



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Influencia de los estilos de crianza parentales en el trastorno de déficit
de atención e hiperactividad”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga
Clínica

Autores:

Juliana Vélez Maldonado, Juan Gutiérrez León

Directora:

Dra. Ana Lucía Pacurucu Pacurucu

Cuenca – Ecuador

2019

DEDICATORIA

Con mucho cariño para todos los que estuvieron junto a mí en el camino a esta meta. En especial, a mi madre por su apoyo y amor incondicional.

- Julia |na Catalina Vélez Maldonado

DEDICATORIA

Con mucho cariño para mi madre Susana y mi hermana Silvia, quienes con su amor y apoyo incondicional me permitieron alcanzar tan distinguido logro y para mi novia Alejandra, pilar fundamental en mi vida.

- Juan Adrián Gutiérrez León

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad del Azuay, por consentir el desarrollo del presente estudio y al Centro de Rehabilitación Integral Especializado N°5, por abrirnos sus puertas.

A mi directora de tesis, Dra. Ana Lucía Pacurucu, por su tiempo y paciencia en cada una de las etapas.

De igual manera un agradecimiento especial al Dr. Francisco Ochoa por su apoyo durante este proceso.

A todos quiénes me apoyaron para iniciar esta carrera.

- Juliana Catalina Vélez Maldonado

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque su misericordia se renueva cada mañana.

De igual manera mi gratitud imperecedera con la Universidad del Azuay por el apoyo brindado a lo largo de estos años de estudio. Asimismo, un agradecimiento sumamente especial para la Dra. Ana Lucía Pacurucu por su guía y ejemplo de vida y al Dr. Francisco Ochoa, sin ellos hubiese sido imposible realizar este trabajo investigativo.

Por último, agradezco a cada uno de mis profesores por formarme para ser un buen profesional y un buen ser humano.

- Juan Adrián Gutiérrez León

RESUMEN:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una alteración en el desarrollo neurológico, caracterizado por un patrón constante de inatención, hiperactividad e impulsividad. El objetivo del estudio fue determinar la influencia de los estilos de crianza parentales en la sintomatología del TDAH, en el centro CRIE No. 5.

Los resultados demostraron que los principales estilos de crianza utilizados eran el autoritario y permisivo, siendo los del primero quienes reportaron mayores dificultades en aprendizaje e impulsividad, mientras que los del segundo, en comportamiento.

Palabras clave: Conducta, Déficit de atención, Estilos de Crianza, Hiperactividad, Impulsividad.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder is an alteration in the neurological development characterized by a constant pattern of inattention, hyperactivity and impulsivity. The objective of the study was to determine the influence of parenting styles in the symptomatology of ADHD at the CRIE No. 5 center. The results showed that the common parenting styles among patients with this condition were authoritarian and permissive. Those coming from the authoritarian parenting style reported greater difficulties in learning and impulsivity, while those from the permissive parenting style reported greater difficulties in behavior.

Keywords: Behavior, attention deficit, parenting styles, hyperactivity, impulsivity.




Translated by
Ing. Paul Arpi

Índice de contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN:	iv
ABSTRACT:	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL	4
1.1 Introducción	4
1.2 Características psicosociales de la niñez	5
1.4 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	15
1.4.1 Epidemiología y prevalencia del TDAH	17
1.4.2 Etiología	18
1.4.1.4 Diagnóstico	21
1.4.1.5 Clasificación y subtipos	25
1.4.1.6 Comorbilidad en el TDAH	26
1.4.1.7 Modelos psicológicos explicativos del TDAH:	27
1.4.1.8 Tratamiento del TDAH	29
CAPÍTULO II	35
ESTILOS DE CRIANZA	35
2.1 Introducción	35
2.2 Principales estilos de crianza	37
2.2.1 Modelo Baumrind	39
2.2.3 Modelo de Hoffman	42
2.2.4 Tipología de Kellerhalls y Montandon (1997)	43
2.3 Efectos de los diferentes estilos de crianza	44
2.4 Estilos de crianza y su relación con el TDAH	45
2.5 Características conductuales y cognitivas de padres de niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad	46
CAPÍTULO III	51
METODOLOGÍA, ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	51

3.1 Tipo de estudio	51
3.2 Población	51
3.3 Muestra	51
3.4 Instrumentos	52
3.3.1 Cuestionario de crianza de Alabama (APQ)	52
3.3.2 Cuestionario de Crianza Parental (PCRI).....	53
3.3.3 Ficha Socioeconómica	56
3.4 Procedimientos	56
3.5 Resultados	57
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	62
4.1. Discusión	62
4.2. Conclusiones.....	65
4.3. Recomendaciones	66
BIBLIOGRAFÍA	68

Índice de Tablas

Tabla 1. Pruebas para Evaluación de TDAH	22
Tabla 2. Comorbilidad entre el TDAH y otros Trastornos del Neurodesarrollo.....	27
Tabla 3. Fármacos utilizados para tratar los síntomas de TDAH.....	30
Tabla 4. Definición de los principales constructos parentales	37
Tabla 5. Dificultades reportadas en el PCRI por las Madres.....	57
Tabla 6. Dificultades reportadas en el PCRI por los Padres	57
Tabla 7. Porcentajes Totales de Estilos de Crianza según el PCRI de Padres y Madres	58
Tabla 8. Estilos de Crianza de padres y madres basados en el modelo de Baumrind	58
Tabla 9. Valores del Cuestionario APQ de Padres y Madres.....	59
Tabla 10. Valores del Test de Conners en Función de la conducta del niño/a.....	60
Tabla 11. Relación entre Estilo de Crianza y el área de comportamiento del test de Conners	60

Tabla 12. Relación entre estilo de crianza y el área de aprendizaje del test de Conners.....	61
Tabla 13. Relación entre esstilo de crianza y el área de impulsividad	62

Índice de Figuras

Figura 1. Riesgo de padecer TDAH según carga genética.....	19
Figura 2. Factores de riesgo de padecer TDAH.....	20
Figura 3. Estilos parentales, elaboración adaptada de McCoby & Martin (1983)	41

Índice de Anexos

Anexo 1. Cuestionario de crianza APQ.....	74
Anexo 2. Cuestionario de crianza parental PCRI.....	76
Anexo 3. Caracterización de los niños/as que conforman la muestra del estudio.....	79

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el DSM 5, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una alteración del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad, e impulsividad. Su prevalencia oscila entre el 3 - 5 % en población escolar, sin embargo, estos valores refieren a pacientes que cursan algún tipo de tratamiento, por lo que podrían ser más elevados (Schroeder & Gordon, 2002). Su etiología es compleja, parece ser que existe una interrelación entre factores hereditarios, ambientales, bioquímicos (actividad neurotransmisora) y el funcionamiento de ciertas áreas cerebrales. El tratamiento se establece desde un enfoque multidisciplinar combinando la psicofarmacología con intervención psicoeducativa, adiestramiento parental para mejorar las relaciones paterno-filiales y un entrenamiento para el manejo de la conducta.

Desde el siglo pasado se ha estudiado las pautas de crianza utilizadas por los padres, encontrando dos dimensiones fundamentales en las distintas prácticas y creencias educacionales: apoyo y control. Los estudios de casi tres décadas de Diana Baumrind establecieron tres estilos de crianza en función de estas dimensiones: autoritario, permisivo y democrático. El primero busca controlar, influir y restringir el comportamiento y actitudes de sus hijos basados en patrones rígidos preestablecidos. Por lo contrario, el permisivo evita recursos de autoridad, como el uso de castigos y restricciones. No son exigentes en cuanto a responsabilidad en la ejecución de tareas y no son muy capaces de establecer límites.

El democrático utiliza la negociación y el razonamiento como complemento de las medidas disciplinarias. Al ser un estilo en donde se prioriza lo racional, cada miembro tiene derechos y responsabilidades.

Si bien los estilos de crianza no son factores causales del TDAH, se los considera como factores moduladores, debido a que pueden potenciar o atenuar la sintomatología. Según González & otros, (2014), la relación entre padre o madre y niños/as con TDAH es conflictiva, usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, pues como estos autores lo mencionan, estos niños/as son menos dóciles, solicitan mayor estimulación y ayuda que sus contrapartes. Asimismo, indican que los métodos de disciplina usuales no funcionan pues los niños y niñas con TDAH poseen dificultades para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres, generando procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos.

Investigaciones han revelado que estos niños/as muestran mayores índices de conducta disruptiva y menor obediencia en comparación con sus pares que no padecen TDAH (Bögels, Lehtonen, & Restifo, 2010). En contraste, los padres toman una postura pasiva frente a la conducta de su hijo/a, o utilizan el castigo físico como método de control. Al pasar el tiempo, algunos de estos progenitores tienden a controlar excesivamente el comportamiento del infante, o, por otro lado, pueden abandonarlos o tratarlos con cierta frialdad (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). En consecuencia, se establece un círculo persistente de comportamiento indeseable por parte de los niños/as y estrategias de crianza poco adecuadas de los padres.

Es por esta causa que se pretende profundizar en el conocimiento de la influencia de los estilos de crianza parentales en esta población. Para esto contamos con el apoyo del Centro de Rehabilitación Especializado No. 5 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, cuya misión es, prestar atención a niños con trastornos del neurodesarrollo; a través de la promoción, prevención, diagnóstico temprano y/o tratamiento en neurodesarrollo y su seguimiento.

La experiencia en este centro fue satisfactoria y gratificante, se nos brindó todas las facilidades y los documentos pertinentes para la investigación, permitiendo establecer contacto con las familias de los pacientes y desarrollar los objetivos propuestos.

En los capítulos posteriores analizaremos la etiología, epidemiología, estructuras neuroanatómicas, diagnóstico, comorbilidad y subtipos del TDAH. De igual manera, entenderemos que son los estilos de crianza, los principales modelos explicativos y sus efectos en el desarrollo de los niños y niñas que padecen o no esta alteración. Además, se describirá la metodología del estudio, análisis de datos, resultados obtenidos, así como la respectiva discusión y conclusiones.

CAPÍTULO I

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

1.1 Introducción

El cambio y el desarrollo son factores innatos del ser humano, no existe una manera de detenerlo ni tampoco de adelantarlo, todo está programado para que suceda en diversas etapas y dependerá de varios elementos. Este proceso generará cambios externos que podrán ser observados y otros internos que no. Cuando vemos hacia el pasado podemos darnos cuenta como hemos ido transformándonos en quiénes somos y quizás podamos entender las razones por las que pensamos y actuamos de la manera en que lo hacemos hoy. (Papalia, 2009)

El desarrollo involucra todo lo relacionado a la evolución y crecimiento. En este caso, hablamos del desarrollo humano y su naturaleza desde el momento en el que es concebido hasta el día de su muerte. Este proceso, es conocido como ciclo vital e incluye todas las diversas fases de crecimiento, adquisición de habilidades y transformaciones por las que todo ser humano atraviesa. “En cada fase, las transformaciones son producidas por la interacción entre logros adquiridos en procesos y acontecimientos vitales previos.” (Marchesi & otros 2014, pág. 20)

En algunos casos, desde la infancia se puede observar que el proceso de desarrollo no es el esperado y, que ciertos parámetros de conducta específicos para cierta edad no se cumplen, entonces comenzamos a cuestionarnos e investigar las características que pueden estar marcando la diferencia. Algunas veces estas discrepancias pueden deberse a factores de desarrollo propios del niño que tomarán un poco más de tiempo en alcanzar el nivel esperado, pero, en otras

ocasiones estas diferencias pueden deberse a un problema específico que necesita de una atención especializada. (Papalia, 2009)

En este capítulo describiremos uno de los trastornos más prevalentes en la edad escolar, que constituye uno de los principales motivos de consulta para los psicólogos, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5a edición revisada, afecta alrededor del 5% de la población escolar (APA, 2013).

1.2 Características psicosociales de la niñez

A finales del siglo XIX y mitad del siglo XX inicia el interés por las edades tempranas, puesto que antes no existía una concepción de infancia y niñez como etapas dignas de ser tomadas en cuenta y que merezcan ser parte de un estudio específico. “Los primeros atisbos de esta representación social los ve el historiador-sociólogo Ariès en la aparición de la figura del niño en la pintura de los siglos XVIII Y XIV” (Perinat, 2007, pág. 28). Los niños eran considerados como adultos pequeños y no eran tomados en cuenta para ninguna decisión, sin embargo, la preocupación por estos comienza por las elevadas tasas de mortalidad, ya que, era común que las familias tuvieran varios hijos y que desde edades tempranas fueran insertados en el campo laboral. Recién, a finales de siglo XIX comienzan los movimientos de regulación laboral y más tarde la idea de una educación obligatoria. En este punto, el interés por entender, conocer y dar un lugar concreto a los niños comienza, en Estados Unidos y Europa, predominando los estudios de desarrollo infantil, psicología del niño y el adolescente.

La psicología del desarrollo toma en cuenta lo normativo y lo idiosincrásico, haciendo referencia a periodos de desarrollo, más que a edades concretas: “etapa prenatal (0-2 años), años

previos a la escolaridad obligatoria (2-6 años), años de la escuela primaria (6-12 años), adolescencia (hasta el final de la segunda década), la madurez (aproximadamente desde los 20 hasta los 65-70 años) y la vejez (a partir de en torno a los 65-70 años)” (Marchesi & Coll, 2014, pág. 25). Para tener una adecuada visión del desarrollo es necesario abarcar todos los componentes que pueden ser influyentes en este proceso de crecimiento y, que se encuentran interrelacionados, Papalia (2009, pág. 6), los divide en tres ámbitos:

Desarrollo bio-físico: Componentes genéticos que influyen en el proceso evolutivo.

Desarrollo Cognoscitivo: aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad.

Desarrollo Psicosocial: Involucra pensar, sentir e integrarse con las demás personas.

Estos elementos, a su vez están determinados por dos factores importantes que durante años han sido producto de debate: la herencia y el ambiente; el intento por descubrir cuál tiene mayor influencia en el desarrollo ha dado paso a un sinnúmero de teorías y explicaciones, sin embargo, cada uno cumple un papel significativo y como explica Papalia (2009), los científicos de hoy en día han llegado a la conclusión de que ambos tienen igual trascendencia y que lo primordial es conocer cómo funciona su interrelación.

Para Berger (2007), un factor importante es reconocer que, aunque desarrollo significa crecimiento y cambio, hay procesos de continuidad referentes a parámetros que parecen persistir sin cambios, como la personalidad, donde se puede presentar rasgos desde una temprana edad y mantenerse hasta la adultez, “cuanto más próximas sean las edades a considerar y cuanto más parecidos sean los contenidos que se comparan, más probable es detectar continuidad.... rasgos

como el estilo de apego, algunos aspectos de la competencia social y ciertos contenidos del sistema cognitivo, parecen presentar un apreciable grado de continuidad a lo largo del tiempo.” (Marchesi & otros, 2014, pág. 70).

Esto también dependerá de la estabilidad interna de la persona y del ambiente, ya que, factores estresantes pueden generar cambios. Para Urbano & Yuni (2014) se parte de la edad cronológica para establecer continuidad, y es importante también establecer los acontecimientos históricos, nivel socio-cultural, grupo étnico, etc.

La discontinuidad, al contrario, tiene que ver con cambios notables y muy diferentes de un momento a otro, el inicio de la pubertad, por ejemplo. Durante el proceso de desarrollo, los individuos se enfrentan a diversas variables contextuales y propias del sujeto, que producen un incremento en las diferencias interpersonales. (Urbano & Yuni, 2014 pág. 26)

Ahora, a pesar de todas estas características que parecen regir el proceso de desarrollo humano, hay un sinnúmero de variables que afectan interna y externamente a cada individuo, “Las personas varían por su sexo, estatura, peso y complexión, salud y nivel de energía, y temperamento, personalidad y reacciones emocionales. También su contexto de vida es diferente: la casa, comunidad y sociedad en que viven, las relaciones que cultivan, la escuela a la que concurren (si acaso) y a qué dedican su tiempo libre” (Papalia, 2009, pág. 9).

Todo esto genera nuevos factores que tomar en cuenta cuando se estudia la condición humana, Berger (2007) las clasifica en cinco principios:

Multidireccional: los cambios no son lineales, estos actúan de maneras inesperadas sin importar la edad del individuo.

Multicontextual: el ser humano se desenvuelve en diferentes contextos y su desarrollo también dependerá de las condiciones históricas, las tradiciones culturales y su nivel económico.

Multicultural: este parámetro hace referencia a las herramientas que utiliza una nación para subsistir, principalmente valores y tradiciones.

Multidisciplinario: las distintas disciplinas aportan datos relevantes.

Plasticidad: ciertas características pueden ser moldeadas y organizadas en diferentes configuraciones.

Suele considerarse, que las bases teóricas de este supuesto inician con varios filósofos como J. Locke, (1690) que explicaba que los niños no tenían ideas, ni se comportaban de forma innata pues, al momento de nacer su mente estaba en blanco como una tabla rasa, todo aquello que aprendieran o experimentarían sería el contenido que la llenaría. Por otro lado, Rousseau defendía que el ser humano contaba con una serie de características innatas.

Otros investigadores comenzaron a realizar biografías del bebé, en las que se registraba su desarrollo temprano, Tiedemann (1787) fue uno de los primeros, en realizar un diario del desarrollo sensorial, motor, de lenguaje y cognitivo de su hijo recién nacido. Seguido por Charles Darwin (1872), quién también publicó trabajos de este tipo y sobre todo su obra “el origen de las especies” dio gran apertura para el estudio de la evolución y desarrollo, generando nuevas teorías en distintas disciplinas como la psicología, antropología y sociología. Igualmente, Darwin escribió un libro dirigido al estudio de los niños denominado “Esbozo biográfico de un bebé”, en el que describió la evolución de las emociones y realizó diarios de su hijo refiriendo sobre todo sus diferentes expresiones (Melo, 2003).

En este punto, las distinciones entre la psicología evolutiva estadounidense y europea seguía prevaleciendo. En Estados Unidos el modelo mecanicista lideraba las teorías “El término mecanicismo tiene que ver con la idea de que la conducta surge y se moldea a través de la experiencia, lo importante no es lo que hay dentro del organismo sino aquello que desde fuera le llega y moldea; la historia psicológica de una persona no es sino su historia de aprendizajes” (Marchesi & Coll, 2014, pág. 39). En Europa, mientras tanto reinaba el modelo organísmico, dirigido a explicar que los seres humanos llegan al mundo con un plan de desarrollo innato que se complementará con los aprendizajes posteriores provenientes del medio.

Uno de los autores más importantes, de este modelo organísmico es Sigmund Freud, quien describió el inconsciente y como ciertos traumas vividos durante la infancia se presentan como diversos trastornos en la adultez, por lo tanto, se pretende hacer consciente lo inconsciente y liberar al ser humano de sus tensiones y problemas. (Marchesi & otros, 2014)

Realizó estudios que generan interés cuando se habla de desarrollo, explicó que, desde el nacimiento, los individuos poseemos un conjunto de pulsiones cuyo fin es encontrar satisfacciones inmediatas que guían nuestro comportamiento, este componente innato se denomina <<Ello>> y es la sede psíquica de todas estas pulsiones que buscan de cierta manera la supervivencia, Freud (1938). El <<Yo>> es el “encargado de canalizar esa satisfacción de manera socialmente aceptable, o de posponerla para otro momento; es un mediador entre los deseos del ello y la realidad.” (Marchesi & otros, 2014, pág. 40) El <<Súper-yo>> es la conciencia social y moral interiorizada entre los 3 y los 6 años. Esto explica que los seres humanos nos comportamos de acuerdo a estos componentes y que de esto dependerá nuestro desarrollo.

Del mismo modo, Jean Piaget, psicólogo y biólogo suizo, se preguntó “¿Cómo se desarrolla el conocimiento en el hombre a partir de su nacimiento?” (Perinat, 2007, pág. 44). Este autor adopta una concepción biológica del desarrollo y escribe “El comportamiento es el conjunto de acciones y elecciones sobre el medio que sirven para organizar los intercambios a nivel óptimo” (Piaget, 1967, pág. 57).

Utilizó la observación de sus propios hijos para obtener mayor información acerca del desarrollo, se dio cuenta que, desde el nacimiento, los bebés inmediatamente comienzan a utilizar sus reflejos y pasan por diferentes procesos como el de asimilación, en el que el organismo incorpora información del medio y después ocurre un proceso al que denominó acomodación. Para Piaget, (1967), “el juego complementario de la asimilación y la acomodación es la adaptación”.

Asimismo, describió por etapas como los individuos, desde el momento de su nacimiento inician este proceso de desarrollo que involucra tanto la asimilación, acomodación y adaptación, estos son conocidos como los <<Estadios>> del desarrollo intelectual:

Sensorio motor (0-2 años): En la primera parte de este periodo no hay lenguaje ni función simbólica, sin embargo, las construcciones de este estadio se efectúan por medio de percepciones y movimientos mediante la coordinación sensorio-motriz. Piaget (1969, pág. 34)

Preoperatorio (2-7 años): Aparecen conductas que implican la evocación representativa de un objeto o acontecimiento ausente, lo que supone la construcción de significantes diferenciados. La inteligencia ya es simbólica. Piaget (1969).

Operaciones concretas (7-12 años): “El pensamiento lógico aparece al principio se

razona lógicamente sólo sobre contenidos sencillos (desfases horizontales), pero poco a poco la lógica va imponiendo su soberanía sobre todas aquellas situaciones que el sujeto puede someter a verificación empírica, es decir, sobre situaciones de experimentación concreta”. (Marchesi & Coll, 2014, pág. 46)

Operaciones formales (a partir de la adolescencia): El pensamiento lógico alcanza su máxima expresión, es capaz de formar hipótesis, organizarlas, comprobarlas y verificarlas.

Asimismo, Lev S. Vygotsky (1979), psicólogo ruso, también realizó aportes de mucho interés para el campo de la psicología del desarrollo, sosteniendo que “la configuración del psiquismo humano se lleva cabo dentro de la relación social, es decir, gracias a la mediación del humano” (Perinat, 2007, pág. 60). También explicó como la cultura se convierte en parte de la naturaleza del individuo y como los estudios sociológicos y antropológicos debían ir acompañados de la observación y el experimento para poder explicar la conciencia y el intelecto humano. (Vygotski,1979)

Erick Erickson (1968), uno de los autores más trascendentales de las teorías del desarrollo psicosocial, desarrolló 8 etapas del ciclo vital, en cada una se presenta una <<crisis>> que influenciará en la personalidad. Las etapas están formadas de un polo positivo y uno negativo que deberán encontrar un equilibrio para alcanzar un desarrollo normal. Estas etapas son las siguientes:

Etapas 1: Confianza vs Desconfianza (0-18 meses)

Etapas 2: Autonomía vs Vergüenza y Duda (18 meses-3 años)

Etapas 3: Iniciativa vs Culpa (3-5 años)

Etapa 4: Laboriosidad vs Inferioridad (6-7 a los 12 años)

Etapa 5: Identidad vs Confusión de roles (adolescencia hasta los 20 aproximadamente)

Etapa 6: Intimidad vs Aislamiento (20 a los 40 años)

Etapa 7: Generatividad vs Estancamiento (40 a los 60 años)

Etapa 8: Integridad vs Desesperación (60 años hasta la muerte)

La etapa de laboriosidad vs inferioridad corresponde a las edades de 6 a 12 años de edad, en esta, se espera que los niños sean capaces de acoger instrucciones sistemáticas de los adultos, en la familia, en la escuela y en la sociedad, se inicia el proceso de escolaridad y se espera que se desarrollen actividades de manera autónoma y creativa, “el niño aprende a desempeñar un rol de trabajo pautado y a formar hábitos productivos que permitan distinguir entre el tiempo libre y el tiempo productivo, entre el ocio individual y la tarea participativa y comunitaria.” (Urbano & Yuni, 2014, pág. 74) En esta etapa, se debería desarrollar sentimientos de capacitación, competencia y de participación en el proceso productivo de la sociedad. (Bordignon, 2005)

Dentro del proceso de desarrollo psicosocial Urbano & Yuni (2014) explican que poco a poco se puede observar cómo va apareciendo el auto concepto por medio de comparaciones con otros niños y niñas de la misma edad.

En niños con un apego seguro habrá una relación cálida y sensible entre padres e hijos, un mayor nivel de obediencia, empatía y “conducta moral ante la tentación de romper las reglas o de violar las normas de conducta.” (Urbano & Yuni, 2014, pág. 76)

En la teoría del apego Bowlby (1969), explica el desarrollo afectivo de los seres humanos

y cómo establecer vínculos estables con un cuidador principal es una necesidad primaria cuya finalidad es generar un desarrollo social y emocional adecuado.

Mientras más seguro sea apego con los hermanos, mejor será la relación entre ellos y menos dificultades existirán, serán visibles mayores intentos de reconciliación, en el cual se reconocen las necesidades, deseos y puntos de vista del otro. Papalia (2009) explica que con los pares también se verán propósitos de ayudar a los otros, aprender a negociar y resolver problemas, disposición a aceptar gente nueva, capacidad de adaptarse al cambio.

En la fase del juego los niños aprenden a “liberarse de sus limitaciones de tomar la iniciativa en la competencia amorosa por el progenitor del sexo opuesto y ampliar la posibilidad de incorporar modelos de identificación a partir de los personajes que recrea en su imaginación creativa.” (Marchesi & Coll, 2014, pág. 340) También se identifica la aparición de reciprocidad como componente esencial de la amistad, confianza, afecto, preocupación y consideración.

Para Jean Piaget (1956), el juego forma parte de la inteligencia del niño, porque representa la asimilación funcional o reproductiva de la realidad según cada etapa evolutiva del individuo. Las capacidades sensorio motrices, simbólicas o de razonamiento, como aspectos esenciales del desarrollo del individuo, son las que condicionan el origen y la evolución del juego. Según Marchesi & Coll (2014) los niños en esta etapa son más conscientes de sus procesos cognitivos, tiene una mayor reflexión acerca de lo que deben hacer y cómo deben hacerlo, planificarán mejor sus acciones antes de abordar un problema, harán un seguimiento más preciso de sus acciones y podrán evaluarlas y corregirlas si es necesario, o controlarán y adaptarán mejor sus estrategias según el tipo de tarea.

1.3 Psicopatología infantil

“La psicopatología es la rama de la ciencia que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales” (Cortese, 2009, pág. 7)

“La explicación que el hombre primitivo pudo dar a los trastornos de conducta/mental, entra indudablemente en nuestra concepción mágica. Cuando implica la idea de que un «ser maléfico» ha tomado posesión de una persona” (Esparcía & Caparrós, 2015, pág.11). Esta postura, llamada demonológica, perduraría a través de varios siglos, sin embargo, en la cultura griega y romana se realizarían varias descripciones un tanto más precisas, por ejemplo, Alcmeón de Crotona (siglo vi a.C.), consideraba al cerebro como la sede de la razón y el alma, Hipócrates, con respecto a los trastornos mentales sugirió que éstos se debían a causas y procesos naturales, al igual que las enfermedades físicas (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Actualmente la configuración de enfermedad mental se centra en un modelo biopsicosocial, es decir, variables psicológicas, biológicas y sociales interactúan entre sí, estableciendo un sentido de multicausalidad. Existen razones válidas para creer que los tres factores influyen de manera importante en la expresión y el resultado de muchas enfermedades.

Cuando hablamos de psicopatología infantil no nos referimos a entidades nosológicas exclusivas de dicho grupo etario, sino que nos remitimos a cierto conjunto de trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez en la infancia - adolescencia o suelen tener su inicio en esta etapa del ciclo vital, como lo señala Cortese (2009) no se sugiere que exista una distinción clara entre trastornos infantiles y adultos, de modo que la gran mayoría de estas perturbaciones persisten desde la niñez hasta la vejez, por ejemplo la discapacidad intelectual, déficit atencionales, trastornos del espectro autista, etc.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) los ha categorizado dentro de los trastornos del neurodesarrollo, donde se encuentra la discapacidad intelectual, trastorno de la comunicación, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores, trastorno de tics y otros trastornos de desarrollo neurológico. Asimismo, posee otras categorías que pueden afectar al infante, como trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de eliminación y aquellos relacionados con el estado ánimo.

De igual manera la clasificación internacional de enfermedades, en su onceava edición, agrupa a esas alteraciones dentro de la categoría <<Desórdenes del Neurodesarrollo>>, refiriéndose a trastornos conductuales o cognitivos que surgen durante el periodo de desarrollo y que involucran dificultades significantes en la adquisición o ejecución de funciones específicas como las mentales, motoras o sociales. A pesar de que otros trastornos tales como la esquizofrenia o el desorden bipolar poseen déficits cognitivos y conductuales durante los periodos de desarrollo, sólo trastornos cuyas características fundamentales son el desarrollo neurológico se incluyen en esta agrupación.

En este apartado encontramos al trastorno del desarrollo intelectual, desórdenes en el desarrollo del lenguaje, trastornos del espectro del autismo, trastornos de aprendizaje, desórdenes en el desarrollo motor, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de movimientos estereotipados y otros trastornos del neurodesarrollo.

1.4 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El TDAH es un trastorno del desarrollo neurológico, conformado por un patrón constante de conductas de inatención, impulsividad e hiperactividad, de curso crónico y requiere un

tratamiento a largo plazo, en el cual se ven involucrados diferentes sistemas al que el niño pertenece, especialmente el familiar y académico. “La media de edad de inicio de los síntomas se sitúa entre los 4 y 5 años” (Alda, y otros, 2010, pág. 17)

De la misma forma, el DSM 5, lo define como un “patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo” (Asociación Americana de Psiquiatría. Kupfer, Regier, Arango López, Ayuso-Mateos, & Vieta Pascual, 2014, pág.33)

Para Gratch (2009), es una alteración en la que aparentemente existe una base neurológica o neuroquímica, aunque el grado de afectación en cada sujeto dependerá de su grado de armonía psíquica, capacidades yoicas y también del contexto familiar en el que crece o se desenvuelve, permitiendo, o no, un mayor despliegue de los inconvenientes derivados de este trastorno.

“Es reconocido como una perturbación neurobiológica que se desarrolla en la etapa infantil dificulta los procesos de autocontrol, la capacidad para mantener la atención, el manejo efectivo de la expresión emocional, la inhibición de respuestas impulsivas, la modulación del comportamiento y el nivel de actividad, con base en las condiciones contextuales y la proyección de consecuencias” (Zuluaga & Fandiño, 2017, pág.61).

De acuerdo con Asherson, Kuntsi, & Taylor (2005), es necesario considerar variables psicosociales, las cuales ejercen un papel modulador, potenciando procesos de autorregulación, o, por el contrario, socavando los síntomas, reforzando su severidad y disminuyendo la calidad de vida.

George Still, médico pediatra, en 1902, realizó la primera descripción del trastorno, quien describió a 43 niños que presentaban un comportamiento impulsivo, desafiante y una seria falta

de atención y autorregulación; al observar que la inteligencia se encontraba dentro del promedio, atribuyó el problema a un “defecto en el control moral”. Para Russell Barkley, el TDAH “es un trastorno en el desarrollo del autocontrol. Engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos y el nivel de actividad. Dichos problemas se reflejan en el deterioro de la voluntad del niño o de su capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo, y para mantener en su mente las metas y consecuencias futuras.” (Barkley, 1999, pág. 33, citado en Dávila, 2011).

1.4.1 Epidemiología y prevalencia del TDAH

Se considera que la prevalencia es alrededor de 3 a 5% de la población escolar. Sin embargo, estos porcentajes pertenecen solamente a sujetos que reciben tratamiento clínico. Por otro lado, en muestreos comunitarios, padres y maestros, reportan índices más alto de conductas relacionadas al trastorno (Schroeder & Gordon, 2002). A pesar de que muchas veces se lo refiere como una <<enfermedad cultural>>, el TDAH no es un trastorno exclusivamente americano, identificándose prevalencias de 9,6% en Alemania, 3,7%, Suecia, 6% en España, 17% en Colombia y del 9% en China (Soutullo & Díez, 2007 pág.11).

Generalmente el TDAH afecta más a varones que mujeres, siendo la proporción cerca de cuatro niños por cada niña para el tipo impulsivo. Inatento, dos niños por cada niña y en estudios clínicos se obtuvo incluso, nueve niños por cada niña (Sarason & Sarason, 2006). Dichos autores consideran que una de las razones por las cuales esto sucede, se debe a que existe una mayor probabilidad que uno niño sea llevado a consulta, pues aparentemente la manifestación de dicho trastorno difiere entre varones y mujeres. Al parecer, el TDAH se expresa en las niñas principalmente a través de las dificultades en la atención, mientras que los varones tienden a

desarrollar conductas agresivas e impulsivas.

1.4.2 Etiología

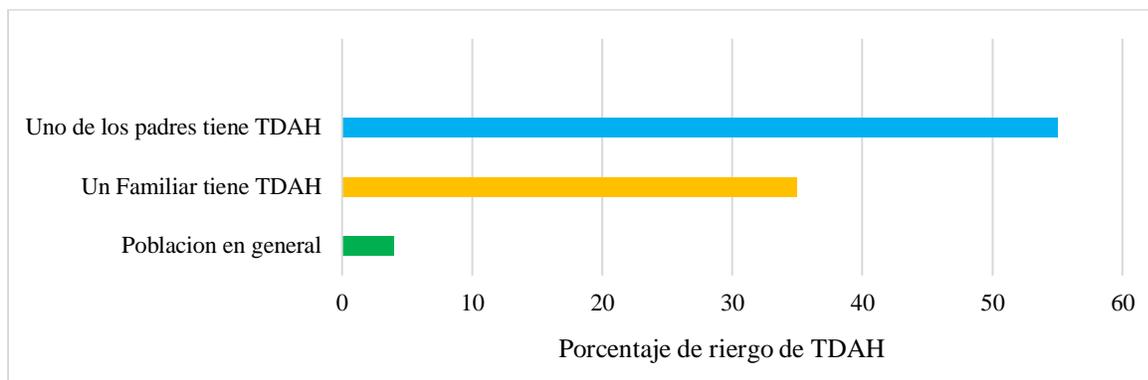
Aunque el TDAH es reconocido como un trastorno neurobiológico, es una perturbación compleja, de modo que no se ha definido al sustrato biológico como causa exclusiva, al contrario, parece ser que hay una interrelación entre factores hereditarios, ambientales, bioquímicos (actividad neurotransmisora) y el funcionamiento de ciertas áreas cerebrales.

Los trabajos en genética molecular de Russell & Johansen (2005) y Farone & Mick (2011), citados en (Ortiz & Jaimes, 2016), han identificado varios genes involucrados en las vías dopaminérgicas (DRD4, DRD5, DRD3, DAT), noradrenérgicas (NET, SLC6A), serotoninérgicas (HTR1B, HTR2A, HTT, SCLC6A4) y en las neurotrofinas, como el factor neurotrófico derivado del cerebro.

Para Soutullo & Diez, (2007), la causa principal es la genética, pues el coeficiente de heredabilidad es 0,76, es decir, que, si un niño tiene TDAH, es posible que el 76% de la causa sea genética. Sin embargo, esto no significa que, si un padre o madre tiene TDAH, el 76% de sus hijos van a padecerlo, o tampoco, que existe un 76% de que sus hijos sufran dicha alteración, pues como lo mencionan, la prevalencia en general es de 3-5 %, el riesgo de tener TDAH, si uno de los padres también lo padece, es de 20-40%.

Entre los genes implicados, parece estar el DRD4*7, encargado de producir el receptor D4 de dopamina, siendo defectuoso en 50-60% de casos de TDAH. Otros genes involucrados en esta alteración son el DAT1, DRD5 y el DBH, también relacionados con la dopamina.

Figura 1. Riesgo de padecer TDAH según carga genética



Fuente: Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

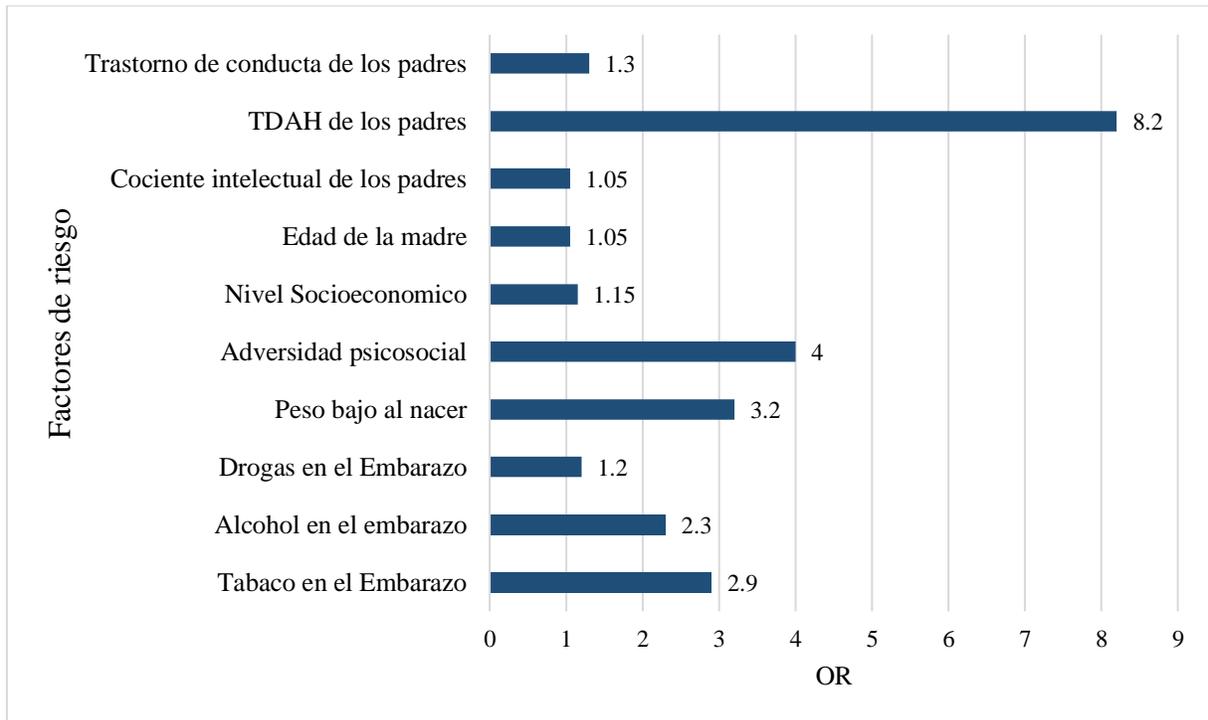
“La heredabilidad de un rasgo multifactorial indica la proporción de la variabilidad del rasgo que es atribuible a factores genéticos, por lo que es una indicación de la posibilidad de recurrencia. El coeficiente de heredabilidad tiene un valor entre 0 y 1. Si un niño tiene TDAH, el 0,76 de la causa de que lo tenga es de origen genético. Como se observa en la figura 1.”

(Soutullo & Díez, 2007, pág. 17).

Entre los factores no genéticos implicados en la génesis del TDAH podemos mencionar: traumatismos craneoencefálicos moderados y graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central (Millichap, 2008), prematuridad, bajo peso al nacer, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación (Linnet & otros, 2003; citados en Ortiz & Jaimes, 2016).

A estos factores, se los denomina factores ambientales o de riesgo. En cuanto a riesgo psicosocial, es frecuente encontrar problemas en la relación familiar, aunque en algunos casos es más una consecuencia.

Figura 2. Factores de riesgo de padecer TDAH.



*Expresado en odds ratio (OR, número de veces que el factor multiplica el riesgo de padecer TDAH). Una OR de 1 o menor no es un factor de riesgo. Una OR de 2 multiplica por 2 el riesgo de padecer la enfermedad. De Biederman et al., 2005. **Fuente:** Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

1.4.1.3 Estructuras neuroanatómicas implicadas en el TDAH

Lewis (2002), sugiere que en el TDAH existe ciertas anormalidades en los lóbulos frontales, los cuales generalmente están relacionados con procesos de autorregulación de la conducta. Además, parece existir una actividad inusual en las áreas relacionadas a la actividad motora (Sarason & Sarason, 2006).

Diversos estudios realizados a través de neuroimagen han revelado varias regiones afectadas en niños con TDAH. Los circuitos ubicados en el córtex prefrontal, encargados de procesos como la atención, memoria de trabajo e inhibición de respuestas, son de menor tamaño y menos activos (Soutullo & Díez, 2007). Además, los procesos de la región prefrontal se

encargan de la función ejecutiva: “planificar una acción, iniciarla, regular si está haciendo bien o mal, darse cuenta de los errores y corregirlos, comprobar si se está siguiendo un plan, evitar distracciones por estímulos irrelevantes, rechazar interferencias y ser capaces de terminar una acción” (Soutullo & Díez, 2007, pág. 27) . De igual manera, se ha evidenciado alteraciones en el tamaño y funcionamiento del cuerpo caloso y los ganglios basales (más pequeños), siendo estos últimos los encargados del control de los impulsos e inhibición de respuestas automáticas. Por último, la circunvolución cingulada está implicada en el control de la atención, eliminación de distracciones y la regulación del humor.

1.4.1.4 Diagnóstico

De acuerdo con Soutullo & Chiclana (2008), ni un examen, ni un test psicológico, ni tampoco un escáner del cerebro, sirven para confirmar al cien por cien un diagnóstico de TDAH. Hasta ahora, éste se realiza a través del estudio del cuadro clínico de los niños bajo sospecha de padecer el trastorno, aunque, en ocasiones, es necesario otras pruebas complementarias para descartar síntomas somáticos y/o psíquicos que pueden ser confundidos con los del TDAH, de manera que, el diagnóstico está definido por la presencia de sintomatología descrita en los clasificadores DSM 5 o CIE- 11, acompañado de un deterioro funcional en el ámbito personal, familiar, académico, excluyendo otros trastornos o problemas que puedan justificar los síntomas observados. Las manifestaciones clínicas deben estar presentes durante más de 6 meses. Existen ciertos criterios adicionales que se toman en cuenta, edad de inicio, los síntomas deben estar presentes en 2 situaciones, deben ser excesivos en comparación con otros niños de la misma edad y los síntomas no se explican mejor por otro trastorno. (Hidalgo & Soutullo, 2014).

Tabla 1.

Pruebas para evaluación de TDAH

Primeras e Imprescindibles
<hr/>
<ol style="list-style-type: none">1. Exploración física de los niños2. Con criterios de DSM – IV o CIE – 10 y el apoyo de cuestionarios TDAH, entrevistas personales con niños, sus padres y educadores o tutores.3. Determinar el cociente intelectual (CI) de los niños4. Evaluación de visión y audición pediátrica
Muy recomendables
<hr/>
<ol style="list-style-type: none">1. Test de atención2. Diferencia entre CI verbal y manipulativo
Recomendables
<hr/>
<ol style="list-style-type: none">1. Analítica general2. Pruebas pedagógicas y nivel de aprendizaje
Solo si hubiera indicios de algún problema
<hr/>
<ol style="list-style-type: none">1. Electroencefalograma2. Resonancia magnética general3. Análisis genético

Fuente: Soutullo, C., & Chiclana, C. (2008). *TDAH. Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad. Guía para Padres y Profesores*. España: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra, Unidad de Psiquitría Infantil y Adolescente.

Igualmente, se suele realizar cuando aparecen problemas en el rendimiento escolar (deberes incompletos, poco organizados y con errores), el niño se distrae fácilmente, habla de manera impulsiva, respondiendo antes de acabar la pregunta, y se observa conductas sociales disfuncionales, por ejemplo, agresividad, no acata normas en el aula, interrumpe, entre otras. (Johnston et al. 2001; citado en Alda & otro, 2010). Esto suele ocurrir por dos razones principales: la primera, refiere a cierta dificultad en diferenciar ciertas conductas que se consideran normales en edad preescolar, de los criterios establecidos en los manuales de diagnóstico. La segunda, refiere a que el ambiente escolar implica que el niño se ajuste a ciertas normas y estándares de comportamiento, tales como permanecer sentado durante la clase, prestar atención al maestro/a, etc.

Según Soutullo & Chiclana (2008), un diagnóstico precoz es fundamental para el éxito del tratamiento y prevenir complicaciones, o al menos, controlarlas. Para el DSM 5 (2014), se requiere de 6 o más síntomas de la lista de inatención e hiperactividad. No es necesario tener síntomas de inatención e hiperactividad. Asimismo, para la CIE – 11, se necesita seis de diez síntomas de inatención, tres de cinco para hiperactividad y uno de cuatro en impulsividad, en más de un ambiente en la vida del niño.

Criterios para el diagnóstico de TDAH, de acuerdo con el DSM 5 (2014)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, 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).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, 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) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; 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 los otros).

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C- Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D- Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E- Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Fuente: Association., A. P., Kupfer, D., Regier, D., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J., & Vieta Pascual, E. &. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid (etc.): Editorial Médica Panamericana.

Criterios diagnósticos para el TDAH según la CIE-11 (2018)

Déficit de atención

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. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Fuente: OMS. (2018). *CIE-11. Undécima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Meditor.

1.4.1.5 Clasificación y subtipos

Desde el punto de vista clínico hay tres tipos de TDAH, el DSM 5 (2013) contempla los siguientes:

- **Presentación combinada:** si se cumple el criterio de inatención (A1) y el criterio de hiperactividad / inatención (A2), durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** cuando se cumple el criterio A1, pero no se cumple el criterio A2 durante los últimos 6 meses. “Suelen ser niños más pasivos, lentos y soñadores; no manifiestan conductas negativistas o desafiantes, aunque son más propensos a los problemas externalizantes como la ansiedad y/o el trastorno depresivo” (Vaquerizo & Cáceres, 2006, pág. 23).
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** si se cumple el criterio A2 y no se cumple el criterio A1. Para (Vaquerizo & Cáceres, 2006), el cuadro clínico es equiparable al del subtipo combinado y es por ello que la frecuencia del subtipo hiperactivo aumenta durante la etapa preescolar, pero disminuye pasado los siete años, donde TDAH-C es más prevalente.

1.4.1.6 Comorbilidad en el TDAH

Se entiende por comorbilidad toda alteración que coexisten con el diagnóstico de TDAH. “Más del 70% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad y aproximadamente el 40% tienen al menos dos” (Hidalgo & Soutullo, 2014, pág. 618). Entre las más frecuentes se encuentran el trastorno negativista desafiante, y los trastornos de aprendizaje: problemas de lectura (dislexia), en la escritura (digráfica), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje con pocas habilidades narrativas, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad (Barkley, 2006; citado en Alda & otros, 2010).

Menos frecuentes, Trastornos afectivos: se manifiestan con baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño. Por último, infrecuentes como discapacidad intelectual y autismo (Hidalgo & Soutullo, 2014, pág. 617).

Tabla 2.*Comorbilidad entre el TDAH y otros trastornos del neurodesarrollo*

Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de 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 de la coordinación motora / retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TCDM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10-54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas
Trastornos generalizados de desarrollo*	Hasta el 26%
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60%
Trastorno disocial	Entre 14,3%
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	Entre 10,9%
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	Entre 3,8%/2,2%
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 30 y el 60%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%

* A pesar de que los criterios diagnósticos actuales no permiten el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes con trastornos generalizados del desarrollo, un número significativo de estos pacientes presentan también sintomatología compatible con TDAH que precisa evaluación.

Fuente: Alda, J., Boix, C., Colomé, R., Anguinano, M., Rosa, G., Izaguirre, J., . . . Torres, A. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención. Cataluña - España: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.

1.4.1.7 Modelos psicológicos explicativos del TDAH:

1.4.1.7.1 Modelo atencional del Douglas

Virginia Douglas, del Instituto McGill, en los años ochenta, desarrolló su modelo prestando principal atención a la variable atencional y relegando a segundo plano, la

sobreactividad motora, pues la consideraba como una variable inespecífica, afectada por factores madurativos y situacionales. Douglas encontró que los niños llamados hiperactivos, presentaban problemas en tareas de rendimiento continuo en ausencia de reforzadores externos inmediatos. La autora atribuye las causas del TDAH a cuatro predisposiciones básicas en principio constitucionales pero moduladas por factores ambientales (Severa, 2005): rechazo o muy poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas, una tendencia hacia la búsqueda de estimulación y/o gratificación inmediata, poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas y poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas.

1.4.1.7.2 Modelo de Autorregulación de Barkley

Russell Barkley, psicólogo norteamericano, considera al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como un problema de control del estímulo; desarrolló un esquema basado en las dificultades que presentan los niños/as con TDAH y los circuitos cerebrales implicados. “El modelo se centra en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación. Estos constructos psicológicos coinciden en que tienen su base neurológica en el córtex prefrontal” (Severa, 2005, pág. 362).

En su libro <<ADHD and the nature of self-control>> (Barkley, 1997), define a la autorregulación como cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que, además altera a largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas.

La inhibición conductual comprende tres procesos distintos pero solapados entre sí: inhibición de respuestas automáticas ante un estímulo, la capacidad de interrumpir patrones de respuesta habituales que no están siendo eficaces y la capacidad de proteger la acción dirigida a un objetivo de posibles interrupciones o distracciones.

Las funciones ejecutivas (FE) comprenden los comportamientos que una persona dirige hacia sí mismo con el objetivo de autorregularse (Soutullo & Díez, 2007). Para Barkley, cuatro FE son fundamentales en el TDAH: memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal, autocontrol de la activación, motivación, afecto y, por último, la reconstitución.

1.4.1.8 Tratamiento del TDAH

El tratamiento del TDAH requiere atención multidisciplinar, que combine la psicofarmacología con tres estrategias psicoterapéuticas fundamentales: intervención psicoeducativa, adiestramiento familiar para mejorar las relaciones paterno-filiales y un entrenamiento para el manejo de la conducta (Vaquerizo & Cáceres, 2006).

“El tratamiento farmacológico y/o conductual debe considerarse como primera elección para el TDAH en niños y adolescentes teniendo en cuenta la edad del paciente, la gravedad de los síntomas, su repercusión funcional, y las características y preferencias de la familia” (Alda & otros, 2010, pág.22).

1.4.1.8.1 Tratamiento farmacológico

Sin lugar a duda uno de los tratamientos más efectivos, es el psicofarmacológico. Entre el 70 – 80% de los pacientes responden de forma favorable al tratamiento, permitiendo reducir la sintomatología, mejorar la ejecución de tareas y al mismo tiempo, potencia el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas (Alda & otros, 2010).

Este tratamiento debe ser prescrito y manejado por un médico experimentado en TDAH, controlando el medicamento y sus efectos secundarios. Los fármacos de primera elección son los psicoestimulantes, entre ellos, el Metilfenidato (MFD) de liberación inmediata o prolongada y no estimulantes como la Atomoxetina y otros fármacos sin indicación para el TDAH que se usan con frecuencia.

Tabla 3.

Fármacos utilizados para tratar los síntomas de TDAH

Tipo Químico	Principio activo
Psicoestimulantes	Metilfenidato
Inhibidor selectivo de la receptación de noradrenalina	Atomoxetina
Agentes adrenérgicos	Clonidina
Antidepresivos	Bupropión Venlafaxina Antidepresivos tricíclicos IMAO (inhibidores de la monoamino oxidasa) Reboxetina
Agentes dopaminérgicos	Modafinilo

Fuente: Alda, J., Boix, C., Colomé, R., Anguinano, M., Rosa, G., Izaguirre, J., . . . Torres, A. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención*. Cataluña - España: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.

Bajo el nombre de Ritalina o Concerta, el metilfenidato es un estimulador del SNC, según (Volkow, *et al.*, 2004; citado en Alda & otros, 2010), incrementa las concentraciones de noradrenalina y dopamina en la corteza prefrontal y regiones subcorticales encargadas de la motivación y recompensa. El MFD está indicado en niños mayores de 6 años y adolescentes.

Este fármaco se encuentra contraindicado en caso de:

- Sensibilidad a los psicoestimulantes.
- Glaucoma.
- Enfermedad cardiovascular.
- Hipertiroidismo.
- Hipertensión.
- Anorexia nerviosa.

Entre los efectos beneficiosos reportado por Orjales (1999; citado en Andrade, 2013), encontramos una mejoría en el estado de alerta, reduce la fatiga cuando la tarea es prolongada, reduce la hiperactividad motriz y reduce la impulsividad cognitiva.

En cuanto a efectos adversos, los más comunes son: pérdida de apetito y de peso, insomnio, ansiedad, inquietud, nerviosismo, cefaleas, estereotipias motoras, tics, incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, los cuales pueden disminuir regulando la dosis del medicamento o tomando cuidados específicos como administrarlo durante o después de las comidas para contrarrestar los problemas de apetito.

Por otro lado, la Atomoxetina es un psicofármaco no estimulante, cuyo mecanismo de acción es la inhibición selectiva de la receptación de noradrenalina en el espacio sináptico mediante el bloqueo del transportador presináptico de noradrenalina (Hidalgo & Soutullo, 2014). Actúa en las regiones prefrontales, pero a diferencia de los estimulantes, apenas interviene en regiones subcorticales cerebrales asociadas a la motivación y la recompensa (Alda & otros, 2010). Se prescribe en niños a partir de los 6 años y tiene un promedio de eliminación de 3.6 horas en pacientes con metabolismo rápido y 21 horas en metabolizadores lentos, sin embargo, estos tienen un mayor riesgo de sufrir efectos adversos.

La atomoxetina se encuentra indicada para niños mayores de 6 años y adolescentes diagnosticados con TDAH, a su vez, se restringe su uso en caso de:

- Glaucoma.
- No se puede administrar conjuntamente con IMAO.
- Hipersensibilidad con atomoxetina.

Entre los efectos adversos que presentan aquellos pacientes que consumen Atomoxetina, encontramos: somnolencia, dolor abdominal, náuseas o vómitos, pérdida de apetito y de peso, mareos, cansancio y un ligero aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial (Wolraich et al., 2007; citado en Alda & otros, 2010).

Por último, si al niño/a no se le puede administrar psicofármacos estimulantes la segunda opción son los antidepresivos, estos actúan “disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, a la vez que amplían el periodo de atención” (Dávila, 2011, pág. 29).

1.4.8.2 Tratamiento psicológico

Terapia cognitivo conductual

Como parte del tratamiento multidisciplinario para el TDAH, las intervenciones psicológicas que han demostrado eficacia en este tipo de alteración se fundamentan en principios de la terapia cognitivo conductual (TCC), centrándose en el análisis funcional de la conducta. Los procedimientos se llevan a cabo por un psicólogo/a capacitado en terapia cognitivo conductual, así como experimentado en los trastornos del neurodesarrollo y el abordaje de pacientes infato-juveniles. La intervención se realiza en función de dos áreas: al déficit de la atención sostenida y a reducir la actividad excesiva, conductas oposicionistas o agresivas (Andrade, 2013).

Como primer paso, se identifica factores que mantienen la conducta inadecuada, a continuación, se delimita los comportamientos que se desean cambiar, se los observa, registra y se construye un nuevo sistema de contingencias acorde a los objetivos planteados, por último, se planifica un programa de reforzamientos, el cual se analizará durante el tratamiento (Alda & otros, 2010).

Existen dos tipos de técnicas conductuales:

Para aumentar conductas positivas: reforzamiento, economía de fichas, recompensas.

Para disminuir conductas no deseadas: se utiliza el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción (no prestar caso a la conducta que se desea reducir o eliminar).

En cuanto al aspecto cognitivo se busca modificar cogniciones des adaptativas para sustituirlas con otras un tanto más adaptadas, a través de técnicas como resolución de problemas, autocontrol, auto instrucciones, etc.

Entrenamiento para padres

En este aspecto del tratamiento el terapeuta pretende enseñar a los padres técnicas de modificación de la conducta con el objetivo de mejorar el comportamiento de sus hijos, incrementar sus competencias como padres, promover la comunicación y mejorar las relaciones paterno-filiales. Barkley considera al esquema terapéutico denominado <<*parent training*>> como un modelo eficaz para reducir los conflictos entre padres e hijos, las actitudes desafiantes infantiles y sus comportamientos disruptivos; este método mejora las expectativas del tratamiento médico, reduce el estrés de los padres y mejora los conocimientos que tiene la familia a cerca del TDAH (Vaquerizo & Cáceres, 2006).

Hidalgo & Soutullo (2006), sugieren que los padres pueden:

1. Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos
2. Ayudar al niño a terminar una tarea o encargo dividiéndolo en pasos menores
3. Aumentar la estructura y el orden de la casa
4. Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo
5. Eliminar ruidos y distracciones
6. Aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas.

Entrenamiento en habilidades sociales

Soutullo & Chiclana (2008), en su Guía para padres y profesores para el TDAH, señalan que generalmente los niños que sufren este tipo de alteración suelen ser impopulares e incluso se

relacionan más con niños pequeños, puesto que sufren un cierto rechazo de sus pares. A través del juego se puede indagar si sucede esta situación y saberlo permitirá desarrollar estrategias para contrarrestarlo. A menudo estos niños presentan problemas de relación con la familia, déficit en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales (Alda, y otros, 2010). El entrenamiento en habilidades sociales suele hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la terapia cognitivo – conductual dirigidas y supervisadas por un psicólogo/a.

Conclusión

La Psicología del desarrollo nos permite establecer parámetros de crecimiento adecuados en base a la edad del individuo. De esta manera, cuando existen incongruencias en el desarrollo estudiamos los posibles factores para determinar la causa del problema y poder corregir a tiempo las dificultades.

En este caso hablamos del TDAH, que es un trastorno caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, cuyos síntomas aparecen entre los primeros años de escolaridad primaria y siendo diagnosticado a tiempo es posible mejorar la calidad de vida de toda la familia.

CAPÍTULO II

ESTILOS DE CRIANZA

2.1 Introducción

Se define a los estilos de crianza como “esquemas que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas, a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí, en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de instrucción familiar” (Coloma, 1993, pág. 48).

Ramírez (2005), se refiere a estas prácticas como estrategias de socialización, con la finalidad de influir, educar y orientar a los hijos para su integración social, es decir, los padres pretenden modular y encauzar las conductas de los hijos en la dirección que ellos valoran y desean.

Los estilos educativos están relacionados con el tipo de disciplina, tono de la relación, nivel de comunicación y expresión de afecto (Rodrigo & Palacios, 1998). Desde esta perspectiva, se considera que existen dos variables importantes en las prácticas de crianza, dominación-sumisión y control- rechazo, sin embargo, en la actualidad se han dividido en cuatro: afecto, grado de control, madurez y comunicación entre padre e hijos. De manera que, en torno a estas dimensiones se configuran distintos estilos educativos.

Estos autores postulan que las prácticas educativas de los padres pueden estar determinadas por una serie de factores que se dividen en tres grupos. Uno relacionado con el niño: edad, sexo, orden de nacimiento y características de personalidad. Otro, relativo a los padres: sexo, experiencia previa como hijos y como padres, características de personalidad,

nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y la educación y expectativas de logro que tienen puestas en sus hijos. Y, un tercer grupo relacionado con la situación en la que se lleva a cabo la interacción: características físicas de la vivienda, ingresos de la familia y contexto histórico.

Por otro lado, Solís & Díaz (2007), mencionan que tradicionalmente, al momento de estudiar la crianza, se ha dividido en creencias y prácticas de educación, siendo las primeras, actitudes generales de los padres acerca de la crianza adecuada para sus hijos/as. En contraste, las prácticas se refieren a los comportamientos específicos de los padres para guiar a los niños hacia el logro de metas de socialización. Actualmente, cuando se estudia actitudes de crianza, estas se clasifican bajo algún modelo, no así con las prácticas educativas. Por lo tanto, se ha realizado una diferenciación de los elementos cognitivos y comportamentales intervinientes en la educación de los hijos y se los ha estudiado por separado.

Sánchez & Hidalgo (2003), proponen que es posible analizar estos elementos de forma conjunta, entendiendo a las creencias como una especie de guía general de los padres para determinar qué es lo importante al momento de educar a sus hijos; mientras que las prácticas, se interpretan como la operacionalización de tales creencias, es decir, son los comportamientos que realizan para llevar a cabo dicha guía.

Al ser la familia el principal contexto de socialización del niño, los métodos de crianza utilizados por los padres, juegan un papel fundamental, especialmente durante la primera infancia, lo que les permite conquistar su autonomía y adquirir comportamientos para su vida futura. Además, “no se identifican modelos puros, sino que estos se solapan y varían con el desarrollo del infante, de manera que, al hablar de estilos de crianza nos referimos a

tendencias globales que sería el resultado de la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres al momento de educar a sus hijos” (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008).

2.2 Principales estilos de crianza

Desde mediados del siglo pasado se ha venido identificando dos variables esenciales que intervienen en prácticas educativas parentales, a las cuales Rollins & Thomas (1979), junto a varios autores como Erikson, Hoffman, Baumrind, entre otros, las definen como control y apoyo parental. De igual manera, han constatado que las diferentes pautas desarrolladas por los padres, se derivan de estas dos dimensiones. Se considera al apoyo como una conducta parental que permite al niño sentirse confortable y que le confirma que es aceptado y apreciado; dentro de esta variable encontramos los elogios, signos de aprobación, expresión de cariño y afecto físico, esto es a lo que la psicología conductual lo define como refuerzos positivos. El control se refiere a la conducta desarrollada con el objetivo de dirigir las acciones del niño o niña de una manera deseable, está relacionado con la disciplina, dominancia, restricción e incluso coerción. Según estos autores, esta dimensión es vital, pues a través de ella el infante aprende a regular y controlar su conducta de manera autónoma (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008).

Tabla 4.

Definición de los principales constructos parentales

Variable	Definición
<i>Afecto</i>	
Aceptación	La participación de los padres, está centrado en el niño y la aceptación de la individualidad (Richaud de Minzi, 2006).
Calidez	“La expresión de afecto, amor, aprecio, amabilidad y respeto; incluye la disponibilidad emocional, apoyo y cariño genuino”. (Skinner & otros, 2005, p. 185).

Involucramiento	' La cantidad de compromiso y participación en el papel de la crianza de los hijos ". (Skinner & otros, 2005, p. 188). Incluye participar en conversaciones y actividades con el niño, cuidado general y participación infantil en las decisiones (Pfiffner & otros, 2005).
Responsividad	'... La medida en que los padres intencionalmente fomentan la individualidad, la autorregulación y la presunción de afectos, de apoyo y aquiescentes a las necesidades de los niños y las demandas." (Baumrind 1991, 2005, p. 62).
Recompensa positiva	" Manifestaciones de afirmación, calidez y afecto hacia el niño ". (Keown de 2012, p. 574).

Control

Control Patológico	Disciplina laxa y permisividad (Richaud de Minzi 2006).
Extrema autonomía	Gritar y utilizar castigo corporal como una forma de disciplina (Gerdes & otros, 2007).
Aserción de poder	Reaccionar con frustración excesiva, irritabilidad y cólera (Miranda-Casas & otros, 2007).
Intrusividad	" Supercontrol verbal o físico en un juego de los niños." (Keown de 2012, p. 574).
Disciplina negativa	“Inconsistencia en el proceso disciplinario y la medida de peleas, dominación parental, castigo físico y verbal, pérdida de privilegio y la inducción de culpa utilizados por los padres." (Pfiffner & otros, 2005, p. 555)
Demanda	'... reclamaciones que hacen los padres a los niños a integrarse al todo familiar, por sus demandas de madurez, supervisión, esfuerzos disciplinares y voluntad para enfrentar al niño que desobedece." (Baumrind, 1991, 61-62).
Disciplina inconsistente	Las consecuencias por la mala conducta de los niños dependen del estado de ánimo de los padres, desisten en su intento de hacer que sus hijos los obedezcan y no mantienen los castigos establecidos (Essau & otros, 2006).
Supervisión/monitoreo	Cuando los padres saben realmente quienes son amigos de sus hijos, donde están los niños y supervisan el comportamiento (Essau & otros, 2006).
Crianza severa	Áspero, emocionalmente negativo, coerción, control y crianza autoritaria. Incluye gritar, comandos negativos frecuentes, manifiestas expresiones de ira física, amenazas y agresión (Chang & otros 2003).
Castigo Corporal	Agresión física (es decir, golpe, azote, golpeó con un cinturón) como una forma de disciplina (Essau & otros, 2006).

Control psicológico	Control a través de la intrusión del mundo psicológico y emocional del niño. Control a través de culpabilidad o de extorsión emocional. No se contemplan las necesidades del niño y su autonomía y la capacidad de expresarse libremente son minados (Barber & Harmon, 2002).
Crianza exagerada	Crítica, gritando (de Haan & otros, 2010).
Sobreprotección	"... Temor y ansiedad en el niño seguridad, generadora de culpabilidad e intrusismo..." (Buschgens et al. 2010, p. 570).
Estilo permisivo	Este tipo de estilo de crianza combina altos niveles de sensibilidad y bajos niveles de sobre exigencia (Baumrind 1991).

Fuente: Molina, M., & Martín, F. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Families Studies*, 1656–1671.

2.2.1 Modelo Baumrind

Uno de los trabajos más elaborados es el Diana Baumrind, siendo pionera en el estudio de los estilos parentales, desarrolló un modelo de socialización conocido como <<modelo de autoridad parental de Baumrind>>, donde se toma en cuenta la interrelación de tres variables: control, comunicación e implicación afectiva, como configuradoras de tres estilos educativos, a través de los cuales, los progenitores controlan el comportamiento de sus hijos /as, estos son: el estilo autoritario, el estilo permisivo y el estilo autoritativo.

En relación al estilo autoritario, Baumrind (1971, pág. 239), refiere que son padres que valoran la obediencia, la tradición y el orden. Buscan controlar, influir y restringir el comportamiento y actitudes de sus hijos basados en patrones rígidos preestablecidos. Favorecen las medidas de castigo o fuerza, no facilitan el diálogo, Consideran que el niño juega un papel de subordinado y en algunas ocasiones usan el rechazo como medida disciplinaria.

En cuanto al estilo permisivo, estos autores lo consideran como una actitud y comportamiento benigno por parte de los padres hacia los impulsos y acciones del niño. Su objetivo es liberarlos del control y evitar recursos de autoridad, así como el uso de castigos y

restricciones. No son exigentes en cuanto a responsabilidad en la ejecución de tareas y no son muy capaces de establecer y marcar límites.

El último estilo, el autoritativo o democrático, se interesa por controlar la conducta del niño no solo a través de la imposición de comportamientos deseables, sino que utiliza la negociación y el razonamiento como complemento de las medidas disciplinarias. Al ser un estilo en donde se prioriza lo racional, cada miembro tiene derechos y responsabilidades con respecto al otro, a lo cual Baumrind denominó << jerarquía recíproca >>. La comunicación es bidireccional, y se comparte la responsabilidad.

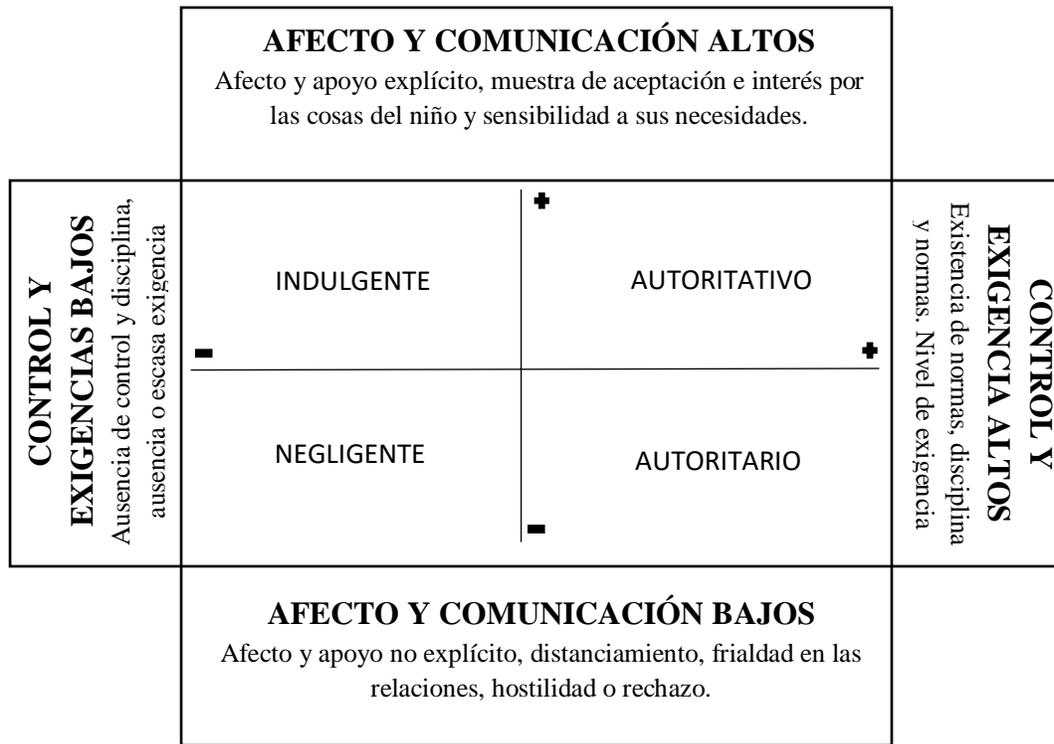
2.2.2 Modelo McCoby y Martín

Por su parte, McCoby & Martín (1983), plantearon una reformulación de los estudios de Baumrind, donde cuatro estilos de crianza se desprenden de las dimensiones de afecto y control previamente mencionadas. Al igual que Baumrind, para estos autores, la dimensión de afecto está relacionada con el amor, aceptación y aprobación, mientras que el control lo asocian al control y supervisión del comportamiento, así como el cumplimiento de las normas establecidas.

A partir de dichas dimensiones se desarrollan el estilo autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-negligente y permisivo-indulgente. El primero corresponde al estilo autoritativo y el segundo, al estilo autoritario, mencionados en el modelo Baumrind.

Sin embargo, en cuanto al estilo permisivo, estos autores distinguen dos tipos, el indulgente y negligente, estando el último relacionado con un tipo de maltrato.

Figura 3. Estilos parentales, elaboración adaptada de McCoby & Martin (1983)



Fuente: González, M. (2014). Influencia de la cultura en los estilos parentales: una aproximación al caso de España. *Universidad del Navarra*.

Como se observa en la Figura 3, el estilo indulgente es responsivo, pero no exigente, es decir, ejerce un control laxo en el comportamiento, toleran todos los impulsos de sus hijos, los padres no son directivos, ni asertivos, más bien se caracterizan por la permisividad, pasividad e indiferencia ante la conducta positiva o negativa del niño. Se les dificulta el establecimiento de normas y reglas y acceden a todos los deseos del infante. Estos niños no encuentran un modelo con el que puedan identificarse o imitar (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008). El estilo negligente ejerce un control laxo o nulo en la conducta del niño, pero aún más, no son responsables, es decir, la implicación paterna es nula. Existe una falta de afecto, de supervisión y guía. Es un estilo caracterizado por la indiferencia, pasividad, permisividad, predomina la falta de coherencia e implicación emocional (Capano & Ubach, 2013).

De acuerdo con (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008), la permisividad no es debida a razones ideológicas, como ocurre en el estilo permisivo-indulgente, sino a razones pragmáticas, tanto por la falta de tiempo o de interés como por la negligencia o la comodidad. Los padres permisivo-negligentes invierten en los hijos el mínimo tiempo posible y tienden a resolver las obligaciones de manera rápida y cómoda.

2.2.3 Modelo de Hoffman

Martin L. Hoffman, psicólogo estadounidense, en 1970 clasificó los estilos parentales en función de las estrategias disciplinarias utilizadas por los padres en la educación de sus hijos. Así describe tres modelos:

- *Aserción de poder (power assertion)*: supone el uso de castigos físicos, amenazas verbales, retiradas de privilegios y una gran variedad de técnicas coercitivas. Para (Ramírez, 2005) comprende un componente de activación motivadora. Es decir, la fuerza reside en el poder desbordante de los padres y, sea cual fuere la acción específica, las técnicas disciplinarias se basan primordialmente en el miedo al castigo.
- *Retirada de afecto (love withdrawal)*: utiliza el enfado de los padres y la desaprobación ante las conductas negativas, ignorando al niño sin hablarle ni escucharle. Aquí, el poder de la disciplina reside en el miedo a perder el apoyo afectivo, emocional y la aprobación de los padres. Por ello, al igual que en la afirmación de poder, también la retirada de amor comprende el componente de activación motivadora.
- *Inducción (induction)*: conlleva connotaciones positivas, ya que, a través de explicaciones de normas, principios, valores y del ofrecimiento de razones para no

comportarse mal, trata de «inducir» una motivación intrínseca en el niño. En este estilo, se favorece el uso de la razón, el deseo por ser adulto y la preocupación por los demás. El objetivo es buscar que el niño/a intente reparar el daño causado.

La diferencia entre los estilos en la clasificación de Hoffman reside en el grado de control o guía utilizado para marcar normas y directrices claras. Según González (2014), la inducción es un medio de control más indirecto que enfatiza las consecuencias negativas del daño causado a otros, fomentando la empatía hacia éstos. Por el contrario, la aserción de poder y la retirada de afecto son un medio de control más directo que llevan a una motivación extrínseca, según la cual cumplirá la norma para evitar el castigo.

2.2.4 Tipología de Kellerhalls y Montandon (1997)

Jean Kellerhalls y Cleopatra Montandon realizaron su estructura de prácticas educativas, tomando en cuenta la interrelación familiar y la condición socioeconómica, determinando así una tipología compuesta por tres estilos que denominaron: contractualista, estatuario y maternalista.

El primero refiere a un estilo donde los padres priorizan la autorregulación, autonomía del niño, creatividad e imaginación. En cuanto al control es escaso y los roles educativos están poco diferenciados. En cambio, el modelo estatuario es todo lo contrario, la obediencia y disciplina es lo principal en las interacciones familiares, es decir las pautas educativas priorizan la dimensión de control sobre la de apoyo. Los roles paternos están claramente definidos y son reticentes a influencias externas.

Por último, el estilo maternalista, aunque sus técnicas se basan en el control, existe mayor proximidad entre padres e hijos, es decir, existe una <<acomodación>> entre obediencia y

conformidad, la comunicación familiar es íntima, aunque los papeles educativos de los padres tienen perfiles distintos y la apertura a las influencias del exterior es bastante limitada (Torío, Peña, & Rodríguez, 2008).

2.3 Efectos de los diferentes estilos de crianza

Diana Baumrind se propuso no solo identificar las pautas educativas elegidas por los padres al momento de criar a sus hijos, sino que, además, intentó descubrir si estas se correlacionaban con el desarrollo de cualidades y características del niño, suponiendo que el modelo autoritativo obtendría mejores resultados.

Después de casi tres décadas de investigación y comparando los estilos parentales, confirmó que los niños de padres autoritativos eran más maduros y competentes que aquellos criados bajo los otros dos estilos. El modelo autoritario es el que más repercusiones negativas genera en los niños, tales como menor competencia social, baja autoestima, son poco tenaces, insuficientemente comunicativos y tienden a una pobre interiorización de valores morales (Baumrind, 1996, McCoby & Martin, 1983; citados en Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

Asimismo, se observó que los niños de familias democráticas tenían elevadas competencias sociales y cognitivas; los de progenitores autoritarios se situaban en un nivel medio y los niños de padres permisivos tenían niveles más bajos. Trabajos posteriores han mostrado que, en la adolescencia, se mantenían los mismos efectos.

Los hijos/as, de padres o madres permisivos pueden ser rebeldes y agresivos, además pueden ser autoindulgentes, impulsivos, creativos y en edades preescolares son proclives a menos auto controlados (Baumrind, 1975; citado en Cadme & Rojas, 2014).

2.4 Estilos de crianza y su relación con el TDAH

La crianza de un hijo/a representa un reto en la vida de cualquier padre o madre, pues implica la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades que les permita orientar el comportamiento de sus hijos en dirección de lo que consideran como deseable. Ciertamente, el TDAH es un trastorno del desarrollo, neurológico, no obstante, (Hidalgo-Vicario 2007, Cardo & Servera, 2008; citados en González, Bakker & Rubiales, 2014) lo consideran un trastorno de expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos, tales como circunstancias perinatales y los métodos de crianza o educación.

Los estilos de crianza se encuadran dentro del ambiente psicosocial, el cual, si bien no es un factor causal, desempeña un papel modulador en la predisposición biológica del TDAH, influyendo en la evolución del trastorno y pudiendo considerarse como factor de riesgo si aumenta la probabilidad de aparición de los síntomas, o como factor protector, amortiguando el impacto de los mismos (Grau-Sevilla, 2007; citado en González, Bakker & Rubiales, 2014).

Según González & otros, (2014), la relación entre padre o madre y niños/as con TDAH es conflictiva, usualmente reportan altos niveles de frustración en sus intentos de manejar y controlar su conducta, pues como estos autores lo mencionan, son menos dóciles, solicitan mayor estimulación y ayuda que otros niños/as. Asimismo, indican que los métodos de disciplina usuales no funcionan pues los niños y niñas con TDAH poseen dificultades para inhibir las respuestas impulsivas, y son menos sensibles a las peticiones de sus padres y madres, generando procedimientos de disciplina más inconsistentes y coercitivos.

Igualmente, Raya, Herreruzo, & Pino (2008, pág. 692), señalan que “diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de

disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad o los problemas de conducta”. En esta línea, Carr (1999), planteó que, en entornos intolerantes ante conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo oportunidades limitadas para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que sistemas sociales más tolerantes y con un mayor apoyo favorecían el desarrollo de estas habilidades de autorregulación.

2.5 Características conductuales y cognitivas de padres de niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Muchos estudios realizados acerca del TDAH, han puesto su interés exclusivamente en las características conductuales y cognitivas que presentan los niños que la padecen, sin embargo, es necesario que el tema también sea abordado desde el papel que ejercen los padres, debido a que, estos niños se desenvuelven en contextos familiares determinados, donde interactúan constantemente con sus padres y se influyen mutuamente. “Los padres ejercen un papel fundamental, ya que, de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del hijo.” (Rosello, García-Catellar, Tárraga-Mínguez, & Mulas, 2003, pág. 79)

La educación dada por los padres, tendrá consecuencias positivas o negativas en el desarrollo, sobre todo si sus hijos presentan ciertas dificultades que generan complicaciones al momento de la crianza, como el TDAH. Los padres y madres generan su estilo educativo de acuerdo a las características normales o patológicas de sus hijos/as. Montiel-Nava, Montiel-Barbero & Peña, (2005), consideran que las relaciones familiares y los patrones de interacción podrían estar relacionadas con el desarrollo y curso de diversos patrones de psicopatología de la niñez.

Raya & otros, (2008) explican que un cuarto de los niños diagnosticados con hiperactividad, tienen padres con el mismo diagnóstico. A su vez, existen estudios que indican que la depresión materna, influye directamente en la relación madre-hijo de niños con TDAH pudiendo afectar la manera en la que los padres perciben a sus hijos y modificando la forma en que interactúan con ellos. “El ambiente psicosocial tiene un papel fundamental sobre la predisposición biológica al TDAH, influyendo en la forma en la que la actividad, la impulsividad y la inatención son comprendidas y manejadas por la familia, la escuela o la sociedad” (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco- Taberner & Roselló, 2007, pág. 23).

“Tanto los factores biológicos como los psicosociales pueden jugar un papel importante en la aparición y mantenimiento del TDAH. En este sentido, se puede decir que el nivel socioeconómico, la psicopatología paterna o materna o el estrés psicosocial familiar generan unos efectos psicológicos sobre la familia que afectan a las actitudes y pautas educativas de los padres y al ejercicio de la paternidad” (Raya, Trenas, Cabrera, & Osuna, 2008, pág. 692)

Woodward & otros, (1998) encontraron una relación significativa entre hiperactividad y estrategias parentales de crianza pobres, utilización de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, sentimientos negativos de los padres hacia los hijos, control inductivo y refuerzos positivos escasos.

Otro estudio demostró que también el estilo permisivo, acompañado de sentimientos bajos de autoeficacia, un nivel reducido de comunicación entre hijos y padres y una interacción ambivalente con las madres estaba ligado a los síntomas de hiperactividad (Raya, Trenas, Cabrera, & Osuna, 2008).

Investigaciones como la Goldstein & otros, (2007), Alizadeh & otros, (2007), encontraron que existe relación entre el estilo parental autoritario y el TDAH. Los resultados mostraron la presencia de niveles altos de estrés y control excesivo de los padres, a la vez que realizan comentarios negativos dirigidos a sus hijos y tiene dificultad para resolver problemas. También, suelen ser menos afectuosos y más fríos, establecen una serie de limitaciones sin dar explicaciones. Al contrario, los padres de niños sin TDAH eran menos restrictivos con sus hijos y les permitían desarrollar más la independencia.

Estas investigaciones nos muestran, que el entorno social en el que se desenvuelve el niño, tomando en cuenta la familia como factor directo en el desarrollo, influye en gran medida en los síntomas de TDAH. Carr (1999), en su libro << The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology>> explica que donde se castigaba las conductas relacionadas con la hiperactividad, mantenían o aumentaban la sintomatología, mientras cuando se era más tolerante y se ofrecía un mayor apoyo se favorecía al desarrollo de habilidades relacionadas a la autorregulación.

Según Hoza & otros, (2000), hay estudios que muestran que el comportamiento de los niños está relacionado a las reacciones emocionales de los padres frente a su comportamiento normal y disfuncional. Los padres suelen actuar frente a los malos comportamientos y actitudes de los niños de distintas maneras, por ejemplo, tienden a enojarse más cuando piensan que el mal comportamiento es intencional y que el niño tiene la capacidad para comportarse de manera diferente, piensan que sus hijos son incapaces de controlar su conducta, creerán que poner límites y consecuencias es inútil y preferirán la medicación como solución. Por otro lado, los padres que consideran que sus hijos pueden cambiar haciendo un esfuerzo, tratarán de educarlos con límites y consecuencias para lograr mejorar la disciplina.

Las madres que utilizan métodos manipulativos para educar a sus hijos frente al mal comportamiento, generan cambios en sus reacciones en la disciplina y afecto. Estas madres suelen responder con mayor enojo, produciendo en sus hijos efectos negativos como gritos, pataletas y berrinches.

Es importante destacar que los padres que se perciben como capaces de responder a las demandas de sus hijos, pueden combatir riesgos y proveer experiencias positivas, aunque existan varios obstáculos y estresores. Parece que este tipo de padres auto eficaces pueden responder de mejor manera a los retos que implica educar a un niño con TDAH. (Hoza, y otros, 2000).

Por lo general estos niños que tienen dificultades de autorregulación, necesitan una disciplina proactiva con límites claros y firmes que les permita autorregularse y aprender a evitar comportamientos inadecuados, para alcanzar un nivel óptimo de control sobre sí mismos.

También se considera que el “vínculo seguro es un importante factor protector que estabiliza al niño o niña y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo, percibiendo la relación con su padre y su madre de manera más positiva, viendo en ellos una fuente de apoyo y sostén, lo que les permitiría elaborar salidas adecuadas a las situaciones conflictivas y una mejor regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan.” (González, Bakker, & Rubiales, 2014, pág. 134).

Conclusión

Cuando hablamos de estilos de crianza, nos referimos al conjunto de diversas creencias prácticas desarrolladas por los padres para orientar la conducta de sus hijos/as hacia comportamientos deseables. Se determinó dos dimensiones básicas, definidas como control y apoyo parental. La diversa gama de estilos parentales derivados de estas dos variables no constituye estilos puros, sino que estos se solapan y varían con el desarrollo del infante.

El modelo desarrollado por Diana Baumrind identificó tres estilos crianza: autoritario, permisivo y democrático. Además, estudió a través de tres décadas la influencia de los diferentes estilos sobre el desarrollo de los niños, concluyendo que el modelo democrático genera más efectos beneficiosos (mejor autoestima, mayores habilidades sociales, etc.) que los otros dos modelos.

Como resultado de las investigaciones se puede decir que tanto el modelo autoritario y permisivo están relacionados con desajustes en la conducta de los niños y dificultad para establecer relaciones con los pares. En cambio, autores como Baumrind, 1996, Hart, Newell & Olsen, 2003, McCoby & Martin, 1983, concuerdan que el estilo democrático está relacionado a puntuaciones bajas de hiperactividad y que a su vez está asociado con un mejor ajuste de niños y niñas de diversas edades.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA, ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio no experimental de corte transversal pues se recolectarán los datos en un solo momento con el propósito de analizarlos. Su alcance es descriptivo, permitiendo recoger información de las pautas educativas que utilizan los padres de niños con TDAH y si esta es relevante en el curso de tal alteración.

3.2 Población

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Integral Especializado CRIE N°5, el cual forma parte del ministerio de salud pública del Ecuador, Zona 6. Se partió de un universo de 35 familias de niños y niñas que han acudido al centro para evaluación o tratamiento. Los niños participantes en el estudio fueron previamente diagnosticados con TDAH por profesionales del establecimiento.

3.3 Muestra

Al momento de conformar la muestra se tuvieron que descartar algunos casos por números telefónicos erróneos o no actualizados. La muestra final quedó conformada por 20 familias, de las cuales 2 son hogares monoparentales, siendo evaluados 18 padres y 20 madres, con rango de edad entre 25 y 65 años. Los hijos de los evaluados fueron 15 de género masculino y 5 de femenino, con edades comprendidas entre los 6 y 11 años. La gran mayoría pertenece a un nivel socioeconómico bajo. El nivel educativo corresponde a general básico de escuelas fiscales (públicas). El tipo de familia es nuclear, con la excepción de dos casos.

Entre la medicación que se les administra está el Metilfenidato (ritalina y concerta) y la Atomoxetina. La gran mayoría presenta una comorbilidad con el trastorno de aprendizaje (F.81) y trastorno de conducta (F.91). Ver anexo No. 3.

3.4 Instrumentos

3.3.1 Cuestionario de crianza de Alabama (APQ)

Fiabilidad: 0.80

Desarrollado por P.J Frick, en el año de 1991, es un cuestionario en formato de auto reporte para padres de hijos entre 6 a 18 años orientado al área conductual, recoge datos cuantitativos. El APQ consta de 42 ítems, los cuales evalúan 5 dimensiones relacionadas a la crianza relevante en la etiología y tratamiento de problemas externalizantes en niños, estas son: implicación parental, crianza positiva, disciplina inconsistente, pobre supervisión y disciplina severa.

Para la calificación del formato para padres, los ítems son categorizados en cinco sub escalas, cada una con ítems específicos como se describe a continuación:

- *Implicación parental:* 1, 4, 7, 9, 11, 14, 15, 20, 23, 26. La implicación se relaciona con el interés del padre hacia su hijo, preocupación por sus actividades, necesidades, etc. Interés que muestra un padre o una madre por conocer a su hijo/a.
- *Crianza positiva:* 2, 5, 13, 16, 18, 27. Pautas educativas cognitivas o conductuales adecuadas.
- *Disciplina inconsistente:* 6, 10, 17, 19, 21, 24, 28, 29, 30, 32. Métodos de crianza ambivalentes, poco claros y precisos. Por ejemplo, padres que amenazan con castigar a sus hijos, pero no lo hacen o quizá si existe un castigo se retira demasiado rápido.

- *Pobre supervisión:* 3, 8, 12, 22, 25, 31. Hace referencia a aquellos padres que no conocen en donde están sus hijos, que están haciendo, con quién están, quizá por descuido, poco interés o tiempo limitado que comparten con sus hijos/as.
- *Disciplina severa:* 33, 35, 38, 39. Métodos de castigo fuertes, incluye castigo físico.

No es necesaria una codificación inversa, se suman todos los ítems en la escala para obtener una puntuación total (se debe extraer este puntaje del número de ítems en la sub escala, de modo que el rango de puntaje empieza en cero). Otras prácticas de disciplina que no conforman una escala, pero proveen información de manera individual. Estos números de ítems son: 34, 36, 37, 40, 41, 42. Ver anexo No 1.

3.3.2 Cuestionario de Crianza Parental (PCRI)

Fiabilidad: 0.81

Parenting Child Relationship Inventory (PCRI) o Inventario de Crianza, desarrollado por Anthony Gerard, B., PH.D., 1994, es un instrumento de auto reporte que pretende medir las habilidades educativas y actitudes de los padres hacia la crianza de sus hijos. Consta de 78 ítems distribuidos en 8 escalas: apoyo parental, satisfacción con la crianza, compromiso-involucramiento, disciplina-establecimiento de límites, comunicación, autonomía, distribución del rol. Puntajes altos indican crianza positiva. La medida tiene también dos indicadores de validez: deseabilidad social e inconsistencia.

El formato de respuestas está elaborado en base a una escala de Likert de 4 puntos: 1=muy de acuerdo 2=de acuerdo 3=desacuerdo 4=en total desacuerdo.

Para la calificación del formato para padres, los ítems son categorizados en ocho sub escalas, cada una con ítems específicos como se describe a continuación:

- *Apoyo parental*: 6, 12, 13, 17, 23, 29, 34, 36, 42. (se invierten los ítems 13,17,36,42).
Mide la ayuda práctica y emocional que el cliente recibe como padre. Aquellos que se sienten apoyados se encuentran en mejor posición para proveer de un cuidado adecuado para sus hijos. Un perfil con puntuaciones bajas en esta escala, indica que el cliente puede percibir las responsabilidades parentales como una carga, pudiendo llegar a experimentar una especie de deprivación. (puntuaciones menos de 30).
- *Satisfacción con la crianza*: 3, 7, 19, 22, 24, 27, 48, 55, 56, 67. (se invierten los ítems 3, 22, 48). Esta escala refleja la satisfacción que el cliente obtiene de la paternidad. Esta dimensión se basa en la idea de que aquellos que obtienen mayor placer de la crianza tienden a ser mejores padres. Puntuaciones bajas indican que los padres no perciben a la paternidad tan satisfactoria como pensaban. Valores demasiado bajos sugieren que cuestionan el ser padres e incluso pueden sentirse arrepentidos de la decisión de tener hijos/as.
- *Compromiso-involucramiento*: 5, 14, 16, 35, 41, 53, 57, 58, 60, 63, 64, 72, 75, 77. (se invierten los ítems 14, 16, 35, 41, 53, 58, 75). Mide la propensión de los clientes a manifestar interés en las actividades de su hijo/a. Este es un aspecto fundamental en el bienestar del niño. Puntuaciones bajas en esta área sugiere que los progenitores suelen evitar el contacto con sus hijos/as. Valores demasiado bajos revelan alto nivel de conflicto y culpa.
- *Disciplina-establecimiento de límites*: 2, 4, 10, 15, 21, 26, 31, 40, 44, 54, 66, 70. (no se invierte ningún ítem). Mide la efectividad de las técnicas de disciplina, generalmente esta falla cuando no se establecen límites. Puntuaciones bajas indican que los progenitores no se sienten en control como padres y tienden a ceder para evitar rabietas de su hijo/a.

- *Comunicación*: 9, 11, 20, 28, 33, 39, 46, 62. (se invierten todos los ítems). Representa que tan bien los padres se comunican con sus hijos en una variedad de situaciones, incluyendo simples conversaciones. Puntuaciones bajas indican dificultades para conversar con los niños; valores menores a 30, señalan una seria ruptura del canal de comunicación.
- *Autonomía*: 8, 25, 32, 38, 45, 50, 51, 71, 76. (se invierten los ítems 45, 50, 71). Mide la voluntad de los padres para promover la independencia del niño. Progenitores que controlan o monitorean excesivamente la conducta de sus hijos no contribuyen a un crecimiento psicosocial del infante.
- *Distribución del rol*: 49, 52, 61, 65, 68, 69, 73, 74, 78. (se invierten los ítems 52, 65, 68, 74, 78). Refiere a dos diferentes aproximaciones, las responsabilidades paternas que comparten equitativamente, mientras en la otra, cada padre posee un rol específico.
- **Indicador de validez: discapacidad social*: 18, 30, 37, 43, 47. (no se invierte ningún ítem).

Una vez obtenida la puntuación, se convierte en puntuaciones T para establecer la presencia de dificultades en cada una de las áreas, interpretándose de la siguiente manera: Mayor o igual a 50 = Sin Dificultades, Menor a 50 = Dificultades.

Para determinar los estilos de crianza, se fundamentó en el modelo de Baumrind (1991) como se explica en Roa & Del Barrio (2001): Autoritario: puntuaciones bajas en la mayoría de las áreas, Permisivo: Calificaciones elevadas en la variable Apoyo y bajas en Límites, Autoritativo o democrático: valores elevados en la mayoría de las áreas. Ver anexo No. 2.

3.3.3 Ficha Socioeconómica

Se utilizó un Cuestionario socio familiar con los siguientes parámetros: información del grupo familiar (nombres, apellidos, parentesco, fecha de nacimiento, sexo, estado civil), situación económica (ingresos y egresos mensuales) y condiciones de habitabilidad (tipo de vivienda, material de la vivienda, número de habitaciones, etc.)

3.4 Procedimientos

Se visitó el centro de aplicación para socializar el estudio. Posteriormente se solicitó los permisos necesarios tanto a la Universidad del Azuay como a las autoridades pertinentes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Como primer paso, el CRIE N°5, nos permitió acceder al sistema de pacientes atendidos mensualmente en el centro. La tarea consistió en filtrar la información para obtener aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez realizado este proceso, se citó a los padres de familia, en el centro con el objetivo de informarles el propósito del estudio y solicitar su colaboración. Asistió en su mayoría solamente la madre por lo que se coordinó el momento en que los padres también contestarían los cuestionarios.

Como siguiente paso, se firmó un consentimiento informado expresando su deseo voluntario de participar en la investigación. Posteriormente se aplicaron las escalas de estilos de crianza, el cuestionario Connors y la ficha socio familiar.

Por último, se realizó una base de datos en el programa SPSS STATIC 24 con el que se obtuvo tablas estadísticas que explican de mejor manera los resultados obtenidos.

3.5 Resultados

Tabla 5.

Dificultades reportadas en el PCRI por las madres

	Comunicación		Límites		Participación		Satisfacción		Apoyo		Autonomía		Rol	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dificultades	8	40	20	100	16	80	10	50	15	75	12	60	14	70
Sin dificultades	12	60			4	20	10	50	5	25	8	40	6	30
Total	20	100			20	100	20	100	20	100	20	100	20	100

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

Como se evidencia en la tabla 5, la principal dificultad al momento de la crianza, es el establecimiento de límites, en donde todas las madres, obtienen puntuaciones de riesgo. Otro problema es el de participación o involucramiento, con un 80%. De igual manera, el apoyo refleja conflictos alrededor de 75%. En la dimensión de autonomía, las dificultades ocupan el 60%. Entre los componentes menos conflictivos, encontramos a la comunicación y satisfacción.

Tabla 6.

Dificultades reportadas en el PCRI por los padres

	Comunicación		Límites		Participación		Satisfacción		Apoyo		Autonomía		Rol	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dificultades	12	66,7	18	100	11	61,1	14	77,8	11	61,1	11	61,1	13	72,2
Sin dificultades	6	33,3			7	38,9	4	22,2	7	38,9	7	38,9	5	27,8
Total	18	100			18	100	18	100	18	100	18	100	18	100

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

De acuerdo con la tabla 6, la cantidad de padres que reportan dificultades, es superior a la de aquellos que no, en todas las áreas. Al igual que las madres, el establecimiento de límites constituye un área que representa conflicto al momento de la crianza. Un 72,2% considera a la distribución de rol como un problema. El área de satisfacción con la crianza obtiene un porcentaje de 77,8%, demostrando que la mayoría de padres consideran que ser padre no es tan satisfactorio como pensaban.

Tabla 7.

Porcentajes Totales de Estilos de Crianza según el PCRI de padres y madres

	Frecuencia	Porcentaje
Permisivo	13	34%
Autoritario	24	63%
Democrático	1	3%
Total	38	100%

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

En la Tabla 7, el estilo de crianza predominante tanto padres como en madres de niños con TDAH en el CRIE No.5, es el autoritario, constituyendo el 63% de la muestra, seguido por el permisivo con un 34% y, por último, solo se reportó un estilo democrático.

Tabla 8.

Estilos de crianza de padres y madres basados en el modelo de Baumrind

	Frecuencia	Porcentaje
Madres		
Autoritario	13	65,0 %
Permisivo	7	35,0 %
Total	20	100,0 %
Padres		
Autoritario	12	66.66 %
Permisivo	5	27,78 %
Democrático	1	5,55 %
Total	18	100 %

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

Como se observa en la Tabla 8, tanto padres como madres reportan ser autoritarios al momento de ejercer la crianza sobre sus hijos/as. Un resultado interesante, es que el único estilo democrático dentro de la muestra fue reportado por uno de los padres. El estilo permisivo en las madres supera ligeramente al resultado obtenido en los padres.

Tabla 9.

Valores del cuestionario APQ de padres y madres

	Bajo	Medio	Alto
Madres			
Implicación parental	-	14	6
Crianza positiva	-	9	11
Disciplina Inconsistente	8	12	-
Pobre supervisión	18	2	-
Disciplina Severa	8	8	4
Padres			
Implicación parental	4	10	4
Crianza positiva	-	11	7
Disciplina Inconsistente	4	14	-
Pobre supervisión	17	1	-
Disciplina Severa	10	6	2

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

Como se aprecia en la tabla 9, ambos grupos consideran que poseen un buen nivel de crianza positiva, entendiéndose como métodos adecuados de educación; sin embargo, en el área de disciplina, se obtiene una gran cantidad de respuestas en inconsistencia y poco castigo.

Por otro lado, se observa un menor involucramiento de los padres en relación a las madres, lo cual se puede entender como poco interés en lo relevante a la instrucción de sus hijos, trasladando, de cierta manera, esta labor a la madre. En relación a pobre supervisión, se obtuvieron puntuaciones bajas en ambos progenitores, indicando interés por saber dónde están sus hijos, que están haciendo y con quién están.

Tabla 10.*Valores de Test de Conners en función de la conducta del niño/a*

	Sin		Dificultades	
	Dificultades	%	Dificultades	%
Comportamiento	7	35 %	13	65 %
Aprendizaje	3	15 %	17	85 %
Somatización	11	55 %	9	45 %
Ansiedad	16	80 %	4	20 %
Impulsividad	12	60 %	8	40 %

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

En base a los resultados obtenidos del Cuestionarios Conducta de Conners para padres, expuestos en la tabla 10, se encontró la mayor dificultad en el factor de aprendizaje (85%), seguido por el elemento de comportamiento (65%). Asimismo, se evidencia cierto grado de conflicto en las áreas de somatización e impulsividad. No se reporta mayor incidencia del componente de ansiedad.

Relación entre los estilos parentales y las dificultades reportadas en el Conners.**Tabla 11.***Relación entre estilo de Crianza y el área del comportamiento del test de Conners*

		Comportamiento				Total	%
		Sin		Dificultades			
		Dificultades		Dificultades			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Estilo Madres	Autoritario	7	35 %	6	30 %	13	65 %
	Permisivo	0	0 %	7	35 %	7	35 %
Total		7	35 %	13	65 %	20	100 %
Estilo Padres	Autoritario	5	27.78 %	7	38.89 %	12	66.67 %
	Permisivo	1	5.56 %	4	22.22 %	5	27.78 %
	Democrático	0	0.00 %	1	5.56 %	1	5.56 %
Total		6	33.33 %	12	66.67 %	18	100 %

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

Los resultados obtenidos en la tabla 11, evidencian que los hijos de madres que emplean un estilo de crianza permisivo, presentan mayores dificultades en el área de comportamiento.

En el caso de los padres el estilo autoritario se relaciona con dificultades en esta área, con un 38.89% sobre un 22.22% del permisivo y 27.78% del componente <<sin dificultad>>. El estilo democrático puede causar dificultades en esta variable, aunque solo en esta situación.

Tabla 12.

Relación entre estilo de Crianza y el área del aprendizaje del test de Conners

		Aprendizaje				Total	%
		Sin Dificultades		Dificultades			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Estilo Madres	Autoritario	3	15 %	10	35 %	13	65 %
	Permisivo	0	0 %	7	30 %	7	35 %
Total		3	15 %	17	85 %	20	100 %
Estilo Padres	Autoritario	3	16.67 %	9	50.00 %	12	66.67 %
	Permisivo	0	0.00 %	5	27.78 %	5	27.78 %
Democrático		0	0.00 %	1	5.56 %	1	5.56 %
Total		3	16.67 %	15	83.33 %	18	100 %

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

Como se observa en la tabla anterior, en cuanto a crianza y aprendizaje, el estilo permisivo produce en su totalidad dificultades en esta dimensión, exhibiendo un total de cero en ambos casos en el parámetro <<Sin Dificultades>>. No obstante, el estilo que parece generar más conflicto en este ámbito, es el autoritario, obteniendo un 50% para <<dificultades>>, frente a un 16.67% de <<sin dificultades>> en los padres. Es importante advertir que el padre con un estilo democrático también reporta dificultades en esta variable.

Tabla 13.*Relación entre estilo de Crianza y el área de la impulsividad del test de Conners*

		Impulsividad				Total	%
		Sin Dificultades		Dificultades			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Estilo Madres	Autoritario	7	35	6	30	13	65
	Permisivo	5	25	2	10	7	35
Total		12	60	8	40	20	100
Estilo Padres	Autoritario	6	33.33	6	33.33	12	66.67
	Permisivo	4	22.22	1	5.56	5	27.78
	Democrático	1	5.56	0	0.00	1	5.56
Total		11	61.11	7	38.89	18	100

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

En la tabla 13, se indica que no existe mayor relación entre el estilo de crianza autoritario y dificultades de impulsividad en el caso de ambos progenitores. En cuanto al estilo permisivo, igualmente no se reporta conflicto en esta área. El estilo democrático no refiere problemas en la impulsividad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1.- Discusión

El estudio tenía como objetivo establecer la relación entre crianza y sintomatología del TDAH, describiendo los estilos educativos utilizados por los padres y madres de niños con esta alteración del establecimiento CRIE N.o 5 y, observando la relación entre las respuestas del cuestionario PCRI de los padres y el cuestionario de conducta de Conners. Del mismo modo, se aplicó el cuestionario Alabama Parenting Questionnaire para complementar la información.

En este sentido, los resultados obtenidos dentro del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI) reflejan que la principal dificultad tanto de padres y madres es el establecimiento de límites, es decir, no se sienten en control como padres y se consideran incapaces o no han establecido lineamientos apropiados para sus hijos, lo cual a su vez influye en el comportamiento del infante, pues como menciona Baumrind (1971), el niño se sentirá más seguro y tendrá relativamente menos problemas de conducta si conoce que es lo que se espera de él. Esto se relaciona con los resultados obtenidos por Raya & otros, (2008) donde puntuaciones bajas (dificultades) en comunicación del padre, apoyo de la madre, disciplina y autonomía en ambos progenitores, contribuye significativamente en el incremento de la probabilidad de que se dé una puntuación de hiperactividad en zona de riesgo.

Otro factor importante es la distribución de rol, en el cual, ambos presentan un alto porcentaje de dificultad, interpretándose como una orientación de rol más tradicionalista, donde las labores domésticas y crianza de los hijos son responsabilidad principal del género femenino, mientras que, el proveer y sostener el hogar corresponde al masculino. Esta dimensión es de gran relevancia, pues como señala Gerard (1994), los modelos parentales de la conducta del niño son congruentes con sus actitudes hacia los roles de género, es decir, las madres tienen una actitud más tradicional frente al comportamiento de sus hijos, esperando sumisión, poca participación en las decisiones del hogar, escasa autonomía en la toma de decisiones, etc.

De igual manera se obtuvieron perfiles con puntuaciones inferiores en la dimensión de apoyo y participación, indicando que las madres se describen como sobrecargadas por sus responsabilidades parentales y que no conocen realmente a sus hijos. Gerard (1994), comenta que si alguien se percibe como si estuviera recibiendo suficiente apoyo emocional y práctico se encuentra en mejor posición para proveer un adecuado cuidado al niño. Esto muestra coherencia

con lo obtenido por Rayas & otros, (2008) donde las madres indicaron menor apoyo social y emocional. Por otro lado, la cantidad de padres que reflejan dificultades es superior a la de aquellos que no, en todas las áreas, siendo las principales dimensiones de conflicto las de límites, distribución de rol y satisfacción con la crianza. En cuanto a este último, las puntuaciones bajas indican que ser padres no es tan satisfactorio como pensaban. Según Gerard (1994), esta escala se basa en la idea de que aquellos que obtienen placer de la paternidad, tienden a ser buenos padres, es decir, manifiestan interés en las necesidades de sus hijos, utilizan métodos de disciplina adecuados, generan comunicación en diversas situaciones y contextos y promueven su independencia.

Se puede observar poca utilización de castigo (incluyendo disciplina física) y menor involucramiento de los padres en relación a las madres, lo que puede ser entendido como poco interés en lo relevante a la instrucción de sus hijos, trasladando esta labor a la madre.

En base a las respuestas del PCRI y APQ, el estilo de crianza mayormente empleado por padres y madres de niños con TDAH es el autoritario, seguido por el permisivo y, por último, solo se reportó un estilo democrático. Ante esto, Rosello & otros, (2003) explican que, estos niños no responden a métodos comunes de disciplina, por lo tanto, los padres reaccionan de manera disfuncional utilizando estilos de disciplina inconsistentes, coercitivos o mucha permisividad y sobre-reacción.

En relación al estilo autoritario, Goldstein, Harvey & Friedman- Weieneth (2007), explican que usualmente la madre presenta niveles altos de estrés y suele ser más controladora y autoritaria. Igualmente, los padres de estos niños suelen ser menos afectuosos, más controladores o bien presentan un estilo educativo más negligente que los padres de niños sin el trastorno. Los

progenitores con este tipo de estilo reportaron dificultades en sus hijos en las áreas de aprendizaje.

En el presente estudio se encontró que los hijos de madres que emplean un estilo de crianza permisivo, presentan mayores dificultades en el área de comportamiento. Un estudio dirigido por Keown & otros, (2005) explicó que este estilo acompañado de sentimientos bajos de autoeficacia, un nivel reducido de comunicación entre padres e hijos y una interacción ambivalente con las madres estaba ligado a los síntomas de hiperactividad.

Del mismo modo, el estudio realizado por Brody y Douglas (1997) y Kagiaticibasi, (1996), explicó que el control, como técnica de disciplina para forzar la obediencia y sometimiento del niño a la voluntad parental, también se ha relacionado con problemas de conducta, lo cual se observa en este estudio donde los padres con estilo autoritario refieren mayor dificultad en el comportamiento que los que emplean el modelo permisivo.

Finalmente, la investigación no reveló una relación importante entre los métodos de crianza e impulsividad.

4.2. Conclusiones

Tras la realización de la presente investigación titulada “Influencia de los estilos de crianza parentales en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad” se concluye que:

Los estilos de crianza predominantes en este estudio son el autoritario y permisivo e intervienen en el trastorno de TDAH produciendo mayores dificultades en la sintomatología reportada por los padres.

En cuanto a los datos obtenidos, los niños diagnosticados con TDAH del Centro CRIE N.o 5, presentan mayores dificultades en las variables de Aprendizaje y Comportamiento.

Se pudo apreciar que el aspecto que genera mayor dificultad en los padres, es la capacidad de establecer límites.

El estilo de crianza parental más utilizado es el autoritario, esto quiere decir que la mayoría de padres buscan imponer su punto de vista y controlar a sus hijos por medio del castigo y la fuerza. Las consecuencias directas del uso de este estilo pueden ser observadas en las alteraciones producidas en el aprendizaje y la impulsividad.

El segundo estilo de crianza parental utilizado corresponde al permisivo, caracterizado por evitar establecer restricciones y no ser capaces de marcar límites, de tal manera que este incrementa los síntomas de hiperactividad.

Se observó que solo uno de los padres reportó un estilo de crianza democrático y en este caso, también estuvieron presentes problemas de aprendizaje o comportamiento.

Ninguno de los estilos de crianza se relacionó con conflictos en el área de impulsividad.

4.3. Recomendaciones

La información obtenida a través de la investigación realizada tiene una gran aplicación en la intervención con familias de niños con TDAH, pues permite abordar esta alteración desde una perspectiva práctica en cuanto a los retos y dificultades a los que los progenitores se enfrentan.

Tomar en cuenta los datos obtenidos para el desarrollo de planes de tratamiento más efectivos e individualizados.

Fomentar la comprensión de esta alteración e instruir mejor a los padres, siendo conscientes del estilo de crianza que utiliza, sus debilidades y fortalezas.

Continuar desarrollando estudios enfocados en los progenitores pues son una pieza fundamental en el éxito del tratamiento de su hijo/a con TDAH.

Se recomienda en estudios posteriores ampliar la muestra de modo que permita obtener datos generalizables a dicha población.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría 2da Edición*. México: Manual Moderno.
- Alda, J., Boix, C., Colomé, R., Anguinano, M., Rosa, G., Izaguirre, J., . . . Torres, A. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención*. Cataluña - España: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- Andrade, S. (2013). *Detección temprana de caracteres del déficit de atención e hiperactividad en el primer año de educación general básica*. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay.
- Asherson, P., Kuntsi, J., & Taylor, E. (2005). Unravelling the complexity of attention. *The British Journal of Psychiatry*, 187:103-5.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Kupfer, D., Regier, D., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J., & Vieta Pascual, E. &. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Association., A. P., Kupfer, D., Regier, D., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J., & Vieta Pascual, E. &. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid (etc.): Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), 1-103.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología. Volumen I*. Madrid - España: Mc Graw - Hill.
- Berger, K. (2007). *Psicología del Desarrollo: infancia y adolescencia (7a edición ed.)*. Madrid-España: Editorial Médica Panamericana.
- Bögels, S., Lehtonen, A., & Restifo, A. (2010). Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, 1: 107-120.
- Bonati, M., & Clavenna, A. (2005). The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*, 181-8.
- Bordignon, N. A. (julio-diciembre de 2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss*. Londres: Hogarth.
- Cadme, D., & Rojas, J. (2014). Estilos de crianza, autoconcepto y su relación con conductas autodestructivas. *Universidad del Azuay*.
- Capano, A., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, paternidad positiva y formación de los padres. *Ciencias Psicológicas, Vol. VII. Prensa Médica Latinoamericana*, 83 - 95.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach*. Londres: Routledge.
- Coloma, J. (1993). La familia como ámbito de socialización de los hijos. *Pedagogía familiar.*, 31-43.
- Cortese, E. N. (2009). *Manual de psicopatología y psiquiatría (2a. ed.)*. Buenos Aires - Argentina: Editorial Nobuko.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of Emotion in Man and Animals*. Londres: Murray, J. Trad. Cast. De Tomás Fernández Rodríguez: La expresión de las emociones en los animales y en el hombre. Madrid: Alianza, 1984.
- Dávila, P. (2011). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: impacto en las relaciones familiares*. Quito - Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología.
- Delval, J., Kohen, R., Sánchez, I., Herranz, M., & Delgado, B. &. (2014). *Lecturas de Psicología del Desarrollo I. UNED*.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona - España: Barral.
- Ellenberger, H. F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente*. Madrid - España: Gredos.
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton (Ed. cast: Identidad, juventud y crisis. Madrid: Taurus, 1980).
- Esparcia, A., & Caparrós, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica (2a. ed.)*. Barcelona - España: Editorial Herder.
- Freud, S. (1938). *Abriss Der Psychoanalyse*. Londres: Imago (Gesammelte Werke, 1940-1952) (Ed. Cast: Compendio del Psicoanálisis, en las Obras Completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, 1958 - 1968).
- García, J. &. (2010). *Psicología del Desarrollo I*. Madrid-España: Closas-Orcoyen, S.L.
- García-Quiroga, M., & Ibañez-Fanes, M. (2007). Apego e Hiperactividad. Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia Psicológica*, 25 (2), pp. 123-134.

- Gerard, A. (1994). *Parent-Child Relationship Inventory (PCRI)*. Los Ángeles: WPS.
- Goldstein, L., Harvey, E., & Friedman-Weineth, J. (2007). Examining subtypes of behavior problems among three year old children. Part III: Investigating differences in parenting practices and parentig stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- González, M. (2014). Influencia de la cultura en los estilos parentales: una aproximación al caso de España. *Universidad del Navarra*.
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 141 - 158.
- Gratch, L. Ó. (2009). *El Trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD)*. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Grau-Sevilla, M. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*. Valencia - España: Universidad de Valencia.
- Hidalgo, M., & Soutullo, C. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 6, 3 -25.
- Hoza, B., Owens, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., . . . Kraemer, H. C. (2000). Parent Cognitions as Predictors of Child Treatment Response in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.
- Linares, A. (2008). *Desarrollo Cognitivo: las teorías de Piaget y Vigotsky*. Barcelona-España: Familianova -Schola.
- Locke, J. (1690). *An Essay Concerning Human Understanding*. Londres: Thomas Basset. Reimpresión: New York: Dover, 1959, 2 vol. Trad. Cast: Ensayo sobre el entendimiento Humano, Mexico: F.C.E Otra ed. Madrid: Editora Nacional.
- MacCoby, E., & Martín, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent - Child Interaction. *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development Vol.4*, 1 -101.
- Marchesi, A. &. (2014). *Desarrollo Psicológico y Educación I. Psicología Evolutiva*. Madrid - España: Alianza Editorial S.A.
- Marchesi, A., & Coll, C. (2014). *Desarrollo Psicológico y educación I. Psicología Evolutiva*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.

- Melo, H. (2003). Historia y naturaleza de la Psicología del Desarrollo. *Pontificia Universidad Javeriana*.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies1. *Motivation and Emotion, Vol. 27*, 77- 102.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R., & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista Neurológica*(44), 23-25.
- Molina, M., & Martín, F. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Families Studies*, 1656–1671.
- Montiel, C., Montiel, I., & Pena, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Psicología Conductual*, 297-310.
- OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Meditor.
- Ortiz, S., & Jaimes, A. (2016). Trastorno por déficit de Atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 6 - 14.
- Palacios, J. (1988). *Las ideas de los padres sobre la educación de sus hijos*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia*. DF México: Mc Graw Hill.
- Perinat, A. (2007). *Psicología del Desarrollo un enfoque sistémico. (3a edición e.d)*. Barcelona-España: Editorial UOC.
- Piaget, J. &. (1956). *The Child's Conception of Space*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance* . Paris: Gallimard (traducción al castellano: Biología y conocimiento. Madrid, SigloXXI).
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1966). *La Psychologie de l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France (Ed. cast: Psicología del niño. Madrid: Morata, 1969).
- Ramírez, M. A. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos, vol. XXXI*, pp. 167-177.

- Raya, A., Herreruzo, J., & Pino, M. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*. Vol. 20, nº 4, pp. 691-696.
- Raya, A., Trenas, R., Cabrera, J. H., & Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*(20), 691-696.
- Roa, L., & Del Barrio, V. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 33, núm. 3, pp. 329-341.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid- España: Alianza Editorial.
- Rollins, J., & Thomas, D. (1979). *Parental support, power and control techniques in the socialization of children. Contemporary theories about the socialization of children*. New York: Free Press.
- Rosello, B., García-Catellar, R., Tárraga-Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*(36), 79-84.
- Sánchez, J., & Hidalgo, M. (2003). De las ideas de las madres a las interacciones con sus bebés. Vol.19. *Anales de Psicología*, 279 - 292.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. Undécima edición*. México: Pearson Educación.
- Schroeder, C., & Gordon, B. (2002). *Assessment and Treatment of Childhood Problems: A Clinician's guide. Second Edition*. New York: Guilford Press.
- Severa, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *REVISTA DE NEUROLOGÍA*. 40 , (6): 358-368.
- Solís, P., & Díaz, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de psicología*, Vol. 23, 177-184.
- Soutullo, C., & Chiclana, C. (2008). *TDAH. Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad. Guía para Padres y Profesores* . España: Clínica Universitaria. Universidad de Navarra, Unidad de Psiquitría Infantil y Adolescente.
- Soutullo, C., & Díez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

- Tiedemann, D. (1787). Beobachtungen uber die Entwicklung der Seelenfähigkeiten bei kindern. Trad. Cast. De Rosario Fuentes: El desarrollo de las Facultades espirituales del niño. Madrid: Ed. de la Lectura, s.a. *Hessische Beiträge zur Gelehrsamkeit und Kunst*, 313 - 333.
- Torío, S., Peña, J., & Rodríguez, M. d. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias de la Educación*.
- Urbano, C. A., & Yuni, J. A. (2014). *Psicología del Desarrollo Enfoques y Perspectivas del ciclo vital*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Vaquerizo, J., & Cáceres, C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Guía pediátrica. *VOX PAEDIATRICA*, 22-33.
- Vygotski, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (pp. 161-169). The parenting and family functioning of children with hiperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39.
- Zuluaga, J. B., & Fandiño, D. C. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colombia*.

Anexos

Anexo 1. Cuestionar de crianza parental (APQ)

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones sobre su familia. Por favor, evalúe cada ítem según lo que ocurre habitualmente en su hogar. Las posibles respuestas son:

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE

1	Tiene charlas amistosas con su hijo.	1	2	3	4	5
2	Le hace saber a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo.	1	2	3	4	5
3	Amenaza con castigar a su hijo y luego realmente no lo hace.	1	2	3	4	5
4	Ayuda a su hijo en actividades propias (actividades que le gustan) en las que participa.	1	2	3	4	5
5	Premia o da algo extra a su hijo cuando le obedece o se porta bien.	1	2	3	4	5
6	Su hijo no le deja notas ni le dice adónde va.	1	2	3	4	5
7	Juega o hace otras cosas divertidas con su hijo.	1	2	3	4	5
8	Su hijo le convence para que no lo castigue después de haberse portado mal.	1	2	3	4	5
9	Le pregunta a su hijo sobre cómo le ha ido el día en el colegio.	1	2	3	4	5
10	Su hijo sigue estando fuera por la tarde/noche pasada la hora en que se supone que debería estar en	1	2	3	4	5
11	Ayuda a su hijo con sus deberes.	1	2	3	4	5
12	Siente que el hecho de conseguir que su hijo le obedezca le da tantos problemas que no le	1	2	3	4	5
13	Felicita a su hijo cuando hace algo bien.	1	2	3	4	5
14	Le pregunta a su hijo qué va a hacer durante el día.	1	2	3	4	5
15	Lleva a su hijo a sus actividades preferidas.	1	2	3	4	5
16	Alaba a su hijo cuando se porta bien.	1	2	3	4	5
17	Su hijo sale con amigos a los que usted no conoce.	1	2	3	4	5
18	Abraza o besa a su hijo cuando ha hecho algo bien.	1	2	3	4	5
19	Su hijo sale sin tener una hora límite para volver a casa.	1	2	3	4	5
20	Habla con su hijo sobre sus amigos.	1	2	3	4	5
21	Su hijo está fuera sin ningún adulto cuando ya es de noche.	1	2	3	4	5
22	Permite que su hijo pueda escaparse de un castigo enseguida.	1	2	3	4	5
23	Su hijo colabora en las decisiones familiares.	1	2	3	4	5
24	Está tan ocupado que olvida dónde está su hijo y qué está haciendo.	1	2	3	4	5

25	No castiga a su hijo cuando hace algo malo.	1	2	3	4	5
26	Acude a las reuniones de los padres con los profesores o a otras reuniones de la escuela de su hijo.	1	2	3	4	5
27	Le dice a su hijo que le gusta cuando colabora en casa.	1	2	3	4	5
28	No controla que su hijo vuelva a casa a la hora que debería hacerlo.	1	2	3	4	5
29	No le dice a su hijo adónde se va usted.	1	2	3	4	5
30	Su hijo vuelve a casa después de la escuela una hora más tarde de lo esperado.	1	2	3	4	5
31	El castigo que le da a su hijo depende de su estado de ánimo.	1	2	3	4	5
32	Su hijo está en casa sin supervisión de ningún adulto.	1	2	3	4	5
33	Pega a su hijo con la mano cuando ha hecho algo malo.	1	2	3	4	5
34	Ignora a su hijo cuando se ha portado mal.	1	2	3	4	5
35	Abofetea a su hijo cuando hace algo malo.	1	2	3	4	5
36	Quita privilegios o dinero a su hijo como castigo.	1	2	3	4	5
37	Envía a su hijo a su habitación como castigo.	1	2	3	4	5
38	Golpea a su hijo con un cinturón u otro objeto cuando hace algo malo.	1	2	3	4	5
39	Da voces o grita a su hijo cuando hace algo malo.	1	2	3	4	5
40	Explica calmadamente a su hijo por qué su conducta fue errónea cuando se ha portado mal.	1	2	3	4	5
41	Usa "tiempo fuera " como castigo (es decir, manda a su hijo a una habitación, un rincón).	1	2	3	4	5
42	Pone a su hijo tareas extra como castigo.	1	2	3	4	5

Servera, M. (2007). *Versión en español del Alabama Parenting Questionnaire (APQ). Versión para padres*. Documento no publicado (mservera@gmail.com).

Traducido con permiso del autor, Dr. Paul Fricks (<http://fs.uno.edu/pfrick/APQ.html>)

Anexo 2. Cuestionario de crianza parental (PCRI)

Apellidos.....Nombre.....

Edad.....Sexo.....Fecha.....

INSTRUCCIONES: Las frases que te presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cual es la que mejor define lo que tu sientes. Si estás **muy de acuerdo** rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás de **acuerdo**. El número 3 si estás **en desacuerdo**, y el 4 si estás en **total desacuerdo**.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
1) Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice.....	1	2	3	4
2) Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo.....	1	2	3	4
3) Estoy tan satisfecha de mis hijos como otros padres.....	1	2	3	4
4) Me resulta difícil conseguir algo de mis hijos.....	1	2	3	4
5) Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo.....	1	2	3	4
6) Cuando toca criar al hijo me siento sola.....	1	2	3	4
7) Mis sentimientos acerca de la maternidad cambian de día en día.....	1	2	3	4
8) Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que pueden hacerles infelices.....	1	2	3	4
9) Si tengo que decir “no” a mi hijo le explico por qué.....	1	2	3	4
10) Mi hijo es más difícil de educar que la mayoría de los niños.....	1	2	3	4
11) Por la expresión del rostro de mi hijo puedo decir cómo se siente.....	1	2	3	4
12) Me preocupa mucho el dinero.....	1	2	3	4
13) Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante mi hijo.....	1	2	3	4
14) La maternidad es una cosa natural en mí.....	1	2	3	4
15) Cedó en algunas cosas con mi hijo para evitarle una rabieta.....	1	2	3	4
16) Quiero a mi hijo tal como es.....	1	2	3	4
17) Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida.....	1	2	3	4
18) Mi hijo nunca tiene celos.....	1	2	3	4
19) A menudo me pregunto qué ventaja tienen criar hijos.....	1	2	3	4
20) Mi hijo me cuenta cosas de él y de los amigos.....	1	2	3	4
21) Desearía poder poner límites a mi hijo.....	1	2	3	4
22) Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones.....	1	2	3	4
23) Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin niños, me volveré loca.....	1	2	3	4
24) Me arrepiento de haber tenido hijos.....	1	2	3	4
25) A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.....	1	2	3	4
26) Mi hijo pierde el control muchas veces.....	1	2	3	4
27) El ser padre no me satisface tanto como pensaba.....	1	2	3	4

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
28) Creo que puedo hablar con mi hijo a su mismo nivel.....	1	2	3	4
29) Ahora tengo una vida muy estresada.....	1	2	3	4
30) Nunca me preocupo por mi hijo.....	1	2	3	4
31) Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros.....	1	2	3	4
32) Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.....	1	2	3	4
33) Como madre, generalmente me siento bien	1	2	3	4
34) Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre.....	1	2	3	4
35) Me siento muy cerca de mi hijo.....	1	2	3	4
36) Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente.....	1	2	3	4
37) Nunca he tenido problemas con mi hijo....	1	2	3	4
38) No puedo aguantar la idea de que mi hijo crezca.....	1	2	3	4
39) Mi hijo puede estar seguro de que yo le escucho.....	1	2	3	4
40) A menudo pierdo la paciencia con mi hijo.	1	2	3	4
41) Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo.....	1	2	3	4
42) Mi marido y yo compartimos las tareas domesticas.....	1	2	3	4
43) Nunca me he sentido molesto por lo que mi hijo dice o hace.....	1	2	3	4
44) Mi hijo sabe que cosas pueden enfadarme...	1	2	3	4
45) Los padres deberían cuidar que clase de amigos tienen sus hijos.....	1	2	3	4
46) Cuando mi hijo tiene un problema, generalmente, me lo cuenta.....	1	2	3	4
47) Mi hijo nunca aplaza lo que tienen que hacer.....	1	2	3	4
48) Ser madre es una de las cosas más importantes de mi vida.....	1	2	3	4
49) Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños.....	1	2	3	4
50) Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por si mismos sobre la mayor parte de las cosas.....	1	2	3	4
51) Mi hijo me oculta sus secretos.....	1	2	3	4
52) Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos.....	1	2	3	4
53) Creo que no conozco bien a mi hijo.....	1	2	3	4
54) Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo	1	2	3	4
55) Me pregunto si hice bien en tener hijos.....	1	2	3	4
56). Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo.....	1	2	3	4
57) Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.....	1	2	3	4
58) Algunas veces pienso como podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo.....	1	2	3	4
59) Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo cuando era pequeño.....	1	2	3	4
60) Mis hijos solo hablan conmigo cuando quieren algo.....	1	2	3	4
61) La mayor responsabilidad de una madre es dar seguridad económica a sus hijos.....	2	3	4.	

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
62) Es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben hacer.....	1	2	3	4
63) Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo.....	1	2	3	4
64) Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo y yo.....	1	2	3	4
65) Para una mujer tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre....	1	2	3	4
66) A menudo amenazo a mi hijo con castigarle pero nunca lo hago.....	1	2	3	4
67) Si volviera a empezar probablemente no tendría hijos.....	1	2	3	4
68) Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños.	1	2	3	4
69) Las madres deben de trabajar sólo en caso de necesidad.....	1	2	3	4
70) Algunas personas dicen que mi hijo está muy mimado.....	1	2	3	4
71) Me preocupa mucho que mi hijo se haga daño.	1	2	3	4
72) Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo.....	1	2	3	4
73) Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería.....	1	2	3	4
74) Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y se una buena madre.....	1	2	3	4
75) Llevo una fotografía de mi hijo en la cartera o en el bolso.....	1	2	3	4
76) >Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo	1	2	3	4
77) No se como hablar con mi hijo para que me comprenda.....	1	2	3	4
78) Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo.....	1	2	3	4

Anexo 3. Caracterización de los niños/as que conforman la muestra del estudio:

<i>Género</i>	<i>Nivel socioeconómico</i>	<i>Edad</i>	<i>Diagnóstico (subtipo)</i>	<i>Medicación</i>	<i>Tipo de familia</i>	<i>Comorbilidad</i>	<i>Escolaridad</i>
Masculino	Bajo	6	Mixto	Atomoxetina	Nuclear	F. 81	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	8	Atencional		Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Masculino	Medio-Bajo	7	Mixto	Metilfenidato	Nuclear		Fiscal - EGB
Masculino	Medio-Bajo	9	Mixto	Metilfenidato	Nuclear		Fiscal - EGB
Masculino	Medio-Bajo	7	Mixto	Metilfenidato	Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	8	Mixto	Metilfenidato	Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	9	Mixto	Metilfenidato	Monoparental	F.80	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	9	Atencional	Metilfenidato	Nuclear	F.91	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	11	Mixto	Metilfenidato	Nuclear	F.91	Fiscal - EGB
Masculino	Medio-Bajo	10	Mixto	Atomoxetina	Nuclear		Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	10	Atencional		Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Masculino	Medio-Bajo	7	Atencional		Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	8	Mixto	Atomoxetina	Nuclear	F.81. 3	Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	8	Mixto	Metilfenidato	Monoparental		Fiscal - EGB
Masculino	Bajo	8	Mixto		Nuclear		Fiscal - EGB
Femenino	Medio-Bajo	6	Atencional	Atomoxetina	Nuclear		Fiscal - EGB
Femenino	Bajo	7	Atencional		Nuclear	F.81	Fiscal - EGB
Femenino	Bajo	8	Atencional		Nuclear	F.91	Fiscal - EGB
Femenino	Bajo	9	Atencional		Nuclear	F.91	Fiscal - EGB
Femenino	Bajo	6	Atencional		Nuclear	F.81	Fiscal - EGB

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación **Elaborado por:** Gutiérrez, J; Vélez, J (2018)

*F.80. Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje, *F.81.0. Trastornos específicos del desarrollo escolar, *F.81.3. Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar, *F.91. Trastorno de conducta. (OMS, 1992).