Por todo ello, se hace especialmente necesario investigar sobre la fenomenología, etiología, evaluación y tratamiento de la depresión comórbida en sujetos con TDAH.

Un dato interesante aportado por diferentes investigaciones (Biederman, Faraone, Mick y Lelon, 1995; Daviss, 2008) es que los trastornos depresivos en jóvenes con TDAH suelen aparecer varios años después de la aparición del propio TDAH. Por ello, varios autores (Blackman, Ostrander y Herman, 2005; Herman, Lambert, Ialongo y Ostrander, 2007; Ostrander, Crystal y August, 2006) sugieren que los efectos acumulativos de la propia sintomatología TDAH y sus repercusiones en los diferentes aspectos del desarrollo y contextos vitales de la persona afectada son importantes factores de riesgo para el desarrollo de cuadros depresivos a lo largo de la adolescencia. Asimismo, es preciso señalar que los jóvenes con TDAH y depresión comórbida suelen manifestar mayores niveles de deterioro psicosocial que aquellos que solo presentan TDAH o depresión (Blackman et al. 2005; Daviss, 2008).

Respecto a la ansiedad y la depresión, la importancia del adecuado diagnóstico se hace especialmente patente, dado que, por ejemplo, está contraindicado tratar los problemas de ansiedad con estimulantes, debiendo escogerse otras elecciones farmacológicas. Por su parte, cuando el TDAH coexiste con la depresión se empeora el pronóstico y complica la respuesta terapéutica, puesto que los estimulantes pueden no tener la misma eficacia o incluso empeorar la depresión (Daviss, 2008; Harris et al., 2006; Menéndez, 2001).

Se ha de subrayar también que algunos de estos síntomas depresivos y/o ansiosos pueden pasar desapercibidos por los padres y no evidenciarse de manera clara hasta una entrevista individual con el niño. Es posible que para los padres sea más fácil detectar en sus hijos problemas de impulsividad, comportamiento, atención, etc., que sentimientos de culpa, depresivos y/o ansiosos (Artigas-Pallarés, 2003).

Independientemente de la presentación predominante de TDAH, como hemos mostrado en las páginas precedentes a este capítulo, se trata de un trastorno que implica numerosas y serias dificultades para niños y adolescentes en su desarrollo y ajuste personal, escolar, social y familiar. Por ello, un área de investigación e intervención prioritaria con niños y adolescentes con TDAH debería ser la comprensión y abordaje de los problemas de ajuste social, comportamental y emocional a los que estos niños y adolescentes son especialmente vulnerables. Entre las comorbilidades más importantes, además de los problemas internalizantes - ansiedad y depresión- y de conducta referidos anteriormente, en la infancia destacan también los problemas del sueño, los problemas de aprendizaje y ajuste escolar, el lenguaje y los retrasos en la coordinación motora. Con la llegada de la adolescencia, a los problemas anteriores se pueden unir trastornos como los relacionados con el consumo de sustancias u otras conductas de riesgo.

Así, también se ha de considerar la confluencia entre el TDAH y los problemas del sueño, frecuentemente referidos por padres y madres (Ball, Tiernan, Janusz y Furr, 1997; Dillon y Chervin, 2012; Gau, 2006). Además de por su elevada presencia, esta comorbilidad merece especial atención dada su complejidad e impacto en áreas funcionales que pueden estar o no previamente afectadas por el propio TDAH, ya que, como sabemos, el sueño es necesario para el óptimo funcionamiento del sujeto y afecta a cada uno de los aspectos de su desarrollo físico, cognitivo, social y emocional (Domínguez-Ortega y de Vicente-Colomina, 2006; Pin, Merino y Mompó, 2014).

Pin et al. (2014) desglosan el posible impacto de esta comorbilidad en diversas áreas del funcionamiento de niños y adolescentes, destacando especialmente las siguientes:

- Función motora: se manifiesta un cansancio excesivo, un empeoramiento del rendimiento al practicar ejercicio físico. Todo ello acarrea una disminución en los reflejos, aumentando las probabilidades de riesgo de sufrir accidentes.

- Función cognitiva: el lenguaje y la memoria se ven especialmente afectados, agravándose los problemas de atención y concentración, impulsividad e hiperactividad.
- Estado emocional: la cronicidad en el sueño deficitario pueden provocar inestabilidad emocional, nerviosismo, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad-impulsividad, trastornos de la conducta con apatía-oposición o incremento de la agresividad.

En cuanto a comportamientos concretos relacionados con estos problemas, los estudios analizados muestran la frecuente asociación del TDAH con la resistencia al acostarse, la enuresis, la dificultad para mantener el sueño (más de dos despertares nocturnos), el trastorno por movimientos rítmicos o el ronquido (Bartholomew y Owens, 2006; Gau y Chiang, 2009; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn y Msall, 2000; Owens, 2005; Spruyt y Gozal, 2011; Tomás et al., 2008).

Diversos autores (Chervin et al., 2002; Owens, 2005; Spruyt y Gozal, 2011) han destacado las dificultades en el diagnóstico de esta comorbilidad, dado que estos niños pueden presentar síntomas que comparten ambos trastornos como desatención, somnolencia, conductas problemáticas para acostarse y/o levantarse o variabilidad en las horas de sueño, que pueden dificultar o entorpecer un análisis claro. Estos problemas eran una queja frecuente de los padres de niños con TDAH, llegando a alcanzar aproximadamente el 25-50% de los casos (Spruyt y Gozal, 2011). Del mismo modo, la coexistencia de estos dos trastornos también puede causar problemas de conducta y la sintomatología de ambos afectar al rendimiento académico de los sujetos (Gau y Chiang, 2009; O'Brien et al., 2003).

En el trabajo llevado a cabo por Sung, Hiscock, Sciberras y Efron (2008) con 239 familias con hijos con TDAH en edad escolar, encontraron que el 73.3% de los niños con TDAH tenían problemas de sueño, de los cuales el 28,5% tenían problemas de sueño leves y el 44,8% presentaban problemas moderados o graves. Estos últimos se asociaron tanto con una peor calidad de vida del niño y funcionamiento diario, como con un empobrecimiento de la salud mental del cuidador y, en general, con un funcionamiento familiar deficiente.

El estudio a gran escala de Chiang et al. (2010) es uno de los pocos que han examinado los problemas del sueño -como los horarios- y el TDAH, teniendo presente su sintomatología y presentación predominante. Este trabajo tiene interesantes hallazgos: de manera general, en los tres grupos de TDAH se encontraron mayores tasas de varios trastornos/problemas del sueño que en el grupo control. Además, se observó -en días escolares- que los niños y adolescentes con TDAH presentación combinada y predominio hiperactivo-impulsivo se acostaban más temprano y levantaban más tarde, con una duración más larga de sueño que aquellos con presentación predominante de falta de atención y sujetos sin TDAH. Del mismo modo, estos autores concluyen que tanto los niños y adolescentes con TDAH combinado como TDAH con falta de atención tenían más siestas diurnas involuntarias en comparación con el resto de grupos.

De manera específica, estos autores encontraron que el TDAH con predominio combinado se asociaba con problemas del ritmo circadiano, sueño-parlante, pesadillas. Por último, hallaron que los problemas de sueño más relacionados para los grupos TDAH falta de atención e hiperactivo-impulsivo, a través de los informantes -participantes, padres y maestros-, eran acostarse más temprano, levantarse más tarde, sueño nocturno más largo, siestas diurna más frecuentes (principalmente falta de atención), insomnio, terrores del sueño, hablar en sueños, los ronquidos y bruxismo (principalmente síntomas de hiperactividad-impulsividad) (Chiang et al., 2010).

Por todo lo anterior, no es extraño que numerosos autores destaquen que la coexistencia de trastornos del sueño y TDAH puede exacerbar los síntomas del TDAH y/o agravar su curso. Además, es necesario tener en cuenta que tanto otras comorbilidades psiquiátricas como la medicación utilizada para el tratamiento del TDAH, especialmente los psicoestimulantes, pueden tener como consecuencia alteraciones del sueño (Bartholomew et al., 2006; Cortese, Konofal, Bernardina, Mouren y Lecendreux, 2009; Domínguez-Ortega y de Vicente-Colomina, 2006; Gau y Chiang, 2009; Mick, Biederman, Jetton y Faraone, 2000).

Otro grupo de **problemas** muy presentes en los menores con TDAH son los relativos al **aprendizaje y ajuste escolar**, ya que aproximadamente entre el 50 y el 70% de los niños y adolescentes con TDAH presentan este tipo problemas o dificultades (Green y Chee, 2005; Mayes, Calhoun y Crowell, 2000). Se ha de resaltar

que, aunque ambos trastornos coexisten de manera frecuente, no cabe duda de que son problemas diferentes. El TDAH no causa por sí mismo los problemas de aprendizaje y ajuste escolar, si bien podría decirse que la sintomatología TDAH no es buena compañera para el aprendizaje, pues influye directamente en el proceso de atención y organización de los contenidos escolares. Por otra parte, también niños y niñas sin TDAH pueden tener problemas de aprendizaje y ajuste escolar.

Como presentan Aguilera, Mosquera y Blanco (2014) en la Figura 5, la literatura científica no muestra unanimidad respecto a las posibles causas de la relación entre el TDAH y los problemas de aprendizaje. No obstante, sí parece existir consenso en el hecho de que las dificultades específicas de cada trastorno favorecen o colaboran en el desarrollo del otro.

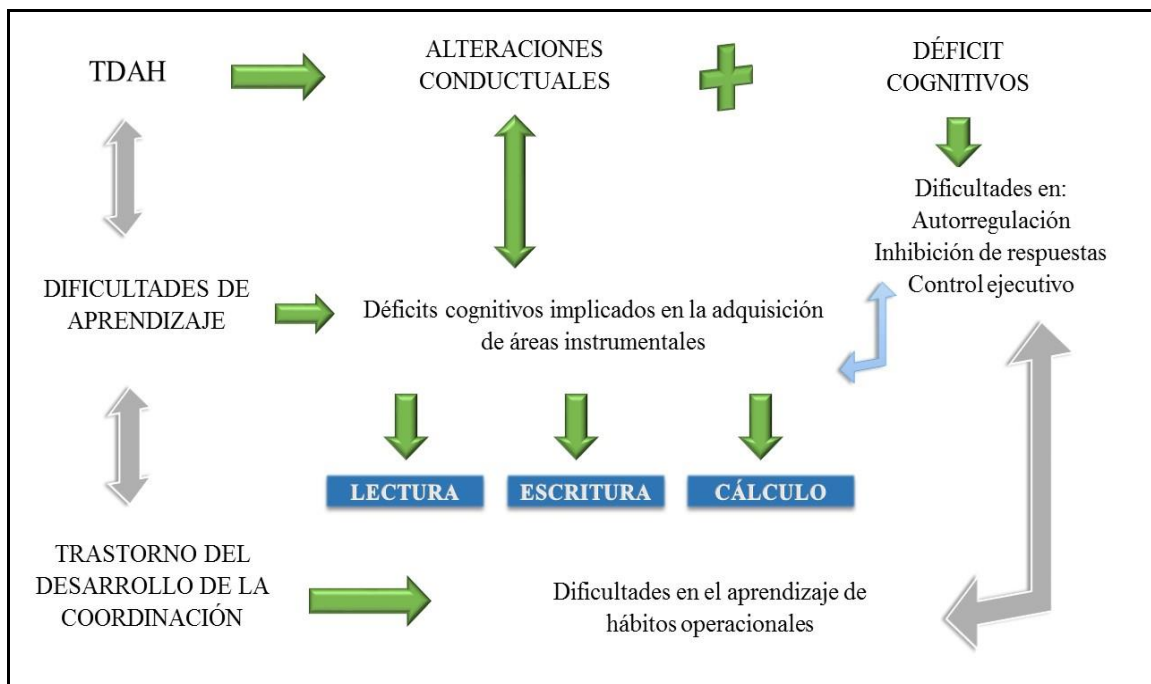


Figura 5. Relación entre el TDAH y las Dificultades de Aprendizaje (tomado de Aguilera, Mosquera y Blanco, 2014).

Como se desprende de lo anterior, es bastante probable que los niños y adolescentes con TDAH presenten problemas en tareas como leer, razonar, memorizar o escribir, viéndose afectados así sus procesos de aprendizaje. Más específicamente puede encontrarse, entre otras, las siguientes dificultades (Green y Chee, 2005):

- **Lectura:** dificultades y/o problemas a la hora de leer como omisión de letras, añadir o sustituir unas letras por otras. Además, pueden presentar desmotivación ante la lectura o bien rechazarla.

- Escritura: mala caligrafía, desorden, suciedad, faltas ortográficas, errores de unión de palabras, adiciones u omisiones.
- Matemáticas y cálculo: falta de comprensión de los enunciados, no reconocer los signos de las operaciones, dificultad de abstracción de conceptos matemáticos, problemas de cálculo.

Tal y como exponen Sánchez-Pérez y González-Salinas (2013), los niños y niñas con diagnóstico de TDAH suelen tener un rendimiento académico inferior a sus compañeros, así como mantener relaciones sociales más pobres en el contexto escolar, en buena medida relacionadas con sus conductas disruptivas en el aula. Después de examinar una diversidad de posibles elementos implicados en el ajuste escolar, estas autoras concluyen que los menores con TDAH frecuentemente reúnen una serie de características tanto cognitivas como socioemocionales que los ponen en riesgo de desarrollar una diversidad de problemas de ajuste en la escuela.

Entre los problemas cognitivos destacan los déficits en las funciones ejecutivas que afectarían a las actividades donde estén implicadas las habilidades de control inhibitorio, memoria de trabajo y capacidad atencional. Estas dificultades influirían en el rendimiento tanto en lectura como en matemáticas, afectando así a la base de todos los aprendizajes posteriores. Numerosos estudios han encontrado estos déficits en los menores con TDAH, aunque también han destacado la gran heterogeneidad existente en los perfiles neuropsicológicos individuales, así como que los déficits en las funciones ejecutivas son necesarios pero no suficientes para definir y explicar completamente el TDAH (Lambek et al., 2011; Rogers, Hwang, Toplak, Weiss y Tannock, 2011; Schoemaker et al., 2012; Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005).

Todas estas dificultades del alumnado con TDAH, también se ven reflejadas en el propio sistema educativo pues uno de cada veinte escolares presenta este trastorno y precisan de adaptaciones curriculares para su adecuada inclusión en el aula. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2004) se recomienda que el alumnado con TDAH acuda a los centros educativos ordinarios con apoyos psicopedagógicos adecuados a sus necesidades.

Otros posibles problemas, muy relacionados con los anteriores, son los relativos a los **trastornos del lenguaje** en los niños con TDAH, respecto a los que también se ha desarrollado una amplia investigación dado el impacto negativo que suponen, tanto en el desarrollo general de los niños y adolescentes, como más específicamente en su rendimiento académico e interacciones sociales. El grado de comorbilidad entre el TDAH y los trastornos del lenguaje es muy alto y algunos autores lo estiman entre un 20% y un 60% (Oram, Fine, Okamoto y Tannock, 1999; Díaz, 2006). Incluso deteniéndonos en algunos de los problemas de lenguaje la prevalencia sigue siendo muy alta, como es el caso de las dificultades lectoras, ya que entre el 15-45% de los sujetos con TDAH las presentan (August y Garfinkel, 1990; Mayes et al., 2000). Por su parte, alrededor del 18-40% de los niños con dificultades lectoras cumplen los criterios para el TDAH (Cohen et al., 1998; Willcutt y Pennington, 2000).

En general, los niños con TDAH presentan una comunicación desorganizada, poco cohesionada y con insuficiente información. Esto tiene consecuencias no solo a nivel social, sino también académico debido a la falta de comprensión en los mensajes por parte de padres, profesores y sus iguales. Como exponen diversos autores (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005; Ygual y Miranda 2004), podemos encontrar una explicación de estas dificultades en el modelo de las funciones ejecutivas, puesto que los niños con TDAH no organizan la información y no consiguen llevar un hilo conductor en sus conversaciones.

Un aspecto que merece especial consideración es la variabilidad en el nivel de afectación, encontrándonos con una amplia diversidad de situaciones que van desde problemas de carácter leve a casos de niños y niñas con serios problemas en su desarrollo. No obstante, lo que sí parece estar presente en una gran mayoría de niños con TDAH son las dificultades pragmáticas, abarcando éstas un amplio espectro de manifestaciones (Bignell y Cain, 2007; Miranda, Ygual y Rosel, 2004; Ygual, 2003). En este sentido, los niños con TDAH, en comparación con sus iguales, poseen una producción verbal excesiva durante la conversación. Cuando, además, esta producción requiere de organización y planificación de respuestas verbales, aparecen errores y otras dificultades en la misma. Así, manifiestan dificultades para introducir, mantener y cambiar de conversación o respetar turnos de palabras, entre otras (Miranda et al., 2004; Díaz, 2006). Las dificultades en la organización fonológica y la sintaxis también

están presentes en estos niños. Todo ello trae consigo problemas comunicativos, de aprendizaje y de competencia social (Vaquerizo et al., 2005).

El interesante y reciente estudio desarrollado en nuestro país por Paredes y Moreno (2015), trata de analizar y comparar las habilidades lingüísticas en niños con edades comprendidas entre los 6 y 11 años divididos en dos grupos: 15 menores con trastorno específico del lenguaje (TEL) y 14 con sintomatología TDAH. Las variables a investigar se centraron en los niveles de lenguaje morfológico, sintáctico, semántico y pragmático. Sus resultados revelaron diferencias significativas en el lenguaje a nivel morfológico y pragmático entre ambos grupos, si bien presentaban similitudes a nivel sintáctico y semántico. Los datos mostraron que las dificultades en el nivel morfológico de los niños con TDAH de la muestra eran inferiores a las observadas en los niños con TEL. En relación al nivel pragmático, los resultados confirmaron que los menores con sintomatología TDAH presentaban un nivel más bajo que los niños con TEL, dado que mostraban más problemas a nivel conversacional.

Los resultados de estas autoras coinciden con trabajos anteriores (Crespo, Manghi y García, 2007; Miranda, Ygual, Mulas, Roselló y Bo, 2002c; Miranda et al., 2004; Vaquerizo et al., 2005; Vaquerizo, Estévez y Díaz, 2006; Ygual, Miranda y Cervera, 2000) que concluyen que los menores con TDAH presentan principalmente problemas de lenguaje a nivel pragmático. No obstante, los hallazgos de este trabajo han de ser tomados con cautela pues cuenta con limitaciones como el tamaño de la muestra, aunque deja abiertas futuras vías de investigación.

El reciente estudio llevado a cabo por Sciberras et al. (2014), despierta el interés en este área por ser el primero en examinar la asociación entre el lenguaje y el funcionamiento académico y social en niños con TDAH. Concretamente, examinaron la prevalencia de los problemas de lenguaje en niños con TDAH en comparación con niños controles sin TDAH, así como el impacto que estos problemas tienen en el funcionamiento académico y social en los niños con TDAH. Para ello contaron con 179 niños con TDAH y 212 controles con edades entre los 6-8 años. Entre sus resultados hallaron que los niños y niñas con TDAH tenían una mayor prevalencia de problemas de lenguaje en comparación con los controles, tras ajustar los factores sociodemográficos y comorbilidades. El riesgo de tener problemas de lenguaje en los niños con TDAH era tres veces mayor que en los niños controles. Los niños con

TDAH presentaban una lectura más pobre, problemas en cálculo matemático y competencia académica general en comparación con sus iguales sin TDAH. Estos autores concluyeron que en los niños con TDAH los problemas de lenguaje son comunes y contribuyen a un funcionamiento académico más pobre, independientemente de la gravedad de los síntomas del TDAH y posibles comorbilidades. En cuanto al funcionamiento social de estos niños es posible que se vea empobrecida por la propia sintomatología TDAH en sí y la presencia de problemas comórbidos, no obstante se encontraron pocas evidencias de que los problemas de lenguaje se asociasen a un peor funcionamiento en esta área (Sciberras et al., 2014).

Otro tipo de problemas comórbidos al TDAH son **los trastornos de la coordinación motora**, también más frecuentes en los niños con TDAH que en la población en general, pero que, sin embargo, han recibido menos atención en la investigación en comparación con otras comorbilidades. Diversos estudios (Barkley, 2006; Fliers et al., 2008; Magalhães, Missiuna y Wong, 2006) hablan de una prevalencia del 30-50% de problemas de coordinación motora en los niños con TDAH. El núcleo característico de estos problemas es un marcado deterioro en el desempeño de la habilidades motoras, que tiene un impacto negativo en actividades de la vida diaria como vestirse, alimentarse o montar en bicicleta, y también en otras actividades relacionadas con lo académico como la escritura (Fliers et al., 2008; Fliers et al., 2010), tal y como se refleja en la Figura 5. Además, estas dificultades pueden conducir a que sean niños menos populares entre sus iguales y, por tanto, reducir su participación e integración social (Hoza, 2007; Mrug, Hoza, Pelham, Gnagy y Greiner, 2007; Skinner y Piek, 2001).

En el pasado se sugería la idea de que los niños con TDAH tenían problemas de coordinación motora como resultado de su falta de atención. Sin embargo, recientemente se han desarrollado estudios centrados en conocer si la falta de coordinación manual está causada por el déficit de atención o no, utilizando tareas de precisión de dibujos como tarea básica. Los resultados de estos estudios apuntan a que los dibujos inexactos en niños con TDAH que muestran estos problemas no están relacionados con su déficit de atención, sino con un déficit de tipo motor como entidad separada (Miyahara, Piek y Barrett, 2006).

Diversos estudios (Fliers et al., 2008; Gillberg y Kadesjö, 2003) revelan diferencias de género en cuanto a las habilidades motoras en los niños y niñas con TDAH desde la visión de los padres, siendo las niñas las más afectadas. Biederman et al. (1999) expusieron que aunque el TDAH es menos frecuente en las niñas, los síntomas de los problemas de coordinación motora parecen ser más severos que en los niños. Sin embargo, otros autores (Kadesjö y Gillberg, 1998) al preguntar a los profesores sobre las habilidades motoras en sus alumnos con TDAH, indicaron que eran los niños con TDAH los más afectados en comparación con las niñas. Existen otros estudios (Ayaz, Ayaz, Yazgan y Akin, 2013; Meyer y Sagvolden, 2006) que encuentran estas diferencias de género leves; no obstante sí encuentran diferencias significativas al compararlos con sus grupos control.

Por otro lado, la edad también ha sido tenida en cuenta en el estudio de los problemas de coordinación motora y TDAH. En este sentido, diversas investigaciones (Fliers et al., 2008; Meyer y Sagvolden, 2006) encontraron un efecto significativo de la edad sobre la presencia de problemas de coordinación motora: los niños más pequeños reportaban más problemas de este tipo. No obstante, los adolescentes con TDAH parecen estar más severamente afectados por los problemas de coordinación motora que los niños más pequeños con TDAH, en comparación con los adolescentes sanos de la misma edad. Esto puede ser debido a los efectos de la concurrencia de estos dos trastornos con el paso del tiempo (Fliers et al., 2008).

Por su parte, en el estudio realizado por Piek, Pitcher y Hay (1999), se hallaron diferentes dificultades motrices según la presentación predominante de TDAH. En los casos donde se presentaban mayores dificultades en la habilidad manual predominaba la falta de atención; mientras que las mayores dificultades en la coordinación de movimientos estaban más presentes en aquellos niños con presentación combinada.

Pese a la aparente poca importancia que parecen tener los problemas de coordinación motora, algunos estudios longitudinales como el de Rasmussen y Gilberg (2000) han encontrado que el 58% de los sujetos con TDAH y trastornos de la coordinación motora presentaban una negativa evolución psicosocial, frente al 13% de los casos con TDAH y sin problemas de coordinación importantes. En el primer grupo, es decir, TDAH y trastornos de la coordinación motora, detectaron además de

manera más frecuente problemas de dislexia, personalidad antisocial, abuso de sustancias, delincuencia y bajo nivel educacional.

Por otra parte, como sabemos la **adolescencia** es una etapa de transición complicada para cualquier persona. Comienzan a ser más autónomos, tomar decisiones por sí mismos y afianzar su personalidad, es decir, van emprendiendo una vida cada vez más independiente. Así, las exigencias que el entorno demanda al adolescente pueden incrementarse considerablemente, siendo el TDAH un factor de riesgo que puede complicar aún más esta transición. Numerosos estudios (Bagwell, Molina, Pelham y Hoza, 2001; Biederman et al., 1996; Biederman, Petty, Clarke, Lomedico y Faraone, 2011; Bussing, Mason, Bell, Porter y Garvan, 2010; Law, Sideridis, Prock y Sheridan, 2014; Miranda, Colomer, Fernández, Presentación y Roselló, 2015a; Sibley et al., 2012) apoyan la estabilidad y persistencia diagnóstica del TDAH a largo de la adolescencia. Durante esta etapa la sintomatología del TDAH puede mantenerse, incrementarse o bien surgir independientemente de que se hubiera manifestado o no durante la infancia.

En esta transición de la niñez a la adolescencia, los síntomas de hiperactividad-impulsividad como la inquietud o interrumpir en clase, tienden a disminuir con mayor rapidez que los síntomas de falta de atención como los olvidos o la distracción (Hart et al., 1995; Larsson, Lichtenstein y Larsson, 2006; Weyandt et al., 2003). No obstante, entre el 40 y 80% de estos menores sigue desviándose significativamente de la normalidad en muchas de sus conductas y capacidades en comparación con los menores de su misma edad (Langley et al., 2010; Lee, Lahey, Owens y Hinshaw, 2008). La falta de atención se hace más evidente a medida que las tareas académicas demandan mayor esfuerzo y atención de los estudiantes. De este modo, diferentes autores (Larsson, Dilshad, Lichtenstein y Barker, 2011; Miranda et al., 2015a) exponen que las principales expresiones del TDAH cambian con el tiempo, desde la primera infancia a la adolescencia, y son consistentes con la tendencia observada hacia el cambio del desarrollo del subtipo combinado al subtipo inatento. Todo ello, es coincidente con el reciente cambio del término "*subtipo*" al de "*presentación*" en el DSM-5, para indicar que los subtipos de TDAH son inestables en el tiempo, y reflejan la transición que se produce con frecuencia de un subtipo a otro durante el ciclo del desarrollo (Miranda et al., 2015a).

La literatura pone de manifiesto que los niños con TDAH experimentan una mayor inadaptación en el desarrollo típico hacia la juventud, en comparación con sus iguales sin este trastorno. Este evidente deterioro prospectivo incluye un rendimiento académico deficiente, pobres relaciones con sus iguales, perturbaciones en la familia, accidentes y lesiones, y alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. En el estudio longitudinal de Lee et al. (2008) sobre un **buen ajuste en el paso de niño a adolescente**, evaluaron a 96 niños con TDAH y 126 sin este trastorno a partir de los 4-6 años durante 8 años. Los autores hallaron que cuando los menores con TDAH, en comparación con el grupo control, cumplían los 11-14 años eran significativamente menos propensos a tener un buen ajuste. Tan solo una minoría de niños con TDAH presentaban un buen ajuste a la llegada de la adolescencia considerando simultáneamente los dominios emocionales, conductuales y sociales. Observaron que, incluso cuando la sintomatología TDAH mejoraba en estos niños, la mayoría mostraba un deterioro significativo desde su primera evaluación siete u ocho años atrás (Lee et al., 2008).

Los resultados encontrados en la investigación realizada por Becker, Roessner, Breuer, Döpfner y Rothenberger (2011) indican que los adolescentes, en particular, experimentan una disminución significativa en la calidad de vida especialmente si tienen un trastorno de la conducta comórbido. Los hallazgos de este estudio también revelan que los adolescentes con TDAH experimentan tasas mucho más altas de depresión e ideas suicidas en comparación con los controles de su misma edad sin problemas de desarrollo.

Como se ha expuesto anteriormente, es necesario destacar el impacto que puede ocasionar el TDAH en el adolescente en lo referido al abuso de sustancias, accidentes, peleas, etc., es decir, conductas disruptivas y de riesgo, y problemas en la vida social y académica (Miranda et al., 2001; Molina y Pelhman, 2003; Riley et al., 2006). Además estos jóvenes presentan mayor riesgo de experimentar embarazos no deseados (40%) y contraer enfermedades de transmisión sexual (16%) (Federación española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad Feadah, 2009). Diversos autores (Fischer, Barkley, Smallish y Fletcher, 2002; Mannuzza et al., 2008) han expuesto que las historias afectivo-sexuales de los adolescentes con TDAH se alejan de las de sus iguales: presentan más probabilidades de haber mantenido sus

primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, suelen tener más parejas y usan menos métodos anticonceptivos.

Al respecto, en el estudio longitudinal pionero en este ámbito llevado a cabo por Flory, Molina, Pelham, Gnagy y Smith (2006) con jóvenes de entre los 18 y 26 años, con (n=175) y sin TDAH (n=111) sobre **comportamientos sexuales de riesgo**, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. En el grupo de los participantes con TDAH encontraron un inicio más temprano de la actividad y relaciones sexuales, más sexo casual, mayor número de parejas sexuales y más embarazos.

En la misma línea, más recientemente Sarver, McCart, Sheidow y Letourneau (2014) examinaron la asociación entre los síntomas del TDAH y las conductas sexuales de riesgo en una muestra de adolescentes, para conocer el grado en el que los problemas de conducta y el consumo de sustancias (consumo de marihuana, alcohol y su frecuencia) actuaban como mediadores en las conductas sexuales de riesgo. En general, los resultados muestran que la asociación entre el TDAH y conductas sexuales de riesgo estaba mediada por problemas comórbidos como el consumo de marihuana. Hay que tomar estos datos con cautela dado que la muestra de este estudio era una muestra de alto riesgo involucrada en el sistema de justicia juvenil, por lo que la tasa de trastornos clínicos y conductas sexuales de riesgo podían ser algo más elevadas que en otras poblaciones sin estas características.

Asimismo, los factores familiares también pueden contribuir a tasas más altas en el comportamiento sexual de riesgo entre los menores con TDAH. Los bajos niveles de supervisión parental percibida y la falta de confianza (Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen y Trapl, 2003), los elevados niveles de conflicto familiar y la mala calidad de la comunicación entre padres y adolescentes con TDAH en relación con el sexo seguro (Wilson y Donenberg, 2004), están asociados con la participación en comportamientos sexuales de riesgo. Ello vuelve a evidenciar el peso del entorno en el desarrollo y evolución del TDAH.

Respecto al **riesgo de consumo y abuso de sustancias y conductas antisociales** entre adolescentes con este trastorno, diversos estudios (Biederman, Wilens, Mick, Faraone y Spencer, 1998; Davis, Cohen, Davids y Rabindranath, 2015; Harty, Galanopoulos, Newcorn y Halperin, 2013; Mannuzza et al., 2008) exponen que

el TDAH aumenta el riesgo de desarrollar trastornos por uso de sustancias y conductas antisociales en esta etapa evolutiva, pudiendo incluso, en algunos casos, aumentar el riesgo de conductas delictivas tanto en la adolescencia como en la edad adulta. Además, el TDAH comórbido con un trastorno por consumo de sustancias se asocia a una peor evolución y un pronóstico menos favorable en la dependencia a estas sustancias (Arias et al., 2008; Charach, Yeung, Climans y Lillie, 2011; Upadhyaya, 2007; Wilens, Biederman, Mick, Faraone y Spencer, 1997; Wilens, Biederman y Mick, 1998).

En el trabajo de Molina y Pelham (2003), 142 adolescentes con TDAH y 100 sin TDAH fueron controlados de forma prospectiva hacia la adolescencia (13-18 años), para conocer el riesgo de consumo de sustancias. Encontraron que la presencia de TDAH en la infancia se asociaba con un riesgo más elevado de consumo y abuso de alcohol, así como con un consumo más temprano e intenso de tabaco y otras drogas por parte de los adolescentes con TDAH. Asimismo, la sintomatología TDAH en la infancia, y en particular la dimensión de falta de atención, predijo el consumo de sustancias en los menores con TDAH que presentaban más conductas antisociales. Esta relación manifiesta que la severidad y gravedad con que se presente la sintomatología de TDAH en los niños y adolescentes, tiene una especial repercusión en la aparición temprana de conductas de riesgo como el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana).

Por su parte, en el posterior estudio longitudinal de Biederman, Petty, Hammerness, Batchelder y Faraone (2012) sobre tabaquismo en menores con TDAH, hallaron que el consumo de tabaco incrementa el riesgo de posteriores trastornos de consumo de alcohol y otras drogas entre los sujetos con TDAH. Los resultados indican que los jóvenes con TDAH que fuman cigarrillos tienen un riesgo cinco veces mayor para el desarrollo de la dependencia del alcohol, y un riesgo nueve veces mayor para el desarrollo de la dependencia de otras drogas, en comparación con jóvenes sin TDAH que no fuman cigarrillos. Sin embargo, el consumo de cigarrillos no debe ser visto como una única explicación en los problemas de abuso de sustancias, sino más bien como uno de los posibles factores de riesgo para el posterior desarrollo de trastornos por uso de sustancias. Estos autores resaltan el valor de estos resultados dadas sus importantes implicaciones para la salud, destacando la necesaria prevención e intervención temprana sobre el tabaquismo en los menores con TDAH.

En la misma línea, otro gran estudio llevado a cabo por Glass y Flory (2012) encontró que la sintomatología TDAH, en particular los síntomas de falta de atención, se asociaron positivamente con problemas como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Una mayor gravedad de la sintomatología TDAH estaría relacionada con mayores tasas de tabaquismo, consumo y problemas de alcohol, y el uso de drogas ilícitas. Asimismo, estos resultados mostraron que los problemas de conducta se encontraban asociados significativamente con el aumento de las tasas de consumo de estas sustancias. Los resultados de este estudio tienen implicaciones importantes para la prevención, orientación y tratamiento en el uso de sustancias entre los menores con TDAH.

Así, la investigación concluye que la presencia de TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de estas adicciones. No obstante, es importante destacar que el desarrollo o la existencia de otra comorbilidad psiquiátrica como el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante o el trastorno bipolar, favorecen aún más el riesgo de abuso o dependencia de cualquier sustancia, e incluso, el aumento de riesgo de posteriores conductas delictivas (Daigre, Terán, García-Vicent y Roncero, 2013; Harstad y Levy, 2014; Kollins, 2008; Mannuzza et al., 2008; Wilens et al., 1997).

Los niños y adolescentes con TDAH experimentan mayores tasas de repetición de curso y abandono escolar que los menores sin TDAH (Barbarese, Katusic, Colligan, Weaver y Jacobsen, 2007; Bussing et al., 2010). Estos fracasos académicos pueden hacer que aumente la probabilidad en el inicio del consumo de drogas como vía de escape, así como el acercamiento a entornos sociales de riesgo en el que se encuentran otros sujetos que también han experimentado fracasos y problemas escolares semejantes y que se encuentran en un mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas (Fletcher, Bonell, Sorhaindo y Strange, 2009). Así, estos niños son más propensos a unirse a grupos problemáticos, o bien ser víctimas de éstos, si los conflictos y el rechazo social persisten en la adolescencia (Wehmeier, Schacht y Barkley, 2010).

No existen demasiados estudios específicos sobre **chicas adolescentes con TDAH**. Uno de ellos fue el realizado por Hinshaw (2002) con 140 niñas preadolescentes con TDAH participantes en una escuela de verano y un grupo control de 88 preadolescentes sin TDAH. Encontraron que las preadolescentes con presentación combinada mostraban mayores puntuaciones en conductas agresivas y

disruptivas. De hecho, las tasas de trastorno negativista desafiante y trastornos de conducta fueron del 71% y 26%, respectivamente, en las preadolescentes con presentación combinada. No obstante, hay que tomar estos datos con cautela dado que los padres de estas chicas pudieron acentuar estas conductas para conseguir su participación en estos programas de verano. Respecto a las conductas internalizantes, las chicas con TDAH con presentación combinada mostraron niveles más altos de ansiedad y depresión, mientras que la presentación con predominio en falta de atención fue tomada en cuenta por mostrar mayores niveles de aislamiento social. En cuanto a los problemas cognitivos y académicos, los padres reportaron problemas principalmente en la expresión y el lenguaje, datos que fueron probados en las pruebas realizadas en comparación con el grupo control, si bien no se encontraron diferencias entre las presentaciones de TDAH. Por último, destacar que las prácticas y actitudes de crianza de las familias de esta muestra destacaron en la crianza autoritaria, así como una sensación de agobio e inseguridad en su rol parental.

Otro estudio con esta misma muestra (Lee y Hinshaw, 2006), destacó que solo las chicas con TDAH tenían historias de suspensiones o expulsiones en su centro educativo durante la transición de primaria a secundaria. Respecto al uso de sustancias, estos autores encontraron que el TDAH con presentación predominante hiperactiva-impulsiva, y no la presentación de falta de atención, predijo síntomas de dependencia de sustancias. Al igual que los problemas de internalización, donde el TDAH predominio hiperactivo-impulsivo fue la dimensión más relevante en la predicción de estos síntomas. Un hallazgo sorprendente fue que la conducta antisocial y la desobediencia predijeron diferentes aspectos de la angustia emocional, concretamente autoinformes de depresión y síntomas de internalización respectivamente.

Como se ha tratado de mostrar a lo largo de las páginas anteriores, son numerosos los trastornos y problemas psicológicos comórbidos que pueden padecer los niños y adolescentes con TDAH. Algunos de estos problemas pueden presentar un inicio paralelo al del propio TDAH, aunque otros de ellos pueden derivarse de los efectos que los síntomas y problemas asociados al TDAH pueden tener en la vida social y personal de los menores afectados. Por todo ello, estimamos que el estudio y afrontamiento de los factores de riesgo para el desarrollo de problemas en su ajuste psicológico, así como la potenciación de los elementos de protección frente a ellos –

por ejemplo, de activos personales como la autoestima, o de activos sociales como los recursos de padres y profesores- puede ser la piedra angular de cualquier intervención *preventiva* y *optimizadora* del desarrollo de los niños y adolescentes con TDAH.

II. METODOLOGÍA

CAPÍTULO 4

Descripción del estudio empírico

En la primera parte de este trabajo, se recogen los aspectos más destacados del TDAH como los modelos explicativos actuales, los síntomas nucleares del trastorno, aspectos del funcionamiento familiar como el estrés experimentado por los padres, sus estilos educativos, o el apoyo social percibido para el ejercicio de la crianza y educación de sus hijos e hijas, así como aspectos del ajuste psicológico de los niños y adolescentes con TDAH, entre otros. A continuación, se presenta la estructura del trabajo empírico, deteniéndonos en las siguientes secciones:

- En primer lugar, se plantean el *objetivo general* que persigue esta investigación, para continuar describiendo y desglosando los objetivos específicos del trabajo;
- En segundo, se expone el *método de investigación* donde se incluyen:
 - la descripción de los y las participantes;
 - el procedimiento empleado para la selección de la muestra y la recogida de datos;

- batería de instrumentos de evaluación seleccionados;
- y los análisis estadísticos utilizados.

1. Objetivos de la investigación

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo con una alta prevalencia en la población infantil. Además, desde hace muchos años, se ha convertido en un problema de salud pública de gran magnitud y que no siempre se acompaña de las atenciones y recursos necesarios por parte de los diferentes sectores (sanidad, educación, administración...) para su óptima intervención.

Esta situación genera una serie de dificultades en la atención tanto de las personas con TDAH como de sus familias, que tiene un efecto negativo en sus vidas. Las familias con hijos/as con TDAH, en muchas ocasiones, han de recorrer un largo camino hasta el diagnóstico y posterior tratamiento que más se ajuste a las circunstancias y características de su hijo y entorno. Asimismo, han de sobrellevar, habitualmente en soledad, el estigma y falta de sensibilidad que la población general tiene hacia el trastorno, dada la carencia de formación e información sobre el mismo.

En este contexto consideramos que es de especial relevancia conocer en qué medida los problemas y conductas de los hijos afectan a la familia. Ya sea alterando la dinámica familiar, generando situaciones estresantes o, a la larga, afectando a las interacciones padres-hijos.

El **objetivo general** de la investigación que aquí se presenta, se centra en **conocer cómo se relacionan las características y ajuste psicológico de los niños, niñas y adolescentes con TDAH y las áreas del funcionamiento familiar que la literatura científica ha mostrado más relevantes: el estrés parental y el impacto del TDAH en diversas facetas de la vida familiar, los estilos educativos de los padres o el apoyo social con el que cuenta la familia.**

Para poder estudiar este objetivo general, se plantean los siguientes **objetivos específicos**:

- Primer objetivo: **analizar la historia evolutiva y clínica de los niños y adolescentes con TDAH.** Se analizarán antecedentes del desarrollo, antecedentes familiares, problemas asociados, dificultades, evolución escolar, entre otras variables relevantes.

- Segundo objetivo: **conocer la presentación predominante y grado de TDAH, así como las posibles dificultades en el ajuste psicosocial de los menores desde la perspectiva de los padres.**
- Tercer objetivo: **evaluar el nivel de estrés familiar de los padres con hijos con TDAH.** Asimismo, se propone analizar el papel modulador que ejercen las variables edad, sexo, presentación predominante de TDAH y existencia de trastornos asociados en el estrés parental.
- Cuarto objetivo: **conocer los estilos educativos de los padres con hijos con TDAH** teniendo en cuenta cómo influyen las variables edad, sexo, presentación predominante de TDAH y trastorno asociado.
- Quinto objetivo: **analizar la posible repercusión del TDAH en diversas áreas del funcionamiento familiar**, tales como la vida social de la familia o la relación entre ambos progenitores.
- Sexto objetivo: **analizar los apoyos sociales en la crianza** y su relación con las características clínicas y sociodemográficas de la muestra.
- Séptimo objetivo: **analizar la interrelación entre las variables del niño, de la familia y del contexto.**
- Séptimo objetivo: **poner a prueba distintos modelos de predicción de los estilos educativos paternos, por un lado, y de los niveles de estrés de los padres, por otro.**

2. Método

En este apartado se describen los aspectos metodológicos de este estudio, presentando en primer lugar la descripción de las personas que han participado y que conforman la muestra. Seguidamente, se detallan los instrumentos de evaluación utilizados para recabar la información necesaria para nuestra investigación. A continuación, se expone el procedimiento que se ha llevado a cabo en la recogida de información y puesta en marcha de la investigación. Y, por último, los análisis estadísticos efectuados.

2.1 Participantes

La población objeto de estudio de este proyecto fueron las familias con hijos - niños, niñas y adolescentes- con TDAH de Huelva y provincia. Para recabar la máxima muestra posible, nos dirigimos a todas las Asociaciones y Centros Psicopedagógicos que trabajan con menores con este trastorno en nuestra provincia. Como criterios de inclusión de la muestra, se solicitaba que los/as niños/as y adolescentes estuvieran diagnosticados de TDAH como principal trastorno del desarrollo y que su edad se encontrase entre los 6 y los 20 años. Aunque en algunas familias había varios menores con TDAH, los padres debían cumplimentar los cuestionarios pensando en solo uno de ellos, concretamente en el o la de menor edad. Solo en un caso de una familia con hijos mellizos con TDAH, se cumplimentaron las pruebas para ambos hijos.

Finalmente, accedieron a participar en la investigación las familias de 140 menores con TDAH que han conformado por tanto la muestra del presente estudio. De ellos, 101 son niños y 39 niñas, con edades comprendidas entre los 6 y los 20 años, siendo la edad media 11.20 años ($DT = 3.29$). El intervalo de edad en el que han participado más sujetos se encuentra entre los 6-15 años. Si nos centramos en la mediana y moda observamos que es 10, por lo que la mayor parte de los sujetos están en torno a esta edad.

La composición de la muestra refleja la mayor prevalencia del trastorno entre los niños que entre las niñas. Concretamente, en nuestra muestra, el 72.2% son niños, frente al 27.8% de niñas, dato que se aproxima a la prevalencia existente en el TDAH con una ratio que va de 10:1 en poblaciones clínicas y de 4:1 en estudios comunitarios (Bierderman et al., 2002b; Cardo y Servera-Barceló, 2005).

Las principales características de la muestra aparecen recogidas en la Tabla 5, que se presenta a continuación:

Tabla 5. Variables sociodemográficas de la muestra

	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Características de los niños y adolescentes</i>		
<i>Edad (media)</i>	11.20	
<i>Sexo</i>		
Niños	101	72.2
Niñas	39	27.8
<i>Presentación TDAH</i>		
Falta de atención	50	36.8
Hiperactiva- Impulsiva	12	8.8
Combinada	49	36
No la conoce	25	18.4
<i>Trastorno asociado</i>	75	68.8
<i>Características de los padres</i>		
<i>Edad padre (media)</i>	45.01	
<i>Nivel de estudios</i>		
Bajo	62	47
Medio	39	29.5
Alto	24	18.1
Otros	6	4.5
Sin estudios	1	0.8
<i>Desempleo</i>	16	11.43
<i>Características de las madres</i>		
<i>Edad madre (media)</i>	43.12	
<i>Nivel de estudios</i>		
Bajo	46	33.3
Medio	46	33.3
Alto	36	26.1
Otros	9	6.5
Sin estudios	1	0.7
<i>Desempleo</i>	51	36.43
<i>Tipología de familias</i>		
Nuclear	82	59
Monoparental	22	15.8
Reconstituida	14	10.1
Adopción	20	14.3
Otras	1	0.7
<i>Número de hermanos (media)</i>	1.27	

Tal como se puede apreciar en la tabla anterior (Tabla 5), la presentación de TDAH que más se repite es la presentación predominante de falta de atención (36.8%), seguido de la presentación combinada (36%) e hiperactiva-impulsiva (8.8%). Se ha de resaltar el porcentaje tan alto de familias que desconocen la presentación de TDAH de sus hijos, concretamente el 18.4%. Por su parte, centrándonos en los trastornos comórbidos, el 68.8% de los sujetos participantes presentan uno o más trastornos asociados.

La edad de los progenitores se distribuye principalmente en torno a los 35-55 años. La edad media de los padres participantes es de 45.01 años ($DT = 6.73$) y la de las madres 43.12 años ($DT = 7.34$). El nivel educativo mayoritario de ambos progenitores es medio-bajo. Casi el 90% de los padres y madres poseen estudios primarios, secundarios o superiores, frente a un porcentaje muy bajo que no tienen ningún tipo de estudios. No obstante, la mayor proporción se encuentra en aquellos padres y madres con graduado escolar o bien estudios de bachiller o formación profesional.

Los datos referidos a la estructura familiar reflejan que la mayoría de las familias son nucleares, concretamente 59%, en la que conviven los dos progenitores, el menor con TDAH y, en algunos casos, más hijos. Le siguen las familias monoparentales formadas por la madre y el menor con TDAH, en total 15.1%; las familias con hijo(s) adoptado(s) conforman el 14.3%, de las cuales: 12.9% son familias con hijo(s) adoptado(s) con TDAH, y el 1.4% familias con hijo(s) adoptado(s) que no presenta TDAH. Por otro lado, encontramos que el 10.1% de las familias son reconstituidas y, solo el 1.4% está formado por otro tipo de familias. Respecto a si tiene más hijos o no, el 13.8% de los/as menores participantes en esta investigación son hijos/as únicos/as y por lo tanto no tienen hermanos/as, mientras que el 57.7% tienen un/a hermano/a, el 19.5% tiene dos, y solo el 8.9% tiene más de dos hermanos/as.

Tan solo el 15% de las familias tienen el cuidado de una persona a su cargo, de las cuales solo la mitad de ellas son personas dependientes que precisan de mayores atenciones y cuidados.

Teniendo presente el sexo del sujeto, la presentación predominante de TDAH en porcentajes queda distribuida como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 6. Distribución en porcentajes de la presentación predominante de TDAH según el sexo.

	Niño (N=101)	Niña (N=39)
Presentación combinada	38.61	25.64
Presentación predominante con falta de atención	29.7	51.28
Presentación predominante hiperactiva-impulsiva	8.91	7.7
Desconoce predominio TDAH	18.81	15.4

Aunque globalmente no hay diferencias entre niñas y niños respecto al tipo de presentación predominante ($\chi^2 = 5.12$, $p = .163$), la mayor distancia se da dentro de la presentación predominantemente inatento/a: el porcentaje de chicas dentro de este grupo es mayor que el de chicos.

Historia psicopatológica familiar

Como sabemos, el TDAH tiene un alto componente genético y es habitual descubrir varios casos de TDAH en la misma familia. Es de nuestro interés conocer este dato en la muestra, encontrando que en el 32.1% de las familias algún miembro, distinto al niño/a estudiado, ha padecido o padece TDAH. De manera más específica, ese porcentaje de casos se distribuye de la siguiente manera: el 26.7% de los padres presentan o han presentado TDAH; el 20% corresponde a uno o varios hermanos del niño con TDAH; otro 20% se refiere a otros familiares como primos, tíos, sobrinos, etc.; y 15.6% de las madres presenta o han presentado TDAH.

También es de interés conocer la historia psicopatológica familiar, por lo que preguntamos si los padres han recibido o reciben algún tipo de tratamiento por algún problema psicológico. Del total de los casos, un 34.8% han recibido o reciben algún tipo de tratamiento. Son las madres las que, en mayor proporción, exponen haber padecido algún tipo de problema psicológico para el que han necesitado tratamiento. Destacan los problemas de ansiedad y depresión, seguidos de otro tipo de problemas como bulimia o trastorno bipolar.

2.2 Procedimiento

Para acceder a la muestra se realizó una exploración de diferentes Asociaciones, Centros de atención Psicopedagógica y Equipos de Orientación Especializada (EOE), que reciben a niños y adolescentes con TDAH y sus familias en

Huelva capital y provincia. Para ello, se contactó en un primer momento, a nivel nacional, con la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención con Hiperactividad (<http://www.feaadah.org/es/>) y, posteriormente, a nivel Andaluz, con la Federación de Asociaciones de Ayuda al Trastorno Hiperkinético y Déficit de Atención (<http://fahyda.blogspot.com.es/>), las cuales nos ofrecieron los datos de las dos únicas asociaciones específicas en Huelva y provincia que reciben a niños/as y adolescentes con TDAH -una ubicada en Huelva capital, y la otra en el condado de Huelva-. No obstante, estas asociaciones reciben a menores de otras comarcas de la provincia, sirviendo como centros de referencia.

Para la recogida de datos se contactó con estas dos asociaciones. Para ello, se concertaron reuniones con los directivos y/o representantes para informarles sobre la investigación y en qué iba a consistir la evaluación. Asimismo, se les informaba de la importancia de llegar a la máxima muestra posible, la confidencialidad de los datos y de la utilización de éstos para una investigación sobre el contexto familiar de los niños y adolescentes con TDAH. Estas personas actuaron de enlaces entre las familias participantes y la evaluadora. Posteriormente, se contactó con Centros de atención Psicopedagógica y Equipos de Orientación Educativa que también reciben a niños y adolescentes con TDAH de Huelva y su provincia, a través de la red de contactos de la investigadora. En total se contactó con 19 centros de toda la provincia, obteniendo una respuesta afirmativa de 13 y, por tanto, su colaboración.

La recogida de los datos se ha llevado a cabo a través de la administración de los instrumentos seleccionados a la totalidad de la muestra por parte de la investigadora de este proyecto. Posteriormente, se ha procedido a crear la matriz de datos donde se ha volcado toda la información obtenida, para luego examinar y depurar dicha matriz. En último lugar, se ha procedido a realizar los análisis estadísticos pertinentes con el objetivo de establecer conclusiones en torno a los objetivos de la presente investigación, así como la exposición de implicaciones prácticas que se deriven. Es preciso señalar que la recogida de los datos se ha demorado en el tiempo, en un total de un año y cinco meses, desde noviembre de 2013 hasta abril de 2015. Se distribuyeron un total de 203 cuestionarios a las familias, de los que solo 141 fueron devueltos y debidamente cumplimentados, es decir, contamos un 69.5% de participación del total de cuestionarios. Se descartó un cuestionario, dado

que la edad del sujeto era inferior a 6 años (concretamente 4 años) fijados como límite.

Para la cumplimentación del cuestionario, se les ofrecía a las familias la posibilidad de realizarlo en casa o en el centro al que acuden mientras sus hijos/as recibían su sesión de trabajo. Además, las familias han contado con la ayuda de la evaluadora en todo momento tanto de manera presencial como a través de correo electrónico o teléfono. Exceptuando un porcentaje muy bajo de familias con menor nivel educativo y con necesidad de apoyo para responder las preguntas que sí han precisado de ayuda, las familias han optado por cumplimentar los cuestionarios en su domicilio. Una vez cumplimentados, los cuestionarios eran devueltos a la persona de contacto de cada centro y, una vez allí, la evaluadora pasaba a recogerlos.

El 50% de los cuestionarios proceden de asociaciones que reciben a niños y adolescentes con TDAH de Huelva y provincia, seguido del 31.42% procedentes de Centros de atención Psicopedagógica y del 18.58% de Equipos de Orientación Educativa de diferentes zonas de la provincia de Huelva.

Se solicitó a las familias que indicasen quién respondía al cuestionario, ofreciendo las siguientes opciones: padre, madre, ambos. El cuestionario fue respondido en su mayoría por las madres, concretamente el 64% respondieron solas al cuestionario. No obstante, también queremos destacar que el 29% de los padres (padres-madres) respondieron juntos al cuestionario y que solo un 7% fue respondido por los padres.

A continuación, se expone el grado de representatividad de participación teniendo en cuenta las diferentes zonas de la provincia de Huelva:

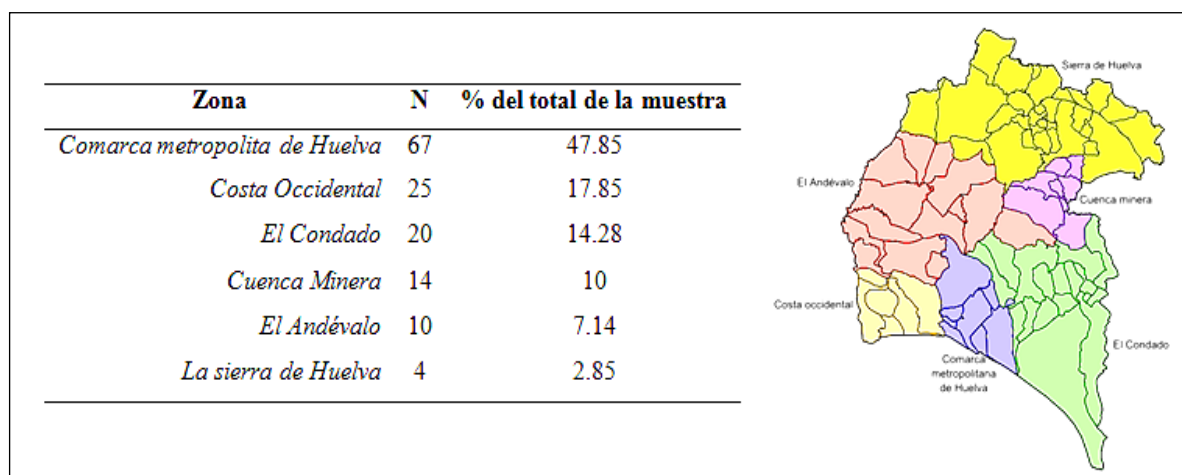


Figura 6. Composición de la muestra por comarcas de la provincia de Huelva

Como se puede observar, la zona más representada de la muestra fue la Comarca metropolitana de Huelva con un 47.85% del total, seguida de la Costa Occidental, El Condado, La Cuenca Minera, El Andévalo y La Sierra de Huelva.

2.3 Instrumentos de evaluación

La batería de instrumentos que ha sido seleccionada para la elaboración de este trabajo, está en función de su utilidad para la consecución de los objetivos de la investigación. Estos instrumentos pueden consultarse en el apartado Anexos (exceptuando aquellos con derechos de autor). A continuación, se presentan las características de la batería de herramientas y su descripción, así como la estimación de la fiabilidad a través del coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach) obtenido en esta muestra.

Además de los datos relativos a la sintomatología básica del trastorno, ofrecida por los progenitores que conforman la muestra, el propósito de este trabajo ha sido obtener información de los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve, con especial hincapié en el contexto familiar. Para tal fin, y a partir de la revisión de la literatura especializada, se ha elaborado una batería de instrumentos que mida variables relevantes para responder a los objetivos planteados.

Tabla 7. Instrumentos administrados.

Dimensión	Instrumento	Información sobre
<i>Características evolutivas y clínicas de los niños y adolescentes</i>	Entrevista semiestructurada (Elaboración propia)	Niños y adolescentes
<i>Estrés parental</i>	Parenting Stress Index-Short Form , Abidin, (PSI, 1995; adaptación española de Díaz-Herrero, Brito de la Nuez, López-Pina, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2010).	Padres y madres de los menores de hasta 12 años
	Stress Index for Parents of Adolescents , Peter, Sheras y Abidin, (SIPA, 1998; version española de Psychological Assessment Resources)	Padres y madres de los mayores de 12 años
<i>Apoyo social percibido</i>	Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido (MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988; versión española de Landeta y Calvete, 2002, EMASP).	Padres y madres
<i>Estilos educativos</i>	Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias , Fuentes, Motrico y Bersabé, 1999.	Padres y madres
<i>Sintomatología TDAH según los padres</i>	Índice de Hiperactividad de Conners (Conners, 1997; versión española de Farre y Narbona, 1989).	Niños y adolescentes
<i>Capacidades y dificultades de los niños</i>	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 2001; versión para padres en español recuperado de http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/f0.py).	Niños y adolescentes
<i>Organización de la vida diaria y Clima de la vida familiar</i>	Family Impact Questionnaire (FIQ, Donenberg y Baker, 1993; adaptación española de Presentación et al., 2006).	Familia

En la Tabla 7 se recogen las características más destacadas de los instrumentos. Seguidamente se describen cada uno de estos instrumentos al hilo de su dimensión de análisis:

Características evolutivas y clínicas de los niños y adolescentes

Con el fin de poder recabar datos relevantes de los y las menores, se confeccionó una entrevista semiestructurada para obtener información de los padres sobre una amplia gama de aspectos relacionados con el desarrollo y evolución del trastorno de su hijo/a.

Esta entrevista está situada al comienzo de la batería de herramientas y consta de 47 ítems que se agrupan en las siguientes áreas: datos sociodemográficos y antecedentes de psicopatología familiar; desarrollo prenatal, perinatal y primera infancia de los menores; detección del TDAH, diagnóstico y opciones terapéuticas seguidas; desarrollo de problemas asociados; dificultades actuales de los menores en los diferentes contextos de desarrollo -familiares, escolares, iguales-.

Estrés Parental

Para explorar el nivel de estrés experimentado por la persona en su rol como padre o madre, seleccionamos dos escalas teniendo en cuenta la edad de los menores.

- Por un lado, para menores de hasta 12 años se ha empleado la adaptación española de Díaz-Herrero et al. (2010) del *Parenting Stress Index-Short Form*, (PSI-SF) (Abidin, 1995), la cual mide la tensión parental, considerando que la tensión que experimentan los padres está en función de ciertas características del niño y de las características de los padres. La edad recomendada es menores hasta los 12 años. La versión reducida, que consta de 36 ítems, presenta un formato Likert de respuesta de cinco opciones, desde 1 ‘*Muy de acuerdo*’ a 5 ‘*Muy en desacuerdo*’. La escala mide tres dimensiones distintas con 12 ítems cada una:
 - Malestar Paterno. Ejemplos: “*Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre*” o “*No disfruto de las cosas como antes*”;
 - Interacción Disfuncional Padres-Hijo. Ejemplos: “*Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien*” o “*Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo de los que tengo, y eso me molesta*”;

- Niño Difícil. Ejemplos: “*Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños*” o “*Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta*”.

La interpretación de las puntuaciones brutas (suma de las puntuaciones de los ítems), es la misma tanto para las subescalas como para el total: puntuaciones elevadas, indican elevados niveles de estrés de los padres. No obstante, es práctica habitual utilizar e interpretar las puntuaciones percentiles generadas a partir de las puntuaciones brutas originales, partiendo de las recomendaciones del autor de la versión original de la escala. Se considera que las puntuaciones tienen significación clínica por encima del percentil 85 y por debajo del percentil 20. El rango normal de las puntuaciones se encuentra entre los percentiles 15 y 80. Los autores originales de esta herramienta, exponen que en aquellos casos que superan los 90 puntos en la calificación final, se caracterizan por un nivel clínico de estrés parental.

El coeficiente de fiabilidad, evaluado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, de la puntuación total de esta prueba en la muestra seleccionada fue de $\alpha = .92$. Las dimensiones de esta herramienta presentan una fiabilidad de $\alpha = .86$ para **Malestar personal**, $\alpha = .82$ para la **Interacción disfuncional padres-hijos**, y $\alpha = .88$ para la dimensión **Niño difícil**.

- Por otro lado, para menores a partir de 12 años de edad, se ha empleado la versión española que ofrece Psychological Assessment Resources del *Stress Index for Parent of Adolescents* (versión original de Sheran, Abidin, Konold, 1998). Este es un instrumento de diagnóstico que identifica las áreas de estrés en las interacciones entre padres y adolescentes. Ello permite el examen de la relación de estrés de los padres teniendo presente tanto las características de los adolescentes, las características de los padres, la calidad de las interacciones entre adolescentes y padres, así como las circunstancias estresantes de la vida.

La versión aplicada para este trabajo consta de 90 ítems, presenta un formato Likert de respuesta de cinco opciones desde 1 ‘*Muy de acuerdo*’ a 5 ‘*Muy en desacuerdo*’. El dominio **Padres** mide el nivel de estrés experimentado por los padres en función del efecto de la crianza de los hijos en otros roles de la vida.

Estas áreas centradas en los padres incluyen: las restricciones de la vida, la relación con el cónyuge/pareja, la alienación social y la incompetencia/culpabilidad. Entre sus ítems encontramos: “Desde que mi hijo/a está en la adolescencia, veo menos a mis amigos y tengo menos posibilidades de hacer nuevos amigos”, “Para atender a las necesidades de mi hijo/a, renuncio a cosas importantes para mí en mucha mayor medida de lo que yo podía imaginar” o “Tener un hijo/a adolescente me ha causado más problemas de lo que esperaba en las relaciones con mi pareja”.

El dominio **Adolescentes** mide el nivel de estrés experimentado por los padres en función de las características de su hijo/a adolescente. Estas áreas de los adolescentes se centran en cambios de humor/labilidad emocional, aislamiento social/retirada, la delincuencia/antisocial, y el fracaso de lograr o perseverar. Como ejemplo de ítems: “Mi hijo/a cambia repentinamente de sentimientos o de humor”, “Mi hijo/a es tímido/a en relación con otros de su misma edad” o “Mi hijo/a ha amenazado con hacer daño a otras personas”.

Los coeficientes de fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en la muestra fue de $\alpha = .95$ y para calidad de la interacción un $\alpha = .89$. A continuación, se presentan las fiabilidades de las diferentes áreas y dimensiones que componen la herramienta: en la dimensión **dominio Padres** fue $\alpha = .94$ para el dominio completo, y **Restricción de la vida** $\alpha = .86$, **Relaciones con la pareja** $\alpha = .86$, **Alienación social** $\alpha = .77$ e **Incompetencia/culpabilidad** $\alpha = .78$, para sus subdimensiones. En la dimensión **dominio Adolescentes** fue $\alpha = .90$ para el dominio completo. Los valores correspondientes a las subescalas de este dominio son: **Labilidad emocional** con $\alpha = .91$, **Aislamiento social** $\alpha = .77$, **Delincuencia** $\alpha = .77$ y **Fracaso de lograr o perseverar** $\alpha = .66$.

Lo mismo que ocurría con la escala de estrés utilizada con padres de niños menores de 12 años, la interpretación de las puntuaciones brutas (suma de las puntuaciones de los ítems), es la misma tanto para las subescalas como para el total: puntuaciones elevadas, indican elevados niveles de estrés de los padres. Del mismo modo, siguiendo las indicaciones de los autores, las puntuaciones brutas se suelen transformar en puntuaciones percentiles. Se considera que las

puntuaciones tienen significación clínica por encima del percentil 85 y por debajo del percentil 20. El rango normal de las puntuaciones se encuentra entre los percentiles 15 y 80. Los casos que superan los 90 puntos en la calificación final, se caracterizan por un nivel clínico de estrés parental.

Medida de estrés global para toda la muestra

Finalmente, para poder utilizar una medida global de estrés para todos los padres, sin importar la edad de los niños, generamos una medida de estrés global para toda la muestra a partir de un procedimiento de equiparación de puntuaciones. Dado que los autores de las escalas originales ofrecen información para transformar las puntuaciones directas en percentiles, el método de equiparación más adecuado será el método equipercentil (Navas, 2000), esto es, a los sujetos que les corresponde el mismo percentil les corresponderá la misma puntuación en la escala unificada. Tras la equiparación, se estandarizaron las puntuaciones y se transformaron en puntuaciones T. Por lo tanto, se obtiene una nueva variable -con la totalidad de los sujetos- expresada en puntuaciones T, que nos permitirá comparar el nivel de estrés todos los padres independientemente del instrumento utilizado.

Para que la equiparación sea adecuada se ha de verificar que los dos grupos son iguales. Así pues, se verifica que los dos grupos: (a) niños pequeños (de 6 a 11 años) frente a (b) mayores (de 12 a 20 años) no son significativamente distintos respecto a ciertas características de los niños (sexo, presentación TDAH, trastornos asociados), de los padres (edad, nivel educativo, profesión) y familiares (estructura familiar, número de hermanos, otros familiares con TDAH). Respecto a las variables de los niños, solo hay diferencias estadísticamente significativas en dos variables, aunque el tamaño del efecto (phi de Pearson) es bajo (Cohen, 1988) por lo que se puede considerar que dichas diferencias son irrelevantes: (1) trastornos del habla, con mayor porcentaje entre los más pequeños ($\chi^2 = 4.60$, $p = .032$, $\phi = .20$) y (2) trastornos de ansiedad, con mayor prevalencia entre los mayores ($\chi^2 = 4.06$, $p = .044$, $\phi = .19$).

En cuanto a las variables de los padres, no hay relación con nivel educativo y profesión. Solo cabe destacar que los padres de los niños mayores tienen, a su vez, una edad media superior a la de los padres de los pequeños. No existe relación entre los

grupos de edad y las variables de familia analizadas. Por todo ello, se puede considerar que los dos grupos de edad (de 6 a 11 años y de 12 en adelante) no son significativamente distintos en una serie de variables relevantes, por lo que se puede proceder a la equiparación de las puntuaciones obtenidas en ambos grupos generando una única puntuación de estrés.

Apoyo social percibido

Se ha usado la *Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido* (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988, versión española de Landeta y Calvete, 2002, EMASP). Se trata de una escala compuesta por 12 ítems tipo Likert con 7 opciones de respuesta, donde 1 equivale a '*Completamente en desacuerdo*' y 7 a '*Completamente de acuerdo*'. Evalúa la percepción de apoyo social de la persona respecto a su familia, amigos y personas especialmente relevantes. La puntuación total refleja la percepción de apoyo que la persona posee. Ejemplos: "*Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito*" o "*Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal*".

Las puntuaciones en la escala oscilan entre 12 y 84, donde puntuaciones elevadas revelan mayor apoyo social percibido.

El coeficientes de fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en nuestra muestra fue de $\alpha = .92$. A continuación, presentamos las fiabilidades de sus dimensiones: **Persona especial** $\alpha = .87$, **Familia** $\alpha = .95$ y **Amigos** $\alpha = .94$.

Estilos educativos

Para esta variable se ha utilizado la *Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias* de Fuentes, Motrico y Bersabé (1999), en la que se diferencian dos escalas: Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE). Las dos son respondidas en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 1 '*Nunca*' a 5 '*Siempre*'. Se presenta en dos versiones, una que evalúa lo percibido por el hijo/la hija en el padre y la madre de forma independiente, y otra en la que los padres/madres contestan los ítems refiriéndose a cómo es su conducta concreta con su hijo/a. En el caso de la presente investigación, solo se centra en esta última versión. A continuación, se pasa a describir las escalas:

- La *Escala de Afecto (EA)* está compuesta por 20 ítems divididos en dos factores:
 - *Afecto-comunicación*, formado por 10 ítems que miden el afecto, interés y comunicación que manifiestan los padres/madres a sus hijos/as, como “*Si tiene un problema puede contármelo*” o “*Le dedico mi tiempo*”;
 - *Crítica-rechazo*, que contiene 10 ítems que evalúan la crítica, el rechazo y falta de confianza de los padres/madres hacia sus hijos/as, como “*Le critico por cualquier cosa*” o “*Me pone nervioso/a, me altera*”.
- La *Escala de Normas y Exigencias (ENE)*, mide el estilo educativo de los padres/madres en lo referente a la forma que tienen de poner las normas a sus hijos/as y exigir su cumplimiento. Está Compuesta por 30 ítems divididos en tres factores:
 - *Forma Inductiva*, consta de 10 ítems. Se corresponde con el modelo democrático, es decir, los padres/madres explican a sus hijos/as el establecimiento de las normas y les exigen su cumplimiento teniendo en cuenta las necesidades y posibilidades de sus hijos/as. Este es el caso de ítems como “*Razono y acuerdo las normas con él/ella*” o “*Le explico las consecuencias de no cumplir las normas*”;
 - *Forma Rígida*, con un total de 10 ítems. Se corresponde con el modelo autoritario, donde los padres/madres imponen a sus hijos/as el cumplimiento de las normas y mantienen un nivel de exigencias demasiado alto o inadecuado a las necesidades de los hijos/as. Ejemplos: “*Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer*” o “*Exijo respeto absoluto a mi autoridad*”;
 - *Forma Indulgente*, formada por 10 ítems. Se corresponde con el modelo permisivo, los padres/madres no ponen normas ni límites a la conducta de sus hijos/as y, si lo hacen, no exigen su cumplimiento. Como ejemplos: “*Le doy libertad total para que haga lo que quiera*” o “*Le digo que sí a todo lo que me pide*”.

Los valores de los coeficientes de fiabilidad son: por un lado, en la *Escala de Afecto*, el factor **Afecto-Comunicación** presenta una fiabilidad de $\alpha = .77$, y el factor **Crítica-Rechazo** de $\alpha = .80$. Por su parte, en la *Escala Normas y Exigencias*, se derivan las siguientes fiabilidades: Forma **Inductiva** $\alpha = .81$, Forma **Rígida** $\alpha = .70$ y Forma **Indulgente** $\alpha = .79$.

Sintomatología TDAH de los/as menores según los padres

La información que los padres aportan sobre los síntomas de TDAH de sus hijos se exploró a través del índice de Hiperactividad de Conners (Conners, 1997; versión española de Farre y Narbona, 1989). Consta de 10 ítems con opciones de respuesta comprendidas entre 0 '*Nada*' y 3 '*Mucho*'. Cuanto mayor sea el número de síntomas presentes y su gravedad, mayor será la puntuación en la escala. Ejemplos de esta escala son: "*Es impulsivo/a, irritable*", "*Se distrae fácilmente, tiene escasa atención*" o "*Sus esfuerzos se frustran fácilmente*". La fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en esta muestra fue de $\alpha = .82$.

Capacidades y dificultades de los niños/as y adolescentes

Se ha utilizado la versión para padres en español (recuperado de <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/f0.py>) del *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), de Goodman (2001). Es uno de los instrumentos de cribado general de problemas mentales en infancia y adolescencia más utilizado en los últimos años. Esta versión la conforman 32 ítems, sus opciones de respuesta van desde 0 '*No es cierto*' hasta 2 '*Absolutamente cierto*' e incluye cinco escalas:

- Síntomas emocionales. Ejemplos: "*Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a*" o "*Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente*";
- Problemas de conducta. Ejemplos: "*Frecuentemente tiene rabietas o mal genio*" o "*A menudo miente o engaña*";
- Escala de hiperactividad. Ejemplos: "*Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo*" o "*Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse*";

- Problemas de relación con los compañeros. Ejemplos: “*Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a*” o “*Se lleva mejor con los adultos que con otros niños/as*”;
- Conducta prosocial. Ejemplos: “*Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas*” o “*A menudo se ofrece a ayudar (a padres, maestros, otros niños)*”.

La fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en esta muestra fue de $\alpha = .77$. Para la escala **Síntomas emocionales** fue de $\alpha = .67$; **Problemas de conducta** $\alpha = .71$; Escala de **hiperactividad** $\alpha = .52$; **Problemas de relación con los compañeros** $\alpha = .64$; y **Conducta prosocial** $\alpha = .753$.

Otros autores (como, por ejemplo, Goodman, Lamping y Ploubidis, 2010) proponen una estructura dimensional distinta. Para estos autores, las subdimensiones de Hiperactividad y Problemas de conducta se pueden agrupar una dimensión mayor que denominan *Problemas Externalizantes*. Por otro lado, las subescalas de Problemas de relación con los compañeros y Síntomas emocionales se agrupan como *Problemas Internalizantes*. Para las conductas **internalizantes** se ha obtenido un coeficiente de fiabilidad de $\alpha = .73$ y para las conductas **externalizantes** $\alpha = .70$.

Impacto sobre el clima y organización de la vida familiar

En esta última variable se ha empleado la adaptación española de Presentación et al. (2006) del *Family Impact Questionnaire* (FIQ), de Donenberg y Baker (1993). Este Cuestionario de Impacto Familiar, trata de estudiar la repercusión que los niños ejercen sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar comparados con los niños/as de la misma edad. Consta de 50 ítems, de los cuales los 48 primeros están divididos en 5 dimensiones con cuatro alternativas de respuesta (casi nunca, algunas veces, muchas veces, casi siempre). No obstante, todos los ítems se codifican como 0 (*ausencia*) o 1 (*presencia de impacto*), siguiendo las recomendaciones de los autores de la escala original. Seguidamente, se pasa a describir las dimensiones:

- ***Sentimientos y actitudes de los padres/madres hacia su hijo/a***, donde elevadas puntuaciones reflejan actitudes y sentimientos negativos de los padres/madres hacia su hijo/a. La componen un total de 15 ítems, ejemplos: “*Mi hijo/a me produce más estrés*” o “*Cuando estoy con mi hijo/a me siento menos eficaz y competente como padre*”;

- El *impacto del hijo/a sobre la vida social de la familia*, con un total de 10 ítems, refleja el grado en el que la conducta del niño/a afecta negativamente a las relaciones y participación de la familia en eventos sociales. Ejemplos: “*Mi familia evita más las salidas sociales (restaurantes, acontecimientos públicos) a causa de su conducta*” o “*Necesito explicar más la conducta de mi hijo/a a los demás*”;
- El *impacto del hijo/a sobre la economía familiar*, consta de 7 ítems. Ejemplos: “*El coste de criar a mi hijo/a es mayor*” o “*El costo de los servicios educativos y psicológicos es mayor*”;
- El *impacto del hijo/a sobre la relación de pareja*, con un total de 7 ítems, miden el grado de distanciamiento, desacuerdo o enfrentamiento entre los miembros de la pareja respecto a la situación y conductas del hijo/a. Como ejemplos: “*Este/a hijo/a produce más enfrentamientos entre mi esposo/a y yo*” o “*Mi pareja está menos de acuerdo con el modo en que manejo el comportamiento de mi hijo/a*”;
- El *impacto del niño/a sobre los iguales*, la componen 9 ítem. Ejemplos: “*Los demás niños de la familia se quejan de su comportamiento*” o “*Los demás niños/as de la familia invitan menos amigos a venir a casa debido a su comportamiento*”;
- Los dos últimos ítems tratan cuestiones generales relacionadas con el *grado de dificultad de convivir con el hijo/a e influencia que ejerce éste sobre la familia*. Estas preguntas, a diferencia de los ítems anteriores, tienen siete opciones de respuesta que se codifican de 1 a 7 según el grado de intensidad.

La fiabilidad de la puntuación total de esta prueba en esta muestra fue de $\alpha = .92$. Para la dimensión **Sentimientos y actitudes de los padres/madres hacia su hijo/a**, la fiabilidad fue de $\alpha = .85$; en la dimensión **Impacto del hijo/a sobre la vida social de la familia** fue de $\alpha = .87$; en la dimensión **Impacto sobre la economía** $\alpha = .80$; mientras que el **Impacto en la relación de pareja** fue $\alpha = .79$; y sobre los **Iguales** $\alpha = .76$.

2.4 Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos incluidos en el presente trabajo, se han realizado con el programa SPSS v. 20.0. En primer lugar, se ha examinado la presencia de datos perdidos, comprobación de datos erróneos y todo lo que implica la depuración de datos a través de este programa estadístico.

Tras la utilización de diferentes tablas de frecuencias para la descripción de la muestras, se ha verificado la consistencia interna de las puntuaciones de las escalas y subescalas utilizadas en este trabajo, y previamente descritas, a partir del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach.

Los análisis descriptivos de las puntuaciones analizadas en este trabajo se realizaron utilizando estadísticos de tendencia central (medias) y de dispersión (desviación típica). Para cada uno de los instrumentos utilizados se analizaron las posibles diferencias en las puntuaciones en función de las variables sexo y grupos de edad (prueba t de comparación de medias), presentación predominante de TDAH (ANOVA) y puntuación en la escala del Índice de Hiperactividad de Conners (coeficiente de correlación de Pearson).

Además, tras analizar los coeficientes de correlación entre las variables objeto de estudio, se ha utilizado tres modelos de regresión lineal jerárquica para la predicción del Estrés Parental, las puntuaciones en la Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE) y los Estilos Educativos (Inductivo, Rígido e Indulgente).

En estos modelos de regresión se plantea un modelo de predicción de una variable dependiente cuantitativa a partir de una o más variables independientes cuantitativas. El programa ofrece los parámetros de relación entre cada variable independiente y la variable dependiente, una medida del ajuste global del modelo y el porcentaje de varianza de la variable dependiente que se consigue explicar con el modelo.

En los modelos de regresión jerárquica las variables se van introduciendo por fases o pasos. Este tipo de análisis permite estimar el efecto aditivo de cada grupo de predictores. En estos modelos de regresión primeros se introducen las variables de los niños (TDAH, problemas de conducta y problemas emocionales) y, posteriormente, se

introducen las variables familiares y contextuales (sentimientos y actitudes de los padres respecto a sus hijos y a su propia capacidad como padres, impacto de la conducta de sus hijos sobre la vida de pareja, impacto de las conductas de sus hijos sobre la vida social de la familia y apoyo social percibido).

Estos modelos son consistentes con la literatura científica, que especifica que tanto las variables de los niños como las familiares-contextuales tienen capacidad predictiva sobre las variables analizadas (Estilos Educativos y Estrés Parental). Si los modelos son correctos ambos grupos de variables han de ser tenidos en cuenta simultáneamente en los programas de entrenamiento de padres, bien para la reducción del estrés o para la adquisición y/o potenciación de estilos educativos más favorecedores del desarrollo integral de los niños.

III. RESULTADOS

CAPÍTULO 5

Resultados de la investigación

En este capítulo, se muestran los resultados de la presente investigación siguiendo el orden de cada uno de los objetivos que han sido planteados. En primer lugar, se analizan los resultados relativos a las características de las historias evolutivas de estos niños, niñas y adolescentes con TDAH que conforman la muestra y el contexto familiar en el que se desarrollan, poniendo especial atención en aquellas variables más determinantes. En segundo lugar, se describe el proceso de identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH y el papel de la familia en este proceso, atendiendo a aspectos como los problemas comórbidos que aparecen junto al TDAH.

Seguidamente, se procede al análisis de las principales variables objeto de estudio como los niveles de Estrés Parental relacionado con la crianza de un/a hijo/a con TDAH, el Apoyo Social Percibido por los padres, los Estilos Educativos empleados en la crianza de su hijo/a TDAH, la Sintomatología TDAH según los padres, los Problemas de los menores y su Conducta Prosocial, y el Impacto en la

Vida Familiar que supone tener un hijo/a con TDAH. Estas variables serán analizadas teniendo en cuenta la edad, el género y la presentación predominante de TDAH en los menores.

En el siguiente apartado, se procede a presentar el análisis de la relación entre las variables del niño, familiares y contextuales que corroboren las posibles relaciones que la literatura científica y los modelos teóricos actuales establecen entre dichas variables. Finalmente, se presentan los modelos de regresión lineal jerarquiza en los que se analizan los modelos predictores del Estrés Parental y Estilos Educativos a partir de las variables de los niños/as y/o adolescentes (TDAH, problemas de conducta y emocionales), variables familiares (estrés parental, estilos educativos, impacto sobre la vida familiar) y contextuales (apoyo social percibido).

1. Análisis de las características de la historia evolutiva de los niños y adolescentes con TDAH

En este apartado se procede a describir la historia evolutiva de los niños, niñas y adolescentes que conforman la muestra. Para ello, se han empleado técnicas estadísticas descriptivas que aportan información sobre las características de los y las participantes.

Factores pre y perinatales

En lo que se refiere a los factores de riesgo prenatal, en general las madres informan de haber gozado de una buena salud durante el embarazo. Solo el 20% de las madres tuvieron algún tipo de problemas reseñables durante el embarazo. En el momento del parto este porcentaje asciende al 37.9% de las madres, destacando los partos por cesáreas (14.3%), uso de fórceps (7.85%) o niños prematuros (5.71%). No obstante, en general puede afirmarse que el periodo postnatal transcurrió sin incidentes notables.

Dificultades evolutivas en los primeros años

Durante los primeros años de vida, el 29.5% de los y las menores de la muestra tuvieron algún tipo de problemas entre los que se encuentran: bronquitis, caídas, amigdalitis, crisis epilépticas, o problemas digestivos. En la tabla 8, se muestran el porcentaje de los y las menores, respecto al total de la muestra, con dificultades evolutivas en los primeros años de vida de manera más detallada:

Tabla 8. Dificultades evolutivas en los primeros años.

Dificultades/Problemas	%
<i>Hábitos de sueño</i>	42.90
<i>Dificultad para calmarle</i>	36.42
<i>Rutina de alimentación</i>	32.90
<i>Llanto</i>	32.14
<i>Alergias a la leche</i>	10.00

Como se observa, un elevado porcentaje de sujetos presentaban problemas o dificultades en los hábitos de sueño durante estos primeros años. Así, también se aprecia que estos niños/as no eran bebés fáciles de calmar tras el llanto o rabietas, lo cual puede relacionarse con la alta proporción de bebés que lloraban mucho. Los problemas de alimentación durante estos primeros años es otra de las dificultades evolutivas que los padres y madres participantes han destacado en la entrevista elaborada, aludiendo en muchos de los casos a la poca cantidad de alimentos que ingerían sus hijos/as y a las dificultades ante la hora de la comida.

Según los datos recabados, no se aprecian retrasos en los principales hitos del desarrollo como gatear, caminar o primeras palabras. En la actualidad, la mayor parte de estos niños/as tiene un correcto control de esfínteres. En cuanto a la edad media de control de esfínteres, se ha diferenciado entre permanecer seco durante el día, con una edad media en años de 2.66 ($DT = .87$); permanecer seco durante la noche, siendo la edad media en años 3.52 ($DT = 1.82$); y control de heces, con una edad media en años de 2.90 ($DT = 1.92$). Del mismo modo, la totalidad de los/as niños/as que forman la muestra han adquirido el habla con normalidad, siendo la edad media para las primeras palabras los 17.5 meses ($DT = 10.32$).

Se ha de destacar que el 12.9% de los casos está formado por familias con hijos/as adoptados/as con TDAH que no cuentan con muchos de estos datos, dado que la edad media de adopción en la muestra es de 39.44 meses ($DT = 22.54$) y, por lo tanto, no han podido reflejar todos estos aspectos del periodo pre y perinatal, y dificultades en los primeros años del desarrollo.

2. Identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH. El papel de la familia

En este apartado se analizan los aspectos más relevantes del proceso de diagnóstico y tratamiento de los/as niños/as y adolescentes que conforman la muestra. Para ello, se ha incluido en la entrevista ítems centrados en conocer estos aspectos y el papel que ha jugado la familia en los mismos.

La edad media en la que los padres y madres comenzaron a sospechar que a su hijo/a le ocurría algo, fue en torno a los 5 años (expresado en meses: $M = 60.48$ meses,

$DT = 33.56$). Los principales síntomas que observaron en sus hijos/as fueron inquietud, nerviosismo, ansiedad, timidez, comportamientos problemáticos, falta de atención, no aceptación de normas, retraso psicomotor, dificultades de aprendizaje, problemas de sueño, falta de habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, entre otros.

Casi en el 80% de los casos las primeras sospechas o detección del problema ha ocurrido en el seno familiar, principalmente por la madre y/o alguno de los abuelos. A estas primeras sospechas le siguen las del maestro/a, dado que al llegar a la etapa de educación primaria es cuando las alarmas comienzan a saltar.

Por su parte, el profesional que realizó la primera evaluación fue el psicólogo (36.7%), seguido del pediatra (28.8%), neuropediatra (22.3%), psiquiatra (8.6%) o varios de los anteriores (3.6%).

Como promedio, trascurrieron casi dos años ($M = 21.47$ meses) entre la sospecha de la familia y la formulación del diagnóstico de TDAH. La edad media a la que se produjo este primer diagnóstico fue en torno a los 7 años (expresado en meses: $M = 81.95$, $DT = 33.41$). El 96.4% de los padres y madres conocían el diagnóstico de TDAH de su hijo/a en el momento de la entrevista. No obstante, al preguntar por la presentación predominante de TDAH de su hijo/a no todos conocían este aspecto, concretamente el 18.4% del total de las familias lo desconocían.

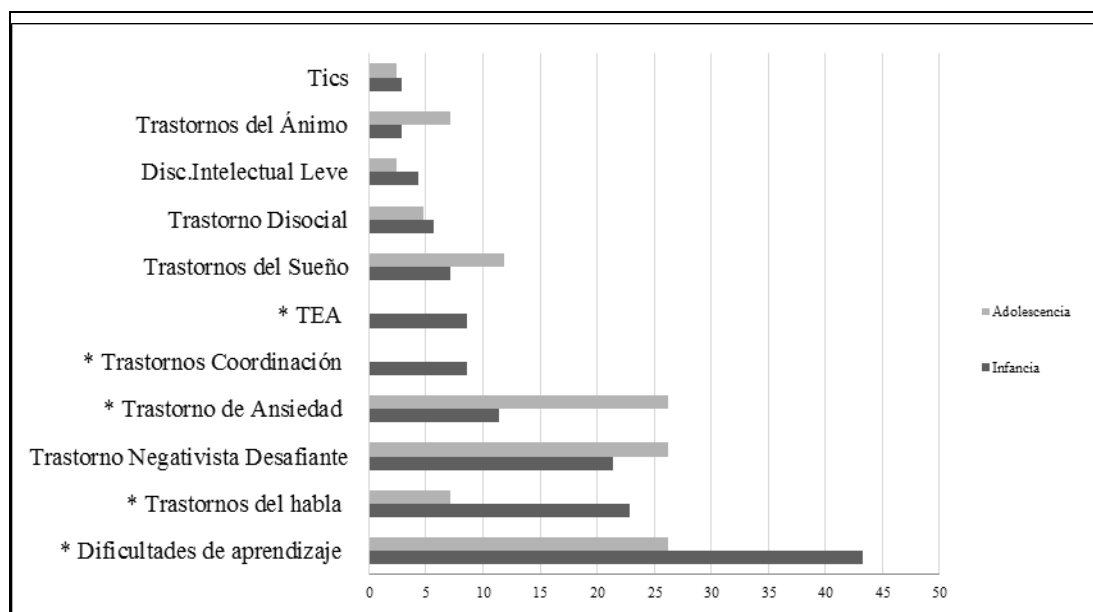
En relación a los problemas asociados, se preguntó a las familias a través de la entrevista elaborada si los profesionales que atienden a su hijo/a, les han indicado que tenía algún problema asociado al TDAH. Los resultados ponen de manifiesto que el 68.8% de los participantes presentaban además un problema asociado (53 niños y 22 niñas), frente al 30.3% que solo presentaban TDAH. A continuación, se pasa a detallar la presencia, en porcentajes, de cada trastorno comórbido (Tabla 9).

Se observa que el trastorno asociado que más aparece en la muestra del presente trabajo es el Trastorno del Aprendizaje. Le sigue el Trastorno Negativista Desafiante, y a continuación el Trastorno del Habla y Trastorno de Ansiedad con el mismo porcentaje.

Tabla 9. Trastornos asociados.

Trastorno asociado	%
<i>Trastorno del Aprendizaje</i>	30
<i>Trastorno Negativista Desafiante</i>	18.6
<i>Trastorno del Habla</i>	13.6
<i>Trastorno de Ansiedad</i>	13.6
<i>Trastorno del Sueño</i>	7.14
<i>Trastorno de la Coordinación Motora</i>	4.3
<i>Trastorno del Espectro Autista</i>	4.3
<i>Trastorno Disocial</i>	4.3
<i>Trastorno del Estado del Ánimo</i>	3.57
<i>Discapacidad Intelectual Leve</i>	2.86
<i>Trastorno por Tics o Síndrome de la Tourette</i>	2.14
<i>Trastorno por Abuso de Sustancias</i>	0

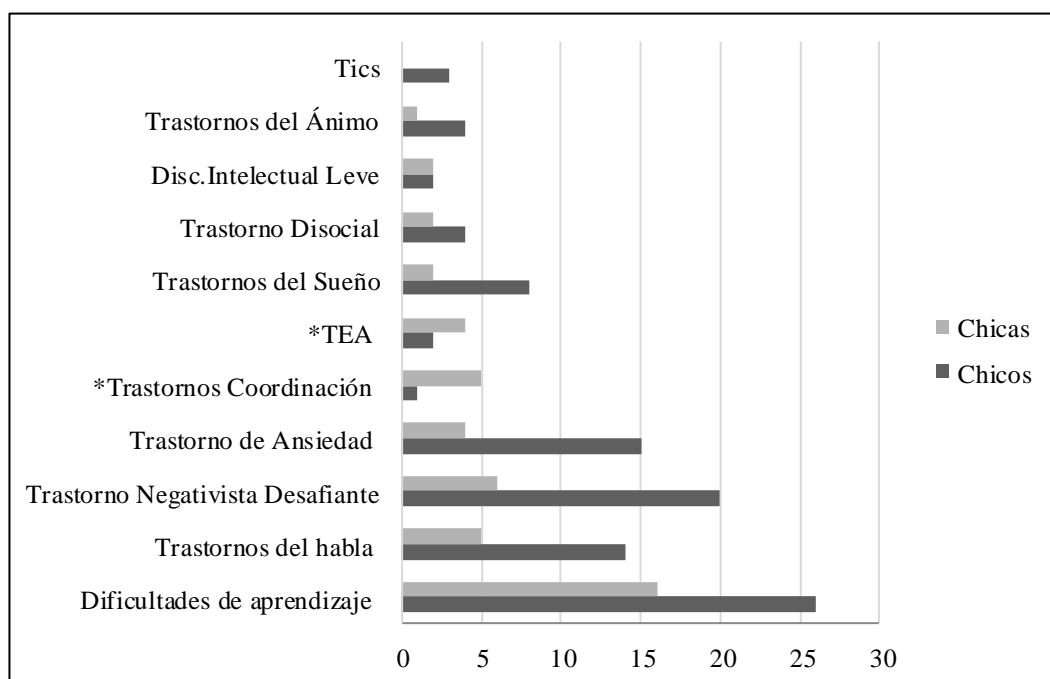
En relación a la edad (Figura 7), los resultados indican que los menores de 11 años presentan un mayor porcentaje de Trastornos de la Coordinación Motora, Trastornos del Habla, Dificultades de Aprendizaje y Trastornos del Espectro Autista. Mientras que los adolescentes muestran más comorbilidad del TDAH con Trastornos de Ansiedad.



*= diferencias significativas, $p < .05$

Figura 7. Dificultades y trastornos en función de la edad (Infancia y Adolescencia).

Por otra parte, teniendo en cuenta el género (Figura 8), únicamente se encuentran diferencias significativas en los Trastornos de la Coordinación Motora y los Trastornos del Espectro Autista, ambos predominantes en las niñas y adolescentes de la muestra, en comparación con sus compañeros varones.



* = diferencias significativas, $p < .05$

Figura 8. Dificultades y trastornos en función del género.

Respecto los métodos o procedimientos para tratar el TDAH en los menores de la muestra, se preguntó a las familias qué opción terapéutica seguían. Para ello se detallaron en diferentes opciones de *tratamiento único* (Farmacológico, Psicológico, Apoyo Escolar, Otros) o *tratamiento combinado* (Psicológico, Farmacológico y Apoyo Escolar; Psicológico y Farmacológico; Psicológico y Apoyo Escolar), siendo los resultados los siguientes:

Tabla 10. Tratamiento que reciben.

Opciones Terapéuticas	%
<i>Psicológico, Farmacológico y Apoyo Escolar</i>	56.42
<i>Psicológico y Farmacológico</i>	17.14
<i>Psicológico y Apoyo Escolar</i>	11.42
<i>Psicológico</i>	5
<i>Otros</i>	4.3
<i>Apoyo escolar</i>	3.6

Opciones Terapéuticas	%
<i>Farmacológico</i>	2.14

Como se aprecia en la Tabla 10, el 85% de los niños y adolescentes participantes recibían un tratamiento combinado compuesto por dos o más medios terapéuticos para abordar el trastorno; frente al 11% que recibía una única modalidad en su tratamiento (Psicológico; Apoyo Escolar; Farmacológico). Por otro lado, un 4% recibían un tratamiento diferente a los ofrecidos en la entrevista, entre los que se encuentran Equinoterapia y Logopedia. Puede afirmarse que el 75% de los niños y adolescentes con TDAH están recibiendo tratamiento Farmacológico.

El grado de participación de las familias en el tratamiento de sus hijos/as con TDAH no era homogéneo, encontrando diversas situaciones. A continuación, se detallan los resultados en la siguiente tabla:

Tabla 11. Participación de la familia en el tratamiento.

Participación de la familia	%
<i>Entrevistas con el profesorado</i>	81.43
<i>Supervisión de las tareas escolares</i>	81.43
<i>Acompañamiento a sesiones</i>	75.00
<i>Dar/supervisar la medicación</i>	75.00
<i>Padres/madres que reciben apoyo psicológico</i>	35.71

Así, se observa que la forma de participación más frecuente de estos padres y madres es la asistencia a entrevistas con el profesorado de su hijo con TDAH, así como una supervisión continuada de las tareas académicas. Seguidamente, participan en el acompañamiento a las sesiones de sus hijos en las Asociaciones o Centros de Atención Psicopedagógica al que acuden, además de llevar un control/supervisión en la toma de su mediación. Es necesario tener en cuenta que la media de edad de la muestra es de 11.20 años, por lo tanto aún necesitan de un seguimiento y control al respecto. Por último, se encontró que un número muy bajo de padres recibían apoyo psicológico.

Dificultades referidas por los padres en el momento de la entrevista

Como se puede observar en la Tabla 12, las principales dificultades reportadas por los padres, en el momento presente de la entrevista, son aquellas relacionadas con la colaboración en tareas del hogar, seguido de problemas o dificultades en las relaciones con otros niños, problemas de higiene y cuidado personal, así como conductas peligrosas fuera del hogar.

Tabla 12. Dificultades referidas por los padres en la actualidad.

Dificultades en la actualidad	%
<i>Dificultades en la colaboración en tareas del hogar</i>	51.4
<i>Dificultades en las relaciones con otros niños</i>	42.14
<i>Conductas peligrosas fuera del hogar</i>	33.60
<i>Problemas de higiene y cuidado personal</i>	32.90
<i>Problemas en las relaciones con los hermanos</i>	27.14
<i>Problemas en las relaciones con los padres</i>	26.42
<i>Dificultades en las relaciones con los adultos</i>	25.00
<i>Problemas para dormir solo</i>	24.30
<i>Conductas peligrosas dentro del hogar</i>	22.90
<i>Problemas para comer solo</i>	12.90

En general, los sujetos de la muestra presentan más dificultades en la colaboración en las tareas del hogar, siendo tema de disputa familiar. Seguidamente, otra de las dificultades que destacan son los problemas en las relaciones con otros niños. Las conductas peligrosas fuera del hogar es otra de las dificultades que presentan con mayor frecuencia estos niños, como por ejemplo que el menor con TDAH no preste atención a los coches que vienen en dirección contraria mientras cruza la calle o va en bicicleta, o que realice actividades físicas peligrosas sin pensar en las posibles consecuencias. Es decir, comportamientos peligrosos e imprudentes que cometen estos niños con TDAH y preocupan a sus padres.

Historia académica y actividades extraescolares

Respecto a la evolución académica de los y las menores, la mayoría presenta dificultades de aprendizaje o para seguir el ritmo de la clase. Concretamente, el 19% de la muestra va mal en su actividad académica, el 49% regular y el 32% bien. Es decir, la mayoría de estos niños y adolescentes van mal o regular en el colegio o instituto, siendo un número bajo de casos los que van bien o sin grandes dificultades para lograr un rendimiento académico óptimo.

Para profundizar en la historia académica se han explorado las siguientes variables: necesidad de apoyo a través de la asistencia a clases de refuerzo, problemas con el profesorado o compañeros y la participación en actividades extraescolares (ver Tabla 13).

Tabla 13. Dificultades en el ámbito académico.

Historia Académica	%
<i>Acude a clases de refuerzo</i>	63.60
<i>Participa en actividades extraescolares</i>	55.71
<i>Problemas con el profesorado o compañeros</i>	49.30

Dadas estas dificultades en el rendimiento académico, un alto porcentaje de estos niños, niñas y adolescentes acudían a clases de refuerzo de asignaturas instrumentales o aquellas en las que su seguimiento les resulta más complicado como inglés o matemáticas. Asimismo, los padres informaron de problemas en el colegio con el profesorado o compañeros debido a las dificultades en el comportamiento de sus hijos/as. Como se puede observar, más de la mitad de los sujetos de la muestra acudían a actividades extraescolares. Estas actividades están relacionadas principalmente con actividades deportivas como natación, yudo u otros deportes de equipo; seguidas de actividades de música, baile o relacionadas con el aprendizaje de idiomas.

3. Sintomatología TDAH de los/as niños/as y adolescentes

La información que los padres aportaron sobre los síntomas de TDAH de sus hijos e hijas, se exploró a través del *Índice de Hiperactividad de Conners*. A

continuación, se exponen los resultados encontrados teniendo presente las variables sexo de los menores y presentación predominante de TDAH.

Tabla 14. Puntuación total del Índice de Hiperactividad. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

	Sexo			<i>t</i>	<i>p</i>
	Total muestra	Hijos	Hijas		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Índice Hiperactividad	16.20 (5.42)	16.56 (5.54)	15.26 (5.03)	1.26	.209

Teniendo en cuenta que las puntuaciones en esta escala oscilan entre 0 y 30, observamos que el promedio de la muestra se encuentra cercano a la puntuación media teórica (15). Como se puede observar, no se muestran diferencias significativas entre hijos e hijas en cuanto a la sintomatología hiperactiva según los padres/madres.

Como era previsible (ver Tabla 15), dado que la escala de Conners se centra sobre todo en la medida de la hiperactividad, los niños/as y/o adolescentes con presentación predominantemente de falta de atención obtienen puntuaciones significativamente inferiores a las de los niños o adolescentes que se encuadran en las presentación combinada o predominantemente hiperactiva-impulsiva.

Tabla 15. Puntuación total del Índice de Hiperactividad. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de la presentación de TDAH.

	Presentación TDAH				<i>F</i>	<i>P</i>
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva-impulsiva	No sabe		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Índice Hiperactividad	18.35(4.66) ^a	14.20(5.74) ^b	19.42(4.01) ^a	15.28(4.24) ^{a,b}	7.62	.000

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

4. Capacidades y dificultades de los/as niños/as y adolescentes

Para el análisis de las capacidades y dificultades que los padres perciben en sus hijos/as, se ha empleado la herramienta *Strengths and Difficulties Questionnaire*

(SDQ). Los análisis estadísticos empleados se centran en la comparación de medias en función de variables como el género, la edad y la presentación predominante de TDAH. Por otro lado, se han calculado los coeficientes de correlación con las puntuaciones en el Índice de Hiperactividad de Conners.

Tabla 16. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Capacidades y Dificultades	Sexo			<i>t</i>	<i>p</i>
	Total muestra	Hijos	Hijas		
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)		
Síntomas emocionales	4.07 (2.37)	4.13 (2.40)	3.92 (2.32)	.48	.63
Problemas de conducta	3.87 (2.44)	3.99 (2.42)	3.56 (2.47)	.92	.35
Hiperactividad	7.36 (1.95)	7.50 (1.99)	7.00 (1.80)	1.37	0.17
Problemas con los compañeros	4.05 (2.36)	3.86 (2.36)	4.56 (2.32)	-1.58	.11
Prosocial	7.07 (2.33)	7.07 (2.23)	7.05 (2.59)	.63	.95
Total dificultades	19.37 (6.27)	19.49 (6.45)	19.05 (5.86)	.37	.71

Tras los análisis de la prueba de comparación de medias, se aprecian medias más elevadas en los hijos en las subescalas de *Síntomas Emocionales*, *Hiperactividad* y *Problemas de Conducta* en comparación con las hijas. Mientras que éstas muestran puntuaciones más altas en relación a los *Problemas con los Compañeros*. En cualquier caso, ninguna de estas diferencias alcanza la significación estadística.

Tabla 17. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de los grupos de edad.

Capacidades y Dificultades	Edad		<i>t</i>	<i>p</i>
	De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)		
Síntomas emocionales	3.92 (2.48)	4.30 (2.20)	-.92	.36
Problemas de conducta	3.63 (2.33)	4.23 (2.57)	-1.43	.15
Hiperactividad	7.61 (1.95)	6.98 (1.90)	1.18	.62
Problemas con los compañeros	4.05 (2.28)	4.05 (2.51)	.10	.99
Prosocial	7.38 (2.02)	6.58 (2.69)	2.01	.45

Capacidades y Dificultades	Edad		<i>t</i>	<i>p</i>
	De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Total dificultades	19.23 (6.33)	19.58 (6.23)	-.32	.75

La presencia de los diferentes problemas no parece guardar relación con la edad de los y las niños/as de la muestra, excepto en las *Dificultades Emocionales* en las que aquellos de mayor edad puntúan levemente más alto, al igual que en los *Problemas de Conducta*; siendo el caso contrario en las subescalas de *Hiperactividad* y *Conducta Prosocial*, en las que las puntuaciones más elevadas se encuentran en los/as participantes de menor edad. Sin embargo, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en relación a los grupos de edad.

A continuación, se analizan las puntuaciones en las subescalas y puntuación total de SDQ en función de la presentación predominante de TDAH de nuestra muestra (Tabla 18).

En la subescala *Síntomas Emocionales*, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los padres y madres con hijos/as con presentación combinada y los padres/madres que desconocen la presentación de TDAH de sus hijos/as. Estos últimos niños y niñas son los que presentan menos *Dificultades Emocionales*. En el caso de la subescala *Hiperactividad*, se advierte que los/as hijos/as con predominio con falta de atención tienen unos niveles de hiperactividad significativamente inferiores al resto de los grupos.

Finalmente, respecto al *total de dificultades* se repite el mismo patrón que en *Hiperactividad*, es decir, solo son significativas las diferencias entre los grupos con presentación combinada y falta de atención. En este caso, al primer grupo corresponden la mayor puntuación en dificultades y al segundo la más baja. El resto de grupos tienen puntuaciones intermedias que no son significativamente distintas a las de los grupos extremos.

Tabla 18. Capacidades y Dificultades (SDQ). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.

Capacidades y Dificultades	Presentación TDAH				F	p
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva-impulsiva	No sabe		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Síntomas emocionales	5.06(2.19) ^a	3.78(2.24) ^{a,b}	3.08(1.88) ^{a,b}	3.16(2.72) ^b	5.38	.00
Problemas de conducta	4.61(2.55)	3.30(2.15)	4.33(2.84)	3.64(2.32)	2.72	.05
Hiperactividad	8.00(1.65) ^a	6.32(2.02) ^b	8.08(1.62) ^a	7.92(1.52) ^a	9.34	.00
Problemas con los compañeros	4.47(2.54)	3.82(2.35)	4.33(2.53)	3.44(1.76)	1.30	.28
Prosocial	6.94(2.29)	7.20(2.48)	7.50(1.83)	6.76(2.54)	0.37	.78
Total dificultades	22.14(6.15) ^a	17.22(5.78) ^b	19.83(4.86) ^{a,b}	18.16(6.62) ^{a,b}	5.97	.00

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

Por último, la correlación entre el *Índice de Hiperactividad* y las subescalas del que componen la herramienta *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (ver Tabla 19), muestra la elevada asociación entre los problemas, principalmente en Hiperactividad y Total de Dificultades, con las puntuaciones en el Índice de Hiperactividad. La relación con la Conducta Prosocial es negativa, aunque irrelevante.

Tabla 19. Correlaciones de las subescalas y puntuación total del SQD con el Índice de Hiperactividad.

	Índice Hiperactividad
<i>Síntomas Emocionales</i>	.40***
<i>Problemas Conducta</i>	.52***
<i>Hiperactividad</i>	.62***
<i>Problemas Compañeros</i>	.31***
<i>Prosocial</i>	-.07
<i>Total Dificultades</i>	.67***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Seguidamente, se detallan las medias de las *Conductas Internalizantes* y *Externalizantes* de la muestra teniendo en cuenta el sexo y la edad.

Tabla 20. Conductas Internalizantes y Externalizantes. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Conductas	Sexo			<i>t</i>	<i>p</i>
	Total muestra	Hijos	Hijas		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Internalizantes	8.13 (3.94)	8.00 (4.08)	8.48 (3.57)	-.65	.51
Externalizantes	11.23 (3.57)	11.49 (3.57)	10.56 (3.51)	1.38	.16

Se aprecian medias más elevadas en las *Conductas Externalizantes* tanto de manera global como teniendo en cuenta la variable sexo de los hijos/as. En concreto, son los niños los que muestran medias más elevadas de conductas externalizantes, mientras que las niñas por su parte muestran medias más elevadas en *Conductas Internalizantes*. No obstante, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en relación con el género de los hijos/as.

Tabla 21. Conductas Internalizantes y Externalizantes. Medias (desviaciones típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de los grupos de edad.

Conductas	Edad		<i>t</i>	<i>p</i>
	De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Internalizantes	7.99 (3.81)	8.36 (4.15)	-.55	.58
Externalizantes	11.24 (3.62)	11.21 (3.52)	.047	.96

Del mismo modo, se observan medias más elevadas en las *Conductas Externalizantes* teniendo en cuenta la variable edad. Sin embargo, estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 22. Problemas Externalizantes e Internalizantes. Medias (desviaciones típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.

Conductas	Presentación TDAH				F	p
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Externalizantes	12.61(2.99) ^a	9.62(3.50) ^b	12.42(4.17) ^{a,b}	11.56(3.34) ^{a,b}	7.14	.00
Internalizantes	9.53(4.04) ^a	7.60(3.63) ^{a,b}	7.42(3.78) ^{a,b}	6.60(3.77) ^b	3.99	.01

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

Como se aprecia en la Tabla 22, tanto en los problemas externalizantes como en los internalizantes, las puntuaciones más elevadas corresponden al grupo de niños con presentación de TDAH combinada. En el caso de los problemas externalizantes, este grupo tiene puntuaciones significativamente superiores a las del grupo de niños con presentación predominante de falta de atención, a los que corresponden las puntuaciones más bajas. Los otros dos grupos no se diferencian de los anteriores ni entre sí.

En cuanto a los *problemas internalizantes*, la puntuación más baja corresponde al grupo de niños cuyos padres desconocen la presentación predominante de TDAH de su hijo/a, que es significativamente más baja que la de los niños con la presentación de TDAH combinada.

Respecto a la relación con el *Índice de Hiperactividad*, ambas correlaciones (.43 y .69, con problemas internalizantes y externalizantes, respectivamente) son elevadas y estadísticamente significativas ($p < .001$), destacando sobre la correlación con los problemas externalizantes (que incluye los problemas de conducta e hiperactividad).

5. Análisis de las variables relativas a la familia

Una vez presentados los principales hallazgos relativos a los aspectos descriptivos de los menores y sus familias, a continuación se procede a exponer los resultados referidos al *Estrés Parental*, *los Estilos Educativos de los padres* y *el Impacto que las conductas de los niños/as tienen sobre la Vida Familiar*. En los

diferentes apartados se ha tenido presente el sexo, la edad, las puntuaciones en el índice de Hiperactividad de Connors y la presentación predominante de TDAH de los y las participantes.

5.1 Estrés parental

Estrés de los padres y madres de los menores de 12 años

En primer lugar, se presenta la distribución de padres en relación al *Estrés Total* obtenido en los menores de doce años, y su posición respecto al nivel de estrés (bajo, normal, riesgo clínico).

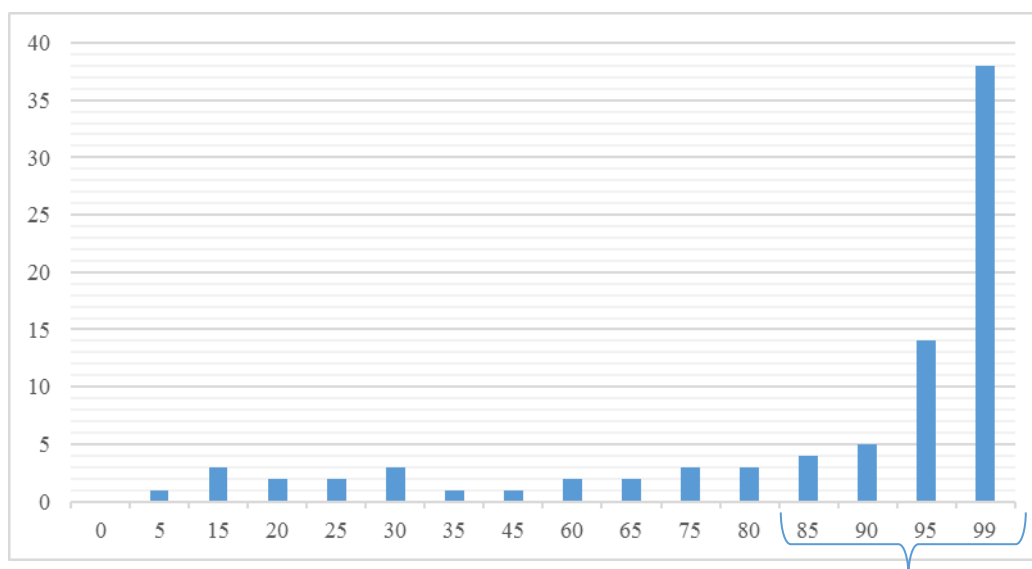


Figura 9. Estrés de los padres de hijos/as menores de 12 años (PSI) expresado en frecuencias.

Como se puede observar en la Figura 9, el 72.7% de los padres de los niños y niñas de la muestra se encuentran en el rango clínico de estrés, es decir, se hallan por encima del percentil 85. Los niveles de estrés de estos padres y madres se consideran de riesgo clínico y, por tanto, con necesidad de recibir tratamiento.

Seguidamente, se presentan los análisis efectuados para examinar la variable *Estrés Parental* en función del género de los hijos/as, a través de la prueba *t* de comparación de medias.

Tabla 23. Estrés Parental (PSI). Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Estrés Parental	Total muestra de 6 a 11 años	Sexo		<i>t</i>	<i>P</i>
		Niños	Niñas		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Malestar paterno	33.95 (9.40)	33.74 (9.28)	34.44 (9.88)	-0.31	.76
Interacción disfuncional padres-hijos	27.61 (8.20)	27.05 (7.71)	27.76 (9.39)	-0.36	.72
Niño difícil	34.33 (10.20)	34.37 (9.97)	34.24 (10.95)	0.05	.96
Estrés global	95.54 (23.01)	95.16 (21.25)	96.44 (27.18)	-0.23	.84

En los análisis basados en la comparación de medias mediante la prueba *t*, no se aprecian diferencias de género significativas en las diferentes subescalas que componen la herramienta. Sin embargo, el *Estrés Global* de los padres y madres de las niñas es ligeramente mayor en comparación con los padres y madres de los niños (niñas: *M* = 96.44, *DT* = 27.18; niños: *M* = 95.16, *DT* = 21.25). Asimismo, se observa como en las subescalas *Malestar paterno* e *Interacción disfuncional padres-hijos* también existe una sutil elevación de las medias en las niñas. De manera general, las subescalas donde los padres obtienen puntuaciones más elevadas son: *Niño difícil* (*M* = 34.33, *DT* = 10.20), seguida de *Malestar paterno* (*M* = 33.95, *DT* = 9.40).

Igualmente, se comparan las puntuaciones de los padres y madres tanto en las subescalas del PSI como en la Escala Global, en función de la presentación predominante de TDAH de sus hijos/as (ver Tabla 24).

Tabla 24. Subescalas PSI y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *F* de comparación de medias en función de la presentación de TDAH.

Estrés Parental	Presentación TDAH				<i>F</i>	<i>P</i>
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Malestar paterno	33.38(7.50)	33.24(10.33)	31.37(9.05)	36.94(11.19)	0.89	.45
Interacción disfuncional padres-hijos	23.39(8.25)	26.96(8.93)	26.50(8.33)	26.78(7.72)	0.23	.87
Niño difícil	37.58(9.14)	33.28(11.35)	35.38(10.98)	30.67(9.25)	1.98	.12

Estrés Parental	Presentación TDAH				<i>F</i>	<i>P</i>
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Estrés global	99.35(21.74)	93.48(26.20)	93.25(26.30)	94.39(20.84)	0.37	.77

En los análisis basados en la prueba *F* de comparación de medias no se aprecian diferencias significativas en los niveles de estrés de los padres y madres en función de la presentación predominante de TDAH de sus hijos/as.

Si analizamos la relación entre las puntuaciones respecto al Estrés de los padres de niños/as menores de 12 años y las puntuaciones en el *Índice de Hiperactividad de Conners* (ver Tabla 25) se puede apreciar que, aunque mantienen correlaciones significativas con todas las dimensiones, éstas son especialmente elevadas con la *puntuación total* y con la subdimensión *Niño difícil*. Se ha de tener en cuenta que esta subdimensión recoge conductas semejantes a las manifestaciones conductuales de los niños hiperactivos recogidas en el Índice de Hiperactividad de Conners.

Tabla 25. Correlaciones de las subdimensiones y puntuación total de estrés (PSI) con el índice de hiperactividad

	<i>Malestar paterno</i>	<i>Interacción disfuncional</i>	<i>Niño difícil</i>	<i>Estrés global</i>
Índice Hiperactividad	.28*	.22*	.52***	.43***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Estrés de los padres y madres de los y las adolescentes

Por su parte, los padres y madres de los/as adolescentes se encuentran distribuidos de manera distinta, en comparación con los menores de 12 años, en función del estrés que les produce tener un hijo/a adolescente con TDAH.

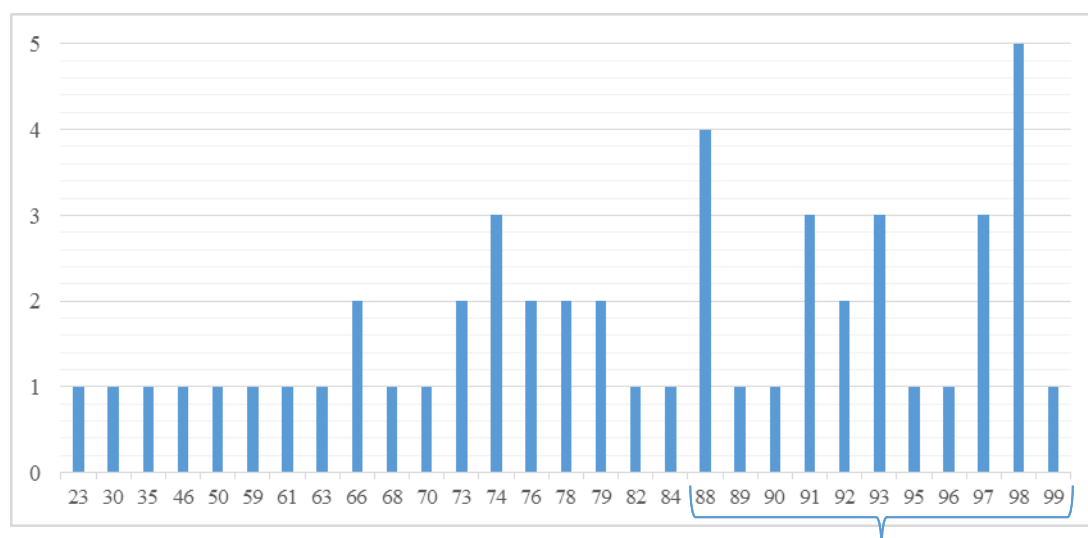


Figura 10. Estrés de los padres de hijos/as a partir de 12 años (SIPA) expresado en frecuencias

Como se puede apreciar en la Figura 10, más del 52% de los padres y madres de adolescentes se encuentran en el rango clínico de estrés. Mientras que el 48% restante se distribuye principalmente en niveles más cercanos al riesgo clínico y al de estrés normativo. En estas familias, no hallamos padres por debajo del percentil 15.

Tabla 26. Estrés Parental (SIPA).Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Estrés Parental	Total muestra A partir de 12 años	Sexo		<i>t</i>	<i>P</i>
		Chicos	Chicas		
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Labilidad emocional	33.34(9.57)	32.44(9.25)	35.64(10.35)	-1.06	.29
Aislamiento social	27.84(7.86)	26.94(7.49)	30.14(8.60)	-1.30	.20
Delincuencia antisocial	21.02(6.71)	21.33(6.88)	20.21(6.43)	0.54	.59
Fracasar en el logro	37.66(5.56)	38.27(5.65)	36.07(5.18)	1.32	.20
DOMINIO ADOLESCENTE	119.86(22.31)	119.00(22.81)	122.07(21.63)	-0.44	.66
CALIDAD INTERACCIÓN PADRES-HIJOS	40.38(11.55)	39.75(10.97)	42(13.24)	-0.61	.54
Restricciones de la vida	26.82(7.82)	26.13(7.18)	28.57(9.34)	-0.99	.33
Relaciones con la pareja	22.62(7.49)	21.44(7.09)	25.64(7.88)	-1.82	.08
Alienación social	15.30 (4.79)	14.88(4.38)	16.35(5.75)	-0.97	.34
Incompetencia/culpa	22.18(5.32)	21.82(5.69)	23.07(4.35)	-0.73	.47
DOMINIO PADRES	86.78(21.36)	84.11(20.37)	93.64(23.07)	-1.43	.16
Estrés total	247.02(47.99)	242.86(47.39)	257.71(47.81)	-0.99	.33

Al igual que ocurriera en las menores de doce años, los padres y madres de las niñas adolescentes obtienen puntuaciones ligeramente más elevadas en comparación con los padres y madres de los niños, tanto en el *Dominio Adolescente* como en el *Dominio Calidad de la interacción* y en el *Dominio Padres*. Asimismo, el *Estrés Total* también alcanza puntuaciones más elevadas en los padres y madres de las niñas con más de doce años. Tan solo en la subescala del Dominio adolescente *Fracasar en el logro*, los niños con más de doce años son percibidos por sus padres y madres de manera más negativa a la hora de perseverar en alcanzar sus metas, superando en este caso las puntuaciones ofrecidas por los padres y madres de las niñas. No obstante, en ningún caso se alcanzan diferencias significativas.

Del mismo modo, se comparan las puntuaciones de los padres y madres tanto en las subescalas del SIPA como en la escala global en función de la presentación predominante de TDAH de sus hijos/as (ver tabla 27), a través de análisis basados en la prueba *F* de comparación de medias.

Tabla 27. Estrés parental (SIPA). Subescalas y puntuación total. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *F* de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.

Estrés Parental	Presentación predominante TDAH				<i>F</i>	<i>P</i>
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Labilidad emocional	37.13(10.68)	30.58(9.07)	35.00(5.83)	35.83(.50)	1.71	.18
Aislamiento social	29.47(7.53)	28.38(7.76)	25.75(11.03)	23.33(7.74)	0.98	.41
Delincuencia antisocial	25.33(8.10) ^a	18.63(4.75) ^b	23.25(6.65) ^{a,b}	19.17(5.60) ^{a,b}	3.93	.01
Fracasar en el logro	39.40(5.11)	36.88(5.21)	39.50(9.61)	34.83(5.04)	1.31	.28
DOMINIO ADOLESCENTE	131.33(27.34)	114.46(17.56)	123.50(20.92)	113.17(21.26)	2.12	.11
Calidad interacción padres-hijos	48.20(10.44) ^a	35.79(10.82) ^b	45.50(10.28) ^{a,b}	36.67(8.62) ^{a,b}	4.92	.01
Restricciones de la vida	30.00(8.20)	25.21(7.72)	28.00(8.60)	24.33(6.44)	1.40	.25
Relaciones con la pareja	26.07(9.92)	20.96(4.98)	24.75(8.30)	19.33(7.31)	2.03	.12
Alienación social	17.20(5.49)	14.63(3.83)	18.00(3.56)	11.67(5.50)	2.74	.05
Incompetencia/	24.80(5.10)	20.30(4.51)	25.00(5.66)	20.83(6.77)	2.93	.04

Estrés Parental	Presentación predominante TDAH				F	P
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
culpa						
DOMINIO PADRES	98.07(23.40)	80.88(17.24)	95.75(21.33)	76.17(23.44)	3.02	.04
Estrés total	277.60(52.69) ^a	231.13(34.74) ^b	264.75(45.90) ^{a,b}	226.00(51.25) ^{a,b}	4.18	.01

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

En general, no se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones de padres y madres en las subescalas que componen la herramienta y puntuación total del SIPA. De hecho, aunque globalmente la prueba F es estadísticamente significativa para la subescala *Incompetencia/Culpa* y la dimensión *Dominio Padres*, en estos casos las pruebas de comparación de medias dos a dos no arrojan diferencias significativas. Las únicas diferencias relevantes se dan para la subescalas *Delincuencia/Antisocial*, *Calidad interacción padres/hijos* y en la *Puntuación Total de Estrés*. Para las tres variables, las diferencias se dan siempre en el mismo sentido, esto es: las puntuaciones en estrés de los padres con hijos/as con presentación de TDAH combinada, son significativamente superiores a las de los padres con hijos/as con presentación con predominio en falta de atención. Los otros dos grupos de padres/madres obtendrían puntuaciones intermedias que no se diferencian significativamente de ninguno de los grupos extremos.

En la tabla siguiente aparecen las correlaciones de las subescalas y puntuación total de SIPA con el Índice de Hiperactividad.

Tabla 28. Correlaciones de las subdimensiones y puntuación total de estrés (SIPA) con el Índice de Hiperactividad.

	Dominio Adolescente		Dominio Padres
Labilidad emocional	.53***	Calidad interacción padres-hijos	.48***
Aislamiento social	.07	Restricciones de la vida	.29*
Delincuencia antisocial	.58***	Relaciones con la pareja	.29*
Fracasar en el logro	.40**	Alienación social	.33*
DOMINIO ADOLESCENTE	.53***	Incompetencia/culpa	.48**
Estrés Total (SIPA)	.55***	DOMINIO PADRES	.40**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En general, se aprecian correlaciones elevadas y significativas, excepto para la subescala *Aislamiento social*. Son especialmente elevadas las correlaciones entre las puntuaciones en el *Índice de Hiperactividad y Delincuencia antisocial* o entre *Índice de Hiperactividad y Puntuación total* en el SIPA.

Estrés parental para toda la muestra

Como se ha explicado anteriormente en la presentación de los instrumentos, se ha obtenido una nueva variable con todos los sujetos de la muestra, expresada en puntuaciones T, para de este modo comparar el nivel de estrés todos los padres/madres independientemente del instrumento utilizado.

Esta nueva variable de *Estrés Global* tiene, para toda la muestra, puntuaciones que oscilan entre 33.55 y 73.26 ($M = 62.58$, $DT = 10.04$). La puntuación media para toda la muestra está por encima de la puntuación media correspondiente a una población estadísticamente normal, que sería 50. Esto es congruente con la información que se ofrece en páginas anteriores, según la cual más de la mitad de los padres y madres de los niños y niñas mayores de 12 años, y más del 70% de los padres/madres de los y las pequeñas, ocupan percentiles superiores a 85.

Con esta nueva variable de estrés para toda la muestra, se realizan comparaciones de medias en función de las mismas variables: género y presentación predominante de TDAH, añadiéndole grupo de edad. Respecto a esta última variable, dados los valores ya comentados, se espera que los padres de los niños más pequeños tengan puntuaciones más elevadas en la escala de *Estrés Global*.

Tabla 29. Estrés global. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba de comparación de medias en función del género, grupo de edad y presentación predominante de TDAH.

		Estrés parental	Contraste estadístico	p
Género	Hijos	62.48(9.65)	$t = -0.18$.86
	Hijas	62.82(11.05)		
Grupos de edad	De 6 a 11 años	64.04(11.17)	$t = 2.46$.02
	A partir de 12 años	60.13(7.21)		
Presentación TDAH	Combinada	64.42(8.70)	$F = 2.11$.10
	Falta de atención	60.29(10.39)		
	Hiperactiva-Impulsiva	62.91(11.59)		
	No sabe	62.22(10.62)		

Los datos globales se comportan tal y como cabría esperar a la vista de los análisis realizados previamente:

- por un lado, en ningún caso se encuentran diferencias (ni en SIPA ni en PSI) entre niños y niñas, por lo que era de esperar que en la puntuación global no las hubiese;
- por otro, ya se había observado que los padres de los niños más pequeños padecían mayores niveles de estrés, cuando se comparaban percentiles. Por lo tanto, ahora con la nueva variable, esa diferencia aparece como estadísticamente significativa;
- y, finalmente, de las 17 puntuaciones de estrés analizadas (incluyendo todas las subescalas y puntuaciones totales de SIPA y PSI) sólo en tres se apreciaban diferencias entre dos grupos (presentación combinada frente a falta de atención). Esa diferencia vuelve a aparecer en la puntuación global, aunque ya no es estadísticamente significativa como cabría esperar, ya que en el 82% (14 de 17) de los análisis previos esa diferencia no era estadísticamente significativa.

Por último, la elevada correlación entre las puntuaciones del *Índice de Hiperactividad de Connors* y esta *Puntuación global de estrés* (.42, $p < .001$), abunda en la misma dirección ya apuntada respecto a las puntuaciones totales del PSI y SIPA, por separado, es decir, cuanto mayor es el número y la gravedad de síntomas de TDAH presentados por niños/as y adolescentes mayor es el nivel de estrés que manifiestan tener sus padres.

5.2 Estilos educativos

En este apartado se analizan las diferencias en cuanto a los *Estilos Educativos* que utilizan los padres y madres en la crianza de sus hijos/as con TDAH en función del género, la edad y la presentación predominante de TDAH.

Tabla 30. Estilos Educativos. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Estilos Educativos	Toda la muestra	Sexo		<i>t</i>	<i>p</i>	
		Hijos	Hijas			
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			
Afecto	Afecto-Comunicación	44.36(4.63)	44.50(4.57)	44.00(4.80)	0.57	.57
	Crítica-Rechazo	21.14(5.21)	21.25(5.28)	20.85(5.08)	0.41	.68
Normas-Exigencias	Estilo democrático	40.94(5.44)	41.15(5.25)	40.41(5.94)	.72	.47
	Estilo autoritario	28.81(6.26)	28.66(6.14)	29.21(6.62)	-0.46	.65
	Estilo indulgente	17.10(5.27)	17.52(5.35)	16.00(4.95)	1.54	.13

Como se observa en la Tabla 30, el *Estilo Democrático* es el que predomina entre los padres y madres de la muestra, seguido del *Autoritario* y el *Indulgente*. Por su parte, la dimensión *Afecto-Comunicación* ($M = 44.36$, $DT = 4.63$) muestra un alto valor en comparación con la de *Crítica-Rechazo* ($M = 21.14$, $DT = 5.21$). Respecto al género, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los estilos educativos empleados con los hijos e hijas.

Tabla 31. Estilos Educativos. Medias (desviaciones típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de los grupos de edad.

Estilos Educativos		Grupos de edad		<i>t</i>	<i>p</i>
		De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
		<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Afecto	Afecto-Comunicación	45.52(3.58)	42.56(5.45)	3.55	.00
	Crítica-Rechazo	20.72(4.89)	21.78(5.65)	-1.18	.24
Normas-Exigencias	Democrático	40.80(5.54)	41.16(5.32)	-0.39	.70
	Autoritario	29.39(6.19)	27.93(6.31)	1.35	.18
	Indulgente	16.72(5.18)	17.69(5.39)	-1.07	.29

En relación a la edad de los menores, en la dimensión *Afecto-Comunicación* y *Estilo Autoritario* se observan medias ligeramente más elevadas en los niños y niñas de menor edad. Mientras que la dimensión *Crítica-Rechazo*, *Estilo Democrático* y *Estilo Indulgente*, son algo más elevadas en los sujetos de mayor edad. Sin embargo, las únicas diferencias significativas se dan en la dimensión *Afecto-Comunicación*.

Tabla 32. Estilos Educativos. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH

Estilos Educativos	Presentación de TDAH				<i>F</i>	<i>p</i>	
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva- Impulsiva	No sabe			
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			
Afecto	Afecto- Comunicación	45.00(3.94)	44.26(5.51)	43.58(3.50)	43.12(4.41)	1.01	.39
	Crítica- Rechazo	20.98(5.86)	20.06(4.33)	23.08(4.54)	23.12(5.49)	2.53	.06
Normas- Exigencias	Democrático	41.96(4.28)	40.44(6.25)	39.67(7.06)	40.04(4.94)	1.14	.33
	Autoritario	29.24(6.34)	27.12(6.64)	32.08(5.32)	30.04(5.05)	2.80	.04
	Indulgente	16.80(4.60)	17.28(5.94)	17.00(5.90)	17.68(4.90)	0.17	.92

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

En general, no se aprecian diferencias significativas entre la presentación predominante de TDAH respecto a los estilos educativos parentales. Así, aunque es cierto que los padres y madres de los sujetos con presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva muestran puntuaciones más elevadas en la dimensión *Crítica-Rechazo* y *Estilo Autoritario* que los que presentan predominio en falta de atención, al aplicar la prueba post-hoc de Scheffé vemos que esas diferencias no son estadísticamente significativas.

Al correlacionar las puntuaciones en el *Índice de Hiperactividad de Conners* con las dimensiones propias de los Estilos Educativos encontramos, como se aprecia en la Tabla 33, que solo se dan correlaciones significativas con las dimensiones *Rechazo-Crítica* y *Autoritario*.

Tabla 33. Correlaciones de los estilos educativos con el Índice de Hiperactividad.

	<i>Afecto</i>		<i>Normas-Exigencias</i>		
	<i>Afecto-Comunicación</i>	<i>Rechazo-Crítica</i>	<i>Democrático</i>	<i>Autoritario</i>	<i>Indulgente</i>
Índice Hiperactividad	-.04	.41***	-.06	.29***	.17

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Así pues, parece que a niveles elevados de hiperactividad de los niños/as o adolescentes se les asocian un mayor número de críticas y expresiones de rechazo por parte de los padres. Asimismo, aparecen mayor número de expresiones de autoritarismo y rigidez en las interacciones padres-hijos.

5.3 Impacto en la vida familiar

En este apartado, se procede al análisis de las dimensiones de la *Vida Familiar* más relevantes que se ven afectadas por la presencia del TDAH como los *Sentimientos* y *Actitudes* de los padres, la *Vida Social* familiar, la *Economía* de la familia, la *Relación en el Matrimonio* y la *Relación con los Iguales* de la familia. A continuación, se pasa a detallar cada una de ellas.

Para la interpretación de los resultados relativos al impacto debemos tener en cuenta que las subescalas de este instrumento cuentan con diferente número de ítems tal y como se ha expuesto en el apartado de Instrumentos de evaluación en el capítulo de Método. Así, las escalas en las que aparecen un mayor impacto son Impacto en la *Economía* (7 ítems, media teórica de 3.5), seguido por *Sentimientos* y *Actitudes* de los padres (15 ítems, media teórica de 7.5). A mayor distancia de las medias teóricas de las subescalas están impacto en la *Relación de Pareja* (7 ítems, media teórica de 3.5), impacto sobre sus *Iguales* (9 ítems, media teórica de 4.5) y, finalmente, el impacto en la *Vida Social* de la familia (10 ítems, media teórica de 5).

Tabla 34. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Impacto Vida Familiar	Sexo		<i>t</i>	<i>p</i>	
	Total muestra	Hijos			Hijas
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>			<i>M (DT)</i>
Sentimientos y Actitudes	7.05 (4.01)	6.82 (4.13)	7.64 (3.65)	-1.08	.28
Vida social	2.30 (2.83)	2.05 (2.66)	2.97 (3.18)	-1.71	.09
Economía	3.32 (2.09)	3.19 (2.09)	3.66 (2.10)	-1.20	.23
Matrimonio	2.25 (2.09)	2.06 (2.05)	2.77 (2.14)	-1.71	.08
Iguales	3.03 (2.23)	2.91 (2.13)	3.32 (2.47)	-.94	.34

En cuanto a posibles diferencias de género, como se puede observar en la Tabla 34, se advierte que todos los aspectos de la vida familiar medidos a través del instrumento utilizado, se encuentran ligeramente más elevadas en las hijas en comparación con los hijos. Sin embargo, estas diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

Tabla 35. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función de los grupos de edad.

Impacto Vida Familiar	Edad		<i>t</i>	<i>p</i>
	De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Sentimientos y actitudes	6.66 (3.95)	7.63 (4.07)	-1.39	.16
Vida social	2.42 (2.72)	2.12 (3.00)	.61	.54
Economía	3.11 (2.13)	3.63 (2.02)	-1.42	.15
Matrimonio	2.17 (1.94)	2.37 (2.32)	-.51	.61
Iguales	2.74 (2.02)	3.48 (3.50)	-1.84	.06

En la muestra, no se aprecian diferencias significativas entre las medias para los dos grupos de edad. No obstante, las subescalas referidas al impacto en los *Sentimientos y Actitudes*, *Iguales*, *Economía* y *Matrimonio* se aprecian medias levemente más elevadas en los hijos/as de mayor edad. Mientras que el impacto en la

Vida Social, son los padres/madres de los y las menores de doce años los que muestran una media algo más elevada.

Tabla 36. Impacto en la Vida Familiar. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba F de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.

Impacto Vida Familiar	Presentación TDAH				F	p
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva-impulsiva	No sabe		
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
Sentimientos y actitudes	7.06 (4.22)	6.67 (3.56)	8.25 (3.19)	7.72 (4.52)	.72	.41
Vida social	2.89 (3.24)	1.57 (2.26)	2.83 (2.94)	2.52 (2.91)	1.93	.11
Economía	4.06 (1.95) ^a	3.08 (2.10) ^{a,b}	3.16 (2.62) ^{a,b}	2.56 (1.87) ^b	3.47	.02
Matrimonio	2.41 (2.43)	2.20 (2.01)	3.00 (1.88)	1.83 (1.60)	.83	.48
Iguales	3.78 (2.49)	2.52 (1.95)	3.55 (2.06)	2.45 (2.10)	3.25	.02

Superíndices distintos (a, b, c, d) indican diferencias estadísticamente significativas. Prueba: ANOVA de un factor. Contrastes post-hoc: Scheffé. Sin superíndices cuando no hay diferencias estadísticamente significativas.

En relación al impacto en la vida familiar teniendo presente la presentación predominante del TDAH, se puede observar que existen diferencias en el Impacto en la *Economía Familiar* y en las *Relaciones con los Iguales*. No obstante, cuando se realiza la prueba Scheffé de comparación de medias dos a dos, se encuentra que respecto al impacto en la *Economía* solo hay diferencias significativas entre las familias cuyo hijo/a presenta un TDAH con presentación combinada y aquellas otras que desconocen la presentación predominante de TDAH de su hijo/a. Respecto a los *Iguales*, aunque globalmente hay diferencias y la prueba de ANOVA es significativa, al realizar los análisis de comparación de medidas dos a dos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Las correlaciones entre las dimensiones de *Impacto Familiar* y las puntuaciones en el *Índice de Hiperactividad de Conners* (ver Tabla 37) muestran una relación directa y significativa, en la mayoría de las variables: el número de síntomas de TDAH y la gravedad de los mismos, están estrechamente relacionados con una percepción más negativa sobre el grado en que las conductas de sus hijos/as alteran la vida social de la familia o se traducen en la expresión de un mayor número de sentimientos negativos hacia sus hijos/as, principalmente.

Tabla 37. Correlaciones entre Impacto en la Vida Familiar e Índice de Hiperactividad.

	<i>Sentimientos y actitudes</i>	<i>Vida social</i>	<i>Economía</i>	<i>Matrimonio</i>	<i>Iguals</i>
Índice Hiperactividad	.34***	.42***	.17*	.22*	.31***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

5.4 Apoyo social percibido

Para analizar los apoyos con lo que cuenta la familia en la crianza del hijo/a con TDAH, se han estudiado variables del apoyo familiar teniendo presente a la *Familia, Amigos y Persona Especial*. A continuación, se procede a exponer el apoyo social percibido por los padres y madres en función del género, edad y presentación de TDAH de sus hijos/as. Asimismo, se exponen las correlaciones con el *Índice de Hiperactividad de Connors*.

Como se aprecia en la Tabla 38, la puntuación obtenida en relación al *Apoyo Social Total* es bastante elevada (62.52) en relación al valor máximo que se podría obtener (84). Por otra parte, los padres y madres informan que perciben el mayor apoyo desde una persona especial, seguido de familia y amigos.

Tabla 38. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del género de los hijos/as.

Apoyo Social Percibido	Toda la muestra	Sexo		<i>t</i>	<i>p</i>
		Hijos <i>M (DT)</i>	Hijas <i>M (DT)</i>		
Persona especial	22.65(5.27)	22.66(5.24)	22.53(5.42)	0.14	.89
Familia	20.86(6.26)	20.78(6.05)	21.08(6.85)	-0.25	.80
Amigos	18.95(6.35)	18.57(6.08)	19.92(6.99)	-1.13	.26
Apoyo total	62.52(14.31)	62.17(14.67)	63.45(13.45)	-0.47	.64

Sin embargo, no se aprecian diferencias significativas teniendo presente el género de sus hijos/as, tan solo medias ligeramente más elevadas en el caso de las hijas.

Tabla 39. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *t* de comparación de medias en función del grupo de edad

Apoyo Social Percibido	Grupo de edad		<i>t</i>	<i>p</i>
	De 6 a 11 años	A partir de 12 años		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Persona especial	23.16(5.18)	21.78(5.35)	1.52	.13
Familia	20.91(6.47)	20.80(5.98)	0.10	.92
Amigos	19.52(6.12)	18.07(6.65)	1.32	.19
Apoyo total	63.59(13.98)	60.81(14.79)	1.11	.27

Como se observa, aunque en general parece que los padres y madres de los/as más pequeños/as perciben un mayor apoyo social, tanto en el total como en las distintas subdimensiones que conforman la herramienta, esa diferencia no es estadísticamente significativa en ningún caso.

Tabla 40. Apoyo Social Percibido por los padres y madres. Medias (Desviaciones Típicas) y prueba *F* de comparación de medias en función de la presentación predominante de TDAH.

Apoyo social Percibido	Presentación TDAH				<i>F</i>	<i>p</i>
	Combinada	Falta de atención	Hiperactiva-Impulsiva	No sabe		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
Persona especial	22.43(5.50)	22.49(4.31)	22.67(7.34)	2.92(5.74)	0.05	.98
Familia	19.65(7.10)	22.02(5.13)	21.18(5.98)	20.88(6.79)	1.18	.32
Amigos	17.73(6.69)	19.54(5.95)	20.08(6.88)	19.36(6.22)	0.90	.44
Apoyo total	59.82(16.32)	64.00(12.01)	65.45(16.96)	63.16(13.33)	0.92	.43

Del mismo modo, parece que los padres cuyos hijos/as tienen un diagnóstico predominantemente hiperactivo-impulsivo son los que perciben mayor apoyo social, lo cierto es que las diferencias no son estadísticamente significativas para ninguna de las variables analizadas.

Tal y como se podía esperar, las correlaciones entre las medidas de *Apoyo Social Total* y el *Índice de Hiperactividad* (Tabla 41) son negativas, esto es, las

familias perciben menor grado de apoyo cuanto más numerosos y graves son los síntomas de TDAH de sus hijos/as, sobre todo respecto a la familia.

Tabla 41. Correlaciones entre Apoyo Social e Índice de Hiperactividad

	<i>Persona especial</i>	<i>Familia</i>	<i>Amigos</i>	<i>Apoyo Social (Total)</i>
Índice Hiperactividad	-.17*	-.28**	-.11	.23**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

6. Análisis de las relaciones entre las variables del niño, de familia y contextuales

Más allá de la descripción de estas variables y de su relación con otras variables sociodemográficas o indicadores del TDAH de los niños/as y adolescentes, en este apartado se aportan evidencias empíricas que corroboren las posibles relaciones que los modelos teóricos y la literatura científica establecen entre las variables de los niños/as y adolescentes, de la familia y del contexto. Para realizar análisis con toda la muestra al completo, utilizaremos la medida de *Estrés Global* (puntuaciones T que incluyen a toda muestra) en vez de las puntuaciones diferencias (PSI o SIPA) en función de la edad.

6.1 Estrés parental

Estrés parental y estilos educativos

En la tabla siguiente, se muestran los resultados de las correlaciones entre el *Estrés Parental* y *Estilos Educativos* de las familias que han participado en la investigación.

Tabla 42. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y Estilos Educativos.

		Estrés Parental
Afecto	Afecto-Comunicación	-.10
	Crítica-Rechazo	.47***
Normas-Exigencias	Democrático	-.21*
	Autoritario	.26**
	Indulgente	.17

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Como se refleja en esta Tabla 42, destaca sobre todo la correlación entre el *Estrés Parental* y la dimensión *Crítica-Rechazo* de los Estilos Educativos. Como se observa, a mayor expresión de crítica y rechazo hacia las conductas de los niños/as corresponden mayores niveles de Estrés Parental (o cuanto más estrés mayor número de expresiones de crítica-rechazo hacia los/as hijos/as). Igualmente, se aprecia una relación significativa y positiva con respecto a las expresiones de *Autoritarismo*. Por el contrario, las prácticas educativas de los padres y madres *Democráticas* parecen asociarse a un menor nivel de *Estrés Parental*.

Estrés parental e impacto en la vida familiar

En este apartado, se procede a analizar las correlaciones entre el *Estrés Parental* e *Impacto en la Vida Familiar* de tener un/a hijo/a con TDAH.

Tabla 43. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental e Impacto en la Vida Familiar.

	Estrés Parental
Sentimientos	.48***
Vida social	.46***
Economía	.32***
Matrimonio	.27**
Iguales	.40***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En los resultados obtenidos en las correlaciones entre el *Estrés Parental* e *Impacto en la Vida Familiar*, se aprecian diferencias significativas. Esto es, existe una estrecha relación entre el impacto que las conductas de los niños y niñas tienen sobre la vida familiar y los niveles de estrés experimentados por los padres/madres. Son especialmente destacables las relaciones de Estrés Parental con los Sentimientos de los padres y madres hacia los/as hijos/as, y con el grado de afectación de su Vida Social. Los niveles de Estrés Parental se asocian a Sentimientos y Actitudes negativos respecto a los/as niños/as y con una grave afectación de la Vida Social de la familia. Por otro lado, también se constata que en la medida que los problemas de estos niños y niñas alteran la vida de sus hermanos o de otros niños de su entorno, se incrementa la percepción de Estrés Parental.

Estrés Parental y Apoyo Social Percibido

Para analizar la relación entre estas variables, se ha calculado coeficientes de correlación de Pearson, cuyos datos se presentan en la Tabla 44.

Tabla 44. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y Apoyo Social Percibido.

	Estrés Parental
Persona especial	-.16
Familia	-.24**
Amigos	-.27**
Apoyo total	-.28**

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

Como puede apreciarse, aunque las correlaciones no son muy elevadas, la relación es siempre en el mismo sentido, es decir, cuanto mayor es el apoyo social percibido menor nivel de estrés por parte de madres y padres.

Estrés Parental y SDQ

Las correlaciones entre las puntuaciones de *Estrés Parental* y las *Capacidades y Dificultades* en los/as hijo/as expresadas por los padres, se detallan a continuación:

Tabla 45. Correlaciones entre las puntuaciones de Estrés Parental y SDQ.

	Estrés Parental
Síntomas emocionales	.37***
Problemas de conducta	.47***
Hiperactividad	.29**
Compañeros	.19*
Prosocial	-.26**
Total problemas	.48***
Externalizantes	.47***
Internalizantes	.34***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tal y como se aprecia en la matriz de correlaciones, los *Problemas y Dificultades* de los niños y niñas, sobre todo los de carácter externalizante, están

claramente asociados con los niveles de estrés de los padres/madres. Las conductas que menos influyen en el estrés parental son los problemas que los y las niñas tienen con sus compañeros/as, que parecen no afectar directamente a los padres/madres. En sentido contrario, los incrementos en la *Conducta Prosocial* de los niños y niñas, se traducen en una reducción del estrés parental.

6.2 Estilos Educativos

Estilos Educativos e Impacto en la Vida Familiar

El impacto en los *Sentimientos y Actitudes* hacia sus hijos/as, correlaciona de manera significativa con la dimensión *Crítica-Rechazo* y, aunque algo más bajas, con los estilos educativos *Autoritario* e *Indulgente*; correlacionando, de manera inversa, con la dimensión *Afecto-Comunicación* y estilo *Democrático*.

Tabla 46. Correlaciones entre las puntuaciones de Estilos Educativos e Impacto en la Vida Familiar.

	Afecto		Normas-Exigencias		
	Afecto-Comunicación	Crítica-Rechazo	Democrático	Autoritario	Indulgente
Sentimientos	-.42***	.66***	-.37***	.28**	.26**
Vida social	-.03	.58***	-.17*	.33***	.16
Economía	.004	.22*	-.11	.22**	.10
Matrimonio	-.17	.25**	-.24**	.10	.31***
Iguales	-.19*	.33***	-.24**	.10	.14

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A mayor crítica-rechazo, mayores *Sentimientos y Actitudes* negativas hacia sus hijos/as, y mayor alteración de la *Vida Social* de la familia, viéndose afectada de manera negativa. Además, cuando la dimensión *Crítica-Rechazo* está más presente en la familia, se advierten más problemas en la relación de pareja (matrimonio) y más problemas de los y las menores con sus iguales. En general, se constata que los problemas familiares, expresados a través del impacto que tienen las conductas de los hijos/as en la vida familiar, están más relacionados con los estilos parentales inadecuados (Crítica, Autoritarismo, Indulgencia) que con los estilos más adecuados (Afecto-Comunicación o Estilo Democrático).

Estilos educativos y apoyo social

Como puede observarse, aunque las correlaciones son bajas estas nos indican que los padres y madres que más rechazan-criticar a sus hijos/as, son a su vez los que perciben menor Apoyo Social. Lo mismo les ocurre a los padres y madres con elevadas puntuaciones en Autoritarismo o en Indulgencia. Por el contrario, los padres y madres parecen percibir mayor grado de Apoyo Social cuanto más Democrático es su estilo educativo.

Tabla 47. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido y Estilos Educativos

		Persona Especial	Familia	Amigos	Apoyo Social Total
Afecto	Afecto-Comunicación	.11	.16	.10	.15
	Crítica-Rechazo	-.26**	-.37***	-.31***	-.39***
Normas-Exigencias	Democrático	.25**	.26**	.22**	.29**
	Autoritario	-.11	-.11	-.25**	-.19*
	Indulgente	-.32***	-.21*	-.20*	-.30***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Estilos Educativos y SDQ

Los análisis realizados muestran correlaciones significativas entre la dimensión *Crítica-Rechazo* y las diferentes subescalas del SDQ. Se aprecian más actitudes de *Crítica-Rechazo* de los padres/madres cuando están presentes *Problemas de Conductas*, principalmente externalizantes.

Tabla 48. Correlaciones entre las puntuaciones de Estilos Educativos y SDQ.

	Afecto		Normas-Exigencias		
	Afecto-Comunicación	Crítica-Rechazo	Democrático	Autoritario	Indulgente
Síntomas emocionales	.90	.19*	.02	.23**	.53
Problemas de conducta	-.25**	.55***	-.08	.29***	.21*
Hiperactividad	-.45	.25**	-.07	.15	.01
Compañeros	.11	.20*	.04	.12	.05
Prosocial	.50***	-.41***	.42***	-.11	-.23**

	Afecto		Normas-Exigencias		
	Afecto-Comunicación	Crítica-Rechazo	Democrático	Autoritario	Indulgente
Total dificultades	-.04	.44***	-.03	.29***	.12
Externalizantes	-.19*	.51***	-.09	.28**	.15
Internalizantes	.12	.23**	.04	.21*	.06

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Del mismo modo, la presencia de *Problemas de Conducta* en los/as hijos/as, se relaciona con un *Estilo Autoritario* en los padres/madres. Por el contrario, la presencia de *Conductas Prosocial* en estos niños y niñas, correlaciona de manera significativa con el *Estilo Democrático* y la dimensión *Afecto-Comunicación* en los padres/madres.

6.3 Impacto en la vida familiar

Impacto en la Vida Familiar y Apoyo Social

Como se aprecia en la Tabla 49, cuanto más afectada se ve la vida familiar menor es el grado de apoyo social percibido.

Tabla 49. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido e Impacto sobre la Vida Familiar.

	Persona Especial	Familia	Amigos	Apoyo Social Total
Sentimientos	-.23**	-.32***	-.32***	-.36***
Vida social	-.18*	-.29**	-.42***	-.37***
Economía	-.043	-.137	-.33***	-.22*
Matrimonio	-.34***	-.33***	-.17	-.33***
Iguales	-.12	-.21*	-.27**	-.25**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Los análisis realizados reflejan que existe una clara relación (inversa) entre el apoyo de los Amigos y el grado de impacto que sobre la familia ejercen las conductas de estos niños/as. Principalmente, está relacionada con la *Vida Social*: se asocia la reducción de la vida social, además de a los problemas de los niños/as, al bajo apoyo de los amigos. En general, cuanto más alterada perciben su vida familiar, menos ayuda o apoyo reciben de su entorno (o creen que reciben).

Impacto en la Vida Familiar y SDQ

Como puede observarse en la Tabla 50, donde se muestran las correlaciones entre las Capacidades y Dificultades (SDQ) e Impacto en la Vida Familiar, los *Problemas de Conducta* de los niños y niñas tienen su impacto en la *Vida Social*, en los *Sentimientos y Actitudes* de los padres-madres, la relación de sus hijos con sus *Iguales* y, con menor nivel, en la *Economía* de la familia. Por su parte, los *Síntomas Emocionales* correlacionan de manera significativa con la *Vida Social* de la familia, seguida de *Sentimientos y Actitudes* de los padres-madres, la relación de sus hijos con sus *Iguales* y en la *Economía*.

Tabla 50. Correlaciones entre las puntuaciones de SDQ e Impacto en la Vida Familiar.

	Sentimientos	Vida social	Economía	Matrimonio	Iguales
Síntomas emocionales	.24**	.31***	.21*	.13	.20*
Problemas de conducta	.60***	.43***	.10	.21*	.39***
Hiperactividad	.23**	.28**	.11	-.02	.17*
Compañeros	.25**	.38***	.13	.12	.28**
Prosocial	-.51***	-.21*	-.07	-.12	-.31***
Total dificultades	.49***	.52***	.21*	.17	.39***
Externalizantes	.53***	.45***	.13	.13	.37***
Internalizantes	.29***	.42***	.21*	.15	.29**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

La presencia de *Problemas de Conducta* en estos niños y niñas con TDAH, refleja un mayor impacto en los *Sentimientos y Actitudes* de los padres/madres, así como un mayor impacto en la *Vida Social*, dado que tienen que explicar continuamente las conductas de sus hijos/as o evitar las salidas en familia. Además, se puede observar que estos problemas de conducta se corresponden con mayores *Problemas con sus Iguales*, dado los problemas de comportamientos que interfieren en sus relaciones sociales.

Los análisis realizados, reflejan que existe una clara relación (inversa) entre la *Conducta Prosocial* de los/as hijos/as, y los *Sentimientos y Actitudes* que sus padres/madres tienen hacia ellos/as, la relación con sus *Iguales*, y en menor grado, la *Vida Social* de su familia.

Las *Conductas Externalizantes* de estos menores con TDAH tienen un claro reflejo en los *Sentimientos y Actitudes* de los padres-madres hacia sus hijos/as, así como sobre la *Vida Social* y en la relación con los *Iguales*. En la misma dirección, aunque con correlaciones algo más bajas, las *Conductas Internalizantes* tienen su impacto en la *Vida Social, Sentimientos y Actitudes*, relación con los *Iguales* y *Economía* familiar.

6.4 Apoyo social

Apoyo social y SDQ

Para finalizar, esta última tabla nos ofrece el grado de asociación entre las medidas del SDQ y las dimensiones del Apoyo Social.

Tabla 51. Correlaciones entre las puntuaciones de Apoyo Social Percibido y SDQ.

	Persona Especial	Familia	Amigos	Apoyo Social Total
Síntomas emocionales	-.04	-.15	-.14	-.14
Problemas de conducta	-.12	-.16	-.19*	-.19*
Hiperactividad	-.07	-.18*	-.08	-.13
Compañeros	-.15	-.29***	-.16	-.25**
Prosocial	.15	.25**	.15	.22**
Total dificultades	-.14	-.29***	-.21*	-.27**
Externalizantes	-.12	-.21*	-.17*	-.21*
Internalizantes	-.11	-.27**	-.18*	-.24**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En relación a estas variables, se encuentra que las correlaciones son bajas pero parecen reflejar que cuanto mayores son los Problemas y Dificultades de los niños y niñas, menos Apoyo Social perciben los padres/madres. Esto se hace más patente respecto al Apoyo Total y respecto al apoyo Familiar.

7. Modelos de regresión lineal jerárquica

Tal y como se ha descrito en el apartado de métodos referido al análisis estadístico de los datos, el análisis de los modelos de regresión lineal permite estimar tanto el efecto predictivo de cada variable por separado, como el efecto aditivo de

cada grupo de predictores (niños, familia, contexto). En estos modelos de regresión primero se han introducido las variables de los niños (Sintomatología TDAH, Problemas de Conducta y Problemas Emocionales) y posteriormente las variables familiares y contextuales (Sentimientos y Actitudes de los padres respecto a sus hijos y a su propia capacidad como padres, impacto de la conducta de sus hijos sobre la Vida de Pareja, impacto de las conductas de sus hijos sobre la Vida Social de la familia y Apoyo Social Percibido).

Agrupamos estos modelos en tres apartados:

- predicción del Estrés Parental, por un lado;
- y dos apartados para la predicción de los Estilos Educativos:
 - primero respecto a las subdimensiones de la escala de Normas-Exigencias: conductas Inductiva, Rígida e Indulgente;
 - y después para las escalas de Afecto-Comunicación y Crítica-Rechazo.

7.1 Predicción del Estrés Parental

En el primer paso, se han introducido como predictoras las variables del niño: Sintomatología del TDAH y Problemas Externalizantes (de conducta) e Internalizantes (emocionales). Estas tres variables explican el 23% de la varianza del estrés de los padres (ver Tabla 52). La variable más determinante son los Problemas de Conducta de los niños, seguidos de los Problemas Emocionales. La Sintomatología del TDAH no tiene un efecto significativo. Es decir, más que el TDAH en sí mismo, son los Problemas Externalizantes e Internalizantes asociados los que generan elevados niveles de Estrés en los padres.

Tabla 52. Modelo de regresión jerárquica para la predicción del Estrés Parental.

	β	R^2	ΔR^2
<i>Paso 1</i>		.23	.23***
TDAH	.15		
COND	.28**		
EMOC	.17+		
<i>Paso 2</i>		.33	.10**
TDAH	.13		
COND	.07		
EMOC	.15+		
MATR	.04		
SENT	.25*		
SOC	.18+		
APOYO	-.08		

Nota: TDAH = Gravedad TDAH niño/a; COND = Problemas de conducta de los/as niños/as; EMOC = Problemas emocionales de los niños/as; MATR = Impacto que sobre el matrimonio o pareja tienen los problemas de los/as hijos/as; SOC = Impacto de los problemas de niños/as sobre la vida social de la familia; SENT = Sentimientos y actitudes de los padres respecto a los problemas de los hijos/as; APOYO = Apoyo social percibido. +p <.10; *p <.05; **p <.01; ***p <.001.

En el segundo paso, se ha introducido en el modelo de regresión las variables familiares y contextuales para analizar su capacidad predictiva más allá de lo que ya predicen los factores de los niños. En este caso, el incremento del porcentaje de varianza explicada (del 10%) es estadísticamente significativo, lo que quiere decir que estas variables predicen una parte relevante del Estrés Parental que no podía ser explicada solo por las variables relativas a los niños. Al incluirse estas variables las conductas y problemas de los niños dejan de tener un efecto significativo.

En el modelo final, la variable con mayor capacidad predictiva son los Sentimientos y Actitudes de los padres respecto a los problemas de los hijos, seguida del impacto en la Vida Social de la familia y los Problemas Emocionales de los niños. Los Sentimientos y Actitudes de los padres unidos al impacto sobre la Vida Social de la familia son las variables que más determinan los niveles de Estrés de los padres, más que los Problemas de Conducta o el TDAH directamente. De todos modos, en la interpretación de estos datos se ha de tener en cuenta la elevada correlación

encontrada entre TDAH y problemas de los niños con las variables de impacto. Así pues, se podría hipotetizar que las variables de los niños podrían tener un efecto indirecto sobre el Estrés Parental en la medida en que impactan y alteran la vida de la familia.

7.2 Predicción de los Estilos Educativos (Escala de Normas: subdimensiones Inductiva, Rígida e Indulgente)

En este apartado se plantean tres modelos de regresión lineal jerárquica para predecir cada una de las tres dimensiones que se integran en la Escala de Normas y Exigencias, referida a la forma que tienen de poner las normas a los hijos/as y exigir su cumplimiento: Forma Inductiva (adecuada a las posibilidades de los niños), Forma Rígida (Inadecuada) y Forma Indulgente (sin normas). Para la predicción de cada una de las formas se han seguido los mismos pasos descritos para la predicción del estrés, es decir, primero se introducen las variables propias de los niños y después las variables familiares-contextuales (Tabla 53).

Lo que destaca en estos modelos es el valor reducido del porcentaje de varianza explicada de todas las variables predichas. Las puntuaciones de los padres en estos Estilos Educativos parece que no son satisfactoriamente explicadas por estas variables. El porcentaje de varianza explicada más alto corresponde a la Forma Inductiva (21%) y el más bajo a la Forma Rígida (12%). Precisamente en esta última forma (Rígida) la mayor parte de la varianza explicada se debe a los factores o variables propios de los niños, que explican un 7% de la varianza y que es estadísticamente significativo.

Los factores familiares-contextuales solo aportan un 5% adicional, siendo no significativo desde el punto de vista estadístico. En las otras dos formas (Inductiva e Indulgente) ocurre exactamente al revés, es decir, las variables de los niños no tienen una capacidad predictiva estadísticamente significativa (del 1% y 4%, respectivamente); mientras que al introducir las variables de la familia y el contexto se producen incrementos significativos del porcentaje de varianza explicada del 20% y del 11%, respectivamente.

Tabla 53. Modelo de regresión jerárquica para la predicción de las dimensiones de la Escala de Normas y Exigencias.

Inductiva			Rígida			Indulgente					
	β	R ²	ΔR^2		β	R ²	ΔR^2		β	R ²	ΔR^2
<i>Paso 1</i>		.01	.01	<i>Paso 1</i>		.07	.07*	<i>Paso 1</i>		.04	.04
TDAH	.03			TDAH	.06			TDAH	.05		
COND	.07			COND	.18+			COND	.19+		
EMOC	.07			EMOC	.09			EMOC	-.09		
<i>Paso 2</i>		.21	.20**	<i>Paso 2</i>		.12	.05	<i>Paso 2</i>		.15	.11**
TDAH	.06			TDAH	.02			TDAH	.01		
COND	.21+			COND	.07			COND	.13		
EMOC	.06			EMOC	.07			EMOC	-.09		
MATR	-.08			MATR	-.07			MATR	.25*		
SENT	-.46***			SENT	.08			SENT	.09		
SOC	.07			SOC	.21*			SOC	-.12		
APOYO	.15+			APOYO	-.05			APOYO	-.15		

Nota: TDAH = Gravedad TDAH niño/a; COND = Problemas de conducta de los/as niños/as; EMOC = Problemas emocionales de los niños/as; MATR = Impacto que sobre el matrimonio o pareja tienen los problemas de los/as hijos/as; SOC = Impacto de los problemas de niños/as sobre la vida social de la familia; SENT = Sentimientos y actitudes de los padres respecto a los problemas de los hijos/as; APOYO = Apoyo social percibido. +p <.10; *p <.05; **p <.01; ***p <.001.

En cuanto a las variables con mayor capacidad predictiva, suelen ser en todos los casos las de Impacto en la Vida Familiar (Vida Social e impacto sobre el Matrimonio, para las formas Rígida e Indulgente, respectivamente) y los Sentimientos y Actitudes paternos sobre sus hijos en la forma Inductiva. De las variables de los niños, solo los Problemas de Conducta para tener efecto, aunque marginal.

En el primer modelo, se puede interpretar que los padres presentarán estilos educativos y de interacción con sus hijos más adecuados cuanto menos negativas sean sus actitudes y sentimientos respecto a ellos. O dicho de otro modo, los padres con sentimientos y actitudes negativas respecto a sus hijos no serán padres que utilicen estrategias inductivas.

Las estrategias de carácter rígido parecen ser propias de los padres que sienten que su vida social se ve alterada como consecuencia de los problemas y conductas de

sus hijos, es decir, a mayor alteración de su vida social, mayor rigidez e inadecuación en sus estrategias educativas.

Por último, el grado en el que los problemas de los hijos alteren la convivencia como pareja de los padres determinará el mayor o menor uso de las estrategias indulgentes. Tenderán a ser más indulgentes aquellos padres que perciban más dañadas sus relaciones de pareja.

7.3 Predicción de los Estilos Educativos (Escala de Afecto: subdimensiones Afecto-Comunicación y Crítica-Rechazo)

Esta escala mide el tipo de interacción que se da entre padres e hijos. Tiene dos dimensiones Afecto-Comunicación y Crítica-Rechazo. Los padres con puntuaciones altas en la escala de Afecto-Comunicación son comunicativos, afectuosos y muestran interés por sus hijos y sus preocupaciones. Por su parte, puntuaciones elevadas en la dimensión de Crítica-Rechazo identifican a padres que desconfían de sus hijos y critican y rechazan sus conductas. Los modelos de regresión correspondientes a estas dos variables aparecen en la Tabla 54.

Tabla 54. Modelo de regresión jerárquica para la predicción de las dimensiones de la Escala de Afecto

Afecto				Crítica			
	β	R ²	ΔR^2		β	R ²	ΔR^2
<i>Paso 1</i>		.13	.13**	<i>Paso 1</i>		.31	.31***
TDAH	.04			TDAH	.12		
COND	-.37***			COND	.52***		
EMOC	.24			EMOC	-.11		
<i>Paso 2</i>		.31	.18***	<i>Paso 2</i>		.51	.20***
TDAH	.02			TDAH	.08		
COND	-.12			COND	.21*		
EMOC	.22			EMOC	-.12		
MATR	-.04			MATR	-.07		
SENT	-.54***			SENT	.42***		
SOC	.24			SOC	.20*		
APOYO	.06			APOYO	-.10		

Nota: TDAH = Gravedad TDAH niño/a; COND = Problemas de conducta de los/as niños/as; EMOC = Problemas emocionales de los niños/as; MATR = Impacto que sobre el matrimonio o pareja tienen los problemas de los/as hijos/as; SOC = Impacto de los problemas de niños/as sobre la vida social de la familia; SENT = Sentimientos y actitudes de los padres respecto a los problemas de los hijos/as; APOYO = Apoyo social percibido. +p <.10; *p <.05; **p <.01; ***p <.001.

En el primer modelo, de Afecto-Comunicación, el modelo completo llega a explicar el 31% de la varianza de la variable predicha. Tanto los problemas y conductas de los niños como los factores familiares y contextuales introducidos en el segundo paso añaden capacidad explicativa al modelo: 13% y 18%, respectivamente, siendo ambos incrementos estadísticamente significativos. En este modelo se aprecia, respecto a las variables de los niños, que los padres más afectuosos y comunicativos son aquellos que perciben un menor número de problemas de conducta en sus hijos. En el modelo completo son las actitudes y sentimientos de los padres respecto a sus hijos los que determinan el nivel de expresión de afecto de los padres sobre sus hijos. Aunque este análisis no permite verificarlo es posible, dada la elevada correlación entre problemas de conducta de los niños y actitudes y sentimientos de los padres hacia sus hijos (.60), que los problemas de conducta de los niños generen sentimientos muy negativos en los padres que se manifiestan reduciendo la frecuencia de expresiones de afecto e incrementando las expresiones de crítica y rechazo, tal y como se aprecia en el segundo modelo.

En este modelo de predicción del Afecto se identifican algunos valores extraños. Son los parámetros de regresión de Problemas Emocionales y de impacto en la Vida Social. En el modelo aparecen relaciones moderadas (de .22 o .24) y positivas. Pero en realidad estas dos variables no correlacionan con Afecto o lo hacen en sentido inverso: las correlaciones son de .09 con problemas emocionales y de -.03 con impacto en la vida social. Esta discrepancia es debida a las elevadas correlaciones existentes entre las variables predictoras, sobre todo con actitudes y sentimientos de los padres hacia sus hijos y problemas de conducta de los niños, que son las variables más determinantes. En cualquier caso no debemos interpretarlos como relaciones significativas.

Por último, la variable Crítica-Rechazo es la mejor explicada por el modelo de regresión. Este modelo llega a explicar el 51% de la varianza de dicha variable. Los dos grupos de variables analizados contribuyen significativamente a la predicción de

la misma: las variables de los niños explican el 31% de la varianza y los factores familiares-contextuales añaden un 20%. En el primer paso, el predictor más importante son los Problemas de Conducta de los niños, resultando que cuantos más problemas de conducta manifiesten tener los niños mayor número de expresiones de rechazo y crítica hacia ellos emitirán sus padres. Al añadir las variables familiares los Sentimientos paternos, unidos al impacto sobre la Vida Social de la familia y los Problemas Conductuales, son los que mejor explican los niveles de Crítica-Rechazo de los padres.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6

Discusión y Conclusiones

En este capítulo, se discuten los principales resultados obtenidos en relación a los hallados en otras investigaciones relevantes, pudiendo contrastarlos de este modo con la literatura científica. Para ello, se han tenido presentes los objetivos de investigación y las principales variables objeto de estudio.

Posteriormente se presentan las conclusiones más relevantes y reflexiones finales de esta investigación, para continuar con las principales limitaciones encontradas y, finalizar, aportando propuestas de futuro que puedan mejorar y profundizar en la temática abordada.

1. Análisis de las características de la historia evolutiva de los niños y adolescentes con TDAH

Este primer apartado se ha centrado en **analizar la historia evolutiva y clínica de los y las menores con TDAH** en sus primeras etapas evolutivas. Para ello, se solicitó información a las familias sobre la historia pre y perinatal, los principales hitos del desarrollo y primeros años de vida de los/as menores. Las características de estos niños y niñas y los problemas que presentan coinciden en gran medida con los informados en distintos trabajos de investigación.

En cuanto a los problemas *pre y perinatales* de los/las menores participantes, nuestros datos son coincidentes con las escasas investigaciones al respecto (Grau, 2007; Pineda et al., 2003; Serrano et al., 2003) que encuentran el mismo tipo de problemas y dificultades en la historia pre y perinatal de menores con TDAH. En general, destacan los siguientes problemas durante el embarazo: permanecer en reposo absoluto por amenaza de aborto, diabetes e hipertensión.

En los *primeros años de vida*, en los datos recogidos como en la literatura científica, las dificultades evolutivas destacables durante estos años son, principalmente: hábitos de sueño, dificultades para calmarse, rutinas de alimentación, llanto y rabietas. Los problemas en los hábitos o rutinas del sueño han sido recogidos en diferentes estudios (Ball et al., 1997; Bartholomew y Owens, 2006; Chiang et al., 2010; Dillon y Chervin, 2012; Gau, 2006; Gau y Chiang, 2009; Owens et al., 2000; Owens, 2005; Spruyt y Gozal, 2011; Sung et al., 2008; Tomás et al., 2008) en los que se destacan los problemas de insomnio, resistencia al acostarse, sueño total más bajo, ronquidos, movimientos rítmicos y hablar en sueños entre otros. Por su parte, los problemas de alimentación que resaltan los padres en estos años están relacionados con las dificultades ante las rutinas de alimentación como el momento de sentarse a la mesa, o bien relacionados con las bajas cantidades de alimentos que ingerían sus hijos/as. Además, estos padres informan que sus hijos/as con TDAH no eran bebés fáciles de calmar tras el llanto o rabietas, lo cual puede relacionarse con la alta proporción de bebés que lloran mucho. Estos datos referidos a las características diferenciales del desarrollo evolutivo del menor con TDAH se encuentran en trabajos

anteriores como el de Rajeev y Riaz (2003), que identificaron ciertos problemas en la primera infancia en comparación con niños sin TDAH.

2. Identificación, diagnóstico y tratamiento del TDAH. El papel de la familia

En este apartado se procede a exponer los hallazgos relativos a **la identificación, proceso de diagnóstico y tratamiento que siguen los y las menores con TDAH, resaltando el papel de la familia** en todo este proceso. Además, se expone la información recogida sobre la **historia escolar** de los menores. En una primera aproximación se ha de destacar que, al igual que ocurre en un buen número de trabajos de investigación sobre TDAH en niños y adolescentes (ver, por ejemplo, la revisión meta-analítica de Theule et al., 2013), los cuestionarios recogidos en este trabajo han sido respondidos básicamente por las madres, siendo reducido el número de padres que han respondido en solitario. Estos datos parecen evidenciar un mayor grado de implicación de las madres en el cuidado y atención de sus hijos e hijas.

Los resultados analizados en esta investigación, concuerdan en gran medida por los aportados por la mayoría de las investigaciones desarrolladas en este campo en aspectos como primeros síntomas detectados, diagnóstico, presentaciones predominantes de TDAH o problemas comórbidos asociados.

La sintomatología TDAH puede estar presente desde edades tempranas, no obstante, es al llegar a la etapa de educación primaria cuando las dificultades asociadas al trastorno se incrementan y/o pronuncian de manera más evidente (Grau, 2007; Mena et al., 2006; Orjales, 2012; Soutullo et al., 2013). Los padres y madres que colaboraron en esta investigación informaron que sus primeras sospechas de que algo ocurría a su hijo/a fue en torno a los 5 años. Destacaron como principales síntomas observados en sus hijos/as los siguientes: inquietud, nerviosismo, ansiedad, timidez, comportamientos problemáticos, falta de atención, no aceptación de normas, retraso psicomotor, dificultades de aprendizaje, problemas de sueño, falta de habilidades sociales y baja tolerancia a la frustración. Muchos de estos síntomas habitualmente están presentes en los niños con TDAH previamente a su diagnóstico (Grau, 2007; Mena et al., 2006).

Estas primeras sospechas o detección del problema, en una alta proporción se han dado en el contexto familiar, siendo principalmente la madre y/o alguno de los abuelos la persona quien detecta inicialmente que el niño o la niña presenta síntomas como los expresados anteriormente. A estas primeras sospechas le sigue las del maestro/a, dado que, como se ha expuesto, es al llegar a la etapa de educación primaria cuando las alarmas comienzan a saltar. El contexto educativo es un espacio privilegiado que propicia de manera natural la observación y seguimiento de los/as menores. Del mismo modo, en el Informe del Proyecto PANDAH (Soutullo et al., 2013) se recoge que las primeras sospechas o detección se encuentran principalmente en la familia, la escuela y el pediatra.

El tiempo de espera entre la sospecha de la familia y la formulación del diagnóstico de TDAH suele ser un periodo largo y cargado de angustia (Escobar et al., 2005). En el caso de las familias participantes, el tiempo de espera giró en torno a los dos años ($M = 21.47$ meses). La edad media a la que se produjo este primer diagnóstico fue en torno a los 7 años (expresado en meses: $M = 81.95$, $DT = 33.41$), dato coincidente con otras investigaciones realizadas en nuestro país (Amado, 2012; Grau, 2007). Los padres y madres durante este tiempo de espera hasta llegar al diagnóstico, tienden a buscar respuestas e información a través de diferentes medios. En el caso de la muestra participante en este estudio, se encontró que aproximadamente el 50% de las familias disponían de mucha o bastante información sobre el TDAH. Esta información había sido ofrecida principalmente por profesionales como psicólogos o terapeutas de su hijo/a con TDAH o en las asociaciones a las que acuden junto al menor.

La composición de la muestra refleja la mayor prevalencia del trastorno entre los niños que entre las niñas. Concretamente, el 72.2% son niños frente al 27.8% de niñas, dato que se aproxima a la prevalencia existente en el TDAH con una ratio que va de 10:1 en poblaciones clínicas y de 4:1 en estudios comunitarios (Bierderman et al., 2002b; Cardo y Servera-Barceló, 2005).

Por su parte, la presentación de TDAH que más se repite es la predominante de falta de atención, seguida de la presentación combinada, y, por último, la hiperactiva-impulsiva. Estos datos concuerdan con los encontrados en otras investigaciones, que sugieren una frecuencia más elevada en las presentaciones combinada y de falta de

atención (por ejemplo, Jiménez, Rodríguez, Camacho, Alfonso, y Artiles, 2012; Rodríguez et al., 2009). La frecuencia en la presentación predominante según el sexo de los sujetos es concordante con las encontradas en otras investigaciones (Bierderman et al., 2002b; Levy et al., 2005) que sugieren que la presentación más frecuente en los niños es la combinada y en las niñas la falta de atención.

En los datos recogidos, también se pone de manifiesto el alto porcentaje de menores que presentan junto al TDAH trastornos comórbidos. En la muestra participante, casi el 70% de los niños/adolescentes estudiados presentan uno o más trastornos asociados, dato concordante con los hallazgos de investigaciones previas que afirman que es poco frecuente que el TDAH aparezca de forma pura, llegándose a encontrar que en torno al 80% de los niños con TDAH presentan al menos otro trastorno asociado (Guía de Práctica Clínica, 2010; Kadesjö y Gillberg, 2001; Kaplan et al., 2001). En su trabajo, Kadesjö y Gillberg (2001) encontraron que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos. El trastorno asociado que más aparece entre los y las menores de esta investigación es el Trastorno del Aprendizaje, seguido del Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno del Habla y el Trastorno de Ansiedad, datos muy similares a los encontrados en otros estudios sobre TDAH y comorbilidad (Guía de Práctica Clínica, 2010).

En los análisis pertinentes sobre los trastornos comórbidos teniendo en cuenta la edad de los sujetos, se encuentra que los menores de 12 años presentaban un porcentaje mayor en los Trastornos de Coordinación Motora, Trastornos del Habla, Trastornos del Aprendizaje y Trastornos del Espectro Autista, mientras que los adolescentes presentaban mayor comorbilidad con los Trastornos de Ansiedad. En una investigación semejante realizada por Becker et al. (2011) se destaca que los adolescentes con TDAH, en particular, experimentan una disminución significativa en la calidad de vida si presentan trastornos comórbidos. Además, resaltan la idea de que estos adolescentes con TDAH experimentan tasas mucho más altas de depresión e ideas suicidas en comparación con los controles de su misma edad sin problemas de desarrollo.

Por otra parte, se han encontrado diferencias de género en relación a los trastornos y dificultades consultadas, resaltando los Trastornos de Coordinación Motora más presentes en las niñas. En este sentido, diversos estudios (Gillberg y Kadesjö, 2003; Fliers et al., 2008) muestran diferencias de género en cuanto a las habilidades motoras en los niños y niñas con TDAH desde la visión de los padres, siendo las niñas las más afectadas. Por su parte, Biederman et al. (1999) expusieron que aunque el TDAH es menos frecuente en las niñas, los problemas de coordinación parecen ser más severos que en los niños.

En relación a los métodos o procedimientos para tratar el TDAH en los menores de la muestra, la opción terapéutica más elegida fue el tratamiento combinado o multimodal. Numerosos estudios dentro y fuera de nuestro país (Abad-Mas et al., 2011; Miranda et al., 2002b; Miranda et al., 2008; Miranda et al., 2009; Mulas et al., 2012; National Institute for Health y Clinical Excellence, 2009; Presentación et al., 2009; Presentación, et al., 2010), han dado muestras de que los tratamientos combinados o multimodales resultan ser más eficaces para tratar el TDAH. Asimismo, el 74% del total de la muestra estaba recibiendo medicación en su tratamiento en el momento de la entrevista, lo que se relaciona con los datos obtenidos por diferentes trabajos (García-Campayo et al., 2007; National Institute for Health y Clinical Excellence, 2009) que confirman que la primera opción terapéutica más frecuente es el tratamiento farmacológico pues ofrece resultados rápidos y eficaces a corto plazo.

En cuanto al nivel de participación de las familias en el tratamiento de su hijo/a con TDAH, la implicación y participación es muy elevada a través de continuas entrevistas con el profesorado de su hijo/a, supervisión de las tareas académicas, acompañamiento a sesiones de terapia psicológica o psicopedagógicas de su hijo/a y supervisión o administración de la mediación. Los altos porcentajes de implicación y participación de las familias en el tratamiento de sus hijos con TDAH revelan la necesidad de atenciones y cuidados constantes de estos niños así como la dedicación de sus familias.

En lo que se refiere a la **historia académica de los menores**, los resultados muestran que la mayoría presenta dificultades de aprendizaje o para seguir el ritmo de las clases. Muchos de estos menores precisan de apoyo académico, asistiendo a clases

de apoyo para reforzar sus aprendizajes en asignaturas instrumentales como matemáticas o inglés, datos que también se han reflejado en otros trabajos realizados dentro y fuera de nuestro país (Grau, 2007; Mayes et al., 2000; Miranda y Soriano, 2011), que destacan la presencia de estas dificultades y necesidades en el proceso de aprendizaje en una gran proporción de los menores con TDAH.

3. Sintomatología TDAH de los/as niños/as y adolescentes

Los resultados extraídos respecto a la sintomatología TDAH de los menores se relacionaron con el sexo y la presentación predominante. En relación al sexo no encontramos diferencias entre los chicos y las chicas. Aunque es cierto que un buen número de trabajos concluyen que los niños suelen presentar en mayor proporción (y en mayor intensidad de) la sintomatología TDAH que las niñas (Barkley, 2003; Skounti, Philalithis y Galanakis, 2007), algunos investigadores no han encontrado diferencias significativas en cuanto al género (Rohde et al., 2001) o que, en casos clínicos, cuando las niñas muestran TDAH la severidad de los síntomas no es distinta a la de los niños (Gershon, 2002).

Por otra parte, como era de esperar, la sintomatología centrada en la hiperactividad es significativamente menor en la presentación con predominio de falta de atención respecto al resto de presentaciones de TDAH.

4. Capacidades y dificultades de los/as niños/as y adolescentes

Los resultados de esta investigación son coincidentes con los de otros estudios que indican la elevada presencia de problemas relacionales y de conducta en los menores con TDAH (Guía de Práctica Clínica, 2010; Miranda et al., 2001). A pesar de que los análisis realizados no encuentran diferencias significativas de carácter global en relación a la edad y el género de los menores, se observan algunas diferencias que pueden resultar de interés.

En el caso de la *edad*, se encuentran medias más elevadas en los sujetos de menor edad en las escalas de Hiperactividad y Conducta Prosocial. La sintomatología característica de la conducta Hiperactiva-Impulsiva es más fuerte durante la infancia y tiende a disminuir al llegar a la adolescencia (Hart et al., 1995; Larsson et al., 2006

Weyandt et al., 2003). Mientras que en los/as de mayor edad, las medias más elevadas se encuentran en la subescala de Síntomas Emocionales. Dato coincidente con la literatura científica que relaciona a los y las adolescentes con TDAH con más problemas de ansiedad y estados del ánimo (Breuer, Görtz-Dorten, Rothenberger y Döpfner, 2011).

En relación al *género*, se perciben medias más elevadas en las niñas en las subescala de Problemas con los Compañeros, mientras que en sus iguales varones las medias son más elevadas en las subescalas Síntomas Emocionales, Hiperactividad y Problemas de Conducta. Levy et al. (2005) ya apuntaron estos datos en su trabajo, donde los niños presentaban niveles consistentemente más altos de problemas de conducta que las niñas.

En general, en la muestra se aprecian más conductas externalizantes que internalizantes, hecho relacionado con la proporción de niños más elevada en la muestra. Del mismo modo, en la literatura científica se recoge la existencia de más expresiones conductuales externalizantes como agresividad, agitación psicomotora o desobediencia en los niños, y una mayor presencia de comportamientos internalizantes como retraimiento, quejas somáticas o ansiedad-depresión en las niñas (Broidy et al., 2003; Gaub y Carlson, 1997; Gershon, 2002; López-Soler et al., 2009a; Quinn, 2008; Rucklidge, 2008; Skogli et al., 2013).

Teniendo en cuenta la *presentación predominante de TDAH*, se aprecian diferencias significativas entre aquellas familias con hijos con presentación combinada de TDAH y los que desconocen la presentación predominante de TDAH de sus hijos/as, siendo estos últimos los que presentan menos Síntomas Emocionales. Los y las menores con presentación predominante de falta de atención, son percibidos por sus padres con menos conductas hiperactivas, lo que era de esperar dada la sintomatología habitual de esta presentación. En cuanto al total de dificultades, es el grupo de menores con presentación combinada el que es percibido con más dificultades, mientras que el de falta de atención el que menos. Estos datos se apoyan en otras investigaciones (Flores, 2009; Theule et al., 2013) que refieren en los menores con TDAH con presentación combinada mayores problemas de conducta, emocionales y en la relación con sus iguales, en comparación con los que presentan predominio de falta de atención o predominio de hiperactividad-impulsividad.

Por otra parte, los resultados de esta investigación destacan, al igual que otras investigaciones en distintas poblaciones (por ejemplo, Busch et al., 2002; Johnston y Jassy, 2007), que el Índice de Hiperactividad muestra una elevada correlación con todos los posibles problemas de ajuste infantil y adolescente que han sido medidos con la escala SDQ (Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad y Problemas con los compañeros).

5. Variables relativas a la familia

En este apartado se exponen aquellas variables relevantes relativas a la familia como el *Estrés Parental*, los *Estilos Educativos* y el *Impacto que las conductas del hijo/a con TDAH tienen sobre la vida familiar*. Además, se ha tenido en cuenta en los diferentes apartados el sexo, la edad, las puntuaciones en el índice de Hiperactividad de Conners y la presentación predominante de TDAH de los y las participantes.

5.1 Estrés Parental

Tal como se ha expuesto en capítulos anteriores, las exigencias habituales en la crianza de un hijo/a están asociadas a un cierto nivel de tensión. No obstante, cuando estos niveles de tensión y estrés son elevados pueden afectar a la relaciones padre-hijo y al funcionamiento del contexto familiar. Este es el caso de las familias donde los niños tienen necesidades o condiciones especiales o trastornos de desarrollo, como en el caso del TDAH. Como se afirma claramente en el meta-análisis desarrollado por Theule et al. (2013), el comportamiento de los niños y adolescentes con TDAH plantea fuertes desafíos para los padres en su educación y crianza, lo que genera altos niveles de estrés familiar que afectan al ejercicio del rol parental y a la salud física y mental de los padres y madres.

Entre las familias participantes en esta investigación, la mayor proporción de ocupación de padres y madres se encuentra en obreros especializados, seguido por un grupo de padres y madres desempleados, lo que puede repercutir en el nivel de estrés que viven estas familias (Grau, 2007).

No se encuentran diferencias significativas al estudiar el Estrés Parental teniendo en cuenta el *sexo* de los menores y adolescentes. Estos resultados se apoyan en diversos estudios que exponen que el sexo del menor no es un factor predictivo del

estrés parental (Grau, 2007; Johnston y Mash, 2001; McCleary, 2002). Sin embargo al analizar la variable *edad*, se encuentran niveles de estrés más elevados en los padres y madres de los niños menores de 12 años. Ello puede ser causado por el tiempo de espera entre el diagnóstico y su aceptación e inicio del tratamiento, unido a la propia sintomatología hiperactiva que se presenta más acusada en este tramo de edad (Grau, 2007).

Asimismo, en cuanto a la *presentación de TDAH* que más se relaciona con el Estrés Parental, de manera global en toda la muestra, es la presentación combinada la que destaca de manera significativa en comparación con las demás opciones. Diversas investigaciones (Grau, 2007; Graziano et al., 2011; Miranda et al., 2007b; Roselló et al., 2003; Sethi et al., 2012; Tzang et al., 2009; Yang et al., 2007) sugieren que la combinación de los síntomas de falta de atención con los de hiperactividad y/o impulsividad se relaciona más fuertemente con una mayor tensión de los padres que los síntomas de falta de atención por sí solos. También en la submuestra de niños y niñas, los padres y madres aparecen con mayor estrés en relación a la presentación combinada de TDAH, principalmente en las subdimensiones Niño difícil, Malestar Paterno y Estrés Global. Por su parte, los/as adolescentes con presentación combinada también son los que ocasionan más estrés en el ejercicio del rol parental de sus padres, y especialmente en las subdimensiones Delincuencia/antisocial, Calidad en la Interacciones padres-hijos y Estrés Total.

Por último, al analizar la relación entre el Estrés Parental Global y el *Índice de Hiperactividad de Conners* se encuentra que a mayor gravedad del trastorno el Estrés Parental es mayor. En línea con estos datos existen estudios que exponen la estrecha relación entre el Estrés Parental y la severidad de los síntomas del TDAH (Theule et al., 2013).

5.2 Estilos Educativos

El estilo educativo predominante en las familias participantes es el *democrático*, seguido del *autoritario* y el *indulgente*. Este dato, contrario a lo esperado, puede estar condicionado por la deseabilidad social, así como por el alto porcentaje de las familias participantes que acuden junto con su hijo/a a Asociaciones y/o Centros de Atención Psicopedagógica, donde reciben asesoramiento sobre los

métodos educativos más eficaces para enfrentar los problemas de sus hijos y estimular su desarrollo de modo más adecuado.

En los análisis realizados, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al *género* de los menores, aunque sí respecto a la *edad*. Así, se observan medias más elevadas en las dimensiones Afecto-Comunicación y Estilo Autoritario en el grupo de menor edad (menos de 12 años), lo que puede deberse, por un lado, a que durante la etapa infantil tanto los padres y madres como los propios hijos se muestran más comunicativos y afectuosos que durante la adolescencia, y por otro, a que durante la etapa infantil la conducta hiperactiva está más presente y puede conducir a ejercer prácticas de crianza más coercitivas por parte los padres.

En relación a la *presentación de TDAH* de los/as menores, se ha encontrado que cuando la presentación predominante era la hiperactiva-impulsiva, los padres y madres tenían puntuaciones más elevadas en las dimensiones de *Crítica-Rechazo* y *Estilo Autoritario*, aunque sin llegar a ser significativas estadísticamente. Estos datos van en la dirección esperada al concordar con los de numerosos estudios que refieren un mayor control y disciplina más severa cuando los hijos son diagnosticados de la presentación de TDAH combinada o predominantemente hiperactiva-impulsiva, que cuando se trata de la presentación con predominio de falta de atención (Finzi-Dottan et al., 2006; Santurde del Arco y del Barrio, 2014).

En concordancia con lo anterior, al relacionar los estilos educativos con el *Índice de Hiperactividad*, se encuentra que a mayores niveles de hiperactividad en los menores, mayor número de críticas y expresiones de rechazo por parte de los padres, mayor número de expresiones de autoritarismo y mayor rigidez en las interacciones padres-hijos. De todo ello se puede deducir que el comportamiento hiperactivo produce mayores dificultades y problemas en el comportamiento de los menores y en las interacciones en el contexto familiar, lo que a su vez se relaciona con que los padres recurran en mayor medida a estas prácticas educativas inadecuadas (Collet et al., 2001; Harvey, 2000).

5.3 Impacto en la Vida Familiar

Son muchos los autores que encuentran una fuerte relación entre un funcionamiento familiar pobre y la presencia de la sintomatología del TDAH (Coghill

et al., 2008; Cussen et al., 2012; Foley, 2011; Lemelin et al., 2009; Limbers et al., 2011; Mohammad y Kasaei, 2013; Pressman et al., 2006). En su día a día, las familias con hijos/as con TDAH presentan mayores dificultades en la resolución de conflictos, comunicación, implicación afectiva y control conductual de los hijos, entre otros aspectos (Mohammad y Kasaei, 2013).

Entre todas las dimensiones de la vida familiar analizadas en la presente investigación, se refleja un mayor impacto del TDAH en la *Economía de la Familia*, no solo por la persistencia y cronicidad que caracteriza a este trastorno, sino también por los gastos extras que suponen tanto la asistencia a terapias (logopedia, psicológica...), actividades extraescolares y/o de apoyo, como por los constantes olvidos y pérdidas de materiales como libros, gafas, cuadernos... (Fleck et al., 2015; Le et al., 2014; Noe y Hankin, 2001; Roselló et al., 2003; Soutullo et al., 2013; Swensen et al., 2003).

A ello le sigue el impacto en los *Sentimientos y Actitudes* de los padres-madres respecto a sus hijos/as en comparación con niños de su misma edad, al igual que ocurriera en múltiples estudios anteriores que destacan el impacto negativo en los sentimientos y actitudes de competencia de los propios padres con hijos con TDAH (Anastopoulos et al., 1992; Anjum y Malik, 2010; Counts et al., 2005; McLaughlin y Harrison, 2006; Roselló et al., 2003; Shelton et al., 1998; Whalen et al., 2006; Wiener et al., 2016).

Seguidamente, se encuentra la dimensión *Impacto de su hijo/a sobre sus iguales*, como es el caso de los hermanos. Distintos trabajos (Córdoba y Verdugo, 2003; Greene, et al., 2001; Kendall, 1999; Mash y Johnston, 1983; Mikami y Pfiffner, 2008; Roselló et al 2003; Smith et al., 2002) destacan las numerosas dificultades y los problemas en la convivencia entre hermanos. A continuación, se refleja el impacto en la dimensión *Relación de Pareja* que puede deberse a las diferencias entre los progenitores en el modo de actuar y educar a su hijo o hija con TDAH, produciéndose más enfrentamientos y discusiones, lo que ocasiona un deterioro en la relación de pareja (Davis et al., 2012; Harvey, 2000; Johnston y Mash, 2001; Roselló et al., 2003). Y por último, la *Vida Social de la familia* que también se ve alterada por el comportamiento del hijo/a con TDAH, en consonancia con lo hallado por otros

autores (Anjum y Malik, 2010; Davis et al., 2012; Donenberg y Baker, 1993; Johnston y Mash, 2001; Wiener et al., 2016).

Por otra parte, diferentes investigaciones (Podolski y Nigg, 2001; Presentación et al., 2006) han destacado el mayor impacto de la *presentación combinada de TDAH* en la vida familiar, generando incluso más estrés y menor sentido de competencia en el rol de padres. En las familias participantes, se encuentran diferencias significativas en cuanto al impacto de tener un/a hijo/a con TDAH presentación combinada, principalmente respecto a la *economía familiar y relaciones con los iguales*.

Respecto al *Índice de Hiperactividad* los datos apuntan que cuanto mayor es el número de síntomas de TDAH y más graves o evidentes son, más negativa es la percepción de los padres/madres sobre el comportamiento de sus hijos/as. Ello parece relacionarse más directamente con la *Vida Social* de la familia que optan por tener menos salidas familiares e incluso no salir (Roselló et al., 2003), así como con los *Sentimientos negativos* de los padres hacia sus hijos TDAH (Anastopoulos et al., 1992; Anjum y Malik, 2010; Counts et al., 2005; McLaughlin y Harrison, 2006; Roselló et al., 2003; Shelton et al., 1998; Wiener et al., 2016; Whalen et al., 2006).

6. Apoyo Social Percibido

En relación a esta variable, los datos obtenidos revelan una puntuación bastante elevada, lo que puede relacionarse con el hecho de que buena parte de la muestra está conformada por familias que participan en asociaciones. Estos espacios, sin duda, son una importante fuente de apoyo social al poder compartir sus vivencias y necesidades de tener un hijo/a con TDAH con otras familias con la misma situación, a la vez que pueden recibir consejos y ayudas de las demás familias respecto a la crianza y educación de sus hijos. Los datos muestran que estas familias perciben más apoyo social de una *persona especial* en primer lugar, seguida de *familia* y *amigos*.

Por otra parte, no se revelan diferencias significativas en cuanto al *sexo*, *edad* y *presentación de TDAH* de los menores. No obstante, un dato destacado es que las familias con hijos e hijas con TDAH con mayor gravedad y/o mayor presencia de síntomas de este trastorno, perciben un menor grado de apoyo social principalmente de la familia. Estos resultados están en la línea de los referidos por investigaciones como la realizada por Córdoba y Verdugo (2003) que revelaba mayores conflictos con

la familia extensa, concretamente con los abuelos y abuelas, por necesitar estos un ambiente sereno y relajado, difícil de conseguir cuando los menores presentan TDAH. Por otro lado, otras investigaciones apoyan que estas familias pueden ver limitada su vida social, sentirse excluidos, e incluso aislados, por sus familias, vecinos y amistades dado los problemas de conducta de sus hijos (Davis et al., 2012; Roselló et al., 2003).

7. Interrelaciones entre las variables del niño, de la familia y del contexto

El **Estrés Parental** es considerado una variable de gran impacto en el funcionamiento familiar. Cuando se presentan enfermedades o trastornos del desarrollo como el que aquí nos ocupa, este estrés puede alcanzar niveles no normativos o clínicos y afectar a múltiples aspectos del funcionamiento de la familia. Este es el caso de las familias participantes en este estudio, donde se ha encontrado que la mayoría de la muestra presenta niveles de tensión parental considerados de riesgo clínico y, por tanto, con necesidad de recibir tratamiento.

Tal y como se aprecia en los resultados, tanto la gravedad de la sintomatología TDAH como los problemas y dificultades de ajuste de los niños y niñas están claramente asociados con los niveles de estrés de los padres/madres, principalmente los de carácter externalizante. Este dato se encuentra en la línea de lo hallado en otros trabajos que afirman que son los problemas externalizantes -y no tanto los internalizantes- los que generan mayores niveles de tensión y angustia en los padres (Anjum y Malik, 2010; Baker y McCal, 1995; Kaaresen et al., 2006). Por el contrario, un mayor nivel de conducta prosocial de los niños y niñas se traduce en una reducción del Estrés Parental.

En cuanto a las *prácticas educativas* de los padres, se observa que aquellos padres y madres con mayores niveles de estrés muestran mayores expresiones de crítica y rechazo hacia las conductas de sus hijos/as, así como expresiones de autoritarismo. Esta correlación entre el estrés parental y prácticas educativas inadecuadas se ha observado en otros estudios que establecen una relación entre los niveles altos de estrés parental y una crianza disfuncional, en la que este estrés agudizado puede afectar a la capacidad de los padres para usar prácticas de crianza

positivas con sus hijos (Anjum y Malik, 2010; McLaughlin y Harrison 2006; Morgan et al., 2002; Pimentel et al., 2011). Por el contrario, otro dato destacado en el estudio es que cuanto menor es el Estrés Parental en mayor grado se recurre a prácticas educativas de carácter Democrático.

Por otra parte, otro importante hallazgo son las elevadas correlaciones entre el *Estrés Parental* y todas las medidas de *Impacto en la Vida Familiar*. Son especialmente destacables las relaciones del estrés parental con los sentimientos de los padres y madres hacia los/as hijos/as, y con el grado de afectación de su vida social. Así, niveles elevados de estrés parental se asocian a sentimientos y actitudes negativos respecto a los/as niños/as y con una grave afectación de la vida social de la familia. Por otro lado, también se constata que en la medida que los problemas de estos niños y niñas alteran la vida de sus hermanos o de otros niños de su entorno, se incrementa la percepción de Estrés Parental. Estos datos coinciden en gran medida con los aportados por distintos investigadores, que han encontrado que cuanto mayor es el impacto que los problemas y conductas de los niños tienen sobre la vida familiar mayor es el nivel de estrés expresado por los padres (Baker, Neece, Fenning, Crnic, y Blacher, 2010; Donenberg y Baker, 1993).

Asimismo, también se extrae una relación significativa entre el *Estrés Parental* y el *Apoyo Social Percibido*, resultando que cuanto mayor es el apoyo social que perciben estas familias, menor es el estrés que sienten. Esta correlación está en consonancia con otras investigaciones sobre predictores del estrés parental que afirman que el apoyo social se relaciona inversamente con el Estrés Parental, es decir, a mayor apoyo social menor estrés parental (Baker, 1994; Mash y Johnston, 1990; Theule et al., 2011; Theule et al., 2013).

Por su parte, los **Estilos Educativos Parentales** también se muestran en el presente estudio estrechamente relacionados con distintos factores como la *Severidad de los síntomas de TDAH*, el *Apoyo Social Percibido*, el *Impacto en la Vida Familiar* o el *grado de Ajuste de los hijos* medido a través de la escala SDQ.

Así, se observa en estas familias que aquellos padres y madres que más rechazan-criticar a sus hijos/as, son a su vez los que perciben menor apoyo social. Lo mismo les ocurre a los padres y madres con elevadas puntuaciones en indulgencia, seguido por los que muestran más autoritarismo. Este sentimiento de soledad y falta

de apoyo social y familiar sigue la línea de lo informado en otros estudios que lo relacionan, a su vez, con unas prácticas parentales menos efectivas (Abidin, Jenkins y McGaughey, 1992; McLaughlin y Harrison, 2006). Por el contrario, cuanto más democrático es el estilo educativo que ejercen estos padres y madres, parecen percibir mayor grado de apoyo social. Esto puede ser debido a lo apuntado por algunos trabajos sobre la posible influencia indirecta del apoyo social sobre las prácticas educativas bien sea a través de su repercusión sobre el bienestar psicológico de los padres (DeGarmo y Forgatch, 1997; McLaughlin y Harrison, 2006) o a través de la reducción del estrés, teniendo esto a su vez un reflejo positivo en la capacidad de los padres para hacer frente a las dificultades asociadas con la crianza de un/a hijo/a con TDAH (Johnston, 1996; Podolski y Nigg, 2001; Singh y Curtis, 1997).

Además, existe una clara asociación entre los efectos que las conductas de los niños tienen sobre la Vida Familiar y los Estilos Educativos que despliegan los padres. Especialmente destacables son los datos acerca de la relación negativa entre Crítica-Rechazo y todas las dimensiones de la vida familiar analizados en el cuestionario de Impacto. Los estilos Autoritario e Indulgente tienen también una relación negativa con varios aspectos de la Vida Familiar. Por el contrario, a mayor afecto y comunicación y más muestras del estilo Democrático, menor es el Impacto en la Vida Familiar. Estos datos van en consonancia con lo referido por otros autores (Jansen et al., 2012; Sanders, Morawska, Haslam, Filus y Fletcher, 2014) respecto a que cuanto mayor es nivel de impacto sobre la vida familiar, mayor es la probabilidad que los padres utilicen prácticas educativas negativas o ineficaces.

Por otra parte, al igual que ocurriera con el Estrés Parental, cuando están presentes *Problemas de Ajuste*, principalmente externalizantes, se aprecian más actitudes de *Crítica-Rechazo* en las prácticas de crianza de los padres/madres hacia sus hijos e hijas con TDAH, así como un mayor uso del estilo autoritario en los padres/madres (Hurtig et al., 2007; Johnston y Mash, 2001; Pfiffner et al., 2005; Woodward et al., 1998). Mientras que, por el contrario, la mayor presencia de *Conductas Prosociales* en estos niños y niñas correlaciona de manera significativa con el estilo Democrático y la dimensión Afecto-Comunicación en los padres/madres.

Como se ha descrito en estudios anteriores (Bauermeister et al., 2010, Johnston y Mash, 2001), la sintomatología del TDAH y los problemas de ajuste de los menores

con TDAH tienen un importante **Impacto en la Vida de las Familias** (Lambek et al., 2014). Un hallazgo a destacar es que los sentimientos paternos hacia los hijos se ven mucho más influenciados por los problemas de conducta del niño que por la propia sintomatología del TDAH, dato acorde con otras investigaciones que estudian estas mismas variables (Johnston et al., 2002; McLaughlin y Harrison, 2006). Como contrapartida, cuanto mayor es la percepción de apoyo social menor es la percepción de alteración o impacto del TDAH en la vida familiar. Así, el grado de apoyo social percibido parece reducir ese impacto negativo en las relaciones conyugales y sociales de los padres e influye positivamente en sus sentimientos y actitudes. Estos resultados concuerdan con otros en los que se afirma que el apoyo social es un factor de resiliencia familiar (Bozo, Anahar, Ateş y Etel, 2010; Lange et al., 2005).

Como se ha explicado e ido analizando en apartados anteriores, el **Apoyo Social Percibido** parece tener un importante papel en las relaciones observadas entre las conductas de los hijos y el funcionamiento familiar. Sin embargo, distintos estudios han demostrado que las familias con hijos con TDAH (y sus problemas de conducta comórbidos) perciben menor apoyo social y experimentan mayor aislamiento que las familias control (Gau, 2007; Lange et al., 2005). En este sentido, el ya comentado Informe del Proyecto PANDAH sobre el TDAH en España (Soutullo et al., 2013), ha desvelado la falta de sensibilización y el todavía limitado y superficial conocimiento sobre el TDAH a nivel social en nuestro país. Ello refuerza la estigmatización de las personas que lo padecen y conviven con el trastorno, incrementando las dificultades de ajuste a su entorno.

En el último objetivo de este trabajo, se plantea analizar las variables que mejor predicen las variables centrales de los padres analizadas, como son: el Estrés Parental y los Estilos Educativos (Afecto-Comunicación, Crítica-Rechazo, Estilo Inductivo, Estilo Autoritario y Estilo Indulgente). En estos **Modelos de Regresión**, en primer lugar se introducen las variables de los niños (TDAH, problemas de conducta y problemas emocionales) y, posteriormente, se introducen las variables familiares y contextuales (sentimientos y actitudes de los padres respecto a sus hijos y a su propia capacidad como padres, impacto de la conducta de sus hijos sobre la vida de pareja, impacto de las conductas de sus hijos sobre la vida social de la familia y apoyo social percibido).

El objetivo es descubrir en qué medida cada grupo de variables tiene capacidad predictiva o, incluso, es capaz de aportar capacidad predictiva a las variables previamente introducidas. Los modelos planteados son consistentes con la literatura científica y los resultados obtenidos coinciden en gran medida con los de diversas investigaciones llevadas a cabo en la misma población. En la presente investigación, los datos vienen a corroborar que ambos grupos de variables han de ser tenidos en cuenta simultáneamente en los programas de entrenamiento de padres, bien para la reducción del estrés o para la adquisición y/o potenciación de estilos educativos más favorecedores del desarrollo integral de los niños.

Los datos analizados en este trabajo, apoyan la hipótesis de que los **niveles de Estrés Parental** dependen de distintos factores del niño, la familia y el contexto (Theule et al., 2011, 2013). Por un lado, se confirma la importancia del grado de severidad del TDAH de los niños y adolescentes y, sobre todo, de los problemas de conducta comórbidos en la predicción del Estrés Parental (Wiener et al., 2016). Por otro, los datos obtenidos en el presente trabajo corroboran el importante papel que en la predicción del estrés tienen el impacto que las conductas de los niños ejercen sobre la vida social de la familia y los sentimientos y percepción de competencias paternas (Cussen et al., 2012; Donenberg y Baker, 1993; Harpin, 2015; Moen et al., 2015).

Los resultados de los análisis de regresión jerárquica revelan la importante capacidad predictiva de las variables familiares y contextuales, incluso una vez introducidos los factores de los niños. Del mismo modo, Anderson (2008) en un modelo de regresión múltiple encontró que tanto las variables conductas de los niños como del contexto familiar predicen significativamente el Estrés Parental. Otros investigadores (por ejemplo, Solem et al., 2011) también encontraron que el Apoyo Social Percibido mejora la capacidad predictiva sobre el estrés más allá de lo que consiguen explicar los problemas de los niños.

Globalmente, nuestros datos, en consonancia con los aportados por McLaughlin y Harrison (2006), muestran que los **Estilos Educativos de los padres** están más determinados por su percepción sobre su competencia parental (y sentimientos hacia sus hijos) y por los problemas conductuales asociados al TDAH, que por la severidad del TDAH de los niños o el apoyo social percibido. Asimismo, los Estilos Educativos de los padres parecen estar más relacionados con los efectos que las conductas y

problemas de los niños tienen sobre la vida familiar y de pareja que por esos problemas en sí mismos.

Además, otro aspecto relevante es el diferente patrón de relaciones observadas en algunos modelos. Por ejemplo, la predicción de las puntuaciones en la escala de Indulgencia-Permisividad está determinada sobre todo por el impacto de los problemas de los niños sobre las relaciones de pareja de los padres, mientras que las puntuaciones en Crítica-Rechazo se ven más influidas por el impacto de esos problemas sobre la vida social de la familia. En cuanto a esta última variable, es posible que cuanto más afectada esté la Vida Social de la familia (por ejemplo, reduciendo el número y frecuencia de los contactos sociales a causa de las conductas del niño en público), mayor sea la probabilidad de que los padres intenten controlar esa conducta problemática de un modo autoritario, con expresiones de rigidez, crítica y rechazo hacia su conducta.

En cuanto al impacto sobre las relaciones de pareja de los padres, una posible explicación puede ser que los desacuerdos o distanciamientos entre los miembros de la pareja se traduzcan en una mayor laxitud, pobre supervisión o, directamente, inacción. La variable de relaciones de pareja juega un papel central en algunos modelos teóricos, como el modelo de los determinantes de las conductas parentales de Belsky (1984).

8. Reflexiones finales, limitaciones y perspectivas de futuro

A modo **de reflexiones finales**, los datos encontrados en esta Tesis Doctoral han permitido constatar, en primer lugar, que la severidad del TDAH de los niños, pese a ser una variable estrechamente relacionada con los Estilos Educativos o el Estrés de los padres, no tiene capacidad predictiva cuando se incluyen otras variables como los problemas de conducta comórbido, sugiriendo una relación indirecta entre TDAH del niño y conductas de los padres (Deault, 2010; McLaughlin y Harrison, 2006). Por otra parte, el Apoyo Social Percibido, aunque no tiene un efecto directo sobre las conductas de los padres, sí aparece estrechamente relacionado con estas conductas. En este sentido, Belsky (1984) sostiene que el apoyo social influye sobre las conductas de los padres directamente, pero, sobre todo, indirectamente a través de su influencia en otros mecanismos relevantes. Y, en tercer lugar, las variables de

Impacto en la Vida Familiar parecen jugar un importante papel mediador entre las conductas de los niños y las de los padres, ya que están estrechamente relacionadas con ambas. Así pues, podemos hipotetizar que las conductas de los niños (o el apoyo social) pueden tener un efecto indirecto sobre las conductas de los padres en la medida en que impactan y alteran la vida de la familia. En futuros trabajos creemos que sería interesante plantear modelos más complejos, como modelos de ecuaciones estructurales o modelos de mediación, que permitan poner a prueba los efectos indirectos hipotetizados y el papel mediador de las variables de Impacto sobre la Vida Familiar.

Por todo lo anterior, consideramos que el desarrollo de esta investigación ha posibilitado ampliar los hallazgos de investigaciones anteriores sobre el Ajuste Psicológico de los menores con TDAH y principalmente sobre el Impacto en el contexto familiar de tener un hijo/a afectado con este trastorno. Tal y como se recoge en este estudio, el diagnóstico no suele realizarse antes de los 6-7 años, si bien en las familias detectan problemas y dificultades años antes. Dada la gravedad y consecuencias de las dificultades y trastornos asociados al TDAH si no son adecuadamente tratados (Menéndez, 2001), entendemos que se hace necesaria la difusión de los resultados de esta y otras investigaciones similares, de manera que los niños sean diagnosticados y tratados, si así se requiere, desde los primeros indicios del trastorno, evitando la complicación del mismo, así como la angustia y estrés que sufren las familias durante estos años de incertidumbre.

Por otra parte, dado el papel, en esta investigación, que cobran variables diferenciadoras tales como la presentación predominante de TDAH, entendemos que esta se revela como un aspecto clave para optimizar la intervención con niños/as y adolescentes afectados por este trastorno. Del mismo modo, los resultados que aquí se presentan hacen evidente la necesidad de intervenciones multimodales que aborden no sólo la sintomatología clínica, sino también las dificultades evolutivas y de aprendizaje de los niños y adolescentes con TDAH, y que además se ajusten a su perfil y necesidades individuales.

Como se plasma en los resultados, tanto el TDAH como los problemas comórbidos asociados tienen una fuerte repercusión en el funcionamiento familiar. En este sentido, se hace imprescindible que las autoridades sanitarias y educativas

promuevan programas de entrenamiento a padres y madres de modo que puedan gestionar de manera más óptima los problemas que se encuentran en la educación y crianza de sus hijos e hijas. Siguiendo esta línea, numerosos estudios (Bloomfield y Kendall, 2012; Fabiano et al., 2009; Gerdes et al., 2012; Lee et al., 2012; Pelham y Fabiano, 2008) han mostrado que la formación y entrenamiento de padres en técnicas conductuales u otros procedimientos, influyen tanto en los comportamientos de sus hijos/as como en la reducción de los niveles de Estrés Parental.

Sobre la base de los resultados de esta investigación y de acuerdo con otros autores (Presentación et al., 2009), se recomienda que la intervención en las familias de niños con TDAH debe facilitar a los padres no solo aprendizajes o técnicas para manejar el comportamiento del niño, sino también otras centradas en la resolución de problemas, reestructuración cognitiva o técnicas de relajación para reducir el estrés psicológico y emocional, así como para mejorar la disciplina y alcanzar una comunicación adecuada y positiva con su hijos/as. La eficacia de este tipo de programas (como el Entrenamiento de Padres del Comportamiento, BPT, o las estrategias para mejorar la Crianza Positiva, STEPP; véase, por ejemplo, Chacko et al, 2008; Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs y Pelham, 2004) se ha demostrado en numerosos estudios (Anastopoulos, Shelton, DuPaul y Guevremont, 1993; Chacko et al, 2008; Valizadeh, 2010; Gerdes et al., 2012), que refieren cambios significativos en varias dimensiones del funcionamiento familiar, tales como los relacionados con la percepción de la gravedad de la conducta del niño, el sentido de competencia de los padres, las estrategias de enseñanza o el estrés parental (Gerdes et al., 2012).

A pesar de la relevancia de los hallazgos encontrados, estos deben interpretarse con cautela y teniendo también en cuenta que nuestro estudio presenta ciertas **limitaciones**. En primer lugar, debemos ser conscientes de que un estudio transversal como el presente no permite extraer conclusiones definitivas con respecto a las relaciones de causa y efecto entre las variables analizadas. Es decir, al tratarse de una investigación transversal, se plantea una direccionalidad única, tomada en un solo momento. Pero se ha de tener en cuenta que si bien es cierto que las dinámicas familiares no son consideradas la causa original del TDAH, su influencia a través de procesos bidireccionales padres-hijos parece ser clave para comprender la evolución del problema (Johnston y Jassy, 2007; Pardini, 2008). Así, como ya se ha destacado, las conductas de los niños con TDAH suponen un gran reto para los padres, generando

elevados niveles de ansiedad y estrés en la familia (Donenberg y Baker, 1993; Podolski y Nigg, 2001). Pero también es cierto que las disfunciones familiares pueden agravar tanto los síntomas de TDAH como el ajuste psicológico del niño (Deault, 2010; Haack, Villodas, McBurnett, Hinshaw y Pffner, 2014). Desde esta perspectiva bidireccional se han desarrollado distintos modelos, como el propuesto por Paterson (1982, 2002). Este autor propone una teoría circular: las conductas negativas del niño incrementan la probabilidad de que los padres sufran estrés y utilicen prácticas educativas inadecuadas que, a su vez y en un intercambio negativo circular, provocan un mayor número de conductas problemáticas en el niño. Futuros trabajos de carácter longitudinal permitirán poner a prueba el modelo circular de Paterson así como identificar variables mediadoras cuya transformación pueda ayudar a romper esa escalada de intercambios padres-hijos inadecuados.

En segundo lugar, el tamaño de la muestra no nos permite hacer análisis separados teniendo en cuenta la variable sexo del niño y/o padres. Diferentes estudios han puesto de relieve el papel del género del padre e hijo como fuentes de variabilidad en las relaciones entre padres e hijos (Sturge-Apple, Davies, Boker y Cummings, 2004). Por ejemplo, las madres parecen estar más atentas y sensibles a la conducta de sus hijos que los padres (Calzada, Eyberg, Rich y Querido, 2004), por lo que sus vidas, presumiblemente, podrían estar alteradas en mayor medida. Asimismo, la investigación también ha mostrado que los síntomas del TDAH afectan más al funcionamiento familiar cuando el TDAH se presenta en hijos varones que en el caso de las niñas (Bauermeister et al., 2010), o que los síntomas del TDAH en los hijos varones son tratados por los padres con más dureza que en las niñas (Maniadaki, Sonuga-Barke y Kakouros, 2005), lo que puede conllevar el recurso a estrategias educativas más negativas en función del sexo de los menores.

En tercer lugar, este trabajo no discute el papel de la cultura en la moderación de la relación entre los estilos parentales y variables familiares o de los menores. Algunas investigaciones sugieren que estas relaciones pueden no tener el mismo significado (Bornstein, 2012; Rudy y Grusec, 2006) en las familias con diferentes contextos raciales, étnicos o culturales. Por tanto, creemos que en futuros estudios sería de interés poner a prueba el grado en se podrían obtener resultados diferentes en función del género de los padres o hijos, o de sus contextos socioculturales.

En cuarto lugar, las medidas empleadas para conocer la severidad de la sintomatología TDAH o los problemas de ajuste de los menores están basadas en informes de los padres y madres y no en evaluaciones formales realizadas por profesionales especializados. Entendemos que este juicio de los padres puede estar sujeto a sesgos y no puede ser equiparado con los resultados de una evaluación profesional. Sin embargo, los informes de los padres a menudo se emplean en la investigación científica porque, entre otras razones, padres y madres tienen un elevado conocimiento del comportamiento habitual de sus hijos o hijas, son muy informativos para detectar cambios durante el tratamiento en los niños con TDAH, y al menos tan sensibles a la detección de cambios en los síntomas de TDAH como los informes de los maestros en los ensayos clínicos (Biederman, Faraone, Monuteaux y Grossbard, 2004).

Y en último lugar, la influencia limitada del apoyo social percibido podría explicarse por la homogeneidad de la muestra. El hecho de que la mayoría de los participantes fuesen miembros de asociaciones de familias con TDAH ha podido influir en la elevada puntuación media y escasa variabilidad en la puntuación de apoyo social. Así, las asociaciones se revelan como un importante recurso de los padres con menores con este y otros trastornos, lo que debería ser tenido en cuenta por las políticas de apoyo a las familias. Otra razón que explicaría la homogeneidad de la muestra puede ser la falta de especificidad de la escala utilizada. En este sentido Cohen, Mermelstein, Kamarck y Hoberman (1985) han demostrado que la percepción de apoyo sólo importa cuando el tipo de soporte coincide con la necesidad percibida. En futuras investigaciones será interesante el uso de escalas más específicas como la Escala de Apoyo a la Familia (Dunst, Jenkins y Trivette, 1984), ampliamente utilizada como escala de autoinforme de padres en los estudios de estrés parental (Searing, Graham y Grainger, 2015; Theule et al, 2011; Woodman, 2014).

V. REFERENCIAS

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Sirera-Conca, M. A., Cornesse, M., Delgado-Mejía, I. D., y Etchepareborda, M. C. (2011). Entrenamiento de funciones ejecutivas en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), 77-83.
- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., y Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57 (1), 193-203.
- Abidin, R. R. (1995) *Parenting Stress Index: Professional Manual*, 3rd edn. Psychological Assessment Resources Inc., New York.
- Abidin, R. R., Jenkins, C. L., y McGaughey, M. C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 60-69.
- Abikoff, H. B., Vitiello, B., Riddle, M. A., Cunningham, C., Greenhill, L. L., Swanson, J. M., . . . Wigal, T. (2007). Methylphenidate effects on functional outcomes in the preschoolers with attention-Deficit/Hyperactivity disorder treatment study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(5), 581-92. doi:10.1089/cap.2007.0068
- Aguilera, S., Mosquera, A., y Blanco, M. (2014). Trastornos de aprendizaje y TDAH. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría Integral*, 18 (9), 655-667.
- Akhter, N., Hanif, R., Tariq, N., y Atta, M. (2011). Parenting styles as predictors of externalizing and internalizing behavior problems among children. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 26 (1), 23-41.

- 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.
- Alizadeh, H., Applequist, K. F., y Coolidge, F. L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect*, 31, 567-572.
- Allen, A. J., Kurlan, R. M., Gilbert, D. L., Coffey, B. J., Linder, S. L., Lewis, D. W.,... Spencer, T. J. (2005). Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*, 65(12), 1941-1949.
- Almeida, L. G. (2005). Alteraciones anatómico-funcionales en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Salud Mental*, 28 (3), 1-12.
- Almeida, L. G., Ricardo-Garcell, J., Prado, H., y Martínez, R. B. (2010). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Segunda parte. *Salud Mental*, 33 (1), 77-84.
- Amado, L. (2012). *Eficacia relativa y diferencial de una intervención combinada versus farmacológica para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia*. Universitat Ramon Llull, Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/83710>
- Ambrosini, P. J., Bennett, D. S., y Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *Journal of Affective Disorders*, 145 (1), 70-76. doi:10.1016/j.jad.2012.07.014

American Academy of Pediatrics (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128 (5), 1007-1022. doi:10.1542/peds.2011-2654

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2^a Ed.). Washington, DC: American psychiatric press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a Ed.). Washington, DC: American psychiatric press.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a Ed., rev.). Washington, DC: American psychiatric press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a Ed.). Washington, DC: American psychiatric press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a Ed., rev.). Washington, DC: American psychiatric press.

American Psychiatric Association (2004). Attention deficit and disruptive behavior disorders: attention-deficit/ hiperactivity disorder. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4^a Ed., rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc, 85-93.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a Ed.). Washington, DC: American psychiatric press.

-
- 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 (5), 503–520. Doi: 10.1007/BF00916812
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., y Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (5), 581. doi:10.1007/BF00916320
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57 (5), 340-350. doi:10.1097/01.NNR.0000313502.92227.87
- Anjum, N., y Malik, F. (2010). Parenting practices in mothers of children with ADHD: Role of Stress and Behavioral Problems in children. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 8 (1), 18-38. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/921996575?accountid=14549>
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., y Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14 (2), 133-154. doi:10.1002/icd.385
- Arco, J. L., Fernández, F. D., y Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3), 408-414.

- Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G., Weiss, R. D., Brady, K. T., Farrer, L., y Kranzler, H. R. (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 33, 1199-1207. doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.003
- Arnett, A. B., Pennington, B. F., Willcutt, E. G., DeFries J. C., y Olson, R. K. (2015). Sex differences in ADHD symptom severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(6), 632-639. doi:10.1111/jcpp.12337
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (1), 68-78.
- Artigas-Pallarés, J. (2006) El trastorno de déficit de atención/hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 8 (4), 115-133.
- August, G. J., y Garfinkel, B. D. (1990). Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 (1), 29. doi:10.1007/BF00919454
- Ayaz, A. B., Ayaz, M., Yazgan, Y., y Akin, E. (2013). The relationship between motor coordination and social behavior problems in adolescents with attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23 (1), 33-41. doi:10.5455/bcp.20121130091058
- Bagwell, C. L., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Jr., y Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child &*

-
- Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1285-1292. doi:10.1097/00004583-200111000-00008
- Baker, D. B. (1994). Parenting stress and ADHD: A comparison of mothers and fathers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2 (1), 46-50. doi:10.1177/106342669400200106
- Baker, D. B., y McCall, K. (1995). Parenting stress in parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder and parents of children with learning disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 57-68.
- Baker, B. L., Blacher, J., Crnic, K. A., y Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 107 (6), 433-444. doi:10.1352/0895-8017(2002)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2
- Baker, B. L., Neece, C. L., Fenning, R. M., Crnic, K. A., y Blacher, J. (2010). Mental disorders in five-year-old children with or without developmental delay: Focus on ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39 (4), 492. doi:10.1080/15374416.2010.486321.
- Bakker, L., y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia psicológica*, 4 (1), 5-11. doi:10.5872/psiencia/4.1.21
- Ball, J. D., Tiernan, M., Janusz, J., y Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: A reexamination of parent perceptions. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 389-398.

-
- Baltes, P. B. (1998). On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny : Selection, Optimization, and Compensation as Foundation of Developmental Theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J.,... Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (8), 476-495. doi:10.1007/s00787-006-0549-0
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J., y Semple, D. L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/Hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17 (1), 28-43. doi:10.1007/s10826-007-9139-0
- Barbarese, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., y Jacobsen, S. J. (2007). Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based perspective. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (4), 265-273. doi:http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e31811ff87d
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., y Fletcher, K. E. (1992). Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- 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. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain & Development*, 25(2), 77-83.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., y Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 195-211. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00214.x
- Barkley, R. A., (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd eds.). New York: Guildford Press.
- Bartholomew, K., y Owens, J. (2006). Sleep and ADHD: A review. *Medicine and Health, Rhode Island*, 89 (3), 91.
- Bauermeister, J. J., Puente, A., Martínez, J. V., Cumba E., Scandar, R. O., y Bauermeister, J. A. (2010). Parent perceived impact of Spaniard boys' and girls' inattention, hyperactivity, and oppositional defiant behaviors on family life. *Journal of Attention Disorders*, 14 (3), 247-255. doi:10.1177/1087054709347180
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1-103.

- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gun, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.). *The Encyclopedia of Adolescence* (pp.746-758). Nueva York: Garland.
- Baumrind, D., Larzelere, R. E., y Owens, E. B. (2010). Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting: Science and Practice* 10 (3), 157-201. doi:10.1080/15295190903290790
- Becker, A., Roessner, V., Breuer, D., Döpfner, M., y Rothenberger, A. (2011). Relationship between quality of life and psychopathological profile: Data from an observational study in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20 (2), 267-275. doi: 10.1007/s00787-011-0204-2
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13 (4), 678- 684.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., y Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (5), 579-590. doi:10.1097/00004583-199505000-00010
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A.,... Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American*

-
- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 343-351.
doi:10.1097/00004583-199603000-00016.
- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., y Spencer, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry*, 44 (4), 269-273. doi:10.1016/S0006-3223(97)00406-X
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J.,... Barry, M. D. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (8), 966-75. doi:10.1097/00004583-199908000-00012
- Biederman, J., Faraone, S. V., y Monuteaux, M. C. (2002a). Impact of exposure to parental attention deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32 (5), 817-882. doi:10.1017/S0033291702005652
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., y Johnson, M. A. (2002b). Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., y Grossbard, J. R. (2004). How informative are parent reports of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms for assessing outcome in clinical trials of long-acting treatments? A

-
- pooled analysis of parents' and teachers' reports. *Pediatrics*, *113*, 1667-1671.
doi:10.1542/peds.113.6.1667
- Biederman, J., y Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, *366* (9481), 237-248. doi:10.1016/S0140-6736 (05)66915-2
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Kaiser, R., Dolan, C. R., Schoenfeld,... Faraone S. V. (2008). Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69* (8), 1217-1222.
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., y Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, *45* (2), 150 -155. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.06.009
- Biederman, J., Petty, C. R., Hammerness, P., Batchelder, H., y Faraone, S. V. (2012). Cigarette smoking as a risk factor for other substance misuse: 10-year study of individuals with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *201* (3), 207-214. doi:10.1192/bjp.bp.111.100339
- Bignell, S., y Cain, K. (2007). Pragmatic aspects of communication and language comprehension in groups of children differentiated by teacher ratings of inattention and hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology*, *25* (4), 499-512. doi:10.1348/026151006X171343
- Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., y Ogden, T. (2015). Children with Conduct Problems and Co-occurring ADHD: Behavioral Improvements Following Parent

-
- Management Training. *Child & Family Behavior Therapy*, 37 (1), 1-19.
doi:10.1080/07317107.2015.1000227
- Blackman, G. L., Ostrander, R., y Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8 (4), 195-207.
doi:10.1177/1087054705278777
- Bloomfield, L. y Kendall, A. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behaviour before and after a parenting programme. *Primary Health Care Research & Development*, 13 (4), 364-372. doi:10.1017/S1463423612000060
- Borawski, E. A., Ievers-Landis, C.E., Lovegreen, L. D., y Trapl, E. S. (2003). Parental monitoring negotiated unsupervised time and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 33 (2), 60-70. doi:10.1016/S1054-139X(03)00100-9
- Bornstein, M. H. (2012). Cultural approaches to parenting. *Parenting: Science & Practice*, 12 (2-3), 212-221. doi:10.1080/15295192.2012.683359.
- Bozo, Ö., Anahar, S., Ateş, G., y Etel, E. (2010). Effects of illness representation, perceived quality of information provided by the health-care professional, and perceived social support on depressive symptoms of the caregivers of children with leukemia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17 (1), 23-30. doi:10.1007/s10880-009-9177-4
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.

-
- Breuer, D., Görtz-Dorten, A., Rothenberger, A., y Döpfner, M. (2011). Assessment of daily profiles of ADHD and ODD symptoms, and symptomatology related to ADHD medication, by parent and teacher ratings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 289-296.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R.,...Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviours and adolescent delinquency. *Developmental Psychology*, 39 (2), 222-245. doi:10.1037/0012-1649.39.2.222
- Bronfenbrenner, U., y Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon y R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical*.
- Brown, R. T., y Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (9), 581-587. doi: 10.1177/002221948902200911
- Brown, R. T., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M.,... Wolraich, M. L. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics*, 115 (6), 749-757. doi:10.1542/peds.2004-2560
- Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E.,... Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD among children in pediatric and psychiatric clinics. *Psychiatric Services*, 53(9), 1103-1111.

- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., y Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (6), 595-605. doi:10.1097/00004583-201006000-00008
- Byrnes, J. H. (2003). The emotional functioning and marital satisfaction of mothers of children with ADHD. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 63 (11-B), 5507.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Rich, B., y Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 203-13. doi:10.1023/B:JACP.0000019771.43161.1c
- Cardo, E., y Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 40 (1), 11-15. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/40S1/sS1S011.pdf>
- Casas-Brugué, M., y Ramos-Quiroga, J. A. (2007). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Neuro Classics*. Recuperado de <http://www.neuroclassics.org/>
- Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S.,...Rapoport, J.L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity

- disorder. *Journal of American Medical Association*, 288, 1740-1748.
doi:10.1001/jama.288.14.1740
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R., y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12, 168.
doi:10.1186/1471-244X-12-168
- Ceballos, E., y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza.
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Flammer-Rivera, L. M., Pelham, W. E., Jr., Walker, K. S., Arnold, F. W.,... Herbst, L. (2008). A pilot study of the feasibility and efficacy of the Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) program for single mothers of children with ADHD. *Journal Of Attention Disorders*, 12 (3), 270-280. doi:10.1177/1087054707306119
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T., y Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: Comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (1), 9-21. doi:10.1016/j.jaac.2010.09.019.
- Chen, M., y Johnston, C. (2007). Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 455-468.
doi:10.1080/15374410701448570

- Chervin, R. D., Hedger Archbold, K., Dillon, J. E., Pituch, K. J., Panahi, P., Dahl, R. E., y Guilleminault, C. (2002). Associations between symptoms of inattention, hyperactivity, restless legs, and periodic leg movements. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 25 (2), 213-218. Recuperado de <http://www.scopus.com>
- Chiang, H., Gau, S. S., Ni, H., Chiu, Y., Shang, C., Wu, Y.,...Soong, W. (2010). Association between symptoms and subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder and sleep problems/disorders. *Journal of Sleep Research*, 19 (4), 535-545. doi:10.1111/j.1365-2869.2010.00832.x
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E., Jr. (2004). Enhancements to the behavioral parent-training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27. doi:10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4
- Chronis, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., y Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 12371250. doi:10.1007/s10802-008-9246-4.
- Coghill, D., Nigg, J., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., y Tannock, R. (2005). Whither causal models in the neuroscience of ADHD? *Developmental Science*, 8 (2), 105-114. doi:10.1111/j.1467-7687.2005.00397.x
- Coghill, D., Soutullo, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M., y Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the

-
- patientand family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 31. doi:10.1186/1753-2000-2-31
- Cohen, S., Mermelstein, R. Kamarck, T., y Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications*, (pp. 73- 94). The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- Cohen, S., Mermelstein, R. Kamarck, T., y Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I.G. Sarason & B.R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications*, (pp. 73- 94). The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Cohen, N. J., Menna, R.c, Vallance, D., Barwick, M., Im, N., y Horodezky, N.(1998). Language, Social Cognitive Processing, and Behavioral Characteristics of Psychiatrically Disturbed Children with Previously Identified and Unsuspected Language Impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (6), 853-864.
- Colomer, C. (2013). *Factores familiares y neuropsicológicos: Implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Valencia, Valencia.

-
- Collett, B. R., Gimpel, G. A., Greenson, J. N., y Gunderson, T. L. (2001). Assessment of discipline styles among parents of preschool through school-age children. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23 (3), 163-170.
- 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.
- Cortese, S., Konofal, E., Bernardina, B. D., Mouren, M., y Lecendreux, M. (2009). Sleep disturbances and serum ferritin levels in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (7), 393-9. doi:10.1007/s00787-009-0746-8
- Costa, N. M., Weems, C. F., Pellerin, K., y Dalton, R. (2006). Parenting stress and childhood psychopathology: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28 (2), 113-122. doi: 10.1007/s10862-006-7489-3
- Coulson, N. S. (2005). Receiving social support online: An analysis of a computermediated support group for individuals living with irritable bowel syndrome. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 580-584. doi:10.1089/cpb.2005.8.580.
- Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D., y Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (7), 690-698. doi:10.1097/01.chi.0000162582.87710.66

- Crespo, N., Manghi, D., y García, G. (2007). Déficit atencional y comprensión de significados no literales: interpretación de actos de habla indirectos y frases hechas. *Revista de Neurología*, 44 (2), 75-80.
- Crnic, K. A., y Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61 (5), 1628-1637. doi:10.1111/j.1467-8624.1990.tb02889.x
- Crnic, K. A., Gaze, C., y Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14 (2), 117-132. doi:http://dx.doi.org/10.1002/icd.384
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., y Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: A community-based study. *European Journal of Pediatrics*, 171 (2), 271-280. doi:10.1007/s00431-011-1524-4
- Daigre, C., Terán, A., García-Vicent, V., y Roncero, C. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones*, 25 (2), 171-186. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1499090775?accountid=14549>
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., y Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health & Development*, 35 (6), 754-766. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00938.x

- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C.,... Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19* (2), 83-105. doi:10.1007/s00787-009-0046-3
- Davis, C., Claudius, M., Palinkas, L. A., Wong, B., y Leslie, L. K. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and DHD and implications for ADD care. *Journal of Attention Disorders, 16* (8), 675-684. doi:10.1177/1087054711413077
- Davis, C., Cohen, A., Davids, M., y Rabindranath, A. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Relation to Addictive Behaviors: A Moderated-Mediation Analysis of Personality-Risk Factors and Sex. *Frontiers in Psychiatry, 6*, 47. doi:10.3389/fpsyt.2015.00047
- Daviss, W. B. (2008). A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: Etiologies, phenomenology, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 18* (6), 565. doi:10.1089/cap.2008.032
- Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development, 41* (2), 168-192. doi:10.1007/s10578-009-0159-4
- DeGarmo, D.S., y Forgatch, M. S. (1997). Confidant support and maternal distress: Predictors of parenting practices for divorced mothers. *Personal Relationships, 4*, 305-317. doi:10.1111/j.1475-6811.1997.tb00148.x

- De la Osa-Langreo, A., Mulas, F., Téllez de Meneses, M., Gandía, R., y Mattos, L. (2007). Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44 (2), 31-35.
- Delgado, I. D., Rubiales, J., Etchepareborda, M. C., Bakker, L., y Zuluaga, J. B. (2012). Intervención multimodal del TDAH: el papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 45-51.
- De Paúl Ochotorena, J., y Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse and Neglect*, 19 (4), 409-418. doi:10.1016/0145-2134(95)00009-W
- Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental Psychopathology*, 17, 807-825.
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6 (1), 44-55.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A. G., López-Pina, J. A., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22, 1033-1038
- Dillon, J. E., y Chervin, R. D. (2012). ADHD and sleep disorders in children. *Psychiatric Times*, 29 (6), 20-29. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1022270571?accountid=14549>

- Domínguez-Ortega, L., y de Vicente-Colomina, A. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y alteraciones del sueño. *Medicina Clínica*, 126 (13), 500-506. doi: 10.1157/13086847
- 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. doi: 10.1007/BF00911315
- Douglas V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4 (4), 259-282.
- Drabick, 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.
- Dunst, C. J., Jenkins, V., y Trivette, C. M. (1984). The Family Support Scales: Reliability and validity. *Journal of Individual, Family, and Community Wellness*, 1, 45-52.
- Dupaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J., y Mcgoey, K. E. (1998). Parent ratings of attention-Deficit/Hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20 (1), 83-102. doi:10.1023/A:1023087410712
- Dyson, L. L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American*

-
- Journal on Mental Retardation*, 102 (3), 267-279. doi:10.1352/0895-8017(1997)102<0267:FAMOSC>2.0.CO;2
- Eddy, L. S., Toro, J., Salamero, M., Castro, J., y Cruz, M. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder. A survey to evaluate risk factors, associated factors and parental child rearing behavior. *Anales Españoles De Pediatría*, 50 (2), 145-150.
- Edwards, R. T., Ceilleachair, A., Bywater, T., Hughes, D., y Hutchings, J. (2007). Parenting programmes for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*, 334, 682-85. doi:10.1136/bmj.39126.699421.55
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., y Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- Ellis, B. y Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: New findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 147-154. doi:10.1097/CHI.0b013e31819176d0
- 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.

- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Jr., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., y O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29 (2), 129-140. doi:10.1016/j.cpr.2008.11.001
- Faraone, S. V., y Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44 (10), 951-958. doi:10.1016/S0006-3223(98)00240-6
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, R., y Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2 (2): 104-113.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., y Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323. doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.024
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J., y Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, 8 (4), 4. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868385/>
- Farré, A. y Narbona, J. (1989). Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Connors en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española*, 47, 103109.

- Federación española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad (Feaadah) (2009). *Sobre el TDAH: Datos y cifras*. Recuperado de: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J., Salcedo-Marín, M., Ruiz-veguilla, M., Pérez-Ayala, V., y Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23 (8), 637-647. doi:10.1007/s00787-013-0494-7
- Finzi-Dottan, R., Manor, I., y Tyano, S. (2006). ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (2), 103. doi:10.1007/s10578-006-0024-7
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue: The Stresses of Parenting*, 19, 337-346.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., y Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (5), 463-475. doi:10.1023/A:1019864813776
- Fleck, K., Jacob, C., Philipsen, A., Matthies, S., Graf, E., Hennighausen, K.,... Jans, T. (2015). Child impact on family functioning: a multivariate analysis in multiplex families with children and mothers both affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7 (3), 211-233. doi:10.1007/s12402-014-0164-8

- Fletcher, A., Bonell, C., Sorhaindo, A., y Strange, V. (2009). How might schools influence young people's drug use? development of theory from qualitative case-study research. *Journal of Adolescent Health, 45* (2), 126-132. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.12.021
- Fliers, E., Lambregts-Rommelse, N., Vermeulen, S.H.H.M., Altink, M., Buschgens, C.J.M., Faraone, S.V., ... Buitelaar, J.K. (2008). Motor coordination problems in children and adolescents with ADHD rated by parents and teachers: Effects of age and gender. *Journal of Neural Transmission, 115* (2), 211-220. doi:10.1007/s00702-007-0827-0
- Fliers, E. A., Franke, B., Lambregts-Rommelse, N., Altink, M. E., Buschgens, C. J. M., Nijhuis-van, D. S., . . . Buitelaar, J. K. (2010). Undertreatment of motor problems in children with ADHD. *Child and Adolescent Mental Health, 15* (2), 85-90. doi:10.1111/j.1475-3588.2009.00538.x_2009
- Flores, J.C. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema, 21* (4), 592-597.
- Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E., y Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35* (4), 571-577. doi:10.1207/s15374424jccp3504_8
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and

- families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39-49. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x
- Fuentes, M. J., Motrico, E., y Bersabé, R. (1999). *Escala de Normas y Exigencias (ENE)*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Málaga.
- Fuente, A., Herrero, J., y Gracia, E. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad online y ajuste psicosocial en la sociedad de la información. *Acción Psicológica*, 7, 9-15. Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/>
- Gagliano, A., Lamberti, M., Siracusano, R., Ciuffo, M., Boncoddo, M., Maggio, R.,...Germanò, E. (2014). A Comparison between Children with ADHD and Children with Epilepsy in Self-Esteem and Parental Stress Level. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 10, 176-183. doi:10.2174/1745017901410010176
- García-Campayo, J., Santed, M., Cerdán, C., y Alda, M. (2007). Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Atención Primaria*, 39 (12), 671-674. doi:10.1157/13113962
- García, M., e Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: un estudio exploratorio del vínculo Madre-Hijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 123-134.
- Gau, S. S. (2006). Prevalence of sleep problems and their association with inattention/hyperactivity among children aged 6–15 in Taiwan. *Journal of Sleep Research*, 15 (4), 403-414. doi:10.1111/j.1365-2869.2006.00552.x

- Gau, S. S. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (8), 688-696. doi:10.1080/00048670701449187
- Gau, S. S., y Chiang, H. (2009). Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 32 (5), 671-679. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621951732?accountid=14549>
- Gaub, M., y Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1036–1045. doi:10.1097/00004583-199708000-00011
- Gavidia-Payne, S., y Hudson, A. (2002) Behavioural supports for parents of children with an intellectual disability and problem behaviours: An overview of the literature. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 31-55.
- Gerdes, A. C., Haack, L. M., y Schneider, B. W. (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: Evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders*, 16 (2), 147-156. doi: 10.1177/1087054710381482
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5 (3), 143-154. doi:10.1177/108705470200500302
- Gerstein, E., Crnic, K., Blacher, J., y Baker, L. (2009). Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual

- disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (12), 981-997.
doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01220.x
- Ghuman, J. K., Aman, M. G., Lecavalier, L., Riddle, M. A., Gelenberg, A., Wright, R.,... Fort, C. (2009). Randomized, placebo-controlled, crossover study of methylphenidate for attention-Deficit/Hyperactivity disorder symptoms in preschoolers with developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19 (4), 329-39. doi:10.1089/cap.2008.0137
- Gillberg, C., y Kadesjö, B. (2003). Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plasticity*, 10 (1-2), 59-68. doi:10.1155/NP.2003.59
- Glass, K., y Flory, K. (2012). Are symptoms of ADHD related to substance use among college students? *Psychology of Addictive Behaviors*, 26 (1), 124-132. doi:10.1037/a0024215
- Goldstein, L. H., Harvey, E. A., y Friedman-Weieneth, J. L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (1), 125-136. doi:10.1007/s10802-0069047-6
- González, R., Bakker, L., y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141-158.
- Goodman, R. (2001), Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and*

-
- Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345. doi:10.1097/00004583-200111000-00015
- Goodman, A., Lamping, D. L., y Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179–1191.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En Fernández, I., Morales, J. F., y Molero, F. (Coords.), *Psicología de la intervención comunitaria* (pp. 129-171). Bilbao: Desclée de Brower.
- Granero, R., Ezpeleta, L., Domenech, J. M., y de la Osa-Langreo, N. (2008). What single reports from children and parents aggregate to attention deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (6), 352-64. doi:10.1007/s00787-008-0677-9
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, J. R., y Reid, A. (2011). Severity of Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress: A Multiple Mediation Model of Self-Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (7), 1073-1083. doi:10.1007/s10802-011-9528-0
- Grau, M. D., y García, J.V. (2004). Atención psicopedagógica y familiar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Curso de Actualización Pediatría, AEPap. Madrid: Exlibris Ediciones, 153-161.

- Grau, M. D. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Tesis doctoral. Servei de Publicacions. Universitat de Valencia. Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10230/grau.pdf?sequence=1>
- Green, C., y Chee, K. (2005). *El niño muy movido o despistado: entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Médici.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M., Mick, E., DuPre, E. P., Fine, C., y Goring, J. (2001). Social impairment in girls with ADHD: Patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 704-710. doi:10.1097/00004583-200106000-00016
- Greenhill, L. (1998). Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *The Journal of Clinical Psychiatry, supl. Current Issues in Attention Deficit Disorder*, 59, 31-41.
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J.,... Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (11), 1284-1293. doi:10.1097/01.chi.0000235077.32661.61
- Gresham, F. M., Lane, K. L., y Lambros, K. M. (2000). Comorbidity of conduct problems and ADHD: Identification of "fledgling psychopaths". *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (2), 83-93. doi:10.1177/106342660000800204

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, Coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. Recuperado de http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tdah_hiperactividad_aiaqs2010_compl.pdf

Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19 (4), 417-425. doi:10.1007/s10882-007-9060-x

Haack, L. M., Villodas, M. T., McBurnett, K., Hinshaw, S., y Pfiffner, L. J. (2014). Parenting Mediates Symptoms and Impairment in Children With ADHD-Inattentive Type. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45 (2), 155-166. doi: 10.1080/15374416.2014.958840

Harris, K., Boots, M., Talbot, J., y Vance, A. (2006). Comparison of psychosocial correlates in primary school age children with attention deficit/ hyperactivity disorder- combined type, with and without dysthymic disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 36 (4), 419-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0012-y>

- Harpin, V.A. (2015). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, suppl 1, i2-i7. doi: 10.1136/adc.2004.059006.
- Harstad, E., y Levy, S. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*, 134 (1), 293-301. doi:10.1542/peds.2014-0992
- Hart, E. L., Lahey, B. B., Loeber, R., Applegate, B., Green, S. M., y Frick, P. J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: A four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (6), 729-749. doi:10.1007/BF01447474
- Hartman, A. F., Radin, M. B., y McConnell, B. (1992). Parent-to-parent support: A critical component of health services for families. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 15 (1), 55-67. doi:10.3109/01460869209078240
- Harty, S. C., Galanopoulos, S., Newcorn, J. H., y Halperin, J. M. (2013). Delinquency, aggression, and attention-related problem behaviors differentially predict adolescent substance use in individuals diagnosed with ADHD. *The American Journal on Addictions*, 22 (6), 543-550. doi:10.1111/j.1521-0391.2013.12015.x
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (3), 39-54. doi:10.1300/J019v22n03_02
- 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 (6), 731-743.
doi:10.1016/S0005-7967(00)00052-8
- Healey, D. M., Flory, J. D., Miller, C. J., y Halperin, J. M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20 (2), 148-161.
doi:10.1002/icd.682
- Herman, K. C., Lambert, S. F., Ialongo, N. S., y Ostrander, R. (2007). Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African-American children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (2), 265-274. doi:10.1007/s10802-006-9083-2
- Herrero, J., Meneses, J., Valente, L., y Rodríguez, F., (2004). Participación social en entornos virtuales. *Psicothema*, 16, 456-460.
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1086-1098. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1086
- Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A. G., y Young, S. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 84.
doi:10.3389/fpsy.2011.00084

- Hodgson, K., Hutchinson, A. D., y Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 18(4), 275-282. doi:10.1177/1087054712444732
- Hoffmann, H. (1845). *Der Struwwelpeter*, Siebert Verlag, Waldkirchen. Orig.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7 (1), 101-106. doi:10.1016/j.ambp.2006.04.011
- Humphreys, K. L., Mehta, N., y Lee, S. S. (2012). Association of parental ADHD and depression with externalizing and internalizing dimensions of child psychopathology. *Journal of Attention Disorders*, 16 (4), 267-275. doi:10.1177/1087054710387264
- Hurt, E. A., Hoza, B., y Pelham, W. E., Jr. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (4), 543-555. doi:10.1007/s10802-007-9111-x
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J.,...Moilanen, I. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (6), 362-369. doi:10.1007/s00787-007-0607-2
- Jansen, P. W., Raat, H., Mackenbach, J. P., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., Bakermans-Kranenburg, M.,...Tiemeier, H. (2012). Early determinants of maternal and paternal harsh discipline: The generation R study. *Family Relations*, 61(2), 253-270. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00691.x

- Jensen, P. S., Martin, D., y Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079. doi:10.1097/00004583-199708000-00014
- Jiménez, J. M., y Muñoz, A. (2005). Socialización familiar y estilos educativos a comienzos del siglo XXI. *Estudios De Psicología*, 26 (3), 315-327. doi:10.1174/021093905774518991
- Jiménez, J. E., Rodríguez, C., Camacho, J., Afonso, M., y Artiles, C. (2012). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *European Journal of Education and Psychology*, 5 (1), 13-26
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1), 85-104.
- Johnston, C., y Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207. doi:10.1023/A:1017592030434
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S.P., Pelham, W.E., Jr., y Hoza, B. (2002). Responsiveness in Interactions of Mothers and Sons with ADHD: Relations to Maternal and Child Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (1), 77-88. doi:10.1023/A:1014235200174

-
- Johnston, C., y Jassy, J. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (2), 74-79. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621798824?accountid=14549>
- Johnston C., Hommersen P., y Seipp C. M. (2009). Maternal attributions and child oppositional behavior: A longitudinal study of boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 189-195. doi:10.1037/a0014065
- Kaaresen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., y Dahl. L. B. (2006). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of an Early-Intervention Program in Reducing Parenting Stress After Preterm Birth. *Pediatrics*, 118, 9-19.
- Kadesjö, B., y Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40 (12), 796-804. doi:10.1111/j.1469-8749.1998.tb12356.x
- Kadesjö, B., y Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (4), 487-492. doi:10.1111/1469-7610.00742
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., y Wilson, B. N. (2001). The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: Data and theory. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (6), 555-565. doi:10.1177/002221940103400608

- Karen, D. W. (2007). Methylphenidate treatment of ADHD in preschoolers. *Psychiatric Times*, 24 (3), 47. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.columbus.uhu.es/docview/204582108?accountid=14549>
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Jr., 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 attention deficit hyperactivity disorder (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 (6), 541–553. doi:10.1023/A:1020803412247
- Klassen, A. F., Miller, A., y Fine, S. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114 (5), 541-547. doi:10.1542/peds.2004-0844
- Klassen, A. F. (2005). Quality of life of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5 (1), 95-103. doi:10.1586/14737167.5.1.95
- Klassen, A. F., Miller, A., y Fine, S. (2006). Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.

-
- Child: Care, Health and Development*, 32 (4), 397-406. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00609.x
- Kollins, S. H. (2008). ADHD, substance use disorders, and psychostimulant treatment: Current literature and treatment guidelines. *Journal of Attention Disorders*, 12 (2), 115-125. doi:10.1177/1087054707311654
- Kopp, S., Kelly, K. B., y Gillberg, C. (2010). Girls with social and/or attention deficits: A descriptive study of 100 clinic attenders. *Journal of Attention Disorders*, 14 (2), 167-181. doi:10.1177/1087054709332458
- Kratochvil, C. J., Vaughan, B. S., Mayfield-Jorgensen, M. L., March, J. S., Kollins, S. H., Murray, D. W.,...Stoner, J. (2007). A pilot study of atomoxetine in young children with attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17 (2), 175. doi:10.1089/cap.2007.0143
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., y Rutter, M. (2001). Can inattention/over activity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513-528. doi:10.1023/A:1012229209190
- Kronenberger, W. G., y Thompson, R. J. (1992). Medical stress, appraised stress, and the psychological adjustment of mothers of children with myelomeningocele. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13 (6), 405-411. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/618277606?accountid=14549>

-
- Lambek, R., Tannock, R., Dalsgaard, S., Trillingsgaard, A., Damm, D., y Thomsen, P. H. (2011). Executive dysfunction in school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15* (8), 646-655. doi:10.1177/1087054710370935
- Lambek, R., Sonuga-Barke, E., Psychogiou, L., Thompson, M., Tannock, R., Daley, D., Damm, D., y Thomsen, P. H. (2014). The parental emotional response to children index: A questionnaire measure of parents' reactions to ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054714539996
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés, 8* (23), 173-182.
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Urbanowicz, C. M., Simon, J. O., y Graham, A. J. (2008). Efficacy of an organization skills intervention to improve the academic functioning of students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly, 23* (3), 407-417. doi:10.1037/1045-3830.23.3.407
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., y Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy, 27* (1), 79-96. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., Van den Bree, M., Harold, G.,... Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry, 196* (3), 235-240. doi:10.1192/bjp.bp.109.066274.

- Larsson, H., Lichtenstein, P., y Larsson, J. (2006). Genetic contributions to the development of ADHD subtypes from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 973-981. doi:10.1097/01.chi.0000222787.57100.d8
- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., y Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (9), 954-963. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x
- Laufer, M., Denhoff, E., y Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulsive disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Lavigne, R., y Romero, J. F. (2010). El TDAH ¿Qué es? ¿qué lo causa? ¿cómo evaluarlo y tratarlo? Madrid: Pirámide.
- Law, E. C., Sideridis, G. D., Prock, L. A., y Sheridan, M. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: Predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*, 133 (4), 659-667. doi:10.1542/peds.2013-3433
- Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., . . . Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a european setting: The netherlands as a reference case. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23 (7), 587-598. doi:10.1007/s00787-013-0477-8
- Lee, S.S., y Hinshaw, S. P. (2006). Predictors of Adolescent Functioning in Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Childhood

- ADHD, Conduct Problems, and Peer Status. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (3), 356-368.
- Lee, S. S., Lahey, B. B., Owens, E. B., y Hinshaw, S. P. (2008). Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (3), 373-383. doi:10.1007/s10802-007-9184-6
- Lee, P., Niew, W., Yang, H., Chen, V. C., y Lin, K. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33 (6), 2040-2049. doi:10.1016/j.ridd.2012.05.011
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L., y Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 392-403. doi:10.1016/j.neurenf.2009.04.007
- Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S., y McStephen, M. (2005). Gender Differences in ADHD Subtype Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (4), 368-376. doi:10.1097/01.chi.0000153232.64968.c1
- Lifford, K. J., Harold, G. T., y Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 285-296. doi:10.1007/s10802-007-9177-5
- Limbers, C. A., Ripperger-Suhler, J., Boutton, K., Ransom, D., y Varni, J. W. (2011). A comparative analysis of health-related quality of life and family impact

- between children with ADHD treated in a general pediatric clinic and a psychiatric clinic utilizing the PedsQL. *Journal of Attention Disorders*, 15 (5), 392-402. doi:10.1177/1087054709356191
- Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12, 420-36.
- López-López, J. R., y López-Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Murcia: Servicio de publicaciones.
- López-Soler, C., Castro., Alcántara, M., Fernández, V., y López-Pina, J.A. (2009a). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21 (3), 353-358.
- López-Soler, C., Puerto, J. C., López-Pina, J. A., y Prieto, M. (2009b). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de psicología*, 25 (1), 70-77.
- López-Villalobos, J. A., Serrano, I., y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16 (3), 402-407.
- Lora, J. A., y Moreno, I. (2010). Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención en escolares: comparación entre criterios diagnósticos y criterios clínicos. *Psicología Conductual*, 18 (2), 365-384. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/927581166?accountid=14549>

-
- MacCoby, E. E., y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-Child interaction. En E. M. Hetherington (Ed.) y P. H. Mussen (Series Ed.), *Handbook of Child Psychology*. Nueva York: Wiley.
- Magalhães, L. C., Missiuna, C., y Wong, S. (2006). Terminology used in research reports of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48 (11), 937-941. doi:10.1017/S0012162206002040
- 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 (3), 331-340. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00512.x
- Mannuzza, S., Klein, R.G., y Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160 (3), 237-246. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.003.
- Mash, E.J., y Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (1), 86-99. doi:10.1037/0022-006X.51.1.86
- Mash, E. J., y Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 313-328. doi:10.1207/s15374424jccp1904_3

- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., y Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 33 (5), 417.
- McCleary, L. (2002). Parenting adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Analysis of the literature for social work practice. *Health & Social Work*, 27 (4), 285-292. doi:10.1093/hsw/27.4.285
- McKenna, K., Green, A., y Glason, M. E. J. (2001). Relationship formation on the Internet: What's the big attraction? *Journal of Social Issues*, 58, 9-31.
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., y Friedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 158-168. doi:10.1207/S15374424JCCP3301_15
- 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 (2), 82-88.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, R., y Romero, B. (2006). *Guía Práctica para educadores: El alumno con TDAH*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- Menéndez, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 92-102.
- Meyer, A., y Sagvolden, T. (2006). Fine motor skills in south african children with symptoms of ADHD: Influence of subtype, gender, age, and hand

-
- dominance. *Behavioral and Brain Functions: BBF*, 2 (1), 33-33.
doi:10.1186/1744-9081-2-33
- Mick, E., Biederman, J., Jetton, J., y Faraone, S. V. (2000). Sleep disturbances associated with attention deficit hyperactivity disorder: The impact of psychiatric comorbidity and pharmacotherapy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10 (3), 223-31.
doi:10.1089/10445460050167331
- Mikami, A. Y., y Pfiffner, L. J. (2008). Sibling Relationships among Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 482-492.
doi:10.1177/1087054706295670
- 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. *Biological Psychiatry*, 41, 65-75. doi:10.1016/0006-3223(95)00653-2
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., y Loeper, K. J. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Child Psychology Psychiatry*, 44 (4), 637-646. doi:10.1111/1469-7610.00150
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M. J., y Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.

- Miranda, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Guía práctica*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Miranda, A., García, R., y Presentación, M. J. (2002a). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 34 (1), 91-7.
- Miranda, A., Presentación, M. J., y Soriano, M. (2002b). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35 (6), 547-563. doi:10.1177/00222194020350060601
- Miranda, A., Ygual, A., Mulas, F., Roselló, B., y Bo, R. M. (2002c). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿Es eficaz el metilfenidato? *Revista de Neurología*, 24 (1), 15 -21.
- Miranda, A., Ygual, A., y Rosel, J. (2004). Complejidad gramatical y mecanismos de cohesión en la pragmática comunicativa de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (1), 111-116.
- Miranda, A., Jarque, S., y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychoestimulant medication. *Psicothema*, 8 (3), 335-41.
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R., y Roselló, B. (2007a). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (2), 23-25.

- Miranda, A., Marco, R., y Grau, M. (2007b). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. The impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. En T. E. Scruggs y M. A. Mastropiere (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities*, 20, 139-162. New York: Elsevier JAI Press.
- Miranda, A., Grau, D., Meliá, A., y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46 (1), 43-45.
- Miranda, A., Presentación, M. J., García, R., y Sieghentaler, R. (2009). Intervention with students with ADHD. Analysis of the effects of a multi-component, multi-contextualized program on academic and socio-emotional adjustment. En T. Scruggs y M. Mastropieri (Eds), *Advances in behavioral and learning disabilities* (pp.227-264). Boston: Elsevier JAI Press. doi:10.1108/S0735-004X(2009)0000022010
- Miranda, A., y Soriano, M. (2011). Investigación sobre Dificultades en el Aprendizaje en los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad en España. *Revista Electrónica de Dificultades de Aprendizaje*, 1 (1). Recuperado de <http://www.ldworldwide.org/pdf/spanish/spain/ssl/spain-ssl-n1v1-miranda-soriano.pdf>
- Miranda, A., Colomer, C., Fernández, M. I., Presentación, M. J., y Roselló, B. (2015a). Analysis of Personal and Family Factors in the Persistence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Prospective Follow-Up

-
- Study in Childhood. *PLoS ONE*, 10 (5), e0128325.
doi:10.1371/journal.pone.0128325
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., y Pastor, G. (2015b). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 82 (1), 81-95. doi:10.1177/0014402915585479
- Miyahara, M., Piek, J., y Barrett, N. (2006). Accuracy of drawing in a dual-task and resistance-to-distraction study: motor or attention deficit? *Human Movement Science*, 25, 100-109. doi:10.1016/j.humov.2005.11.004
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., y Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics*, 47 (9), 865-872. doi:10.1177/0009922808319963
- Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Godsay, V., y Soovajian, V. (2014). Parenting teens with attention-deficit/hyperactivity disorder: Challenges and opportunities. *Clinical Pediatrics*, 53 (10), 943-948. doi:10.1177/0009922814540984.
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., y Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 43(1), 10-17. doi:10.1177/1403494814559803.
- Mohammad, E., y Kasaei, F. (2013). Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1864-1865.
- Molina, B. S., y Pelham, W. E. Jr. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (3), 497-507. doi:10.1037/0021-843X.112.3.497

- Molina, M. F., y Maglio, A. N. (2013). Características del autoconcepto y el ajuste en las autopercepciones de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad de Buenos Aires. *Cuadernos de Neuropsicología. Panamerican Journal of Neuropsychology*, 7 (2), 50-71. doi:10.7714/cnps/7.2.203
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Morgan, J., Robinson, D., y Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child & Family Social Work*, 7 (3), 219-225. doi:10.1046/j.1365-2206.2002.00242.x
- 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. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619704200?accountid=14549>
- Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E. M., y Greiner, A. R. (2007). Behavior and peer status in children with ADHD: Continuity and change. *Journal of Attention Disorders*, 10 (4), 359-371. doi:10.1177/1087054706288117
- Mulas, F., Mattos, L., Hernández-Muela, S., y Gandía, R. (2005). Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Revista de Neurología*, 40 (1), 49-55.
- Mulas, F., Gandía, R., Roca, P., Etchepareborda, M. C., y Abad, L. (2012). Actualización farmacológica en el trastorno por déficit de

- atención/hiperactividad: modelos de intervención y nuevos fármacos. *Revista de Neurología*, 54 (3), 41-53.
- Muñoz, A. (2012). Puntos de inflexión y recuperación del desarrollo infantil tras experiencias iniciales de adversidad. *Escritos de Psicología*, 15 (1), 1-8. doi:10.5231/psy.writ.2012.0302
- Murray, C., y Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 52-61. doi:10.1037/0021-843X.115.1.52
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados, o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32 (3), 229-231.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- Navas, M.J. (2000). Equiparación de puntuaciones: exigencias actuales y retos de cara al futuro. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2 (2) ,151-165.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B., y Lanzendörfer, K. (2004). Family conflict tendency and ADHD. *Psychological Reports*, 94 (2), 577-580. doi:10.2466/PRO.94.2.577-580
- Noe, L., y Hankin, C. (2001). Health outcomes of childhood attention-deficit/hiperactiviy disorder (ADHD): health care use and woek status os

-
- caregivers. *Value in Health*, 4 (2), 140-141. doi:10.1046/j.1524-4733.2001.40202-196.x
- O'Brien, L. M., Holbrook, C. R., Mervis, C. B., Klaus, C. J., Bruner, J. L., Raffield, T. J., . . . Gozal, D. (2003). Sleep and neurobehavioral characteristics of 5- to 7-year-old children with parentally reported symptoms of attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 111 (3), 554-563. doi:10.1542/peds.111.3.554
- O'Connor, T. G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., y Kreppner, J. M. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71 (2), 376-390.
- Oliva, L., Montero, J., y Gutiérrez, M. (2006). Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar. *Psicología y Salud*, 16 (002), 171-178.
- Oram J., Fine J., Okamoto C., yTannock R. (1999). Assessing the language skills of children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 72-80.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario de términos y criterios diagnósticos de investigación*. CIE-10: CDI-10. Madrid: Médica Panamericana.
- Orjales, I. (2010). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores*. Madrid: Centro de la Educación Preescolar y Especial.

- Orjales, I. (2012). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Impacto evolutivo e intervención. En Brioso, A. (ed.). *Alteraciones del desarrollo y discapacidades* (pp. 98-143).
- Ostrander, R., Crystal, D. S., y August, G. (2006). Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (6), 772-786. doi:10.1007/s10802-006-9051-x
- Owens, J. A., Maxim, R., Nobile, C., McGuinn, M., y Msall, M. (2000). Parenteral and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154 (6), 549-555. doi:10.1001/archpedi.154.6.549
- Owens, J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26 (4), 312-322. doi:10.1097/00004703-200508000-00011
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. Etxebarría, M. J. Fuentes, F. López y M. J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 267-284). Madrid: Pirámide.
- Pardini, D. A. (2008). Novel insights into longstanding theories of bidirectional parent-child influences: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (5), 627-31. doi:10.1007/s10802-008-9231-y
- Paredes, P., y Moreno, I. (2015) Estudio comparativo del lenguaje en niños con sintomatología hiperactiva-atencional y menores con trastorno específico del

- lenguaje. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2 (2), 151-156.
- Parke, R. D., y Buriel, R. (2006). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. En: Eisenberg N, Damon W, Lerner R, editors. *Handbook of child psychology: Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (pp. 429-504). 6th ed. Wiley: New York.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family processes*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, y J. J. Snyder (Eds.) *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and the Oregon model for intervention* (pp. 25–44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pelham, W. E., Jr., y Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (1), 184-214. doi:10.1080/15374410701818681
- Pérez-López, J., Rodríguez-Cano, R., Montealegre, M. P., Pérez-Lag., Perea, L.P., y Botella, L. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales percibidos por sus progenitores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 531-540.
- Peris T. S., y Baker B. L. (2000). Applications of the expressed emotion construct to young children with externalizing behavior: Stability and prediction over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (4), 457-462. doi:10.1111/1469-7610.00630

- Peris, T.S., y Hinshaw, S. P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44, 1177-1190
- Petrie, J., Bunn, F., y Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177–191. doi:10.1093/her/cyl061
- Pfiffner, L. J., Mcburnett, K., Rathouz, P. J., y Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention Deficit/Hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 551-563. doi:10.1007/s10802-005-6737-4
- Pfiffner, L. J., y McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (5), 725-735. doi:10.1007/s10802-006-9060-9
- Phares, V., y Compas, B. E. (1993). Fathers and developmental psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 2 (5), 162-165. doi:10.1111/1467-8721.ep10768976
- Piek, J. P., Pitcher, T. M., y Hay, D.A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41 (3), 159-165. doi:10.1111/j.1469-8749.1999.tb00575.x

- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., y Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3 (1), 61-68. doi:10.1007/s12402-011-0053-3
- Pin, G., Merino, M., y Mompó, M. L. (2014). Alteraciones del sueño y TDAH o TDAH y alteraciones del sueño ¿existe relación? *Pediatría Integral*, 18, (9), 668-677.
- Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S., y Zelli, A. (2000). Discipline responses: Influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive- emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14, 380-400. doi:10.1037/0893-3200.14.3.380
- Pineda, D. A., Puerta, I. C., Merchán, V., Arango, C. P., Galvis, A. Y., Velásquez, B.,... 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 (7), 609-613.
- 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.
- Powers, R. L., Marks, D. J., Miller, C. J., Newcorn, J. H., y Halperin, J. M. (2008). Stimulant treatment in children with attention-deficit/hyperactivity disorder moderates adolescent academic outcome. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18 (5), 449-459. doi:10.1089/cap.2008.021

- 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*, 42 (3), 137-143.
- Presentación, M. J., Pinto, V., Meliá, A., y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2 (3), 18-26.
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara, P., & Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22(4), 778-783.
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J.R., Lynn, D., McCracken, J. T., McGough, S. L., Smalley, S. L. (2006). Relationship of Family Environment and Parental Psychiatric Diagnosis to Impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (3), 346-354. doi:10.1097/01.chi.0000192248.61271.c8
- Prinzle, P., Onghena, P., Hellinckx, W., Grietens, H., Ghesquière, P., y Colpin, H. (2004). Parents and Child Personality Characteristics as Predictors of Negative Discipline and Externalizing Problem Behavior in Children. *European Journal of Personality*, 18 (2), 73-102. doi:10.1002/per.501
- Psychogiou, L., Daley, D. M., Thompson, M. J., y Sonuga-Bake, E. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder

- symptoms on parenting? *Development and Psychopathology*, 20 (1), 121-137.
doi:10.1017/S0954579408000060
- Psychogiou, L., y Parry, E. (2013). Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role? *Psychological Medicine*, 44, 1345-1347.
doi:10.1017/S0033291713001931
- Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Current Psychiatry Reports*, 10 (5), 419-423. doi:10.1007/s11920-008-0067-5
- Rajeev, M. D., y Riaz, M. D. (2003). Attention Deficit Hyperactivity disorder: Can we do better? *International Pediatrics*, 18, 84-86. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267779278_Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder_-_Can_we_do_better
- Raposa, E., Hammen, C. L., y Brennan, P. A. (2011). Effects of child psychopathology on maternal depression the mediating role of child-related acute and chronic stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (8), 1177-1186. doi:10.1007/s10802-011-9536-0
- Rasmussen, P., y Gilberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (11), 1424-1431. doi:10.1097/00004583-200011000-00017
- Raya, A. F., Herreruzo, J., y Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.

- Reyes, M., Croonenberghs, J., Augustyns, I., y Eerdeken, M. (2006). Long-term use of risperidone in children with disruptive behavior disorders and subaverage intelligence: Efficacy, safety, and tolerability. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16 (3), 260-72. doi:10.1089/cap.2006.16.260
- Riley, A. W., Spiel, G., Coghill, D., Döpfner, M., Falissard, B., Lorenzo, M. J.,... Ralston, S. J. (2006). Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (1), 38-45. doi:10.1007/s00787-006-1006-9
- Rinaldi, C. M., y Howe, N. (2011). Mother's and father's parenting styles and associations with toddler's externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*, 27 (2), 266-273. doi:10.1016/j.ecresq.2011.08.001
- Roa, L., y Del Barrio, V. (2001). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, 8 (4), 175-198.
- Roach, M. A., Orsmond, G. I., y Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with down syndrome: Parental stress and involvement in childcare. *American Journal on Mental Retardation*, 104 (5), 422-436. doi:10.1352/0895-8017(1999)104<0422:MAFOCW>2.0.CO;2
- Rodríguez, L., López, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T., y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (42), 251-270.

- Rogers, M., Hwang, H., Toplak, M., Weiss, M., y Tannock, R. (2011). Inattention, working memory, and academic achievement in adolescents referred for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 17 (5), 444-458. doi:10.1080/09297049.2010.544648
- Rohde, L., Barbosa, G., Polancyk, G., Eizinrik, M., Rasmussen, E.R., Neuman, R.J., y Todd, R.D. (2001). Factor and latent class Analysis of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescent. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 711-718.
- Roselló, B., Pitarch, I., y Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34 (1), 82-90.
- 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 (1), 79-84.
- Rucklidge, J. J. (2008). Gender differences in ADHD: Implications for psychosocial treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8 (4), 643-55. doi:10.1586/14737175.8.4.643
- Rudy, D., y Grusec, J. E. (2006). Authoritarian parenting in individualist and collectivist groups: Associations with maternal emotion and cognition and children's self-esteem. *Journal of Family Psychology*, 20 (1), 68-78. doi:10.1037/0893-3200.20.1.68

- Ruiz, I., y Gallardo, J. A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18 (2), 261-272.
- Rutter, M., y The English and Romanian Adoptees Study Team (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (4), 465-476.
- Rutter, M., O'Connor, T., Beckett, C., Castle, J., Croft, C., Dunn, J., Groothues, C., y Kreppner, J. (2002). Recuperación y déficit tras privaciones iniciales profundas. *Bienestar y Protección Infantil*, 1 (1), 11-32.
- 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.
- Sánchez-Pérez, N., y González-Salinas, C. (2013). Ajuste escolar del alumnado con TDAH: Factores de riesgo cognitivos, emocionales y temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (2), 527-550.
- Sanders, M. R., Morawska, A., Haslam, D. M., Filus, A., y Fletcher, R. (2014). Parenting and family adjustment scales (PAFAS): Validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. *Child Psychiatry and Human Development*, 45 (3), 255-272. doi:10.1007/s10578-013-0397-3
- Santurde del Arco, E., y Del Barrio, J. A. (2014). Papel relevante de los Estilos Educativos en la evolución de los síntomas del TDAH. *International Journal of*

-
- Developmental and Educational Psychology, Revista INFAD de Psicología, 1* (1), 251-25. doi:10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.368
- 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 problem in Japan. *Child Psychiatry & Human Development, 34*, 219-35.
- Sarver, D. E., McCart, M. R., Sheidow, A. J., y Letourneau, E. J. (2014). ADHD and risky sexual behavior in adolescents: Conduct problems and substance use as mediators of risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55* (12), 1345-1353. doi:10.1111/jcpp.12249
- Sciberras, E., Mueller, K. L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E. J.,... Nicholson, J. M. (2014). Language problems in children with ADHD: A community-based study. *Pediatrics, 133* (5), 793-800. doi:10.1542/peds.2013-3355
- Schellinger, K. B. (2012). *Internet Support Groups for Parents of Children with Add: An Examination of the Characteristics of Group Members and the Impact of Social Support on Parent Functioning*. Tesis doctoral no publicada. Loyola University Chicago, Chicago. Recuperado de http://ecommons.luc.edu/luc_diss/392
- Schoemaker, K., Bunte, T., Wiebe, S. A., Espy, K. A., Deković, M., y Matthys, W. (2012). Executive function deficits in preschool children with ADHD and DBD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53* (2), 111-119. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02468.x

- Schroeder, V. M., y Kelley, M. L. (2009). Associations between family environment, parenting practices and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 227-235.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., y Maughn, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into childhood. *British Medical Journal*, 323, 1-5.
- Searing, B. M. J., Graham, F., y Grainger, R. (2015). Support needs of families living with children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (11), 3693-3702. doi:10.1007/s10803-015-2516-4
- Seipp, C. M., y Johnston, C. (2005). Mother-Son Interactions in Families of Boys with AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder With and Without Oppositional Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 87-98. doi:10.1007/s10802-005-0936-x
- 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 (6), 183-188.
- Sethi, S., Gandhi, R., y Anand, V. (2012). Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 8 (2), 25-37. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ989517.pdf>

- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., y Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10 (1), 99-99. doi:10.1186/1741-7015-10-99
- Shelton, T., Barkley, R., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., y Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (6), 475-494.
- Shin, H., Park, Y., Ryu, H., y Seomun, G. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (3), 304-314. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04814.x
- Sibley, M. H., Pelham, J., William, E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D.,... Karch, K. M. (2012). Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (1), 139-150. doi:10.1037/a0026577
- Singh, N. N., y Curtis, W. J. (1997). Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 5 (4), 223-230. doi:10.1177/106342669700500405
- Skinner, R. A., y Piek, J. P. (2001). Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents. *Human Movement Science*, 20 (1), 73-94. doi:10.1016/S0167-9457(01)00029-X

- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., y Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys - gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, *13*, 298. doi:10.1186/1471-244X-13-298
- Skounti, M., Philalithis, A., y Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention déficit hiperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, *166*, 117-123.
- Smalley, S. L., Kustanovich, V., Minassian, S. L., Stone, J. L., Ogdie, M. N., McGough, ... Nelson, S. F. (2002). Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *American Journal of Human Genetics*, *71*, 959-963. doi:10.1086/342732
- Smith, A. J., Brown, R. T., Bunke, V., Blount, R. L., y Christopherson, E. (2002). Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, *5* (3), 165-177.
- Solem, M., Christophersen, K., y Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant & Child Development*, *20* (2), 162-180. doi:10.1002/icd.681
- Soutullo, C., y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Soutullo, C. (2008) *Convivir con niños y adolescents con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (2ª ED.)* Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, C. (2011) *Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, C. (cords.) (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Recuperado de <http://www.pandah.es/>
- Soutullo, C. y Álvarez, M. J. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 18 (9), 634-642. Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/tratamiento-farmacologico-del-tdah-basado-en-la-evidencia/>
- Spratt, E. G., Saylor, C. F., y Macias, M. M. (2007). Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Families, Systems, & Health*, 25 (4), 435-449. doi:10.1037/1091-7527.25.4.435
- Spruyt, K., y Gozal, D. (2011). Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11 (4), 565-577. doi:10.1586/ern.11.7
- Stevens, S., Kumsta, R., Kreppner, J., Brookes, K., Rutter, M., y Sonuga-Barke, E.J.S. (2009). Dopamine Transporter Gene Polymorphism Moderates the Effects of Severe Deprivation on ADHD Symptoms: Developmental Continuities in Gene-Environment Interplay. *American Journal of Medical Genetics. Part B* 150B, 753-761. doi:10.1002/ajmg.b.31010

- Still, G.F. (1902). Some abnormal psychological conditions in children: a coulstonian lectures. *Lancet*, 1, 1008-1012.
- Stone, K. L. (2000). An investigation of sibling relationships of children with ad/hd and their older siblings. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619544183?accountid=14549>
- Strauss, A. A. y Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Sturge-Apple, M., Davies, P. T., Boker, S. M., y Cummings, E. M. (2004). Interparental discord and parenting: Testing the moderating roles of child and parent gender. *Parenting: Science & Practice*, 4 (4), 361-380. doi:10.1207/s15327922par0404_7
- Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., y Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162 (4), 336-342. doi:10.1001/archpedi.162.4.336.
- Swanson, J., Greenhill, L., Wigal, T., Kollins, S., Stehli, A., Davies, M.,...Wigal, S. (2006). Stimulant-related reductions of growth rates in the PATS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (11), 1304-1313. doi:10.1097/01.chi.0000235075.25038.5a
- Swensen, A. R., Birnbaum, H. G., Secnik, C., Marychenko, M., Greenberg, P., y Claxton, A. (2003). Attention-Deficit hyperactivity disorder: Increased cost for

- patients and their families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1415-1423. doi:10.1097/00004583-200312000-00008
- Thapar, A., Harold, G., Rice, F., Langley, K., y O'Donovan, M. (2007). The contribution of gene-environment interaction to psychopathology. *Developmental Psychopathology*, 19 (4), 989-1004. doi:10.1017/S0954579407000491
- Theule, J. (2010). *Predicting parenting stress in families of children with ADHD*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Toronto, Toronto.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., y Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20 (5), 640-647. doi:10.1007/s10826-010-9439-7
- Theule, J., Wiener, J., Jenkins, J. M., y Tannock, R. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21 (1), 3-17. doi: 10.1177/1063426610387433
- Tripp, G. (2005). ADHD: Beyond the child. En W. Ostreng (Ed.), *Convergence: Interdisciplinary communications 2004/2005*. Oslo: Center for Advanced Study.
- Tomás, M., Miralles, A., Beseler, B., Revert, M., Sala, M. J., y Uribelarrea, A. I. (2008). Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del sueño. Resultados de un estudio epidemiológico en la

- población escolar de la ciudad de Gandía. *Anales De Pediatría*, 69 (3), 251-257. doi:10.1157/13125820
- Tredgold, A.F. (1908). *Mental deficiency (Amentia)*. New York: W. Wood.
- Tur, A., Mestre, V., y Del Barrio, V. (2004). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. El efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10, 75-88. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/620466107?accountid=14549>
- Tzang, R., Chang, Y., y Liu, S. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13 (4), 318-325. doi:10.3109/13651500903094567
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K., y Kitamura. T. (2014). The Impact of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles on Children's Later Mental Health in Japan: Focusing on Parent and Child Gender. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 293–302. doi 10.1007/s10826-013-9740-3
- Upadhyaya, H. P. (2007). Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (11), 23-30.
- Valizadeh, S. (2010). The effect of anger management skills training on reducing of aggression in mothers of children's with attention déficit hyperactive disorder (ADHD). *Iranian Rehabilitation Journal*, 11, 29-33.

- Van den Bergh, B. R. H., y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75 (4), 1085-1097. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x
- Van Lier, P. A. C., Van Der Ende, J., y Koot, H. M. (2007). Which better predicts conduct problems? The relationship of trajectories of conduct problems with ODD and ADHD symptoms from childhood into adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (6), 601-608. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01724.x
- Van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., Van Aken, M. A. G., Buitelaar, J. K., y Rommelse, N. N. J. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44 (5), 1064-76. doi:10.1007/s10803-013-1958-9
- Vaquerizo, J., Estévez, F., y Pozo, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41 (1), 83-89.
- Vaquerizo, J., Estévez, F., y Díaz, I. (2006) Revisión del modelo de alerta e intervención psicolingüística en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42, (2), 53-61.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., y Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on

-
- Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.
doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.009
- Weyandt, L. L., Iwaszuk, W., Fulton, K., Ollerton, M., Beatty, N., Fouts, H.,...
Greenlaw, C. (2003). The internal restlessness scale: Performance of college
students with and without ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 36 (4),
382-389. doi:10.1177/00222194030360040801
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R.,...
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 (1), 111-126. doi:10.1007/s10802-005-9008-5
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., y Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents
of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of
Abnormal Child Psychology*, 44 (3), 561-574. doi:10.1007/s10802-015-0050-7
- Wilens, T. E., Biederman, J. Mick, E., Faraone, S. V., y Spencer, T. (1997). Attention
deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance
use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475-482.
- Wilens, T. E., Biederman, J., y Mick, E. (1998) Does ADHD affect the course of
substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD.
The American Journal on Addictions, 7 (2), 156-163. doi:10.1111/j.1521-
0391.1998.tb00330.x
- Wilens, T. E., Kratochvil, C., Newcorn, J. H., y Gao, H. (2006). Do children and
adolescents with ADHD respond differently to atomoxetine? *Journal of the*

-
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (2), 149-57.
doi:10.1097/01.chi.0000190352.90946.0b
- Willcutt, E. G., y Pennington, B. F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33 (2), 179-91.
doi:10.1177/002221940003300206
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., y Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-Deficit/Hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57 (11), 1336-1346.
doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- Willcutt, E. G., Betjemann, R. S., McGrath, L. M., Chhabildas, N. A., Olson, R. K., DeFries, J. C., y Pennington, B. F. (2010). Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: The case for multiple-deficit models. *Cortex. A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 46 (10), 1345-1361. doi:10.1016/j.cortex.2010.06.009
- Wilson, H.W., y Donenberg, G. (2004). Quality of parent communication about sex and its relationship to risky sexual behavior among youth in psychiatric care: A pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 387-395.
doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00229.x
- Woodman, A. C. (2014). Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 63 (1), 39-54. doi:10.1111/fare.12049

- Woodward, L., Taylor, E., y Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169. doi:10.1111/1469-7610.00310
- Yang, P., Jong, Y., Hsu, H., y Tsai, J. (2007). Psychiatric features and parenting stress profiles of subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred taiwanese sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (5), 369-375. doi:10.1097/DBP.0b013e3181131f8e
- Ygual, A., Miranda, A., y Cervera, J. (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, Valencia. Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/10218>
- Ygual, A., y Miranda, A. (2004). Alteraciones del relato: los niños con TDAH. *Arbor*, 697, 189-203. doi:10.3989/arbor.2004.i697.623
- Young, S., Fitzgerald, M., y Postma, M. J. (2013). TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Shire AG, con el apoyo del European Brain Council (EBC) y GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). Recuperado de <http://www.feaadah.org/medimg83>

Yousefia, S., Far, A. S., y Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.323

VI. ANEXOS

Anexo I: Carta de presentación y solicitud de colaboración a las familias.

Anexo II: Entrevista semiestructurada. Características evolutivas y clínicas de los niños y adolescentes.

Anexo III: Parenting Stress Index-Short Form (PSI).

Anexo IV: Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA).

Anexo V: Acontecimientos Vitales Estresantes.

Anexo VI: Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido.

Anexo VII: Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias (Versión Padres).

Anexo VIII: Índice de Hiperactividad de Connors

Anexo IX: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Anexo X: Family Impact Questionnaire (FIQ)

Anexo I: Carta de presentación y solicitud de colaboración a las familias

Estimadas madres, estimados padres,

Los cuestionarios que se les presentan tienen por objeto profundizar en el conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y sus repercusiones en la vida familiar de los menores afectados. Forman parte de una investigación sobre este tema que estamos desarrollando un equipo de profesoras del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva.

La finalidad de estos cuestionarios es evaluar diferentes variables y facetas de la vida familiar que pueden verse afectadas por la presencia del TDAH en uno o varios hijos. Pensamos que las conclusiones de estudios como el que proponemos pueden ayudar a las diferentes Administraciones Públicas competentes a diseñar programas de ayudas a las familias de los menores afectados. Por ello, y a pesar de que somos conscientes de que les pedimos que dediquen tiempo y atención a la cumplimentación de estos instrumentos, también creemos que la realización de este tipo de investigaciones puede reportar beneficios a las familias de estos niños, niñas y adolescentes.

Para que la información recabada resulte lo más útil posible les pedimos que lean con la máxima atención el encabezado de cada cuestionario. No es necesario que sean ambos padres los que los cumplimenten, puede ser uno solo de los progenitores si lo estiman conveniente, pero sí resulta imprescindible que contesten a todas las preguntas que se plantean, pues algunos cuestionarios pueden quedar invalidados si no se contestan todas las preguntas o hay dobles respuestas en algunas de ellas.

El tiempo estimado que se tarda en responder es de unos 30 minutos. Cuando los tengan completamente rellenos, introdúzcanlo de nuevo en el sobre cerrando éste. Si tienen alguna pregunta no duden en consultarnos.

Muchas gracias por su atención y colaboración,

Un cordial saludo,

Rocío Lago Urbano
Alicia Muñoz Silva
Universidad de Huelva

Datos de contacto:

rocio.lago@dpee.uhu.es

Anexo II: Entrevista semiestructurada. Características evolutivas y clínicas de los niños y adolescentes.

A continuación se exponen una serie de preguntas sobre su hijo o hija y sus circunstancias familiares. Comprendemos que la información que le pedimos en algunas ocasiones es bastante delicada, pero se la solicitamos porque puede ayudar a entender mejor el problema de su hijo/a. Por supuesto que le aseguramos una completa confidencialidad en el tratamiento de los datos.

1. Nombre del niño/a (solo nombre, NO apellidos):

2. Edad:

3. Curso:

4. Persona que responde el cuestionario

Padre

Madre

Ambos

5. Edad del padre:

6. Nivel de estudios del padre:

Graduado escolar

Bachiller /FP

Diplomatura

Licenciatura

Otros (anotar)...

7. Puesto de trabajo actual del padre:

8. Edad de la madre:

9. Nivel de estudios de la madre:

Graduado escolar

Bachiller /FP

Diplomatura

Licenciatura

Otros (anotar)...

10. Puesto de trabajo actual de la madre:

11. Marque el tipo de familia en la que usted convive:

Familia compuesta por los dos progenitores y el menor con TDAH

Familia compuesta por la madre y el menor con TDAH

Familia compuesta por el padre y el menor con TDAH

Familia reconstituida (por favor, especifique su composición): _____

Familia con niños/as adoptados:

El hijo/a adoptado es el que padece TDAH: No Sí

En caso afirmativo, ¿a qué edad en que se produjo la adopción?:

12. Por favor, anote el número de hijos o hijas que usted tiene además del menor con TDAH y sus edades

13. Por favor, anote si tiene alguna otra persona a su cargo, por ejemplo, sus padres o tíos mayores y sus edades. Nos gustaría saber también si se trata de personas autónomas o dependientes.

14. ¿Conoce usted el diagnóstico actual de su hijo/a?

No Sí

En caso afirmativo, cuál es: TDAH presentación combinada
 Tipo predominio falta de atención
 Tipo predominio hiperactivo-impulsivo
 Sé que tiene el diagnóstico de TDAH, pero desconozco el subtipo

15. Los profesionales que atienden a su hijo/a (psiquiatra, psicólogo, pediatra...) ¿le han comentado que tenga algún problema asociado al TDAH?

- No me han comentado nada sobre ello
 Me han dicho que no tiene ningún problema asociado además de TDAH
 Me han dicho que tiene los siguientes problemas asociados al TDAH:
 Trastorno negativista desafiante
 Trastornos del sueño
 Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM) / retraso de la coordinación motora
 Trastornos de aprendizaje (lectura, escritura, cálculo)
 Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos
 Trastornos de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo-compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)
 Trastorno generalizado del desarrollo/Trastorno autista
 Trastornos disocial
 Trastorno de tics/síndrome de Tourette
 Trastornos por abuso de sustancias
 Trastornos del estado de ánimo: depresión mayor/trastorno bipolar
 Discapacidad Intelectual Leve

16. ¿Algún miembro de la familia ha padecido o padece el mismo problema?

No Sí

En caso afirmativo, quién (es):

- Padre
 Madre
 Ambos padres
 Un hermano
 Varios hermanos
 Algún hermano de la madre
 Algún hermano del padre
 Algún abuelo/a
 Otros:

17. También es importante conocer si usted o su pareja ha recibido tratamiento en algún momento de su vida por algún problema psicológico, como, por ejemplo, una depresión:

No Sí

En caso afirmativo quién fue la persona afectada por este problema:

Padre

Madre

Tipo de problema: _____

Duración en años: _____

Antes o después del diagnóstico de su hijo/a: _____

18. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando comenzaron a sospechar que tenía este problema? _____

19. ¿Qué síntomas presentaba? _____

20. ¿Quién fue la primera persona en darse cuenta de los problemas de su hijo/a?

Padre

Madre

Ambos padres

Abuelos

Otros familiares

Maestro/a

Pediatra

Psicólogo/a

21. ¿Qué profesional efectuó la primera evaluación y diagnóstico de su hijo/a?

Pediatra

Psiquiatra

Neuropediatra

Psicólogo/a

22. ¿Cuántos años tenía el/la niño/a cuando les dieron el diagnóstico? _____

23. ¿Qué información cree usted que tiene sobre el TDAH?

Ninguna

Poca

Alguna

Bastante

Mucha

24. ¿Quién se la ha facilitado?

Nadie

Psicólogo o terapeuta

Maestro

Psiquiatra

- Asociaciones
 Medios de comunicación: TV, prensa, internet
 Varios de los anteriores
 Otros: _____
-

25. ¿Qué tratamientos ha seguido su hijo/a?

- Ninguno
 Psicológico
 Farmacológico
 Apoyo escolar dentro del colegio
 Apoyo escolar FUERA DEL COLEGIO
 Combinado 1 (psicológico + farmacológico)
 Combinado 2 (psicológico + apoyo escolar)
 Combinado 3 (psicológico + apoyo escolar + farmacológico)
 Otros (indicar cuales): _____
-

26. ¿Cuál es su participación en el tratamiento de su hijo/a? Marque todas las casillas que estime oportuno:

- Me encargo de darle la medicación
 Le acompaño a las sesiones de tratamiento
 He recibido o estoy recibiendo apoyo psicológico para poder ayudar mejor a mi hijo/a
 Tengo entrevistas frecuentes con los profesores de mi hijo/a para colaborar en su progreso escolar
 Le recuerdo y superviso sus tareas escolares
 Otros: _____

27. ¿Tuvo problemas en el embarazo de este hijo/a?

No Sí

En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

28. ¿Fumó durante el embarazo?

No Sí

En caso afirmativo, indique cuántos cigarrillos diarios aproximadamente:

29. ¿Tuvo problemas en el parto?

No Sí

En caso afirmativo ¿qué tipo de problemas?

- Prematuro
 Cesárea
 Fórceps
 Anoxia
 Incubadora
 Otros: _____

30. ¿Su hijo/a nació con algún tipo de problema?

No Sí

En caso afirmativo cuál: Respiratorios
Motrices
Cardíacos
Bajo peso/talla
Otros:

31. ¿Durante los primeros años de vida el/la niño/a sufrió algún problema, enfermedad o accidente significativo?

No Sí

En caso afirmativo cuál: _____

32. Durante la lactancia, ¿tuvo reacciones alérgicas a las proteínas de la leche o a la lactosa?

No Sí

33. Respecto al sueño, ¿considera que, en general, su hijo/a ha tenido problemas en los hábitos de sueño?

No Sí

34. ¿Era un bebé que lloraba mucho?

No Sí

35. Cuando lloraba ¿Resultaba fácil calmarle?

No Sí

36. ¿Ha presentado problemas en las rutinas o ritmos de alimentación?

No Sí

En caso afirmativo cuál: _____

37. ¿A qué edad aprendió a permanecer seco durante el día (a no hacerse pis encima)?

Edad: _____ No controla aún

38. ¿A qué edad aprendió a permanecer seco durante la noche?

Edad: _____ No controla aún

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

Edad: _____ No controla aún

40. ¿A qué edad dijo sus primeras palabras?

Edad: _____ No procede, no habla todavía

41. ¿Considera que su hijo/a tiene dificultades para relacionarse con otros niños y con adultos?

Con niños: No Sí

Con adultos: No Sí

42. ¿Cree que su hijo/a tiene algún problema especial en alguna de las siguientes áreas? Señala todas aquellas que considere necesarias:

	NO	SÍ
Higiene y cuidado personal		
Comer solo		
Dormir solo		
Conductas peligrosas en el hogar (asomarse a las ventanas, subirse a los muebles,...)		
Conductas peligrosas fuera de casa (cruzar la calle solo/a)		

43. ¿Cree que su hijo/a tiene dificultades en alguna de estas áreas?

	NO	SÍ
Relaciones con sus padres		
Relaciones con sus hermanos/as		
Colaboración en las tareas del hogar según su edad		

44. ¿Cómo va su hijo/a en el colegio?

Muy bien

Bien

Regular

Mal

Muy mal

45. ¿Acude su hijo/a a clases de refuerzo o apoyo escolar?

No Sí

En caso afirmativo ¿para qué asignaturas?

46. ¿Ha tenido problemas su hijo/a con los profesores o compañeros en el colegio?

No Sí

En caso afirmativo de qué tipo:

47. ¿Participa su hijo/a en actividades extraescolares?

No Sí

En caso afirmativo en cuál/es:

Anexo III: Parenting Stress Index-Short Form (PSI).

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. DEBE RESPONDER DE ACUERDO CON LA PRIMERA REACCIÓN QUE TENGA DESPUÉS DE LEER CADA PREGUNTA.

Para la mayoría de las preguntas, las posibles respuestas son:

MA Si está muy de acuerdo con el enunciado.

A Si está de acuerdo con el enunciado.

NS Si no está seguro.

D Si está en desacuerdo con el enunciado.

MD Si está muy en desacuerdo con el enunciado.

Por ejemplo, si a usted le gusta ir al cine de vez en cuando, debería marcar con una cruz la opción A, como respuesta al siguiente enunciado:

Me gusta ir al cine MA A ~~NS~~ D MD

1	A menudo tengo la sensación de que no puedo controlar muy bien las situaciones	MA	A	NS	D	MD
2	Siento que dejo más cosas de mi vida de lo que nunca imaginé para satisfacer las necesidades de mi(s) hijo(s)	MA	A	NS	D	MD
3	Me siento atrapado por mis responsabilidades como madre/padre	MA	A	NS	D	MD
4	Desde que he tenido este hijo, no he sido capaz de hacer cosas nuevas y diferentes	MA	A	NS	D	MD
5	Desde que he tenido este hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan	MA	A	NS	D	MD
6	No me siento contento con la ropa que me compré la última vez	MA	A	NS	D	MD
7	Hay muchas cosas de mi vida que me molestan	MA	A	NS	D	MD
8	Tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en mis relaciones con mi pareja	MA	A	NS	D	MD
9	Me siento solo y sin amigos	MA	A	NS	D	MD
10	Generalmente, cuando voy a una fiesta no espero divertirme	MA	A	NS	D	MD
11	No estoy tan interesado por la gente como antes	MA	A	NS	D	MD
12	No disfruto de las cosas como antes	MA	A	NS	D	MD
13	Mi hijo casi nunca hace cosas que me hagan sentir bien	MA	A	NS	D	MD
14	Casi siempre siento que no le gusto a mi hijo ni quiere estar cerca de mi	MA	A	NS	D	MD
15	Mi hijo me sonrío mucho menos de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
16	Cuando le hago cosas a mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos no son apreciados	MA	A	NS	D	MD
17	Cuando juega, mi hijo(a) no se ríe con frecuencia	MA	A	NS	D	MD
18	Me parece que mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños	MA	A	NS	D	MD
19	Me parece que mi hijo no sonrío tanto como los otros niños	MA	A	NS	D	MD
20	Mi hijo(a) no es capaz de hacer tantas cosas como yo	MA	A	NS	D	MD

	esperaba					
21	Mi hijo tarda mucho y le resulta muy difícil acostumbrarse a las cosas nuevas	MA	A	NS	D	MD
22	Siento que soy: 1. No muy bueno como madre/padre 2. Una persona que tiene algunos problemas para ser madre/padre 3. Un(a) madre/padre normal 4. Un(a) madre/padre mejor que el promedio 5. Muy buen(a) madre/padre	1	2	3	4	5
23	Esperaba tener más sentimientos de proximidad y calor con mi hijo de los que tengo, y eso me molesta	MA	A	NS	D	MD
24	Algunas veces mi hijo hace cosas que me molestan solo por el mero hecho de hacerlas	MA	A	NS	D	MD
25	Mi hijo parece llorar y quejarse más a menudo que la mayoría de niños	MA	A	NS	D	MD
26	Mi hijo generalmente se despierta de mal humor	MA	A	NS	D	MD
27	Siento que mi hijo es muy caprichoso y se enoja con facilidad	MA	A	NS	D	MD
28	Mi hijo hace algunas cosas que me molestan mucho	MA	A	NS	D	MD
29	Mi hijo reacciona muy fuertemente cuando sucede algo que no le gusta	MA	A	NS	D	MD
30	Mi hijo se molesta fácilmente por las cosas más insignificantes	MA	A	NS	D	MD
31	El horario de dormir y comer de mi hijo fue mucho más difícil de establecer de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
32	He observado que lograr que mi hijo haga o deje de hacer algo es: 1. Mucho más difícil de lo que me imaginaba 2. Algo más difícil de lo que esperaba 3. Como esperaba 4. Algo menos difícil de lo que esperaba 5. Mucho más fácil de lo que esperaba	1	2	3	4	5
33	Piense concienzudamente y cuente el número de cosas que le molesta que haga su hijo. Por ejemplo, pierde el tiempo, no quiere escuchar, es demasiado activo, llora, interrumpe, pelea, lloriquea, etc. Por favor, marque el número que indica el conjunto de cosas que haya contado.	10+	8-9	6-7	4-5	1-3
34	Algunas cosas de las que hace mi hijo me fastidian mucho	MA	A	NS	D	MD
35	Mi hijo se ha convertido en un problema mayor de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
36	Mi hijo me exige más de lo que exigen la mayoría de niños	MA	A	NS	D	MD

Anexo IV: Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA).

En cada una de las cuestiones siguientes le pedimos que indique, por favor, la respuesta que mejor describa sus sentimientos. Si encuentra que una respuesta no describe con exactitud sus sentimientos, señale la que más se acerca a ellos. Debe responder de acuerdo con la primera reacción que tenga después de leer cada pregunta. Las posibles respuestas son:

- MA** Si está muy de acuerdo con el enunciado.
A Si está de acuerdo con el enunciado.
NS Si no está seguro.
D Si está en desacuerdo con el enunciado.
MD Si está muy en desacuerdo con el enunciado.

Por ejemplo, si a usted le gusta ir al cine de vez en cuando, debería marcar con una cruz la opción A, como respuesta al siguiente enunciado: Me gusta ir al cine ~~MA~~ A NS D MD

1	Mi hijo/a cambia repentinamente de sentimientos o de humor	MA	A	NS	D	MD
2	Mi hijo/a tiene muchos amigos	MA	A	NS	D	MD
3	Mi hijo/a nunca ha tenido problemas con la policía	MA	A	NS	D	MD
4	Mi hijo/a se esfuerza al máximo en el colegio	MA	A	NS	D	MD
5	Mi hijo/a es cariñoso/a conmigo	MA	A	NS	D	MD
6	Mi hijo/a se enfada mucho cuando las cosas no le salen a su gusto	MA	A	NS	D	MD
7	Mi hijo/a tiene poca o ninguna energía	MA	A	NS	D	MD
8	Mi hijo/a se ha vuelto físicamente violento/a	MA	A	NS	D	MD
9	Mi hijo/a parece motivado para esforzarse en el trabajo o en los estudios	MA	A	NS	D	MD
10	Mi hijo/a me cuenta sus problemas	MA	A	NS	D	MD
11	Mi hijo/a tiene una actitud negativa	MA	A	NS	D	MD
12	Me preocupa que mi hijo/a sea tan tímido/a	MA	A	NS	D	MD
13	Creo que mi hijo/a roba cosas	MA	A	NS	D	MD
14	El rendimiento escolar de mi hijo/a es malo	MA	A	NS	D	MD
15	Cuando sale, mi hijo/a me dice dónde va	MA	A	NS	D	MD
16	Mi hijo/a es quejica e irritable	MA	A	NS	D	MD
17	Mi hijo/a no tiene amigos íntimos	MA	A	NS	D	MD
18	Mi hijo/a miente continuamente	MA	A	NS	D	MD
19	Para funcionar como es debido, mi hijo/a necesita que se le dedique mucha atención	MA	A	NS	D	MD
20	Mi hijo/a está por ahí hasta altas horas de la noche	MA	A	NS	D	MD
21	Mi hijo/a tiene mal genio	MA	A	NS	D	MD
22	Mi hijo/a no cae bien a los chicos/as de su edad	MA	A	NS	D	MD
23	Mi hijo/a ha ocasionado serios daños en nuestra casa	MA	A	NS	D	MD
24	Mi hijo/a se da por vencido fácilmente	MA	A	NS	D	MD
25	Mi hijo/a tiene los mismo valores morales que yo	MA	A	NS	D	MD
26	Mi hijo/a cambia de estado de ánimo frecuentemente	MA	A	NS	D	MD
27	Frecuentemente, mi hijo/a es manipulado/a o	MA	A	NS	D	MD

	agredido/a por sus compañeros					
28	Mi hijo/a respeta las cosas de los demás, las propiedades ajenas	MA	A	NS	D	MD
29	Si se esforzara más, mi hijo/a podría tener mejores notas en el colegio	MA	A	NS	D	MD
30	Creo que mi hijo/a toma más alcohol del que a mí me gustaría	MA	A	NS	D	MD
31	A mi hijo/a se enfada por cosas sin importancia	MA	A	NS	D	MD
32	Mi hijo/a es tímido/a en relación con otros de su misma edad	MA	A	NS	D	MD
33	Creo que mi hijo/a falta a veces al colegio sin que yo lo sepa	MA	A	NS	D	MD
34	Mi hijo/a termina lo que empieza	MA	A	NS	D	MD
35	Mi hijo/a me evita cuando estamos juntos en casa	MA	A	NS	D	MD
36	Mi hijo/a me grita a mí o a mi pareja	MA	A	NS	D	MD
37	Se meten mucho con mi hijo/a y eso me molesta	MA	A	NS	D	MD
38	Mi hijo/a ha amenazado con hacer daño a otras personas	MA	A	NS	D	MD
39	Mi hijo/a tiene muy poca capacidad de concentración	MA	A	NS	D	MD
40	A mi hijo/a le gusta que toda la familia hagamos cosas juntos	MA	A	NS	D	MD
41	Mi hijo/a cree que yo soy injusto/a	MA	A	NS	D	MD
42	Mi hijo/a parece siempre inactivo, que no hace nada	MA	A	NS	D	MD
43	Mi hijo/a es desobediente en el colegio	MA	A	NS	D	MD
44	Me preocupa que mi hijo/a no haga sus tareas escolares	MA	A	NS	D	MD
45	Mi hijo/a hace cosas por mí que me hacen sentir bien	MA	A	NS	D	MD
46	Mi hijo/a discute en exceso	MA	A	NS	D	MD
47	A veces me pregunto si mi hijo/a no es demasiado solitario	MA	A	NS	D	MD
48	Cuando está con sus amigos, mi hijo/a se mete en problemas frecuentemente	MA	A	NS	D	MD
49	Para lograr lo que se propone, mi hijo/a se esfuerza mucho	MA	A	NS	D	MD
50	Mi hijo/a no se siente querido por mí	MA	A	NS	D	MD
51	Desde que mi hijo/a está en la adolescencia, veo menos a mis amigos y tengo menos posibilidades de hacer amigos nuevos	MA	A	NS	D	MD
52	Desde que mi hijo/a está en la adolescencia, paso menos tiempo con mis familiares	MA	A	NS	D	MD
53	Me siento solo/a y sin amigos	MA	A	NS	D	MD
54	Habitualmente, soy una persona positiva y alegre	MA	A	NS	D	MD
55	Desde que mi hijo/a entró en la adolescencia, mi pareja y yo no tenemos tanto tiempo para nosotros como pareja como yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
56	Para atender a las necesidades de mi hijo/a, renuncio a cosas importantes para mí en mucha mayor medida de lo que yo podía imaginar	MA	A	NS	D	MD
57	Con frecuencia tengo la sensación de que no soy una compañía grata para otras personas de mi edad	MA	A	NS	D	MD
58	Cuando voy a una fiesta, no espero pasármelo bien	MA	A	NS	D	MD
59	Con un/a hijo/a adolescente no tengo suficiente tiempo para mis amistades	MA	A	NS	D	MD

60	Con frecuencia ocurre que mi pareja hiere mis sentimientos	MA	A	NS	D	MD
61	Soy incapaz de tomar decisiones sin ayuda	MA	A	NS	D	MD
62	Después de enfadarme con mi hijo/a es frecuente que me sienta culpable	MA	A	NS	D	MD
63	Desde que tenemos un/a hijo/a adolescente, mi pareja y yo tenemos menos expresiones físicas de afecto de las que me gustaría	MA	A	NS	D	MD
64	Tener un/a hijo/a adolescente me ha causado más problemas de lo que esperaba en las relaciones con mi pareja	MA	A	NS	D	MD
65	Cuando estoy con otras personas, frecuentemente me siento como si me dieran de lado	MA	A	NS	D	MD
66	Creo que soy una madre / un padre excelente	MA	A	NS	D	MD
67	Desde que mi hijo/a entró en la adolescencia, tengo la sensación de que casi nunca puedo hacer las cosas que me apetece	MA	A	NS	D	MD
68	Con frecuencia tengo que esforzarme mucho para no tener conflictos con mi pareja	MA	A	NS	D	MD
69	Como madre/padre tengo la misma capacidad que la mayor parte de la gente a la que conozco	MA	A	NS	D	MD
70	Con frecuencia tengo la impresión de que no soy capaz de manejarme bien en la vida	MA	A	NS	D	MD
71	Desde que nuestro hijo/a entró en la adolescencia, mi pareja y yo no hacemos tantas cosas como antes	MA	A	NS	D	MD
72	Mi pareja tiene poca confianza en mi buen criterio como padre/madre	MA	A	NS	D	MD
73	Desde que nuestro hijo/a llegó a la adolescencia, mi pareja no me ayudada ni me apoya tanto como yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
74	Cuando pienso en mí como padre/madre de un/a adolescente creo que puedo hacer frente a cualquier cosa que ocurra	MA	A	NS	D	MD
75	Desde que nuestro hijo/a entró en la adolescencia, mi vida sexual es menos satisfactoria	MA	A	NS	D	MD
76	Mi pareja y yo discutimos frecuentemente sobre cómo educar a nuestro/a hijo/a	MA	A	NS	D	MD
77	No tengo a nadie a quien contarle mis frustraciones	MA	A	NS	D	MD
78	Cada vez que mi hijo/a hace algo mal, creo que es culpa mía	MA	A	NS	D	MD
79	Cuando mi hijo/a entró en la adolescencia, me sentí más triste y deprimido/a de lo que yo esperaba	MA	A	NS	D	MD
80	Mi pareja y yo no estamos de acuerdo en las normas de disciplina con nuestro/a hijo/a	MA	A	NS	D	MD
81	Puedo hablar de lo que quiera con mi pareja	MA	A	NS	D	MD
82	No sé cómo actuar cuando mi hijo/a hace a propósito cosas que me fastidian	MA	A	NS	D	MD
83	Me es fácil entender qué es lo que mi hijo/a quiere o necesita	MA	A	NS	D	MD
84	Pensé que cuando mi hijo/a llegara a esta edad iba a sentirme más próximo/a y cálido/a por respecto a él/ella	MA	A	NS	D	MD

85	Si mi hijo/a tiene un problema, acude más a mí que a otras personas en busca de ayuda	MA	A	NS	D	MD
86	Cuando pienso en el tipo de madre/padre que soy, es frecuente que me sienta culpable o mal	MA	A	NS	D	MD
87	Suelo conseguir que mi hijo/a haga lo que yo quiero	MA	A	NS	D	MD
88	Lo paso bien teniendo un/a hijo/a adolescente	MA	A	NS	D	MD
89	Soy incapaz de conseguir que mi hijo/a me escuche	MA	A	NS	D	MD
90	Cuando mi hijo/a se porta mal o se mete en problemas me siento responsable, como si yo hubiera hecho algo mal	MA	A	NS	D	MD

Anexo V: Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes.

Por favor, señale los acontecimientos que durante los últimos 12 meses han sucedido en su núcleo familiar directo:

		Sí	No
1	Divorcio		
2	Reconciliación con la pareja		
3	Matrimonio		
4	Separación		
5	Embarazo		
6	Algún pariente se ha trasladado a vivir con usted a su casa		
7	Los ingresos han aumentado sustancialmente (20% o más)		
8	Deuda económica muy importante		
9	Traslado de domicilio		
10	Ascenso en el trabajo		
11	Los ingresos han descendido sustancialmente		
12	Problemas con el alcohol u otras drogas		
13	Muerte de algún amigo íntimo de la familia		
14	Comienzo de un nuevo trabajo		
15	Ingreso en un nuevo colegio		
16	Problemas con los jefes en el trabajo		
17	Problemas con los profesores en el colegio		
18	Problemas legales		
19	Muerte de un miembro de la familia		
20	Problema médico importante		
21	Accidente serio		

Anexo VI: Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido

Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente, indicando su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	Hay una persona que está cerca cuando estoy en un situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3	Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5	Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8	Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9	Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

Anexo VII: Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias (versión padres)

A continuación va a leer unas frases. Marque con una cruz (X) la casilla que más se acerque a su forma habitual de comportarse con su HIJO o HIJA. Por favor, responda de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1	Le acepto tal como es					
2	Si tiene un problema puede contármelo					
3	Me enfado por cualquier cosa que hace					
4	Le dedico mi tiempo					
5	Es un estorbo para mí					
6	Hablo con él/ella de los temas que son importantes para él/ella					
7	Me pone nervioso/a, me altera					
8	Soy cariñoso/a con él/ella					
9	Hablo con él/ella de lo que hace con sus amigos/as					
10	Lo que hace me parece mal					
11	Le consuelo cuando está triste					
12	Estoy a disgusto cuando él/ella está en casa					
13	Confío en él/ella					
14	Dedico tiempo a hablar con él/ella					
15	Le critico por cualquier cosa					
16	Estoy contento/a de tenerle como hijo/a					
17	Me gustaría que fuera diferente					
18	Le manifiesto mi afecto con detalles que le gustan					
19	Puede contar conmigo cuando lo necesita					
20	Le doy confianza para que me cuente sus cosas					
21	Tengo en cuenta las circunstancias antes de castigarle					
22	Intento controlar su vida en todo momento					
23	Le digo que sí a todo lo que me pide					
24	Le digo a mi hijo/a que en casa mando yo					
25	Si desobedece no pasa nada					
26	Antes de castigarle escucho sus razones					
27	Le doy libertad total para que haga lo que quiera					
28	Le permito discutir las normas cuando cree que no son justas					
29	Le impongo castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer					

30	Llorando y enfadándose consigue siempre lo que quiere					
31	Le explico las razones por las que debe cumplir las normas					
32	Le exijo que cumpla las normas aunque no las entienda					
		NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	A MENUDO	SIEMPRE
33	Hago la vista gorda cuando no cumple las normas con tal de no discutir					
34	Le explico muy claro lo que se debe y no se debe hacer					
35	Por encima de todo tiene que hacer lo que le digo, pase lo que pase					
36	Me da igual que obedezca o desobedezca					
37	Razono y acuerdo las normas con él/ella					
38	Le exijo respeto absoluto a mi autoridad					
39	Le explico las consecuencias de no cumplir las normas					
40	Le digo que los padres siempre llevan la razón					
41	Consiento que haga lo que le gusta en todo momento					
42	Si alguna vez me equivoco con él/ella lo reconozco					
43	Le trato como si fuera un/a niño/a pequeño/a					
44	Con tal de que sea feliz le dejo que haga lo que quiera					
45	No me gusta que salga a la calle por temor a que le pase algo					
46	Le animo a hacer las cosas por sí mismo/a					
47	Le agobio porque siempre estoy pendiente de él/ella					
48	Le doy más responsabilidades a medida que se va haciendo mayor					
49	Cuando no cumple alguna norma, la cambio					
50	Le presto atención sólo cuando me molesta					

Anexo VIII: Índice de Hiperactividad de Conners

A continuación va a leer unas frases. Marque con una cruz (X) la casilla que más se acerque a la forma habitual de comportarse de su HIJO o HIJA. Por favor, responda de la manera más sincera posible.

		NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Es impulsivo/a, irritable				
2	Es llorón/a				
3	Es más movido/a de lo normal				
4	No puede estar quieto/a				
5	Es destructor/a (ropa, juguetes, otros objetos)				
6	No acaba las cosas que empieza				
7	Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
8	Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
9	Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10	Suele molestar frecuentemente a otros niños				

Anexo IX: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda que respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

		NO ES CIERTO	UN TANTO CIERTO	ABSOLUTAMENTE CIERTO
1	Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas			
2	Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo			
3	Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas			
4	Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices, etc.			
5	Frecuentemente tiene rabieta o mal genio			
6	Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a			
7	Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos			
8	Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a			
9	Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo			
10	Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a			
11	Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a			
12	Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos/ellas			
13	Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a			
14	Por lo general cae bien a los otros niños/as			
15	Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse			
16	Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a			
17	Trata bien a los niños/as más pequeños/as			
18	A menudo miente o engaña			
19	Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella			
20	A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)			
21	Piensa las cosas antes de hacerlas			
22	Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios			

23	Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as			
24	Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente			
25	Termina lo que empieza, tiene buena concentración			

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

¿Cree usted que su hijo/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No Sí-pequeñas dificultades Sí-claras dificultades Sí-severas dificultades

Si ha contestado "Sí", por favor, responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

- ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes 1-5 meses 6-12 meses Más de un años

- ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

No Solo un poco Bastante Mucho

- ¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Vida en casa				
Amistades				
Aprendizaje en la escuela				
Actividades de ocio o de tiempo libre				

- ¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

No Solo un poco Bastante Mucho

Anexo X: Family Impact Questionnaire (FIQ).

Ser padre puede ser difícil y los niños y niñas tienen diferentes efectos sobre la familia. Nos gustaría conocer el impacto que su hijo/a ha tenido sobre la familia **comparado con el impacto que otros niños/as de su edad ejercen sobre sus familias**. Las siguientes cuestiones tratan de entender el impacto de los hijos/as sobre diferentes áreas del funcionamiento familiar. Por favor, elija la categoría que mejor describa su situación en términos de cómo las cosas han sido en general para usted en referencia a su hijo/a.

Sus sentimientos y actitudes hacia su hijo/a

Comparado con los niños/as y padres de niños/as de la misma edad...

		Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Mi hijo/a me produce más estrés				
2	Disfruto más el tiempo que paso con él/ella				
3	Mi hijo/a me produce más sentimientos de frustración y de ira				
4	Mi hijo/a me produce más sentimientos de felicidad y orgullo				
5	Cuando estoy con mi hijo/a me siento menos eficaz y competente como padre				
6	Es más fácil para mí jugar y divertirme con mi hijo/a				
7	El comportamiento de mi hijo/a me preocupa más				
8	Mi hijo/a hace que me sienta más querido				
9	Siento que estoy solo cuando intento controlar el comportamiento de mi hijo/a				
10	Mi hijo/a me hace tener más energía				
11	Siento que podría ser mejor padre de mi hijo/a				
12	Mi hijo/a me hace sentir más seguro como padre				
13	Siento que debería tener un mejor control de su comportamiento				
14	Por lo general mi hijo/a hace lo que le digo que haga				
15	Por lo general creo que sé como manejar el comportamiento de mi hijo/a				

El impacto de su hijo/a sobre su vida social

Comparado con los niños/as y padres de niños/as de la misma edad...

		Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
16	El comportamiento de mi hijo/a me avergüenza en público				
17	Mi familia evita más las salidas sociales (restaurantes, acontecimientos públicos) a causa de su conducta				

18	Es más difícil encontrar una canguro que cuide de él				
19	Visitamos a familiares y amigos menos de lo que me gustaría debido al comportamiento de mi hijo/a				
20	Mi hijo/a me resta posibilidades de pasar tiempo con amigos				
21	Me siento más tenso cuando salimos, porque estoy preocupado por la conducta de mi hijo/a				
22	Necesito explicar más la conducta de mi hijo/a a los demás				
23	Participo menos en las actividades comunitarias a causa del comportamiento de mi hijo/a				
24	A causa del comportamiento de mi hijo/a tengo invitados en casa con menos frecuencia de lo que me gustaría				
25	Me lo llevo menos de compras o a recados				

El impacto de su hijo/a sobre su economía

Comparado con los niños/as y padres de niños/as de la misma edad, que mi hijo/a...

		Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
26	El coste de criar a mi hijo/a es mayor				
27	El coste de su cuidado es mayor				
28	El gasto en comida, ropa y/o juguetes es mayor				
29	El gasto en cambios y/o arreglos y sustitución de artículos de casa es mayor				
30	El gasto en medicación, cuidado médico y/o seguro médico es mayor				
31	El costo de los servicios educativos y psicológicos es mayor				
32	El gasto en actividades complementarias (música, natación, gimnasia) es mayor				

El impacto de su hijo/a en su relación matrimonial

Comparado con padres de niños/as de la misma edad, que mi hijo/a...

		Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
33	Mi esposo/a y yo estamos más en desacuerdo sobre como criar al niño/a				
34	Mi esposo/a me apoya en el modo en que manejo el comportamiento de mi hijo/a				
35	Este/a niño/a produce más enfrentamientos entre mi esposo/a y yo				

36	Criar a este/a niño/a nos ha unido más a mi pareja y a mí				
37	Mi hijo/a causa más desacuerdos entre mi esposo/a y yo				
38	Mi pareja está menos de acuerdo con el modo en que manejo el comportamiento de mi hijo/a				
39	Criar a este/a niño/a nos ha desunido				

El impacto de su hijo sobre sus iguales

Comparado con los niños/as y de la misma edad, que mi hijo/a...

		Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
40	Los demás niños/as de la familia ayudan más a cuidar de él/ella				
41	Mi hijo/a dificulta más a sus hermanos/as el participar en actividades				
42	Los demás niños/as de la familia se quejan más de su comportamiento				
43	Los demás niños/as de la familia se sienten más avergonzados por su comportamiento				
44	Mi hijo/a es más rechazado por sus hermanos/as				
45	Los demás niños/as de mi familia invitan menos a amigos a venir a casa debido a su comportamiento				
46	Los demás niños/as de la familia disfrutan más estando con él				
47	Mi hijo/a usa más los juguetes de sus hermanos sin pedir permiso				
48	Mi hijo/a rompe o pierde los juguetes de sus hermanos más a menudo				

Cuestiones generales:

49. Comparado con otros niños/as de la edad de mi hijo/a, el grado de dificultad de vivir con él/ella es:

Mucho más fácil	Más fácil	Ligeramente más fácil	Igual	Ligeramente más difícil	Más difícil	Mucho más difícil

50. Comparado con otros niños/as de la misma edad, la influencia de mi hijo sobre nuestra familia es:

Mucho menos positiva	Menos positiva	Ligeramente menos positiva	Igual	Ligeramente más positiva	Más positiva	Mucho más positiva

