



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL

La efectividad de un Programa de Intervención
Psicológica en la mejora del afrontamiento
parental al estrés y su repercusión en la
adaptación general de niños con TDAH

**Dña. Laura Saura Miranda
2015**



**LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA MEJORA
DEL AFRONTAMIENTO PARENTAL AL ESTRÉS Y SU
REPERCUSIÓN EN LA ADAPTACIÓN GENERAL DE
NIÑOS CON TDAH**

Tesis para optar al grado de Doctor

Presentada por

LAURA SAURA MIRANDA

Dirigida por

Prof. Dra. Dña. María Ángeles Abad Mateo

Prof. Dra. Dña. Matilde Campos Aranda

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Facultad de Medicina

Murcia 2015

“Las dificultades de atención, conducta y aprendizaje no son un problema, se vuelven un problema cuando se carece de una buena actitud para enfrentarlas”.

Marina Peña

*“–¿Qué significa domesticar?
–Es algo demasiado olvidado –dijo el zorro–
Significa crear lazos”.*

Antoine de Saint-Exupéry

A mis padres, Alicia y José

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y ante todo, agradecer a la Dra. María Ángeles Abad Mateo por transmitirme la importancia y el significado de un doctorado, la rigurosidad científica y disciplina para la realización de esta tesis. Agradecer su apoyo, su brillante calidad humana, sus conocimientos y su presencia en los momentos decisivos de esta tesis. Y a la Dra. Matilde Campos Aranda por su orientación, entusiasmo e inteligencia en este trabajo. Asimismo, dar las gracias a todo el equipo del Departamento de Psiquiatría y Psicología social de la Universidad de Murcia, con una mención especial al Dr. Joaquín Nieto Munuera, por su enorme disposición y mente prodigiosa tanto para lo profesional como en el trato humano recibido. **Mil gracias a todos** ellos ya que sin su apoyo, esta investigación no habría sido posible.

Siguiendo esta línea académica y profesional, me gustaría expresar mi cariño a la memoria de Rosalía García Baro, mi maestra de segundo de EGB y a todos los docentes que he tenido la suerte de encontrarme a lo largo de mi vida formativa. Al Dr. Francisco Guirado Sánchez por autorizarme en el estudio de implementación de estrategias para el control de la ansiedad y estrés en prequirúrgicos en el Hospital de Molina.

Gracias a Alfredo Brito por su tiempo de enseñanza y consentimiento para la aplicabilidad de la escala de estrés Parental (PSI).

A mi gran familia extensa, en especial a mi abuelo **José Miranda Benito** por haberme impulsado a realizar el primer estudio de investigación y a mi madrina, **Isabel Saura Mármol**, por su fuerza interior y protección, sentimientos que me han acompañado siempre en mi carrera profesional.

Gracias también a la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad, en especial a ADAHI Molina y a todo el equipo de profesionales que la forman, por su implicación y colaboración para poder desarrollar este trabajo.

Gracias a las familias por su autorización, consentimiento y participación de forma activa en este estudio de investigación. Quiero hacer una mención especial en éste agradecimiento de consentimientos a los niños y padres con los que he trabajado desde el año 2004, año en el que mi proyecto de carrera profesional se encauza al TDAH. A lo largo de estos años, he aprendido con vosotros que el TDAH es como un reto en el ir y devenir del camino de la vida: mientras se va caminando las fuerzas pueden disminuir y volver a encontrarte en caminos que resuenan a los orígenes pero sólo la experiencia de seguir avanzando te abre camino en la destreza y en el entendimiento de la naturaleza de los estados mentales para cambiar los ritmos y los rumbos en momentos de tormenta.

A todos vosotros que os llevo en la mochila de mi corazón, me complace agradecer vuestra confianza, respeto y cariño, sentimientos que hacen que mantenga viva la ilusión en el aprendizaje de mi trabajo profesional.

A mi marido **Urbano**, por la comprensión, acompañamiento y valoración de mi entrega en la realización de esta tesis doctoral.

Por último, y no menos importantes agradecerles a todas aquellas personas que tengo como compañeros de vida a los cuales considero especiales, a mi querida Paloma, Patricia, Jesualdo, Diana, Juan, Jordi, Ana, Susana y en especial a mis hermanos, **Alicia**, **Águeda** y **José**, su presencia y energía, porque con ellos mantengo nutrido mi espíritu para seguir caminando y trabajando en mi día a día.

A todos vosotros, por estar presentes en esta aventura, gracias de corazón.

ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	33
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	35
1.1. PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	37
1.2. ANTECEDENTES	41
1.2.1. Evolución histórica del concepto de TDAH.....	41
1.2.2. Características clínicas del TDAH.....	46
1.2.3. Epidemiología del TDAH	53
1.2.4. Estudios sobre el origen del TDAH.....	56
1.2.5. Curso evolutivo del TDAH.....	61
1.2.6. Protocolo de evaluación del TDAH.....	66
1.2.7. Tratamiento Multimodal Del TDAH	73
1.2.7.1. Enfoques de tratamiento farmacológico	74
1.2.7.2. Enfoque de tratamiento psicoterapéutico.....	76
1.2.7.2.1. Intervención psicológica.....	77
1.2.7.2.2. Intervención psicopedagógica.....	83
1.2.7.2.3. Intervención familiar.....	84
1.2.8. Repercusión del TDAH en el contexto familiar.....	86
1.2.9. Afrontamiento parental.....	90
1.2.10. Programas parentales aplicados en familias de niños con TDAH	101
1.3. JUSTIFICACIÓN	107
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	111
CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODO	115
3.1. POBLACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO.....	117
3.2. MATERIAL	119

3.2.1. Muestra	119
3.2.2. Variables e instrumentos	120
3.2.2.1. Variables sociodemográficas de padres e hijos	120
3.2.2.2. Variables de antecedentes clínicos de padres e hijos	121
3.2.2.3. Variables psicológicas de padres del estudio descriptivo.....	122
3.2.2.3.1. Parenting Stress Index	123
3.2.2.3.2. Listado de síntomas breve, LSB-50	124
3.2.2.4. Programa <i>Respira</i> y variables psicológicas de padres e hijos del estudio experimental	126
3.2.2.4.1. Inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA)..	127
3.2.2.4.2. Subescalas de rol parental de la escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad	129
3.2.2.4.3. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil	130
3.2.2.4.4. Escala de conducta de Conners	131
3.3. MÉTODO	133
3.3.1. Aplicación del programa <i>Respira</i>	133
3.3.2. Procedimiento y análisis estadísticos de datos	135
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	137
4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS Y DE ANTECEDENTES CLÍNICO DE PADRES E HIJOS	141
4.1.1. Estudio variables sociodemográficas de padres e hijos.....	141
4.1.2. Estudio de variables de antecedentes clínicos de padres e hijos.....	145
4.2. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS: ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTALE IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICO Y PSICOSOMÁTICO	153
4.2.1. Perfil de estrés parental	153
4.2.2. Perfil psicopatológico	154

4.3. ESTUDIO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS PARENTAL Y EL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICO Y PSICOSOMÁTICO	157
4.3.1. Factores sociodemográficos relacionados	157
4.3.2. Factores clínicos relacionados.....	174
4.4. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA RESPIRA	181
4.4.1. Comparación de medias antes y después tratamiento de las estrategias de afrontamiento medidas por el cuestionario CRIA	181
4.4.2. Comparación de medias antes y después tratamiento de la subescala de importancia y satisfacción con el rol parental de cuestionario de calidad de vida familiar	189
4.4.3. Comparación de las puntuaciones medias antes y después del tratamiento en los síntomas nucleares del TDAH evaluados por la escala de conducta de Conners	191
4.4.4. Comparación de las puntuaciones medias de las escalas antes y después tratamiento de adaptación infantil evaluada por el test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI).....	194
4.5. RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA RESPIRA	203
4.6. RELACIÓN DE LOS FACTORES CLÍNICOS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA RESPIRA	215
4.7. RELACIÓN DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS PREVIAS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA RESPIRA	227
4.7.1. Efectividad del programa Respira con relación al índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) y las estrategias de afrontamiento de la escala CRIA.....	227

4.7.2. Efectividad del programa <i>Respira</i> con relación al índice de síntomas psicológicos y psicosómaticos (LSB-50) y la dimensión de satisfacción con el rol parental de la escala de calidad de vida familiar (ECVF)....	229
4.7.3. Efectividad del programa <i>Respira</i> con relación al índice de síntomas psicológicos y psicosómaticos (LSB-50) y las escalas del test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI).....	230
4.7.4. Efectividad del programa <i>Respira</i> con relación al índice de síntomas psicológicos y psicosómaticos (LSB-50) y escala de conducta de Conners.....	230
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	233
CAPÍTULO VI. CONCLUSIÓN	265
BIBLIOGRAFÍA	269
ANEXOS	325
Anexo 1. Consentimiento informado	327
Anexo 2. Caso práctico - Evaluación del problema	329
Anexo 3. Contenidos a tratar del programa <i>Respira</i>	331
Anexo 4. Informaciones orales para los padres sobre resultados de las pruebas aplicadas e informes	332

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Tasas según los grupos diagnósticos asociados al TDAH.....	52
Tabla 2.	Prevalencia general del TDAH en población infantil según geografía ..	53
Tabla 3.	Estudios de Prevalencia del TDAH en Adultos.....	55
Tabla 4.	Relación costes/beneficios de las intervenciones eficaces para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes.....	105
Tabla 5.	Género de los Padres	141
Tabla 6.	Género de los Hijos	142
Tabla 7.	Edad de los padres y de los hijos.....	142
Tabla 8.	Estado civil	143
Tabla 9.	Nivel de estudios	144
Tabla 10.	Nivel económico	145
Tabla 11.	Antecedentes TDAH en padres	146
Tabla 12.	Discrepancia educativa	147
Tabla 13.	Diagnóstico Hijos	147
Tabla 14.	Carga de responsabilidad educativa	148
Tabla 15.	Tratamiento psicoterapéutico padres	149
Tabla 16.	Tratamiento psicofarmacológico padres.....	150
Tabla 17.	Tratamiento psicoeducativo hijos	151
Tabla 18.	Análisis del índice estrés parental (PSI) de la muestra de padres-N: 96 ..	153
Tabla 19.	Análisis del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB- 50) de la muestra de padres-N:96	155
Tabla 20.	Diferencias de Sexo en la escala Hostilidad índice de síntomas psicológicos y psicosomáticos (LSB-50)	158
Tabla 21.	Diferencias de Sexo en la escala depresión índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50)	158
Tabla 22.	Diferencias de sexo en la escala depresión índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50)	159

Tabla 23. Análisis de correlaciones entre la edad de los padres y de los hijos con índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) y estrés parental (PSI) de la muestra de estudio	160
Tabla 24. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	162
Tablas 25. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	163
Tabla 26. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	164
Tabla 27. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	165
Tablas 28. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	166
Tabla 29. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	167
Tabla 30. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	168
Tabla 31. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel de estudios	169
Tabla 32. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosomáticos (LSB-50) según nivel económico	170

Tabla 33. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel económico	171
Tabla 34. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según el nivel económico	172
Tabla 35. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según nivel económico	173
Tabla 36. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Psicorreactividad del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según discrepancia educativa	175
Tabla 37. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Hipersensibilidad del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según discrepancia educativa	176
Tabla 38. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala ansiedad del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según discrepancia educativa	177
Tabla 39. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala depresión del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según discrepancia educativa	177
Tabla 40. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala índice de riesgo psicopatológico del índice de síntomas psicológicos y psicosómicos (LSB-50) según discrepancia educativa	178
Tabla 41. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento análisis lógico (CRIA)	181
Tabla 42. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento solución de problemas (CRIA)	182
Tabla 43. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento evitación cognitiva (CRIA)	183

Tabla 44. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento búsqueda de guía (CRIA)	184
Tabla 45. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva (CRIA)	185
Tabla 46. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento aceptación/ resignación (CRIA).....	186
Tabla 47. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento búsqueda de recompensas alternativas (CRIA).....	187
Tabla 48. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento descarga emocional (CRIA).....	188
Tabla 49. Diferencias entre las puntuaciones medias de la subescala de rol parental antes y después del tratamiento de programa <i>Respira</i>	190
Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	191
Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	192
Tabla 52. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	193
Tabla 53. Diferencias en las puntuaciones medias en inadaptación general antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	194
Tabla 54. Diferencias en las puntuaciones medias en inadaptación personal antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	195
Tabla 55. Diferencias en las puntuaciones medias en inadaptación escolar antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	196
Tabla 56. Diferencias en las puntuaciones medias en inadaptación social antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	197
Tabla 57. Diferencias en las puntuaciones medias en insatisfacción familiar antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	198
Tabla 58. Diferencias en las puntuaciones medias en insatisfacción hermanos antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	199

Tabla 59. Diferencias en las puntuaciones medias en discrepancia educativa antes y después del tratamiento del programa <i>Respira</i>	200
Tabla 60. Efectividad del programa <i>Respira</i> en las respuestas de afrontamiento según género	203
Tabla 61. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el test autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según la edad de los hijos.....	205
Tabla 62. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el test autoadministrativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según la edad de los hijos.....	206
Tabla 63. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según nivel de estudios de los hijos.....	207
Tabla 64. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según nivel económico	209
Tabla 65. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según nivel económico	210
Tabla 66. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según nivel económico	211
Tabla 67. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el test autoadministrado (TAMAI) según el nivel económico	212
Tabla 68. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el test autoadministrado (TAMAI) según el nivel económico	213
Tabla 69. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el test autoadministrado autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según antecedentes TDAH.....	215
Tabla 70. Efectividad del programa <i>Respira</i> en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según la discrepancia educativa	217
Tabla 71. Efectividad del programa <i>Respira</i> en la escala de calidad de vida familiar (ECVF) según la discrepancia educativa.....	218

Tabla 72. Efectividad del programa Respira en el test autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según discrepancia educativa	219
Tabla 73. Efectividad del programa Respira en el test autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según discrepancia educativa	220
Tabla 74. Efectividad del programa Respira en el test autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según la responsabilidad educativa	222
Tabla 75. Efectividad del programa Respira en el test autoadministrado (TAMAI). Diferencias en las medias del test autoadministrado multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según la responsabilidad educativa	223
Tabla 76. Efectividad del programa Respira en el test autoadministrativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI) según la responsabilidad educativa	224
Tabla 77. Análisis de correlaciones entre las subescalas del cuestionario LSB-50 y las variables del inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) pre, post tratamiento	228

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Distribución de porcentajes según género de los padres	141
Gráfico 2. Distribución de porcentajes según género de los hijos.....	142
Gráfico 3. Intervalos de edades de los padres e hijos	143
Gráfico 4. Distribución de porcentajes según estado civil de los padres.....	143
Gráfico 5. Distribución de porcentajes según el nivel de estudios de los padres..	144
Gráfico 6. Distribución de porcentajes según el nivel económico de los padres ..	145
Gráfico 7. Distribución de frecuencias según los antecedentes de TDAH en los padres	146
Gráfico 8. Distribución de porcentajes según la discrepancia educativa de los padres	147
Gráfico 9. Distribución de porcentajes según el diagnóstico TDAH en los niños	148
Gráfico 10. Distribución de porcentajes según la variable carga de responsabilidad educativa	149
Gráfico 11. Distribución de porcentajes según la variable de tratamiento psicoterapéutico. de los padres.....	150
Gráfico 12. Distribución de porcentajes según la variable tratamiento psicofarmacológico de los padres.....	150
Gráfico 13. Distribución de porcentajes según la variable de tratamiento psicoeducativo de los hijos.....	151
Gráfico 14. Comparación de los valores medios de la muestra con la puntuación mínima establecida para estimar valor clínico de las dimensiones de la Escala de Estrés Parental.....	154
Gráfico 15. Comparación de los valores medios de la muestra con la puntuación mínima establecida para estimar valor clínico en las dimensiones del cuestionario Índice de síntomas psicológicos y psicosomáticos (Listado de Síntomas Breve, LSB-50)	156

Gráfico 16. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Hostilidad. Del LSB-50.....	158
Gráfico 17. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Depresión del LSB-50.....	159
Gráfico 18. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Depresión del LSB-50.....	159
Gráfico 19. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Psicorreactividad del LSB-50.....	162
Gráfico 20. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Psicorreactividad del LSB-50.....	163
Gráfico 21. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Hostilidad del LSB-50.....	164
Gráfico 22. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Somatización del LSB-50.....	165
Gráfico 23. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Depresión del LSB-50.....	166
Gráfico 24. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Alteraciones del sueño ampliada del LSB-50.....	167
Gráfico 25. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.....	168
Gráfico 26. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Índice de Riesgo Psicopatológico del LSB-50.....	169

Gráfico 27. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Hostilidad del LSB-50	171
Gráfico 28. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Depresión del LSB-50	172
Gráfico 29. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.....	173
Gráfico 30. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.....	174
Gráfico 31. Comparación de las puntuaciones en Psicorreactividad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa	175
Gráfico 32. Comparación de las puntuaciones en Hipersensibilidad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa	176
Gráfico 33. Comparación de las puntuaciones en Ansiedad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa	177
Gráfico 34. Comparación de las puntuaciones en Depresión del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa	178
Gráfico 35. Comparación de las puntuaciones en Índice de Riesgo Psicopatológico del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.....	179
Gráfico 36. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Análisis Lógico medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)	182
Gráfico 37. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Solución de Problemas medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	183

Gráfico 38. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Evitación Cognitiva medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	184
Gráfico 39. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Guía medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	185
Gráfico 40. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	186
Gráfico 41. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Aceptación/ Resignación medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	187
Gráfico 42. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Recompensas Alternativas medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	188
Gráfico 43. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Descarga Emocional medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).....	189
Gráfico 44. Comparación de las puntuaciones medias de la subescala de satisfacción con Rol Parental medida por la escala de Calidad de Vida Familiar antes y después del tratamiento (6 meses).....	190
Gráfico 45. Comparación de las puntuaciones medias de Déficit Atencional medida por la escala de conducta de Connors antes y después del tratamiento (6 meses).....	191
Gráfico 46. Comparación de las puntuaciones medias de Trastorno de Conducta medida por la escala de conducta de Connors antes y después del tratamiento (6 meses).....	192
Gráfico 47. Comparación de las puntuaciones medias de Trastorno de Conducta medida por la escala de conducta de Connors antes y después del tratamiento (6 meses).....	193

Gráfico 48. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	195
Gráfico 49. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Personal medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	196
Gráfico 50. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	197
Gráfico 51. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Social medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	198
Gráfico 52. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Familiar medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	199
Gráfico 53. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Hermanos medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	200
Gráfico 54. Comparación de las puntuaciones medias de Discrepancia Educativa medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).....	201
Gráfico 55. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por el CRIA.....	204
Gráfico 56. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por TAMAI	205
Gráfico 57. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por TAMAI	206
Gráfico 58. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por CRIA.....	208

Gráfico 59. Comparación de las puntuaciones medias de Análisis Lógico medida por CRIA.....	209
Gráfico 60. Comparación de las puntuaciones medias de Búsqueda de Recompensas Alternativas medida por CRIA.....	210
Gráfico 61. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por CRIA.....	211
Gráfico 62. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Personal medida por CRIA.....	212
Gráfico 63. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI	213
Gráfico 64. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI	216
Gráfico 65. Comparación de las puntuaciones medias de Evitación Cognitiva medida por CRIA.....	217
Gráfico 66. Comparación de las puntuaciones medias de Satisfacción con el Rol Parental medida por ECVF.....	218
Gráfico 67. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por TAMAI	219
Gráfico 68. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI	220
Gráfico 69. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI	222
Gráfico 70. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Familiar medida por TAMAI	223
Gráfico 71. Comparación de las puntuaciones medias de Discrepancia Educativa medida por TAMAI	224

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	La repercusión de la inhibición comportamental en la función ejecutiva	60
Figura 2.	Déficit atencional e impulsividad se mantienen en el tiempo	62
Figura 3.	Protocolo de Actuación del TDAH CARM (2008).....	67
Figura 4.	Esquema conceptual Moos, afrontamiento.....	93
Figura 5.	Modelo de Abidin sobre el estrés parental.....	95

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Diferencias entre el DSM-IV y DSM-V	45
Cuadro 2. Cronología del TDAH	46
Cuadro 3. Características del TDAH en edad Infantil	63
Cuadro 4. Características del TDAH en la edad de la niñez	64
Cuadro 5. Características del TDAH en adolescente	64
Cuadro 6. Características del TDAH en adultos	65
Cuadro 7. Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad según el DSM-5	69
Cuadro 8. Trastorno hiperactivo según CIE-10	70
Cuadro 9. Escalas específicas y Entrevistas para Evaluación TDAH	72
Cuadro 10. Responsabilidades de la maternidad en relación al hijo o hija en la etapa infantil	91
Cuadro 11. Tipología de estilos educativos de Maccoby y Martin	98
Cuadro 12. Estudios sobre las dinámicas familiares del TDAH	101
Cuadro 13. Características de variables cualitativas sociodemográficas	121
Cuadro 14. Características de variables cuantitativas sociodemográficas	121
Cuadro 15. Características de variables cualitativas clínicas	122
Cuadro 16. Índices Generales LSB-50	125
Cuadro 17. Escalas y subescalas Clínicas LSB-50	125

ABREVIATURAS

ACNEAE: Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

AEPNYA: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

CIE-10: Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión.

CRIA: Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos.

DCM: Disfunción cerebral mínima.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición.

DSM-IV-TR: Versión revisada del DSM-IV, quinta edición.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición.

ECVF: La Escala de Calidad de Vida Familiar.

EEG: Electroencefalograma o registro de actividad dieléctrica cerebral a partir de electrodos dispuestos en el cuero cabelludo.

FEAADAH: Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad.

GEITDAH: Grupo de Especial Interés en el TDAH (Promovido y Financiado por Juste, filial española de Medice).

GPCM: Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes, publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010).

LIS (Lifetime Impairment Survey): Estudio de deterioro de por vida. Encuesta en internet desarrollada por un comité de psiquiatras y psicólogos para establecer el grado de impacto del TDAH en la vida de los niños, así como las áreas de la vida más afectada.

LSB-50: Listado de síntomas breve.

MTA: Estudio Multimodal de Tratamiento de niño con TDAH.

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence.

OMS: Organización Mundial de Salud.

PANDAH: Plan de Acción en TDAH (Promovido y Financiado por Shire).

PET: Tomografía por emisión de positrones.

RM: Resonancia magnética cerebral.

SAF: Síndrome Alcohólico Fetal.

SCT: Sluggish Cognitive Tempo (SCT).

TDAH (ADHD en inglés): Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

PSI: Parenting Stress.

PT: Plan training o plan de entrenamiento.

TAMAI: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN



1.1. PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, (en adelante utilizaremos la abreviatura TDAH), es **un importante problema de salud pública, debido a la alta prevalencia a nivel mundial** y a la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos (Brown, 2000; Miranda, Soriano y García, 2006). El rango podría variar del 2 al 18% de la población mundial (Hidalgo & Soutullo, 2011), situándose actualmente, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010), en torno a un 5% en edad escolar.

Se trata de un problema complejo que se manifiesta como una discapacidad invisible (Barkley, 2000). Su evolución depende, entre otros factores, de los contextos en los que se desenvuelve el niño provocando un alto coste personal, familiar, social y de salud (Martin, 2005; Cardo y Servera, 2008; Martínez-Raga y Knecht, 2012). **Las actitudes, conductas y respuestas psicológicas del entorno familiar influyen en la aparición, curso y evolución de los procesos relacionados con la pérdida de salud, por lo que existe un gran número de situaciones estresantes que despiertan en las familias con niños diagnosticados de TDAH reacciones emocionales negativas.** Las situaciones de casa relacionadas con momentos de exigencia escolar, reanudación de actividades son de especial interés para nuestro estudio, ya que se produce un desajuste emocional con frecuente pérdida de control de los padres, acompañado de manifestaciones ansiosas depresivas que contribuyen a un mal ajuste familiar (Oswald y Kappler, 2010; Benczick, 2000). Los niños con TDAH muestran notable afectación en la dimensión emocional y familiar respecto a su autoconcepto en comparación con los que no tienen el diagnóstico. (Bakker, Rubiales, 2012).

Hay que considerar que asumir el diagnóstico de un hijo con TDAH, es una experiencia nueva para la familia, un acontecimiento estresante que los padres perciben como una amenaza, daño, pérdida o desafío en función de sus recursos personales y de afrontamiento, ya que las conductas de los niños con TDAH provocan un impacto

negativo de estrés y agotamiento parental (Poeta, 2004), quedando pocos espacios para otros miembros de la familia (Anastopoulos, Guevremont, Shelton y DuPaul, 1992; Stone, 2000) y afectando a la calidad de vida (Billar, 2011). Existen investigaciones que demuestran el **alto riesgo de tensión e insatisfacción parental debido a los cambios de comportamiento y gravedad sintomática de los niños con TDAH** (Freixa, 1993; Johnston, 1996; Córdoba y Verdugo, 2003; Peroni y Cadena, 2015).

Trabajando el sistema parental, Abidin (1992) ha definido la importancia del rol parental, de los esquemas y expectativas parentales como mediadoras entre los estresores que experimentan, resaltando la repercusión negativa en la familia por el estrés percibido a nivel familiar. Las familias de los afectados con TDAH, **llevan un ritmo de vida que gira alrededor de la falta, la angustia, el castigo** y reaccionan en este sentido buscando a culpables cuando se produce un cambio no controlable dentro de la rutina del sistema familiar, como por ejemplo, cuando el niño comienza a mostrar signos de conductas perturbadoras (Barkley, 2000). Minuchin en su libro “Familias y Terapia Familiar” (1999), indica que **el equilibrio muchas veces se reestablece con la búsqueda de culpables**. En definitiva, los padres no poseen la destreza de emplear soluciones flexibles en situaciones complicadas (Landau y Milich, 1988) y perciben los conflictos como una amenaza, daño o pérdida debido a esa sensación de incompetencia. Esto genera en las familias de TDAH una alta reactividad emocional negativa ante dicha situación (Podolski y Nigg, 2001).

Dado que el trastorno de TDAH en los niños, puede **provocar en el entorno familiar estados emocionales disfuncionales, un medio de prevención y tratamiento son los programas de entrenamiento grupal para padres**, orientados, mediante el aprendizaje de técnicas de control de las situaciones de ansiedad y estrés, a mejorar la aceptación de la realidad psicológica y social que conlleva el convivir dicho trastorno.

Hay constancia de **estudios que demuestran la alta eficacia en la implementación de estrategias parentales** (Barkley, 1997, 2002; Miranda y Soriano, 2010) y **de programas con modelos de actuación que tienen como fin ayudar a reparar la pérdida de control tras el diagnóstico recibido y mejorar la convivencia en relación**

con el niño y con ellos mismos. (Giusti, 2000; Miranda y García, 2007; Miranda, Grau, Meliá y Roselló, 2008; Presentación, Pinto, Melia y Miranda, 2009).

Un estudio reciente sugiere que la preparación psicológica repercute en la ampliación del repertorio conductual y emocional de afrontamiento de las situaciones estresantes del TDAH en los familiares afectados (Theule, Wienery, Rogers y Marton, 2011). Actualmente, estudios sobre los niveles de estrés familiar como los de Oliva, Arranz, Parra y Olabarrieta (2013), nos indican que **puede existir una adaptación positiva en el desarrollo de los niños y niñas si se les provee de entornos libres de conflictos y estrés.** De ahí, la necesidad de diseñar un protocolo de actuación para aquellos padres que tengan hijos con TDAH, que cubra los beneficios de una intervención psicológica, facilitando estilos de afrontamientos más adecuados para una mejor adaptación a los conflictos interpersonales y situaciones estresantes.

En base a estos planteamientos, nuestra tesis se propone estudiar a padres y a niños con TDAH, con el fin de investigar cómo afecta emocionalmente a los padres las dificultades habituales de los hijos derivadas del TDAH, y los factores sociodemográficos y clínicos que pueden estar relacionados. Así mismo, el trabajo es una propuesta y estudio de un programa parental de intervención psicológica para mejorar el afrontamiento de los problemas cotidianos más frecuentes con el trastorno.

El programa que denominamos *RESPIRA* es fruto de la larga trayectoria de trabajo clínico y psicoterapéutico con familias que tienen miembros diagnosticados de TDAH, asociados e inscritos en la Federación de Ayuda al Déficit de Atención con Hiperactividad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE TDAH

Actualmente el TDAH es concebido como **un trastorno del neurodesarrollo** con un perfil de síntomas hereditarios, evolutivos, heterogéneos y de pronóstico diverso y variable que hace que el cerebro de los afectados actúe de forma diferente (The real voices report, 2014).

Las primeras crónicas sobre comportamientos similares al trastorno datan del Siglo II, donde el médico griego **Galeno de Pérgamo** **prescribía** un compuesto que contenía opio **“para calmar a los niños incansables”** y curar otras enfermedades (Fernández, 2004). No obstante, las descripciones más precisas las encontramos a finales del Siglo XVIII con **Sir Alexander Crichton**, médico escocés, quien en 1788 definió como síndrome el TDAH (Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha, 2010) en su libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”, recogiendo sintomatología similar al subtipo inatento de hoy día para describirlo como **“Mental Restlessness” (Agitación o Inquietud Mental)**. Años más tarde, en 1845, el médico psiquiatra **Heinrich Hoffmann**, escritor e ilustrador de cuentos, escribió la obra titulada “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas), un conjunto de 10 cuentos sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. Destacan dos casos de TDAH: **The Story of Fidgety Phil**, donde se **describe la sintomatología de Felipe el inquieto** y **The Story of Johnny Head-in-Air**, donde se relata el comportamiento perteneciente a un cuadro con TDAH **de tipo inatento** (Folgar, 2013).

ILUSTRACIÓN 1



Cita Página 34 de 275 (Hoffman, 1854, p. 64).

A partir del siglo XIX los comportamientos de los niños con TDAH eran descritos a nivel clínico e interpretados de diferentes maneras. Autores como el francés **Bourneville** en 1897, llamó **niños inestables** a aquellos que presentaban inquietud física y psíquica exagerada, actitud destructiva y, a veces, leve retraso mental (García, 2013). En Alemania, otros autores como **Demoor**, designaron el término **Corea Mental** para describir a niños que sufrían cambios bruscos a nivel emocional, déficits en la contención conductual y atención sostenida, reflejando una necesidad constante de movimiento (Demoor, 1901 citado en González y Villamizar, 2010). En Inglaterra, se pensó que los niños con estos perfiles de TDAH experimentaban desviación social y fue Sir George **Still**, pediatra inglés, quien hizo que en 1902, apareciera **la primera definición de TDAH** en la revista médica *The Lancet*. Para Still, los síntomas eran de origen físico y respondían a un fallo de control moral, reflejando una incapacidad para responder de forma adecuada a las demandas del entorno que finalmente atribuyó a una enfermedad neurológica y **que denominó como “defecto de control moral”**(Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2012). En España encontramos como los primeros referentes de los estudios del TDAH al psiquiatra infantil **August I Parera**, **describiendo la sintomatología** en niños y niñas (Vidal i Parera ,1908) y a **Gonzalo Rodríguez-Lafora atribuyendo un origen genético y condición psicopática de los afectados** (Rodríguez- Lafora ,1917; Bauermeister y Barkley, 2010).

Más adelante otros autores continúan apostando por una base orgánica del trastorno con diversas hipótesis:

- **Ebaugh** (1923) describe al TDAH como un **síndrome hiperkinético** justificando dicho síndrome como consecuencia de traumatismos craneales o encefalopatías.
- **Kahn y Cohen** (1934) describen el **síndrome de impulsividad orgánica** en niños que presentaban disfuncionalidad comportamental e hiperactividad con posible atribución a una disfunción del tronco encefálico.

Es a partir de la década de los 30, cuando se investiga de forma más profunda el uso de fármacos, dando lugar a uno de los hitos más destacados en la historia del TDAH a favor de las anfetaminas (Mayor y García, 2011). **Bradley**, en 1937, denominó **Síndrome de Conducta Orgánica** a los niños con cuadros de hiperactividad secundaria a encefalitis viral, al descubrir que la administración de unos derivados de anfetaminas (benzedrine) los mejoraba notablemente. En los años 40 continúan explorando sobre la etiología del trastorno. Acuñan el término de **Síndrome de Daño Cerebral Infantil** (Strauss y Kerphart, 1995; Strauss y Lehtinen, 1947) y empieza, entonces a entenderse el Síndrome como una alteración neurológica. No obstante, la falta de pruebas neurológicas lleva a catalogar al TDAH como una **Lesión Cerebral Mínima**, adquiriendo mayor éxito con la denominación **Disfunción Cerebral Mínima (DCM)**. Ésta última nomenclatura fue modificada por **Clements** en 1962 en las conclusiones de un symposium internacional celebrado en Oxford sobre estudios en neurología infantil. La DCM jerarquizaba la hiperactividad como síntoma dominante.

A partir de 1965 surgen nuevas formas de clasificar el TDAH a nivel internacional, entre otros trastornos mentales. Así, la segunda edición del **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-II** (APA, 1968) hace referencia al trastorno como **Reacción Hiperkinética de la Infancia** (o adolescencia).

En 1972, **empiezan a priorizarse los problemas atencionales** como síntomas dominantes. Influenciados por las investigaciones sobre el modelo atencional de **Virginia Douglas** (1972), clasificaron a los niños según la presencia de hiperactividad. **El DSM-III, divulga el término Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad** (APA, 1980). No obstante, la novena versión del sistema de clasificación taxonómico, denominada **CIE-9 (OMS, 1975) continúa con el término “Trastorno Hiperkinético en la Infancia”** y no recoge el déficit de atención que asume el manual de los psiquiatras norteamericanos. Sin embargo, a pesar de las validaciones de algunos autores sobre la representación de la hiperactividad (Carlson, 1986), **el DSM-III-R** (1987) eliminó la clasificación diagnóstica de niños con hiperactividad (TDAH +) y sin hiperactividad (TDAH-) y conceptualizando el trastorno con el nombre **“Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad”**.

Como última versión y teniendo presente que se está elaborando el CIE-11 para referirse a la onceava revisión, **la CI-10 (OMS, 1992) cambia la nomenclatura y reconoce el TDAH como Trastorno de la Actividad y de la Atención** dentro del grupo de “Trastornos del Comportamiento y de las Emociones”, en el subgrupo Trastornos Hiperkinéticos, que incluyen, a su vez a los Trastornos de la Actividad y de la Atención, al Trastorno Hiperkinético Disocial ,a otros Trastornos Hiperkinéticos y al Trastorno Hiperkinético sin especificaciones. El diagnóstico requiere la presencia de niveles inapropiados de inatención, hiperactividad e inquietud y que persistan en el tiempo así como que no sean dichos niveles causados por otro trastorno mental (World Health Organization, 1993).

En 1994 el **DSM-IV** impulsó nuevamente el concepto TDAH, **trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) e introdujo los subtipos reapareciendo las categorías diagnósticas del DSM-III**. Avanzan las investigaciones relacionadas con la etiología y continuidad en la adultez. En este sentido, Barkley subraya la evidencia empírica del déficit en el control inhibitorio en su modelo de impulsividad (Barkley, 1997). Y Wender, resalta la idea de que aquellos criterios diagnósticos propuestos para la infancia no eran evolutivamente apropiados como para apreciar la persistencia o continuidad en pacientes adultos (Wender, 1995).

En el **DSM-IV-TR (2000)** se **mantienen los criterios y subtipos del DSM-IV**, aceptando que los subtipos TDAH- HI Y TDAH-D podían evolucionar a TDAH-C y viceversa (Capdevila, Artigas y Obiols, 2006). Del mismo modo, el **DSM-5** publicado en mayo 2013, **comparte también como nomenclatura actual el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad**.

Estableciendo una comparativa con la cuarta edición, observamos cómo en el DSM-V se **mantienen los 18 síntomas resaltando**, no obstante, peculiaridades de inclusión y variación de algunos cambios como novedad, así como algunas consideraciones respecto a la edad adulta (Véase cuadro 1).

Cuadro 1. Diferencias entre el DSM-IV y DSM-V (APA, 2013)

DSM IV-TR	DSM-5
Trastornos de inicio en la infancia y en la adolescencia	Trastornos del Neurodesarrollo
Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador 1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad 1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. 2. Otro Trastorno Específico por Déficit de Atención con Hiperactividad. 3. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No Especificado.
No existe comorbilidad del TDAH con el espectro autista	Comorbilidad del TDAH con el espectro autista.
Presencia de síntomas antes de los 7 años.	Aumenta la edad máxima de inicio. Síntomas presentes antes de los 12 años en lugar de los 7 ya que se tienen en cuenta la alteración en el recuerdo con el aumento de edad.
Presentar 6 o más síntomas (tanto niños como adultos)	Reducción de 5 síntomas en la presentación para el diagnóstico en la edad adulta (a partir de los 17 años)

(Elaboración propia)

Por otra parte, **los subtipos de TDAH han sido sustituidos por Presentaciones clínicas** bajo el siguiente formato:

314.01 (F 90.2)-Presentación con predominante con falta de atención

314.00 (F 90.0)-Presentación predominante hiperactiva/ impulsiva.

314.01 (F90.1) -Presentación combinada.

Actualmente, continúan nuevas investigaciones sobre el TDAH concluyendo que **las personas con TDAH tendrán afectado a nivel cerebral las funciones ejecutivas**, que son las encargadas de organizar, planear y planificar las acciones futuras (**Barkley**, 2011; Barbosa, 2015). Otro de los grandes referentes sobre la literatura del TDAH, **Thomas Brown**, señala también una alteración en las funciones ejecutivas que responden a una incapacidad para la autorregulación de la conducta (Brown, 2010).

En la semiología del trastorno (Véase cuadro 2), se observa una cronología en la evolución del concepto, observándose como **la corriente europea se concreta con la CI-10 y la anglosajona (Gran Bretaña y EE.UU) con el DSM-V.** (Ros, 2014)

Cuadro 2. Cronología del TDAH

1847 Hoffman detalló los síntomas de su hijo en el cuento de "Struwwelpeter".
1902 Still comentó los defectos del control moral en la revista The Lancet.
1908 August Vidal I Parera puntualizó los síntomas en el Compendio de Psiquiatría infantil.
1917 Gonzalo Rodríguez- Lafora defiende que la inatención y la hiperactividad son por un problema cerebral de origen probablemente genético.
1920-1930 Hohman, Kant y Cohen dialogaron sobre una lesión cerebral humana.
1937 Bradley averiguó por accidente los efectos del tratamiento con benzedrina en niños.
1947 Strauss refiere al concepto de lesión cerebral mínima.
1962 Clements y Peters discutieron sobre el concepto disfunción cerebral mínima y aplicaron por primera vez el metilfenidato.
1968 El DSM II nombró como reacción hiperquinética de la infancia.
1978 La CIE-9 diagnosticó como Síndrome hiperquinético.
1987 El DSM III etiqueta como déficit de atención con hiperactividad.
1992 La CIE- 10 utilizó trastornos hiperquinéticos.
1994 El DSM IV introduce tres subtipos del TDAH.
2013 El DSM-5 pacta los criterios temporales y del adulto.

(Adaptado de PANDAH, 2013)

 Corriente anglosajona Corriente europea

1.2.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TDAH

Clínicamente, el trastorno se manifiesta por la presentación predominante de dos grupos nucleares de **síntomas con Predominio Inatento y con Predominio Hiperactivo/ Impulsivo** (DSM-V, 2013) y cuya persistencia, en muchos casos llega a la adolescencia y adultez (Lara et al., 2009). **Se asocia a una discapacidad** y a otros tipos de trastornos por el deterioro que ocasiona el déficit de atención y/ o hiperactividad-impulsividad (Mayor y García, 2011), **afectando en la adaptación escolar, social y familiar** (Lavigne y Romero, 2010).

Estos síntomas nacen en la infancia y **no responden a conductas reactivas por estresores ambientales** (Espina y Ortego, 2005) **ni a otros trastornos mentales, médicos, farmacológicos o tóxicos** (APA, 2013).

La atención, ha sido una de las funciones cognitivas más estudiadas en el TDAH y hoy día se sabe que los problemas atencionales repercuten no sólo en lo académico sino también en la esfera social (Benito, 2008). **La inatención** responde a situaciones de descuido, de olvido, de organización y de ejecución de tareas cotidianas por la distracción ante los estímulos irrelevantes y por aquellas tareas que requieren atención sostenida (APA, 1994, 2000 y 2013).

No obstante, la atención es variable y dependerá de la motivación que presente la persona ante la tarea. Actualmente, **la introducción de tareas motivantes en la evaluación del TDAH para comprender mejor el trastorno** (Lambek et al., 2010; Fenollar, 2014) **es de suma importancia ya que el uso de los refuerzos motivacionales en el TDAH, queda contrastado por los estudios de neuroimagen** (Plessen et al., 2006) **y por otros, respecto a los déficits en la transmisión de dopamina** (Tripp y Wickens, 2008). Un estudio reciente realizado por Seymour, Mostofsky y Rosch (2015) concluye, según resultados, como las tareas complicadas influyen en el control de la respuesta que emiten los niños con TDAH independientemente del género y cómo repercute en la fisiopatología del TDAH en niños y niñas.

No obstante, las voces más críticas, explican que no es tanto un déficit de atención como atención imperfecta ya que **existe la hiperconcentración y creatividad en las personas que lo padecen** (Sciencie tolos, 2008). He de añadir también, que la presentación inatenta restrictiva, o **TDAH-puro**, definido en trabajos clínicos como **niño lento, ensimismado** que experimenta problemas de atención se distingue como entidad con el nombre **Sluggish Cognitive Tempo (SCT)**, **y continúa en el campo de la investigación** (Lahey, Schaugheny, Hynd, Carlson y Nieves, 1987; Servera, 2012).

La hiperactividad como síntoma presenta una actividad excesiva, que sobrepasa los límites normales, de forma persistente, desorganizada sin relación a la tarea e inapropiada a la situación concreta (August, Braswell y Thuras, 1998). Se manifiesta en situaciones inadecuadas, por lo que suelen ser **etiquetados como rabo de lagartija, inquieto, nervioso e impaciente, disminuyendo el nivel de actividad en ambientes más tranquilos y con menor número de estímulos** (Fundació Sant Joan de Déu, 2010).

La sintomatología hiperactiva expresa los siguientes signos (Arnold et al., 1997; APA 2013):

– Movimientos frecuentes de manos y pies, removiéndose en su asiento (juguetea con los dedos o con pequeños objetos, se rasca o golpetea con los pies.....) y abandono del asiento cuando la situación lo requiere (suelen levantarse con frecuencia).

– Movimientos descontrolados, sin dirección en situaciones inadecuadas y con mayor número de sufrir más accidentes. Los afectados actúan como si tuviesen un motor mostrando dificultades incluso en el juego.

– Emiten mucho ruido (canturrean o emiten otros ruidos vocales); hablan en exceso y les cuesta dialogar, (más bien son monólogos, pasando de un tema a otro sin acabar el anterior).

La impulsividad determina la dificultad para inhibir impulsos, mostrando un **déficit en el autocontrol a la hora de inhibir conductas inadecuadas**. Se hace referencia a dos tipos de impulsividad, una cognitiva y otra motora, tal y como queda señalado en algunos estudios de autores como White et al., 1994; Bornas y Servera, 1996; Servera, Bornas, y Moreno, 2001; Schachar et al., 2007):

– En la primera, personas con **impulsividad cognitiva, (a través de la dimensión flexibilidad-impulsividad, estilo cognitivo R-I)** no dedican tiempo en sus trabajos para corregirlos o revisarlos, presentando pocas destrezas en la resolución de problemas y cometiendo muchos errores en tareas poco motivantes por la rapidez a la hora de ejecutarlas (Quintero, Correas y Quintero, 2009). Esta impulsividad se asociaría al subtipo **Presentación predominante de atención del TDAH bajo el contexto del aprendizaje.**

– En la segunda, personas con **impulsividad motora**, manejan mal la rabia, y estallan en estados de ira sin pensar en las consecuencias, con respuestas agresivas, desobedientes y conductas mentirosas. Esto sucede cuando se ven contrariados, muchas veces, por la búsqueda de satisfacción inmediata. Esta impulsividad se asociaría al

subtipo **Presentación predominante hiperactivo/ impulsivo asociado a la falta de autocontrol motriz y con una mayor propensión al trastorno negativista-desafiante.**

– No obstante, Nigg (2001) diferencia un tercer tipo de impulsividad, **la impulsividad social, manifestada por la inadaptación a las normas grupales.**

En general, actúan sin pensar, con impaciencia, de forma rápida y con una toma excesiva de riesgos (Matza, Paramore y Prasad, 2005; APA, 2013). Paralelamente a las tres características clínicas mencionadas se asocian otras dificultades menos específicas, pero si importantes en cuanto que deterioran la capacidad de actuación del TDAH. Entre ellos, **destacan los déficits, en las habilidades sociales, en los aprendizajes, en el área emocional y la comorbilidad como síntomas secundarios.**

Numerosos estudios muestran la **dificultad interpersonal y baja competencia social** que vivencian los niños con TDAH que suele converger por lo general en conductas de rechazo por parte de sus compañeros (Pardos, Fernández-Jaén y Martín Fernández-Mayoralas, 2009). De hecho, hay estudios que corroboran que **los niños con TDAH son más rechazados por sus compañeros** (Pope, Bierman y Mumma, 1989) y obtienen poca valoración social (Calderón, 2003; Espinosa y Ortega, 2005). La causa parece responder a que no predicen las consecuencias sociales de las conductas y **cuentan**, por tanto, **con un menor número de estrategias e inadecuadas para solucionar conflictos** (Miranda, Presentación y López, 1994).

Los niños con TDAH **suelen “meterse en líos y meter a otros en líos”**, y les es difícil regular su respuesta ante la situación demandante (Soutullo y Díez, 2007) Parece ser, según algunos autores que los niños con TDAH **cometen errores al etiquetar las expresiones faciales por presentar un problema perceptual** (Pelc et al., 2006; Albert, López Martín, Fernández Jaén y Larretié, 2008).

Por otra parte, las **dificultades académicas** que presentan los niños con TDAH, los sitúa como **niños con necesidades educativas especiales** por presentar déficits en las funciones ejecutivas del cerebro y como consecuencia **bajo rendimiento escolar, retraso académico y abandono escolar** (Ley orgánica con número 295 para la mejora

de la calidad educativa LOMCE, nov 2013; Herrera *et al.*, 2003; Lewis, Cuesta, Ghisays y Romero, 2004; Sánchez Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010).

El niño con TDAH presenta dificultad para memorizar datos matemáticos, ortografía, fechas, cálculo mental y en general para seguir instrucciones. Muestra también **dificultad para recordar eventos**, no aprendiendo con facilidad del pasado ya que poseen un procesamiento superficial de la información y no llega almacenarse en la memoria a largo plazo (Armstrong, 2001). Un estudio de revisión determina que entre el 13 y el 33% **tienen alguna inhabilidad específica de aprendizaje** ya sea en lecto-escritura, en matemáticas, o en ambas (Barkley, 2003). De la misma forma, otro estudio, vincula la relación entre TDAH y la dislexia por compartir dificultades en las funciones ejecutivas relacionadas con la memoria y procesamiento de información, haciendo mención al componente genético y considerando que entre 8 y el 39% de niños con TDAH presenten Dislexia (Artigas-Pallarés, 2011). En general, los problemas con la lectura, expresión escrita, cálculo y otras dificultades de aprendizaje no especificadas, **repercuten en el fracaso escolar y autoestima del niño con TDAH** (Karande, 2005).

El desajuste emocional es otro de los síntomas asociados al TDAH, presentando baja tolerancia a la frustración, la labilidad emocional, disforia, baja autoestima y rechazo social, pudiendo llegar al aislamiento (Perote Alejandre et al., 2012) y a sufrir un **mayor número de acontecimientos estresantes con peor rendimiento en general** (Biederman et al., 1993; Jensen et al., 2001) La suma de todas las malas experiencias se acumulan en torno a un **sentimiento de indefensión** contribuyendo a una **frágil autoestima y autoconcepto negativo** (Espina y Ortego, 2005; McCormick, 2009).Las personas con TDAH destacan por un **estilo atribucional depresivo**, cuya inestabilidad afectiva repercute seriamente en la convivencia (Espina y Ortego, 2005).

En definitiva, el TDAH definido como **trastorno del neurodesarrollo** (DSM-V, 2013), queda **vinculado a un retraso en la maduración cerebral que raramente se presenta solo**. Existen diferentes problemas asociados según el síntoma dominante del subtipo que presente. El protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico por déficit de atención e hiperactividad de

la región de Murcia (2008), recoge que aquellos con predominio en síntomas de hiperactividad-impulsividad presentan un patrón de mayor grado de iniciativa social, pero de menor autocontrol en interacciones sociales, a diferencia de los sujetos inatentos. Emocionalmente se muestran inestables, con una mayor tendencia a tener asociado el trastorno negativista-desafiante y trastorno de conducta. Estudios de investigación reflejan que **hay un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de conducta en sujetos con TDAH con Predominio Hiperactivo-Impulsivo y el Combinado** (Molina, Smith, y Pelham, 2001) y de **desarrollar trastornos internalizantes** como los Trastornos Ansiedad en sujetos con Predominio Inatento (Barkley, 1997; Edlbrock, Rende, Plornin y Thompson 1995; Lahey et al., 1994; Yoshimasu et al., 2102).

En general se estima que **un 70% de los sujetos que padecen TDAH presentan comorbilidad con otros trastornos asociados** (Soutullo C., 2011) siendo **más frecuentes en edad adulta** (Kessler et al., 2006) y **con un perfil cambiante de síntomas complejos** (Brown, 2000). Este alto porcentaje es un dato importante ya que cuanto más tarde se intervenga, mayor riesgo de comorbilidad (Soutullo y Díez, 2007; Perote Alexandre et al., 2012) y a mayor comorbilidad más complejidad en los recursos terapéuticos.

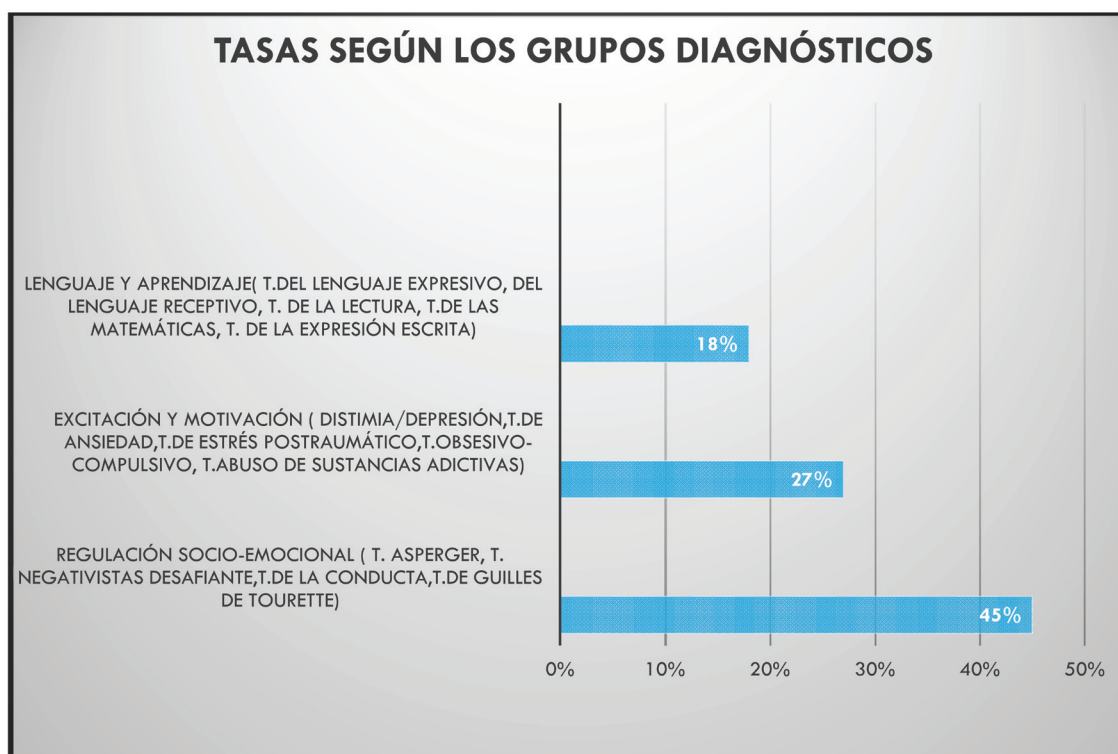
Algunos autores, refieren que la probabilidad de comorbilidad en el TDAH es debido a que se trata más de un síndrome que de un trastorno. (Biederman et al, 1992) Otros autores apoyan ésta línea y añaden que **existe un perfil clínico para pacientes con TDAH** y otras psicopatologías que responde a las características de ser varón, mayor edad, con un coeficiente intelectual bajo, nivel sociocultural bajo, antecedentes familiares de trastorno bipolar, trastorno depresivo y TDAH, con subtipo combinado que se inicia precozmente con sintomatología severa y de larga evolución pero con tratamientos tardíos (Perote Alexandre et al., 2012).

Según indican algunos estudios epidemiológicos, **los trastornos de conducta, de aprendizaje, los trastornos específicos del lenguaje y del estado de ánimo son las comorbilidades más frecuentes en niños y adolescentes** (Barkley, 2006, Miranda-Casas, García-Castellar, Meliá-de Alba, y Marco-Taverner, 2004; Díez, Figueroa y Soutullo, 2006; Artigas-Pallares, 2003; Albert et al; 2008).

Algunas investigaciones sitúan a los trastornos de comportamiento como los primeros en asociarse con el TDAH (Brown, 2000; Mannuzza, Klein, Abikoff, y Moulton, 2004; Soutullo, 2012), y otras de muestra española que sitúan a los trastornos de ansiedad como los primeros en relacionarse. La asociación del TDAH con otras patologías se da entre un 40 y un 80% de los casos (Álvarez, Soutullo, Díez y Figueroa, 2013).

No obstante, **la tasa de comorbilidad afectará y quedará unida a los problemas más disruptivos del medio familiar y/ o escolar, y variará dependiendo del tipo de muestra de la investigación realizada.** Así un estudio español reciente realizado en Valladolid, que utiliza la clasificación diagnóstica para el TDAH de Brown (Brown, 2006), informa de una mayor frecuencia en los trastornos de regulación socio-emocional con un 45% frente a los del grupo excitación-motivación con un 27% y a los trastornos de lenguaje con 18% respectivamente (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Tasas según los grupos diagnósticos asociados al TDAH



(Elaboración propia en base a los grupos diagnósticos para el TDAH según Brown y el estudio de Garrido, 2013)

1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL TDAH

El TDAH es un **trastorno transcultural**, que afecta a la persona independientemente del país, origen étnico cultural o su nivel socioeconómico. La **prevalencia del TDAH a nivel mundial afecta entre el 2 y el 12% de la población infanto-juvenil** (AEPNYA, 2010), todo ello a pesar de la gran variabilidad de resultados encontrados. Un estudio muy reciente analiza las investigaciones de los últimos 30 años, confirmando que la variabilidad en la prevalencia mundial se debe más bien a razones metodológicas que geográficas (Polanczyk, Willcutt, Salum y Keling, 2014). Utilizando criterios del DSM-V la prevalencia sitúa a los niños con TDAH en torno al 5% en edad escolar y con la CIE-10 en torno al 1,5% (López-Ibor y Valdés, 2002; WHO, 2010; Vicario y Esperón, 2008); en este sentido los métodos de evaluación diagnóstica utilizados, la fuente de información o el muestreo poblacional, parecen ser los factores influyentes en dicha variabilidad (García 2013, Soutullo, 2012).

Tabla 2. Prevalencia general del TDAH en población infantil según geografía

País	Autores y Año	Edad de los niños	Prevalencia
España (Madrid)	INE, 2011	-----	4
España (Castilla y León)	Rodríguez et al., 2009	-----	6,7
España (Mallorca)	Cardo et al., 2007	-----	4,6
España (Navarra)	García, López y Blasco, 2005	6-12	9
España (Alicante)	Ros et al., 2004	-----	3-5
España (Sevilla)	Bermujea y Mojarro, 1993	6-15	4-6
Arabia Saudí	Al Hamed, 2008	6-13	16
Brasil	Vasconcelos et al., 2003	6-15	17
Colombia	Cornejo et al., 2005	4-17	16
Estados Unidos	Akinbami, 2011	5-17	7-9
Francia	Lecendreux et al., 2011	6-12	3.5-5.5
Islandia	Gudjonsson et al., 2013	14-16	5,4
India	Ajinkya, 2013	6-11	12
Reino Unido	McCarthy, 2012	6-12	5-9

(Adaptada de Ros, 2014)

En cuanto a las razones geográficas señalar que uno de cada 20 niños o adolescentes en edad escolar son diagnosticados de TDAH en Europa (Polanczyk et al., 2007; Ros, 2014). En España, la prevalencia se sitúa en un 6,8% en población infanto-juvenil, siendo mayor la prevalencia en varones que en mujeres con proporciones oscilantes del 2:1 al 4:1 (Catalá-López et al., 2012). Autores como Ros et al. (2004) muestra un estudio regional con datos similares señalando entre el 3-5% en la Comarca del Bajo Segura de la provincia de Alicante (Véase Tabla 2).

En estudios de investigación observamos como **el subtipo combinado afecta al 52% de los diagnosticados frente 35% y 13% de subtipos inatento e hiperactivo, respectivamente** (Barbareasi et al., 2004; Rhode et al., 2000).

El TDAH es más frecuente en varones que en mujeres (Barkley, 2011). Como hemos comentado, las prevalencias varían según las muestras utilizadas en los estudios de investigación. Se estima de una ratio hombres-mujeres de 2: 1 y 6:1 si hablamos de muestra general (López Soler, Belchí y Romero Medina, 2013) Según una revisión de estudios que llevaron a cabo Hidalgo y Soutullo, (2008) la relación niño/niña varía, desde 6/1 a 3/1. En otros estudios, apreciamos una proporción menor en el subtipo inatento frente al hiperactivo-impulsivo (2:1 vs 4:1) **señalándose un infra diagnóstico a nivel general en el sexo femenino** (Soutullo, 2012). Como hipótesis, las niñas podrían representar un 75% de perfil inatento con menor hiperactividad y conductas desafiantes, pasando más desapercibidas a pesar de presentar mayores cuadros de ansiedad (APA, 2004). Comparadas con los niños, tienen menor comorbilidad con el trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, del aprendizaje y la depresión pero mayor con los trastornos de ansiedad (Quintero et al., 2009). En cambio, en adultos, la diferencia es de dos a uno. Otros estudios con muestras clínicas evidencian un aumento de prevalencia en población pediátrica, del 6: 1 y 9:1 (Arnold, 1996; Staller y Faraone, 2006).

En cuanto a la edad, la prevalencia más notoria la encontramos en edad escolar entre los 6-9 años (Gershon, 2002) aunque la sintomatología empieza manifestarse en edad preescolar. Asimismo, observamos en la Tabla 3 estimaciones en la sintomatología, de cómo persiste en la adolescencia en el 60-85% de niños diagnosticados con TDAH

(Ramos-Quiroga, 2009). Por otra parte, son pocos los datos epidemiológicos de los que disponemos en población adulta, en cuanto a los estudios sobre la prevalencia. La prevalencia del TDAH en adultos se ha intrapolado a partir de estudios longitudinales de niños con TDAH seguidos hasta la edad adulta. Tomando como reseña la prevalencia general puntualizada en el DSM-V **la cifra estimada en la adultez gira en torno al 2,5% (APA, 2013).**

La historia demuestra su existencia con los primeros estudios longitudinales en 1970, otorgándole legalidad científica como entidad diferenciada de otras afecciones del adulto. Así el DSM-III (APA, 1980) hace referencia a sus síntomas bajo el nombre Síndrome Residual, describiendo el perfil sintomático del TDAH en aquellos adultos que sufrieron trastorno en su infancia, concretamente un tercio de ellos, según la edición revisada de este texto, DSM-III-R (APA, 1994). Los primeros datos sobre la prevalencia en adolescentes y adultos aparecen con el Manual (DSM-IV) reconociendo su existencia, en el año 2000 con la DSM-IV-TR.

Un meta análisis sobre estudios de prevalencia realizado en el 2009 sobre adultos indica una media del 2,5 por ciento de la población general (Simón et al., 2009). Otros estudios encuentran variaciones en la prevalencia, dependiendo de los criterios utilizados para el diagnóstico (Quintero et al., 2009).

Estudios recientes sobre la prevalencia del TDAH en adultos se estima en torno al 3,4 %, siendo mayor en países de mayor ingreso y cercanía, tal y como muestra la Tabla 3 a la población de Kessler y cols., 2006 vs (Fayyady et al., 2007).

En España hay estudios que demuestran que el 68% de los que padecieron TDAH en su infancia, mantenían el patrón diagnóstico en la edad adulta (Ros et al., 2004). Otros estudios como los de Biederman y Faraone (2005) subrayan también la persistencia del cuadro completo en la mitad de los casos a los 18 a 20 años. Según Brown (2003), la disminución de la sintomatología hiperactiva con la edad puede explicar la concepción anterior de que el TDAH desaparece en la adultez si se considera sólo los síntomas conductuales.

Tabla 3. Estudios de Prevalencia del TDAH en Adultos

Autor	Tamaño muestra	Población	Prevalencia	Criterios TDAH
Weyandt et al., 1995	770	Estudiantes	2,5%	DSM-III-R
Murphy and Barkley, 1996	720	Conductores	4,7%	DSM-IV
Helligenstein et al., 2001	448	Estudiantes	4,0%	DSM-IV
DuPaul et al., 2011	79	Estudiantes	2,9-3,9% (1)	DSM-IV
Kessler et., 2006	3.199	Población general	4,4%	DSM-IV
Kooij et al., 2005	1.813	Población general	1,0-2,5%	DSM-IV
Faraone and Biederman, 2006	966	Población general	2,9%	DSM-IV
Fayyad et al., 2007	11.422 (2)	Población general	3,4%	DSM-IV
De Graff et al., 2008	7.075	Trabajadores	3,5%	DSM-IV

(Adaptada de Quiroga, 2009)

NOTAS ACLARATORIAS

1. 2,3% en varones y 3,9% en mujeres
2. En este estudio se incluyen también sujetos (Kooij et al., 2005)

Además, hay otros estudios que señalan que la proporción entre sexos a estas edades llega a igualarse (Fernández, 2011) y que su evaluación se debe más bien a las manifestaciones clínicas que presentan los sujetos, sin estar tan ligado al sexo masculino (García, 2013). Así corroboran otros estudios contrastando que el 30% de los que lo padecieron en su infancia presentan el síndrome completo (Lara et al., 2009; Willens y Spencer, 2010).

La detección no es fácil, ya que muchos TDAH han aprendido estrategias compensatorias y otros TDAH, sin embargo, presentan otro trastorno que dificulta su diagnóstico (Benito, 2008)

1.2.4. ESTUDIOS SOBRE EL ORIGEN DEL TDAH

Las hipótesis sobre el origen del trastorno hacen referencia a múltiples causas por lo que podríamos considerar que el TDAH es un **trastorno multifactorial y heterogéneo**

que no responde a una única causa para la explicación del mismo, sino más bien a una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan con factores ambientales (Herreros Rubio, Sánchez y Gracia, 2002; Miranda, Muskat y Mello, 2013).

En nuestro estudio **destacamos el papel de la biología en el proceso de interacción de ambos, ya que la presencia de TDAH en los padres parece contribuir al disfuncionamiento familiar por presentar un mayor índice de estrés** (Ryan 2002). No obstante, consideramos el hecho de que los factores ambientales actúan como desencadenantes en niños biológicamente vulnerables, y que éstos últimos puedan aparecer en los diversos momentos del desarrollo, afectando a la adaptación de las familias con TDAH.

La evidencia científica establece que el coeficiente de heredabilidad del TDAH es del 0,76. Dicho de otro modo: el 76% de los casos de TDAH son causados por influencia genética. (Soutullo y Díez, 2007). **En los TDAH podrían intervenir unos genes defectuosos**, reflejándose una inmadurez en la neurotransmisión cerebral de los mismos (Calderón, 2003). La causa parece residir en un fallo en los circuitos cerebrales debido a carencia de sustancias neuroquímicas, como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, por lo que conlleva un cambio en el foco de atención y en la regulación emocional (Soutullo et al., 2011; Faros, 2013). Otros estudios se centran en **investigaciones familiares**, indicando la **alta heredabilidad familiar**. Y los estudios de adopciones y de gemelos corroboran que es mayor la presencia del cuadro diagnóstico en los familiares biológicos con TDAH que en los familiares adoptivos (Bernaldo de Quirós, 2000; Ramos-Quiroga et al., 2009; Ramos-Quiroga et al., 2013), y que existe una concordancia para la presentación del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos (Hidalgo & Soutullo, 2008). Además, otros autores añaden que **el patrón de Inatención es más heredable que el Hiperactivo/Impulsivo** (Cornejo et al., 2004; Goodman y Stevenson, 1989; Sherman, MCGue e lacono, 1997).

Hay estudios que evidencian una inmadurez cerebral de dos años de media y una demora en alcanzar el pico del grosor cortical (Shaw et al., 2008). En estudios de

neuroimagen funcional, mediante RM y tomografía por emisión de positrones (PET), observamos un **menor tamaño en diferentes áreas cerebrales en personas con TDAH** en adultos (Matochik et al., 1993), adolescentes (Zametkin et al., 1993) y niños (Ernst et al., 1999). También apreciamos un **menor tamaño en los ganglios basales y del núcleo caudado desapareciendo las anomalías de éste último con la edad** (Faros, 2011).

En esta línea, **resaltamos también la biología del cíngulo en el TDAH**, ya que el cíngulo anterior tiene una parte que regula la atención y en su parte más anterior, por delante del cuerpo calloso, normaliza la afectividad; no obstante la delimitación de ambos sectores no es clara y esto **podría explicar la frecuente impulsividad afectiva en los TDAH y la existencia de muchos problemas, sufriendo en este sentido muchas tormentas emocionales**. En dicho contexto, y para finalizar, podríamos resumir que la corteza prefrontal estaría implicada en la regulación de la atención y del humor (Soutullo y Díez, 2007).

Las **causas ambientales** tienen su raíz en las lesiones cerebrales originadas durante el embarazo y en los primeros años de vida. Así apuntan las primeras investigaciones realizadas con crías de ratas (Speiser et al., 1983) y monos (Shechzer et al., 1973), que nacieron muertos por asfixia y donde se corroboró hiperactividad y déficits de atención en sus organismos. Entre estas causas prenatales, podríamos señalar los **niños con bajo peso al nacer** y que manifiesten indicios de lesión en la sustancia blanca (Whitaker et al., 1997), **que la madre consuma tabaco durante el embarazo** (Milberger et al., 1997), **alteraciones cerebrales** (encefalitis) o **traumatismos craneoencefálicos, exposición a niveles elevados de plomo o zinc** (GPCM, 2010; Needleman et al., 1996) y **el uso de determinados fármacos** (benzodiazepinas, anticonvulsivantes).

Estudios recientes indican que hay mayor riesgo de padecer TDAH **en sujetos con el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)** (Greenbaum, Stevens, Nash, Karen y Ravet, 2009).

Los factores psicosociales pueden influir en la expresión del TDAH en la interacción biológica-ambiente, desempeñando un papel relevante de cara a

la intervención (Quintero et al., 2011). Algunos investigadores dirigen la mirada a estudios contextuales, informando de una mayor cantidad de problemas a razón de dinámicas negativas que, al parecer, aumentan al tratarse de adolescentes desafiantes (Martínez Segura, 2010). Del mismo modo, los niños que están internados o bien que son adoptados presentan mayor riesgo de padecer el TDAH, aunque no está muy claro si esto es producto de factores genéticos, falta de estimación, problemas de vínculo afectivo, o ambos factores combinados (Martínez-Segura, 2010). **La inestabilidad familiar, los problemas con los iguales, la paternidad y la crianza inadecuada, las relaciones negativas entre padres e hijos, la ruptura de vínculos, las adopciones y el bajo nivel socioeconómico son algunos de los factores de riesgo que aumentan, por una parte, la probabilidad de padecer TDAH en sujetos con predisposición biológica, y que, por otra, influyen en el curso evolutivo y en el pronóstico del trastorno** (Vicario y Santos, 2014).

Existen muchas teorías que han intentado explicar la etiopatogenia del TDAH, su evolución, diagnóstico y tratamiento (Orjales, 2000). De los modelos más destacables e influyentes en las recientes investigaciones del TDAH, he de destacar:

El Modelo Atencional de Virginia Douglas (1970), que estudia la medición de la capacidad de atención sostenida, así como en el control a la hora de responder en el rendimiento de tareas en ausencia de reforzadores externos.

El modelo de autorregulación de Barkley, donde expone que los niños con TDAH (véase figura 1) reflejan problemas con el control a la hora de valorar las consecuencias de una conducta y de reconducir la misma para obtener mejores resultados, al igual que en la renuncia de pequeñas recompensas inmediatas para la consecución de metas. Por tanto, podríamos razonar que el retraso madurativo del cerebro de unos 2-3 años sea el responsable de una capacidad funcional inferior respecto a los de su edad, lo que provoca disfunciones en los mecanismos de control ejecutivo e inhibición del comportamiento (Barkley, 1997; Barkley, 2006; Lavigne y Romero, 2010).



Figura 1. La repercusión de la inhibición comportamental en la función ejecutiva.

Asimismo, a diferencia del modelo de Barkley, que prioriza la inhibición conductual como la base de las funciones ejecutivas, de las cuales dependerán otras funciones superiores y que solo se aplica al TDAH combinado (síntomas hiperactivos e impulsivos), **Thomas Brown** (con su modelo sobre bloques de la función ejecutiva) en el libro “the unfocused mind in Children and Adults”, editado en el año 2006, **postula que el niño con TDAH puede reclutar su capacidad de atención cuando está motivado** y propone seis bloques (activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción) que engloban la función ejecutiva, siendo ésta parte del mecanismo de autorregulación del encéfalo. Revalida que el TDAH realmente responde a un problema químico en la dinámica del cerebro. Así cuando se percibe una situación de amenaza o de gratificación inmediata, la persona con TDAH llegará a ser capaz de modular su acción, lo que a nivel químico se traduciría en una liberación de dopamina y/o noradrenalina por parte del sistema límbico para la activación de las respuestas oportunas (modulación comportamental). En definitiva, para Brown, la inhibición conductual sería consecuencia de la suma de múltiples funciones ejecutivas, de interacción e interdependencia, independientemente del tipo del TDAH, siendo, por tanto, el deterioro de la función ejecutiva la base del trastorno.

En la actualidad, autores como César Soutullo Esperón y María Jesús Mardomingo Sanz, (2010) **defienden el modelo motivacional** en el *Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente*, en cuanto a que el sujeto no es capaz de diferenciar comportamientos

adaptativos y desadaptativos, asociados a la recompensa y al castigo, respectivamente. Así mismo, se han incorporado los **factores afectivos** en la explicación del trastorno (Morais, 2014).

Existen muchos mitos, pero **no hay evidencias científicas de que**, por ejemplo, **las intoxicaciones alimentarias, el uso de azúcar, colorantes o aditivos alimentarios sean las causas del origen del TDAH** (Conners, Goyette, y Newman, 1980; Wolraich Wilson y White, 1995). A pesar de la inexistencia causal en la relación entre la forma de vivir y el TDAH, parece ser que la sociedad actual está contribuyendo en la disfuncionalidad del TDAH con la presentación de tanto refuerzo inmediato como el uso de video-juegos, Internet, etc. (Peña y Montiel-Nava, 2003).

1.2.5. EL CURSO EVOLUTIVO DEL TDAH

Sabemos que solo es posible hacer estimaciones más precisas para conocer la edad de inicio del trastorno a partir de la información retrospectiva ofrecida por los padres (Green, Loeber, Lahey, 1991) a diferencia de la información obtenida por las personas afectadas por el trastorno.

El inicio del TDAH comienza en los primeros años de vida. La anamnesis de un TDAH recoge información sobre movimientos fetales exacerbados y bebés descritos como irritables con problemas de sueño y alimentación, a los que posteriormente se suman los problemas de control de esfínteres, del habla y de coordinación motriz, provocando estrés en los padres de los niños con TDAH (Hartough y Lambert, 1985; Rajeev y Riaz, 2003; Grau 2007).

Existen científicos que apuestan por una cronicidad y persistencia del trastorno (Keller et al., 1992) según el porcentaje de prevalencia en la vida adulta, aunque hay muy pocos estudios que evidencien la cronicidad del mismo. En un meta-análisis «Genetics of ADHD, Hyperactivity, and Attention Problems» realizado por Derks, Hudizak y Boosman en el año 2009, los autores **advierten de que la persistencia del trastorno es**

baja conforme va evolucionando el sujeto, pero que dicha persistencia varía entre el 40 y el 60% si se tiene en cuenta la sintomatología.

Recientemente, otro estudio realizado por Karam et al. (2015) proponen la estabilidad de síntomas con la edad, confirmando que un tercio de la muestra no conservó el diagnóstico completo según los criterios del DSM-IV en el seguimiento en la adultez. También sugiere que la remisión completa es menos común en la infancia y debe ser considerada en casos de adultos.

En cuanto a la forma de manifestarse, y en esta misma línea, habrá que considerar que **la hiperactividad disminuye cuando el niño entra en el período de la adolescencia**, pero el déficit atencional y la impulsividad se mantienen a lo largo de su ciclo vital, con una gran repercusión en la esfera laboral de adultos con TDAH (Ramos-Quiroga et al., 2009; Fundació Sant Joan de Déu, 2010). (Véase en la Figura 2).

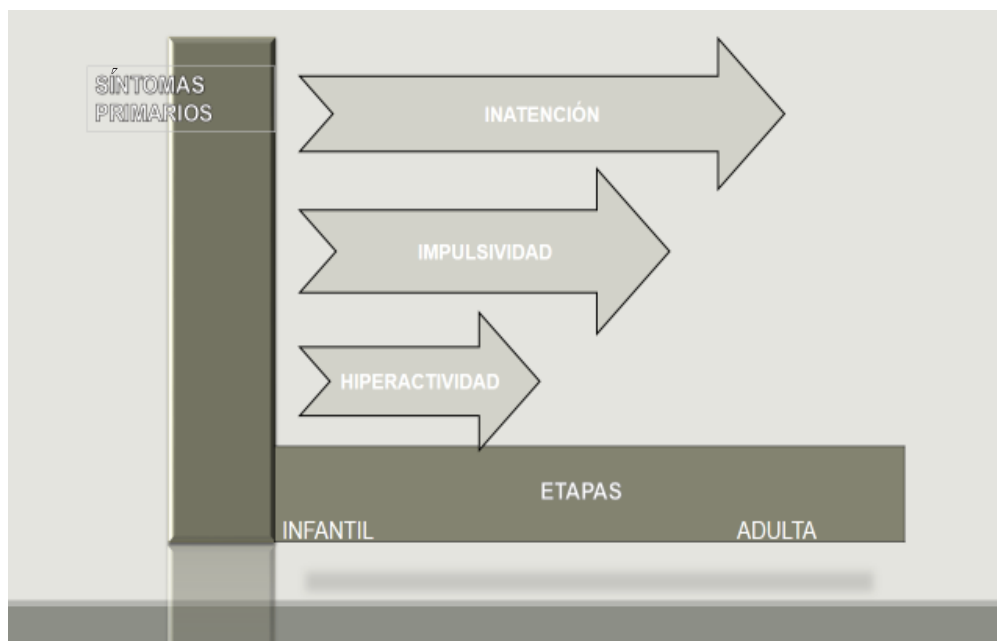


Figura 2. Déficit atencional e impulsividad se mantienen en el tiempo

La gravedad y cronicidad del trastorno dependerá más de la sintomatología que presente, siendo la atencional la que más se mantenga en el tiempo, aun siendo subtipo combinado el diagnóstico más frecuente (Hurting et al., 2007; San Sebastián, Soutullo y Figuerona, 2010).

Estudios nos indican cómo el 80% de las personas con TDAH continúan padeciendo los síntomas en la adolescencia, de los cuales un tercio cumple con los criterios del trastorno (Klein et al., 1991; Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y LaPadua, 1998; Biederman et al., 1996; Biederman et al., 1998). Otros estudios, señalan que se mantendrán síntomas propios del trastorno o padecerán el mismo entre un 30 y un 65% de los pacientes (Bierderman et al., 1996; Biederman et al., 1998; Weiss et al., 1985). Según Soutullo (2008) **el hecho de que un tercio mantenga el trastorno o parte de la sintomatología del cuadro psicopatológico nos hace considerar la cronicidad del trastorno.**

Otros estudios corroboran porcentajes similares de una tercera parte en cuanto a la continuidad de la sintomatología de los menores con TDAH en la edad adulta, añadiendo que el 20% de los mismos tendrá comportamiento antisocial (Swason et al., 1998).

La persistencia del TDAH ha de considerarse según la etapa evolutiva en la que se encuentre el sujeto, ya que la manifestación clínica variará. En los cuadros 3, 4, 5 y 6 observamos como las características del trastorno según la etapa escolar que presente origina dificultades de aprendizaje y necesidades educativas especiales (Joselevich 2000). También se expone una breve explicación de las influencias de las características generales en base a la etapa evolutiva del ciclo vital, exponiéndolas a continuación (Conners et al., 2001):

Cuadro 3. Características del TDAH en edad Infantil (0-5 años)

No siguen las instrucciones
Molestan y estorban compañeros
Les cuesta estar sentados
Reclamantes en interacción social
Variación Temperamental. Cambios de juego
Muestran impaciencia al esperar su turno y con dificultad para compartir
Agresividad y rechazo por compañeros

(Adaptado de Martínez-Segura, 2010)

En edad infantil tienen problemas con el sueño o la alimentación, dando lugar a llantos frecuentes. La inquietud motora es notoria, y con frecuencia demandan la atención de los padres de forma negativa y con rabietas de una mayor duración, frecuencia y severidad que los niños sin TDAH. El retraso del lenguaje y dificultad para acabar tareas así como la propensión a sufrir accidentes y a jugar de forma más destructiva, son comunes en esta etapa.

Cuadro 4. Características del TDAH en la edad de la niñez (6-12 años)

No escucha. Baja autoestima.
Molesta compañeros en tareas académicas
Responde antes de saber la cuestión
Responde mejor ante estímulos novedosos
Mejoran en las relaciones de uno a uno con el adulto
La falta de reflexión les lleva a no planear y a repetir los mismos errores
Tareas escolares incompletas. Problemas de aprendizaje
No reconoce errores, proyectan en el otro el error culpándoles del problema
Sin estrategias ni método para la organización y hábito a la hora de estudiar

(Adaptado de Martínez-Segura, 2010)

En esta etapa, la distracción cobra relevancia, no acabando las tareas por la dificultad en el mantenimiento de la atención, y convirtiéndose, en ocasiones, en el payaso o el gracioso de la clase por los déficits sociales y emocionales que presenta.

Cuadro 5. Características del TDAH en adolescente (12-18 años)

Desafío a la autoridad e incumplimiento de normas
Conducta irresponsable
No organizan tareas ni planifican el trabajo.
Continúan con problemas de atención e impulsividad
Incremento de problemas anímicos

(Adaptado de Martínez-Segura, 2010)

En la adolescencia, la hiperactividad disminuye a pesar de mantenerse esa inquietud que da lugar, por las características de la etapa y sintomatología impulsiva del trastorno, a conflictos con figuras de autoridad, a un exceso de conducciones con multas y a accidentes, así como a una falta de motivación y labilidad emocional.

Según Isabel Orjales (1991), la forma de relación de los docentes con el sujeto TDAH varía dependiendo de la etapa en la que se encuentre con una mejor comprensión sobre el trastorno en las edades infantiles.

Cuadro 6. Características del TDAH en adultos

Cambios de trabajos, cambios de pareja, inestabilidad en las relaciones personales, accidentes, alcohol, drogas y otros trastornos mentales.
Problemas de atención, impulsividad

(Elaboración propia)

En esta etapa, un hallazgo importante son los olvidos y las pérdidas que sufren a consecuencia del trastorno (Conners Epstein y Johnson, 2001). No obstante, muchos sujetos con TDAH aprenden a compensar sus déficits, especialmente si su nivel de inteligencia es alto (Montano, 2004). Otros autores argumentan que la baja tolerancia a la frustración les lleva a vivir frecuentes cambios de trabajo, de pareja o de vivienda (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish 1990; Quintero et al., 2009).

Finalmente, **el pronóstico de la persona con TDAH variará dependiendo de la evolución sintomática que presente el cuadro**, con un mejor pronóstico en los casos en los que predomina más la inatención, ya que muestran conductas más adecuadas, frente a los que presentan más hiperactividad e impulsividad (GPCM, 2010). De modo que la sintomatología externalizante incrementará el riesgo de coexistir con otros trastornos psiquiátricos por comportamientos antisociales, problemas sociales y de relación con iguales y trastorno de conductas (Taylor, Chadwick, Heptinstall y Danckaerts, 1996). No obstante, entre los factores que influyen en la persistencia de la continuidad del TDAH estaría la alta hiperactividad/impulsividad desde los inicios del trastorno, los

antecedentes de dicho trastorno en los progenitores, los trastornos comórbidos presentes, la depresión materna, las dinámicas de interacción negativas entre padres e hijos y el desacuerdo parental acerca del abordaje en el tratamiento comórbido (Quintero et al., 2009). Otro estudio refiere como factores no favorables para la evolución del TDAH la afectación severa y prematura, el bajo nivel intelectual, el pertenecer a una familia de clase muy alta o baja, el lugar del hogar, estilos inapropiados de crianza, los cambios de colegio, el escaso control parental, el abuso de sustancias, la excesiva agresividad así como la incompetencia en el rol que desempeñe, el no estar orientado profesionalmente, la elección de pareja inadecuada y la presencia de otros trastornos comórbidos (Pascual-Castroviejo, 2009).

Por lo tanto, el curso y pronóstico del TDAH dependerá del tratamiento que se reciba y del tipo de interrelación que se establezca con el entorno (Madrid Conesa, 2007). La detección precoz es clave, tal y como nos indica la Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (GPCM, 2010) y se recomienda una especial atención en poblaciones de riesgo (Spencer, 2006).

1.2.6. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL TDAH

Según el Grupo de Especial Interés en el TDAH (GEITDAH), formado por psiquiatras expertos en población infantil de toda España, señala que el cribado del TDAH es fundamental para la evaluación psicopatológica (Montañés-Rada et al., 2010). La evaluación requiere además de informes de otros profesionales, de un observador independiente (Brown, 2000) y de otras pruebas objetivas y específicas que ayudan en el proceso de la valoración clínica del TDAH. El diagnóstico en la práctica clínica está basado en la sintomatología dimensional que presenta el sujeto, recogida tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, y destacando como imprescindible la observación en la frecuencia e intensidad de la misma, que quedarán contrastadas con las conductas de sujetos normativos a lo largo del continuo poblacional (Montague & Castro, 2005).

La visión interdisciplinar de los distintos profesionales ayuda a disminuir los sobrediagnósticos y a evitar también las etiquetas prediagnósticas al introducir en el abordaje del TDAH los informes complementarios de los psicólogos escolares y clínicos (Mas, 2009), tal como refieren las guías de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) y de la American Academy of Pediatrics (2001), y otros protocolos como el de la Región de Murcia que coordinan las actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDAH desde la Conserjería de Educación, Ciencia e investigación y la Consejería de Sanidad y Consumo de la CARM (Carm, 2012). (Véase Figura 3).

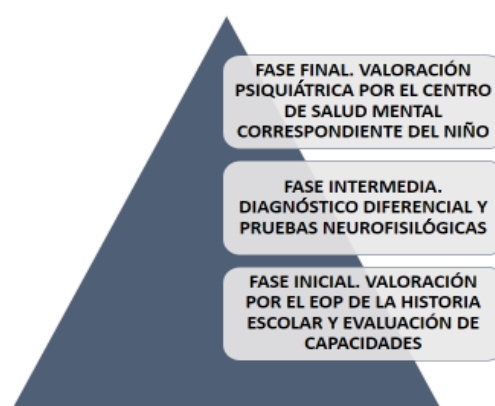


Figura 3. Protocolo de Actuación. CARM (2008). Elaboración propia

Así, en niños correctamente diagnosticados y tratados, podemos prevenir y reconducir las complicaciones. De hecho, en el servicio de salud de la Comunidad Autónoma de Murcia se consigue una mejoría de hasta el 80% de cada niño y familia con TDAH (Espinosa et al., 2006). Por lo tanto, **para recabar la información y proceder a realizar un diagnóstico comprensivo es necesario proceder a las entrevistas, escalas y otros instrumentos de evaluación como herramientas diagnósticas** (Servera, 2012).

La entrevista clínica es una herramienta fundamentada en las siguientes búsquedas informativas (Clavel, Carballo, García, Moreno y Quintero, 2009; Danforth y Daupaul, 1996; Espina y Ortego, 2005; Vaquerizo-Madrid, 2008; Servera, 2012):

- Investigación de la historia clínica a través de escalas cumplimentadas por los padres y profesores para recoger los síntomas, la edad de inicio, el grado de disfuncionalidad de los problemas o la enfermedad que presente el paciente. Señalar que la información obtenida por los profesores es tan válida y fiable como la obtenida por los padres o responsables del sujeto (Bierderman et al, 2006).
- Exploración de los antecedentes familiares sobre el TDAH, que comienza con la historia obstetricia y perinatal en la que se recoge la prematuridad, consumo de tóxicos y otros antecedentes patológicos y de trastornos psiquiátricos.
- Indagación evolutiva de la historia del sujeto en cuanto a su desarrollo físico, emocional y cognitivo, así como antecedentes de los mismos.
- Averiguación de la estructura familiar, el genograma y las dinámicas de familia.
- Sondeo escolar para recabar información sobre los rendimientos y dificultades escolares que presenta en la historia académica, así como los posibles trastornos de aprendizaje.
- Examen físico sobre comorbilidades, para descartar o valorar la contribución de que los síntomas puedan ser debidos a otros problemas médicos.
- Exploración psicológica para averiguar características subjetivas, como la actitud y las expectativas de todos los miembros del sistema implicados.

Dicha valoración debe hacerse a través de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, y deben partir de una situación general para ir concretando a situaciones más objetivas (Barkley, 2005).

Subrayar, que toda escala de valoración específica para el TDAH no podrá sustituir a la entrevista clínica para evaluar la evolución de los síntomas, simplemente ayudará a la sistematización de las distintas fuentes informadoras tal y como nos indica la GPCM (GPCM, 2010). Para diagnósticos de TDAH, es necesario seguir los criterios actualizados según el DSM V y la CIE-10 que exponemos más adelante en los cuadros 7 y 8.

En cuanto a las particularidades del diagnóstico en adultos, téngase en cuenta la sus antecedentes familiares, la exploración laboral (para recabar información sobre su adecuado desempeño), la exploración de número de parejas o matrimonios e historia de conducción en cuanto multas y accidentes, así como la presencia de otros trastornos mentales (Ros, 2014).

CUADRO 7. Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad según el DSM-5 (APA, 2013)

Tipo A1, inatento	Tipo A2, Hiperactivo/ impulsivo	Tipo A3, combinado
A menudo comete errores por descuido en tareas escolares o en el trabajo. Dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.	Con frecuencia golpea las manos y los pies, se retuerce en el asiento. Abandona su asiento en situaciones en las que debería permanecer sentado	Combinación de las presentaciones clínicas A1 y A2 durante al menos seis meses
No sigue las instrucciones y no finaliza tareas escolares, quehaceres o deberes laborales. Con frecuencia presenta dificultades para realizar tareas o actividades	Corretea o trepa en situaciones inapropiada Con frecuencia está "ocupado" como si le impulsara un motor	
Pierde cosas necesarias para tareas o actividades Se distrae fácilmente con estímulos externos	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en tareas recreativas Habla en exceso. Responde antes de haber sido completadas las preguntas.	
Con frecuencia olvida actividades cotidianas, como diligencias o tareas	Presenta problemas para esperar su turno. Interrumpe o se entromete en situaciones que no le atañen	
Síntomas presentes antes de los 12 años, en dos o más contextos y causando disfuncionalidad social, académica o laboral que se mantienen 6 como mínimo durante 6 meses. No se pueden explicar mejor por otro trastorno mental. En adolescentes y adultos se requiere un mínimo de 5 síntomas (a partir 17 años).		

Cuadro 8. Trastorno hiperactivo según CIE 10 (OMS, 1992)

DÉFICIT DE ATENCIÓN	HIPERACTIVIDAD	IMPULSIVIDAD
<p>1 Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles por el descuido en las labores y en otras actividades.</p> <p>2 Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego</p> <p>3 A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</p> <p>4 Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones</p> <p>5 Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades</p> <p>6 A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades tales como material escolar, libros, etc</p> <p>7 Fácilmente se distrae ante estímulos externos</p> <p>8 Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</p>	<p>1 Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies removiéndose en su asiento</p> <p>2 Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las se espera que permanezca sentado</p> <p>3 A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas</p> <p>4 Inadecuadamente ruidosos en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas</p> <p>5 Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social</p>	<p>1 Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas</p> <p>2 A menudo es incapaz de guardar el turno en las colas o en otras situaciones de grupo</p> <p>3 A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros</p> <p>4 Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales</p>

El inicio sintomático no es posterior a los 7 años y los criterios deben cumplirse en más de una situación causando clínicamente una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. Se excluye los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Entre las más utilizadas se encuentran **las escalas de Conners TDAH con varias revisiones** (Conners 1969, 1970, 1989, 1997, 1999), la escala de evaluación del TDAH (EDAH) de Farré y Narbona, 2001, la escala SNAP-IV (Swanson, 1995), o el test de trastornos de Atención, Autismo, e Hiperactividad (ADHDT) de Guillian (1995) entre otras, tal y como se muestra en el Cuadro 9 de Instrumentos de evaluación. En nuestro estudio, hemos utilizado, la escala **“abreviada” (Conners, 1973)**. La EDAH, la escala de valoración del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Farré y Narbona, 2001) es una de las escalas más utilizadas en nuestro país (García, 2013),

al estar validada y ser una adaptación de la escala Conners (versión para profesores), que nos permite hacer un cribado en la detección del TDAH. Es útil para cuantificar los síntomas, establecer tratamientos y hacer valoraciones en las historias de seguimiento (Clavel, Carballo, García, Moreno y Quintero, 2009; Kuose, 2000; Montañés-Rada et al., 2010). Si bien, he de mencionar que la más utilizada en adultos es la ASRS, Adult Self Report Scale (Kessler et al., 2005) y la CAARS, Conners Adult Attention Rating Scale (Conners, Erharat y Sparrow., 1999). Es importante igualmente el utilizar otras escalas para tener una visión más amplia sobre las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales (Félix, 2006; Más, 2009).

En cuanto a los test neuropsicológicos, únicamente pueden ayudar a conocer el perfil del funcionamiento cognitivo y a determinar si existen otros trastornos de aprendizaje (GPCM, 2010). Autores como Biederman et al. (2006) señalan la relación del déficit en las funciones ejecutivas de los TDAH con el bajo rendimiento académico, por lo que **la utilidad de los test neuropsicológicos, así como otros instrumentos de evaluación, nos ayudarán a encauzar a los pacientes con tratamientos más adecuados (véase cuadro 9)**. Se utiliza un listado de síntomas de comorbilidad (Gadow y Sprafkin, 1995) basado en los listados del DSM-IV, para hacer un barrido por los distintos trastornos comórbidos que con mayor frecuencia conviven con el TDAH. No obstante, otros autores más recientes proporcionan un listado de pruebas para medir las interferencias del trastorno en la calidad de vida del niño afectado por TDAH (Cabanyes, 2011). Es muy importante que el clínico sepa integrar los resultados de los distintos observadores que son en apariencia contradictorios (Servera y Cardo 2007; Cáceres y Herrero, 2011).

Cuadro 9. Pruebas específicas para el TDAH

Entrevistas y Escalas específicas para la Evaluación TDAH. Otras escalas de Psicopatología General	Pruebas de inteligencia y neuropsicológicas más frecuentes en el TDAH
<p>ENTREVISTAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • DICA-IV (Herjanic y Reich, 1982) • KSADS (Chambers et al., 1985) • DISC (Shaffer et al., 1999) <p>ESCALAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADHD Rating Scale –IV (DuPaul et al., 1997, 1998) • Escalas de Conners (Conner et., 1989, 1997, 2008) • Escalas Magallanes (García-Pérez y Magaz-Lago, 2000) • Escalas EDAH (Farré y Narbona, 1997) • Cuestionario TDAH (Amador et., 2005, 2006) • SKAMP (Swanson, 1998, 1992) • SWAN (Swanson et al., 2001) • SNAP-IV (Swanson, Nolan y Pelham, 2003) <p>ESCALAS DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de Achenbach (Achenbach et al., 1991, 2001) • Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ (Goodman, 1997, 2003) • Evaluación de la conducta BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992) 	<p>INTELIGENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • WISC-IV: Weschler /TEA Ediciones (2005) • WAIS-III: Weschler/TEA.Ediciones (1999) • K ABC: Kaufman / TEA Ediciones (1997) • K BIT: Kaufman, Nadeen y Kaufman / TEA Ediciones (2000) • McCarthy (MSCA), versión iones (19 revisada McCarthy / TEA Ediciones (2006) <p>FUNCIONES EJECUTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • STROOP, Test de colores y palabras Golden/ TEA Ediciones (2001) <p>ESTILO COGNITIVO REFLEXIVO-IMPULSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • MFF-20 Cairns y Cammock / TEA Ediciones (2002) <p>ATENCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • CARAS (Percepción de diferencias) Thurstone y Yela. Narbona / TEA Ediciones (1985) • FCR (Figura Compleja de Rey) Rey / TEA Ediciones (2003) • D2 (Test de Atención) Brickenkamp y Zillmer/ TEA Ediciones (2004) • CSAT (Children Sustained Attention Task) Servera y Llabres / TEA Ediciones (2004) • CPT II (Conners Continuous Performance Test II) Conners y Staff / MHS (2004) • TP (Toulouse-Pieron) Toulouse y Pieron/TEA Ediciones (2007)

(Extraído y adaptado de PANDAH, 2013)

Identificar un déficit neuropsicológico puede ayudar en el diagnóstico diferencial (Banaschewski, Coghill, Danckaerts y Dopfner, 2010; Rodríguez et al., 2011). Actualmente, contamos con un estudio de cruce sectorial cuyos fines diagnósticos están basados en medidas coherentes de EEG y edad cronológica, así como monitorización del TDAH. Helgadóttir et al., (2015) ponen de relieve la electroencefalografía como herramienta clínica para afinar en el diagnóstico inicial y seguimiento de niños y jóvenes con TDAH.

Entre las entidades médicas, trastornos psiquiátricos y manifestaciones por efectos secundarios de fármacos que puedan confundirse con el TDAH, hemos de nombrar los problemas de visión o audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, mala nutrición, problemas de sueño, abuso de drogas, secuelas de abuso y abandono etc. (Soutullo, 2013). Existen también estudios que indican prevalencias importantes en TDAH sin diagnosticar en adultos, lo que da lugar al infradiagnóstico (Aragonés, Cañisá, Caballero y Piñol-Moreno, 2013), quedando enmascarado u oculto tras otro problema o trastorno.

1.2.7. TRATAMIENTO MULTIMODAL EN EL TDAH

Los tratamientos para el TDAH han ido evolucionando al igual que en terminología y concepto (Pardo, 2009). En la década de los ochenta el tratamiento por excelencia era el farmacológico, y en menor medida el tratamiento conductual. Haciendo un recorrido histórico, observamos cómo, tanto la escuela anglosajona como la europea, han mostrado diferencias en los tratamientos del TDAH. Mientras que la escuela europea, con herencia en planteamientos racionalistas de filósofos como Kant o Rousseau centra más la atención en el tratamiento psicopedagógico, la anglosajona, con antecedentes en filósofos empiristas como Locke y Hume, marca como relevante el tratamiento farmacológico (Hinojo, Cáceres y Aznar, 2007).

Actualmente, debido a la complejidad del trastorno, **el tratamiento del TDAH contempla**, al igual que la evaluación, un tratamiento **sanitario y educativo**, con enfoque multidisciplinar y trabajo en equipo (Soutullo, 2010). Así lo señala también Barnathan (2002), defendiendo la interdisciplinariedad del tratamiento y la perspectiva biopsicosocial en los mismos. La GPCM (2010) plantea que la combinación de tratamientos tiene ventajas, como son la reducción de dosis de medicación o de las preocupaciones acerca del uso de la medicación. Estudios recientes apoyan como objetivos centrales de tratamiento, la reducción de la sintomatología nuclear del trastorno, comorbilidad y la psicoeducación en el entorno (San Sebastián y Quintero, 2009; Bauermeister, 2002).

El tratamiento del TDAH parece estar orientado a la creación de andamiajes para que puedan funcionar las personas afectadas en los distintos contextos. Así mismo, la NICE 2009 (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) sugiere que el tiempo de tratamiento óptimo para los niños con TDAH se estima entre unos 50 y 90 minutos con un total de unas 8 a 12 sesiones, mientras que en los padres de hijos con TDAH el tiempo oscila entre 50 y 120 minutos con un total de 8 sesiones. Parece ser que los tratamientos combinados (con psicoterapias y psicofármacos) son los más efectivos en el pronóstico a largo plazo. Existen resultados clínicos que demuestran que el 72% de pacientes tratados con TDAH muestran mejoría significativa a largo plazo cuando se comparan con los pacientes con TDAH sin tratar (Shaw et al., 2012; HodgKins et al., 2011; Orjales, 2011).

1.2.7.1. Enfoque farmacológico

Está demostrada la eficacia de las terapias farmacológicas en la reducción de las manifestaciones del trastorno, facilitando la adaptación social y escolar del niño, a pesar de que no elimine el problema del TDAH.

Literalmente se subraya “No hay ninguna terapia que corrija de forma permanente y total la problemática neurológica subyacente al TDAH, pero los avances que se han producido en el tratamiento de este angustioso problema justifican una actitud esperanzada” (Miranda, Amado y Jarque (2001), p. 107).

En 1937, estudios llevados a cabo por C. Bradley demostraron los beneficios positivos obtenidos tras el uso de anfetaminas en niños con TDAH. El fármaco de primera elección para tratar los síntomas de TDAH consiste, por tanto, en psicoestimulantes (Montañés-Rada et., 2010; Servera, 2012), que mejoran la liberación de noradrenalina y dopamina. Su objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno (inatención, sobreactividad motora e impulsividad), además de facilitar la intervención de las terapias psicológicas y pedagógicas, de manejo de conducta, etc.

En España el estimulante aceptado para el tratamiento es el **metilfenidato** (neuroestimulante) de efecto inmediato, con el nombre comercializado Rubifén-Ritalin y Medikinet, y de liberación prolongada con el nombre Concerta. Son sustancias de acción rápidas que requieren de una dosificación diaria para reducir los síntomas del TDAH. El periodo de supresión sintomática en las tomas de metilfenidato de liberación inmediata abarca de una a cuatro horas, con un promedio de 2 o 3 horas (Srinivas, Hubbard y Quinn, 1992), dificultando el cumplimiento terapéutico en el colegio. Sin embargo, la administración de metilfenidato de liberación prolongada mantiene una única toma matutina con una duración de 10 horas y sin complicaciones terapéuticas (Swanson et al., 2003).

Otro fármaco disponible pero menos usado es la **atomoxetina** (Strattera) que se utiliza en pacientes que no responden al metilfenidato en dosis altas o con intolerancia en dosis moderadas, y en aquellos pacientes con tics que empeoran tras la elección del metilfenidato (Montañés-Rada et al., 2010).

Los **antidepresivos tricíclicos** como la desipramina, la imipramina o el bupropion son utilizados **en casos de enuresis, depresión, ansiedad o tics asociados**, a pesar de la existencia de cierta preocupación por la muerte súbita de niños con este tipo de tratamiento (Riddle, Geller y Ryan, 1993). Estos fármacos mejoran la conducta pero no la atención. Dentro de los Neurolépticos, cabe destacar como antipsicótico la Risperidona para suprimir las conductas agresivas asociadas al TDAH (Correia Filho et al., 2005).

En general, **el 90% de los niños con TDAH mejoran al ser tratados con metilfenidato o dextroanfetamina** (Elia, Borcharding y Rapoport, 1991) y evitan otras complicaciones, como el abuso de sustancias (Biederman, 2003). La eficacia farmacológica de los niños con TDAH es superior al placebo, y los estudios de revisión sistemática corroboran que no existe riesgo de farmacodependencia en el tratamiento médico del TDAH (Goldman, Genel, Bezman y Slanetz, 1998; Fundació Sant Joan de Déu, 2010); Safer y Allen, 1996).

No obstante, **existen otras vías no comercializadas en España como los parches transdérmicos de metilfenidato de liberación lenta** (Maximo, Etchepareborda y Díaz Lucero, 2009). Otros estudios refieren que de un 20 a un 40% de pacientes no responden positivamente a la medicación (Pelham et al., 1990).

Los efectos adversos de los tratamientos con psicoestimulantes son importantes y han de tenerse en consideración (Swanson et al., 2008). Entre ellos, cabe mencionar la pérdida del apetito, los problemas de sueño, la pérdida de peso, la irritabilidad, los dolores de cabeza y estómago, la ansiedad, los sentimientos de tristeza y llanto fácil, la dermatilomanía y la erupción cutánea, el desarrollo de tics, el retraso temporal en el crecimiento (aunque no influya en la estatura adulta final) y el tan temido efecto rebote (Klein y Mannuzza, 1991; Barkley, y Murphy, 1988; Vitiello et al., 2001). En este sentido, he de remarcar que existen una controvertida polémica acerca de la administración de fármacos por la falsa creencia de que al ser derivados de las anfetaminas provocan adicción. No obstante, hoy día sabemos que no solo no provoca adicción sino que protege, ya que en la adolescencia y adultez, la impulsividad conlleva a sufrir conductas de riesgo como abuso de drogas, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico (Green y Chee, 2001; Barkley, 2002; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; Klassen, Bilkey, Katzman, & Chokka, 2012). De hecho, ninguna de las guías revisadas desautoriza la administración de fármacos para tratar el TDAH; excepto la NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), que es la única que no lo contempla como primera línea de actuación en casos leves (Rabito-Alcón y Correas-Lauffer, 2014).

Las evaluaciones o seguimientos con las pruebas aplicadas son muy importantes para valorar la efectividad farmacológica, ya que muchos de los niños con TDAH requieren otros tratamientos.

1.2.7.2. Enfoque psicoterapéutico

Las tres modalidades psicoterapéuticas para el TDAH serían la psicoterapia individual con el sujeto afectado, las intervenciones psicopedagógicas y los entrenamientos familiares.

1.2.7.2.1. Intervención psicología:

Barkley (1994) ya apuntaba al desarrollo de la inhibición conductual para poner en marcha funciones ejecutivas y conseguir respuestas más adaptativas o autorreguladoras.

En los años 70, el modelo de Douglas se contextualiza con el enfoque cognitivo y Meichenbaum (1971, 1974) incorpora como técnica las Autoinstrucciones para estructurar la conducta lingüísticamente.

No obstante, las técnicas cognitivos-conductuales surgen en los 90 y parecen mejorar la conducta social, el autocontrol, la hiperactividad y el estrés docente y familiar (Arnold et al., 1997).

En base a los enfoques terapéuticos, se han ido creando programas con la finalidad de informar o concienciar sobre el concepto TDAH, aprender estrategias de manejo de la conducta y de comunicación para mejorar la relación con el alumno/hijo, así como estrategias para aumentar el propio autocontrol del niño.

En esta línea, me gustaría citar el programa terapéutico de Kotkin (1998), el programa Classroom Kit de Anhalt, Mc Neill, y Bahl (1988), y destacar, en España, el programa de Miranda, Presentación, Gargallo y Gil (1999) como programas impartidos en el aula. Destacar también, los programas de corte cognitivo-conductual de Calderón (2001) y de Orjales y Polaino (2007) para el entrenamiento en técnicas que fomenten la flexibilidad y disminuyan la impulsividad (López y Romero, 2013).

Actualmente, un estudio realizado por Salomone et al. (2015) basado en los efectos de un programa de entrenamiento de auto-alarma (SAT, Self-Alert-Training) en pacientes adultos con TDAH, para disminuir la persistencia de la sintomatología del TDAH, sugiere que el SAT puede ser favorable para trabajar la sintomatología de TDAH en adultos, así como las complicaciones que conlleva el trastorno.

Dentro de las intervenciones psicológicas **destacan, por su frecuencia, la terapia de conducta, terapia cognitiva, técnicas de relajación y los entrenamientos en habilidades sociales y parentales**. Por tanto, en el diseño de tratamiento del TDAH se

emplean técnicas operantes, así como estrategias de control estimular para la modificación de conducta disfuncionales y para ayudar al niño a potenciar sus capacidades (Cabanyes, 2011).

En este proceso, el asesoramiento por parte de los profesionales expertos en TDAH es básico para evitar experiencias de fracaso en la modificación de conducta del menor (Bauermeister, 2002; López. Andrés de Llano y Alberola, 2008). Miranda y Soriano (2010) aconsejan que se mantengan reuniones periódicas a través de la agenda, correos u otros medios para que la comunicación entre el sistema escolar y familiar sea fluida y poder utilizar la información como puntos canjeables por refuerzos en el sistema familiar.

El tratamiento conductual ha de comenzar con un análisis funcional para registrar aquellas conductas disfuncionales, así como las causas que las mantienen, para así poder elaborar un programa de refuerzos en base a técnicas para la adquisición de conductas adecuadas y eliminar las inadecuadas, siendo las técnicas combinadas las más eficaces. Dentro de estas destacan los programas de economía de fichas y los contratos de contingencias (Aguilar y Navarro, 2008). Miranda y Santamaría (1986) subrayan que con los programas de refuerzos no solo se genera un cambio comportamental en los niños con TDAH sino de actitud, aumentando el sentimiento de responsabilidad al percibir mayor autocontrol y sentimientos de dignidad al sentir mayor aprobación social.

Según muestras empíricas sobre la terapia cognitiva y conductual, las técnicas conductuales son más eficaces que las intervenciones cognitivas en niños con TDAH (Abinkoff y Gittelman 1984; Wynne y Borden, 1986), Fehlings, Roberts y Humphries 1991) y recomendables en casos de comorbilidad con el trastorno negativista-desafiante y trastorno de la conducta disocial (San Sebastián y Quintero, 2009).

La psicoterapia cognitivo-conductual es el único tratamiento con evidencia empírica para el TDAH, y recomendable como terapia inicial según la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y Adolescentes (GPCM, 2010) en aquellos casos con síntomas leves y de poco impacto,

cuando hay discrepancias entre profesionales, en casos de menores de cinco años y de padres que rechazan el uso de fármacos, y en casos de diagnóstico incierto.

La forma de trabajar la dimensión psicológica consiste en psicoeducar la parte cognitiva con la utilización de autoinstrucciones y otras técnicas (Meinchembaum y Goodman, 1971; Cabanyes, 2011) para favorecer el funcionamiento ejecutivo. La parte emocional se aborda con la utilización de técnicas como resolución de problemas, habilidades sociales para mejorar la percepción social, así como la identificación de sentimientos de culpa y de indefensión tras los fracasos obtenidos, entre otros (Mitchell et., 2012). Hay que tener en cuenta que las personas con TDAH tienen mayor tendencia a tener percepciones negativas y con sesgos positivos ilusorios que los niños sin diagnóstico, subestimando sus competencias (Molina, 2013).

El entrenamiento conductual persigue como objetivo formar a padres y profesores en programas de puntos, modelaje, técnicas de respiración y autoevaluación para comprender y modificar los comportamientos inadecuados (Weiss y Hechtman, 1992; Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010).

Las herramientas cognitivas se basan en manuales y con programas comercializados que tienen por objetivo la disminución de la cantidad de errores cometidos por despiste, así como aumentar el tiempo que el niño logra mantener la atención focalizada (Gallardo, 2000). Destacan por su frecuencia los ejercicios de búsqueda y cancelación y los de búsqueda de diferencias entre imágenes. En el entrenamiento en las funciones ejecutivas trabajamos con la atención, memoria de trabajo (haciendo consciente al niño y a la familia de la necesidad de desarrollar estrategias compensatorias para disminuir los olvidos como puedan ser las alarmas, agendas...), planificación (estableciendo objetivos y planes para lograrlos), inhibición de interferencias (desarrollando tareas que exijan un esfuerzo mental con un distractor potente como elemento interferente), flexibilidad cognitiva (con ejercicios de categorización y jerarquización, así como resolución de problemas) y evocación de la información o fluidez verbal (trabajar con fichas que presentan fonemas o sílabas para generar palabras o palabras con menos letras a partir de otras más largas, y trabajar con esquemas claros y organizados para evocar información más larga o compleja).

En la última década se han llevado a cabo programas neurocognitivos para tratar el déficit en el funcionamiento ejecutivo, como son los programas Presta Atención el CPAT, programas de atención computarizados y otros neurocognitivos centrados en los canales visual y auditivo (Fernández, 2012; Shalev, Tsal y Mevorach, 2007; Klingberg y colaboradores, 2005).

Las técnicas empleadas en la intervención psicológica del menor con TDAH para dicho entrenamiento ejecutivo y con resultados de eficacia en numerosas investigaciones son (Gallardo, 2000):

– *La demora forzada*, que consiste en obligar al sujeto a esperar un tiempo previamente fijado para concluir la tarea.

– *Enseñanza de estrategias cognitivas* adecuadas de escudriñamiento y análisis de detalles (Scanning), que consiste en escudriñar de forma cuidadosa los detalles para mejorar en el rendimiento y para ello utilizamos un procedimiento que enseña los siguientes pasos:

1. Observar el modelo y todas las variantes.
2. Dividir las variantes en las partes que las componen.
3. Seleccionar las piezas y comparar con el modelo.
4. Eliminar las opciones que difieran del modelo.
5. Encontrar la pieza correcta, idéntica al modelo.

– *Autoinstrucciones*: enseñanza de estrategias de autocontrol verbal por medio del habla interna asentadas en el papel del lenguaje como regulador de la conducta, en lo que Luria (Luria, 1956 y 1961) denominó la función dirigente del habla.

Las Autoinstrucciones, diseñado por Meichenbaum y colaboradores (Meichenbaum, 1974; Meichenbaum y Goodman, 1971) comienza con un modelado cognitivo en el que se realiza la tarea en voz alta, pasando de forma sucesiva a realizar la tarea con una guía externa, auto-guiarse de forma manifiesta y posteriormente de forma atenuada para finalmente realizar la tarea con una auto-instrucción encubierta, por medio del habla interna.

Las autoinstrucciones que los niños han de incorporar como herramienta de trabajo para la resolución de problemas son:

- 1) Atención. ¿Qué es lo que tengo que hacer?
- 2) Leo atentamente. Me fijo mucho.
- 3) Pienso. Hago un plan.
- 4) Respondo. Hago el ejercicio. Lo hago con cuidado. Puedo hacerlo.
- 5) Repaso el trabajo con atención y, si me equivoco, lo corrijo.
- 6) Lo conseguí. Soy bueno en esto.

El entrenamiento en la solución de problemas es muy eficaz, según investigaciones llevadas a cabo en la Universidad de Tel-Aviv en las que se utiliza un PT, un procedimiento específico o Plan Training o Plan de entrenamiento, que sugiere varias alternativas a los problemas planteados para ser analizadas y tener en cuenta las consecuencias positivas y negativas y elegir siempre la de menor coste.

Modelo participativo y reforzadores para aumentar la flexibilidad siendo eficaz el refuerzo contingente para incrementar el tiempo de latencia y disminuir errores.

Estas pautas han de extrapolarse en todos los contextos del menor para lograr una generalización de estrategias cognitivas y mostrarse como modelos a imitar a los familiares como a los docentes como modelos a imitar. Los reforzadores van variando para no perder su capacidad estimulante y pasan de ser más materiales a ser más sociales, así se va logrando y reforzando las autoverbalizaciones.

A nivel emocional, los niños con TDAH presentan un desajuste emocional con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, inmadurez cognitiva, necesidad de llamar la atención, dependencia de la aprobación de adultos, dificultad en la percepción social, dificultad en solucionar problemas, dificultad en el manejo de sentimientos y emociones.

En general, son más propensos a reunir otros criterios diagnósticos relacionados con sentimientos de ansiedad y depresión, al estar sometidos a tensiones emocionales crónicas y a exigencias que no pueden cumplir. Fracasan y muestran una ineficacia en

diversas áreas (ansiedad de ejecución), por lo que no es de extrañar que el niño con TDAH se dé cuenta de que es valorado negativamente por los demás, y que probablemente desarrolle un autoconcepto negativo con un estilo atribuciones externo en cuanto a la responsabilidad (Artigas y Noguera, 2009).

De ahí, la importancia a enseñar técnicas para gestionar emociones negativas. Entre ellas, mencionar la habilidad de expresar una queja, solicitar cambios de conducta, así como la habilidad de aprender a parar, pensar y actuar a través de la técnica de la tortuga (Schneider y Robin, 1990) o técnica de control de la ira (Hugles, 1998), o con el uso de otros recursos didácticos. Estudios llevados a cabo defienden la utilización de las nuevas tecnologías en el TDAH (Lanza, 2011). Vandertheidem (1986) defiende que según el uso que hagamos del ordenador y de los programas disponibles, podría convertirse en un recurso educativo muy útil. Es importante considerar la importancia de una sana autoestima en el TDAH, ya que dependerá en gran medida de los sistemas y contextos donde se desarrolle el menor, pues muchos referentes acaban cuestionando o malinterpretando las conductas de un TDAH. A nivel comportamental, subrayar el uso de refuerzo positivo, coste de respuesta y el uso de tiempo fuera como técnicas para controlar conductas inadecuadas y potenciar las adecuadas.

He de comentar que las intervenciones psicoeducativas son muy importantes para trabajar las creencias erróneas y algunos mitos acerca de la naturaleza del trastorno. Éstas se pueden realizar a nivel individual o grupal, considerando a éstos últimos como una herramienta para relativizar el problema, fortalecer vínculos afectivos, potenciar conductas prosociales de los hijos y favorecer el clima familiar (Marinho y Ferreira, 2000; Robles y Romero, 2011).

Es importante tener en cuenta el diseño de los grupos parentales, la población de hijos a tratar, pues en grupos de padres de adolescentes las recomendaciones varían centrándose más en el dialogo y comunicación (Miranda, Amado y Jarque, 2001) que en pautas conductuales.

1.2.7.2.2. Intervención psicopedagógica:

Hay evidencias de que el rendimiento escolar es más bajo en los niños con TDAH respecto a los que no lo padecen (Faraone, Biederman y Lehman (1993), y que los trastornos de aprendizaje son más frecuentes en niños con TDAH (Serud-Clikeman, Biederman y Sprich-Buckminster, 1992), afectando su historial académico.

Varios estudios señalan que alrededor del **70 y 80% presentan dificultad en la lectura, la escritura y las matemáticas** (Miranda, 2011). No obstante, con **la intervención adecuada, con las medidas compensatorias adaptadas a sus necesidades, los niños con TDAH pueden aprender en el mismo aula, manifestando una evolución** (González Lajas, 2013).

Diferentes estudios han podido demostrar la existencia de una estrecha relación entre autoestima y rendimiento escolar (Reasoner, 1982, Gostegui, 1992; Saffie, 1992), por lo que podríamos inferir que la autoestima académica tiene un peso muy importante dentro de la autoestima global.

Es muy importante que el profesor atienda no solo del programa académico, sino también al desarrollo social y emocional, buscando compañeros modelos dentro del grupo de iguales, pues el 30% de los niños con TDAH son más inmaduros que los de su edad. Toda intervención psicopedagógica debe empezarse en el contexto escolar con un plan de actuación que implique a todos los docentes, a la familia y a otros profesionales para determinar las acciones de enseñanza, los recursos y los medios disponibles (González Lajas, 2013).

En cuanto a la intervención, varios estudios encuentran una relación positiva entre el conocimiento del TDAH y la eficacia de la intervención (Vereb y DiPerna, 2004). Por tanto, mencionar también que la formación a docentes es de suma importancia para favorecer la detección precoz y la atención temprana (GPCM, 2010). En una muestra con 21 alumnos con TDAH en escuelas de Educación Primaria y 33 docentes de la provincia de Granada, se constata una mejora significativa en los comportamientos del alumnado con TDAH comparando un antes y un después respecto a la mayor formación

docente asociada con intervención cognitivo-conductual (Fernández, Hinojo, y Aznar, 2003).

Según un estudio del National Institute of Mental Health- funded multiside Multimodal Treatment of ADHD (MTA Cooperative Group, 1999), las terapias combinadas ofrecen mejores respuestas terapéuticas a las de utilización exclusiva a nivel farmacológico (Conners, Epstein y Jonhanson, 2001; Swanson et al., 2008).

1.2.7.2.3. Intervención familiar:

En la literatura científica ya encontramos referencias que indican que **la base del tratamiento del TDAH debe estar en el entrenamiento parental** (Still G., 1902), y que a pesar de ser el método más común, es el más eficaz, aparte de reducir el estrés parental (Anastopoulos, Shelton y DuPaul, 1993; Lochman y Steenhoven, 2002; Rey 2006; Robles y Romero, 2011).

Los entrenamientos parentales siguen una línea de tratamiento conductual y tienen por objetivo proporcionar información sobre el trastorno, **augmentar la competencia de los padres y mejorar las relaciones entre padres e hijos** (Taylor et al., 2004). Dichos programas han de desarrollarse con un número específico de sesiones y dentro de un medio terapéutico (Fernández Parra, 2009). Concretamente, el programa de entrenamiento conductual de padres de niños hiperactivos (Barkley, 1995; Loro, Andrés de Llano y Alberola, 2008) abarca los siguientes objetivos:

1. Estudio del trastorno.
2. Relación padres-hijos y modificación de conducta.
3. Incrementar las conductas positivas.
4. Atender al comportamiento correcto en los problemas.
5. Establecer un sistema de fichas familiar.
6. Uso del coste de respuesta/tiempo fuera para conductas inadecuadas y disruptivas.

7. Entrenamiento de las conductas disruptivas en público.
8. Entrenamiento para prevención de conductas-problemas.

En general, los programas terapéuticos, centran la atención en la gestión del tiempo, la resolución de los problemas, el autocontrol emocional y el manejo de conductas agresivas (Ramos-Quiroga et al., 2009).

La finalidad del tratamiento es reparar las consecuencias emocionales que el trastorno tiene a nivel familiar Marinho y Ferreira, 2000; Barlow y Stewart-Brown, 2002; López. Andrés de Llano y Alberola, 2008). Un clima familiar adecuado reduce las consecuencias del TDAH siendo crucial la participación activa parental en los tratamientos efectuados.

La terapia multisistémica (TMS) radica en una terapia integradora y basada en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979). En nuestro estudio compartimos el soporte empírico de dicha teoría, defendiendo como las personas y la sociedad son sistemas interconectados en la dinámica relacional. Las ideologías familiares se manifiestan a través de las creencias parentales según los estudios de Botana y Peralbo (2014). El éxito de este tipo de intervenciones individualizadas, familiares radica en la flexibilidad y atención multifactorial en los contextos naturales a las personas que tienen relación con las conductas disociales y en los cambios a largo plazo (Borduin, 1999). Hay estudios de seguimiento que muestran los efectos de las intervenciones psicosociales al trabajar con programas multicomponentes intensivos en padres, profesores y niños con TDAH (Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010).

Es de especial interés en esta tesis analizar exhaustivamente los diferentes estudios existentes en la literatura científica relacionados con el estrés parental, la repercusión del trastorno y el afrontamiento en los padres de niños con TDAH, puesto que nuestro trabajo se dirige al desarrollo de un programa de intervención psicológica que atienda las necesidades de los padres con hijos con TDAH en situaciones de estrés.

En los últimos años, gracias a los trabajos de investigación realizados al respecto, se ha demostrado que el índice de estrés más elevado pertenece a los padres de niños con TDAH, seguidos de aquellos que se nombran a continuación: padres de niños con trastorno autista, infectados por el virus VIH, asmáticos y por último progenitores de niños normales o que pertenecen al grupo de los controles (Gupta, 2007; Moreira, 2010). **En la familia el TDAH es vivido como un factor que dificulta el día a día (Oswald y Kappler, 2010). Los padres reprochan a sus hijos no escuchar y no seguir las instrucciones y dejar las tareas sin hacer o sin completar (Benczik, 2000).**

1.2.8. REPERCUSIÓN DEL TDAH EN EL CONTEXTO FAMILIAR

Padecer TDAH conlleva un impacto negativo en los distintos contextos del menor. Esta repercusión se agrava sobre todo en familias desestructuradas, con diagnóstico tardío que han generado comorbilidad y conductas desafiantes. Como hemos explicado en capítulos anteriores, la sintomatología del trastorno dificulta la vida en los siguientes planos:

Académicamente son afectados por problemas de rendimiento, originando, en muchos casos, fracasos escolares y abandono de estudios, así como el famoso el “efecto bola nieve”, en el caso de que no reciba tratamiento (Barkley, 1982; Karande, 2005; Orjales, 1999, 2011).

Emocionalmente responden con excesiva reactividad y, según las características cognitivas y emocionales del trastorno, limitan con la afectación de una memoria de trabajo verbal situando al niño con TDAH con un problema. Si separamos la inteligencia emocional en habilidades, encontramos estudios longitudinales que subrayan un 80% de sintomatología emocional en niños con TDAH, relacionadas casi todas ellas con el estrés (Borrego, 2010). Estas dificultades contribuyen a que el afectado por TDAH cometa errores con lo que escucha, lee y ve, careciendo de las habilidades necesarias para poder solucionar problemas y ejecutar la información, ya sea ampliándola o recopilándola, dando lugar a otras formas de narrar que sean más coherentes y que permitan la resolución (Barkley, 1997; Brown, 2002).

A nivel de salud, son propensos a accidentes por torpezas motoras (Benito Moraga, 2008), a tener más peleas y a consumir más alcohol (Young, Fitzgerald y Postman, 2013), así como vivenciar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Feaadah, 2009), reflejando problemas en su seguridad física.

A nivel de pareja, muchos cónyuges de personas con TDAH comparten sentimientos de incompreensión (Ortega López, 2011), entre otros, al no sentirse considerados en la toma de decisiones por actuar sin pensar y sin consultar.

En el área laboral muestran problemas con figuras de autoridad y dificultad para rendir y mantener trabajos (Barkley, Fischer, Smillish y Fletcher, 2002; Kubose, 2009; Benito, 2008). Por lo consiguiente, la afectación del trastorno repercute no solo en la salud de quien lo padece, sino a todo el entorno social en el que se desenvuelve (Fundación Cultural Federico Hoth, 2012). Según Sánchez-Pérez y González-Salinas (2013) los problemas de impulsividad emocional evolucionan desde la etapa infantil hasta la edad adulta, y repercute en problemas sociales e influye notablemente en el desarrollo de la personalidad. Parece ser que la frustración, la impaciencia y el enfado son las emociones más frecuentes que correlacionan positivamente con el TDAH en adultos (Mitchell, Robertson, Anastopolous, Nelson-Gray, y Kollins, 2012).

En esta línea, están las encuestas realizadas a ciudadanos españoles en el proyecto PANDAH. Proyecto que abarca el plan de acción en el TDAH, llevado a cabo durante el 2011 al 2013 por la compañía biofarmacéutica Shire, para conocer la calidad de vida de las personas con TDAH a nivel poblacional. Este estudio revela que el 36,4% de los españoles opinan que es difícil la convivencia con el menor con TDAH por el exceso constante de atención y energía, frente a un 3% de españoles que consideran que el TDAH no supone ninguna limitación (Soutullo et al., 2013).

Del mismo modo, mencionar que en el estudio “Lifetime Impairment Survey” se indica en qué grado el TDAH afecta a la vida de los niños y cuáles son las áreas más afectadas dentro de su entorno (Informe PANDAH, 2013), reflejando, por tanto, cómo el 60% de los padres afirman sentir que el TDAH tiene un gran impacto negativo en la

autoestima, y cómo el 69% de padres compartían sentimientos de resignación frente a la creencia de que sus hijos podrían haberse desarrollado mejor si no hubieran padecido TDAH. Muchos adultos con TDAH consideran que han logrado superar el impacto negativo del TDAH, que fue notorio sobre todo en su infancia al compararse con sus compañeros (Young, Fitzgerald, Postma, 2013). Estos datos nos indican que **tener un hijo con TDAH conlleva problemas derivados de la realidad psicológica y social del trastorno.**

La parentalidad es uno de los factores de mayor impacto en una relación conyugal, generando modificaciones de manera definitiva y permanente (Pittman, 2002). El nacimiento de un hijo con TDAH es una experiencia nueva para los padres, vivido como un acontecimiento estresante y con percepciones de amenaza, daño, pérdida o desafío. Las dificultades del niño hiperactivo pueden parecer fallos de carácter y los progenitores tienden a esforzarse inútilmente por lograr una meta, en lugar de enfocarlo como deficiencia neurológica (Barkley, 2002). La vida de los padres de niños con TDAH se transforma en una vida pública y permanentemente accesible para los profesionales, tanto de sistemas educativos como sanitarios donde permanece el niño. Cuando el niño no es diagnosticado, la búsqueda de culpables parece apuntar al sistema conyugal (Fernández y Aznar, 2004), por lo que no es de extrañar que la situación de los niños con TDAH produzca estrés.

Muchos padres viven el trastorno del hijo con mucha angustia, y la forma de estar presente se manifiesta con una necesidad de estar siempre pendiente sobre sus conductas, llegando, en ocasiones, a reducir la jornada laboral o a abandonar el trabajo. Las consecuencias de este tipo de relación contribuyen a estresar más a las familias, ya que económicamente sus ingresos bajan y continúan, por otro lado, los gastos en el tratamiento multimodal (Young et al., 2013).

Existen familias que no pueden permitirse un tratamiento con las distintas modalidades, ya sea a nivel farmacológico, psicológico, con refuerzos escolares en casa etc., tal y como recomienda la GPCM (GPCM, 2010). Según el Proyecto PANDAH, los costes de medicación oscilan sobre una media de 50 euros mensuales, encareciéndose

dicho desembolso con la combinación de otras terapias, como puedan ser la asistencia a logopeda, refuerzos escolares en casa, tratamiento psicológico para el menor, deportes extraescolares y programas de apoyo parental, entre otras necesidades; y con los gastos complementarios, como las pérdidas de objetos de valor que son debidas a las características del TDAH.

Por lo tanto, no es de extrañar que muchas comunidades autónomas soliciten la ayuda por minusvalía u otras para poder hacer frente a los gastos asociados a los tratamientos del TDAH y que, a su vez, dicho impacto económico repercuta en la salud pública en términos de asistencia sanitaria (Young et al., 2013). Los primeros afectados de dicho impacto son las familias de hijos con TDAH. En general, los padres **interiorizan de forma negativa las dificultades del trastorno, potenciando la inadaptación a su entorno más cercano**. Muchas familias no están sensibilizadas con el TDAH, y la falta de información les hace vivir el trastorno de sus hijos como un tabú y en ocasiones con sentimientos de culpa y con creencias erróneas (Brown, 2006).

Los conflictos se acrecientan en la pareja afectando a una baja autoestima como padres, y produciendo contrariedades conyugales (Mash y Johnston, 1983). El impacto del TDAH también afecta al resto de la **familia, entre ellos los hermanos** (Eakin et al., 2004; Barkley, 2000). Así refleja el estudio “Lifetime Impairment Survey” (LIS), a niños con TDAH aportando datos significativos y menores del 54% en las buenas relaciones con hermanos, frente al 74 % de niños sin TDAH (Soutullo et al., 2013).

Es importante subrayar que el impacto socioeconómico del TDAH afecta a todos los sistemas de la sociedad siendo necesarios los tratamientos tempranos para el ahorro social (Quintero, Loro, Jiménez y García, 2011), y que **convivir con un hijo con TDAH conlleva estados de ansiedad y estrés por la supervisión y atención que necesitan**.

No obstante, padecer TDAH no es considerado como un estresor simple y unidimensional, ya que el mismo diagnóstico incluye la adaptación y la reorganización del sistema familiar con cambios en las formas de comportarse, resistencias a la nueva información y frecuente pérdida de control. En este proceso de adaptación a los nuevos

estilos de comportamiento, pueden producirse cambios fisiológicos, así como emociones negativas.

Otro estudio al analizar los predictores parentales del estrés en familias de niños con TDAH, teniendo en cuenta a los padres y al contexto en una muestra de 95 padres de 8 a 12 años de edad con y sin TDAH, concluyen que la sintomatología TDAH parental fue el predictor más fuerte de las preocupaciones y percepciones de angustias experimentadas por los padres dentro del conjunto de variables contextuales (educación de los padres, estado civil, apoyo social) y parentales (grado de angustia). Del mismo modo, **se invita a tener en cuenta la sintomatología TDAH en padres y al estrés que padecen los mismos en las intervenciones de las familias con niños con TDAH** (Theule, Wiener, Rogers y Marton, 2011).

La individuación y la diferenciación dentro de cada subsistema y en cada miembro de la familia son procesos saludables para el desarrollo del mismo y para establecer los límites de las fronteras (Umbarger, 1999). En la literatura científica, expertos como DiGiuseppe (2002) **impulsan a la creación del desarrollo de programas integrando técnicas cognitivo-conductuales y sistémicas.**

1.2.9. AFRONTAMIENTO PARENTAL

En nuestro trabajo, centramos la atención en el ambiente familiar, y más concretamente en los padres de niños con TDAH, considerando a la familia como un contexto social, complejo y de suma importancia para el desarrollo del individuo. Price, Price y McKenry (2005) definen a la familia como el resultado tanto de sus subsistemas como del supra sistema en el que se encuentra sumergida, y por lo tanto, estos influyen en la experiencia de estrés.

Uno de los primeros estudios realizados sobre la reacción de los padres hacia los hijos con TDAH fue realizado por Sussan de la Universidad de Pihsburgh en el año 1982, indicando la excesiva atención que requieren los niños por sus padres (Campbell,

Szumowski, Ewing, Gluck y Breaux, 1982). **Centrando la atención en el análisis del subsistema parental, recogemos la visión de cómo el desarrollo del rol parental es uno de los retos más exigentes** (Dahinten, Timer y Arim, 2008).

El ser padres, supone una alta implicación personal y emocional con mayor disciplina y responsabilidad en la atención diaria del menor, características asociadas a la madurez y por consiguiente, a una redefinición de la propia identidad (Rodrigo y Palacios, 1998).

En este sentido, **quiero subrayar la importancia de los pensamientos** en el nivel de estrés que experimentan los padres en cuanto a sus expectativas con la función parental, lo que Abidin (1992) denomina como “la relevancia o compromiso con el rol parental” (citado en Grau, 2007).

Actualmente, **las perspectivas parentales centran la atención**, no solo en la protección de la adaptación del menor al medio, sino también **en potenciar e iniciar el desarrollo del menor** (Martin, Maiquez, Rodrigo, Byrne, Rodríguez y Rodríguez, 2009; Rodrigo, Maiquez y Martin, 2013) tal y como refleja el cuadro 10 que exponemos a continuación. El **coping o afrontamiento** engloba las distintas formas de adaptación que ejecuta una persona para hacer frente a lo que le estresa (Moos, 2010).

Cuadro 10. Responsabilidades de la maternidad en relación al hijo o hija en la etapa infantil (Barnard y Sochany, 2002)

Primera infancia (3-5)	Infancia media (6-8)
Delimitar normas y rutinas	Promover la disciplina
Promover expresiones emocionales	Favorecer la independencia
Ofrecer independencia	Apoyar el desarrollo emocional
Facilitar modelos mentales	Límites emociones inadecuadas
Promover el autocontrol	Promover valores y creencias ajenas
Infancia tardía (9-12)	
Apoyar la independencia del cuidador Favorecer la construcción del autoconcepto y el crecimiento emocional Proveer de disciplina y límites	

Adaptado (Barnard y Sochany, 2002)

A los trece años comienza la pubertad y con ella una diferenciación respecto a sus progenitores para formar su propia identidad (Martínez, Catañeiras y Posada, 2011). Los padres deben revisar el sistema de normas y sanciones que mantienen con sus hijos, utilizando como herramienta el diálogo, con el fin de conseguir mayor autonomía y responsabilidad (González y Román, 2012). Según Rodrigo, Martín, Cabrera y Maiquez (2009), los compromisos con el bienestar del menor respecto a las tareas de ser padre quedan unidos con las habilidades educativas de ser padre o madre.

Ser padres es una tarea difícil que supone un desafío, intentando desarrollar la labor lo mejor posible. Muchos acaban por sorpresa y de forma automática repitiendo los patrones de conducta de sus padres (González y Román, 2012).

Existen diferentes modelos que explican los determinantes de la paternidad. El modelo de Belsky (1980) explica con un enfoque transaccional y visión ecológica como los padres desarrollan sus funciones en un contexto intersistémico, con relaciones señaladas por su bidireccionalidad.

En este sentido, Smith (2010) señala que la satisfacción de las tareas parentales dependerá de la interacción de los padres, el contexto y los menores. **Los estresores diarios, sucesos vitales o estresores crónicos influyen en la interacción parento-filial y en la satisfacción de las necesidades de los menores** (Molfese et al., 2010).

Evidencias empíricas demuestran cómo **las teorías fundamentadas en el estrés y afrontamiento se relacionan con la parentalidad** (Abidin, 1992, Cummings, Davies y Campbell, 2000; Deater-Deckard, 1998; Perkins, Finegood y Swain, 2013).

Lazarus y Folkman (1984) y Moos (1984) aportaron consideraciones importantes al concepto de afrontamiento, valorándolo como un proceso transaccional entre la persona y el contexto. El afrontamiento actuaría como mediador entre el estrés y la salud, en un proceso dinámico que dependerá de las exigencias del momento, de la valoración situacional y que variará en el tiempo. En la figura 4, representamos el proceso a modo de esquema, contando con una valoración primaria sobre el estresor y sobre el concepto de supervivencia, y con una valoración secundaria que explorara el cómo vencer el evento adverso, decidiendo un método.

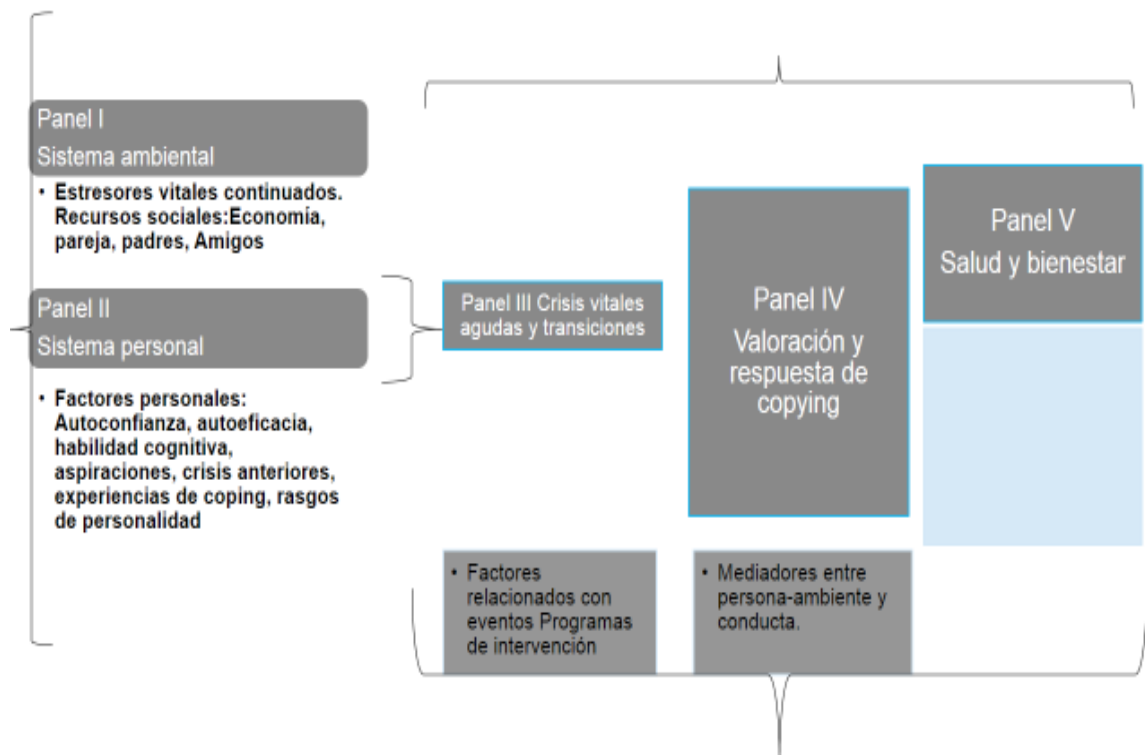


Figura 4. Extraído y adaptado a partir de la figura del Esquema conceptual Moos (Moos, 1995, 2010)

Autores como Hobfoll (2001) proponen un coping proactivo basado en la teoría sobre la conservación de los recursos que posee cada sujeto (COR: Conservation of Resources) (Hobfoll, 2001), esto es, búsqueda de soluciones no solo frente al evento que estresa sino ante situaciones cotidianas. De hecho, aquellas personas que socialmente están bien insertadas, tendrán más recursos adicionales.

El modelo de estrés propuesto por Moos contextualiza con las actuales generaciones de afrontamiento. Considera los recursos, la elección de los valores sociales, las características de personalidad, el coping no solo como valor mediacional sino como prevención de estrés futuro (Moos y Holahan, 2003).

Cabe destacar como novedad la incorporación del contexto social en los estudios sobre el afrontamiento, tal y como apuntan Reveson y Lepore (2012) para la identificación de factores que promuevan el uso de estrategias, su efectividad y su función en las consecuencias del estrés. Actualmente otras teorías integrativas sobre la adaptación de los adultos en su medio definen la importancia de la evaluación de las estrategias de

afrontamiento (Amaris, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013). Entre los instrumentos de medición del afrontamiento, destacar el Ways of Coping Questionnaire (WCQ) de Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1988). Otro instrumento que permite evaluar las respuestas de afrontamiento ante los problemas o situaciones de estrés es el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos CRIA (Kirchner y Forns, 2010).

Los **estresores diarios** se refieren a los sucesos normativos del día a día, irritantes, breves, con un inicio y fin definido, que producen malestar en la medida que se van acumulando (Huth-Bocks y Hughes, 2008). Entre los estresores sociales destacan los sucesos vitales, los estresores diarios y el estrés de rol (Sandín, 2003).

En nuestro trabajo señalamos la importancia de los estresores diarios, y más concretamente del estrés del rol parental y afrontamiento de padres de niños con TDAH en situaciones que requieren un cambio de actividad, como el iniciar las tareas de estudio en distintos momentos temporales. Asimismo, hay estudios que demuestran cómo los estresores diarios influyen en la salud de los progenitores (Crnic y Low, 2003).

En una muestra comunitaria compuesta por 1.500 madres de niños y niñas, de entre seis meses y tres años para el estudio del estrés parental, se demostró que los estresores diarios son los predictores de mayor influencia en comparación con los sucesos vitales (Ostberg y Hagekull, 2000). Vivenciar experiencias caracterizadas por sucesos menores influye tanto en las actitudes afectivas de los padres como en la aparición de síntomas depresivos (Waller, Gardner, Dishion, Shaw y Wilson, 2012). **Los padres de niños con TDAH describen la rutina familiar como estresante, en tareas como bañarse, lavarse los dientes, sentarse en las comidas, prepararse para acostarse a dormir, ponerse a dormir y hacer tareas. El posponer tareas, aplazar, evitar y olvidar forma parte de la rutina diaria de un TDAH** (Barkley, 2002).

En esta línea, entendemos que **el estrés de rol es provocado por las demandas constantes que hacen que la persona reajuste su conducta durante un período prolongado y sin un final específico** (Sandín, 2003). Por consiguiente, consideraremos el estrés parental como una dimensión psicológica interna si lo comparamos con las explicaciones basadas en los estresores externos (Ostberg y Hagekull, 2013).

Partiendo de un modelo sistémico de las relaciones a nivel familiar, Abidin (1990) explica la tensión parental en función de las características del niño y de las características de los padres, pudiendo ser moderado por otras variables de contexto social (familia extensa, amigos). Asimismo, define estrés parental como una aceleración en la utilización de recursos utilizables para hacer frente al ejercicio del rol parental, siendo también nociva la inactivación con los niveles extremos de estrés (Abidin, 1992). Dicho modelo se puede observar esquemáticamente en la figura 5.

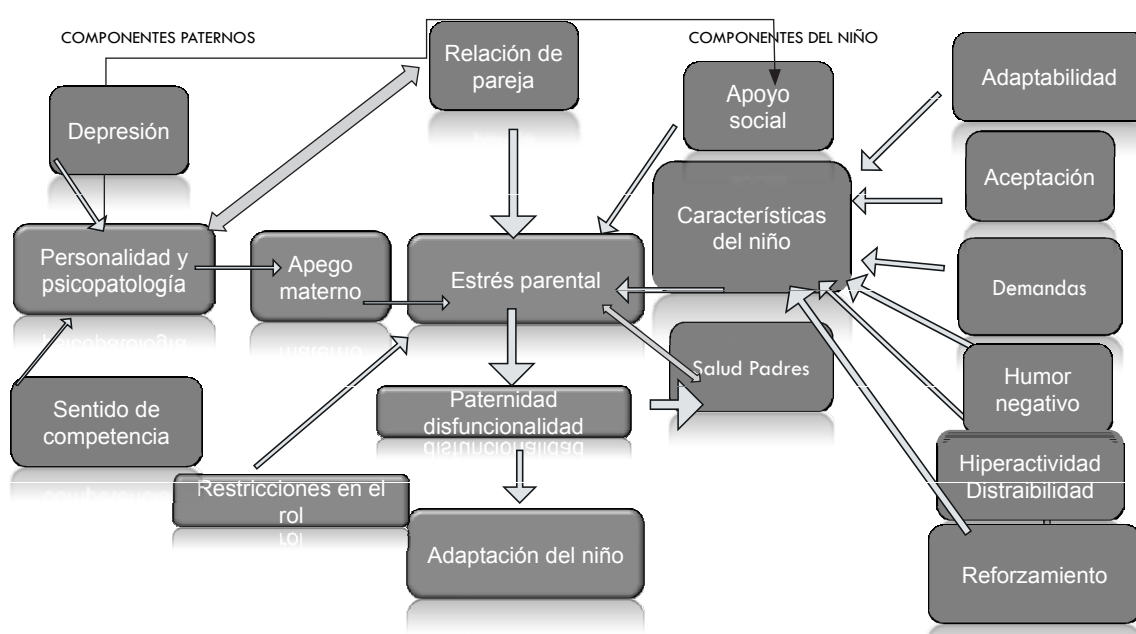


Figura 5. Modelo de Abidin sobre el estrés parental

En este sentido, Milner (2003) defiende que los padres con alto nivel de estrés tienden a evaluar las situaciones de manera menos compleja y con mayor impulsividad a la hora de dar respuesta a las necesidades del menor. Otros autores como Deater-Deckard (1998, 2004) defienden **las estrategias de afrontamiento que los padres y madres utilizan como una parte sistémica del proceso de estrés parental**. Asimismo, Deater-Deckard señala que hay un mayor nivel de estrés en aquellos padres que utilizan estrategias pasivas o centradas en el estado emocional, a diferencia de los resultados encontrados en estrategias centradas en el problema, y añade que **el uso de estrategias proactivas sirve para proteger al subsistema parental de posibles problemas y funcionar, por tanto, como factor de protección** (Deater-Deckard, 1998).

Por otra parte, otros estudios, como los de Ammerman et al. (2013) evidencian como **el estrés parental disminuye conforme avanzan en edad los menores**, ya que van adquiriendo y desarrollando habilidades parentales en la crianza de los hijos (Williford, Calkins y Keane, 2007).

Por este motivo, en nuestro estudio apostamos por las intervenciones psicoeducativas parentales para ayudar a paliar el estrés y a desarrollar estrategias de afrontamiento en base a las necesidades que presenten.

El estrés familiar y las preocupaciones sobre el futuro de los hijos con TDAH puede dar lugar a estados de ansiedad y depresión y otros cuadros patológicos, tanto en el afectado como en los padres-tutores.

Los padres tienen expectativas sobre el cumplimiento de lo que esperan de sí mismos, de su hijo y de su entorno (Abidin, 1992). En un estudio del año 2006 se refleja como **los padres de niños con TDAH suelen sufrir sentimientos de insatisfacción y de incompetencia en dicho rol, valorando como insatisfactoria la calidad de vida** (McLaughlin y Harrison). Otro estudio más reciente, constata a través de la PedsQL-TM, la calidad de vida de 88 niños, 45 diagnosticados de TDAH y 43 niños sin TDAH, indicando la gran repercusión del trastorno e impacto en la calidad de vida del menor con TDAH y de sus familiares (Billar, 2011). Muchos padres de niños con TDAH consideran que el papel de padres les resta tiempo personal sintiendo, por tanto, mayor número de sentimientos depresivos si se les compara con los padres de niños sin TDAH (Johnston, 1996; Escobar et al., 2005).

En general, **el funcionamiento familiar del TDAH se caracteriza por estrés en la crianza, insatisfacción parental y baja autoestima** (Podolski y Nigg, 2001).

En la literatura del TDAH, el rol de la familia constituye un marco importante. **Las madres de niños con TDAH manifiestan mayor negatividad y menor sensibilidad en comparación a otras madres de otros niños sin problemas** (Barkley, 2000).

Algunos autores consideran que los padres de niños con TDAH difieren en estilos parentales e intentan educar sin tener en consideración al otro, lo cual acaba en discusiones y peleas quedando afectada la relación matrimonial (Barkley, 2006; Harvey 2000).

Un estudio científico del año 2007 sugiere la implicación clínica que existe entre el estrés parental y el mal uso de estrategias educativas en la crianza de las familias con niños con TDAH, ya sea por utilizar límites más estrictos como por la permisividad de o la inconsistencia de los mismos (Miranda Grau, Marco, y Roselló). Otro estudio previo considera el uso de estos límites como factores de riesgo que agravan el cuadro del TDAH (Taylor, Chadwick, Heptinstall y Danckaerts, 1996).

Diversas investigaciones, corroboran como la tensión parental y gravedad de los síntomas conductuales influyen en la satisfacción de las relaciones matrimoniales (Morris, 2001). De hecho, algunos autores también encuentran una relación significativa entre los niveles de tensión parental, depresión materna y discrepancias matrimoniales (Byrnes, 2003). En esta misma línea, una investigación realizada en el año 2005 pone **de relieve que independientemente del nivel económico, el estrés que sufren las madres acompañado de estados de ansiedad y depresión, repercute en los comportamientos disruptivos de los hijos con TDAH** (Barry, Dunlap, Cotton, Lockman y Wells).

En general, siguiendo la teoría ecológica de Brofenbrenner (1996) observamos cómo **padres e hijos reciben un feedback bidireccional**, condicionado por variables individuales, evolutivas, sociales y familiares que influyen en la configuración de un estilo educativo. Ser padre de un niño con TDAH es enfrentarse diariamente a un hijo con un problema, por lo que el ejercicio de la paternidad no es una tarea fácil y requiere de un entrenamiento en habilidades cognitivas, emocionales y conductuales para acomodar o ajustar los esquemas internos que tienen los padres sobre el rol parental.

La comunicación, el afecto y el control, son factores que usados en su justa medida juegan un papel muy importante para el buen desempeño en la labor educativa. La combinación de dichos factores da lugar a **cuatro estilos parentales** que difieren en la intensidad de los mismos. (Véase Cuadro 11).

**Cuadro 11. Tipología de estilos educativos de Maccoby y Martin
(Maccoby y Martin, 1983)**

ESTILOS PARENTALES	NIVELES DE LAS DIMENSIONES DE AFECTO Y CONTROL
DEMOCRÁTICO	ALTOS NIVELES DE AFECTO Y CONTROL
AUTORITARIO	BAJO NIVEL DE AFECTO Y ALTO DE CONTROL
PERMISIVO	ALTO NIVEL DE AFECTO Y BAJO NIVEL DE EXIGENCIA
NEGLIGENTE	BAJO NIVEL DE AFECTO Y CONTROL

Adaptado de Palacios (1999)

Los estudios de Baumrind (1967, 1968, 1971 y 1991) fueron los primeros trabajos que marcaron un hito en el estudio de las características parentales, que fueron categorizados según el **estilo autoritativo, autoritario, permisivo**, añadiendo más tarde, en 1983, el **estilo negligente** a los trabajos de Maccoby y Martin.

Javier Urra (2006) defensor del menor de la comunidad de Madrid entre los años 1996 y 2001, manifiesta como hipótesis el hecho de que los sistemas familiares actuales respondan a una falta de disciplina como consecuencia de los modelos autoritarios, vivenciados en su infancia y al aumento de problemas conductuales.

Un niño con TDAH no suele obedecer de forma inmediata a las peticiones de los padres, por lo que hay que tener en cuenta que el estilo parental de dichas familias está condicionado por los síntomas del trastorno, provocando el uso de estrategias más inconsistentes y coercitivas (Drabick, Gadow y Sprafkin, 2006; Rieley, Craig y Parker, 2006).

Los padres de los niños con TDAH experimentan frecuentemente sentimientos de **ineficacia e insatisfacción**, entrando en un círculo vicioso de interacciones negativas y de fracaso en las prácticas educativas dando lugar, en muchos casos, a la creación **estilos parentales disfuncionales**. Muchos padres abandonan la supervisión de las tareas tras la frustración y la desesperación, alcanzando un estado de indefensión aprendida (Barkley, 2002). Otros padres **muestran hostilidad y un rendimiento inadecuado en el rol parental ante el comportamiento típico de TDAH, como podría ser el aplazamiento de una tarea escolar** (Jacobritz, Hazen, Curran y Hitchens, 2004). Hemos podido observar la poca

eficacia parental de padres con niños con TDAH, y la manifestación clínica como padres negligentes, reactivos, estresados y con bajo autoconcepto (Gerdes et al., 2007).

Por lo tanto, **la forma de afrontar la labor educativa es uno de los mejores predictores parentales del TDAH para analizar los factores influyentes**, tal y como sugiere el estudio realizado por Harvey Danforth, Ulaszek y Eberhardt (2001), que evidencia como la ineficacia del uso de las estrategias parentales responde más a los problemas conductuales que a los síntomas nucleares del TDAH, utilizando como instrumento de medición la “Parenting Scale” (Harvey Danforth, Ulaszek y Eberhardt, 2001). **Esta situación variará según el papel activo o pasivo que desempeña la persona ante una situación amenazante o estresante**. Según, algunos investigadores como Contreras, Esguera y Espinosa (2007), el afrontamiento activo tiene relación con las acciones que ejecuta una persona para seguir adelante a pesar del dolor. Esto implica un adecuado control emocional, creando estados afectivos positivos y bienestar. Sin embargo, el afrontamiento pasivo corresponde con las acciones en búsqueda de apoyo de otros y la sensación de pérdida de control (Contreras et al., 2007).

En un reciente metaanálisis de estudios sobre padres estresados en familias de niños con TDAH, concluyeron que **los padres de niños con TDAH muestran más estrés que los padres del grupo control sin TDAH**, También se asoció la gravedad sintomática del cuadro clínico del TDAH con el estrés parental, por lo que se concluye que factores tales como las **dificultades con el comportamiento de los niños y la sintomatología depresiva de los padres podrían predecir el estrés parental**.

Finalmente, señalar de dicho estudio, que los padres de niños con TDAH no experimentan más estrés que otras poblaciones clínicas, aunque si se encontró **menor estrés en los padres de aquellas muestras con una proporción mayor de niñas con TDAH** (Theule, Wiener, Tannock, Jenkins y Marton, 2015).

Gavira, Vinaccia, Riveros y Quinceno (2007) hacen hincapié en cómo **las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas para enfrentarse a situaciones de enfermedad crónica o discapacidad**, dependerá de varios factores, entre ellos:

1. La atribución que le dé la persona a la calidad de vida.
2. La percepción de apoyo percibido.
3. La estimación asignada al sistema de redes sociales para el apoyo ante la enfermedad o discapacidad.

Por tanto, **eventos como la condición de enfermedad crónica o discapacidad, generan estrés y malestar**, por lo que se requieren de recursos de afrontamiento para prevenir los posibles daños y ajustarse a dicha condición (Gonzalez & Padilla, 2006; Botero, 2013).

Miranda, García y Presentación (2002) respaldan que **el mal funcionamiento familiar, constituye un factor de riesgo** que interactúa con la predisposición del hijo con TDAH y agrava los síntomas y la persistencia de los mismos en el tiempo. Como trabajos previos sobre el impacto familiar en el TDAH, destacar el trabajo realizado por Donenberg y Baker en 1993, los que, **tras el análisis familiar, encontraron niveles elevados de estrés y de conflictividad en la relación padre e hijo en comparación con el grupo de padres de niños sin TDAH**. No obstante, estos autores en dicho estudio obtuvieron resultados similares de impacto y estrés al que padecen las familias de niños autistas (Presentación, García, Miranda, Siegenthaler y Jara, 2006).

Los estudios realizados en nuestro país por Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003) con 36 familias para el análisis del impacto en familiar que produce el TDAH, sugieren que incluso **los padres con mayor competencia parental sufren de estrés**, quedando afectada negativamente la relación con sus hijos. En esta línea, observamos, también como **los hermanos de los niños con TDAH suelen identificarse como víctimas, vigilantes de sus hermanos e indefensos** (Kendall, 1999; Barkley, 2006), y cómo el factor afectividad correlaciona negativamente con los problemas de conducta pero no con la sintomatología del TDAH, incrementándose el estrés en casos de comorbilidad (Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham y Hoza, 2002). A continuación (véase cuadro 12), mostramos a modo de resumen los estudios sobre las dinámicas familiares del TDAH, mencionados.

Cuadro 12. Estudios sobre las dinámicas familiares del TDAH

1990 Burns señala como variables familiares para el buen funcionamiento la aceptación del problema y las relaciones paterno-filiales con límites adecuados para el desarrollo de iniciativas individuales.
2000 Harvey encontró que los acuerdos parentales se asocian con un menor número de discusiones y ajuste matrimonial.
2000 Wells et al. En el estudio de tratamiento multimodal (MTA) se concluye como la mejora de las conductas de los menores con TDAH incrementan la percepción positiva de los padres en el rol parental.
2001 Harvey Danforth, Ulaszek y Eberhardt. Evidencian que la ineficacia del uso de las estrategias parentales responden más a los problemas conductuales que a los síntomas nucleares del TDAH utilizando como medida la “ Parenting Scale”.
2003. Roselló, García, Tárraga y Mulas. Sugieren que padres con mayor competencia parental sufren de estrés.
2004 Bao-Yu, Wei y Lin-Yan. Ponen de manifiesto tras el análisis familiar de niños con TDAH y sin TDAH, como los primeros tienen más problemas de conducta y peor funcionamiento familiar.
2004. Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH). Plantean aumentar la conciencia internacional sobre el impacto del TDAH a las familias de los afectados obteniendo entre los resultados, un 88% de padres con estrés y preocupación sobre el trastorno del menor.
2006. McLaghin y Harrison. Evidencian que la falta percepción de competencia parental y el aumento de problemas conductuales se relaciona con la ineficacia en la predicción competencia parental en una muestra de 150 madres, entre otras variables, como la edad del niño, sexo, hijo único, aislamiento social o severidad del TDAH.
2006. Drabick, Gadow y Sprafkin. El estudio predice que los conflictos, insatisfacción matrimonial de los sistemas familiares dan lugar a mayor alteración conductual y depresión en los niños con TDAH.
2012. Theule, Wiener, Tannock y Jenkins. Encuentran, entre otros resultados, menor número de estrés en padres con una mayor proporción niñas con TDAH.

Elaboración propia

1.2.10. EFECTIVIDAD DE PROGRAMAS PARENTALES APLICADOS EN FAMILIAS CON NIÑOS TDAH

El trabajo continuo de diversos especialistas (psicopedagogos, psicólogos, pedagogos y neurólogos) debe partir de un diagnóstico diferencial del TDAH que permita los diseños de programas en los tratamientos del menor.

Para que el tratamiento sea adecuado, debe ser elaborado de forma individualizada y deberá enfocarse desde un punto de vista personal, escolar y familiar, de manera que abarque todo el contexto en el que se desarrolla el niño (Miranda y Soriano, 2010).

El éxito de los tratamientos depende en gran parte de que los padres intervengan directamente en el contexto familiar y desarrollen una función como coterapeutas en las intervenciones educativas, psicoterapéuticas y médicas.

Los miembros de un sistema familiar tendrán que cumplir con las siguientes funciones para poder lograr implicación familiar en el tratamiento (Barkley, 1995):

1. Psicoeducación.
2. Participación activa en programas de formación para padres.
3. Implementación en destrezas y estrategias de gestión del TDAH en el ámbito familiar.
4. Reestructuración de la dinámica familiar.
5. Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta dentro del sistema familiar y social.
6. Implementación en técnicas para el estrés y ansiedad.
7. Coordinación con el contexto escolar y sanitario.

La intervención parental está orientada a trabajar con programas dirigidos a padres, mediante los **Programas de Paternidad Positiva (“PPP”) que ayudan a los padres construir un generador de comportamientos positivos y focalizar, entre otros, la atención en la conducta positiva del niño (Giusti, 2000).**

La fundamentación teórica de dichos programas se basa en técnicas de modificación de conducta, con la finalidad de que los padres logren una disciplina en la labor educativa. En la literatura de los programas parentales aplicados en este campo, recogemos los siguientes:

El “triple P” (Programa de Paternidad Positiva) de Sanders Merkie-Dadds, Tully y Bor, 2000).

- Desarrollar tareas psicoeducativas a los padres.
- Inculcar conocimientos sobre técnicas de modificación de conducta.
- Enseñar a los padres en la identificación de las conductas-problemas.

- Enseñar a los padres a pausar el ritmo, ya que necesitan más intentos que otros padres para conseguir que sus hijos aprendan la conducta adecuada.
- Resaltar la importancia de reforzadores positivos en conductas proactivas.
- Utilizar técnicas como el castigo, tiempo fuera, ignorar para disminuir conductas inadecuadas.
- Diagnosticar la sintomatología parental disfuncional (depresión, estrés, etc.).

El programa enseña a los padres técnicas para disminuir estados de ansiedad, al estar sometidos a niveles de estrés, presión y sobrecarga muy elevados con la finalidad de entrenarlos en el bienestar familiar.

The New Forest Parenting Program (NFPP) (de Weeks et al., 1999 citado en Siegenthaler-Hierro, Presentación-Herrero, Colomer-Diago, y Miranda-Casas, 2013).

- Alterna técnicas de modificación de conducta y subraya la importancia del juego para interiorizar conocimientos y entrenar las funciones ejecutivas.
- Entrenamiento parental en la modificación de conductas inadecuadas y técnicas tradicionales.
- Aplicación de técnicas en el contexto natural (en casa).

Las investigaciones científicas realizadas nos indican de un 40% de cambio clínicamente significativo de mejoría conductual al utilizar dicho programa psicosocial.

Incredible Years parent Training Program de Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton & Hancock 1998; Webster-Stratton, 2011.

- Se tratan las conductas problemas logrando más del 52% de cambios positivos con diversas técnicas creativas, como el uso de videos.

En general, la implementación de programas de entrenamiento para padres han demostrado su eficacia en diversos estudios de investigación (Miranda, 2012) como el de Berkeley (1997), el *Triple P-Positive Parent Program* (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000), *The Incredible Years* (Jones, Daley, Hutchings, Bywater y Eames, 2008), o *Parental Friendship Coaching* (Mikami, Lerner, Griggs, McGrath y Calhoun, 2010).

Los padres que reciben dichos tratamientos mantienen los cambios con el tiempo, beneficiándose de la disminución sintomática y del impacto del TDAH, sobre todo en edad preescolar. Dichos programas tienen el inconveniente de las altas tasas de absentismo y abandono a la mitad del programa parental.

El entrenamiento parental está contemplado dentro de la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para el TDAH (Troncoso, Guidi y Díez, 2013). También observamos en otras investigaciones otros tipos de abordaje terapéutico con el entrenamiento en Mindfulness, dialéctica conductual y coaching, mostrando resultados positivos en cuanto a la sintomatología en pacientes adultos de TDAH (Estrada, Munso, Morais, Bruge y Quiroga, 2012) que **podrían ser beneficiosas para los padres de nuestro estudio.**

Actualmente la investigaciones científicas recogen la importancia del malestar psicológico existente en las familias de niños con TDAH en las labores educativas (Miranda, Presentación, Colomer y Roselló, 2011). De ahí la importancia en nuestro estudio de explorar los niveles de estrés parental y disfuncionalidad emocional. Y de la necesidad de implementar programas para el afrontamiento parental.

Parece ser que el estrés parental repercute en el comportamiento de los hijos, interfiriendo en los logros académicos. Un estudio revela que padres con altos niveles de estrés utilizan más estrategias de control en las tareas académicas de los niños que aquellos que presentan menor grado de estrés, y que utilizan estrategias más centradas en estilos participativos. Del mismo modo, se asoció la mayor utilización de estrategias de control en los padres con mayor sintomatología TDAH y con menor rendimiento en las tareas en los hijos (Rogers, Wiener, Marton y Tannock, 2009).

Daly, Creed, Xanthopoulos y Brown (2007), en un estudio de entrenamiento parental con técnicas de modificación de conducta, evidencian la reducción de síntomas de TDAH, y los problemas con los deberes, tanto en el contexto escolar como en casa, así como una disminución en el estrés familiar y en habilidades parentales (Gagné, Richard, y Dubé, (2015). No obstante, son muchos los estudios que concluyen que

el tratamiento del TDAH debe centrarse en el estudio de la mejora de estrategias en afrontamiento parental (Tripp, 2005).

El centro de salud mental del Reino Unido publica el informe Investing in Children's Mental Health (Invirtiendo en la salud mental de los niños), donde se recoge una revisión de las intervenciones de mayor eficacia en la población infanto-juvenil, entre ellas el TDAH, analizando la funcionalidad de las mismas en términos de costes-beneficios. Los autores del informe señalan la evidencia de los programas parentales de niños con TDAH frente al tratamiento aplicado en la escuela y uso exclusivo de fármacos (Khan, Parsonage y Stubbs, 2015).

En esta línea he de comentar que el formato de aplicación más rentable en términos costes-beneficios es la modalidad grupal, con un beneficio de 1,4 Euros por cada Euro invertido y 2:1, respectivamente (Véase Tabla 4).

Tabla 4: Relación costes/beneficios de las intervenciones eficaces para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes

Modalidad de Intervención	Rango de edad	Coste por niño (euros/libras)	Beneficio: ratio de coste
Entrenamiento parental: Metodología grupal para padres en manejo de técnicas conductuales	2-12	1.661€/£1.200	1,4:1
Terapia multimodal en grupo: terapia conductual y tratamiento farmacológico	Etapas escolar	2.051€/£1.800	2:1

Adaptado de Khan, Parsonage y Stubbs (2015)

Los padres de los niños con TDAH necesitan aprender habilidades para actuar de forma asertiva (Prette, 2001) frente a las exigencias del día a día y garantizar el desarrollo general de los niños (Roca y Prette, 2010; Reyna, y Brussino, 2011).

La NICE recomienda instruir a grupos de padres en sesiones de dos horas que duren de 14 a 18 semanas, con la finalidad de reforzar las habilidades y compromiso parental (NICE, 2009; Cohen, y Reporting, 2015).

1.3. JUSTIFICACIÓN

La familia es una base fundamental del niño que presenta TDAH. Por un lado, porque la familia puede propiciar un diagnóstico precoz y una atención temprana, lo que mejorara el pronóstico de trastorno y, por otro lado, porque el tratamiento y adecuado seguimiento depende de ella. Ciertamente, el entorno familiar puede actuar como un factor de protección o como un factor de riesgo, estableciéndose en varios estudios como la disfunción familiar está relacionada con las manifestaciones y/o mantenimiento de la sintomatología asociada al trastorno (Stein Hausen et al., 2013).

Según la Federación Española de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002), **las familias con hijos con TDAH no tienen un estilo único y unidireccional a la hora de afrontar los problemas, pudiendo manifestarse distintos tipos de reacciones emocionales** cuando los padres enfrentan el diagnóstico de sus hijos. Con frecuencia se presenta reacciones de negación del trastorno, desplazando la responsabilidad hacia los profesionales, achacándola a una mala praxis con el riesgo de demorar que el hijo reciba el tratamiento adecuado. Por contra, los padres pueden manifestar actitudes sobreprotectoras que restan autonomía y no contribuyen al proceso madurativo del menor.

Recientemente, la **Asamblea del Consejo de Europa** aprobó una resolución con el número 2042 y bajo el título “Ensuring comprehensive treatment for children with attention disorders” (2015), **solicitando a sus estados miembros la garantía del tratamiento integral de los niños con TDAH**. La gran mayoría de las intervenciones han concentrado la mirada en intervenciones farmacológicas sin la suficiente atención a otras opciones de tratamiento, en particular las intervenciones conductuales-psicológicas dirigidas a la enseñanza de habilidades que mejoran el comportamiento de los niños con TDAH. **La resolución propone introducir programas tanto de detección como de intervención fundamentados en estudios de investigación adecuadamente diseñados**. Apoyándonos en estas directrices, **nuestra tesis doctoral presenta como novedad un**

programa de entrenamiento parental para la resolución de conflictos, integrando técnicas de distintos modelos terapéuticos y con intervenciones psicológicas dirigidas a la experiencia interna de los padres cuando están educando.

Se hace necesario psicoeducar a los padres en una adecuada comprensión sobre la naturaleza del trastorno de TDAH que afecta a sus hijos, y **en potenciar las competencias de afrontamiento** que les habilite para resolver los conflictos intra e interpersonales característicos de la convivencia cotidiana con esta problemática.

Por lo tanto, **parece relevante la intervención de manera directa con los padres de niños con TDAH, partiendo de la necesidad de profundizar en el análisis de las dificultades emocionales que surgen en las familias**, ya que como se recoge en la literatura científica presentan un patrón familiar caracterizado por problemas matrimoniales, estados depresivos en muchas madres, problemas con la organización y planificación, y estilos de crianza inadecuados. (Díaz-García y Díaz-Sibaja, 2005; Díaz-Sibaja, 2007). De ahí, que los tratamientos parentales sean los de primera elección por la eficacia en tratar esta problemática (Sanders, 2002), puesto que modifican patrones de comportamiento disfuncionales, eliminan alianzas patológicas y favorecen la comunicación (Robles y Romero, 2011).

Los programas parentales estandarizados están fundamentados en enfoques cognitivos-conductuales dirigidos a psicoeducar a los padres en el manejo de técnicas para afrontar la sintomatología y su impacto en el contexto familiar (Arco-Tirado, Fernández-Martin e Hinojo-Lucena, 2004).

Sin embargo, **muy pocos modelos con efectividad terapéutica han promovido el bienestar emocional de los padres** (Wells et al., 2000), implementando programas terapéuticos dirigidos prioritariamente a mejorar la conciencia y la utilización de una mayor variedad de estrategias de afrontamiento en el desempeño de las responsabilidades parentales en la convivencia con el TDAH.

El proyecto que presentamos pretende contribuir a la necesidad planteada, diseñando un programa de intervención psicológica parental, que hemos denominado

Respira, y que está fundamentado en modelos terapéuticos de soporte empírico procedentes de la integración de diversos enfoques, humanista, sistémico y cognitivo-conductual.

El programa integra diversas técnicas y herramientas: métodos de autocontrol (Miranda y Soriano, 2010), **técnicas de meditación provenientes de la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (TCBM)** así como técnicas que permiten medir el nivel de satisfacción en el momento presente, y que son representativas de los procedimientos de los programas de **Coaching** y de la **Programación Neurolingüística (PNL)** (O'Connor y Lages, 2005). El conjunto de técnicas nombradas tienen como objetivo ayudar a la toma de conciencia de los estados mentales para la resolución de conflictos internos en situaciones problemáticas con relación a las conducta del hijo (Kramer, Weger, y Sharma, 2013).

Por tanto, la presente tesis doctoral pretende estudiar la repercusión emocional de las dificultades que genera el trastorno de TDAH en los padres y, partiendo de las necesidades psicológicas detectadas, desarrollar, implementar y evaluar la eficacia del programa de intervención psicológica *Respira* para mejorar el afrontamiento al estrés de los padres, aumentar la satisfacción con el rol parental y la adaptación general de los hijos con TDAH.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN



Los **objetivos de la investigación** son los siguientes:

- Estudiar las características psicológicas de los padres con hijos diagnosticados de TDAH y las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas.
- Estudiar la eficacia del programa de intervención psicológica ***Respira*** para mejorar las estrategias de afrontamiento de los estados emocionales disfuncionales y la satisfacción con el rol parental de los padres con niños diagnosticados de TDAH.
- Comprobar la efectividad del programa parental de intervención psicológica ***Respira*** sobre la sintomatología hiperactiva y la adaptación conductual general de los hijos con TDAH.
- Estudiar qué factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos previos están relacionados con la efectividad del programa de intervención psicológica ***Respira***.

CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODO



3.1. POBLACIÓN Y TIPO DE ESTUDIO

La población a estudiar está formada por niños diagnosticados de TDAH y sus padres.

Se trata de un estudio descriptivo y experimental, realizándose, por un lado, un diseño observacional transversal, con la finalidad de estudiar las características de índole sociodemográfica, clínica y psicológica de las familias con hijos diagnosticados de TDAH, y por otro lado, un estudio experimental pre-post ensayo, con la finalidad de probar la eficacia del programa *Respira*.

3.2 MATERIAL

3.2.1. MUESTRA

Se determinó que el tamaño muestral adecuado para realizar el estudio era de 95 padres. En un principio se eligieron aleatoriamente a 106 **padres de niños con diagnósticos de TDAH inscritos en la Federación de Ayuda al Déficit de Atención con Hiperactividad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.**

La presente investigación se efectúa en la Asociación de Déficit de Atención con Hiperactividad de Molina de Segura (Murcia) desde el período de marzo de 2013 a marzo de 2014.

Utilizamos los criterios de inclusión a continuación relacionados:

1. Los establecidos por la asociación ADAHI u otras entidades clínicas que trabajen con población TDAH.
2. Diagnóstico clínico de TDAH en el hijo por el Centro de Salud Mental.
3. Padres con hijos con diagnóstico clínico de TDAH que aceptan el consentimiento informado para la realización del estudio descriptivo.

De la muestra inicial se excluyeron 10 padres e hijos con diagnóstico TDAH, por algunos de los siguientes motivos: padres e hijos con trastornos mentales graves, incapacidades físicas altas que impidan la comprensión o realización de las pruebas o no aceptación final del consentimiento informado.

Nuestra investigación desarrolla dos de los objetivos fundamentales mediante dos tipos de diseños metodológicos con requerimientos de tamaño muestral diferentes. Así:

Para **el estudio descriptivo**, la muestra total de participantes fue de 96 padres y de 48 hijos con diagnóstico de TDAH.

Para **el estudio experimental**, mediante el cual pretendemos comprobar la efectividad del programa parental *Respira*, establecimos que el tamaño adecuado y

preciso era de 40 padres (padre ó madre) seleccionados aleatoriamente y sus hijos diagnosticados de TDAH.

Las muestras finales de ambas partes del estudio cumplen los criterios de selección, y a todos se les hace entrega de un documento de consentimiento informado (ver Anexo 1), explicándoles los beneficios que aporta el estudio tanto a nivel individual como comunitario e indicándoles que el estudio no comporta riesgos para la salud (según el artículo 8 de la ley 41/2002), garantizándose igualmente la privacidad, el anonimato y seguridad en la gestión de datos (según los artículos 16 y 17 de la ley 41/2002).

3.2.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

El material del estudio consistió en un protocolo de recogida de datos sociodemográficos, clínicos y psicológicos por medio de una entrevista clínica semiestructurada, y la aplicación de instrumentos autoinformados estandarizados que se llevó acabo durante el periodo de marzo a julio de 2013.

Asimismo, del diseño del programa de intervención psicológica parental *Respira*.

3.2.2.1. Variables sociodemográficas de padres e hijos

En el estudio observacional transversal tomamos información de las variables sociodemográficas que nos permiten caracterizar a la población de estudio y que pensamos que mayor relación tienen con el comportamiento psicológico.

Estas variables son medidas de modo cualitativo y cuantitativo, y se precisan en los cuadros siguientes (Cuadro 13 y 14):

Cuadro 13. Características de variables cualitativas sociodemográficas

SEXO PADRES	- HOMBRE - MUJER
SEXO HIJOS	- HOMBRE - MUJER
NIVEL DE ESTUDIOS	- MENOS DE ESTUDIOS PRIMARIOS - ESTUDIOS PRIMARIOS - FP - BACHILLER - ESTUDIOS GRADO MEDIO O SUPERIOR
ESTADO CIVIL	- SOLTERO - CASADO/PAREJA DE HECHO - DIVORCIADO/ SEPARADO - VIUDO
NIVEL ECONÓMICO	- BAJO (Hasta 600) - MEDIO (600 a 1200) - ALTO (Más de 1200)

Cuadro 14. Características de variables cuantitativas sociodemográficas

EDAD PADRES: NÚMERO DE AÑOS DEL PADRE/ MADRE
EDAD HIJOS: NÚMERO DE AÑOS DEL HIJO

3.2.2.2. Variables de antecedentes clínicos de padres e hijos

Respecto a las variables clínicas se identifica información sobre antecedentes diagnósticos y de tratamiento farmacológico y psicológico tanto de los padres como de los hijos con TDAH, que son medidos cualitativamente. También se incluye en la evaluación aspectos relacionados con las responsabilidades y pautas educativas que nos resultan de interés como factores del contexto familiar indicadores de estrés en los padres. (Ver Cuadro 15).

El conjunto de estas variables aportan información relevante para la caracterización de la población y nos permitirá ver la influencia que tienen en los estados psicológicos de los padres e hijos, y su importancia en el programa *Respira*.

Cuadro 15. Características de variables cualitativas clínicas

ANTECEDENTES TDAH	<ul style="list-style-type: none"> - LOS QUE NO CONOCEN LA EXISTENCIA DEL TDAH - LOS QUE SI CONOCEN LA EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE TDAH - LOS QUE RECONOCEN COMO PROPIOS EL TDAH
DIAGNÓSTICO HIJOS	<ul style="list-style-type: none"> - INATENTO - HIPERACTIVO - TRASTORNO COMBINADO
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PADRES	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PADRES	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO
TRATAMIENTO PSICOEDUCTIVO HIJOS	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO HIJOS	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO
DISCREPANCIA EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - SI HAY DISCREPANCIA EDUCATIVA - NO HAY DISCREPANCIA EDUCATIVA
CARGA DE RESPONSABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - LA MADRE - EL PADRE - AMBOS
MESES DE TERAPIA HIJOS	<ul style="list-style-type: none"> - MESES DE TERAPIA: DÍAS, MESES Y AÑOS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

3.2.2.3. Variables psicológicas de padres del estudio descriptivo

En nuestro trabajo hemos estudiado un grupo de variables psicológicas que nos van a proporcionar una valiosa información, objetivamente recogida, sobre el estado psicológico y probables disfunciones emocionales de los padres del estudio.

El conjunto de variables psicológicas incluidas nos permitirán completar, en la parte descriptiva, la caracterización clínica de nuestra población de padres con hijos con TDAH.

En concreto para este objetivo hemos administrado los cuestionarios con formato auto administrados: PARENTING STRESS INDEX (Herrero, Brito de la Nuez, López, Pérez y Martínez, 2010) y LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE, LSB-50 (Luis de Rivera y Manuel R. Abuín, 2012).

3.2.2.3.1 PARENTING STRESS INDEX (Herrero, Brito de la Nuez, López, Pérez y Martínez, 2010)

El PSI-SF (Abidin, 1995) es un cuestionario o medida de autoinforme compuesto por 36 afirmaciones, en su versión abreviada, a las que los padres deben contestar en una escala tipo Likert de 5 puntos. La escala mide **el estrés que experimentan los padres y madres en el ejercicio de la paternidad**, asumiendo que éste puede ser engendrado por las características de los padres, por ciertos síntomas conductuales del niño y/o por variables situacionales que se relacionan directamente con el rol parental.

Abidin, 1995, realizó con la versión abreviada un análisis factorial exploratorio efectuado con rotación varimax obteniendo tres factores, de 12 ítems cada uno, llamados: Malestar Paterno, Interacción Disfuncional Padres-Hijo y Niño Dificil. La subescala de **Malestar Paterno** (ítems del 1 al 12) determina el malestar que perciben los progenitores al ejercer el papel de padres, provocado por factores personales que están directamente relacionados con el ejercicio de las funciones derivadas de este papel (sentido de competencia, tensiones asociadas con las restricciones impuestas a otras funciones que desarrollamos en la vida, conflictos con el otro padre del niño, falta de apoyo social, etc.).

La subescala **de Interacción Disfuncional Padres-Hijo** (ítems del 13 al 24) se centra en el conocimiento que los padres tienen sobre el grado en que su hijo satisface o no las expectativas que tenían sobre él o ella, y del grado de reforzamiento que su hijo les aporta. La tercera se denomina **Niño Dificil** (ítems del 25 al 36), y es una escala que brinda una valoración de cómo perciben los progenitores el control de sus hijos en función de los rasgos conductuales que poseen. Asimismo incluyen una serie de patrones o pautas aprendidas de conducta desafiante y de desobediencia. Los niños con puntuaciones altas en esta variable sugieren que pueden estar sufriendo problemas importantes en los procesos y mecanismos de autorregulación.

A partir de la suma de estas tres subescalas conseguimos una puntuación final global conceptualizada como **Estrés Total**. La variable Estrés Total indica el grado de

estrés que los progenitores experimentan al sufrir malestar personal, tensión derivada de las interacciones que mantienen con el hijo, y aquellas otras que tienen su origen en las características conductuales del niño, en su papel de padres.

El Índice de Estrés Parental tiene adecuadas propiedades psicométricas. Los coeficientes de consistencia interna fueron 0,87 (Malestar Paterno), 0,80 (Interacción Disfuncional Padres-Hijo) y 0,85 (Niño difícil). La validación de Abidin (1995) del Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) queda fundamentada por una muestra de madres, en su mayor parte de raza blanca, casadas con hijos menores de 4 años sin problemas. La correlación en estas muestras fue elevada (0,94) entre las puntuaciones totales de las formas completa y abreviada del PSI.

Para medir el estrés parental, nos encontramos con dos versiones españolas del PSI. La primera pertenece a Solís y Abidin (1991), con un estudio de validación con muestra de 223 madres de origen hispánico y la segunda, que hemos utilizado en el estudio, desarrollada por Díaz-Herrero, Brito, López, Pérez-López y Martínez-Fuentes (2010) con 129 madres españolas.

3.2.2.3.2. LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE, LSB-50 (Luis de Rivera y Manuel R. Abuín, 2012).

El Listado de Síntomas Breve (LSB-50) es un instrumento de evaluación psicopatológica utilizado para el despistaje de síntomas psicológicos y psicosomáticos.

La finalidad es obtener tres índices de psicopatología para identificar a pacientes que requieren una atención clínica inmediata en población adulta. El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales que nos da una visión global del sufrimiento, nueve escalas y subescalas que nos dan un perfil psicopatológico y un índice de riesgo psicopatológico que nos refleja la sintomatología asociada (véase cuadro 16 y 17).

Cuadro 16. Índices Generales del LSB-50

ÍNDICES GENERALES	VISIÓN GLOBAL DEL NIVEL DE SUFRIMIENTO PSICOPATOLÓGICO DEL EVALUADO
ÍNDICE GLOBAL DE SEVERIDAD(GLOBAL)	EVALÚA LA AFECTACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE FORMA GLOBAL
NÚMERO DE SÍNTOMAS PRESENTES(NUM)	INFORMA DEL NÚMERO DE SÍNTOMAS
ÍNDICE DE INTENSIDAD DE SÍNTOMAS PRESENTES(INT)	INDICA LA SEVERIDAD O INTENSIDAD DE SÍNTOMAS

Cuadro 17. Escalas y Subescalas Clínicas del LSB-50

ESCALAS Y SUBESCALAS CLÍNICAS	INFORMAN DEL PERFIL PSICOPATOLÓGICO DEL EVALUADO
PSICORREACTIVIDAD (Pr)	Explora las formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación
HIPERSENSIBILIDAD(Hp)	Evalúa la sensibilidad en la percepción intrapersonal e interpersonal
OBSESIÓN-COMPULSIÓN(Ob)	Explora la obsesión y compulsión o ritual
ANSIEDAD(An)	Evalúa las manifestaciones de cuadros de ansiedad
HOSTILIDAD(Hs)	Explora la pérdida de control emocional con manifestaciones de rabia, ira resentimiento
SOMATIZACIÓN(Sm)	Evalúa malestar corporal
DEPRESIÓN(De)	Explora síntomas depresivos
ALTERACIONES DEL SUEÑO(Su)	Evalúa las alteraciones de sueño importantes para la salud
ALTERACIONES DEL SUEÑO AMPLIADA(SU-a)	Explora las alteraciones de sueño con clínica asociada de ansiedad y depresión

LSB-50 surge desde la herencia y desde la experiencia en España a partir de los años 80, con cuestionarios autoaplicados para la detección de síntomas psicopatológicos. Se considera la más reciente adaptación al español del SCL-90-R.

Respecto a las garantías psicométricas del instrumento, los coeficientes de fiabilidad en las escalas del LSB-50 estuvieron comprendidos entre 0,70 y 0,90, valores que resultan satisfactorios. En cuanto al Índice de riesgo psicopatológico, el coeficiente

alfa de 0,88 avala **la existencia de un complejo sintomático ansioso-depresivo y de somatización ligado a la sensibilidad interpersonal e intrapersonal**. El coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba (índice global) fue de 0,96.

Se ha estudiado la validez de criterio considerando la validez concurrente de las escalas e indicadores generales del LSB-50 con respecto a variables de dependencia y estilos de relación y apego interpersonal (análisis de contingencia y de correlaciones).

Existen correlaciones positivas y significativa (coeficiente de contingencia= 0,438 $p < 0,001$) entre la sintomatología medida con LSB-50 y las variables del perfil de relación y dependencia interpersonal. También se procedió a estudiar la estructura factorial del instrumento como evidencia adicional de la validez de la prueba, por lo que el número de factores extraído fue de 6, que en su conjunto alcanza un total de 55,3 de la varianza.

3.2.2.4. Programa *Respira* y variables psicológicas del estudio experimental

El segundo objetivo importante de este trabajo es comprobar la efectividad de un programa de intervención psicológica de corte grupal para padres con hijos diagnosticados con TDAH. El fundamento del programa está orientado a entrenar a los padres en las habilidades de afrontamiento efectivas para aliviar y/o gestionar las situaciones de estrés y disfunciones emocionales que el trastorno TDAH produce en la vida cotidiana.

A tal fin, se diseñó el programa *Respira* que consta 8 módulos de entrenamiento y una evaluación psicológica de los padres e hijos (para una información detallada sobre la evaluación del problema ver anexo 2).

El programa multicomponencial reúne los talleres que a continuación se relacionan:

- 1 Información psico-educativa: EL TDAH Y QUÉ NO ES TDAH
2. Estrategias psicoeducativas: CONVIVIR CON UN TDAH
3. Mi familia y yo: VALORES FAMILIARES
4. El cuidado del cuidador: TOMA DE CONCIENCIA SOBRE NUESTRAS NECESIDADES BÁSICAS.

5. Técnicas de relajación. PRÁCTICA MINDFULNESS.
6. Afrontamiento y gestión de emociones negativas.
7. Técnicas de comunicación: EL COLEGIO Y YO.
8. Autocoaching.

En el examen psicológico se mide las respuestas de afrontamiento y la valoración del rol parental de los padres, así como se estudia la adaptación general y por áreas específicas de los hijos y, se mide de los síntomas nucleares del TDAH por indicadores de severidad valorados por los informes de los padres.

Se seleccionaron los cuestionarios más pertinentes para medir los efectos del programa en **las variables psicológicas clínicas de estudio experimental**, que se describen a continuación:

3.2.2.4.1. Inventario de respuestas de afrontamiento-adultos. CRI-A (Kirchner y Forns, 2010).

Para la evaluación previa al programa de los modos de afrontamiento se utilizó el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Adultos de Moos (1993) adaptado por Kirchner y Forns, en 2010.

El Inventario CRIA-A, desde un marco conceptual ecológico social, combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento de un sujeto: por un lado considera la orientación o el foco del afrontamiento y por el otro el método de afrontamiento.

Desde el foco de afrontamiento, las respuestas se dividen en aproximación y evitación. Cada uno de estos dos grupos de respuestas se divide en dos categorías que reflejan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual.

El CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Sus ocho escalas incluyen estrategias de **aproximación al problema** (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas) y de **evitación del mismo** (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional).

El inventario consta de dos partes. En la primera de ellas el sujeto debe describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Posteriormente debe puntuar en una escala Likert de 4 puntos 10 preguntas relacionadas con la valoración primaria de la situación estresante.

Cumpliendo con esta tarea, se propone a los padres entrevistados que nos indiquen las situaciones de estrés relacionadas con las actividades cotidianas de los hijos que les resulten más difíciles o produzcan mayor preocupación y malestar.

Se identificó **“la gestión de las tareas escolares cotidianas de los hijos” como la situación de estrés más frecuente y que mayor malestar producía en la población de padres con hijos diagnosticados de TDAH.**

Así pues, el análisis de **las respuestas de afrontamiento en la supervisión del modo en el que los hijos organizan y ejecutan las tareas escolares, fue objeto de la evaluación a través del CRIA.**

La segunda parte consta de 48 ítems, que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos para medir las ocho estrategias de afrontamiento que menciono a continuación:

- ✓ Análisis lógico: Intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
- ✓ Reevaluación positiva: Intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
- ✓ Búsqueda de guía y soporte: Intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación.
- ✓ Solución de problemas: Intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.
- ✓ Evitación cognitiva: Intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
- ✓ Aceptación o resignación: Intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.

- ✓ Búsqueda de recompensas alternativas: Intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- ✓ Descarga emocional: Intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Respecto a su fiabilidad comentar que los coeficientes obtenidos son altos en casi todas las escalas y, en algunos casos, muy altos según los criterios de Guilford (1956). Los estudios de consistencia interna (alfa de Cronbach) oscilan entre el 0,81 y 0,90 según las escalas.

3.2.2.4.2. Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad (L. Córdoba, M.A. Verdugo y J. Gómez Inicio, 2011).

La Escala de Calidad de Vida Familiar (*ECVF*: Beach Center on Disability, 2001; Park et al., 2003; Poston et al., 2003) fue utilizada para comprobar la satisfacción que experimentan las familias frente a cada uno de diez indicadores de calidad de vida en contraste con la importancia que conceden a dichos indicadores. La escala consta de 41 ítems que se aglomeran en cinco factores: Interacción Familiar, Rol Parental, Salud y Seguridad, Recursos Familiares y Apoyo para las personas con discapacidad.

En nuestro trabajo seleccionamos la subescala de **Rol Parental** midiendo la importancia y la satisfacción con la que los padres valoraban su ejecución según una escala Likert de 5 puntos. Desde 1: Poco importante/ poco satisfactorio a 5: Muy o crucialmente importante/ satisfactorio.

La subescala Rol Parental ha demostrado cualidades psicométricas de una adecuada estabilidad temporal ($r = 0.68$ en Importancia y $r = 0.78$ en Satisfacción), y una excelente consistencia interna: Alfa de Cronbach 0.96 para importancia y 0.95 para satisfacción.

Complementariamente, nos interesamos por estudiar el grado de adaptación general y por áreas específicas: escolar, personal, social y familiar de la población de niños. Así

como la severidad sintomatológica manifestada en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Para ello, seleccionamos dos cuestionarios que administramos en diferentes momentos a los niños del estudio, y que nos permitió **comprobar la efectividad del programa Respira** para mejorar la adaptación y el comportamiento de los hijos.

3.2.2.4.3. Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (Pedro Hernández y Hernández, 2009).

Se trata de una prueba Auto evaluativa, que consta de 175 proposiciones a las que hay que responder afirmativa o negativamente. Se administra de forma individual o colectiva a sujetos desde los 8 años de edad a los 18 años. La duración de la prueba es de 30 a 40 minutos.

La significación de la prueba se encamina a la autoevaluación de la Inadaptación Personal, Social, Escolar, Familiar y Actitudes Educadoras de los padres, comprendiendo diferentes factores, en cada una de estas áreas. Incluye asimismo dos escalas auxiliares de fiabilidad o del estilo de realización de la prueba

En la evaluación del patrón de **adaptación global de los hijos afectados de TDAH** hemos utilizado, tomando como medidas de resultados **las escalas generales** que son comunes en el instrumento **para los tres niveles de edad** (8 a 11 años, 12 a 14 años y > 15 años).

Señalar que el **criterio clínico de inadaptación general** se sitúa para los tres niveles de edad y ambos sexos en la **puntuación ≥ 31 puntos**. Así, a mayor puntuación en las escalas, excepto para Estilo educativo adecuado de madre y de padre, más alta es la inadaptación en los niños.

Con respecto a las bondades psicométricas de la prueba, el estudio de la validez obtiene unos resultados en el análisis de la matriz de correlacionales factoriales intra-subpruebas que confirman la misma estructura factorial establecida. Este test obtuvo un alto índice de fiabilidad (.87), dada la naturaleza de la prueba.

3.2.2.4.4. Escala conductual de conners para padres y profesores -Abreviada (Conners, 1973)

Se trata del instrumento más utilizado en la actualidad en las investigaciones sobre los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El cuestionario goza de gran difusión internacional. En España fue adaptada y baremada la versión reducida (Farré y Narbona, 1984).

El cuestionario está integrado por veinte ítems que describen los síntomas relevantes del trastorno en dos subescalas de 10 ítems: Hiperactividad-Déficit de Atención y Trastorno de Conducta. Cada ítem ofrece cuatro alternativas de respuesta en función de la frecuencia de ocurrencia de la conducta mencionada. Los padres o profesores deben poner una cruz en la casilla correspondiente, que puede ser “siempre”, “muchas veces”, “a veces” o “nunca”. Su cumplimentación es muy simple y puede realizarse en pocos minutos. Para la evaluación de la sintomatología del trastorno de TDAH, empleamos la Escala Conners que establece como puntos de corte en la medida de severidad clínica de los síntomas una puntuación ≥ 10 . Considerando los estudios predictivos y sus parámetros de sensibilidad y especificidad, un punto de corte ≥ 7 para Hiperactividad (H), ≥ 8 para Déficit Atencional (DA) y de ≥ 10 para Trastorno de Conducta (TC), nos garantiza con un Intervalo de Confianza del 95%, el 93% de validez predictiva en el diagnóstico del trastorno. La fiabilidad por consistencia interna es 0,90.

3.3. MÉTODO

3.3.1. APLICACIÓN DEL PROGRAMA RESPIRA

La recogida de información necesaria para cubrir nuestros objetivos de investigación ha sido extensamente explicada en el apartado anterior, hemos de indicar únicamente que la aplicación del protocolo se realizó bajo las condiciones de confidencialidad inherentes al contexto de entrevista clínica con los padres e hijos en las consultas del Servicio de Psicológica de la Asociación de Déficit de Atención con Hiperactividad de Molina de Segura (Murcia).

En este apartado hablaremos del procedimiento que llevamos a cabo en la implementación del programa *Respira* durante el estudio experimental.

La aplicación se ha realizado por una única psicóloga, especialista en TDAH y directora técnica de ADAHI Molina (Murcia). El estudio abarca una duración de seis meses, de octubre del año 2013 a marzo del año 2014.

Un aspecto de control metodológico importante fue mantener las mismas condiciones en la recogida de información, realizándose en dos épocas sin acontecimientos de estrés adicional en las familias. Se trataba de la normal atención escolar que los padres proporcionan a los hijos en la vida cotidiana.

Se obtuvo información de las variables psicológicas clínicas, con las que evaluamos la efectividad del programa, **en un primer momento, previo a la aplicación del mismo y, en un segundo momento, a los seis meses de la terminación del tratamiento.**

Los contenidos del programa se desarrollan desde diferentes perspectivas, bien ya sea de forma individual, grupal (seleccionando a los padres según la edad de los hijos ya que las recomendaciones varían en grupos de padres con hijos adolescentes), y familiar.

El formato del programa tiene cuatro sesiones familiares y doce grupales con los padres, a razón de tres sesiones cada dos semanas con una duración de dos horas cada sesión.

Se llevó a cabo el protocolo de actuación, siguiente:

Fase informativa:

- A. Presentación, acogida y aclaración de dudas sobre consentimiento informado.
- B. Evaluación de las estrategias de afrontamiento en la gestión de los estudios de su hijo con TDAH y rol parental (CRIA y dimensión de rol parental). En los hijos, medimos los niveles de adaptación general (TAMAI) y evaluamos la sintomatología primaria del TDAH (escala de Coners).
- C. Explicación del programa *Respira*, en qué consiste, para qué le va a servir y cómo se va a aplicar.

Fase de Entrenamiento:

- A. Sesión familiar que invita a la reflexión de la dificultad de la convivencia familiar y al compromiso de trabajar conductas disfuncionales (¿Hago fácil la convivencia familiar?).
- B. Sesión individual donde el paciente propone un objetivo y estudia la realización del mismo. (Auto coaching).
- C. Entregamos contenidos y material que vamos a trabajar en grupo e invitamos a la participación activa del programa *Respira* (Anexo 3).
- D. Aprender y vivenciar los contenidos del programa.
- E. Aclaración de dudas sobre contenidos informados.

Fase de Seguimiento:

- A. Evaluación de las estrategias de afrontamiento mediante el CRIA, subescala del Rol Parental. Reevaluación de los niveles de adaptación general de los hijos y síntomas TDAH.
- B. Aclaración de dudas y escucha de las necesidades de los padres.

C. Por último, se emite un informe donde se les explica a los padres sus resultados y evolución (Anexo 4).

3.3.2. MATERIAL Y MÉTODO ESTADÍSTICO

El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado a través de diferentes pruebas estadísticas, que detallamos a continuación:

- Análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante la media y desviación típica.
- Distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.
- Estimaciones de parámetros con un nivel de confianza del 95%.
- Contrates de una proporción.
- Se han utilizado contrastes del Coeficiente de Correlación de Pearson para comparar dos variables cuantitativas.
- Se ha realizado un análisis de tablas de contingencias mediante la prueba χ^2 de Pearson, complementado con un Análisis de Residuos.
- Para estudiar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas se realizaron comparaciones de igualdad de medias, en el caso de dos medias mediante el test de la t de Student combinada y apareada en ambos casos previa comparación de varianzas, o Análisis de Varianza simple para medidas repetidas en el caso de más de dos medias. Si las varianzas son distintas, se aplica el test no exacto de Brown-Forsythe. Cuando el caso lo requirió se llevó a cabo una transformación normalizante.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows versión 19.0.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS



En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a lo largo del proceso de investigación, el cual se va a desarrollar en los siguientes apartados:

- Estudio Descriptivo de características sociodemográficas y de antecedentes clínicos de padres e hijos.
- Estudio de las características psicológicas. Contraste de una media de las escalas PSI (Índice de Estrés Parental) y LSB-50 (Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos).
- Estudio de la relación de las variables psicológicas con las variables sociodemográficas y de antecedentes clínicos de padres e hijos.
- Comparación de medias para estudiar la efectividad del programa de intervención psicológica *Respira* sobre las estrategias de afrontamiento al estrés parental y la satisfacción con el rol parental.
- Comparación de medias para estudiar la efectividad del programa de intervención psicológica *Respira* sobre la sintomatología hiperactiva y la adaptación conductual general de los hijos con TDAH.
- Análisis de correlaciones y comparación de medias para estudiar la relación de los factores psicológicos, sociodemográficos y clínicos con los cambios ocurridos en las estrategias de afrontamiento, rol parental de la muestra de madres y padres, y en la adaptación infantil y sintomatología del TDAH en los hijos, debidos al programa *Respira*.

4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ANTECEDENTES CLÍNICOS DE PADRES E HIJOS

4.1.1. ESTUDIO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE PADRES E HIJOS

Iniciamos este primer bloque de resultados exponiendo los datos más destacados del análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los padres e hijos de nuestro estudio.

– GÉNERO DE LA MUESTRA

En la Tabla 5 se muestra la distribución en frecuencias y porcentajes según el sexo de los padres.

Tabla 5. Género padres

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
GÉNERO PADRES	MUJERES	55	57,3%
	HOMBRES	41	42,7%
	TOTAL	96	100%

Como observamos en la Tabla 5, hay un porcentaje mayor de mujeres que de hombres en nuestro estudio. Más de un 50% de la población son mujeres ($p < 0.05$).

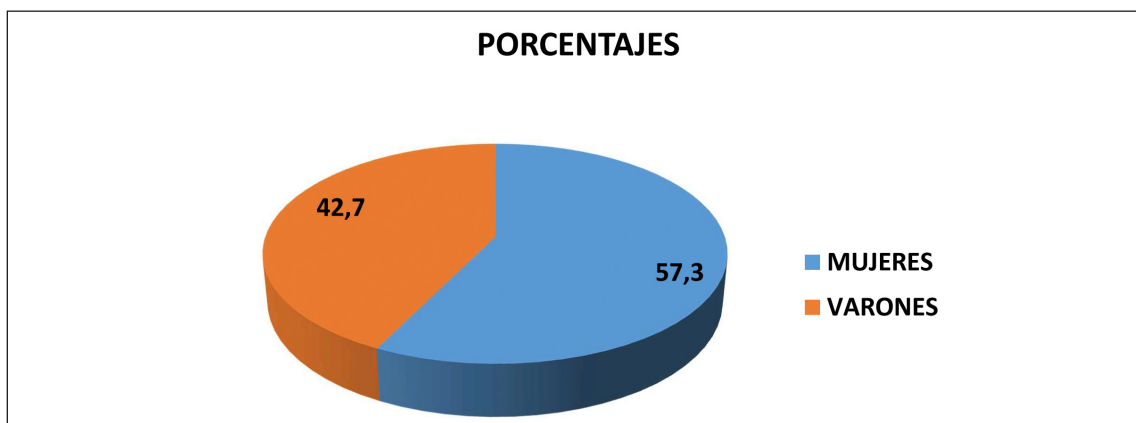


Gráfico 1. Distribución de porcentajes según Género de los padres

En la Tabla 6 se expresa la distribución de frecuencias y porcentajes en función del sexo de los hijos.

Tabla 6. Género HIJOS

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
GÉNERO HIJOS	NIÑAS	9	18,7%
	NIÑOS	39	81,3%
	TOTAL	48	100%

Se observa una mayor frecuencia de niños (39) que de niñas (9). Más del 70% de la población son niños ($p < 0.05$).

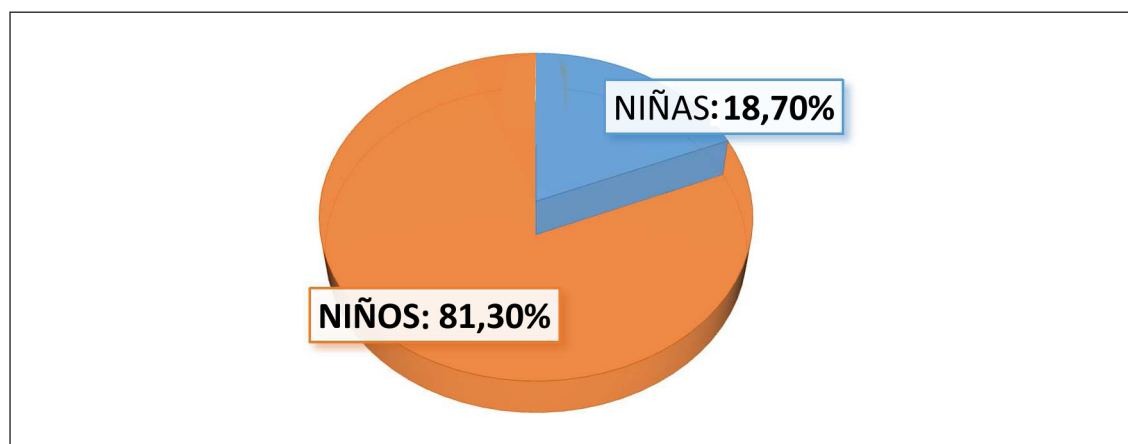


Gráfico 2. Distribución de porcentajes según Género de los hijos

– EDAD DE LA MUESTRA

En la Tabla 7 se presenta el rango de edad de padres y niños de la muestra.

Tabla 7. Edad de los padres y de los hijos

	Rango	Medias	Desviación Típica
EDAD PADRES	32 años a 69 años	44,95 años	6,16 años
EDAD HIJOS	Rango	Medias	Desviación Típica
	6 años a 17 años	11,56 años	3,01 años

Con relación a los padres observamos un rango de edad entre 32 años y 69 años, con **una media de 44,95 años y una desviación típica de 6,16 años.**

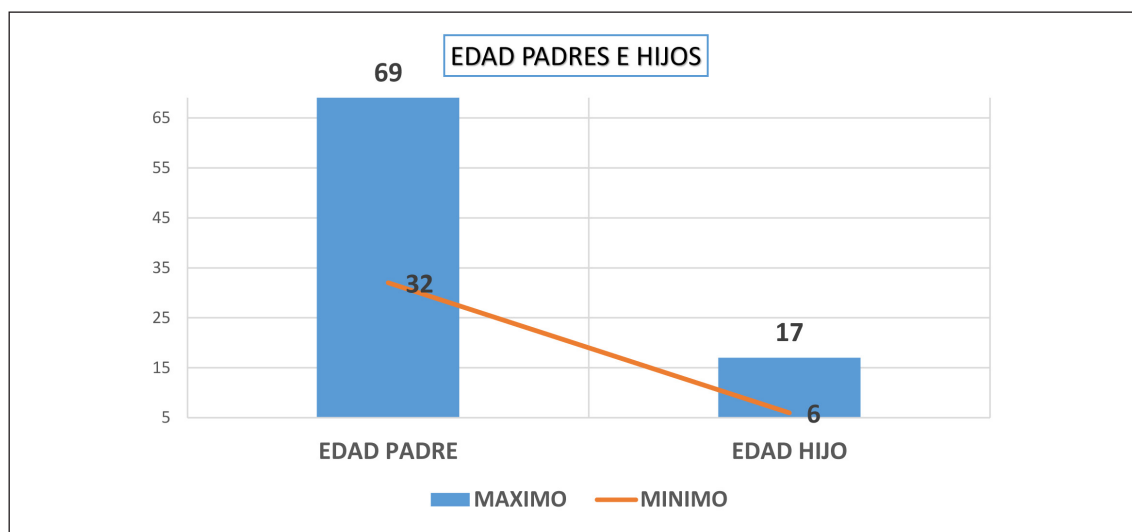


Gráfico 3. Intervalos de Edades de los padres e hijos

La edad de los hijos abarca entre los 6 a los 17 años, con una **edad media de 11,56 años y 3,01 años de desviación típica.**

– ESTADO CIVIL

En la Tabla 8 se puede observar la distribución de frecuencias y porcentajes de las diferentes categorías de la variable Estado Civil.

Tabla 8. Estado civil

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
ESTADO CIVIL	SOLTERO	1	1%
	CASADO/PAREJA DE HECHO	82	85,4%
	DIVORCIADO/SEPARADO	13	13,5%

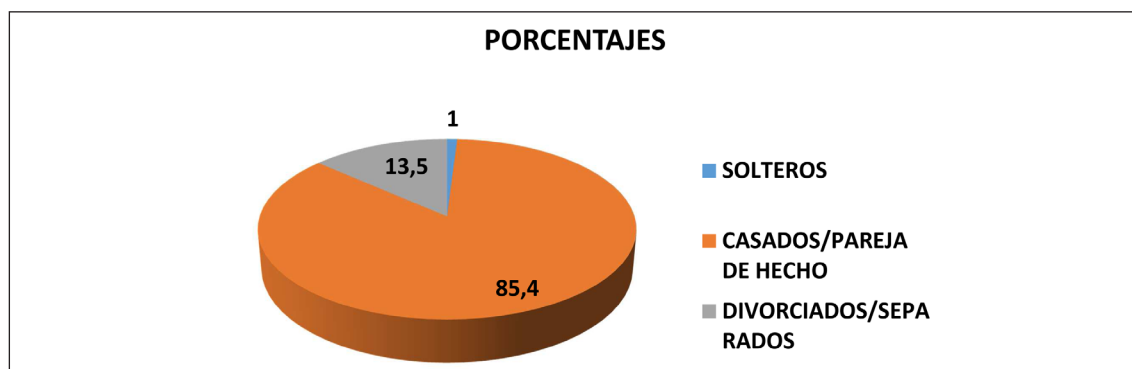


Gráfico 4. Distribución de porcentajes según Estado Civil de los padres

El estar casado o con pareja es la condición civil mayoritaria en nuestro estudio. Más del 79% de la población está casada o con pareja de hecho ($p < 0.05$).

– NIVEL DE ESTUDIOS

En la Tabla 9 se expone las frecuencias y distribución de porcentajes de las categorías de la variable Nivel de Estudios establecidas.

Tabla 9. Nivel de estudios

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
NIVEL DE ESTUDIOS	ESTUDIOS PRIMARIOS	17	17,7%
	FP-BACHILLER	33	33,4%
	ESTUDIOS SUPERIORES	46	47,9%
	TOTAL	96	100%

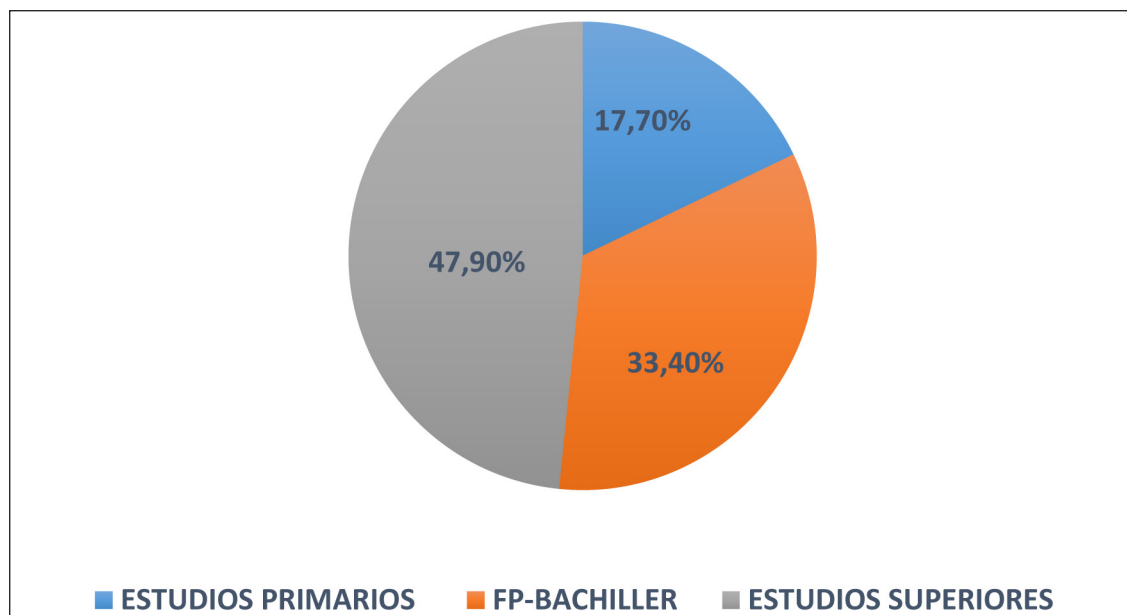


Gráfico 5. Distribución de porcentajes según el Nivel de Estudios de los padres

En la muestra de padres prevalece un Nivel Educativo Superior seguido de niveles medios. Más de un 40% de la población tiene un nivel educativo medio-superior ($p < 0.05$).

– NIVEL ECONÓMICO

En la Tabla 10 mostramos la distribución de frecuencias y porcentajes según las categorías establecidas para la variable Nivel Económico.

Tabla 10. Nivel económico

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
NIVEL ECONÓMICO	BAJO (< 600€)	25	26%
	MEDIO (de 600 a 1.200€)	45	46,9%
	ALTO (> 1.200€)	26	27,1%
	TOTAL	96	100%

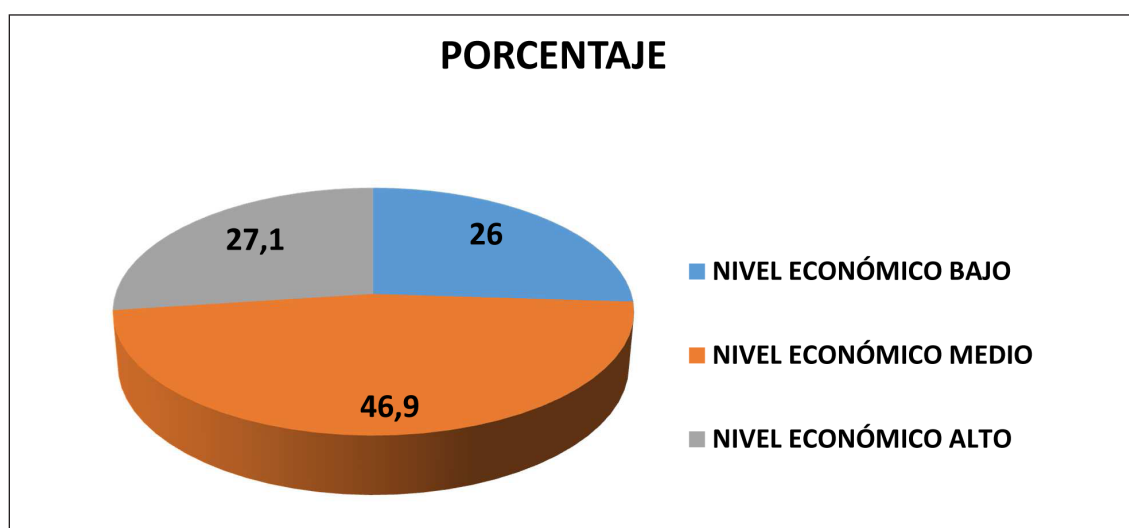


Gráfico 6. Distribución de porcentajes según el Nivel Económico de los padres

Observamos en el estudio que predomina una renta mensual entre 600 euros y 1.200 euros (Nivel Medio). Más de un 55% de la población tiene un nivel de ingresos medios ($p < 0.05$).

4.1.2. ESTUDIO VARIABLES DE ANTECEDENTES CLÍNICOS DE PADRES E HIJOS

Siguiendo con el estudio descriptivo, analizaremos los datos relevantes de las variables clínicas que se exponen mediante frecuencias y porcentajes.

– ANTECEDENTES TDAH EN PADRES

Agrupamos los antecedentes de TDAH de los padres en tres categorías como podemos ver en la Tabla 11.

Tabla 11. Antecedentes TDAH en padres

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
ANTECEDENTES TDAH PADRES	SIN ANTECEDENTES FAMILIARES	64	66,7%
	ANTECEDENTES FAMILIARES O PROPIOS	32	33,3%
	Total	96	100%

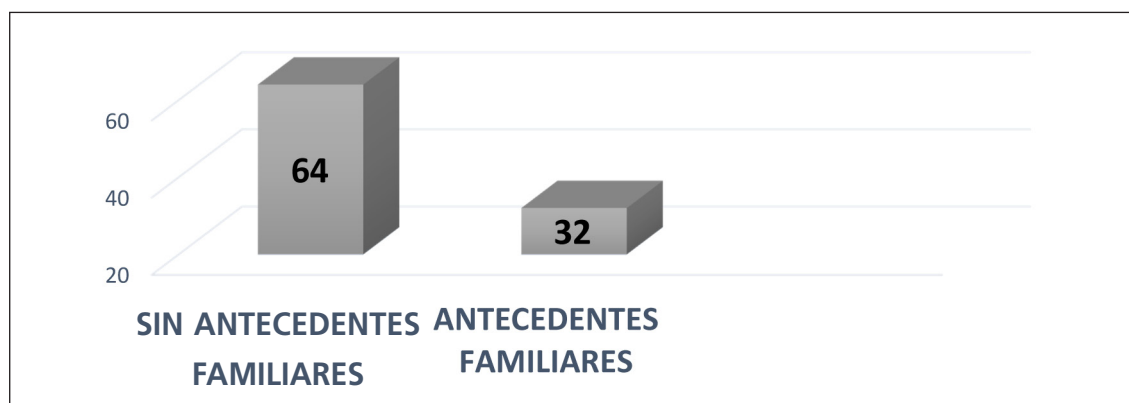


Gráfico 7. Distribución de frecuencias según los Antecedentes de TDAH en los padres

Efectuado el contraste de un proporción podemos decir que más de un 60% de la población de padres no tienen antecedentes familiares o propios de TDAH ($p < 0.05$).

– DISCREPANCIA EDUCATIVA ENTRE LOS PADRES

En la Tabla 12 podemos observar la distribución de frecuencias y porcentajes de los padres que si tienen discrepancia en los criterios de educación de los hijos frente aquellos que mantienen una coincidencia en las pautas educativas.

Tabla 12. Discrepancia Educativa

	Categorías	Frecuencias	Porcentajes
DISCREPANCIA EDUCATIVA	SI	49	51%
	NO	47	49%
	TOTAL	96	100%

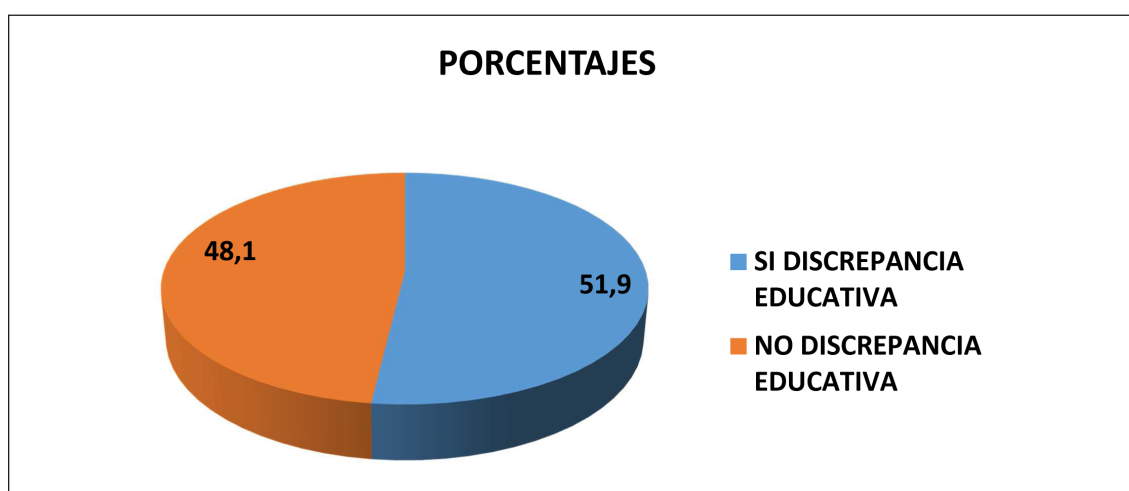


Gráfico 8. Distribución de porcentajes según la Discrepancia Educativa de los padres

La comparación de una proporción nos indica que más de un 40% de la población de padres discrepan o tienen conflictos relacionados con las pautas de educación de sus hijos diagnosticados de TDAH ($p < 0.05$).

– DIAGNÓSTICO DE LOS HIJOS.

En la Tabla 13 presentamos la clasificación diagnóstica según los síntomas nucleares del TDAH y su distribución en frecuencias y porcentajes.

Tabla 13. Diagnóstico hijos

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
INATENTO	19	39,58%
TRASTORNO COMBINADO	23	47,92%
HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD	6	12,5%
TOTAL	48	100%

El diagnóstico TDAH con predominio en Hiperactividad/ Impulsividad prevalece en nuestra muestra de hijos, seguido del trastorno por Inatención que se presenta en un 39,58% de los casos estudiados.

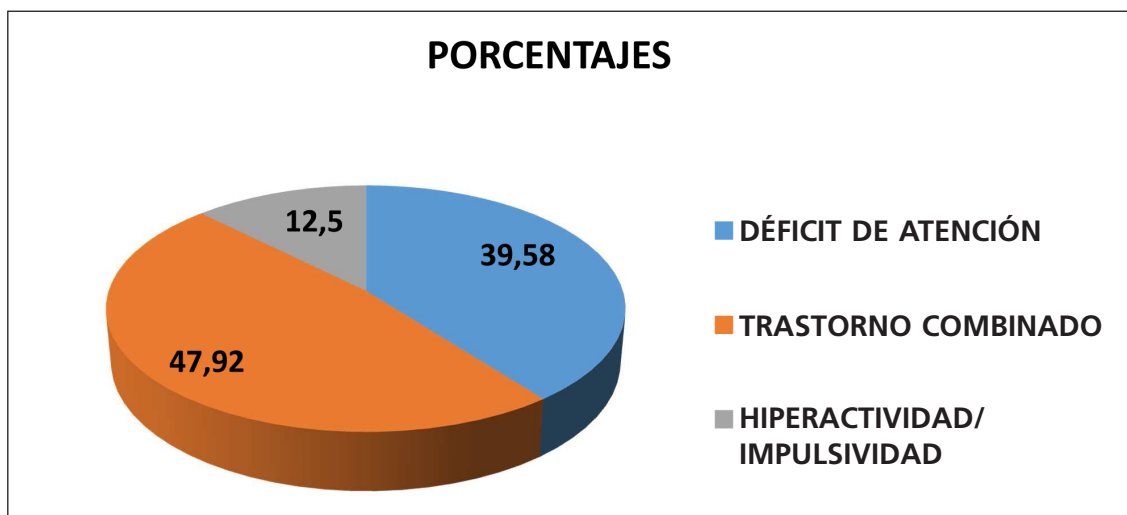


Gráfico 9. Distribución de porcentajes según el Diagnóstico TDHA en los niños.

– CARGA DE RESPONSABILIDAD

En la Tabla 14, exponemos la frecuencia y distribución de las tres opciones determinadas en la variable responsabilidad educativa.

Tabla 14. Carga de Responsabilidad Educativa

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
MADRE	70	66%
PADRE	5	4,7%
AMBOS	31	29,2%
TOTAL	96	100%

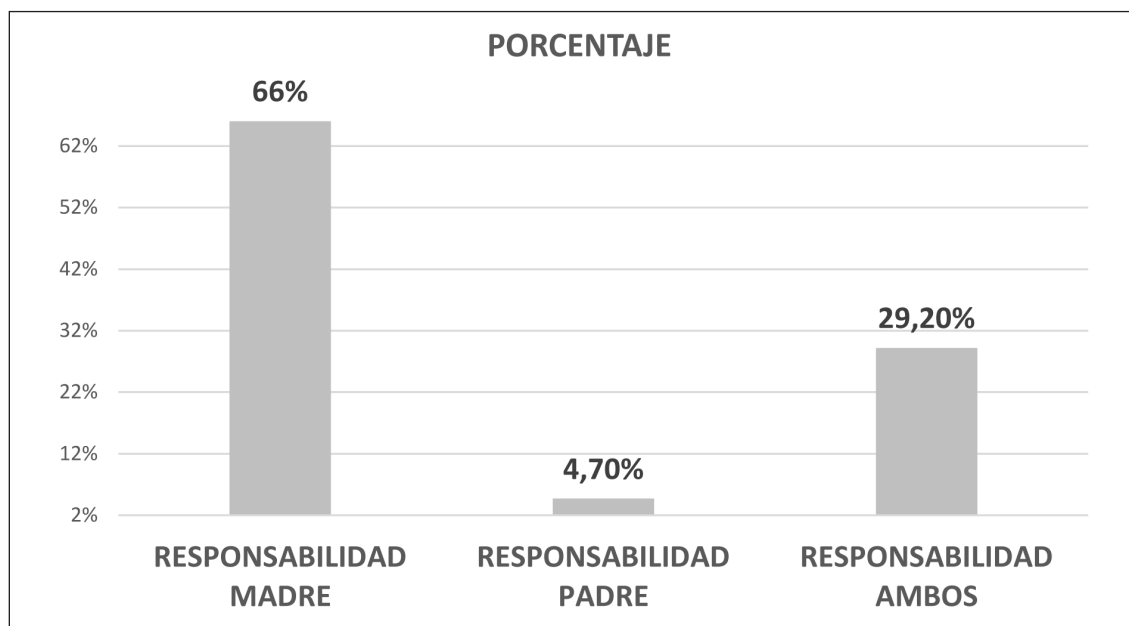


Gráfico 10. Distribución de porcentajes según la variable carga de Responsabilidad Educativa

Se realiza la comparación de una proporción, encontrando que menos del 10% de la población de padres de hijos con TDAH es el padre quién tiene la mayor carga de responsabilidad en la educación del hijo ($p < 0,05$).

– TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PADRES

En la Tabla 15 se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de la presencia/ausencia del tratamiento psicoterapéutico.

Tabla 15. Tratamiento Psicoterapéutico Padres

Categorías		Frecuencias	Porcentajes
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PADRES	SI	23	24%
	NO	73	76%
	TOTAL	96	100%

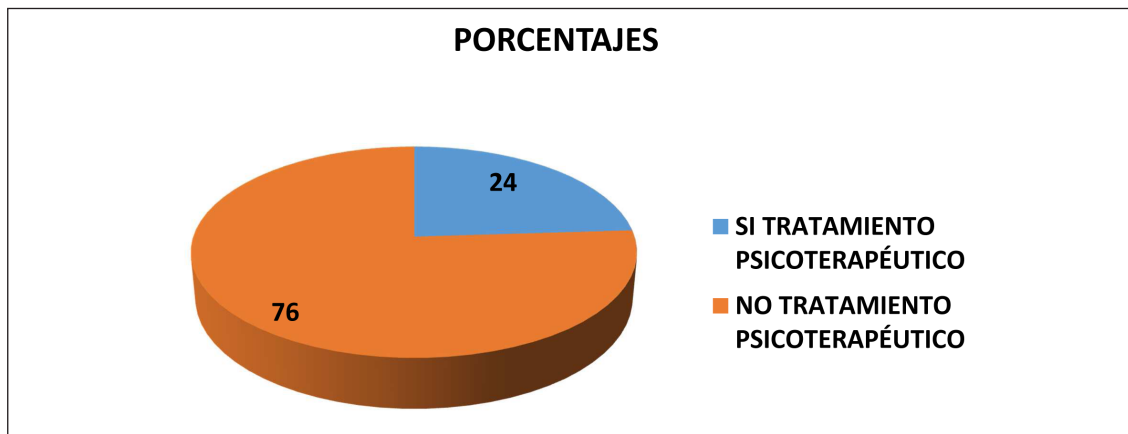


Gráfico 11. Distribución de porcentajes según la variable de tratamiento Psicoterapéutico de los Padres.

Se realiza la comparación de una proporción encontrando que más de un 70% de la población de padres no reciben tratamiento psicoterapéutico ($p < 0,05$).

– TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PADRES

Del mismo modo, en la Tabla 16 observamos los valores de frecuencia y porcentajes para el variable tratamiento psicofarmacológico de los padres.

Tabla 16. Tratamiento Psicofarmacológico Padres

Categorías		Frecuencias	Porcentajes
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO	SI	23	24%
	NO	73	76%
	TOTAL	96	100%

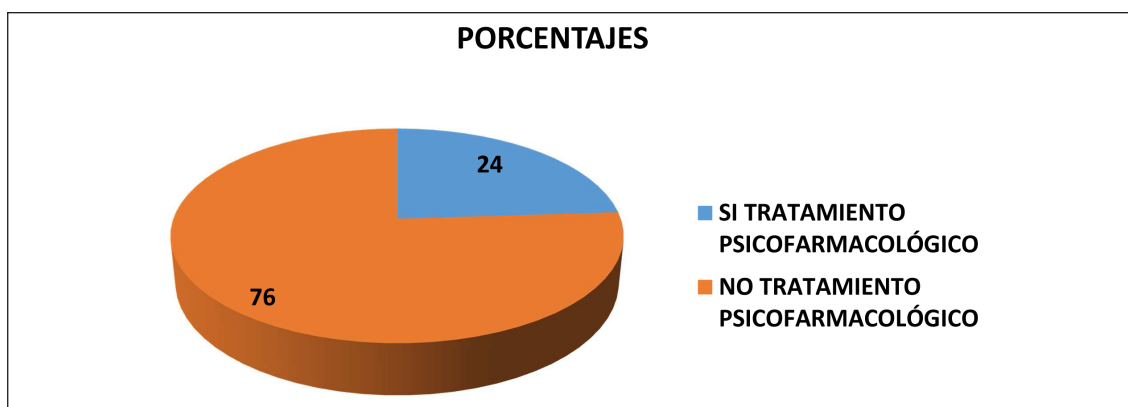


Gráfico 12. Distribución de porcentajes según la variable de tratamiento Psicofarmacológico de los Padres.

Al comparar con una proporción, tenemos más de un 15% de la población de padres con hijos diagnosticado con TDAH que sigue tratamiento psicofarmacológico ($p < 0.05$).

– TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO DE LOS HIJOS.

En la Tabla 17, vemos las frecuencias y porcentajes de la variable presencia/ausencia de tratamiento psicoeducativo en los hijos.

Tabla 17. Tratamiento Psicoeducativo Hijos

Categorías		Frecuencias	Porcentajes
TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO	SI	36	75%
	NO	12	25%
	TOTAL	48	100%

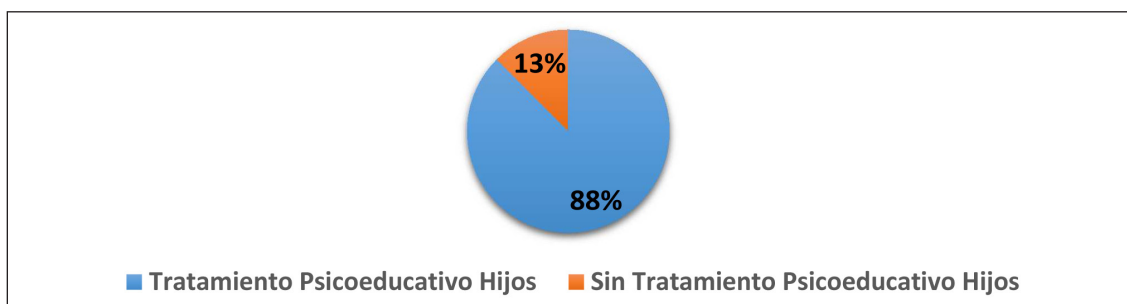


Gráfico 13. Distribución de porcentajes según la variable de tratamiento Psicoeducativo de los Hijos

Efectuada la comparación de una proporción, más del 80% de la población de niños diagnosticados de TDAH reciben tratamiento psicoeducativo para el TDAH ($p < 0.05$).

Señalar que de los 48 niños estudiados, 89,6% (43) de los niños recibían tratamiento farmacológico específico para el TDAH, y el 10,4% (5) de los niños no lo recibían.

– TIEMPO DE TERAPIA RECIBIDA POR LOS HIJOS

El tiempo de terapia lo hemos contabilizado en meses, encontrando un rango de 6 meses a 48 meses de terapia, siendo la media de 22,9 meses, con una desviación típica de 9,37 meses.

4.2. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS: ÍNDICE DE ESTRÉS PARENTAL E IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSICOSOMÁTICOS

4.2.1. PERFIL DE ESTRÉS PARENTAL

El grado de estrés parental de nuestra muestra de padres, lo evaluamos a través del cuestionario PSI, que mide tres dimensiones y una puntuación global: Malestar Paterno, Interacción Disfuncional Padres-Hijos, Niño Dificil y Estrés total.

En la Tabla 18 se exponen los distintos valores de las variables y los resultados correspondientes a la comparación de las medias con los valores de las variables que han arrojado una media estadísticamente superior a la mínima puntuación, a partir de la cual se considera la patología en cada variable.

Tabla 18. Análisis del Índice de Estrés Parental (PSI) de la muestra de padres – N: 96

DIMENSIONES PSI	Mínimo Pd	Máximo Pd	Media	Desviación Típica	Valor inferior clínico	texp >t 0,05;95 Nivel de Significación
INTERACCIÓN DISFUNCIONAL PADRES-HIJOS	15	50	28,86	6,60	26	9,28 p<0.0005
NIÑO DÍFICIL	16	57	35,27	8,58	27	9,39 P<0.0005
ESTRÉS PARENTAL TOTAL	51	146	93,04	18,36	75	9,57 p<0.0005

A excepción de Malestar Paterno, hallamos valores medios significativamente altos en las dimensiones **Interacción Disfuncional Padres-Hijos, Hijo Dificil y Estrés Parental Total**. Por lo que la población de padres con hijos diagnosticados de TDAH **tiene un grado de estrés severo o de riesgo clínico (p< 0.0005)**.

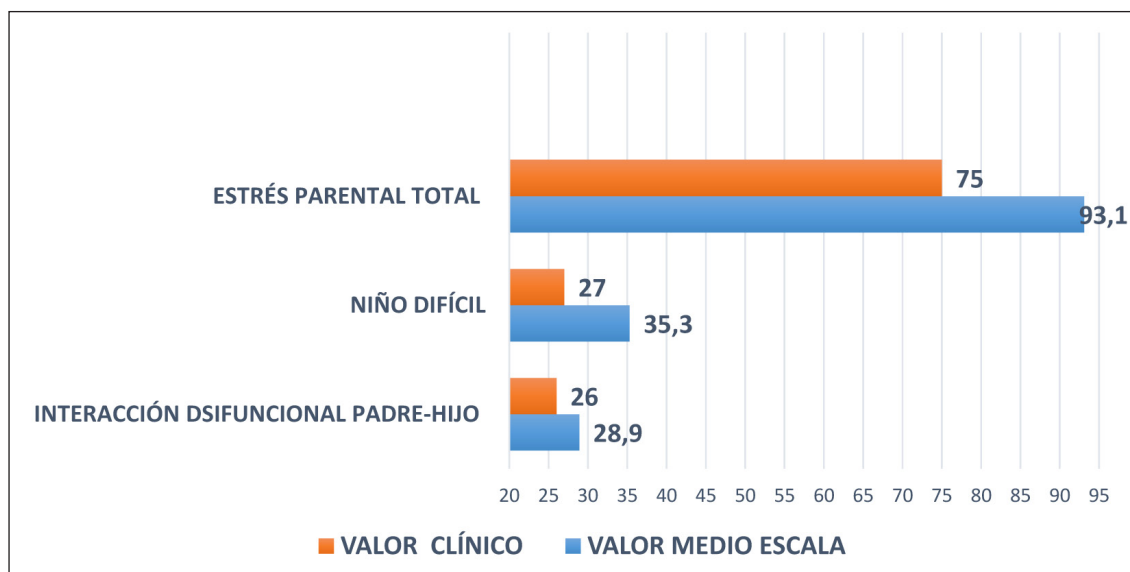


Gráfico 14. Comparación de los valores medios de la muestra con la puntuación mínima establecida para estimar valor clínico de las dimensiones de la Escala de Estrés Parental.

4.2.2. PERFIL PSICOPATOLÓGICO

De igual modo, hemos analizado el grado de morbilidad psíquica mediante la aplicación del cuestionario Listado de Síntomas Breve, LSB-50 a nuestra muestra de 96 padres.

Este cuestionario está formado por nueve escalas y tres índices globales que nos ofrece un perfil psicopatológico y un índice riesgo clínico global: Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Obsesión-Compulsión, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Alteración del sueño y ampliada, Índice global de severidad de síntomas, Índice de intensidad de síntomas presente e Índice de riesgo psicopatológico.

En la Tabla 19 mostramos los resultados de los contrastes que han dado significativos en la comparación de las medias de los valores de las variables con medias estadísticamente superiores a la mínima puntuación a partir de la cual se considera la patología en cada variable.

Tabla 19. Análisis del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) de la muestra de padres – N: 96

DIMENSIONES LSB-50	Mínimo Pd	Máximo Pd	Media	Desviación Típica	Valor inferior clínico	texp >t 0,05;95 Nivel de Significación
PSICORREACTIVIDAD	.0	2.14	.93	.53	0.71	23,48 p<0.0005
OBSESIÓN-COMPULSIÓN	.0	3	1.26	.64	1	3,96 p<0.0005
HOSTILIDAD	.0	2.5	.78	.58	0.67	1,85 p<0.05
ÍNDICE SEVERIDAD GLOBAL	.0	2.2	.81	.5	0.51	9,86 p<0.0005
ÍNDICE DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	.0	1.5	.35	.40	0.24	2,72 p<0.005

Destacamos los resultados significativos de tres de las escalas del LSB-50 con valores medios patológicos: *Hiperreactividad, Obsesión-Compulsión y Hostilidad*.

Así mismo, comparados los Índices generales de la escala, encontramos medias significativamente altas en los Índices Riesgo psicopatológico y Severidad global, *indicativas de valores patológicos*.

Para el resto de escalas del cuestionario no hemos hallado diferencias de medias iguales inferiores al nivel de significación del 0.05.

En estos contrastes hemos identificado la **presencia de una morbilidad psicopatológica, con manifestaciones de distrés general junto a reacciones obsesivas y hostilidad**.

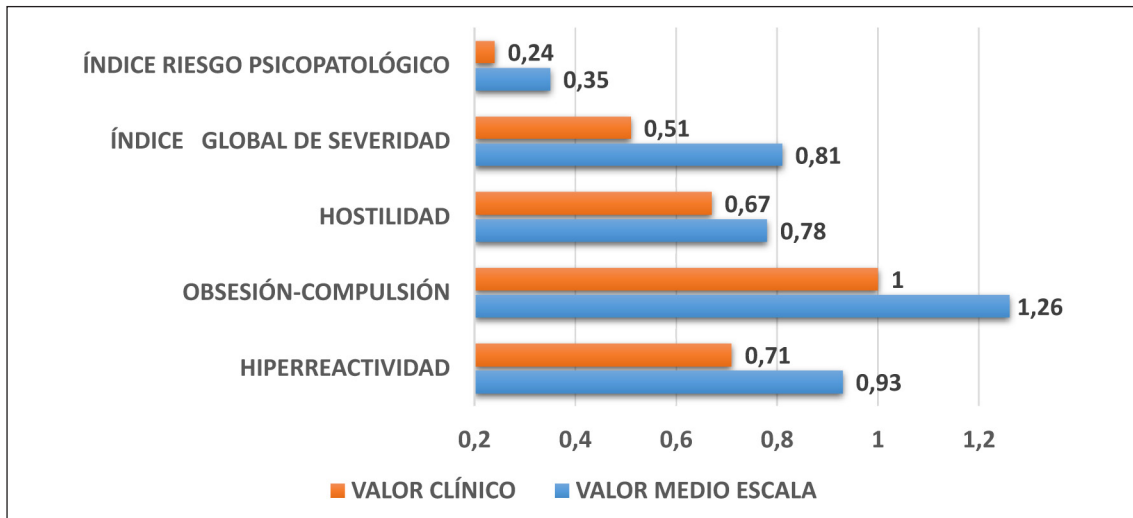


Gráfico 15. Comparación de los valores medios de la muestra con la puntuación mínima establecida para estimar valor clínico en las dimensiones del cuestionario Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (Listado de Síntomas Breve, LSB-50).

4.3. ESTUDIO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS PARENTAL Y EL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

4.3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS

Para analizar las influencias de factores sociodemográficos sobre las características psicológicas de nuestra muestra, hemos realizado, según las particularidades de las variables, análisis de correlaciones con coeficientes de Pearson y comparaciones de medias con la técnica t de Student combinada o ANOVAs, complementadas con comparaciones múltiples post hoc. Empleamos el test no exacto Brown-Forsythe cuando se hallaron varianzas distintas.

Describimos a continuación los resultados de las cuatro variables sociodemográficas que han mostrado una asociación estadísticamente significativa con diversas características de la Escala de Estrés Parental y el Cuestionario Listado Breve de Síntomas-50: Género, Edad, Nivel Educativo, Nivel Económico.

– RELACIÓN CON EL GÉNERO DE LOS PADRES

Para tratar la relación entre el género de los padres y las variables psicológicas se han realizado comparaciones de medias mediante el test de “t” de Student combinada o un “t” no exacto previa comparación de varianzas medias.

Las comparaciones de medias entre mujeres y hombres de la muestra que han resultado significativas se muestran en las Tablas 20, 21 y 22.

Tabla 20. Diferencias de sexo en la Escala Hostilidad Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50)

N:96 HOSTILIDAD	MUJERES (n: 55)		VARONES (n: 41)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0.90	0.64	0.64	0.45

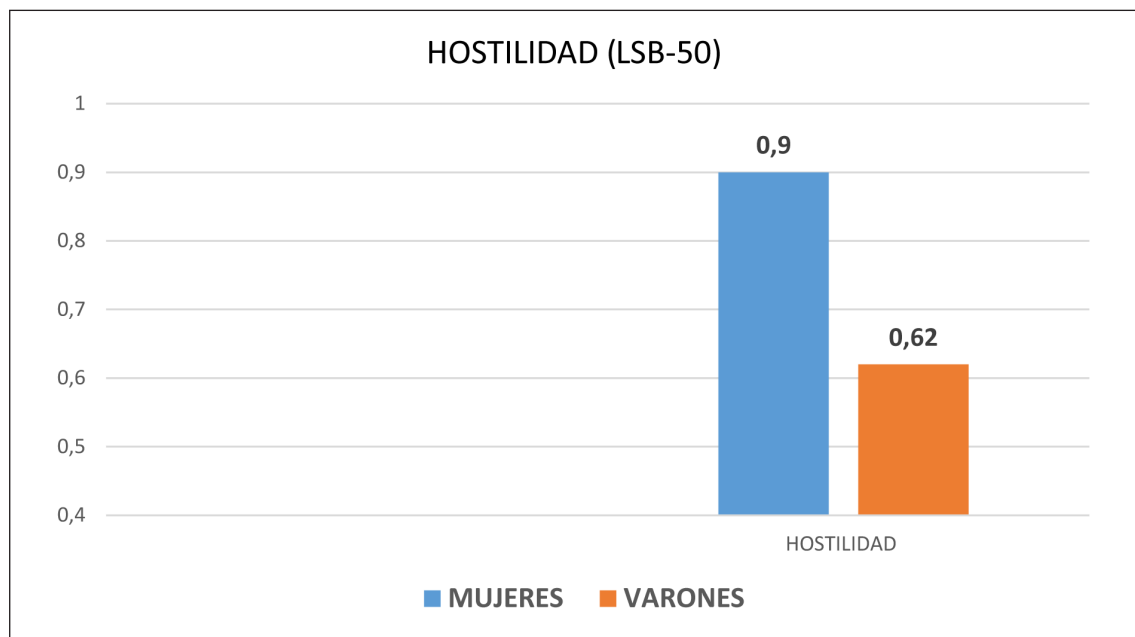


Gráfico 16. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Hostilidad. Del LSB-50

Como se aprecia en los resultados, las mujeres tienen una mayor media en Hostilidad que los hombres de la muestra de padres ($t, 93: 2,44; p < 0,02$).

Tabla 21. Diferencias de sexo en la Escala Depresión Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50)

N.96 DEPRESIÓN	MUJERES (n: 55)		VARONES (n: 41)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0.98	0.72	0.62	0.50

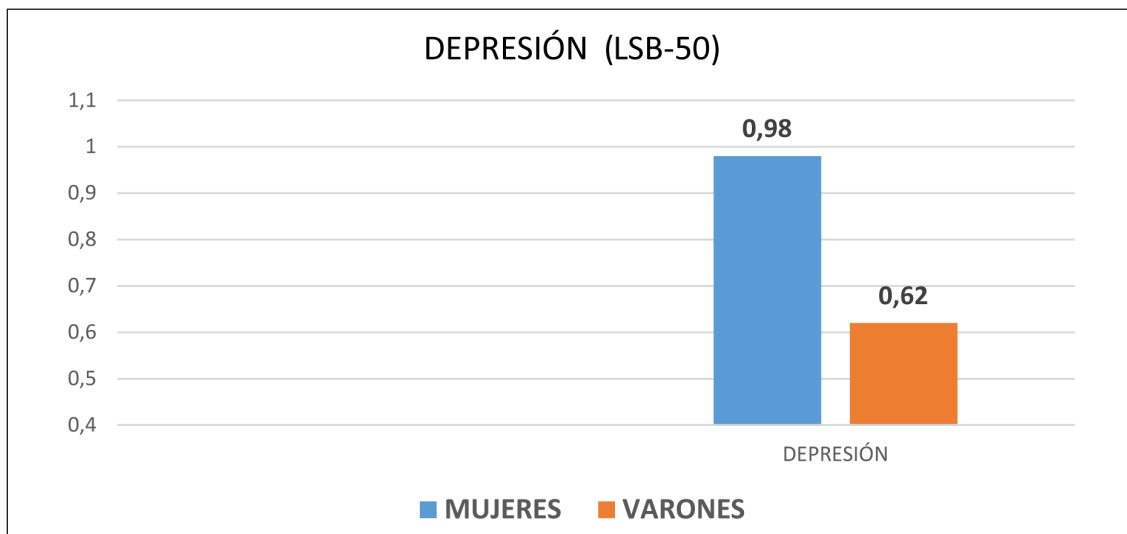


Gráfico 17. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Depresión del LSB-50

Igualmente, vemos que las mujeres obtienen una media más elevada que los hombres de la muestra de padres en la escala de Depresión del LSB-50 ($t, 93: 2.91; p < 0.007$).

Tabla 22. Diferencias de sexo en el Índice de Intensidad de Síntomas Psicológicos y Psicósomáticos (LSB-50)

N:96 ÍNDICE DE INTENSIDAD DE SÍNTOMAS	MUJERES (n: 55)		VARONES (n: 41)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	1.85	0.55	1.55	0.45

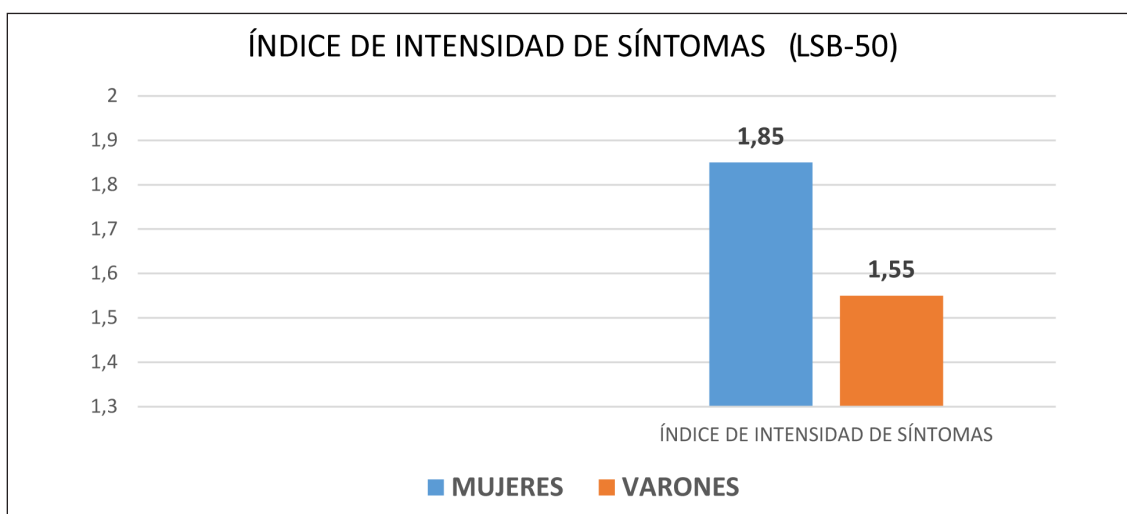


Gráfico 18. Comparación de las puntuaciones medias entre mujeres y varones de la muestra de padres en la dimensión Depresión del LSB-50

En la variable Índice de Intensidad de Síntomas, observamos una media significativamente mayor en las mujeres en comparación con los hombres de la muestra de padres ($t, 93: 2.78 p<0.007$).

En conjunto comprobamos que las mujeres experimentan con mayor intensidad de estrés emocional con síntomas de depresión y de hostilidad.

Respecto a la Escala de Estrés Parental (PSI) los contrastes estadísticos realizados no han resultado significativos.

– RELACIÓN CON LA EDAD DE PADRES E HIJOS

Para el estudio de las relaciones entre las variables psicológicas y las edades hemos realizado contrastes de coeficientes de Pearson. En la Tabla 23 presentamos las relaciones que han resultado significativas.

Tabla 23. Análisis de correlaciones entre la Edad de los Padres y de los Hijos con los Índices de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50) y Estrés Parental (PSI) de la muestra de estudio

		IDPadre-Hijo	IGS	ISS	PSR	OB-C	ANS	SOMA
EDAD PADRES	Coef. Pearson		-,207*	-,321**	-,227*	-,252*	-,239*	-,240*
	Signific. (a)		,044	,001	,027	,013	,019	,019
	N		96	96	96	96	96	96
EDAD HIJOS	Coef. Pearson	,189*						
	Signific. (a)	,032						
	N	96						

Nota: ID Padre-Hijo: Interacción Disfuncional Padre-Hijo; IGS: Índice Global de Severidad; IIS: Índice de Intensidad de Síntomas; PRS: Psicorreactividad; OB-C: Obsesión- Compulsión; ANS: Ansiedad; SOMA: Somatización.

* $p\leq 0.05$ ** $p\leq 0.01$; a: significación bilateral

Respecto al Índice de Estrés Parental (PSI), hemos encontrado que una de sus dimensiones: *Interacción Disfuncional Padres-Hijos* mantiene una relación directa con la *Edad de los hijos*. **Se presenta una mayor disfuncionalidad en la interacción Padre-Hijo a medida que aumenta la edad de los hijos.**

Esta asociación es la única hemos hallado estadísticamente significativa para los contrastes de la variable *Edad de los hijos*.

El *factor Edad de Padres* muestra correlaciones **inversas, estadísticamente significativas**, con cuatro escalas y dos índices del cuestionario de Listado Breve de Síntomas (LSB-50). **A menor edad de los padres se presenta mayor severidad e intensidad del distrés emocional general**, con síntomas psicósomáticos, ansiosos-depresivos y obsesividad.

Para las cinco dimensiones restantes y el índice de riesgo psicopatológico del cuestionario LSB-50 no hemos hallado asociaciones estadísticamente significativas con la Edad de los Padres. De igual modo, no hay correlaciones relevantes para las subescalas de Estrés Parental.

– RELACIÓN CON LOS NIVELES DE ESTUDIOS DE LOS PADRES

La variable Nivel de Estudios se distribuyó en tres categorías: Estudios Primarios, Estudios Secundarios y Estudios Superiores.

Para estudiar la relación entre el nivel estudios y el perfil de estrés parental y de riesgo psicopatológico de los padres, se ha realizado Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos. En todos los contrastes se tuvo en cuenta la homogeneidad de la varianza y se utilizó el Test Brown-Forsythe.

En las Tablas 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31 se exponen las puntuaciones medias y desviaciones típicas de escalas que han obtenido un resultado estadísticamente significativo al comparar los distintos niveles de estudios.

Para la variable Psicorreactividad del Índice de síntomas psicológicos y psicósomáticos, hemos obtenido diferencias significativas de medias entre los Niveles de estudios ($F_{2, 93} = 3.56, p < 0.03$).

Tabla 24. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

PSICORREACTIVIDAD	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,08	0,56	1,07	0,59	0,78	0,44

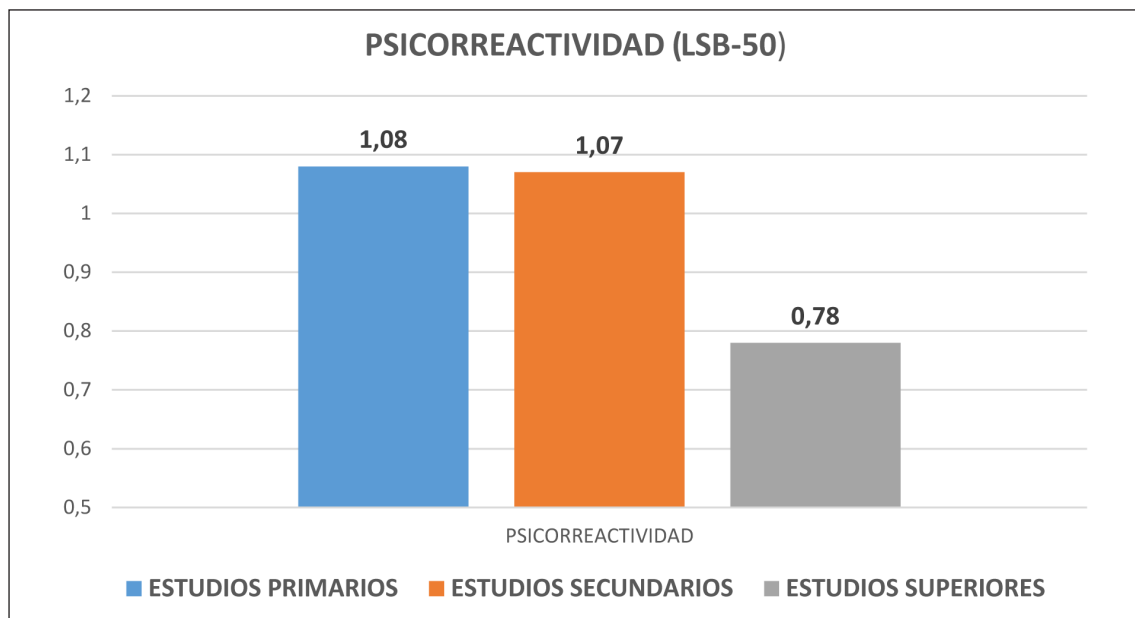


Gráfico 19. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Psicorreactividad del LSB-50

Del mismo modo, observamos diferencias de medias significativas para la escala Hipersensibilidad ($F_{2, 93}: 3,89 p < 0.03$). (Véase, Tabla 25 y Gráfico 20).

Tabla 25. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

HIPERSENSIBILIDAD	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,24	1,20	1,18	1,20	0,43	0,43

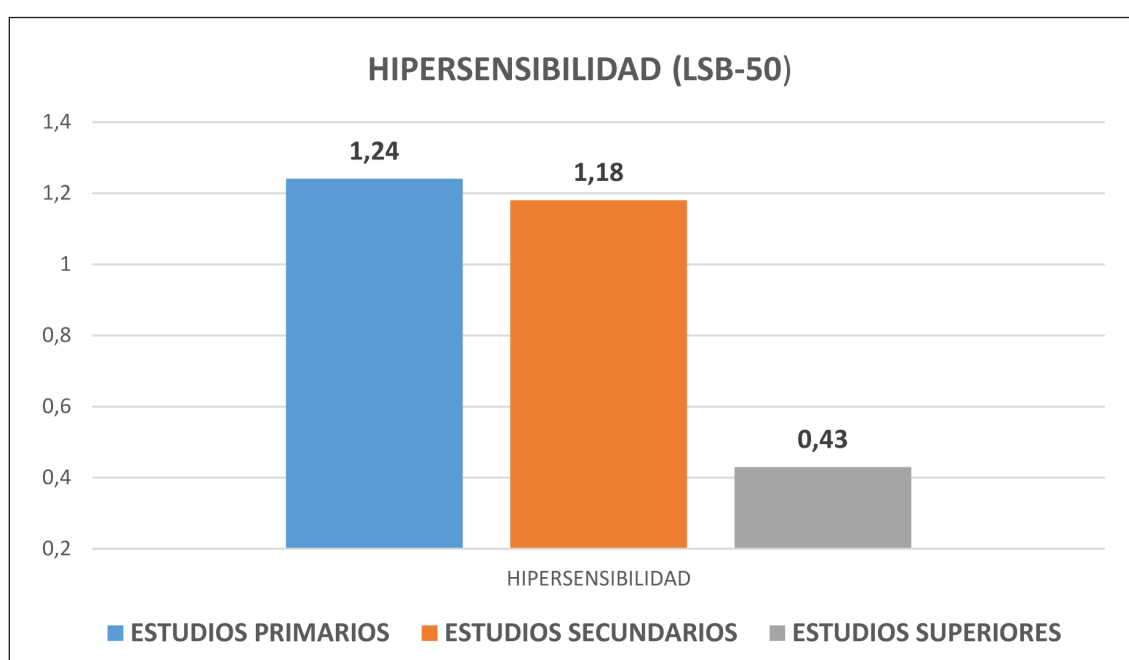


Gráfico 20. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Psicorreactividad del LSB-50.

En la comparación de medias dos a dos efectuada, los padres con Estudios Primarios tienen una puntuación media en esta escala superior al grupo de padres con Nivel Superior de estudios ($p < 0.02$).

Con relación al resultado de la escala Hostilidad, en la Tabla 26 y el Gráfico 21 vemos las puntuaciones medias y desviaciones típicas que han dado diferencias significativas entre los Niveles de Estudios ($F_{2, 93}: 3,82 p < 0.03$).

Tabla 26. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

HOSTILIDAD	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,88	0,61	0,97	0,68	0,61	0,45

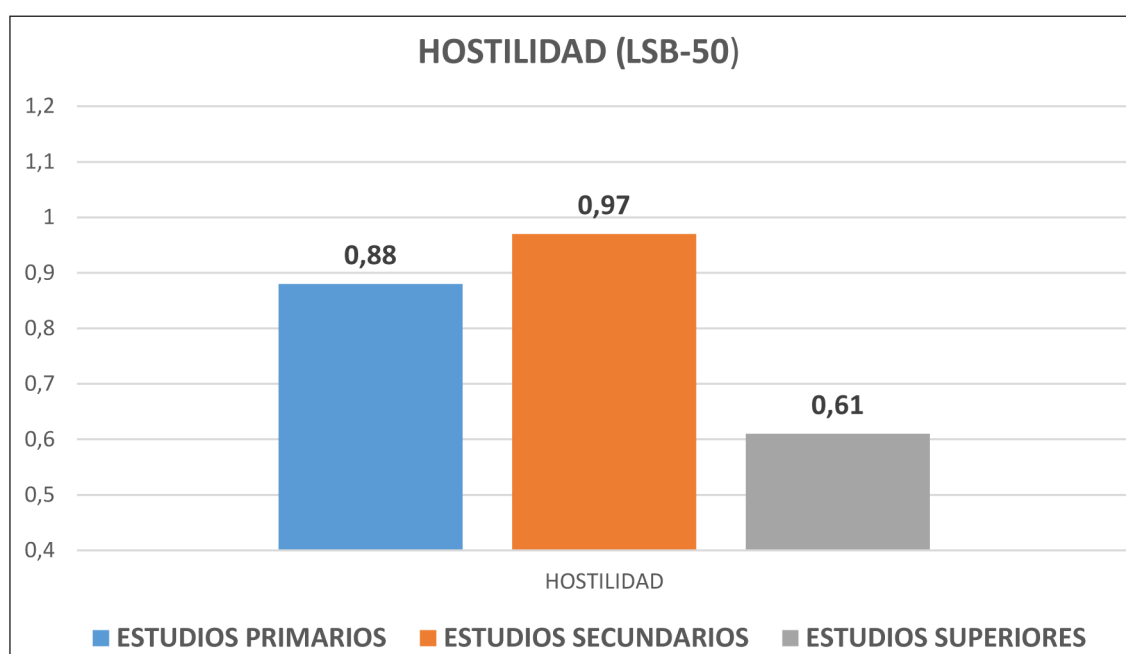


Gráfico 21. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Hostilidad del LSB-50.

La comparación de medias dos a dos, muestra que los padres con Estudios Secundarios tienen la media más elevada en la escala de Hostilidad frente al Nivel Superior ($p < 0.03$)

En la siguiente Tabla 27, aparecen las diferencias significativas entre los niveles de Estudios en los valores medios de la variable Somatización ($F 2, 93: 5,26 p < 0.007$).

Tabla 27. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicósomáticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

SOMATIZACIÓN	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,1	0,67	0,92	0,64	0,59	0,47

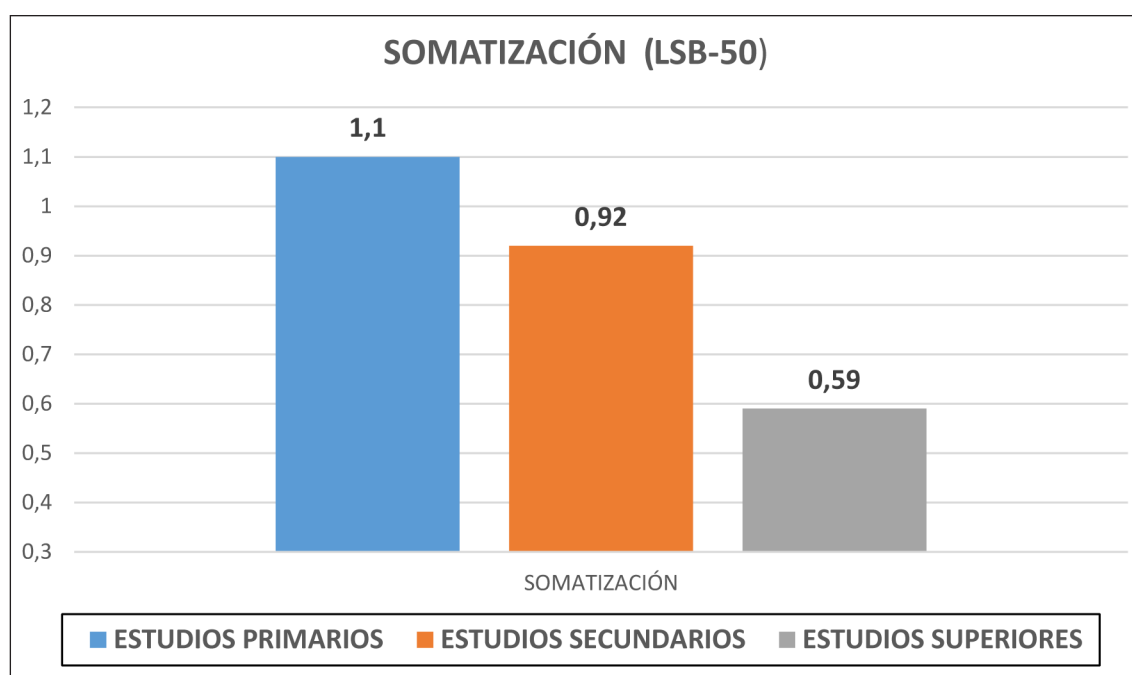


Gráfico 22. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Somatización del LSB-50.

En Somatización, los contrastes de medias dos a dos nos revelan que los Niveles de Estudios Primarios y Secundarios tienen una puntuación media superior que el Nivel Superior ($p < 0.05$ y $p < 0.04$, respectivamente).

Similar resultado presenta la variable del LSB-50, Depresión, que muestra diferencias de puntuaciones medias entre los distintos Niveles de Estudios ($F_{2, 93} = 4,79$, $p < 0.008$) (Véase Tabla 28 y Gráfico 23).

Tabla 28. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

DEPRESIÓN	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,24	1,20	1,18	1,20	0,43	0,43

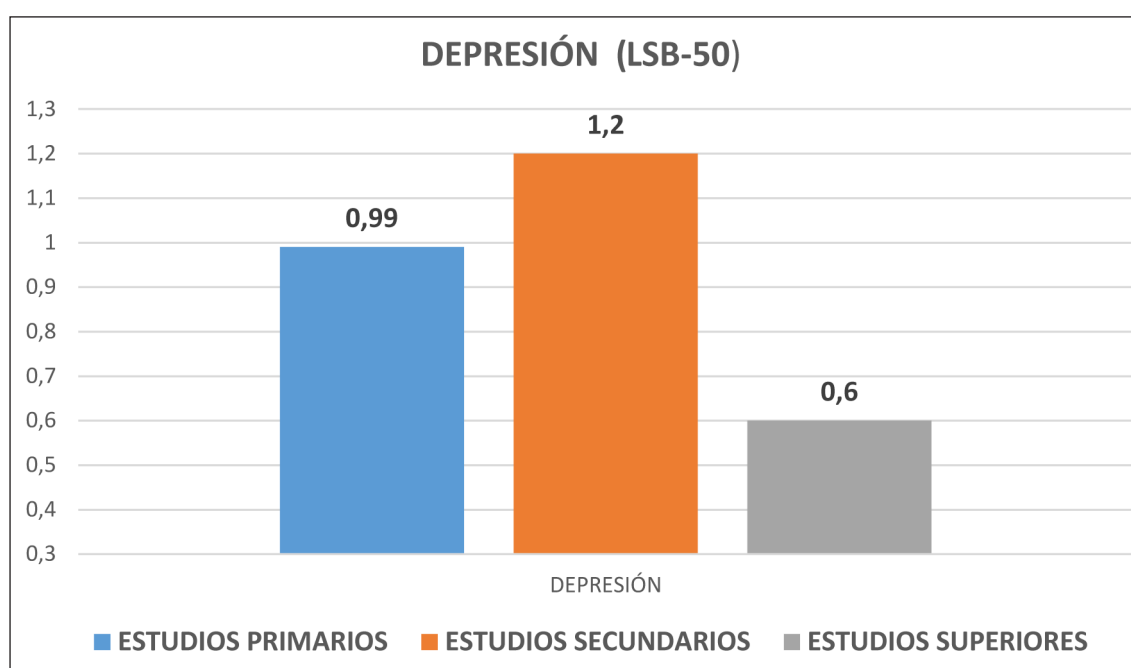


Gráfico 23. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Depresión del LSB-50.

En esta ocasión, el Nivel de Estudios Secundarios tiene una puntuación media mayor en Depresión que el Nivel Superior ($p < 0,02$).

Con la variable Alteraciones del Sueño vinculadas a estados ansiosos-depresivos, hemos encontrado diferencias significativas en las puntuaciones medias de los tres niveles de estudios ($F_{2, 93} = 4,05$ $p < 0,03$). (Véase tabla 29 y gráfico 24).

Tabla 29. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

ALTERACIONES DEL SUEÑO AMPLIADA	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,19	0,92	1,15	0,93	0,68	0,55

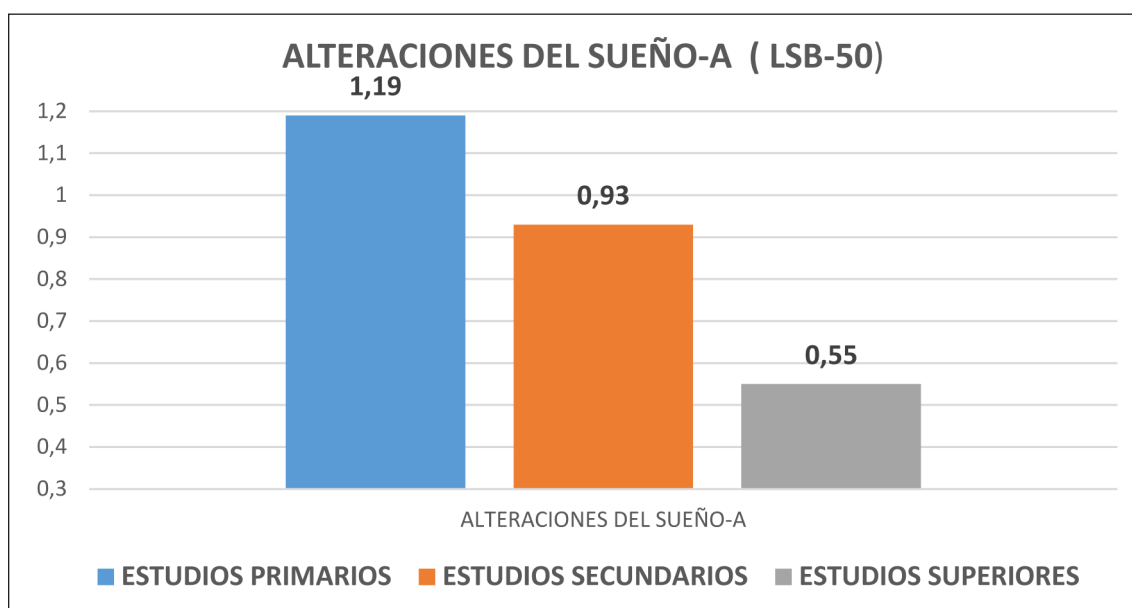


Gráfico 24. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Alteraciones del sueño ampliada del LSB-50.

El resultado de las comparaciones dos a dos, nos indica que los padres con Estudios Secundarios puntúan en la escala más alto que aquellos padres con Estudios Universitarios ($p < 0.03$).

Similarmente, encontramos diferencias de medias significativas con relación al Índice global de severidad ($F 2, 93: 5,55 p < 0.004$). (Véase Tabla 30 y Gráfico 25).

Tabla 30. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

ÍNDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,97	0,53	0,98	0,59	0,63	0,35

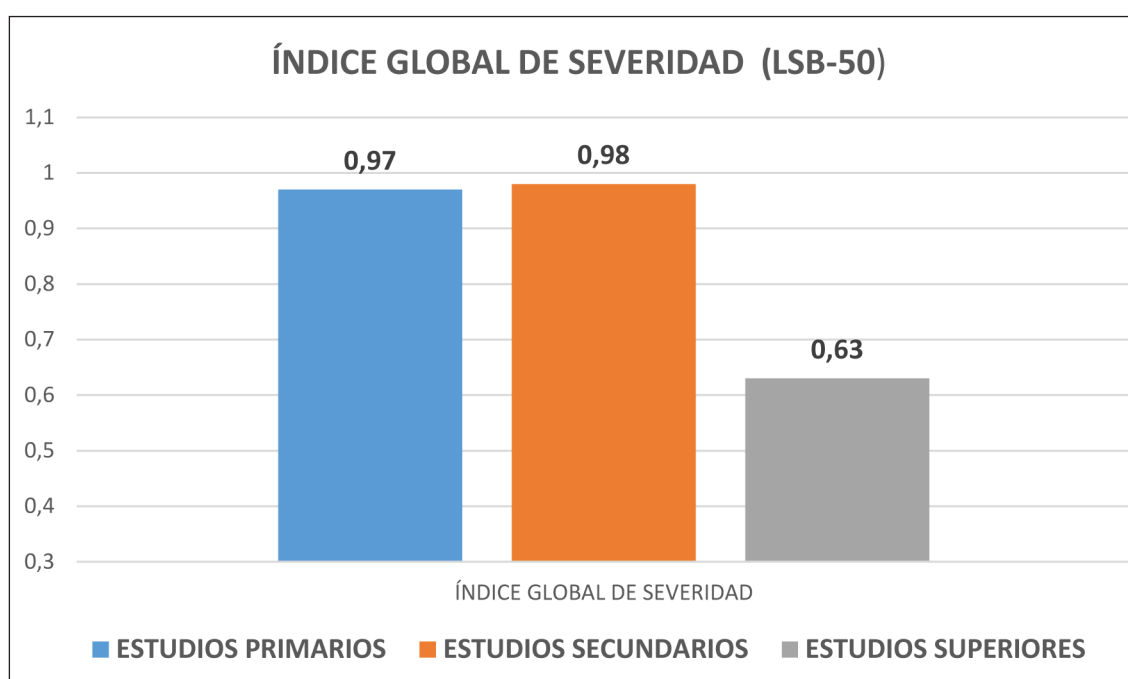


Gráfico 25. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.

Tanto los Niveles de Estudios Primarios y Secundarios tienen puntuaciones medias más elevadas que el Nivel de Estudios Superiores ($p < 0.05$ y $p < 0.01$, respectivamente).

En la Tabla 31, aparecen las puntuaciones medias de la variable Índice de Riesgo Psicopatológico de los tres grupos de Nivel de Estudios que han mostrado diferencias significativas entre ellas ($F(2, 93) = 3,12; p < 0.04$).

Tabla 31. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Nivel de Estudios

ÍNDICE DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	NIVELES DE ESTUDIOS (N:96)					
	PRIMARIOS (n: 17)		SECUNDARIOS (n: 33)		SUPERIORES (n: 46)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,43	0,44	0,46	0,48	0,24	0,27

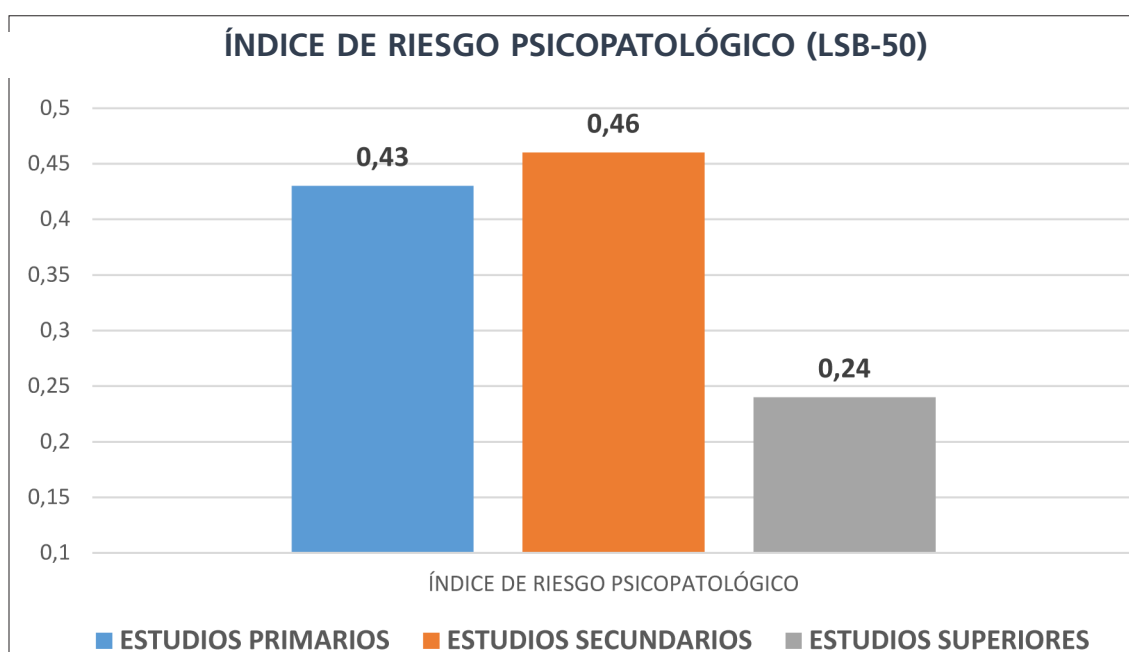


Gráfico 26. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Estudios de los padres en la dimensión Índice de Riesgo Psicopatológico del LSB-50.

En la comparación de medias dos a dos, encontramos que los padres con Nivel de Estudio Secundarios tienen una media más elevada que el Nivel Superior ($p < 0.05$).

Para el resto de escalas del cuestionario Listado Breve de Síntomas y la escala Índice de Estrés Parental (PSI), no encontramos relaciones significativas con la variable de nivel de estudios.

En breve, hemos hallado que **el factor riesgo psicopatológico y la intensidad del distrés emocional que se manifiesta con reacciones psicosomáticas, depresivas y**

de sensibilidad interpersonal, está más asociado a los niveles de estudios primarios y secundarios.

– RELACIÓN CON LOS NIVELES ECONÓMICOS DE LOS PADRES

El nivel económico se distribuyó de acuerdo a tres categorías de ingresos: Nivel Bajo cuando los ingresos declarados son menores de 600 €; Nivel Medio con ingresos desde 600 € a 1200 € y Nivel Alto superando los ingresos mensuales de 1200 €.

Al igual que con la variable nivel de estudios, hemos estudiado la relación entre el nivel económico de los padres y las variables psicológicas, realizando Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos. En todos los contrastes tuvimos en cuenta la homogeneidad de la varianza y utilizamos el Test Brown-Forsythe.

A continuación se representan en Tablas y Gráficos los resultados que han dado diferencias significativas entre los niveles económicos establecidos.

En la Tabla 32 mostramos las puntuaciones medias, desviaciones típicas de los tres niveles económicos estudiados para la variable Hostilidad del LSB-50.

Tabla 32. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicósomáticos (LSB-50) según Nivel Económico

HOSTILIDAD	NIVELES ECONÓMICOS (N:96)					
	BAJO (n: 25)		MEDIO (n: 45)		ALTO (n: 26)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,1	0,72	0,63	0,46	0,77	0,55

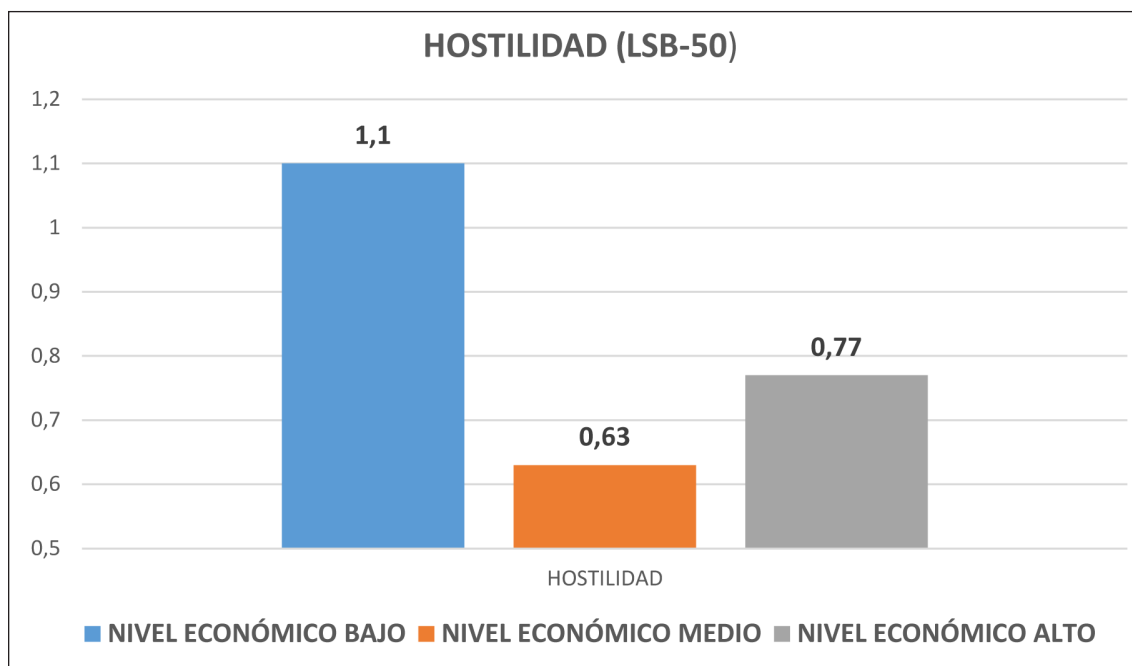


Gráfico 27. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Hostilidad del LSB-50.

Los distintos niveles económicos presentan diferencias de puntuaciones medias estadísticamente significativas en la variable Hostilidad ($F_{2, 93} = 4, 25; p < 0.02$).

En la comparación de medias dos a dos, encontramos que los padres con un Nivel Económico Bajo tienen una puntuación media más elevada en Hostilidad que el grupo con Nivel Económico Medio ($p < 0,003$).

Similarmente, aparecen diferencias significativas de puntuaciones medias y desviaciones típicas para la variable Depresión entre los niveles económicos ($F_{2, 93} = 4, 54; p < 0.02$) (Ver Tabla 33 y Gráfico 28).

Tabla 33. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50) según Nivel Económico

DEPRESIÓN	NIVELES ECONÓMICOS (N:96)					
	BAJO (n: 25)		MEDIO (n: 45)		ALTO (n: 26)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,15	0,83	0,77	0,57	0,62	0,50

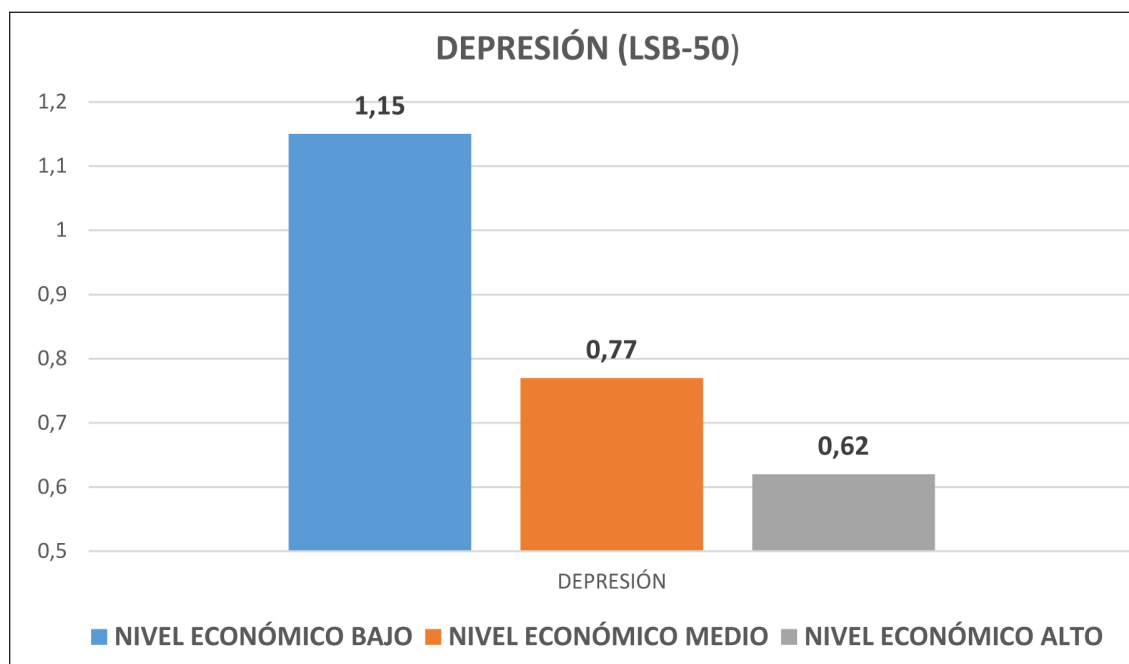


Gráfico 28. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Depresión del LSB-50.

Como se resulta de la comparación de medias dos a dos realizada, los padres con un Nivel Económico Bajo tienen una puntuación media mayor que los padres con niveles económicos Medio ($p < 0,02$) y Alto ($p < 0,003$).

Igualmente, observamos diferencias significativas en las puntuaciones medias y desviaciones típicas de la variable Índice Global de Severidad entre los niveles económicos ($F_{2,93} = 4,54; p < 0,02$) (Véase Tabla 34).

Tabla 34. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50) según Nivel Económico

ÍNDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	NIVELES ECONÓMICOS (N:96)					
	BAJO (n: 25)		MEDIO (n: 45)		ALTO (n: 26)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,1	0,83	0,75	0,57	0,71	0,50

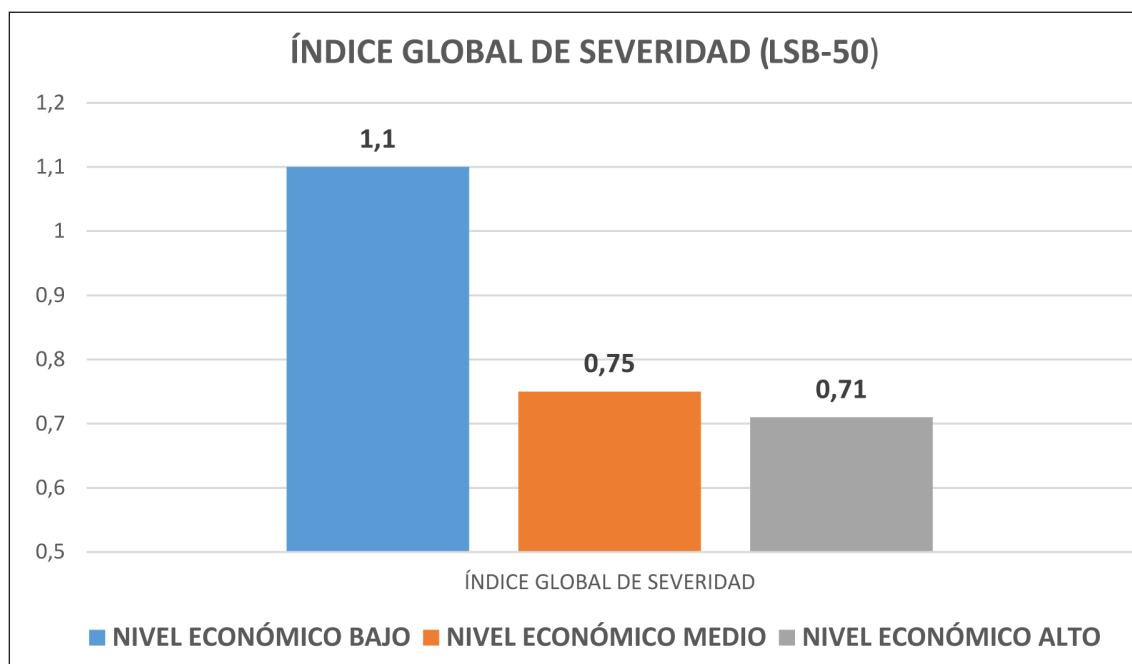


Gráfico 29. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.

Comparadas dos a dos las puntuaciones medias del Índice Global de Severidad entre los tres niveles económicos, encontramos que el Nivel Económico Bajo se asocia con mayor valor medio en la variable frente al Nivel Económico Medio ($p < 0,02$) y Alto ($p < 0,03$).

En la siguiente Tabla (35) vemos las puntuaciones medias y desviaciones típicas de la variable Índice de Intensidad de Síntomas que han dado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles económicos ($F_{2, 93} = 5,15$; $p < 0,008$).

Tabla 35. Diferencias en las puntuaciones medias de las escalas del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosomáticos (LSB-50) según Nivel Económico

ÍNDICE DE INTENSIDAD DE SÍNTOMAS	NIVELES ECONÓMICOS (N:96)					
	BAJO (n: 25)		MEDIO (n: 45)		ALTO (n: 26)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,98	0,55	1,57	0,50	1,73	0,50

Los contrastes de medias dos a dos realizadas nos revela que los padres con Nivel Económico Bajo tienen una puntuación media más elevada para la variable Índice de Intensidad de síntomas que los de Nivel Económico Medio ($p < 0,002$).

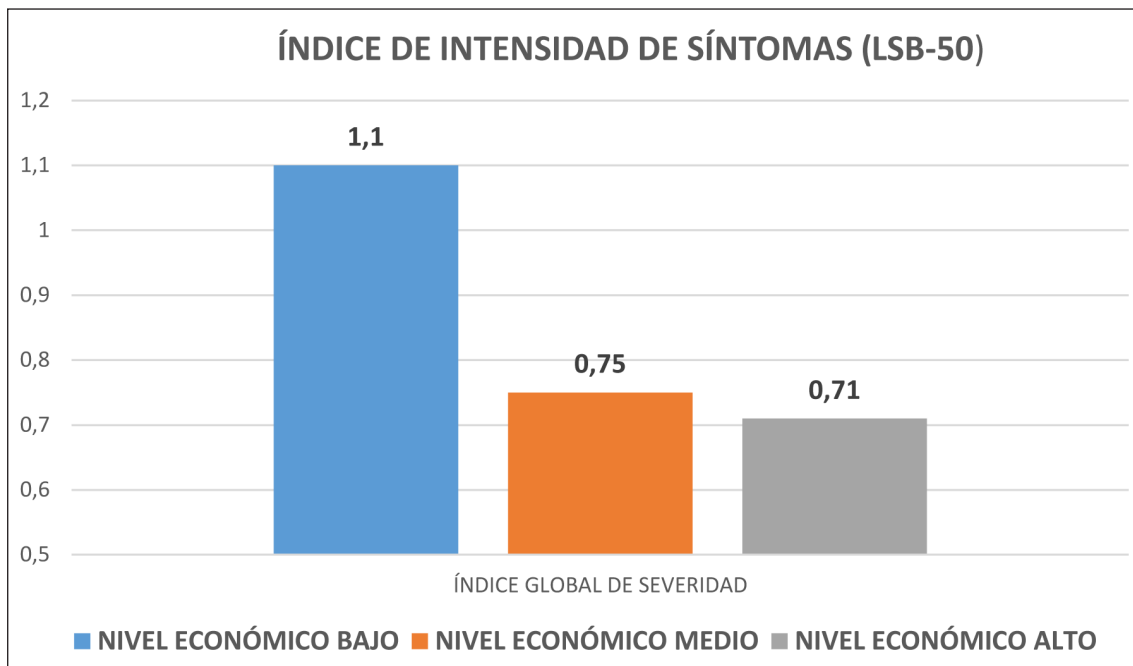


Gráfico 30. Comparación de las puntuaciones medias entre las categorías de la variable Nivel de Económico de los padres en la dimensión Índice Global de Severidad del LSB-50.

Para el resto de escalas del LSB-50 y la escala Índice de Estrés Parental no hemos hallado diferencias de medias entre los tres niveles económicos establecidos.

En conjunto se demuestra **que el Nivel Económico Bajo se asocia a mayor intensidad sintomática de la reacción de distrés emocional con manifestaciones de índole disforica y depresiva.**

4.3.2. FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS

Para tratar la relación entre las variables de antecedentes clínicos de los padres y las variables psicológicas se han realizado comparaciones de medias mediante el test de “t” de Student combinada o un “t” no exacto previa comparación de varianzas.

Tras el examen de las ocho variables clínicas estudiadas, sólo la variable etiquetada como presencia sí o no de **Discrepancia Educativa** entre los padres ha sido el factor que, al comparar sus categorías, ha obtenido diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de las **dimensiones del cuestionario LSB-50**.

En las Tablas 36, 37, 38, 39 y 40 presentamos las puntuaciones medias, desviaciones típicas de las variables relacionadas con el factor Discrepancia Educativa.

En la comparación de medias los padres que mantienen discrepancias en la pautas educativas de los hijos tienen una puntuación media estadísticamente mayor en la variable Psicorreactividad que los padres no discrepantes ($t_{93}: 2.53 p < 0.02$). (Véase Tabla 36).

Tabla 36. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Psicorreactividad del Índice de Síntomas Psicológicos y Psicosómaticos (LSB-50) según Discrepancia Educativa

N:96 PSICORREACTIVIDAD	Si Discrepancias (n: 49)		No Discrepancias (n:47)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	1,2	5,7	0,79	0,46

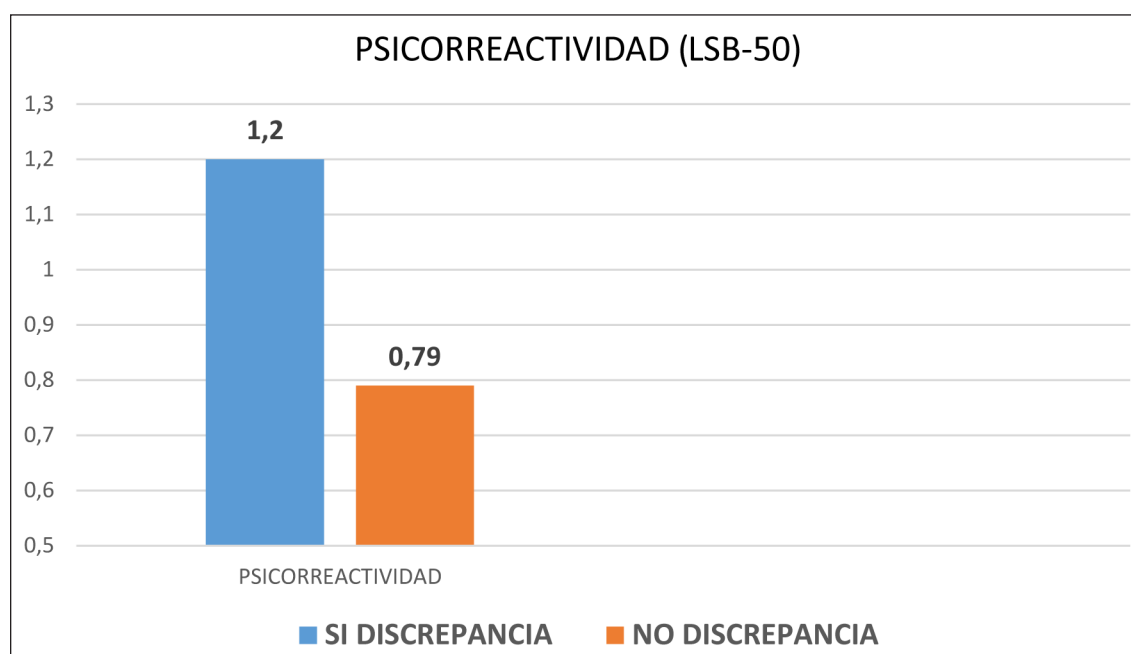


Gráfico 31. Comparación de las puntuaciones en Psicorreactividad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.

En la tabla 37 se puede comparar las diferencias de medias de la variable Hipersensibilidad entre las categorías de Discrepancia Educativa que han resultado significativas estadísticamente ($t_{93}: 3,74$ $p < 0.001$). Los padres discrepantes tienen una puntuación media superior en la variable Hipersensibilidad.

Tabla 37. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Hipersensibilidad (LSB-50) según Discrepancia Educativa

N:96 HIPERSENSIBILIDAD	Si Discrepancias (n: 49)		No Discrepancias (n:47)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0,78	0,62	0,39	0,38

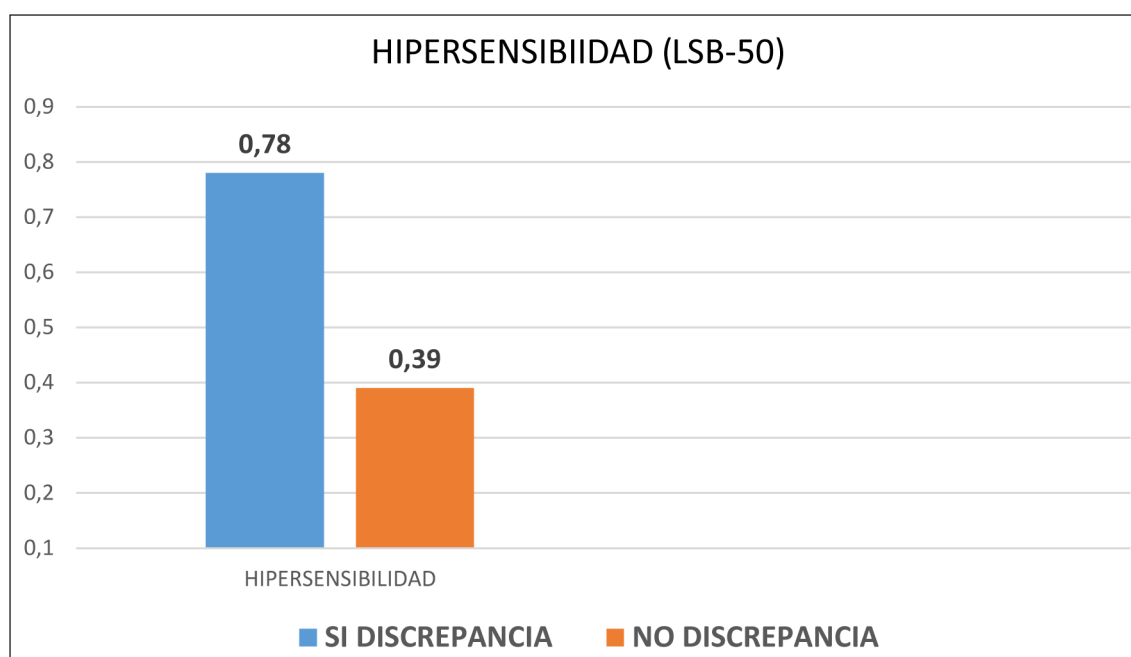


Gráfico 32. Comparación de las puntuaciones en Hipersensibilidad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.

Siguiendo con la comparación, en la Tabla 38 quedan reflejadas las puntuaciones medias de la variable Ansiedad con una diferencia estadísticamente significativa ($t_{93}: 2.43$; $p < 0.02$). Los padres con discrepancias en los criterios educativos tienen mayor media en la variable Ansiedad que los padres no discrepantes.

Tabla 38. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Ansiedad (LSB-50) según Discrepancia Educativa

N:96 ANSIEDAD	Si Discrepancias (n: 49)		No Discrepancias (n: 47)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0,61	0,62	0,36	0,32

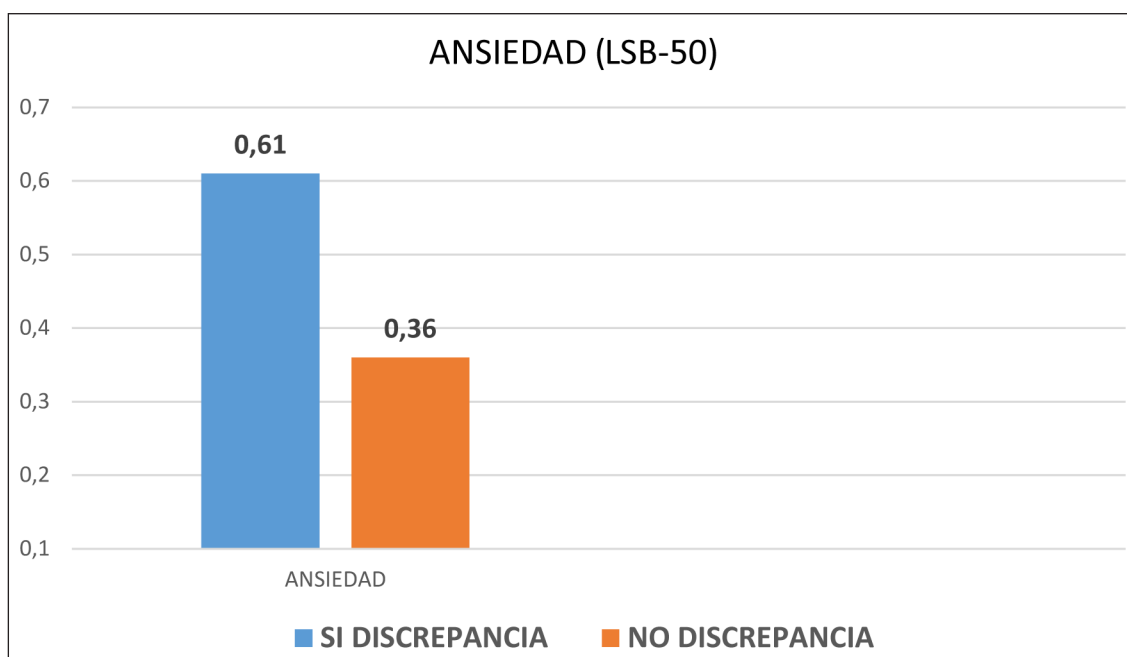


Gráfico 33. Comparación de las puntuaciones en Ansiedad del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.

Similar resultados encontramos para la variable Depresión, se observan diferencias de puntuaciones medias estadísticamente significativas entre los padres con discrepancias educativas y sin discrepancia ($t_{93} = 2.17$; $p < 0.04$). (Véase Tabla 39).

Tabla 39: Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Depresión (LSB-50) según Discrepancia Educativa

N:96 DEPRESIÓN	Si Discrepancias (n: 49)		No Discrepancias (n: 47)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0,96	0,72	0,68	0,54

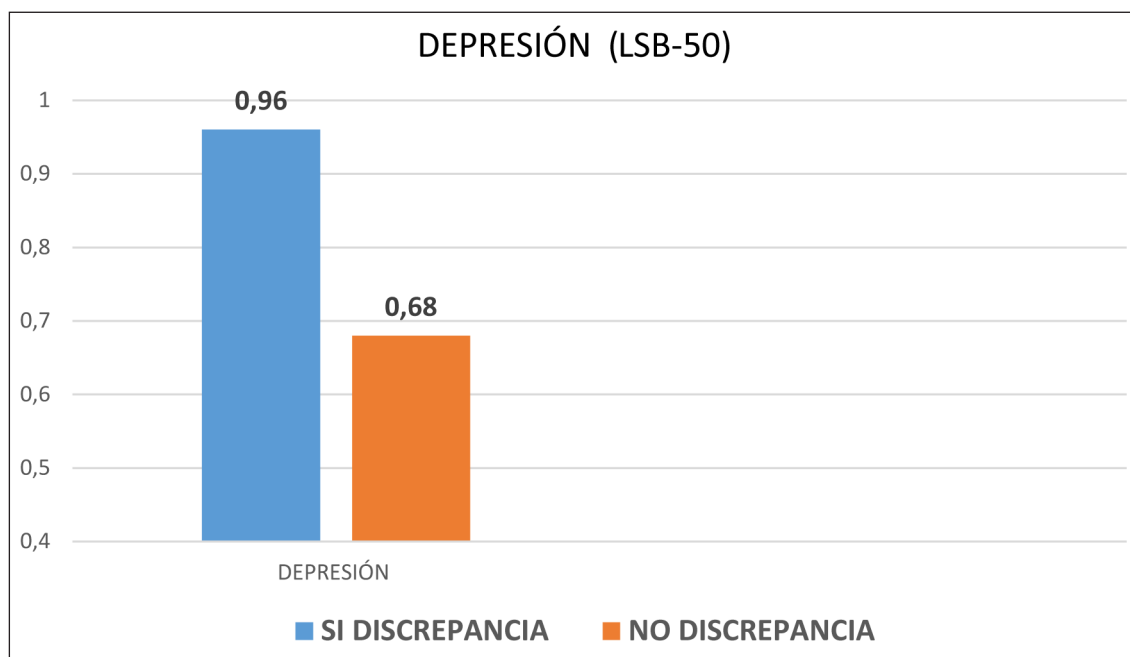


Gráfico 34. Comparación de las puntuaciones en Depresión del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.

En la Tabla 40, exponemos las puntuaciones medias y desviaciones típicas del Índice de Riesgo Psicopatológico con diferencias estadísticamente significativas entre los padres discrepantes y no discrepantes en las pautas educativas ($t_{93}: 2.91; p < 0.01$).

Los padres discrepantes tienen una puntuación media mayor que los padres sin discrepancias educativas.

Tabla 40. Diferencias entre las puntuaciones medias en la escala Índice de Riesgo Psicopatológico (LSB-50) según Discrepancia Educativa.

N:96 ÍNDICE DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	Si Discrepancias (n: 49)		No Discrepancias (n: 47)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0,46	0,45	0,23	0,28

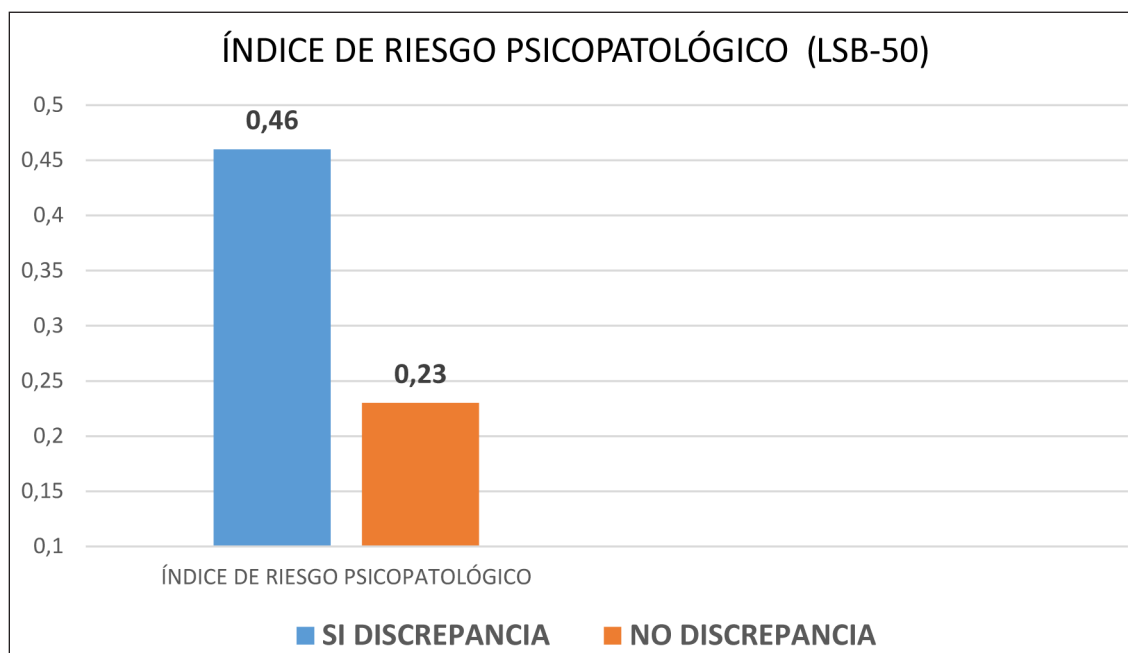


Gráfico 35. Comparación de las puntuaciones en Índice de Riesgo Psicopatológico del LSB-50 según las categorías de la variable Discrepancia Educativa.

Hemos de remarcar que para el resto de variables clínicas no hemos hallado diferencias estadísticas significativas: Antecedentes TDAH de los padres, Tipo de Diagnóstico de los hijos, Carga de responsabilidad, Tratamiento Psicoterapéutico de los padres, Tratamiento Psicoeducativo de los hijos, Tratamiento Psicofarmacológico padres y Meses de terapia de los hijos. Así mismo, tampoco las hemos encontrado para la escala Índice de Estrés Parental.

En definitiva el estudio de las relaciones entre las variables clínicas y psicológicas, nos revelan que los progenitores que **tienen *Discrepancias*** en los criterios de educación de los hijos muestran **mayor riesgo de morbilidad psíquica configurada por síntomas psicósomáticos y síntomas ansiosos-depresivos.**

4.4. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA “RESPIRA”

Con el objeto de estudiar la efectividad del programa de intervención psicológica sobre las variables de afrontamiento y rol parental, asimismo sobre los síntomas de TDAH y la adaptación general de los niños, se tomaron medidas en dos momentos:

- Antes de la aplicación de la terapia, que denominamos **Pre-tratamiento**.
- 6 meses después de terminar la terapia, que hemos llamado **Post-tratamiento**.

A continuación se presentan los principales resultados de las comparaciones de medio pre y post-tratamiento realizadas con las variables del estudio de nuestra muestra de 40 padres, aplicando la t de Student apareada, previa comparación de varianzas.

4.4.1. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MEDIDAS POR EL CUESTIONARIO CRIA

En las Tablas 41, 42, 43, 44, 45, 46,47 y 48 exponemos las puntuaciones medias y desviaciones típicas de las dimensiones de afrontamiento del cuestionario CRIA, medidas antes de la aplicación del tratamiento y transcurridos 6 meses de su terminación.

Como observamos en la Tabla 41, tras la aplicación del programa *Respira* se ha producido un aumento en la respuesta de afrontamiento Análisis Lógico. La comparación de puntuaciones medias es estadísticamente significativa ($t_{39}: 3,56; p < 0.001$).

Tabla 41: Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Análisis Lógico (CRIA)

N:40 ANÁLISIS LÓGICO	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	9,15	4,10	11,02	1,94

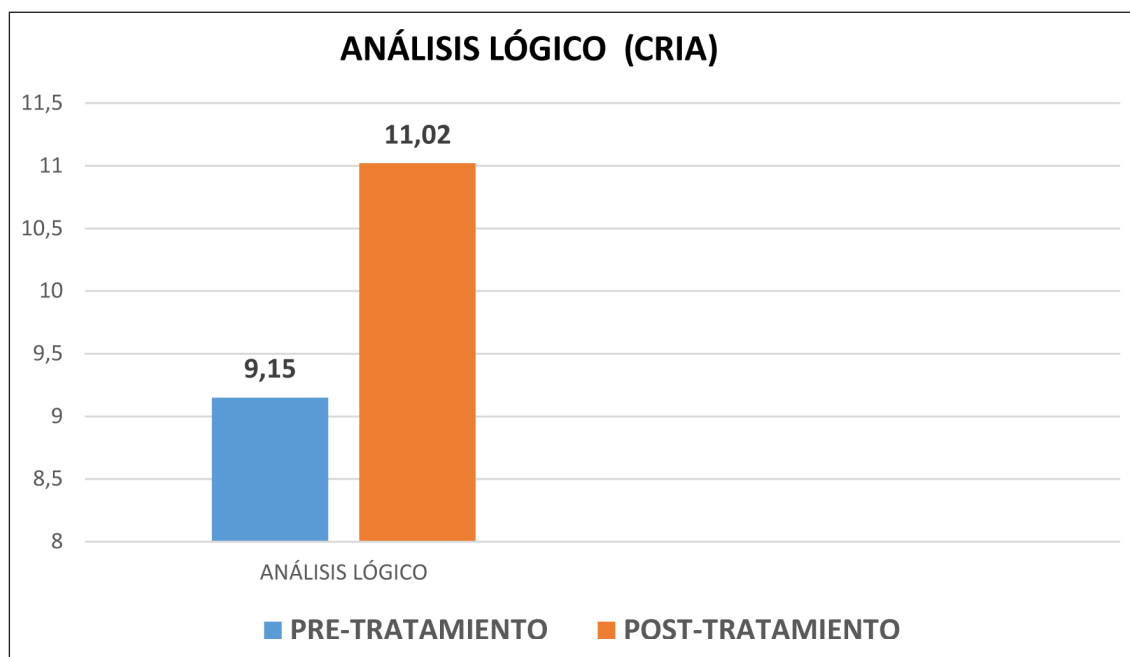


Gráfico 36. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Análisis Lógico medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)

Datos similares resultan de la comparación antes y después del programa *Respira* para la estrategia Solución de Problemas. La diferencias de puntuaciones medias en la escala es estadísticamente significativa ($t_{39}: 4,72; p < 0.001$). (Véase Tabla 42).

Tabla 42. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Solución de Problemas (CRIA)

N:40 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	11,55	3,31	13,80	2,13

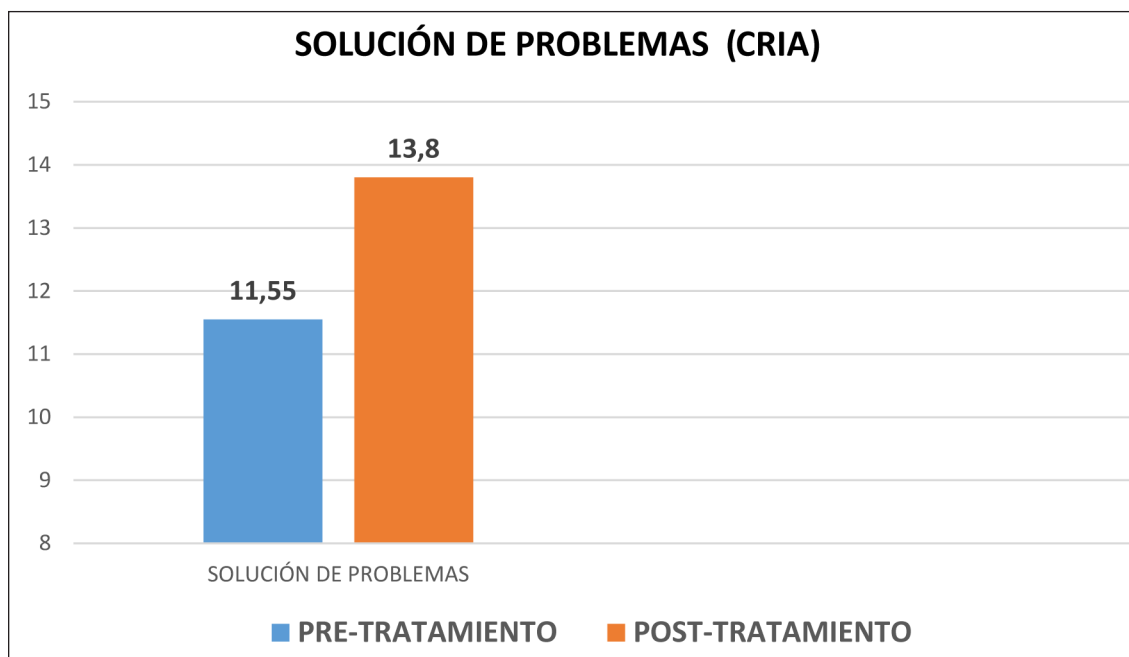


Gráfico 37. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Solución de Problemas medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).

Continuando el análisis, en la Tabla 43 se muestran las puntuaciones medias en la estrategia Evitación Cognitiva. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias comparadas antes y después del tratamiento (6 meses) ($t_{39} = 4,67$; $p < 0,001$).

Tabla 43. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Evitación Cognitiva (CRIA)

N:40 EVITACIÓN COGNITIVA	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	4,59	2,99	6,67	1,79

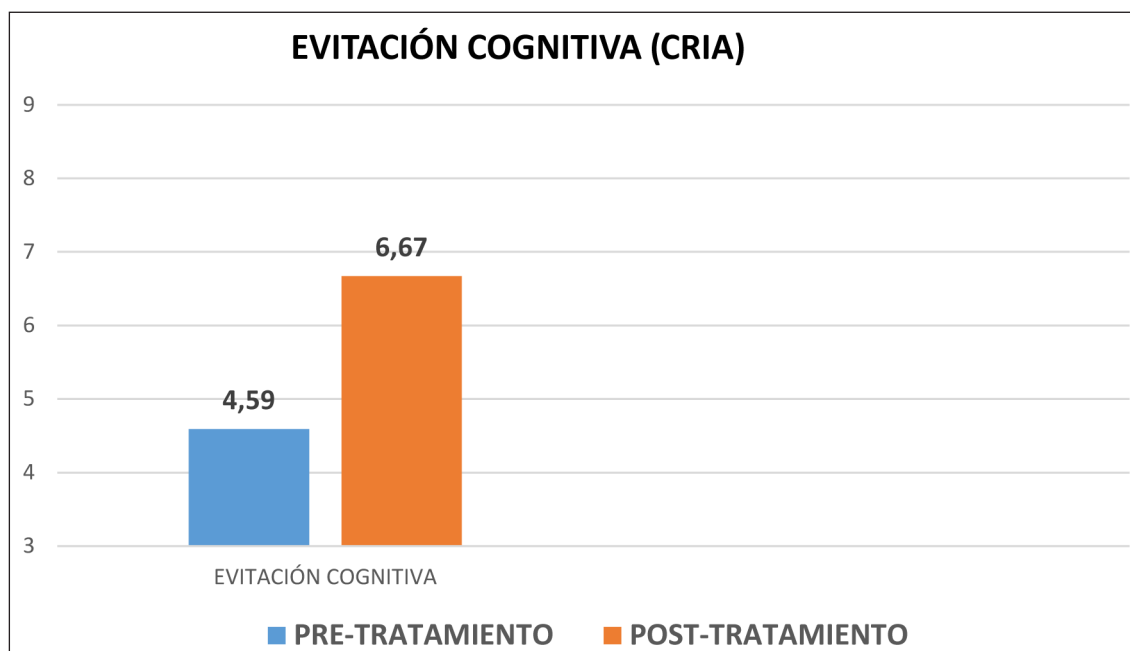


Gráfico 38. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Evitación Cognitiva medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).

Similarmente, la evaluación a los 6 meses de concluir el tratamiento da como resultado un aumento de la puntuación media en la estrategia Búsqueda de Guía. La diferencia de las puntuaciones medias entre ambos momentos es estadísticamente significativa ($t_{39}: 2,25; p < 0,03$). (Véase Tabla 44).

Tabla 44. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Guía (CRIA)

N:40 BÚSQUEDA DE GUÍA	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	10,72	3,26	11,87	2,63

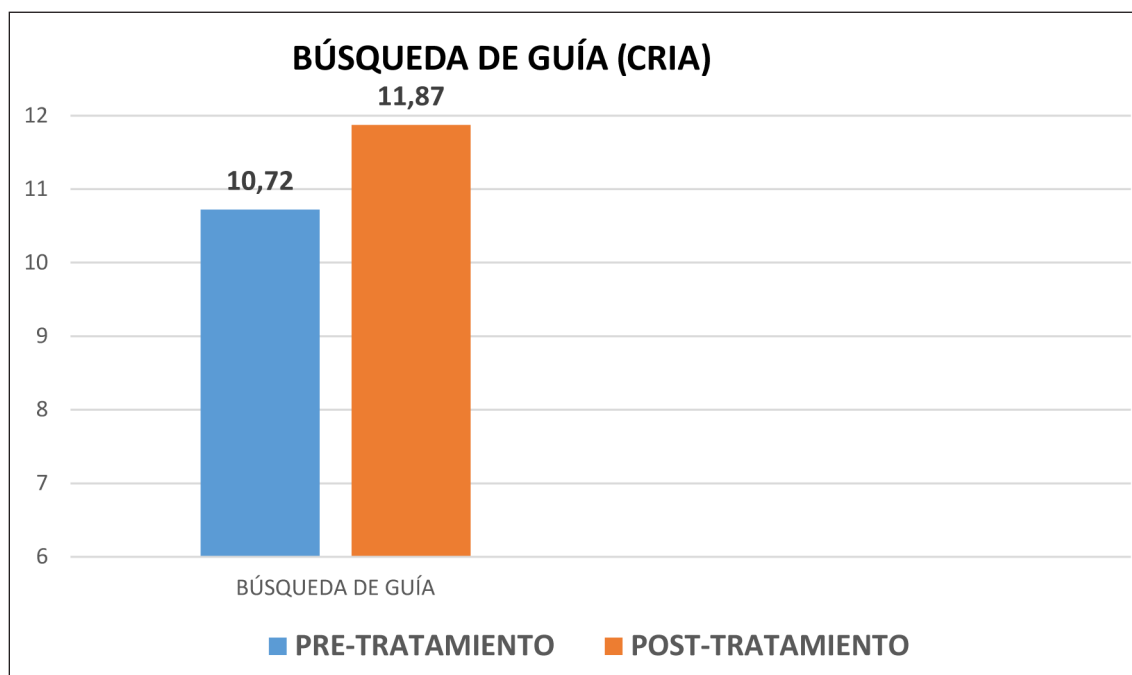


Gráfico 39. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Guía medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)

Un resultado comparable encontramos en la Tabla 45, en la que exponemos las puntuaciones medias de la escala de respuesta de afrontamiento Reevaluación Positiva. La diferencia de las puntuaciones medias antes y a los 6 meses del tratamiento es estadísticamente significativa ($t_{39}: 4,72; p < 0.001$).

Tabla 45. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva (CRIA)

N:40 REEVALUACIÓN POSITIVA	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	8,26	3,65	10,67	2,22

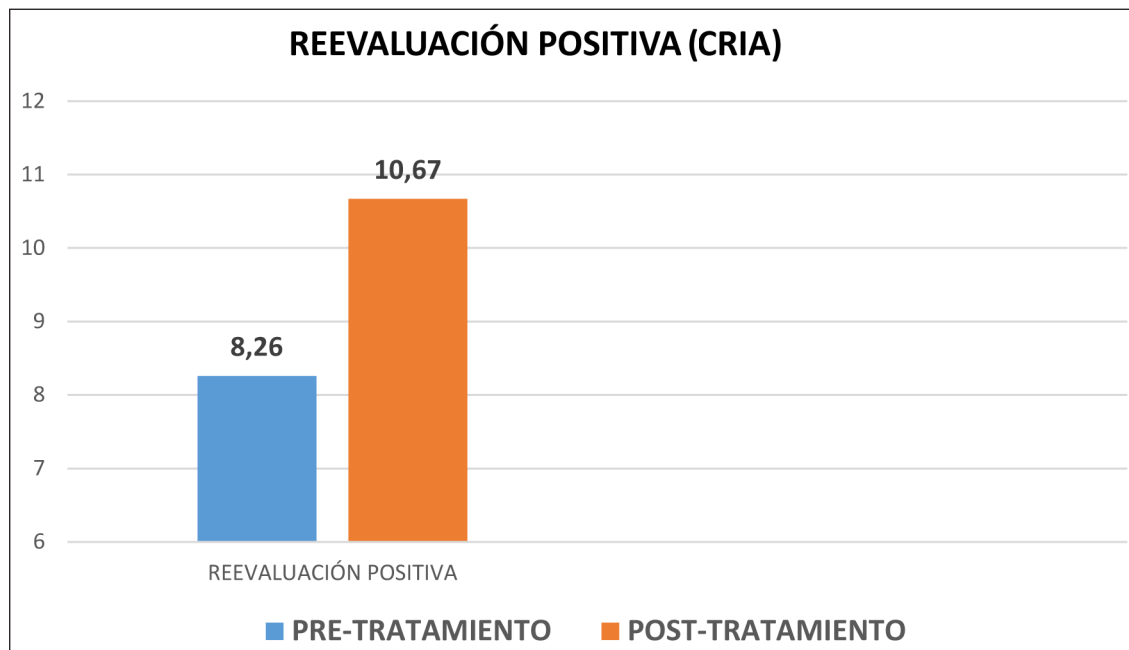


Gráfico 40. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Reevaluación Positiva medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)

De igual modo encontramos una diferencia de puntuaciones medias estadísticamente significativa en la escala Aceptación/Resignación cuando se compara el resultado pre y post-tratamiento ($t_{39}: 5,47; p < 0.001$). Después del tratamiento hay un aumento de la puntuación media. (Véase Tabla 46).

Tabla 46. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Aceptación/Resignación (CRIA)

N:40 ACEPTACIÓN/RESIGNACIÓN	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	4,11	2,72	6,33	2,01

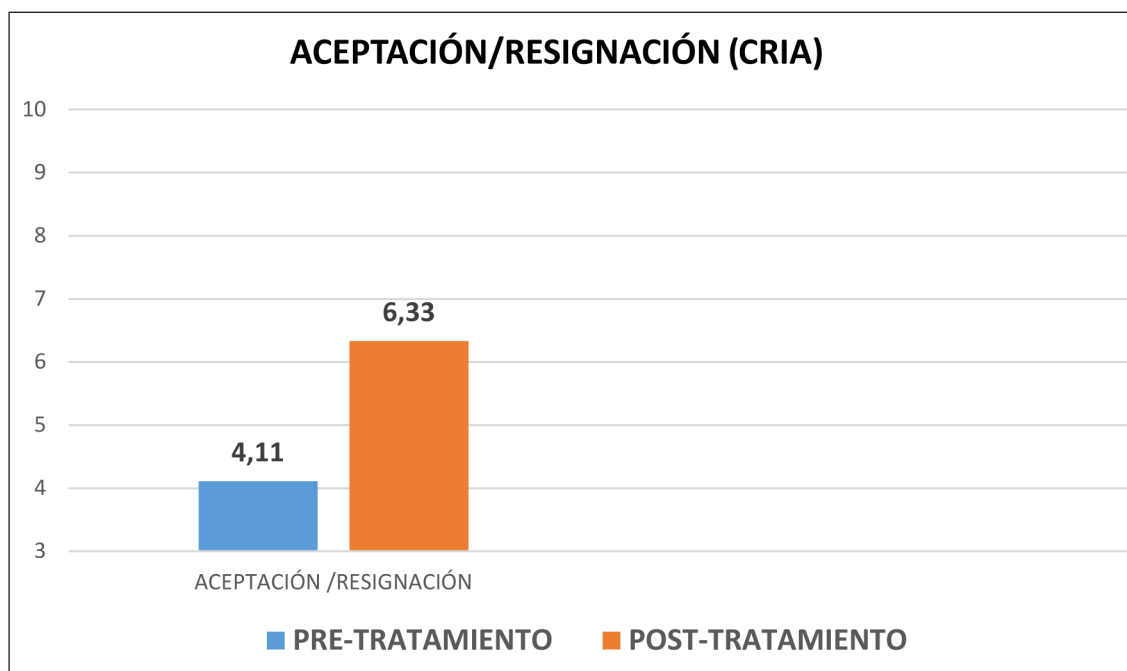


Gráfico 41. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Aceptación/ Resignación medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses).

Relacionado con el resultado anterior, observamos un aumento de la puntuación media en la estrategia Búsqueda de Recompensas Alternativas. La diferencia de medias comparada es estadísticamente significativa ($t_{39}: 2,77; p < 0,01$). (Véase Tabla 47).

Tabla 47. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Recompensas Alternativas (CRIA)

N:40 BÚSQUEDA DE RECOMPENSAS ALTERNATIVAS	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	5,11	3,13	6,52	1,79

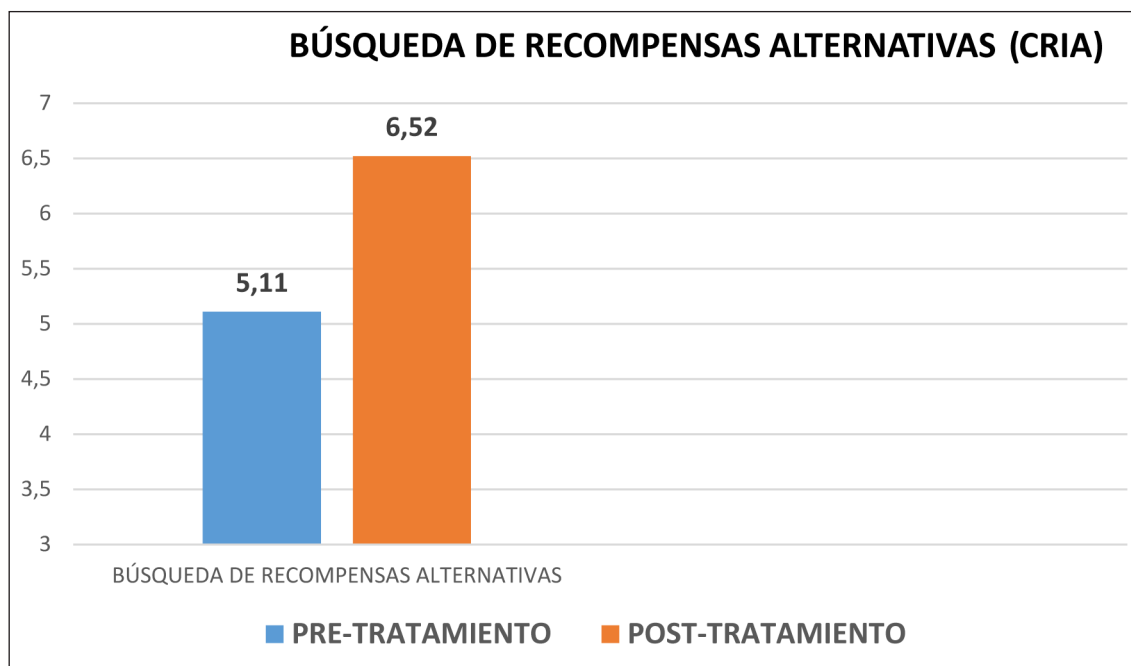


Gráfico 42. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Recompensas Alternativas medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)

En la Tabla 48 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas en la estrategia Descarga Emocional en las evaluaciones antes y después del programa *Respira*. Comparadas las puntuaciones medias, se aprecia un aumento de la escala tras el tratamiento con significación estadística ($t_{39}: 2,41; p < 0.02$).

Tabla 48. Diferencias entre las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Descarga Emocional (CRIA)

N:40 DESCARGA EMOCIONAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	4,28	3,29	5,31	1,39

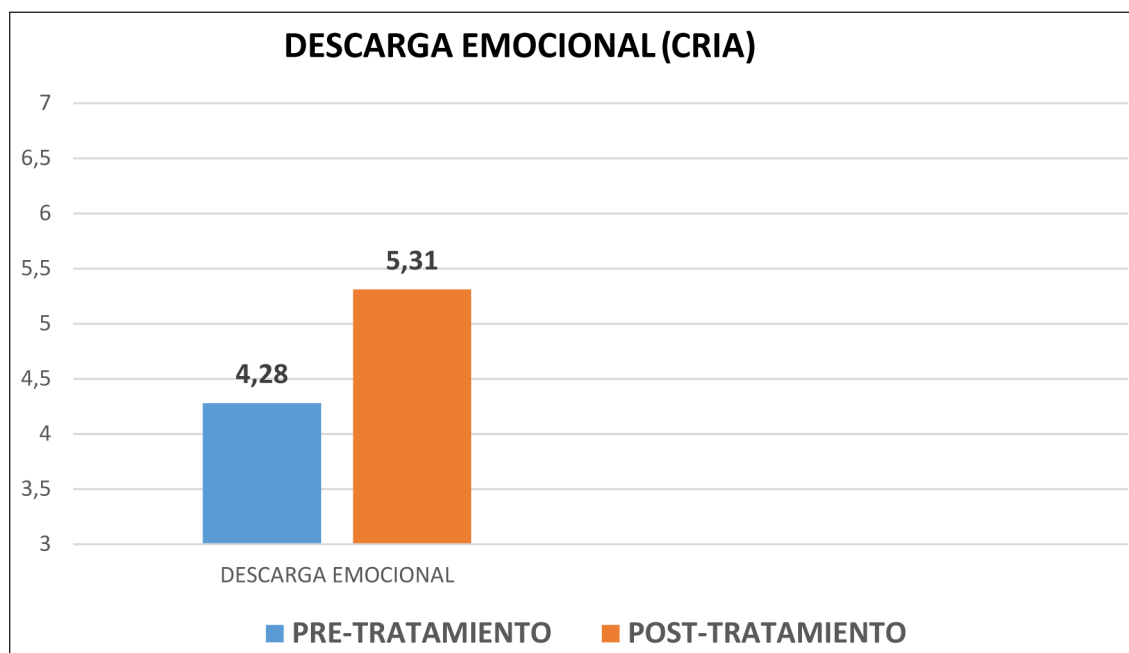


Gráfico 43. Comparación de las puntuaciones medias de la estrategia de afrontamiento Descarga Emocional medida por el cuestionario CRIA antes y después del tratamiento (6 meses)

Tras la aplicación del programa RESPIRA se ha producido un aumento generalizado en la frecuencia de utilización de las diversas estrategias de afrontamiento evaluadas.

A los seis meses de terminada la terapia, se ha producido un aumento estadísticamente significativo en los valores medios de las ocho escalas de afrontamiento, *siendo marcadamente significativo* en las estrategias de **Análisis Lógico, Solución de problemas, Reevaluación positiva, Evitación Cognitiva y Aceptación/Resignación.**

4.4.2. COMPARACIÓN DE MEDIAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE LAS SUBESCALAS DE IMPORTANCIA Y SATISFACCIÓN CON EL ROL PARENTAL DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR (ECVF)

En consonancia con los resultados previamente descritos, en la Tabla 49 mostramos las puntuaciones medias, desviaciones típicas, que hemos obtenido al contrastar las puntuaciones medias de la escala de Satisfacción con el Rol Parental del cuestionario ECVF.

Tabla 49. Diferencias entre las puntuaciones medias de la subescala de Rol Parental antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL ROL PARENTAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	3,62	0,54	3,9	0,65

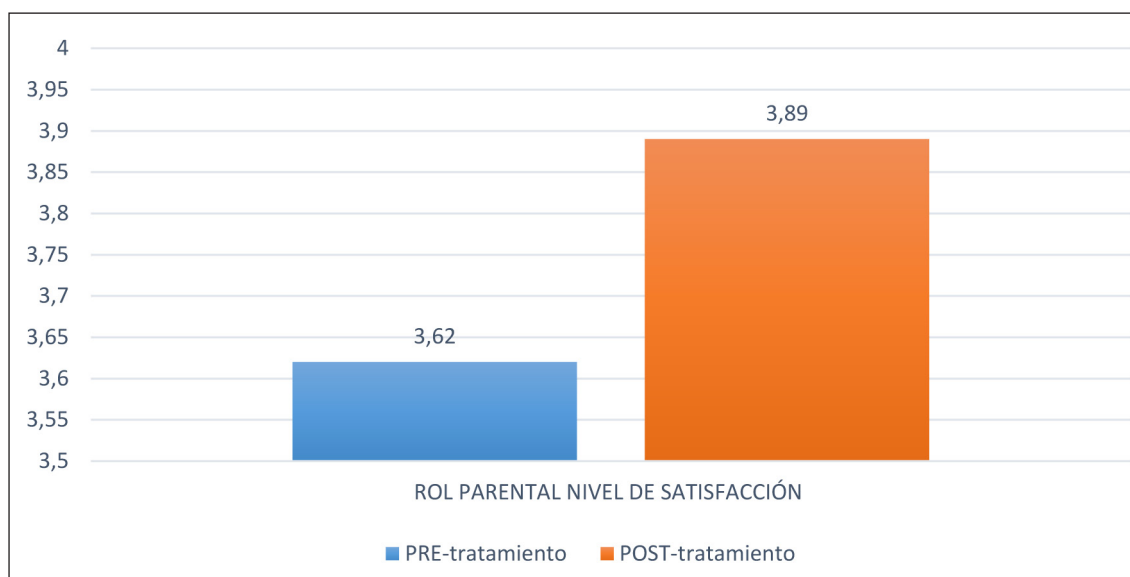


Gráfico 44. Comparación de las puntuaciones medias de la subescala de satisfacción con Rol Parental medida por la escala de Calidad de Vida Familiar antes y después del tratamiento (6 meses).

De las dos dimensiones medidas por la escala ECVF, la *Satisfacción con el Rol Parental* ha presentado una diferencia en la puntuación media con valor estadísticamente significativo ($t_{39}: 2,36; p < 0.01$).

En el gráfico 44 podemos observar *el aumento en la puntuación media de la subescala* cuando comparamos el valor previo al tratamiento con los resultantes *6 meses después de la terapia*.

4.4.3. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN LOS SÍNTOMAS NUCLEARES DEL TDAH EVALUADOS POR LA ESCALA DE CONDUCTA DE CONNERS

A continuación exponemos en las Tablas 50, 51 y 52 resultados de las comparaciones de medias pre y post- tratamiento realizadas con los tres criterios sintomáticos del TDAH medidos por la escala conductual de Conners para informantes, y aplicando la t de Student apareada, previa comparación de varianzas.

El contraste realizado con la dimensión Deficit Atencional (Tabla 50), nos ofrece un resultado estadísticamente significativo. A los 6 meses después del programa *Respira* se observa un descenso de este síntoma nuclear ($t 38:8,32$; $p < 0.001$).

Tabla 50. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 DEFICIT ATENCIONAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	8,49	2,59	6,31	2,61

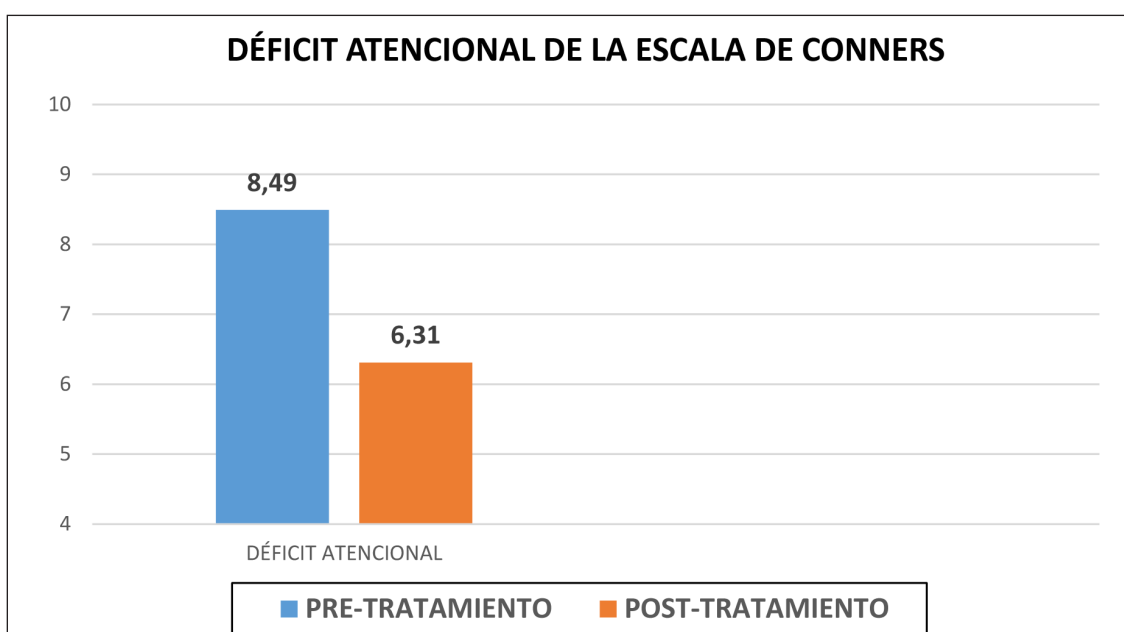


Gráfico 45. Comparación de las puntuaciones medias de Déficit Atencional medida por la escala de conducta de Conners antes y después del tratamiento (6 meses).

Similarmente, la comparación de puntuaciones medias de la variable Hiperactividad pre y post-tratamiento, nos refleja una disminución a los 6 meses de la sintomatología con un valor estadísticamente significativo ($t_{38}: 6,58; p < 0.001$) (Véase Tabla 51).

Tabla 51. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 HIPERACTIVIDAD/ IMPULSIVIDAD	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	7,87	2,83	6,38	2,94

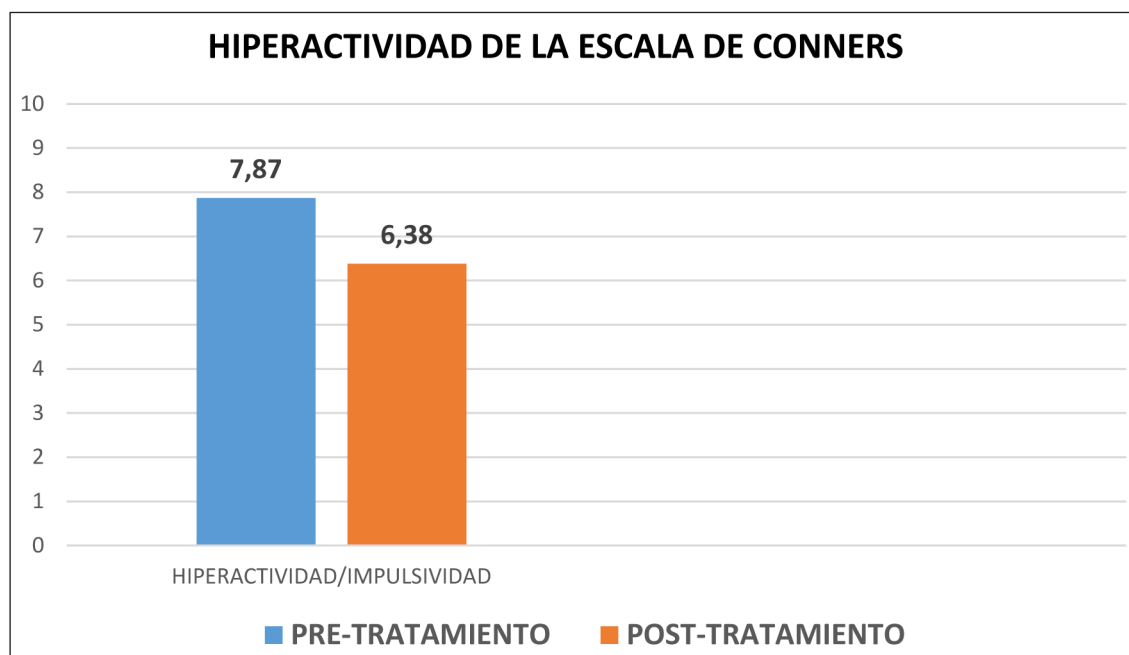


Gráfico 46. Comparación de las puntuaciones medias de Hiperactividad medida por la escala de conducta de Conners antes y después del tratamiento (6 meses).

De igual modo, se comprueba una disminución de la puntuación media para la variable Trastorno de Comportamiento en la evaluación post-tratamiento (ver Tabla 52). El contraste resulta estadísticamente significativo ($t_{38}: 5,93; p < 0.001$).

Tabla 52. Diferencias en las puntuaciones medias en los síntomas TDAH antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 TRASTORNO DE CONDUCTA	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	11.17	6.03	9.47	5.27

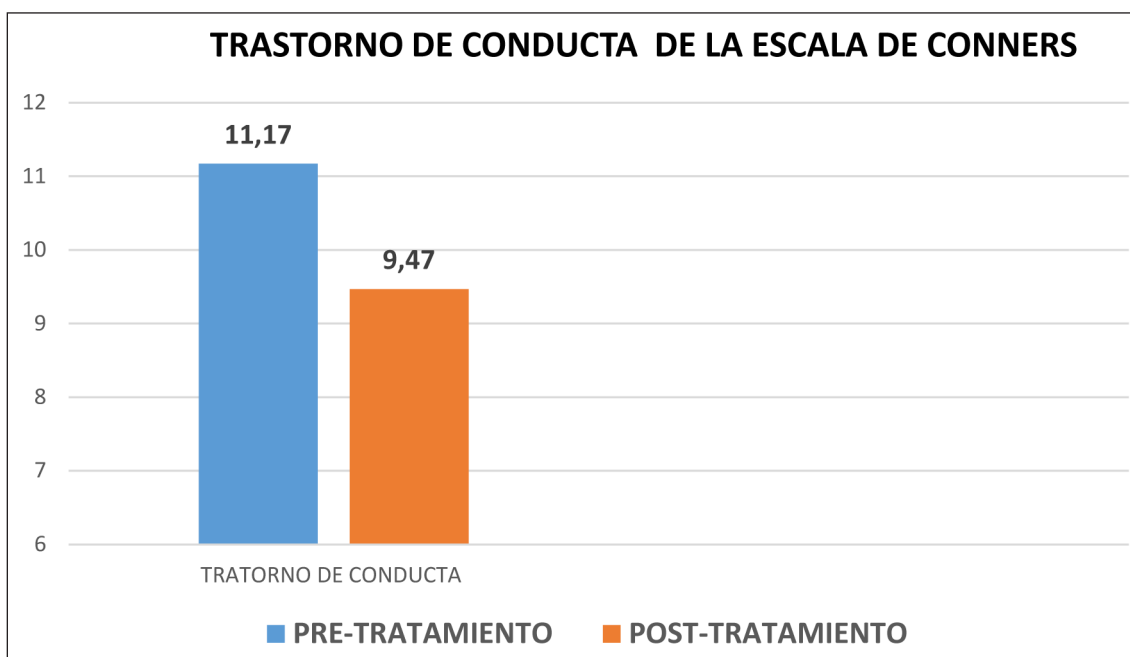


Gráfico 47. Comparación de las puntuaciones medias de Trastorno de Conducta medida por la escala de conducta de Conners antes y después del tratamiento (6 meses).

En resumen, con relación a los criterios sintomáticos del TDAH medidos por la Escala de Conducta de Conners para informantes, podemos observar cómo *el programa Respira* ha producido *un marcado efecto reductor* de los tres síntomas centrales: *Déficit Atencional, Hiperactividad y Trastorno de Conducta, a los seis meses de su aplicación.*

4.4.4. COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS ESCALAS DE ADAPTACIÓN INFANTIL EVALUADA POR EL TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI) ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

En la evaluación del patrón de adaptación global de los hijos afectados de TDAH hemos utilizado el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, tomando como medidas de resultados las escalas generales que son comunes en el instrumento para los tres niveles de edad (8 a 11 años, 12 a 14 años y > 15 años).

Señalar que el criterio clínico de inadaptación general se sitúa para los tres niveles de edad y ambos sexos en la puntuación ≥ 31 puntos. Así, a mayor puntuación en las escalas, excepto para Estilo educativo adecuado de madre y de padre, más alta es la inadaptación en los niños. La muestra infantil del estudio, en términos de promedio, se califica inicialmente por una inadaptación media (sin riesgo clínico).

En la Tablas 53, 54, 55, 56, 57, 58 y 59 se muestran las puntuaciones medias y desviaciones típicas antes y después del tratamiento, de las dimensiones del test TAMAI que han alcanzado diferencias estadísticamente significativas en los contrastes realizados con la t de Student apareada, previa comparación de varianzas.

Siguiendo el análisis de resultados, en la Tabla 53 se exponen las puntuaciones medias en la variable Inadaptación General de la evaluación pre y post-tratamiento. El contraste de medias realizado ha dado diferencias estadísticamente significativas ($t_{38}: 5,61; p < 0.000$).

Tabla 53. Diferencias en las puntuaciones medias en Inadaptación General antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INADAPTACIÓN GENERAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	24,76	11,28	16,49	9,63

A los 6 meses de realizado el programa Respira, se ha producido una disminución de la Inadaptación General valorada por los hijos.

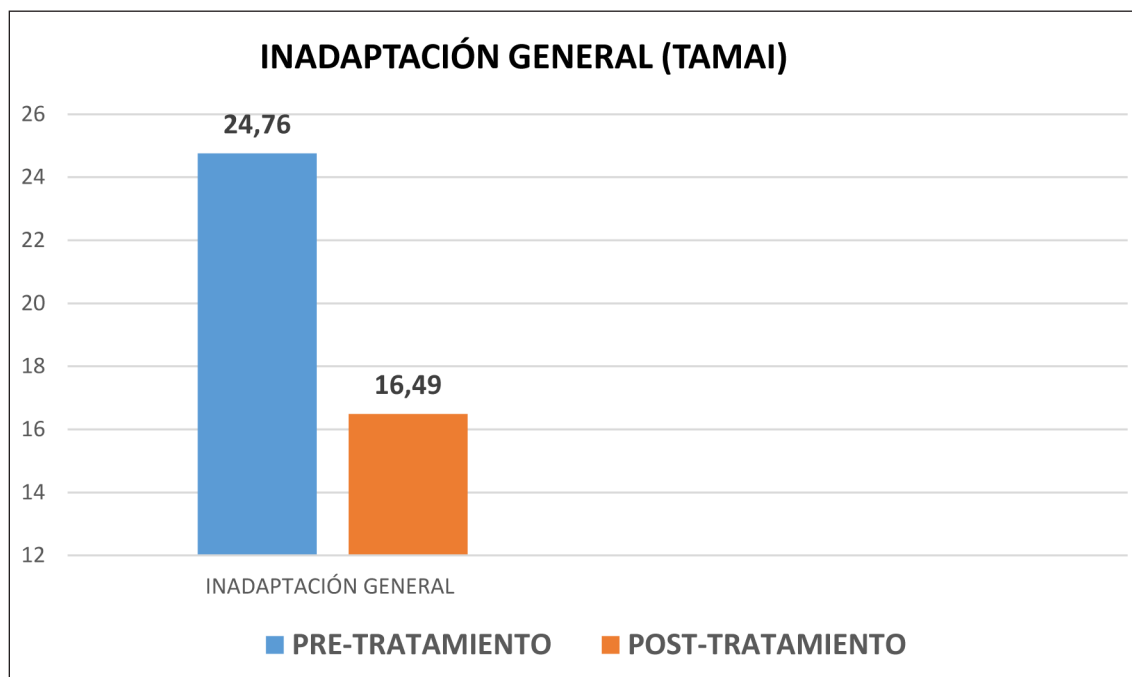


Gráfico 48. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Igualmente, se obtiene un resultado estadísticamente significativo al comparar, entre ambos momentos, las puntuaciones medias de la variable Inadaptación Personal ($t_{38}: 4,31; p < 0.000$).

Tabla 54. Diferencias en las puntuaciones medias en Inadaptación Personal antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INADAPTACIÓN PERSONAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	7,32	5,65	4,34	3,38

Como vemos en la Tabla 54, tras el programa Respira se produce un descenso en la percepción de la Inadaptación Personal en los hijos.

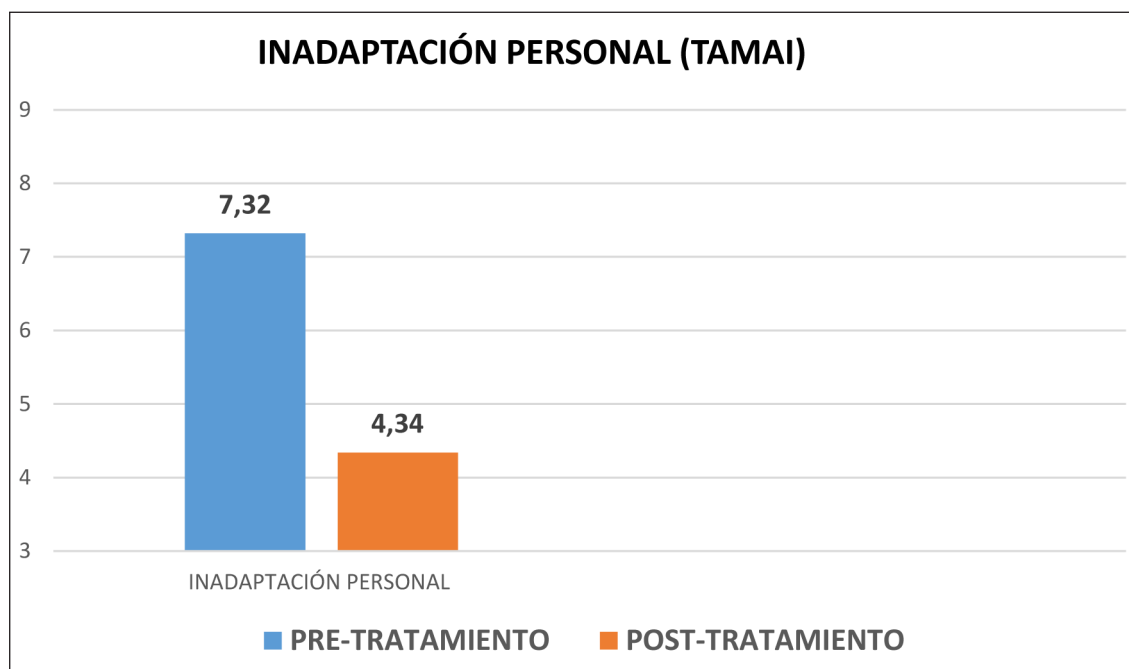


Gráfico 49. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Personal medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Con relación a la variable de Inadaptación Escolar, el contraste de medias nos deja diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias de ambos momentos de la evaluación del tratamiento ($t_{38} = 6,15$; $p < 0.000$) (Ver Tabla 55).

Tabla 55. Diferencias en las puntuaciones medias en Inadaptación Escolar antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INADAPTACIÓN ESCOLAR	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	9,88	5,78	5,51	5,1

En el gráfico 50 se representa la disminución post-tratamiento de la puntuación media en la percepción de la Inadaptación Escolar de los hijos de la muestra.

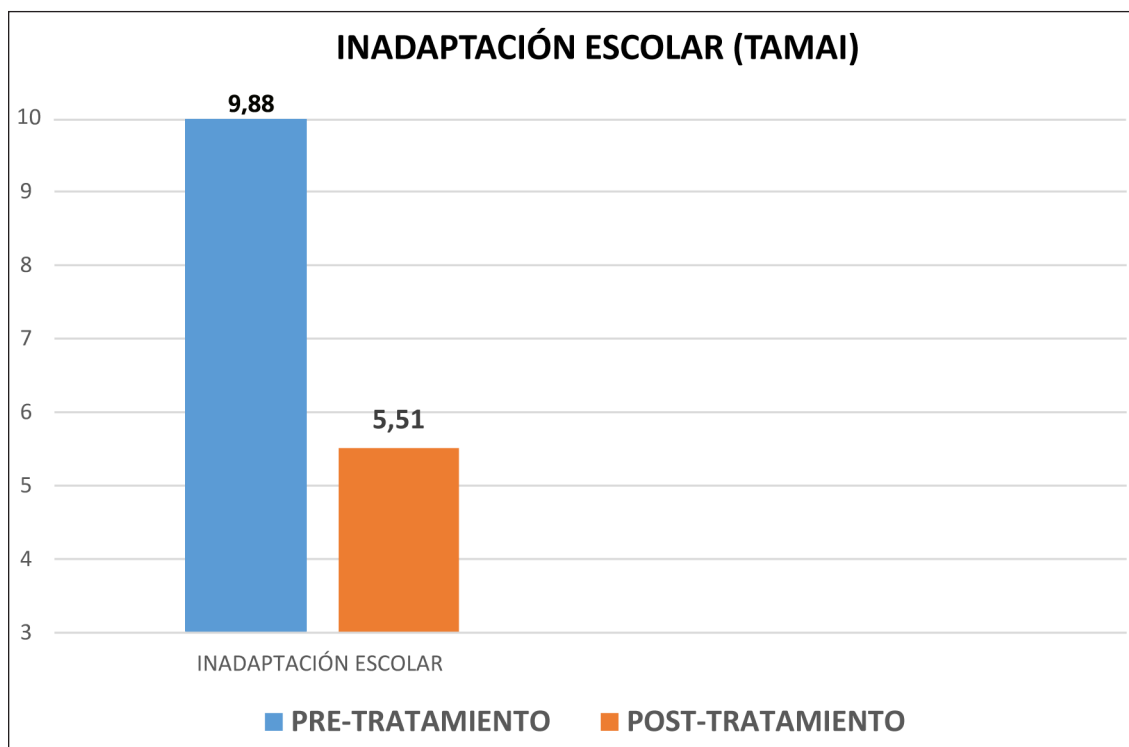


Gráfico 50. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Continuamos con la variable Inadaptación Social, que al comparar su valor medio pre-tratamiento con el valor post-tratamiento, revela diferencias estadísticamente significativas ($t_{38}: 4,34; p < 0.000$).

Tabla 56. Diferencias en las puntuaciones medias en Inadaptación Social antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INADAPTACIÓN SOCIAL	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	7,56	3,35	5,51	3,36

En la tabla 56, comprobamos como se percibe en el momento post-tratamiento una menor Inadaptación Social.

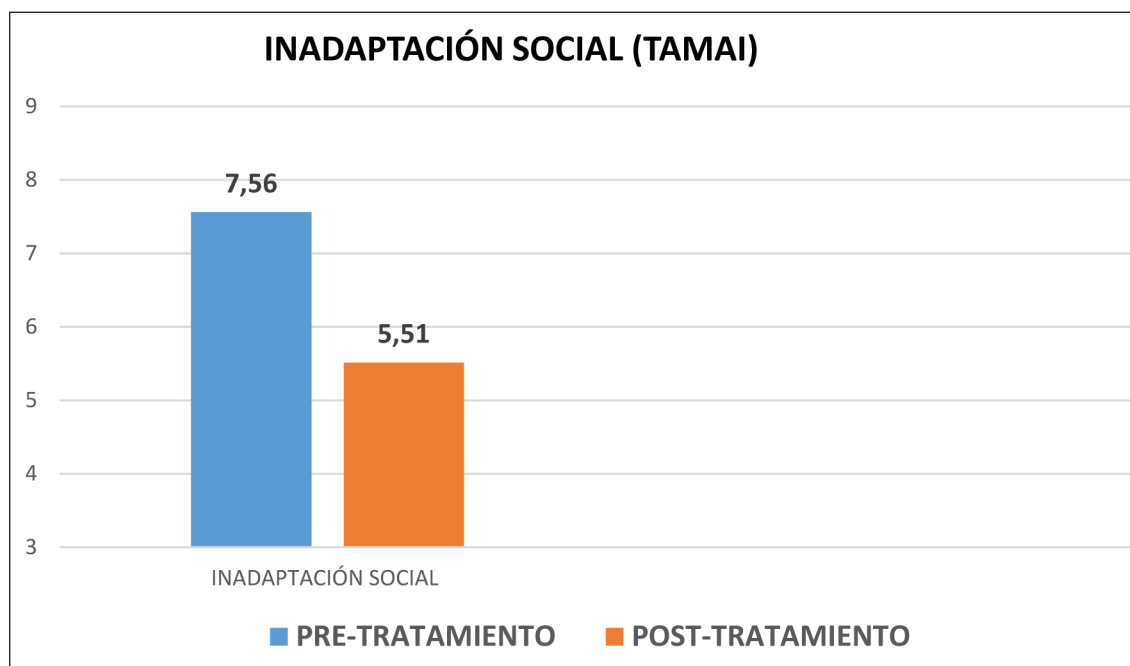


Gráfico 51. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Social medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Del mismo modo, se observan resultados estadísticamente significativos para la variable Insatisfacción Familiar (ver Tabla 57). La diferencia de puntuaciones medias contrastadas reflejan un descenso en la puntuación de la variable en la medida post-tratamiento ($t_{38}: 4,22; p < 0.000$).

Tabla 57. Diferencias en las puntuaciones medias en Insatisfacción Familiar antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INSATISFACCIÓN FAMILIAR	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	1.29	1.25	.44	.81

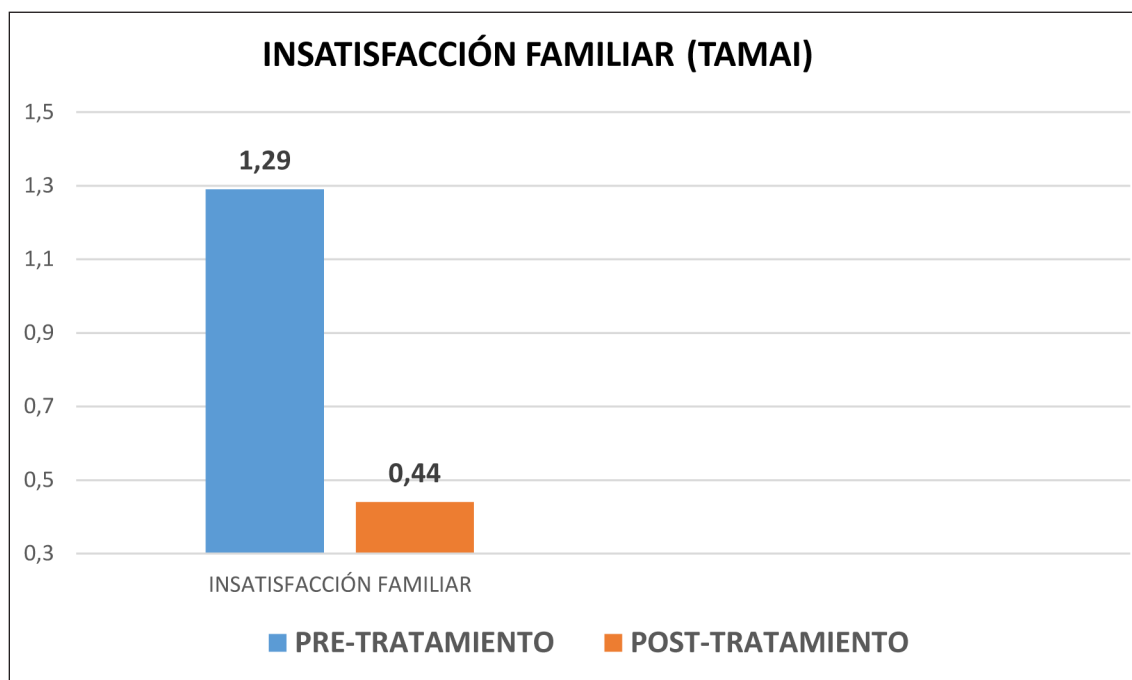


Gráfico 52. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Familiar medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Siguiendo con el análisis de resultados, para la variable Insatisfacción con los Hermanos hemos encontrado, al comparar las puntuaciones medias pre y pos-tratamiento, diferencias estadísticamente significativas ($t_{38} = 3,57$; $p < 0.001$) (Véase, Tabla 58).

Tabla 58. Diferencias en las puntuaciones medias en Insatisfacción Hermanos antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 INSATISFACCIÓN HERMANOS	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	1.29	1.25	.44	.81

Como apreciamos en el gráfico 53, en la medida post-tratamiento se ha producido un descenso en la apreciación de la Insatisfacción con los Hermanos.

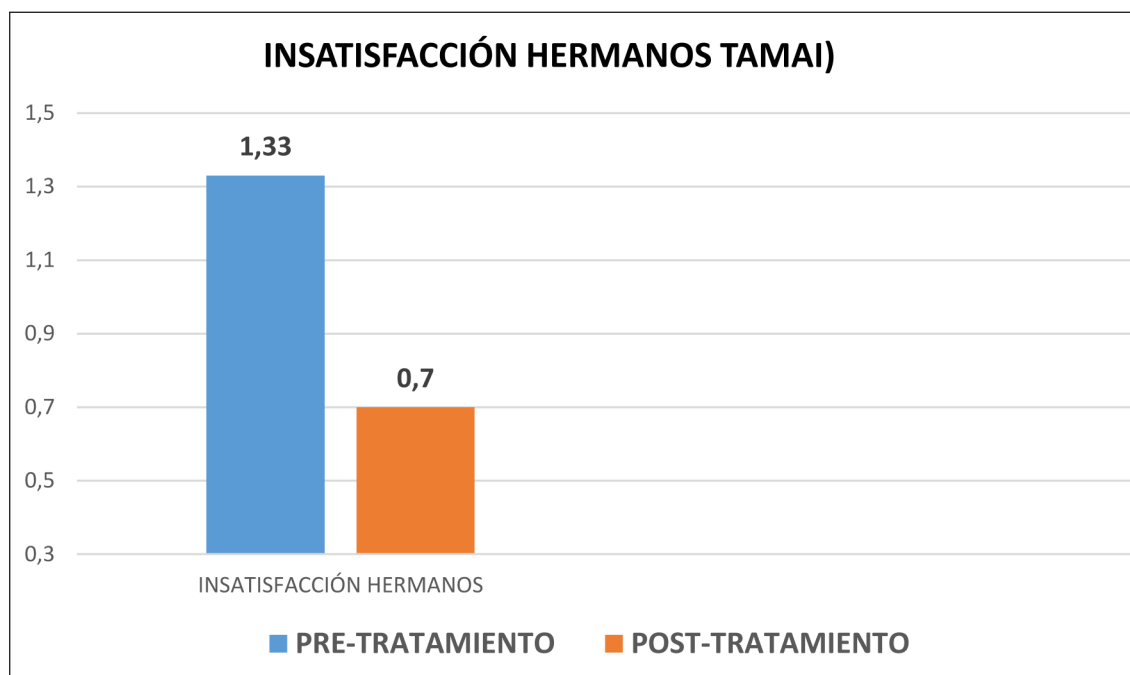


Gráfico 53. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Hermanos medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Igual resultado encontramos para la variable Discrepancia Educativa de los padres, se han producido diferencias estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones medias antes y después del programa *Respira* ($t_{38} = 2,54$; $p < 0,02$) (Véase Tabla 59).

Tabla 59. Diferencias en las puntuaciones medias en Discrepancia Educativa antes y después del tratamiento del programa *Respira*

N:40 DISCREPANCIA EDUCATIVA PADRES	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	4,22	6,7	1,54	1,3

Los niños de la muestra perciben una menor Discrepancia educativa entre los padres tras el tratamiento.

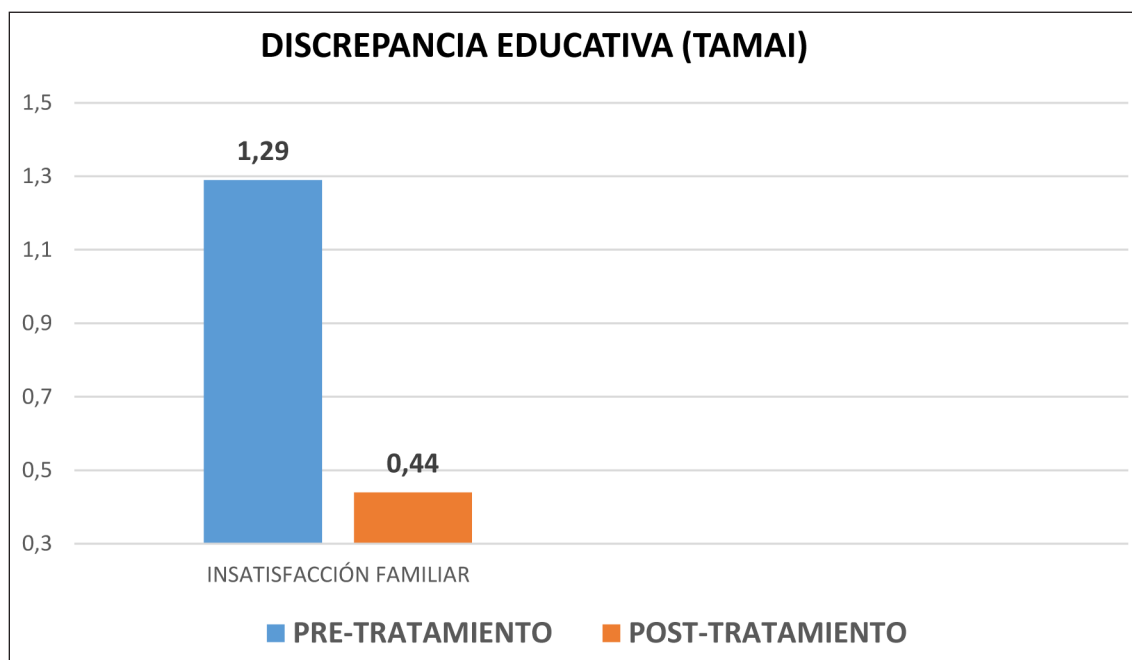


Gráfico 54. Comparación de las puntuaciones medias de Discrepancia Educativa medida por el test de Autoevaluación TAMAI antes y después del tratamiento (6 meses).

Resumiendo, se ha encontrado *descensos en las puntuaciones medias marcadamente significativos* en las dimensiones del cuestionario autovalorativo de Adaptación Infantil: *Inadaptación General, Personal, Social y Escolar*, así como en *Insatisfacción Familiar*.

Los niños con TDAH, que presentan al inicio del estudio unos grados de inadaptación en las principales áreas de tipo Medio, a los 6 meses de la aplicación del tratamiento *Respira*, autoevalúan su nivel de inadaptación general y específicas como Bajo.

4.5. RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA “RESPIRA”

A continuación exponemos los resultados de **los contrastes realizados** con las puntuaciones medias calculadas a partir de los valores hallados al comparar los promedios pre y post- tratamiento, **que miden la efectividad del programa respecto a las variables de respuestas de afrontamiento, estrés parental, síntomas de TDAH y adaptación general infantil.**

Las comparaciones de las puntuaciones medias se realizaron aplicando según las particularidades de las variables: Análisis de correlaciones con contrastes de coeficientes de Pearson, la técnica t de Student combinada o ANOVAs complementadas con comparaciones dos a dos. En todos los casos se llevó a cabo previamente una transformación normalizante.

Del conjunto de factores sociodemográficos estudiados presentamos los hallazgos de aquellos factores que han obtenido diferencias estadísticamente significativas: **Sexo, Edad de los Hijos, Nivel de Estudios y Nivel Económico.**

– LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN EL GÉNERO DE LOS PADRES

En la tabla 60 presentamos los resultados significativos correspondientes a la muestra con respecto al género.

Tabla 60. Efectividad del programa *Respira* en las respuestas de afrontamiento respecto al Género

N:40 DESCARGA EMOCIONAL	MUJERES (N:20)		VARONES (N:19)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	0,20	2,67	-2.32	2.01

Al comparar las dos medias mediante la t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable Descarga Emocional es mayor para los varones que para las mujeres de la población de padres (t 2,38: 3,32; $p < 0,003$).

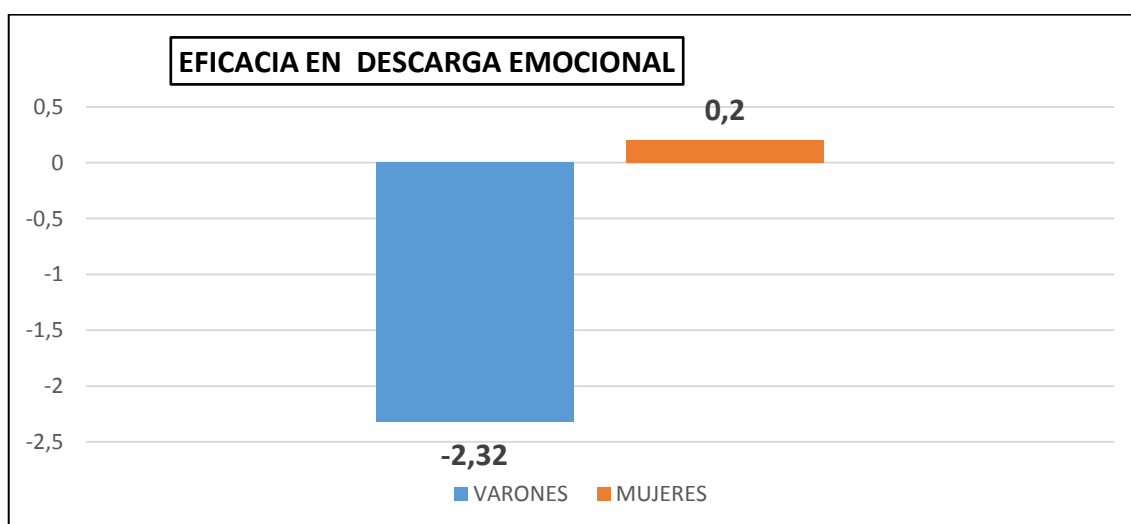


Gráfico 55. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por el CRIA

Este resultado **refleja que los varones han aumentado la frecuencia** de utilización de esta estrategia más que las mujeres, en las que no se aprecia un cambio significativo.

Con el resto de las siete escalas del Inventario de Respuesta de Afrontamiento, la subescala de Satisfacción con el Rol Paterno de la Escala de Calidad de Vida Familiar, los Síntomas del TDAH de la Escala de Conners y las dimensiones del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.

– LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN CON LA EDAD DE LOS HIJOS.

Para estudiar la efectividad del programa Respira con relación a la edad en las variables de respuestas de afrontamiento, rol parental de los padres, síntomas TDAH y adaptación general de los hijos, hemos realizado Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos.

En los contrastes se tuvo en cuenta la homogeneidad de la varianza y se utilizó el Test Brown-Forsythe.

En la Tabla 61 presentamos los resultados correspondientes a la variable Inadaptación General.

Tabla 61. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según la Edad de los Hijos

		EDAD DE LOS HIJOS (n:40)					
		8 años a 11 años (n: 24)		12 años a 14 años (n: 10)		15 años a 18 años (n: 6)	
INADAPTACIÓN GENERAL	N:40	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
		7,6	8,21	13,2	12,9	3,0	2,37

Al comparar las medias de eficacia entre los tres grupos de edad mediante el Test Brown-Forsythe, hemos encontrado diferencias significativas en la variable Inadaptación General ($F_{2, 38}: 2,55; p < 0.05$).

Efectuadas las comparaciones dos a dos, comprobamos que el grupo de edad entre *12 y 14 años* es el que presenta *la mayor media de eficacia del programa *Respira* para la variable Inadaptación General en comparación* con el grupo de *15 a 18 años* ($p < 0.02$).

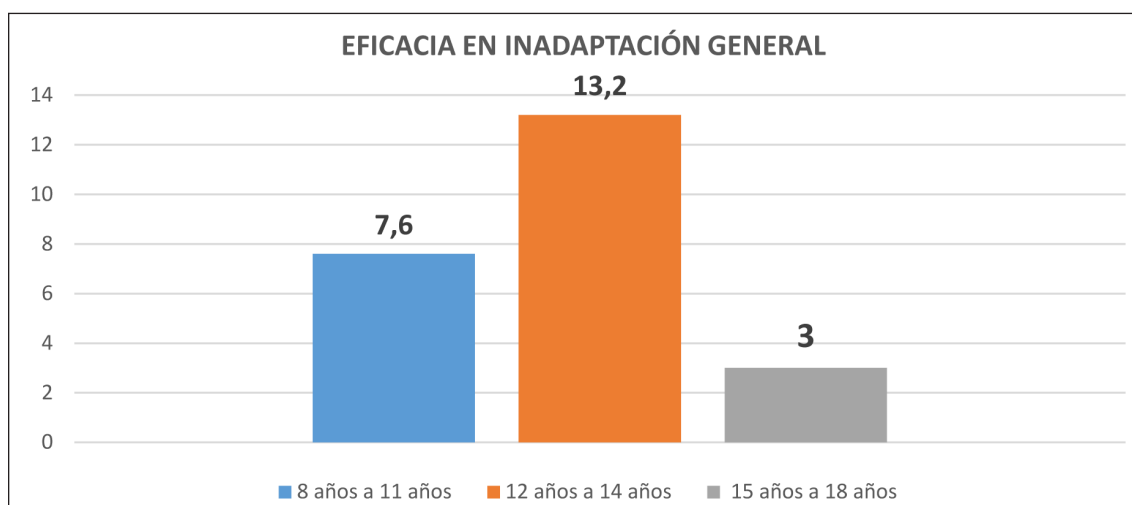


Gráfico 56. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por TAMAI

Similar resultado obtenemos para **Discrepancia Educativa** (Véase Tabla 62).

Tabla 62. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según la Edad de los Hijos

N:40 DISCREPANCIA EDUCATIVA	EDAD DE LOS HIJOS (n:40)					
	8 años a 11 años (n: 24)		12 años a 14 años (n: 10)		15 años a 18 años (n: 6)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,64	1,61	6,6	10,65	4,67	9,65

Al comparar las medias de eficacia entre los tres grupos de edad mediante el Test Brown-Forsythe, hemos encontrado diferencias significativas en la variable Discrepancia Educativa entre los grupos de edad de los hijos ($F 2, 38: 3,45 p < 0.04$).

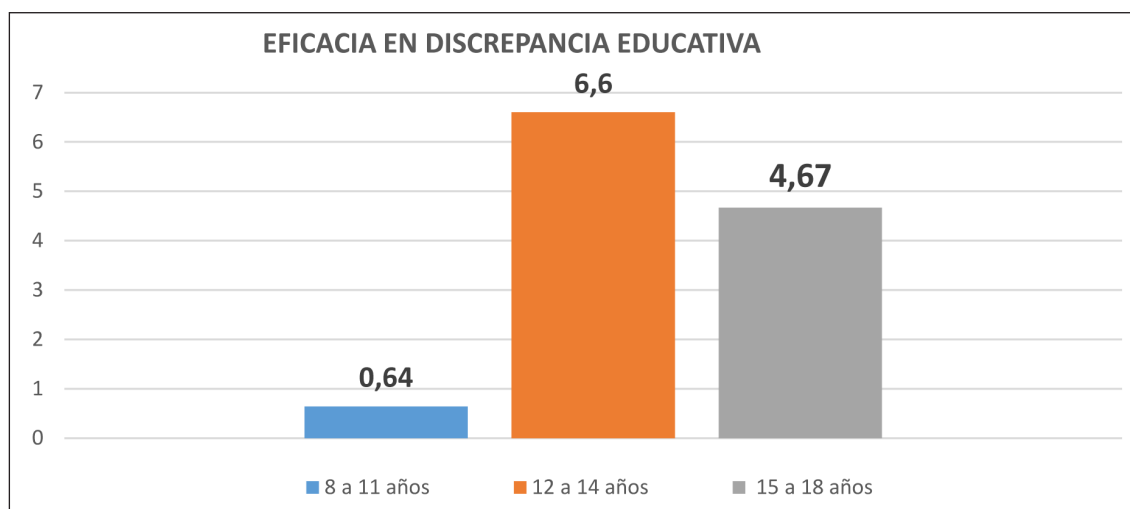


Gráfico 57. Comparación de las puntuaciones medias de Discrepancia Educativa medida por TAMAI

Efectuada la comparación de medias dos a dos, observamos que el grupo de edad entre **12 y 14 años** es el que presenta **la mayor media de eficacia del programa *Respira*** en la variable **Discrepancia** con respecto al grupo de **8 a 11 años** ($p < 0.01$).

En conjunto, se comprueba **que el programa *Respira* ha sido más eficaz para los niños de 12 a 14 años de la población con TDAH, mejorando la adaptación general y la percepción discrepancia educativa paterna.**

Para el resto de escalas del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento, la subescala de Satisfacción con el Rol Paterno de la Escala de Calidad de Vida Familiar y los Síntomas del TDAH de la Escala de Conners, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edad.

– LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES.

Para estudiar la efectividad del programa *Respira* con relación al nivel de estudios en las variables de respuestas de afrontamiento, rol parental de los padres, síntomas TDAH y adaptación general de los hijos, hemos realizado Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos. En los contrastes se tuvo en cuenta la homogeneidad de la varianza y se utilizó el Test Brown-Forsythe.

En la Tabla 63 presentamos los resultados correspondientes a la variable Descarga Emocional.

Tabla 63. Efectividad del programa *Respira* en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según el Nivel De Estudios

N:40	NIVEL DE ESTUDIOS (n:40)					
	PRIMARIOS (n: 6)		SECUNDARIOS (n: 18)		SUPERIORES (n: 15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
DESCARGA EMOCIONAL	0,64	1,61	6,6	10,65	4,67	9,65

Al comparar las medias de eficacia entre los tres grupos de nivel de estudios mediante el Test Brown-Forsythe, hemos encontrado diferencias significativas en la variable Descarga Emocional media por el inventario CRIA, (F 2, 38: 3,39; p< 0.03).

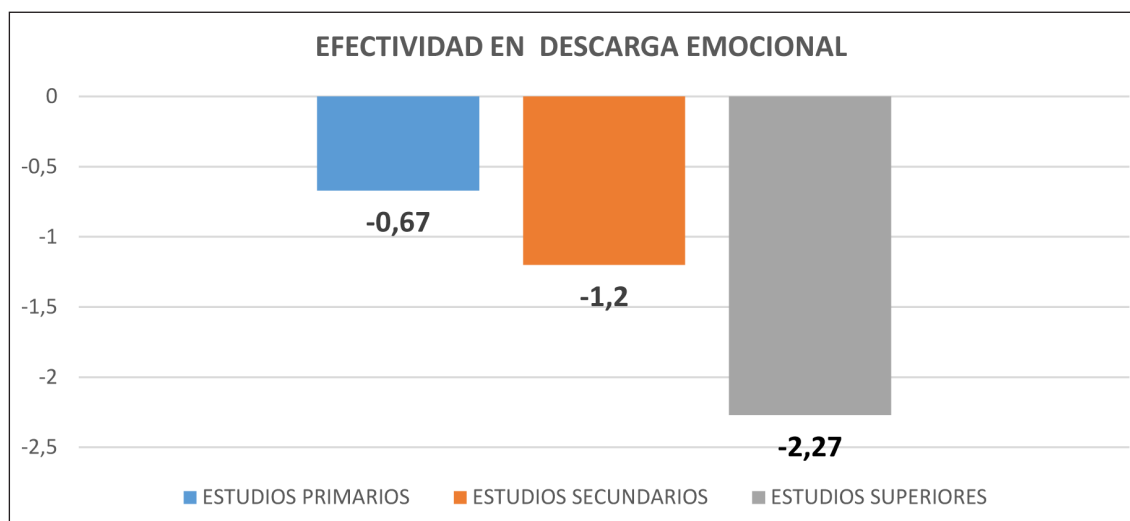


Gráfico 59. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por CRIA

Las comparaciones dos a dos realizadas nos revelan que los padres con nivel de *Estudios Superiores* son los que han presentado *una media en eficacia mayor en la estrategia Descarga Emocional* en comparación con los padres con *Niveles Secundarios* ($p < 0.01$).

Se comprueba que el programa *Respira* ha sido más eficaz para los padres de la población con el nivel de **Estudios Superiores**, aumentando la frecuencia de la respuesta de afrontamiento Descarga Emocional.

Con relación al resto de escalas del Inventario de Respuestas de Afrontamiento, la subescala de Satisfacción con el Rol Paterno de la Escala de Calidad de Vida Familiar, los Síntomas del TDAH de la Escala de Conducta de Conners y las dimensiones del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de estudios.

– EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL NIVEL ECONÓMICO.

Para estudiar la efectividad del programa *Respira* con relación al nivel económico en las variables de respuestas de afrontamiento, rol parental de los padres, síntomas

TDAH y adaptación general de los hijos, hemos realizado Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos. En los contrastes se tuvo en cuenta la homogeneidad de la varianza y se utilizó el Test Brown-Forsythe.

En la tabla 64 presentamos los resultados correspondientes a la variable Análisis Lógico.

Tabla 64. Efectividad del programa *Respira* en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según el Nivel Económico

N:40 ANÁLISIS LÓGICO	NIVEL ECONÓMICO (n:40)					
	BAJO (n: 10)		MEDIO (n: 15)		ALTO (n: 15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	-1,18	2,72	-3,54	2,70	-0,54	3,71

Al comparar las medias de eficacia entre los niveles económicos mediante el Test Brown-Forsythe, hemos encontrado diferencias significativas en la variable Análisis Lógico media por el inventario CRIA ($F_{2, 38} = 3,69; p < 0.02$).

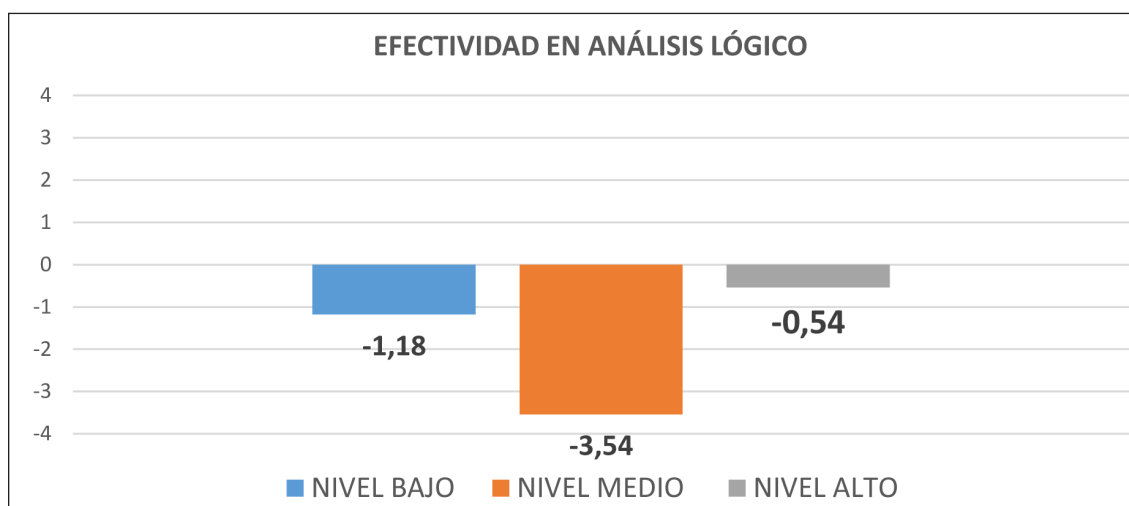


Gráfico 59. Comparación de las puntuaciones medias de Análisis Lógico medida por CRIA

Comparados dos a dos los grupos, vemos que los padres con **Nivel Económico Medio** han obtenido una media de eficacia más elevada en Análisis Lógico que los padres con Niveles Económicos Bajo ($p < 0.03$) y Alto ($p < 0.01$).

Siguiendo con el análisis, se observa (Tabla 65) que los grupos tienen diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de afrontamiento Búsqueda de Recompensas Alternativas ($F_{2, 38} = 3,97$; $p < 0.02$).

Tabla 65: Efectividad del programa *Respira* en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según el Nivel Económico

N:40 BÚSQUEDA DE RECOMPENSAS ALTERNATIVAS	NIVEL ECONÓMICO (n:40)					
	BAJO (n: 10)		MEDIO (n: 15)		ALTO (n: 15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,36	2,72	-3,10	2,64	-1,19	3,22

Efectuada la comparación de medias dos a dos, el grupo con un *Nivel Económico Medio* han alcanzado una **media en eficacia** significativamente **mayor** que el grupo de Nivel Económico Bajo ($p < 0.004$).

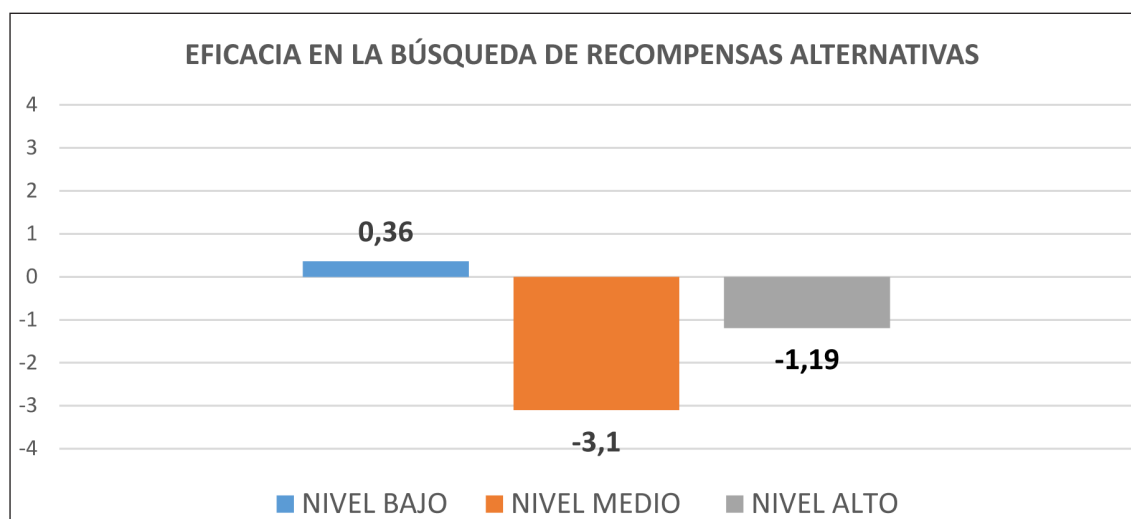


Gráfico 60. Comparación de las puntuaciones medias de Búsqueda de Recompensas Alternativas medida por CRIA

De igual modo, hemos encontrado diferencias en las medias de eficacia estadísticamente significativas para la variable Descarga Emocional según los niveles económicos ($F_{2, 38} = 3,79$; $p < 0.02$). (Véase Tabla 66).

Tabla 66. Efectividad del programa *Respira* en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según el Nivel Económico

N:40 DESCARGA EMOCIONAL	NIVEL ECONÓMICO (n:40)					
	BAJO (n: 10)		MEDIO (n: 15)		ALTO (n: 15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1,00	2,10	-3,20	2,64	-1,18	3,22

Realizadas las comparaciones de medias dos a dos, los padres *con Niveles Económicos Medio y Alto* tienen una *media de eficiencia mayor que los padres con Nivel Económico Bajo* ($p < 0.003$ y $p < 0.004$, respectivamente).

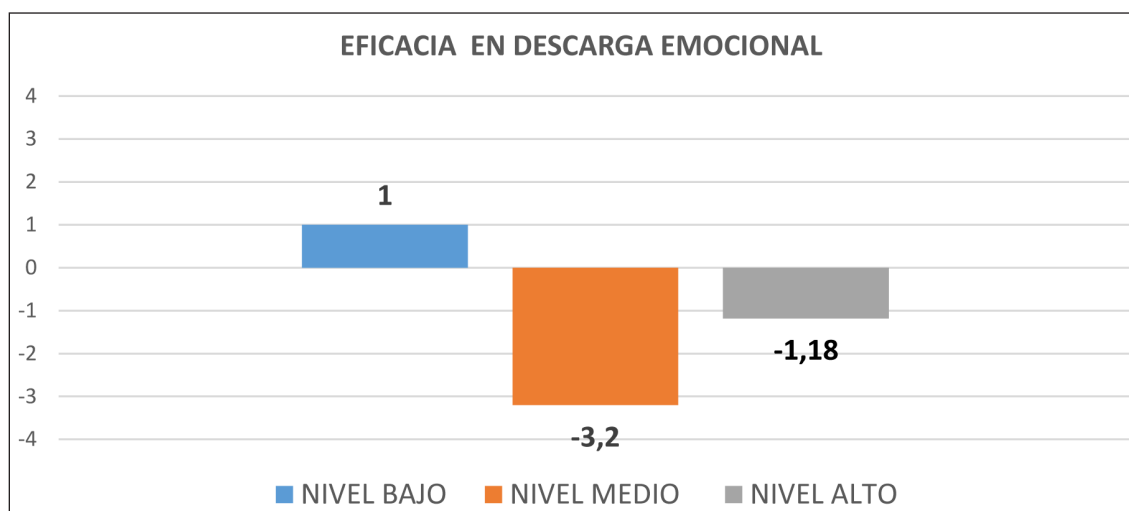


Gráfico 61. Comparación de las puntuaciones medias de Descarga Emocional medida por CRIA.

En conjunto, se comprueba que *el programa Respira resulta más eficaz* para los padres de la población con el **nivel de Económico Medio-Alto**, aumentando la frecuencia de las respuestas de afrontamiento, **Análisis Lógico, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional.**

En la tabla 67 presentamos los resultados correspondientes a la variable Inadaptación Personal.

Tabla 67. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según el Nivel Económico

		NIVEL ECONÓMICO (n:40)					
		BAJO (n: 10)		MEDIO (n: 15)		ALTO (n: 15)	
N:40	INADAPTACIÓN PERSONAL	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
		4,65	3,88	0,80	2,57	3,93	5,51

Al comparar las medias de eficacia entre los niveles económicos mediante el Test Brown-Forsythe, hemos encontrado diferencias significativas en la variable Inadaptación Personal (F 2, 38: 3,27; $p < 0.025$).

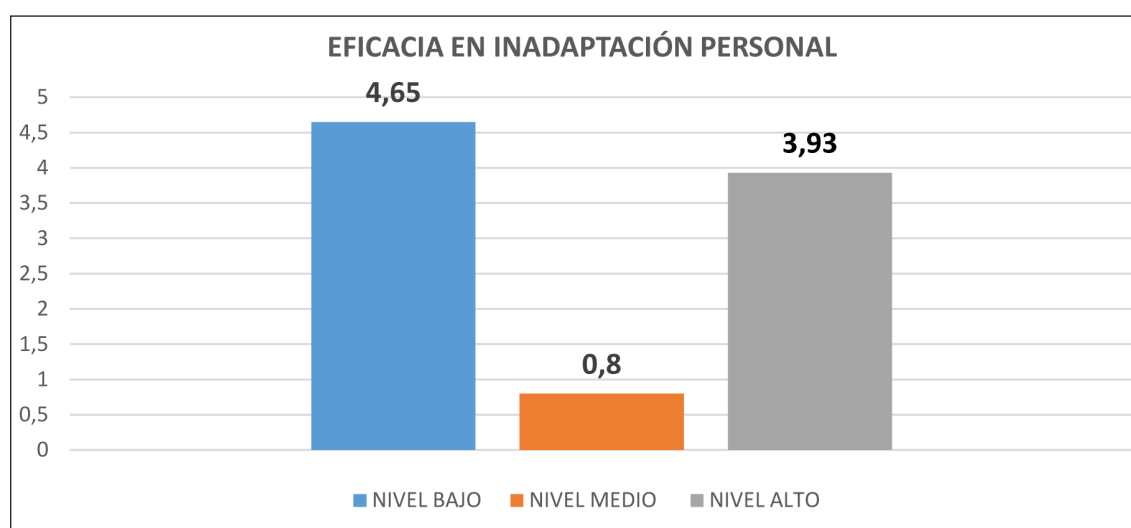


Gráfico 62. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Personal medida por TAMAI.

En las comparaciones de medias dos a dos, los hijos del grupo con *Nivel Económico Bajo* tienen una *media de eficacia mayor* en *Inadaptación Personal* que los hijos de los grupos con *Nivel Económico Medio* ($p < 0.015$) y Alto ($p < 0.025$).

En la Tabla 68 presentamos los resultados correspondientes a la variable Inadaptación Escolar.

Tabla 68. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según el Nivel Económico

N:40 INADAPTACIÓN ESCOLAR	NIVEL ECONÓMICO (n:40)					
	BAJO (n: 10)		MEDIO (n: 15)		ALTO (n: 15)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	4,1	4,1	2,4	3,56	6,53	5,1

Con relación a la variable Inadaptación Escolar se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones medias de eficacia entre los niveles económicos (F 2, 38: 3,53; $p < 0.02$).

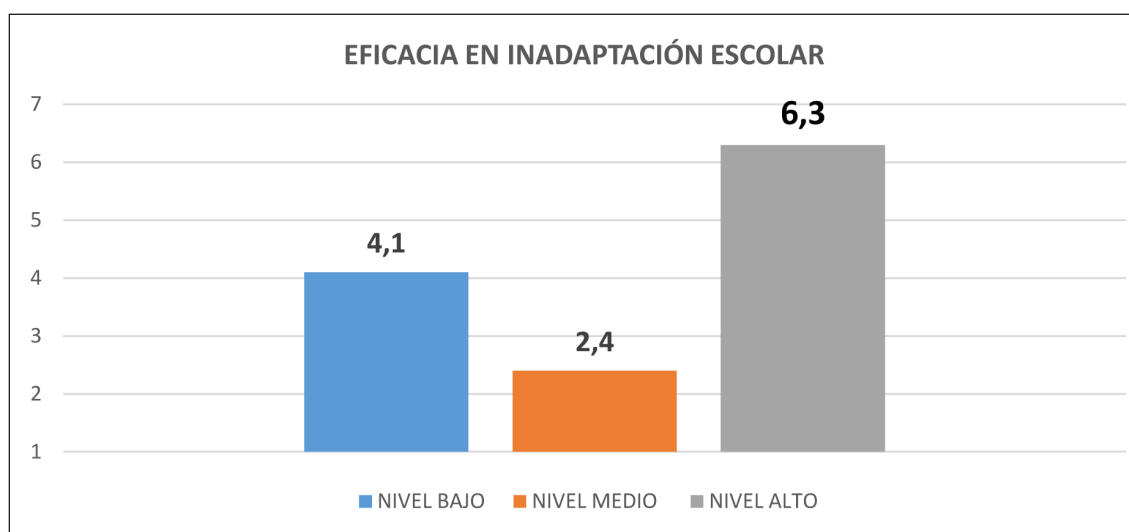


Gráfico 63. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI

Comparadas dos a dos las medias en **Inadaptación Escolar**, los hijos del grupo con **Nivel Económico Alto** tienen una media de **eficacia mayor** que los hijos del grupo con el Nivel Económico Medio ($p < 0.000$).

Respecto a la adaptación de los hijos con TDAH hemos comprobado que el programa es eficaz, **disminuyendo en el grupo de Nivel Económico Bajo la Inadaptación personal y la Inadaptación Escolar en el Nivel Económico Alto.**

Con relación al resto de estrategias del Inventario de Respuestas de Afrontamiento y de escalas del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los niveles económicos.

De mismo modo, no logramos resultados estadísticamente significativos para la subescala de Satisfacción con el Rol Paterno de la Escala de Calidad de Vida Familiar y los Síntomas del TDAH de la Escala de Conducta de Conners.

En resumen, en este bloque de resultados hemos encontrado que algunos efectos del *programa Respira están relacionados con el género, la edad, el Nivel educativo y económico.*

4.6. RELACIÓN DE LOS FACTORES CLÍNICOS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA *RESPIRA*

Para estudiar la efectividad del programa *Respira* con relación a las variables clínicas previas en las respuestas de afrontamiento, rol parental de los padres, síntomas TDAH y adaptación general de los hijos, hemos realizado análisis de correlaciones con contrastes de coeficientes de Pearson, la técnica t de Student combinada o ANOVAs complementadas con comparaciones dos a dos. En todos los casos se llevó a cabo previamente una transformación normalizante.

Los contrastes con resultados significativos se presentan a continuación:

– EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN A LOS ANTECEDENTES TDAH DE LOS PADRES

En la tabla 69 se representan los resultados correspondientes a la variable Inadaptación Escolar.

Tabla 69. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según Antecedentes TDAH

N:40 INADAPTACIÓN ESCOLAR	SIN ANTECEDENTES TDAH (n:28)		CON ANTECEDENTES TDAH (n:13)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	5.36	4.92	2.23	2.65

Al comparar las dos medias mediante t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable **Inadaptación Escolar** es mayor para los hijos de padres de la población sin Antecedentes de TDAH que para los hijos cuyos padres tienen Antecedentes de TDAH (t, 38: 2,07; p< 0.025).

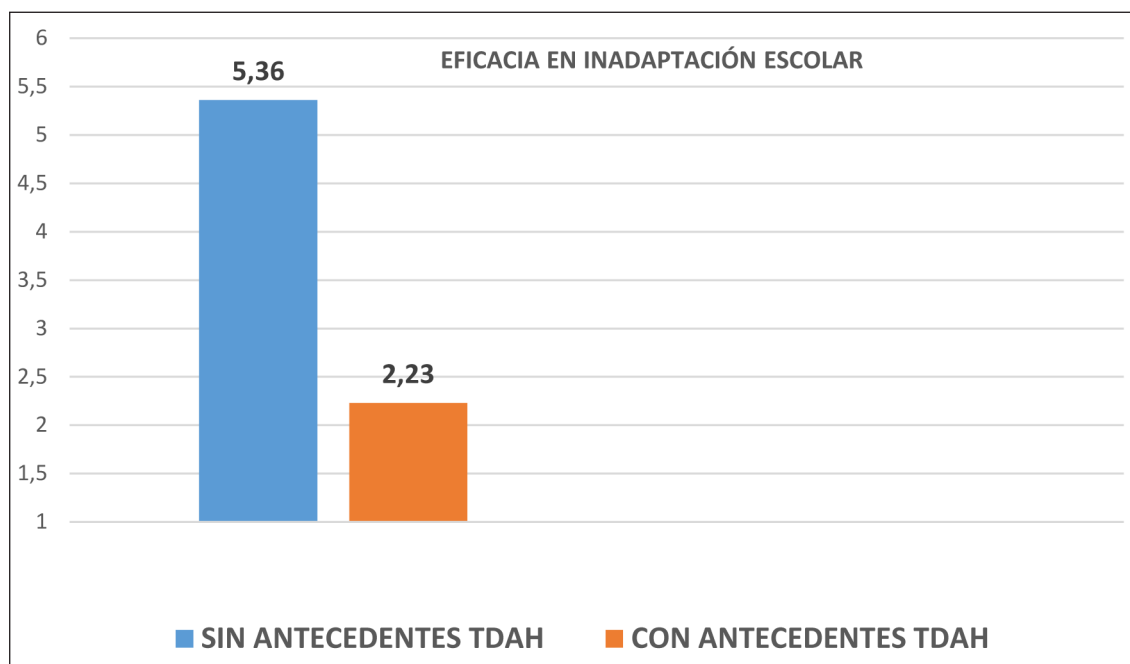


Gráfico 64. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI.

Respecto a la Inadaptación Escolar hemos comprobado que el programa es eficaz, disminuyendo en el grupo de niños con TDAH cuyos progenitores no presentan antecedentes de TDAH.

Para este factor clínico tampoco hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas para las escalas de Inventario de Respuesta de Afrontamiento, la subescala de Satisfacción con el Rol Paterno de la Escala de Calidad de Vida Familiar y los Síntomas del TDAH de la Escala de Connors.

– EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN A LA DISCREPANCIA EDUCATIVA ENTRE LOS PADRES

En la tabla 70 se exponen los resultados correspondientes a la variable Evitación Cognitiva.

Tabla 70. Efectividad del programa *Respira* en el inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA) según la Discrepancia Educativa

N:40 EVITACIÓN COGNITIVA	NO DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)		SI DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	-3,12	1,61	-1,19	3,27

Al comparar las dos medias mediante t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable Evitación Cognitiva es mayor en los padres de hijos diagnosticados de TDAH que no tienen Discrepancias Educativas ($t_{38}: 2,15; p < 0.02$).

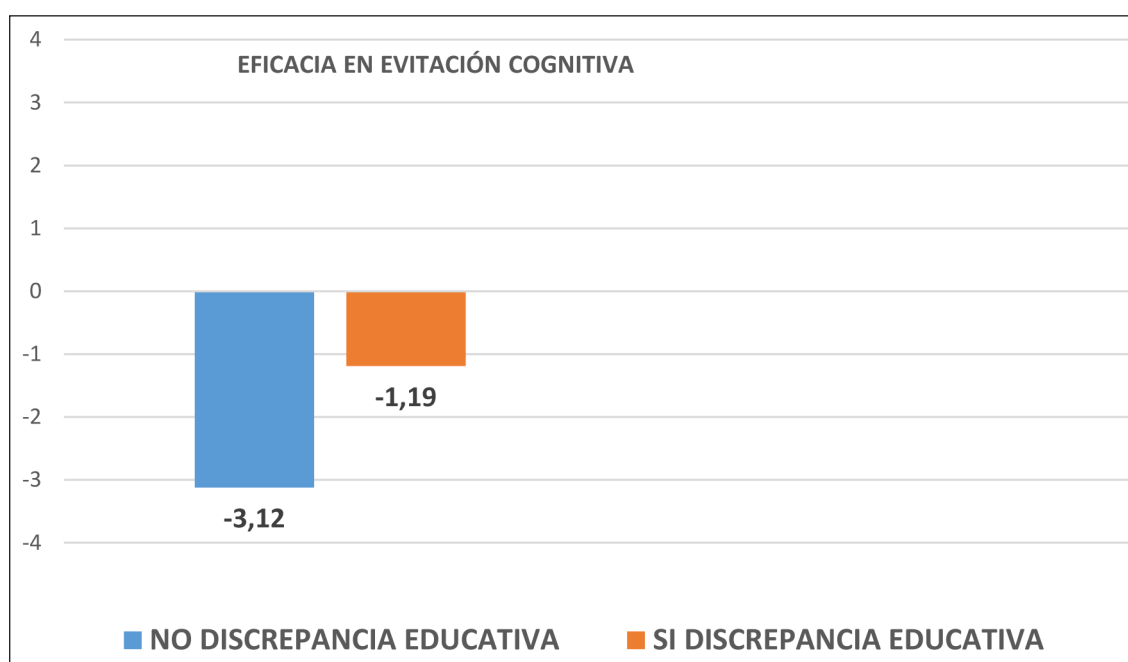


Gráfico 65. Comparación de las puntuaciones medias de Evitación Cognitiva medida por CRIA.

Los padres que no *tienen Discrepancias* en los criterios educativos de los hijos con TDAH *han aumentado* la frecuencia de utilización de las estrategias de *Evitación Cognitiva* tras el tratamiento.

En la Tabla 71 se señalan los resultados para la variable Satisfacción del Rol Parental.

Tabla 71. Efectividad del programa *Respira* en la escala de calidad de vida familiar (ECVF) según la Discrepancia Educativa

N:40 SATISFACCIÓN ROL PARENTAL	NO DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)		SI DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	-0,12	0,71	-0,43	0,60

Al comparar las dos medias mediante t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable Satisfacción con el Rol Parental es mayor en los padres de hijos diagnosticados de TDAH, que no tienen Discrepancias Educativas ($t = 2,15$; $p < 0,02$).

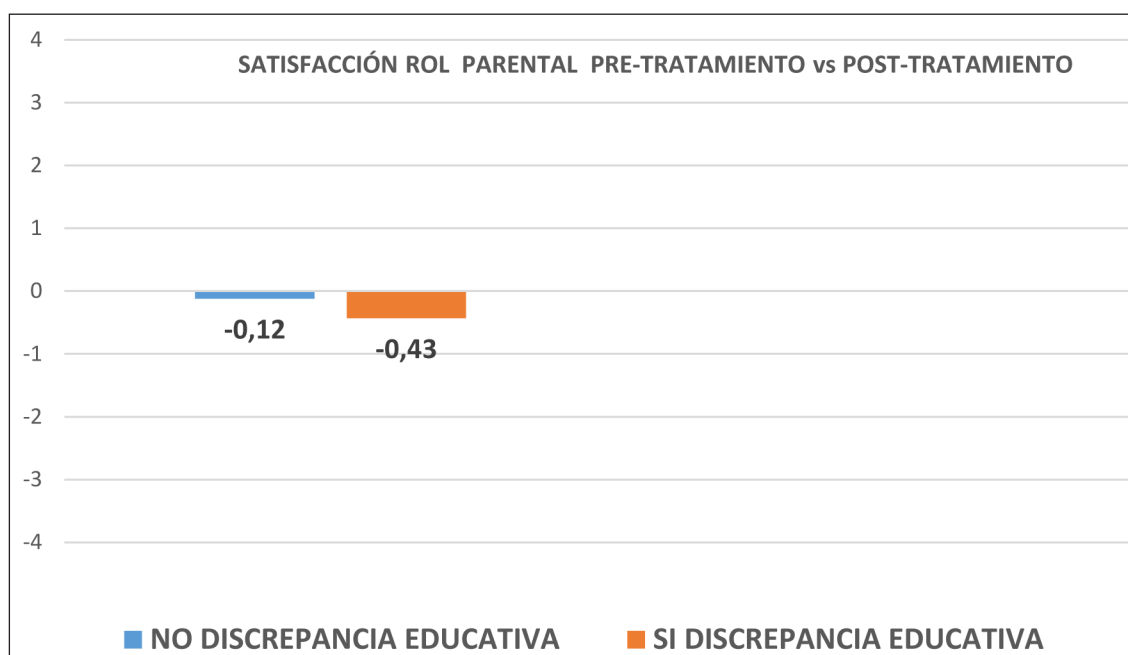


Gráfico 66. Comparación de las puntuaciones medias de Satisfacción con el Rol Parental medida por ECVF.

Tras el programa *Respira*, **los padres discrepantes** con respecto a las pautas educativas **han aumentado la satisfacción** con el rol parental.

Continuando con el análisis, en la Tabla 72 se muestran los resultados para la variable Inadaptación General del test TAMAI.

Tabla 72. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según Discrepancia Educativa

N:40 INADAPTACIÓN GENERAL	NO DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)		SI DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	10,90	9,88	5,76	8,48

Al comparar las dos medias mediante t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable Inadaptación General es mayor en los hijos diagnosticados de TDAH de los padres de la, que no tienen Discrepancias Educativas (t, 38: 2,32 $p < 0.05$).

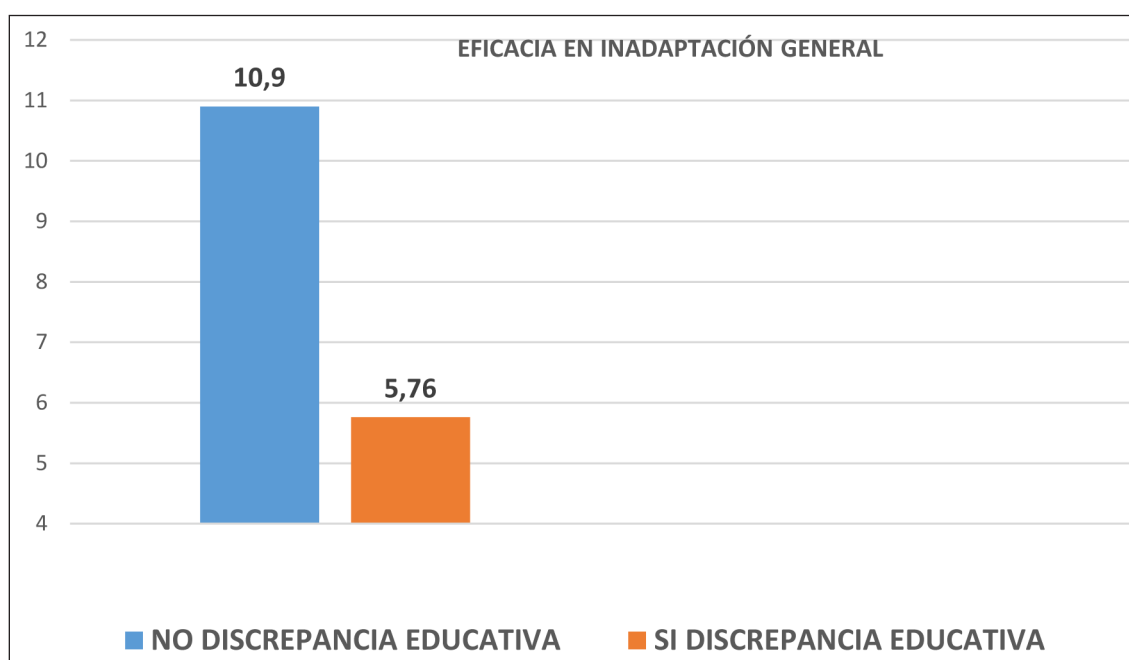


Gráfico 67. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación General medida por TAMAI.

El programa *Respira* es eficaz para disminuir la Inadaptación General en los hijos con TDAH de padres que no discrepan en los criterios.

Similar resultado obtenemos en el estudio con la variable Inadaptación Escolar. Los resultados se exponen en la Tabla 73. Se aprecia una diferencia de puntuaciones medias estadísticamente significativa según la presencia o no de discrepancias.

Tabla 73. Efectividad del programa *Respira*. En el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según Discrepancia Educativa

N:40 INADAPTACIÓN ESCOLAR	NO DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)		SI DISCREPANCIAS EDUCATIVAS (N:20)	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
	6,00	4,88	2,81	3,67

Al comparar las dos medias mediante t de Student combinada, podemos observar que la media de eficacia en la variable Inadaptación Escolar es mayor en los hijos diagnosticados de TDAH de los padres de la variable que no tiene Discrepancias Educativas ($t_2, 38: 2,32 p < 0.01$).

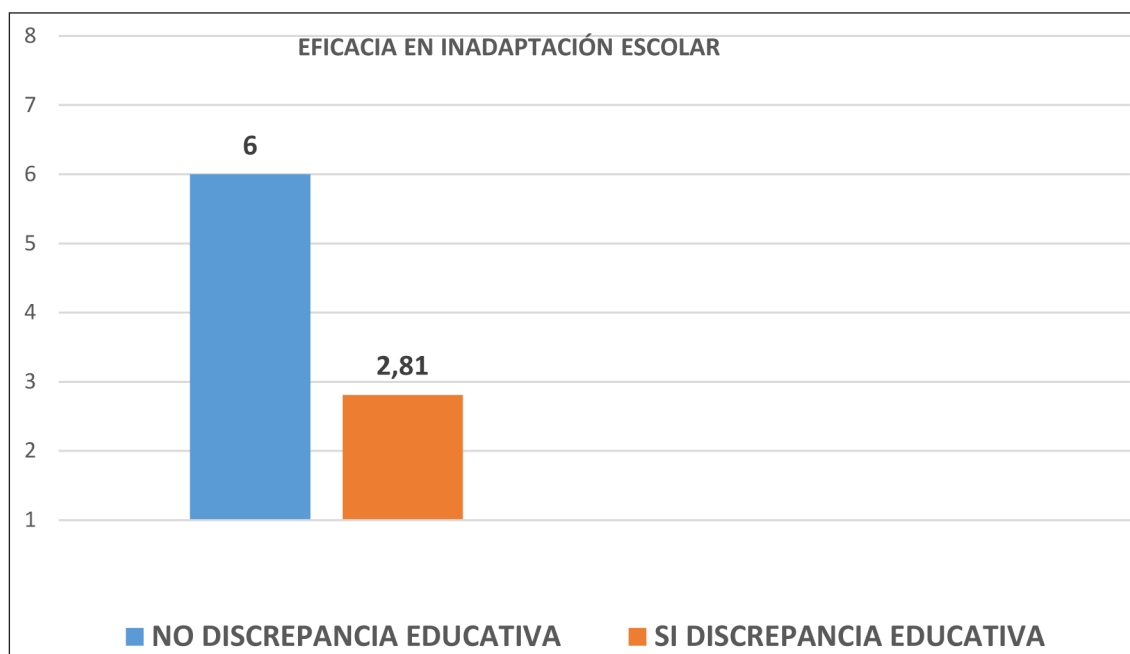


Gráfico 68. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI.

El programa *Respira* mejora la Adaptación Escolar de los hijos con TDAH de padres no discrepantes en los criterios educativos.

Con relación a esta variable clínica no hallamos diferencias estadísticamente significativas para el resto de las escalas de Inventario de Respuesta de Afrontamiento (CRIA) y de las escalas del test TAMAI, así como para los Síntomas del TDAH de la Escala de Conners.

En conjunto, para la variable **Discrepancia Educativa** hemos comprobado que el **programa *Respira* es eficaz para disminuir la inadaptación general y escolar** de los hijos con TDAH de los padres de la población que **no tienen discrepancias** en los criterios educativos, así como **aumenta la frecuencia** de la respuesta de afrontamiento de **Evitación Cognitiva**. Para los padres de la población con **discrepancias educativas** el programa ***Respira* mejora la satisfacción con el rol parental**.

– EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN A LA RESPONSABILIDAD EN LA EDUCACIÓN DEL HIJO

Respecto la responsabilidad en la función educativa de los progenitores, contemplamos tres opciones: la responsabilidad corresponde principalmente o de modo exclusivo a la madre, al padre o ambos progenitores comparten estas tareas.

Para estudiar la efectividad del programa *Respira* con relación a esta variable clínica en las respuestas de afrontamiento, rol parental de los padres, síntomas TDAH y adaptación general de los hijos, hemos realizado Análisis de Varianza simples previa comparación de varianzas, complementado con una comparaciones de medias dos a dos. En los contrastes se tuvo en cuenta la homogeneidad de la varianza y se utilizó el Test Brown-Forsythe.

En las Tablas 74 presentamos los resultados de la variable Inadaptación Escolar.

Tabla 74. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según la Responsabilidad Educativa

N:40 INADAPTACIÓN ESCOLAR	RESPONSABILIDAD EDUCATIVA (n:40)					
	Responsabilidad Madre (n: 20)		Responsabilidad Padre (n: 4)		Responsabilidad Padre y Madre (n:16)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	2.81	3.39	6.5	4.1	5.88	5.43

En el contraste de medias realizado se ha encontrado diferencias de medias en eficacia estadísticamente significativas para la variable Inadaptación escolar (F 2, 38: 279; $p < 0.02$).

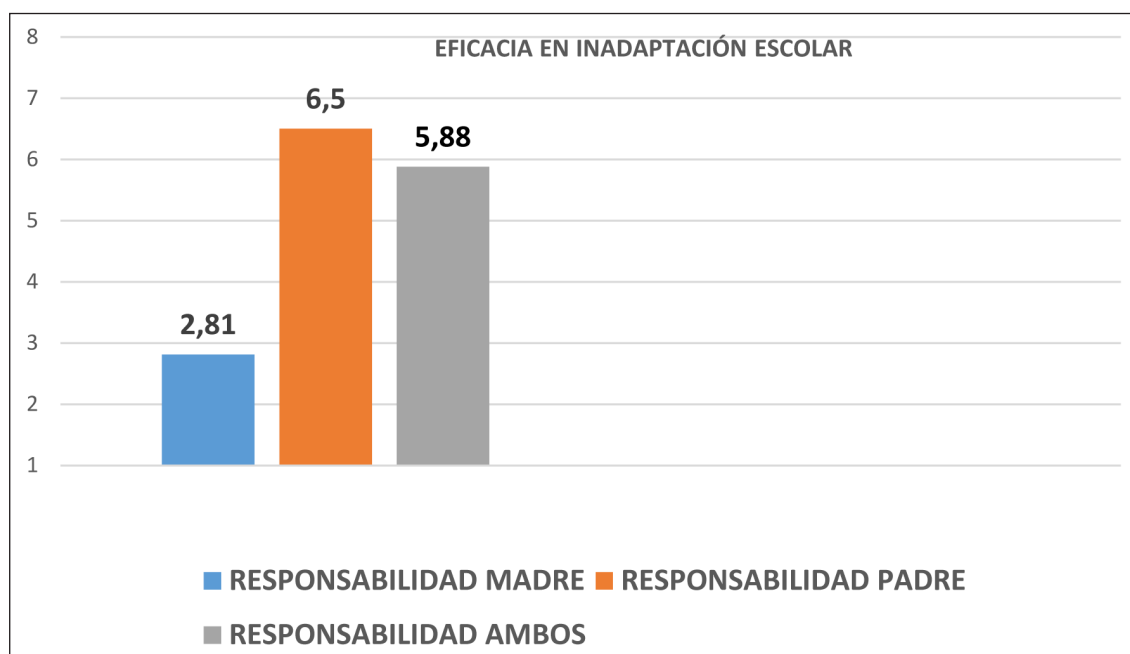


Gráfico 69. Comparación de las puntuaciones medias de Inadaptación Escolar medida por TAMAI

Las comparaciones de medias dos a dos nos indican que *los hijos de padres que comparten la Responsabilidad Educativa* muestran en la variable *Inadaptación Escolar una media mayor en eficacia del programa *Respira** que aquellos hijos cuyas *madres son responsables únicas* ($p < 0.02$).

Siguiendo con el estudio, en la Tabla 75, presentamos los resultados para la variable Insatisfacción Familiar.

Tabla 75. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según la Responsabilidad Educativa

N: 40 INSATISFACCIÓN FAMILIAR	RESPONSABILIDAD EDUCATIVA (n: 40)					
	Responsabilidad Madre (n: 20)		Responsabilidad Padre (n: 4)		Responsabilidad Padre y Madre (n: 16)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	1.19	0.93	2.5	0.58	1.3	1.2

El contraste de medias muestra diferencias de medias en eficacia estadísticamente significativas entre sus categorías (F 2,39: 3.09; $p < 0.03$).

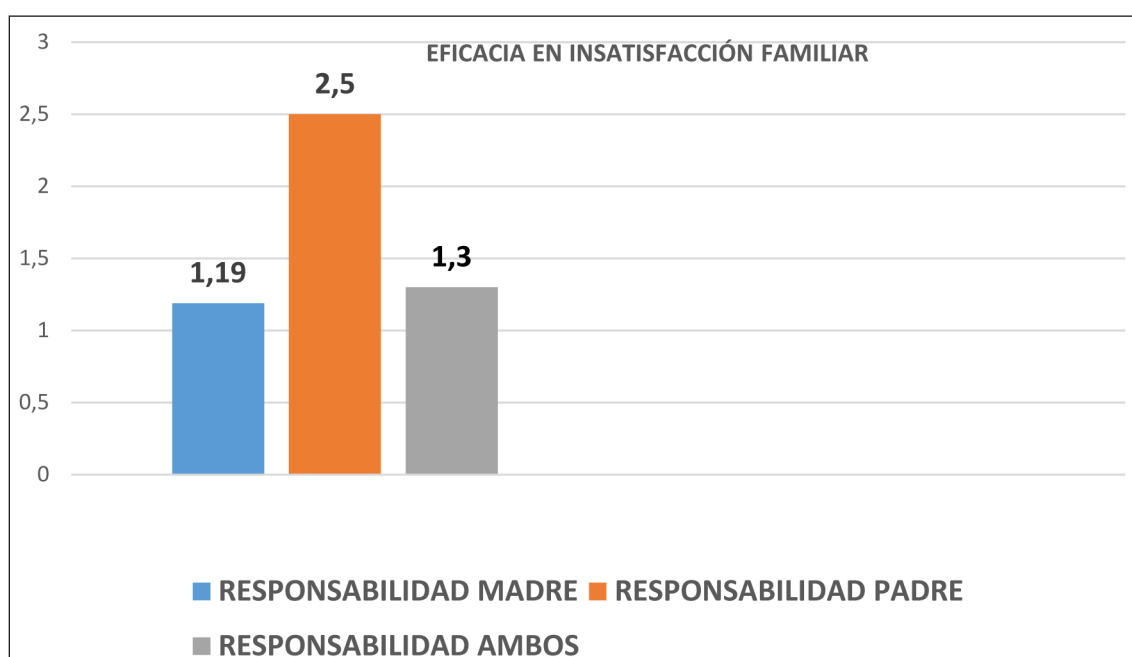


Gráfico 70. Comparación de las puntuaciones medias de Insatisfacción Familiar medida por TAMAI.

La comparación dos a dos nos indica *una mayor diferencia de las medias en eficacia* en la variable *Insatisfacción Familiar* para *los hijos cuyos padres tienen principalmente la Responsabilidad Educativa* frente a los hijos los cuales son *las madres quienes cargan con la responsabilidad educativa* ($p < 0.01$).

A continuación se exponen en la Tabla 76 los resultados de la relación encontrada en la variable Discrepancia Educativa para el factor Responsabilidad Educativa.

Tabla 76. Efectividad del programa *Respira* en el test autoadministrado multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) según la Responsabilidad Educativa

N:40 DISCREPANCIA EDUCATIVA	RESPONSABILIDAD EDUCATIVA (n: 40)					
	Responsabilidad Madre (n: 20)		Responsabilidad Padre (n: 4)		Responsabilidad Padre y Madre (n: 16)	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
	0,95	1,56	17,5	8,67	1,25	6,24

Se aprecian diferencias significativas de medias en eficacia entre las categorías definidas ((F 2,39: 21,52; $p < 0.000$).

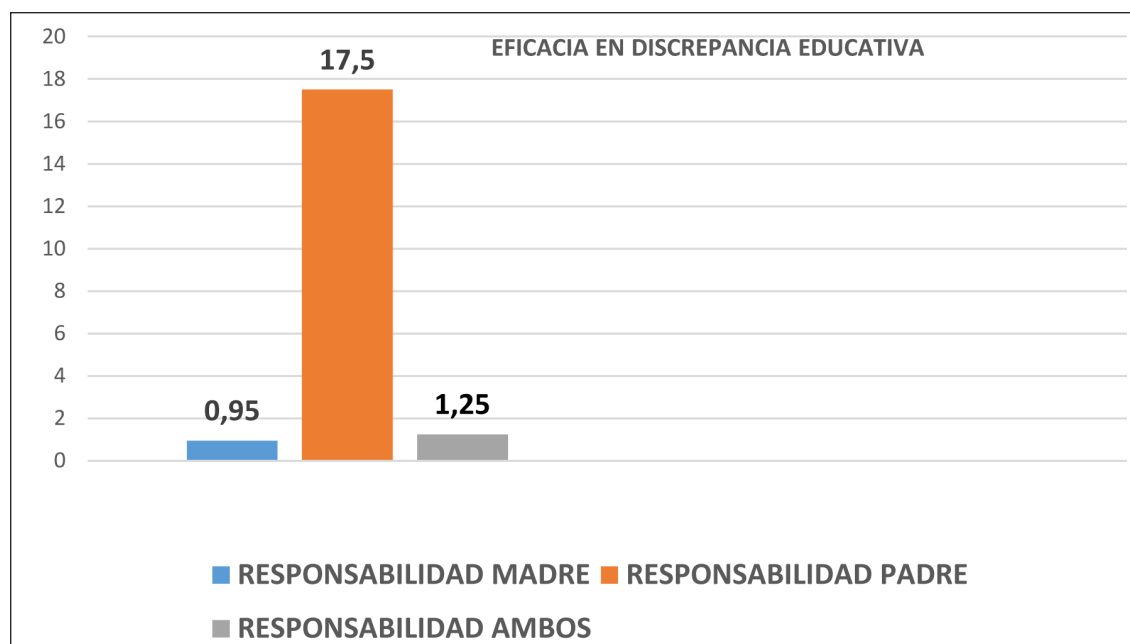


Gráfico 71. Comparación de las puntuaciones medias de Discrepancia Educativa medida por TAMAI

La comparación dos a dos nos muestra que *los hijos de padres con carga exclusiva de responsabilidad* en las tareas educativas son los que obtienen una *media mayor en eficacia* de la variable *Discrepancia Educativa* que *los hijos cuyas madres son responsables únicas* ($p < 0.0000$) y aquellos *hijos con progenitores que comparten la responsabilidad educativa* ($p < 0.0000$).

Con relación a esta variable clínica no hallamos diferencias estadísticamente significativas para el resto de las escalas del test TAMAI, las escalas del Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRIA), la dimensión Satisfacción con el Rol Parental de la escala ECVF y Síntomas de TDAH de la Escala de Conducta de Conners.

En conjunto, **el programa *Respira* ha sido más eficaz para disminuir la Insatisfacción familiar y Discrepancia educativa** en los hijos con TDAH de **padres que tienen la responsabilidad educativa solos**, así como **para disminuir a Inadaptación familiar** en los hijos con TDAH cuyos **progenitores comparten las responsabilidades educativas**.

– EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL TIEMPO DE TERAPIA PSICOEDUCATIVA DE LOS HIJOS.

Para contrastar la relación del factor clínico Tiempo de Terapia seguida por los hijos con la efectividad del programa de intervención psicológica *Respira*, realizamos análisis de correlaciones aplicando el coeficiente de Pearson.

Los resultados estadísticamente significativos son los siguientes:

- ***El tiempo de terapia psicoeducativa de los hijos correlaciona negativamente*** con los criterios sintomáticos de TDAH, ***Trastorno de Conducta*** ($r = -0.40$, $p < 0.05$) y ***Déficit de Atención*** ($r = -0.30$, $p < 0.003$) de la Escala de Conners.

Un menor tiempo de terapia se asocia a una mayor eficacia del programa RESPIRA para disminuir los síntomas de TDA.

- ***El tiempo de terapia se relaciona negativamente*** con la dimensión ***Discrepancia Educativa*** ($r = -0.50$, $p < 0.01$) e ***Insatisfacción Hermanos*** ($r = -0.31$, $p < 0.03$) del test TAMAI.

A menor tiempo de terapia, mayor eficacia del programa RESPIRA para disminuir la valoración de la Discrepancia Educativa de los padres e Insatisfacción con los Hermanos de los hijos diagnosticados de TDAH.

No hemos hallado correlaciones estadísticamente significativas entre el factor clínico de Meses de Terapia y el resto de dimensiones de la escala de Conducta de Conners y del test TAMAI, ni se han encontrado asociaciones significativas con la Escala de Respuestas de Afrontamiento (CRIA) y Satisfacción con el Rol Parental (ECVF).

Para finalizar este apartado, indicar que con las variables clínicas recogidas en el protocolo: Tipo de Diagnóstico de los hijos, Tratamiento Psicoeducativo de hijos, Tratamiento Psicoterapéutico de los padres, Tratamiento Psicofarmacológico padres y Tratamiento farmacológico de los hijos, no hemos encontrado resultados estadísticamente significativos respecto a la efectividad del programa ***Respira***.

4.7. RELACIÓN DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS PREVIAS CON LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA *RESPIRA*

Con el propósito de examinar cuáles son las características psicológicas que se asocian a la efectividad del programa de intervención psicológica parental, realizamos varios análisis de correlaciones aplicando el coeficiente de Pearson.

A continuación exponemos los resultados que han mostrados asociaciones estadísticamente significativas.

4.7.1. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL EL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSICOSÓMATICOS (LSB-50) Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA ESCALA CRIA

En la Tabla 77 presentamos los coeficientes de correlación de Pearson y los niveles de significación unilaterales de los datos que han resultado estadísticamente significativos en los análisis correlacionales con la eficacia del programa *Respira*.

De las ocho escalas del Inventario de Respuestas de Afrontamiento, cinco de ellas ha obtenido asociaciones marcadamente significativas con las dimensiones sintomáticas y psicossomáticas de la Escala Lista Breve de Síntomas-50.

Así, la escala *Descarga Emocional* es la que ha mostrado *los mayores coeficientes de correlación y elevadas significaciones* con prácticamente la *mayoría de las escalas psicopatológicas*, seguida de la estrategia Evitación cognitiva; y con menores asociaciones Reevaluación Cognitiva, Aceptación/ Resignación y Búsqueda de Recompensas Alternativas.

Por tanto, podemos decir que aquellos **padres que presentan mayores puntuaciones en riesgo psicopatológico**, severidad e intensidad sintomática, Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Obsesividad, Ansiedad, Hostilidad, Somatización,

Depresión y menor puntuación en la escala de Alteración del Sueño, son los que obtienen **mayor puntuación en eficacia del programa *Respira* en la estrategia de Descarga Emocional.**

Tabla 77. Análisis de correlaciones entre las subescalas del cuestionario LSB-50 y la efectividad del programa *Respira* en las variables del inventario de respuestas de afrontamiento (CRIA)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CRIA (N=40)					
ESCALAS LSB-50	REEVALUACIÓN COGNITIVA	EVITACIÓN COGNITIVA	ACEPTACIÓN/ RESIGNACIÓN	BÚSQUEDA DE RECOMPENSAS ALTERNATIVAS	DESCARGA EMOCIONAL
PR		0.36*; p=0.01			0.51**; p= 0.000
HP		0.31*; p=0.03			0.46**; p=0.002
OB		0.34*; p=0.02			0.46** ;p=0.002
AN		0.42**; p=0.004			0.48**; p=0.001
HS				0.31*; p<0.03	0.64**; p=0.000
SM					0.45**; p=0.002
DE		0.35*; p=0.02			0.54**; p= 0.000
SU	-0.29*; p=0.04				-0.29*; p=0.04
NU					0.36*; p=0.02
Índice Global de severidad					0.56**; p= 0.000
Índice de Intensidad de Síntomas			0.29*; p =0.04		0.59**; p= 0.000
Índice de riesgo Psicopatológico		0.38**; p=0.01			0.52**; p=0.000

*p<0.05 **p<0.01 (unilateral) PR: Psicorreactividad; HP: Hipersensibilidad; HS. Hostilidad; SM: Somatización; DE; Depresión; SU; Alteraciones del Sueño; NU: Número de síntomas presentes.

Con menores asociaciones significativas se observa esta relación directa con **la estrategia de Evitación Cognitiva**. A media que aumentan las puntuaciones en las escalas: Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Obsesividad, Ansiedad, Depresión y en el Índice de Riesgo psicopatológico, encontramos un aumento de la puntuación de eficacia en Evitación cognitiva.

Las tres escalas de afrontamiento restantes correlacionan, cada una, con una particular escala sintomática. Los padres con mayor puntuación en eficacia del programa *Respira* en la **escala Reevaluación cognitiva** son aquellos que previamente tienen una menor puntuación en la dimensión Alteraciones del sueño. A mayor puntuación en eficacia del programa *Respira* en la escala de **Aceptación/Resignación**, mayor puntuación previa en el Índice de intensidad sintomática. La misma relación directa se muestra para la **Escala Búsqueda de Recompensas Alternativas** y Hostilidad.

Indicar que no hemos hallado coeficientes de correlaciones significativos para la escala Índice de Estrés Parental.

4.7.2. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSICOSÓMATICOS (LSB-50) Y LA DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN CON EL ROL PARENTAL DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FAMILIAR (ECVF)

Con relación las dimensiones Satisfacción e Importancia con el Rol Parental de la Escala de Calidad Vida Familiar, encontramos correlaciones estadísticamente significativas sólo para la escala *Satisfacción con el Rol Parental* y las variables *Obsesión* ($r = -0.29$, $p < 0.04$) y *Depresión* ($r = -0.31$, $p < 0.000$) de la escala Listado Breve de Síntomas-50. El sentido inverso de los coeficientes de Pearson, nos revela que los padres con mayores puntuaciones previas en Obsesión y Depresión son aquellos que menores puntuaciones presentan en la variable Satisfacción con el Rol Parental después del tratamiento.

Para el resto de dimensiones del LSB-50 y el índice de Estrés Parental no se encuentran coeficientes de correlación de Pearson significativos, así como para estos cuestionarios y la variable Importancia del Rol Parental de la ECVF.

4.7.3. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA RESPIRA CON RELACIÓN AL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSICOSÓMATICOS (LSB-50) Y LAS ESCALAS DEL TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACIÓN INFANTIL (TAMAI)

En el análisis de correlaciones realizado entre las dimensiones de la Escala Listado Breve de Síntomas-50 y las escalas del Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), únicamente la variable **Insatisfacción Familiar** del TAMAI ha obtenido coeficientes Pearson con significaciones estadísticas. En concreto, con las variables **Obsesión** ($r= 0.30$, $p= 0.03$), **Somatización** ($r= 0.47$, $p=0.000$), Alteraciones del sueño, $r= 0.29$, $p<.04$) y con el **Índice de Intensidad de Síntomas** ($r= 0.29$, $p= 0.03$). La relación se presenta directa: **a mayor puntuación en estas escalas sintomáticas, más elevada es la puntuación en eficacia del programa *Respira* en la variable Insatisfacción Familiar**. Es decir, se produce una disminución en la puntuación media de la escala de Insatisfacción Familiar tras el tratamiento en los niños con TDAH de padres con alta morbilidad psíquica.

Respecto al resto de escalas del TAMAI no encontramos correlaciones con las demás variables de LSB-50 que alcancen el nivel α de significación; tampoco entre el TAMAI y el Índice de Estrés parental.

4.7.4. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y PSICOSÓMATICOS (LSB-50) Y ESCALA DE CONDUCTA DE CONNERS

Como en el resultado anterior, el análisis de correlaciones entre las características psicológicas previas de los padres y las variables de las escala de conducta de Connors muestra coeficientes de Pearson estadísticamente significativos entre los síntomas de **Déficit Atencional** en los hijos y las variables del LSB-50: Índice Global de Severidad ($r= 0.34$, $p=0.02$) y **Número de Síntomas presentes** ($r= 0.33$, $p=0.02$).

Respecto a las demás variables de LSB-50 y los síntomas de Hiperactividad y Trastorno de Conducta de la Escala de Conducta de Connors no hallamos coeficientes

de correlación con significación estadística, ni entre esta escala y el Índice de Estrés parental.

En conjunto, hemos contrastado que **los padres del estudio con alta morbilidad psicológica configurada por sintomatología psicósomática y ansiosa-depresiva** son los que obtienen mayor beneficio del **Programa *Respira***, que ha sido **eficaz** al aumentar la **frecuencia de respuestas de afrontamiento orientadas a la regulación emocional** como la Descarga Emocional, la Evitación Cognitiva, la Aceptación/Resignación y la Búsqueda de Recompensas alternativas. Así mismo, por la efectividad del tratamiento dicho perfil ha **mejorado la Satisfacción con su Rol Parental** y la valoración de la **Satisfacción familiar** por los hijos diagnosticados de TDAH, así como alguno de los síntomas nucleares como el **Déficit Atencional**.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN



A continuación proporcionamos una síntesis de los resultados principales, discutiendo su relevancia en el contexto de la literatura científica actual.

En el primer objetivo de nuestra investigación, la tarea principal ha sido estudiar las ***características psicológicas de la población de padres de niños con TDAH***, definidas por el nivel de estrés parental y las reacciones emocionales disfuncionales que puede generar la convivencia cotidiana con los problemas derivados del trastorno.

Con este fin seleccionamos dos instrumentos el Índice de Estrés Parental (PSI-SF) en la versión española desarrollada por Díaz-Herrero et al. (2010) para población general, y el Inventario del **Listado de Síntomas Breve (LSB-50)** de Luis de Rivera y Manuel R. Abuín (2012), que permite el despistaje de síntomas psicológicos y psicosomáticos en población general y clínica.

Para estudiar si los padres manifestaban un nivel de estrés patológico hemos considerado la puntuación mínima de referencia de la escala **PSI** a partir de la cual se interpreta un valor patológico. Dado que la versión española no cuenta aún con un baremo de población general, tomamos como indicador la superación de una puntuación directa equivalente a un percentil 80, indicativo de estrés problemático para los autores (Díaz-Herrero et al., 2010).

Nuestro estudio ha detectado que estos padres presentan valores patológicos respecto a la variable **Estrés total ($p < 0.0005$)**, Interacción **Disfuncional Padre-Hijo ($p < 0.0005$)** y **Percepción de Niño Difícil ($p < 0.0005$)**.

Un grado severo de estrés parental se manifiesta en la población de padres con hijos diagnosticados de TDAH que se configura por **una disfuncionalidad clínica en la relación padre e hijo, así como una percepción negativa del hijo como niño difícil.**

De acuerdo con Abidin (1992) cuando describe el sistema parental, identificando el rol parental, los esquemas y las expectativas parentales como mediadoras de los estresores experimentados, apreciamos que **esta población de padres** afectados con TDAH **tiende a identificar como factores responsables del estrés a las características del niño** y los problemas de relación paterno-filiales derivados de variables temperamentales del niño,

más que reconocer factores personales como fuentes del malestar, dado que no hemos encontrado valores significativamente patológicos en la variable *Malestar paterno*.

Nuestro estudio evidencia que el estrés parental repercute en **sentimientos negativos hacia el rol parental y hacia el hijo** como también se recoge en los trabajos de Grau del año 2007 y Díaz-Herrero, Brito, López, Pérez y Martínez en el año 2010.

En España, Robles y Romero (2011), tras un estudio de revisión basado en la evaluación de programas parentales de niños y niñas con problemas de conducta, indican que los factores de riesgo familiar, y entre ellos, el estrés parental puede originar la aparición de conductas-problema. Esta visión coincide con los resultados de nuestro estudio, en el que encontramos como los padres valoran las características propias del trastorno como la principal fuente de estrés.

Theule et al. (2012) realizan un meta-análisis sobre el estrés parental y el TDAH en los niños, evidenciando como los padres de niños con TDAH sufren de mayor estrés que los padres de los niños sin TDAH, encontrando poca diferencia, entre el estrés paterno y materno. En nuestro perfil de estrés parental sí encontramos diferencias entre los hombres y mujeres, siendo éstas las más afectadas emocionalmente.

A diferencia de las investigaciones revisadas por Theule et al., sobre estrés parental, en nuestro estudio avanzamos en la investigación proponiendo una intervención psicológica basada en la utilización de las estrategias de afrontamiento como herramientas terapéuticas de las conductas-problemas que presentan los padres en situación de estrés con el TDAH.

El enfoque de nuestro estudio es novedoso y responde a las limitaciones que en las investigaciones sobre el tópico han sido señaladas (Richaud, 2005). En una gran mayoría de estudios revisados sobre el estrés parental en niños se muestra que el foco de la investigación reside en los estilos de disciplina parentales o en el afrontamiento a través del estudio de niños. Por otra parte, se observa también en el metaanálisis mencionado, como en la gran mayoría de estudios revisados, excepto 9 estudios, la población de estudio son las madres (n =24).

Estos resultados son similares a la presente investigación, ya que más de un 50% de la población de nuestro estudio son mujeres ($p < 0.05$). En nuestra tesis, la variable responsabilidad en la función educativa recae en un 66% de modo exclusivo en las madres, frente a un 4,7% atribuido al padre, siendo estas tareas compartidas por ambos progenitores en un 29,2%. Podríamos pensar que la carga o el peso de la educación recae más en las madres por considerar su figura como un pilar de máxima importancia en la crianza, como también sugieren otros estudios (Grau, 2007).

Hay estudios científicos que demuestran que los niños con TDAH producen mayor nivel de estrés en los padres que los niños sin patologías clínicas, y que en muestras clínicas presentan un cuadro psicológico similar al de las familias de niños autistas (Donenberg y Baker, 1993; Steijn, Oerlemans, Van Aken, Buitelaar y Rommelse, 2014).

Steijn et al. (2014) muestran en un estudio realizado a 174 familias de niños con TEA y / o TDAH la relación entre el aumento de la carga o tensión de educar a un niño con TEA y / o TDAH y la manifestación de sintomatología depresiva junto a los niveles de estrés. Compartimos este resultado, interesándonos en nuestro estudio por profundizar en la repercusión de esta problemática psíquica sobre la adaptación de los hijos con TDAH.

Nosotros hemos comprobado como una intervención familiar *orientada* a entrenar a los padres en las habilidades de afrontamiento produce una reducción de la sintomatología TDAH. Este resultado creemos que tiene una importante repercusión, al evidenciar el papel del estrés parental como un factor de riesgo en las prácticas parentales y en la dinámica de relación entre padres e hijos, y comprobar como la intervención psicológica con el programa *Respira*, ejerce efectos positivos sobre el bienestar de los padres, que a su vez mejora la valoración de la adaptación de los hijos con TDAH.

También hemos identificado, cuando comparamos los valores de **nuestra población de padres con hijos diagnosticados de TDAH**, con los indicativos de

patología en el baremo de población general de la escala LSB-50, la presencia de **riesgo de morbilidad psíquica (Índice de riesgo psicopatológico, $p < 0,0005$)**.

En este aspecto, se manifiesta **un patrón de síntomas psicológicos y psicósomáticos** caracterizado por síntomas de **Hiperreactividad ($p < 0,0005$)**, **Obsesión-Compulsión ($p < 0,0005$)**, **Hostilidad ($p < 0,05$)** e **índice Global de Severidad ($p < 0,005$)**.

Por tanto, cabe decir que esta población de padres de hijos con TDAH manifiesta una alteración psíquica y psicósomática que es experimentada con gran malestar y que se caracteriza por la frecuencia con la que focalizan la atención de forma excesiva en los detalles de situaciones interpersonales y en la valoración de sí mismo. Presentan un patrón de dudas continuas, rumiaciones, pequeños rituales, manifestaciones continuadas de rabia y resentimiento que indican la pérdida del control emocional.

Los resultados en este área son muy novedosos. Son escasos y muy recientes los estudios que se han interesado por valorar desde un punto de vista psicopatológico el distrés emocional de los padres enfrentados al problema de TDAH.

Milner (2003) apunta en su investigación como el distrés emocional en los padres puede ser causado por un elevado nivel de estrés general, y apoya esta idea hipotetizando que los padres de niños con TDAH evalúan las situaciones sin valorar todas las posibilidades de solución a los problemas, reaccionando de forma impulsiva a la hora de relacionarse con el hijo.

Miranda, Marco y Grau (2007) evidencian como el TDAH repercute en el sistema parental generando sentimientos depresivos y percepciones que giran en torno a la competencia de rol parental, aunque el trabajo se centraba en estudiar a las madres y los estilos de disciplina. En nuestro estudio, hemos partido de un enfoque clínico y una población de padres y madres, contrastado la presencia de un alto patrón de distrés emocional y analizando en mayor profundidad los estados psicopatológicos asociados. Para este fin hemos empleado la escala LSB-50, un cuestionario clínico específico, encontrando una constelación sintomática más amplia, formada por estados de ansiedad y depresión junto a otras manifestaciones psicológicas y psicósomáticas

de Hiperreactividad, Obsesión-Compulsión, Hostilidad y que son experimentados con un elevado malestar clínico.

Otros autores como Modesto-Lowe, Danforth, PhD y Brooks, (2008) recogen en la revisión sistemática que realizan sobre la problemática de la interacción padre-hijo la evidencia de cómo el riesgo psicopatológico de los padres condiciona las respuestas de afrontamiento de los mismos a la sintomatología del TDAH, y que la optimización de la relación paterno-filial y el estado psíquico de los padres mejora los resultados de ambos. Nuestra aportación a este planteamiento ha sido la comprobación de la efectividad del programa *Respira* orientado específicamente a padres, que mejora el afrontamiento de la interacción paterno-filial y la sintomatología TDAH en los hijos.

Profundizando en las características del perfil de distrés, riesgo psicológico y psicosomático hallado, estudiamos las relaciones con los factores sociodemográficos y clínicos, que nos aportan información complementaria y específica de las características que define este patrón psicológico detectado.

En el estudio hemos encontrado ***una relación del perfil de distrés emocional con las variables sociodemográficas***: Género de los padres, Edad de los padres e hijos, Nivel de Estudios de padres, Nivel Económico, y con la variable clínica, Discrepancia Educativa.

Los contrastes realizados entre **padres y madres** de la población de estudio contribuyen a completarnos el perfil de riesgo psicopatológico, demostrando que las **mujeres presentan una mayor afectación (Índice de Intensidad de Síntomas, $p < 0.007$) en los síntomas de Depresión ($p < 0.007$) y de Hostilidad ($p < 0.02$)** que los varones de nuestra muestra.

La tendencia depresiva y de hostilidad que observamos en las madres refleja el distrés emocional que les genera la necesidad de control de las conductas perturbadoras del patrón clínico del TDAH.

Considerando que estamos hablando de población general no clínica, este resultado es muy revelador, y va en la línea de estudios tales como el trabajo de Kamnski, Jones y Harshaw (2004), que indican que la depresión en madres de niños con TDAH puede ser un factor predictor de la severidad del trastorno de conducta comórbido en el TDAH. La mayoría de los estudios se han realizado con la participación exclusiva de madres y son menos frecuentes los trabajos que analizan comparadamente en ambos progenitores esta problemática emocional. En nuestro estudio los padres y madres de niños con TDAH se sienten muy deprimidos y con mayores dificultades para adaptarse al medio, presentando las madres mayor afectación clínica de tipo depresiva y de hostilidad.

Coincide con nuestro resultado el trabajo de Chi (2003) realizado con una población de madres (n: 579) de hijos con TDAH, concluyendo, que la psicopatología maternal, en concreto la depresión, influye en la percepción magnificada de los problemas conductuales de los hijos. Nosotros comprobamos que la intervención psicológica parental *Respira* beneficia a los padres y las madres con mayor morbilidad psíquica, mejorando la percepción negativa de la sintomatología TDAH.

Por otro lado, la edad **de los padres** de hijos con TDAH influye en la configuración del perfil de estrés emocional que identificamos.

Señalábamos previamente que ser mujer marcaba la intensidad y severidad de los rasgos psicopatológicos manifestados. También hemos comprobado que este patrón está vinculado a los **padres de edades más jóvenes**.

Permanece la caracterización inicial, pero destaca por estar asociado a padres más jóvenes una configuración sintomática definida por las manifestaciones de **Psicorreactividad (p<0.027)**, **Obsesión-Compulsión (p<0,013)**, **Ansiedad (p<0,19)**, **Somatización (p<0,019)** que son sufridos con **gran malestar clínico (Índice de intensidad de síntomas, p<0.001; Índice de severidad global, p<0.04)**.

González Safont en el estudio publicado en 2013 examina, como parte de un proyecto más amplio (INMA), una población de 427 niños con TDAH y a sus madres. Estudia la relación entre el bienestar mental materno y los factores sociodemográficos,

administrando los cuestionarios SCL-90-R y ADHD-DSM IV. Entre los resultados publicados, destaca que el 8,7% de madres presentan un mayor riesgo de distrés, y éste se asocia con ser más joven. Así, se observa un mayor riesgo en madres < 25 o de 30-34 años de hijos con sintomatología TDAH. Este estudio obtiene conclusiones similares a las nuestras aunque se limita a un rango de edad menor en los niños (de 5 a 6 años) y utiliza el SCL-90-R. En nuestro estudio la fortaleza de la relación con la edad se estima considerando un amplio rango de edad de los hijos con TDAH (de 6 a 17 años) y en la evaluación de la salud mental hemos utilizado un reciente instrumento diseñado en nuestro medio científico el cuestionario LSB-50 (Abuín y de Rivera, 2014).

Así mismo, con relación al Índice de Estrés Parental, la única variable que hemos visto asociada este factor es la **edad de los hijos. Una mayor disfuncionalidad en la interacción paterno-filial encontramos a medida que aumenta la edad de los hijos ($p<0.032$).**

No hemos hallado trabajos científicos que se hayan interesado por las relaciones entre la edad de los hijos y el nivel de estrés parental, aunque sí lo han hecho en referencia al estilo parental. Esta observación es importante ya que en nuestro estudio comprobamos que la característica de estrés parental más destacada es la relacionada con problemas de interacción entre los padres y los hijos adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 14 años.

La problemática detectada en el trabajo subraya la importancia del estudio de este grupo de edad por la cronificación identificada del trastorno que se sitúa entre un 40 y un 80% de la población de niños con TDAH (Álvarez, Soutullo, Díez, y Figueroa, 2013), y como señalan Salari y Thorell (2015), se puede asociar a esta edad una mala evolución que tendría entre sus factores causales fundamentalmente la presencia de un apego inseguro o desorganizado, así como trastornos de conducta comórbido.

En cuanto a la relación con las variables sociodemográficas estudiadas, el análisis comparativo nos añade, por un lado, **el nivel de estudios** y, por otro lado, **el nivel económico**.

Respecto al nivel de estudios, comprobamos que los padres **con un nivel de estudios primarios o secundarios presentan mayor riesgo de distrés emocional que los padres con nivel de estudios superiores. Con una configuración sintomática caracterizada por los síntomas relacionados:**

- Por un lado, los padres con **un nivel primario de estudios** manifiestan más síntomas de **Hipersensibilidad** ($p<0.02$), **Somatización** ($p<0.05$) y en el **Intensidad Global de Severidad de Síntomas** ($p<0.05$) que los padres con **un nivel educativo superior.**
- Por otro lado, los padres con **un nivel educativo secundario**, presentan una mayor frecuencia de síntomas de **Hiperreactividad** ($p<0.05$), **Hostilidad** ($p<0.02$), **Somatización** ($p<0.04$), **Depresión** ($p<0.02$), **Alteraciones del Sueño secundarias a estados ansiosos-depresivos** ($p<0.03$), en el **Índice Global de Severidad** ($p<0.01$) que los padres con un **nivel superior de estudios.**

La mayoría de estudios dirigidos a identificar el peso de los factores socioculturales en el TDAH se han basado en diseños predictivos sobre riesgo de desarrollar el TDAH en función de estas variables. Son escasos los trabajos que han tenido el interés como en nuestra investigación en detectar la asociación entre el nivel de instrucción de padres y el distrés emocional de los mismos como consecuencia de la problemática TDAH.

En su estudio, González Safont (2013) aporta datos cercanos a nuestros resultados, aunque parte de un objetivo diferente al estar centrado en los factores sociodemográficos predictivos del TDAH, indicando que el nivel de estudios se asocia con la presencia o no de síntomas del trastorno. Considerando que la presencia de menos síntomas de TDAH en niveles educativos altos, estaría asociado a que los padres con un nivel educativo superior pueden aportar un mejor entorno de aprendizaje, de modo que éste ejerce un papel protector frente a problemas en el desarrollo mental, pensamos que la influencia negativa sobre el entorno en el caso de padres con niveles educativos bajos sería mayor al disponer de menos recursos para afrontar el estrés generado por el TDAH. El nivel de estudios es un recurso socio-personal que puede actuar como modulador del estrés emocional e influir en las competencias y estilos de afrontamiento parental en el TDAH.

El estudio del nivel socio-económico nos ofrece un perfil en el que tienen un mayor protagonismo los padres con **un nivel de ingresos bajos**. Así el patrón psicopatológico se define por los síntomas a continuación relacionados:

- Este grupo de padres presentan mayor sintomatología con relación **al nivel económico medio** (más del 55% de la población de estudio tiene un nivel económico medio (600 € a 1.200 €); $p < 0.05$), en **Hostilidad** ($p < 0.003$), en **Depresión** ($p < 0.02$), en el **Índice Global de Severidad** ($p < 0.02$) y en el **Índice de Intensidad de Síntomas** ($p < 0.02$).
- **El nivel económico bajo** frente al **nivel económico alto** (> 1.200 €) presenta una mayor sintomatología en **Depresión** ($p < 0.003$) y en el **Índice Global de Severidad** ($p < 0.03$).

En nuestra revisión no hemos hallado estudios específicos relacionados con el nivel socioeconómico como factor de riesgo de psicopatología en población de padres de hijos con TDAH. Una publicación que nos proporciona alguna información acerca de esta temática es el Proyecto PANDAH (2013), que recoge datos sobre las dificultades económicas que atraviesan las familias ya que estos pacientes requieren un tratamiento y unas atenciones especiales que no todas las familias pueden asumir.

En las familias con niveles económicos bajos, esto implica la barrera para que las familias puedan acceder a un tratamiento multimodal como sería deseable. En los casos más extremos puede llegar a abandonar el tratamiento farmacológico, debido a su actual coste. Estos datos contribuirían a explicar el papel de este factor en la carga de distrés emocional de nuestra población de padres, con mayor afectación en aquellos padres con nivel de ingresos bajos.

En el estudio de las relaciones de las características psicológicas con las variables clínicas determinadas en la investigación, resulta la **Discrepancia Educativa** la única variable que se ha asociado al perfil de distrés emocional descrito.

Respecto a la variable **Discrepancia Educativa**, cabe decir que más de un 40% de la población de padres ($p < 0.05$) manifiesta tener desacuerdos en la educación de los

hijos con TDAH y que es factor influyente en el estrés parental de la población de padres con hijos diagnosticados de TDAH.

La presencia de desacuerdos en la perspectiva educativa del hijo con TDAH se relaciona con mayor manifestación de síntomas de **Psicorreactividad** ($p < 0.02$), **Hipersensibilidad** interpersonal ($p < 0.001$), **Ansiedad** ($p < 0.02$), **Depresión** ($p < 0.04$), e **Índice de Riesgo psicopatológico** ($p < 0.01$).

La importancia de la coherencia parental en la labor educativa, ha sido revisada como una variable que se asocia a buena adaptación de los hijos con TDAH (Sánchez et al., 2011).

En este sentido podríamos pensar que los acuerdos parentales y el estado psicológico de los padres juegan un papel muy importante en la resolución de problemas que se producen en los cambios de actividad.

En general los padres de niños con TDAH suelen aplicar estrategias de disciplina más autoritarias (Miranda et al., 2007). Debido a un agotamiento de recursos para el control de los problemas, se propone que la discrepancia educativa pueda asociarse al aumento del nivel de estrés en los padres y consecuentemente el riesgo de manifestar síntomas psicológicos y psicosomáticos.

Aunque no dedicado en su objetivo al estudio del distrés de padres con hijos diagnosticados de TDAH como nuestra tesis, el estudio de Morris (2001), realizado con 42 padres de niños con TDAH, con edades comprendidas entre los 6 años y 11 años, demuestra indirectamente aspectos problemáticos de la interacción entre los padres de esta población y su efecto sobre los síntomas de TDAH. Nos interesa destacar de este trabajo, por la similitud de algunas de sus conclusiones con el resultado de nuestro estudio, cómo los desacuerdos parentales son fuente de tensión entre los progenitores y de insatisfacción parental, que no afecta únicamente al bienestar del niño si no también a la salud mental de los padres.

Respaldados por estos resultados, nos planteamos que los padres deben tomar conciencia de su estado emocional y del uso de estrategias de afrontamiento en la

resolución de conflictos para poder reconducir las propias conductas inadecuadas y lograr una mejor adaptación familiar en función de sus necesidades y de las que demanda un hijo con TDAH.

Con este objetivo se han creado los programas parentales estandarizados que fundamentados en enfoques cognitivos-conductuales, están dirigidos a psicoeducar a los padres en el manejo de técnicas para afrontar la sintomatología y su impacto en el contexto familiar (Arco-Tirado, Fernández-Martin e Hinojo-Lucena, 2004).

Sin embargo, hemos *detectado que muy pocos modelos con efectividad terapéutica han promovido el bienestar emocional de los padres* (Wells et al., 2000), implementando programas terapéuticos dirigidos prioritariamente a mejorar la conciencia de los propios estados emocionales reactivos y cómo son regulados, así como, aumentada esta capacidad metacognitiva, ampliar el repertorio de estrategias de afrontamiento en el desempeño de las responsabilidades parentales en la convivencia con el TDAH.

Este hecho motiva el diseño del **programa de intervención psicológica parental *Respira*** que, como describimos en un capítulo anterior, se fundamenta en modelos terapéuticos de soporte empírico procedentes de la integración de diversos enfoques, humanista, sistémico y cognitivo-conductual.

Dicho programa ha sido la tarea de nuestro segundo objetivo de investigación en el que hemos desarrollado, implementado y evaluado la eficacia del programa de intervención psicológica ***Respira***.

Como indicamos, el programa ***Respira*** es un proyecto de intervención psicológica que estamos iniciando y que mediante un diseño experimental pre y post ensayo en una primera etapa, hemos querido investigar la efectividad de dicho programa en el bienestar emocional y en la adaptación general infantil de una población de padres, madres e hijos con TDAH.

En una primera aproximación a este estudio, han participado uno de los progenitores, bien el padre o bien la madre junto con el hijo diagnosticado de TDAH.

Tal como detallamos en el capítulo de metodología, en el estudio experimental se realizaron dos evaluaciones: en un momento previo a implementar el programa Respira y, a los 6 meses desde la terminación de la intervención psicológica. El intervalo temporal establecido, vino condicionado por garantizar la equivalencia en las condiciones situacionales familiares y de actividad del niño que pudieran influir en el rendimiento de las pruebas.

Por tanto, **ambas evaluaciones definidas fueron realizadas en meses del año, donde los niños y sus padres no tenían un estrés adicional de tipo escolar.**

El objetivo de esta parte del estudio, ha sido comprobar la mejora del afrontamiento de los padres a la hora de gestionar su estrés emocional bajo las condiciones de ejecución del rol parental.

Mediante la comparación *pre y post del programa Respira* hemos demostrado que el programa *es efectivo a la hora de producir mejoras en las respuestas de afrontamiento a la situación de estrés* indicada por los padres con hijos diagnosticados de TDAH.

En concreto, se ha comprobado que **el programa es efectivo, porque todas las estrategias de afrontamiento medidas han mejorado a los seis meses de realizar la intervención psicológica**, como relacionamos, indicando la magnitud de cambio pretratamiento vs post-tratamiento, a continuación:

- Análisis lógico (d: -1,87<0.001)
- Solución de problemas (d: -2,25 p< 0.001)
- Evitación cognitiva (d: -2,08 ;p<0.001)
- Búsqueda de Guía y soporte (d: -1,15; p< 0.03)
- Reevaluación positiva (d: -2,41; p<0.001)
- Aceptación/Resignación (d:-2,22; p<0.001)
- Búsqueda de Recompensas Alternativas (d: .1,41; p<0.01)
- Descarga Emocional (d: -1,03, p<0.02).

Como podemos ver hay una mejora significativa en el aumento de la frecuencia de actuación de las estrategias de Solución de problemas, Reevaluación positiva, Aceptación/ resignación y Evitación cognitiva.

Estos resultados comparados con otros estudios realizados mediante el uso del CRIA, con muestras de otros países y diferentes a la población TDAH (Walsh y McGrath, 2000), nos ofrecen una perspectiva positiva del cambio adaptativo sucedido en los padres de nuestros estudio. **Observamos un abanico de respuestas de afrontamiento con mayor amplitud a la hora de resolver problemas relacionados con la gestión de estudios de sus hijos.**

El patrón de estrategias de afrontamiento previo al programa que caracteriza a la población de padres TDAH tiene una carga importante en la respuesta de búsqueda de guía y apoyo, siendo menos frecuente en la gestión de la situaciones críticas de estrés otras modalidades orientadas al problema (Kirchner y Forns, 2010) o a la regulación de las emociones disfuncionales. Concluida la intervención, la medida realizada a los 6 meses revela **una diversificación de respuestas combinando estrategias centradas en el problema con métodos evasivos y volviéndose más rico su perfil de afrontamiento.**

En el trabajo publicado por Miranda et al. (2008) encontramos una coincidencia con nuestro programa en la innovación de asesorar a padres de niños con TDAH en la facilitación de estrategias para reducir el estrés parental y en la creación de lazos más adaptativos en la relación con sus hijos. Así mismo, Presentación et al. (2009) investigan los efectos del tratamiento psicosocial sobre los amplios aspectos de la dinámica familiar en 42 familias de TDAH distribuidas en dos grupos: 27 niños con tratamiento y 15 niños sin tratamiento. En la intervención empleó tres programas diferenciados según la población a tratar (padres, profesores y niños). En dicho estudio, el programa para padres fue adaptado del programa de Barkley (1987), donde aprenden técnicas de modificación de conducta, información sobre el trastorno y orientación sobre cómo apoyarlos en las tareas escolares con técnicas de resolución de problemas y control de ira y habilidades sociales utilizando principalmente el debate como herramienta metodológica.

Nuestro programa *Respira* se diferencia de los programas descritos por intervenir mediante estrategias de corte sistémico y de programación neurolingüística. Consideramos que *nuestro tratamiento parental proporciona* a los padres más estrategias proactivas en la gestión de los comportamientos de los hijos con TDAH, ya que amplían la conciencia y localizan a través de registros conductuales el patrón disfuncional en la interacción con sus hijos.

El proyecto parental *Respira* incide tanto en cambiar las conductas y problemas de los niños con TDAH, como en incentivar a los padres en la escucha de sus necesidades sobre los cambios de respuesta que pueden ejecutar en situación de estrés y, como consecuencia, mejorar en la relación paterna.

El trabajo de Richaud (2005) sobre la influencia de los estilos parentales en las estrategias de afrontamiento de niños sobre las amenazas y estados emocionales negativos nos muestra datos que concuerdan en parte con los resultados hallados en nuestro estudio. Considerando la diferencia del ámbito de aplicación que en el trabajo de Richaud se centra en una población de niños de 6 a 12 años, deduciendo los modos de afrontamiento adaptativo de los padres a través de la medida del afrontamiento de los niños, los resultados son interesantes ya que muestran que los hijos utilizan afrontamientos adaptativos de los problemas (análisis lógico, reestructuración cognitiva y acción ante la situación-problema) cuando los padres manejan la relación con ellos mediante las estrategias de aceptación y control lo que les previene de la depresión y de la soledad. A pesar de las diferencias importantes con nuestro estudio, que se dirige a la población de padres, es relevante la conclusión del importante papel que las estrategias de afrontamiento tienen para la buena práctica parental.

Esta mayor eficacia se ve apoyada por el resultado obtenido en la evaluación del **Rol Parental**, donde observamos que la población de padres tras la aplicación del programa *Respira*, **mejoran en la satisfacción del rol parental** ($d: -0,28$ $p < 0.01$).

Asimismo, los cambios efectuados por el programa tienen una enorme importancia psicológica y médica, ya que repercute en una emocionalidad más positiva y adaptada.

Aunque este estudio no se orienta a la investigación de la eficacia relativa de los procesos psicoterapéuticos actuados. Proponemos que la introducción en el programa *Respira* de técnicas de Mindfulness y Coaching con programación Neurolingüística, han contribuido a la efectividad demostrada, al enseñar a los padres del estudio a utilizar más **estrategias relacionadas con la aceptación de la problemática y de los propios estados mentales**. El programa entrena en habilidades de atención plena en el tiempo presente, para abandonar el piloto automático mental, y entrena el aprender a sentir y ubicarse de nuevo desde una elección consciente, lo que permite a los padres dejar de juzgar para enfocar sin ideas preconcebidas los problemas, promoviendo una nueva reformulación y acción más eficaz y adaptativa.

Este efecto es muy significativo, dado la morbilidad psíquica que presenta esta población con la configuración emocional altamente reactiva con rasgos psicósomáticos y tendencias rumiadoras y ansiosas-depresivas.

Una explicación a este resultado puede hallarse en el hecho de que las personas que meditan habitualmente disfrutan de unas relaciones de mayor calidad y más satisfactoras (Segal, 2010). Hay estudios que demuestran que la meditación reduce indicadores de estrés crónico (Low, Stanton y Bower, 2008; Vidal-Estrada, Bosch-Munso, Nogueira-Morais, Casas-Brugue, y Ramos-Quiroga, 2012).

En la revisión sistemática llevada a cabo por Vidal-Estrada et al. (2012) sobre la efectividad de los tratamientos no farmacológicos en adultos con TDAH, se examinan diversos procedimientos, entre los cuales se encuentran las técnicas en mindfulness, coaching y dialéctica conductual aplicadas en el TDAH de adolescentes y adultos, con resultados no concluyentes acerca de la efectividad de estas técnicas específicas frente a los procedimientos cognitivo conductuales, debido a limitaciones metodológicas de los estudios que comparan ambos tipos de tratamientos como la falta de grupos control, aleatorización de los grupos, escalas precisas de medidas de cambio, etc. Por lo que en esta revisión se plantea la necesidad de futuros estudios que investiguen los aspectos diferenciales de los tratamientos psicológicos, con el objetivo de identificar los ingredientes activos que hacen efectivos las diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Este planteamiento es recogido en nuestra investigación, al comprobar la efectividad del programa *Respira* fundamentado en la implementación de técnicas de mindfulness y coaching.

En este sentido, Zylowska et al. (2008) investigó sobre la efectividad alcanzada después del tratamiento psicoeducativo en mindfulness. La muestra del estudio fue de 18 adultos y 7 adolescentes con TDAH, utilizando como medición otros instrumentos diferentes a los nuestros, como el uso de pruebas neuropsicológicas como el Stroop y las escalas de ansiedad y depresión en adultos y para adolescentes, comprobando la mejora en sintomatología comórbida ansiosa-depresiva y la atención aunque no se observan datos significativos con respecto a los adolescentes en los síntomas de comorbilidad. Este resultado demuestra la efectividad de tratamiento mindfulness con psicoeducación en el abordaje terapéutico del TDAH, abriendo una nueva perspectiva como la desarrollada en nuestra investigación.

En el trabajo presentado hemos hallado **una mejora por efecto del programa *Respira* en la satisfacción con el rol parental.**

Diversos estudios (Presentación et al. 2009; Sánchez et al., 2011) son coincidentes con nuestro resultado. En el estudio de Presentación (2009) se analizan los efectos del tratamiento psicosocial sobre aspectos amplios de la dinámica familiar en niños con TDAH, como el grado de superación de las dificultades que las familias experimentan en el plano social, mostrando la mejora en los sentimientos y actitudes parentales en la convivencia con su hijo con TDAH.

A diferencia del estudio comentado, los padres de nuestra muestra no solo aumentan en el nivel de satisfacción parental, sino que aprenden a utilizar estrategias de afrontamiento relacionadas con la aceptación. Por otro lado, y desde una perspectiva metodológica, en nuestro estudio utilizamos instrumentos de medición precisos y actualizados de los sentimientos y actitudes parentales respecto al rol parental en la convivencia familiar.

Los efectos del programa *Respira* se extienden a la niños con TDAH de nuestro estudio. **En nuestro tercer objetivo de investigación** trabajamos la influencia del programa sobre la sintomatología nuclear del TDAH y la adaptación general de los hijos.

De los resultados presentados, destacamos el significativo **descenso a los seis meses de la aplicación del programa *Respira*** en los tres síntomas centrales: Déficit Atencional, Hiperactividad/ Impulsividad y Trastorno de Conducta tal como son medidos por la Escala de Conducta de Conners (1990).

El programa *Respira* ha sido altamente efectivo para reducir los síntomas que configuran el TDAH en la población de niños estudiada, con significaciones inferiores a 0.001 en todos los contrastes, a continuación relacionadas:

- **Déficit Atencional** ($d:2,18$; $p<0.001$)
- **Hiperactividad/ Impulsividad** ($d;1,49$; $p<0.001$)
- **Trastorno de Conducta** ($d:1,7$, $p<0.001$)

Existen trabajos similares al nuestro que exploran la efectividad de tratamientos en los síntomas TDAH en el tiempo. De estos estudios, destacamos, los trabajos de Presentación et al. (2010) tras un seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH concluyen la mejoría en dichas áreas tras la aplicación de una intervención destinada a padres, niños y profesores, donde se hipotetizó que los beneficios obtenidos se mantendrían un año después del tratamiento. Sin embargo, sus resultados no son concluyentes respecto al subtipo con predominio en sintomatología inatenta, presentando la limitación de incluir sólo a los niños con trastorno combinado.

En nuestra investigación, tenemos en cuenta que los resultados podrían diferir cuantitativamente según la sintomatología que presente el niño, incluyendo los diagnósticos referidos al déficit de Atención, Hiperactividad/Impulsividad y trastorno de conducta. Asimismo coincidimos en una reducción de síntomas, en nuestro caso, a los 6 meses medidos por la Escala de Conducta de Conners (1990).

Wells et al. (2000) concluyen en su trabajo de investigación cómo las terapias orientadas a mejorar la sintomatología de TDAH tienen poco efecto en la calidad del rol parental o en el estrés de la paternidad. No obstante, destaca que tras una comparación de terapias, como las intervenciones conductuales intensivas, la terapia farmacológica y la combinación de ambas obtienen un resultado positivo en la disciplina negativa en comparación al tratamiento normalizado de niños con TDAH.

A diferencia del estudio de Wells et al., nuestra investigación pone de relieve como los padres con discrepancias educativas previas al tratamiento obtienen resultados en la mejora de la satisfacción del rol parental.

Indicar que, evaluados estos síntomas mediante un parámetro de severidad clínica, tal como se presenta en la escala de conducta para padres de Conners, al inicio del tratamiento los síntomas tenían una severidad moderada (Farré y Narbona, 2003), pasando a grado leve tras el tratamiento. Calderón (2003), en su programa de tratamiento de corte cognitivo-conductual, refleja datos coincidentes con los nuestros al mostrar que los padres aprecian un descenso en la sintomatología TDAH de sus hijos tras la aplicación del tratamiento, especialmente en el déficit de atención, utilizando también la escala Conners. Sin embargo, la aplicación de dicho tratamiento se centra en niños con TDAH, sin tener en cuenta la implicación de los padres en el tratamiento y la repercusión de los mismos en los niveles de adaptación y reducción de dicha sintomatología. Relaciones que si hemos contemplado en nuestro estudio de intervención.

Conscientes de la naturaleza y características del diagnóstico en nuestra población de niños, será muy interesante en próximas investigaciones generalizar la efectividad del programa *Respira* a grados más severos y estudiar su efecto positivo diferencial en función de los diferentes subtipos diagnósticos ya que son cualitativamente distintos.

Los cambios efectuados en los padres tras la intervención psicológica, al aumentar el repertorio de respuestas de afrontamiento y equilibrar los recursos de regulación emocional con un percepción más adaptada de las situaciones de estrés parental, puede

haber tenido un efecto protector en las interacciones con los hijos amortiguando las conductas problemáticas.

El programa *Respira* se diseña para su aplicación en padres, no actuando de forma directa sobre el funcionamiento general de los niños TDAH.

Por tal motivo, **ha sido un resultado significativo la evidencia de la capacidad de este tratamiento para aumentar la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los síntomas TDAH y de conducta de los niños actuando**, además del **tratamiento psicoeducativo estándar, para cambiar las actitudes de los padres, en sus esquemas cognitivos y en la gestión de sus propias emociones frente a la experiencia con el TDAH.**

La efectividad de los programas psicoeducativos multicomponentes ya ha sido ampliamente constatada en diversas revisiones sistémicas y guías de prácticas clínicas (NICE, 2009). De ahí el notable resultado encontrado con el programa *Respira* que apunta a una efectividad equiparable al habitual entrenamiento paterno (Presentación et al., 2010). Sin embargo, en nuestro entrenamiento se tiene en cuenta la alta morbilidad psicológica de los padres, los cuales obtienen beneficio tras la implementación del programa de intervención reflejándose tras aumentar la frecuencia del afrontamiento orientado a la regulación emocional como la Descarga Emocional, Evitación Cognitiva, Aceptación/Resignación y Búsqueda de Recompensas Alternativas.

Este resultado nos brinda un línea muy interesante para una futura investigación con el programa *Respira*, como diseñar estudios que contrasten el efecto específico y diferencial de este programa *Respira* sobre los síntomas nucleares de TDAH frente a otras modalidades psicoeducativas, farmacológicas o combinadas de tratamiento TDAH.

En esa misma dirección hayamos resultados muy sugerentes con relación a la **adaptación global de los hijos afectados de TDAH**, tal como es media en el Test Auto evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández-Guanir, 2009).

Siendo conscientes que el nivel de adaptación de los niños estudiados se situaba en un nivel medio, ya que el criterio clínico de inadaptación general se determina, para

los tres niveles de edad y ambos sexos, en ≥ 31 puntos, consideramos que los resultados en la evaluación de las dimensiones del TAMAI son interesantes, en la media que les corresponde a los niños valorar los aspectos relativos a su grado de adecuación o adaptación en las diferentes esferas de su contexto socio-familiar.

Observamos en el trabajo, que se produce cambios en la adaptación de los niños de la población con TDAH a **niveles bajos de inadaptación tanto en la adaptación general** (pretratamiento: 24,76 vs postratamiento: 16,49; **d: 8,29 p< 0.000**) como en las diferentes áreas, enumeradas a continuación:

- Inadaptación personal (d: 2,98; p<0,000)
- Inadaptación escolar (d:4,37; p<0.000)
- Inadaptación social (d: 2,05; p<0.000)
- Insatisfacción familiar (d:0,85; p<0.000)
- Insatisfacción con los Hermanos (d.0,73;p <0.001)
- Discrepancia Educativa de los padres (d.2,68;p<0.02)

Un resultado sobre la adaptación infantil en el TDAH similar al nuestro lo encontramos en el trabajo de Presentación et al. (2010). A diferencia de éste y similares estudios, **nuestro contexto ha sido clínico y se ha explorado la adaptación por medio de un test autoinformativo para niños**, en lugar de las clásicas escalas para padres y profesores. Abarcando diversos aspectos del funcionamiento infantil, y no tan centrados en la esfera escolar, analizamos los efectos positivos del programa multicomponentes. También tenemos en cuenta la psicopatología parental y el estatus socioeconómico o cultural así como un mayor tamaño muestral que se asegura de que nuestro paquete de técnicas esté destinado también a los adolescentes de TDAH.

Estos aspectos comentados son tenidos en cuenta en nuestro estudio de investigación si los contrastamos con el trabajo de Presentación et al. (2009). Por tanto ponemos de manifiesto que nuestra intervención es muy beneficiosa y, respecto a esto, enfatizamos el carácter preventivo que puede llegar a adquirir gracias al papel activo de los padres en los tratamientos de los niños con TDAH.

También nuestro estudio aporta un aspecto interesante al utilizar el test autovalorativo de adaptación infantil de TAMAI. Recogemos **una valiosa información de los cambios que han operado los padres debidos a la efectividad del programa *Respira* y que afecta de modo directo a los niños en su bienestar subjetivo y calidad de vida cuando mejora el estrés en el contexto familiar** (cambios en Insatisfacción familiar de niveles medios o casi altos (μ : 1,29), en especial en los **grupos de mayor edad**, a niveles bajos (μ : 0.44; $p < 0.000$).

Este hallazgo encuentra apoyo en algunos estudios previos realizados con modelos de tratamiento psicoeducativo estándar (Miranda et al., 2011; Montañez, 2014), en los que se indica que las mejoras en las habilidades de afrontamiento en los padres pueden mejorar la calidad de vida y las relaciones en las familias con hijos con TDAH, por lo tanto **la actitud de los padres** es un factor determinante en el desarrollo socio-emocional (Gardner et al., 2012; Moghaddam et al., 2013).

Un programa de intervención psicológica con algunas similitudes con nuestro estudio es el trabajo publicado recientemente por Montañez (2014), que con una modalidad terapéutica grupal pretende mejorar aspectos de la adaptación a nivel personal, social, familiar y académico de los niños con TDAH y de los padres. La autora pone en evidencia la reducción sintomática del cuadro diagnóstico de los hijos con TDAH a los 6 meses de tratamiento. Resultado en el que coincide nuestra investigación, sin embargo, no obtiene una percepción favorable de los hijos adolescentes respecto a los estilos autoritarios de los padres, a diferencia de nuestro hallazgo, en el que los niños en la etapa de la pubertad y adolescencia temprana han mejorado en la satisfacción familiar medida por el TAMAI, lo que indirectamente implicaría un probable cambio en las prácticas parentales. Nosotros hemos podido observar como los padres de niños con TDAH mejoran en el uso de estrategias de afrontamiento para poder estar más compensados en cuanto a sus cogniciones, emociones y soluciones. De la misma forma nuestros resultados parecen mejorar los estilos de crianza a través de diversas modalidades terapéuticas, entre ellas, la terapia familiar.

Como mencionamos anteriormente, el planteamiento inicial de nuestro proyecto de investigación fue el diseño, el desarrollo y la implementación en un contexto clínico de un programa de intervención psicológica para padres de niños con TDAH, con la aspiración de comprobar la efectividad general de este programa.

Es el primer paso de un proyecto que pretende aportar al área de investigación un modelo de intervención psicológica novedoso y eficaz para tratar el TDAH, que sea una herramienta terapéutica de amplio espectro, por lo que es interesante estudiar **si la efectividad del programa *Respira* está relacionada con los factores sociodemográficos, los factores clínicos y los factores psicológicos** previamente definidos. **Este ha sido nuestro cuarto y último objetivo, identificar bajo qué condiciones el programa *Respira* es más efectivo, para describir un probable perfil del beneficiario- tipo del programa.**

Hemos analizado las asociaciones posibles entre el perfil de síntomas psicológicos y psicosomáticos de la población de padres con hijos diagnosticados de TDAH, detectando el elevado estrés parental y la alta morbilidad psíquica, que motivó en el diseño de sus componentes al objeto de cubrir una parcela de intervención, escasamente atendida o ignorada en los tratamientos basados en el entrenamiento parental (NICE, 2009; Peroni y Cadena, 2015).

En el estudio hemos comprobado que **el programa tiene una mayor efectividad en algunos aspectos del afrontamiento para aquellos padres con alteraciones psicopatológicas.**

Nuestro perfil de padres con hijos de TDAH, con un alta morbilidad psicopatológica (Índice de riesgo psicopatológico, $p < 0,000$; Índice Global de Severidad, $p < 0,000$; Índice de intensidad de síntomas, $p < 0,000$) configurada por: Psicorreactividad ($p < 0,000$); Hipersensibilidad interpersonalmente ($p < 0,002$) Posesividad-Compulsiva ($p < 0,002$), Ansiedad ($p < 0,001$), Hostilidad ($p < 0,000$), Depresión ($p < 0,000$) y Somatización ($p < 0,000$), mejoran en la estrategia de Descarga Emocional, beneficiándose de una mayor utilización de dicha estrategia al enfocar los esfuerzos en regular las propias emociones y con una mayor expresividad afectiva.

Mecanismo psicológico que, en el contexto del conflicto valorado (recordemos la gestión y supervisión de las tareas escolares cotidianas) permite a estos padres aliviar la presión emocional y desconectar la obsesiva preocupación por el control de la situación.

A este perfil de afrontamiento se suman otras respuestas como la **Evitación Cognitiva** asociada a: Psicorreactividad ($p < 0,01$), Hipersensibilidad ($p < 0,03$), Obsesividad-Compulsiva ($p < 0,002$), Ansiedad ($p < 0,004$), Depresión ($p < 0,02$) y con el Índice de riesgo psicopatológico ($p < 0,01$); la **estrategia de Aceptación / Resignación** relacionada con: el Índice de intensidad de síntomas ($p < 0,04$); la **estrategia de Reevaluación positiva** asociada a Alteración del sueño en sentido inverso, ($p < 0,04$); y finalmente la estrategia de **Búsqueda de Recompensas alternativas** relacionada con Hostilidad ($p < 0,03$), completando un perfil de afrontamiento con métodos cognitivos y conductuales que lejos de **ser pasivas o menos complejas**, como también en su estudio nos señala Deater-Deckard (2004) tras el programa, es un modo proactivo de compensar la sobreexigente respuesta al problema, y por extensión al estrés parental.

Aunque en este aspecto concreto no hemos podido encontrar un vínculo específico entre las dimensiones medidas en el estudio con la efectividad del programa *Respira*. Probablemente porque la escala empleada, El Índice de Estrés Parental tiene un enfoque más generalista para la complejidad del TDAH.

Sin embargo, desde **otro recurso hemos confirmado la relación de la efectividad del programa *Respira* con la valoración del rol parental.**

Así, los padres depresivos con dudas y rumiaciones constantes (*Obsesión*, $p < 0,04$ y *Depresión*, $p < 0,000$) son los que aumentan la Satisfacción con el rol parental por efecto del programa *Respira*.

Este efecto positivo se evidencia también través de las respuestas **de los hijos de los padres con el patrón de alta morbilidad psíquica, mejorando la Satisfacción con el clima familiar, percibiendo menos desarmonía, tensiones o conflicto (*Obsesión*, $p < 0,03$; Somatización, $p < 0,000$) y reduciendo la severidad clínica del síntoma de Déficit Atencional (Índice Global de Severidad, $p < 0,02$).**

Así y de modo general, la efectividad del programa es mayor para los hijos de 12 a 14 años, experimentando una percepción más favorable del ambiente familiar relativa a la armonía en los criterios educativos entre sus progenitores (Discrepancia educativa de padres, $p < 0.04$) y en el funcionamiento general (Inadaptación general, $p < 0.05$).

Completa el perfil del beneficiario del programa, los padres de hijos con TDAH con características sociodemográficas definidas. Así, **hemos comprobado en la población de padres que los varones son los que se benefician del programa incorporando la Descarga emocional ($p < 0,003$) en su repertorio de respuestas de afrontamiento que habitualmente utilizan en la situación de estrés parental.**

Este dato es sorprendente, pues en la literatura científica se detecta, habitualmente en los trabajos comparativos de género, que las mujeres utilizan más estrategias centradas en la emoción o métodos evitativos que los hombres (Matud, 2004).

Una explicación plausible a este resultado está vinculada a los componentes específicos Mindfulness del programa que aportan una novedad a los tratamientos estandar para padres, y que supone un cambio en los esquemas mentales bajo la premisa de la aceptación focalizada en la complejidad y diversidad de los estados emocionales que fluyen hacia una mayor expresividad afectiva. En este punto, puede que se manifieste de modo más evidente en hombres y por compensación, dado que las mujeres, como se muestra tradicionalmente en la literatura sobre el género, suelen presentar mayor sensibilidad emocional culturalmente adquirida.

Con relación a **la eficacia del programa *Respira*** en los cambios operados en las estrategias de afrontamiento, **además de la Descarga Emocional que se vincula a padres con niveles de estudios superiores ($p < 0,01$)** se detecta un patrón amplio, diverso de estrategias analíticas y de regulación emocional como un efecto positivo del programa *Respira* específico para **niveles económicos Medio en:**

- Análisis Lógico frente a nivel Bajo ($p < 0,03$) y Alto ($p < 0,01$)
- Búsqueda de Recompensas Alternativas frente a nivel Bajo ($p < 0.004$)

- Descarga Emocional frente a nivel Bajo ($p < 0.004$)

Y para el **nivel económico Alto** con relación a Descarga Emocional frente al nivel económico Bajo ($p < 0,004$).

Es interesante la asociación del recursos socioeconómico con la efectividad del programa en la mejora del bienestar emocional (Adaptación Personal) en niños con TDAH de padres con nivel económico Bajo frente a un nivel económico Medio ($p < 0.015$) y Alto ($p < 0,025$), y con la esfera de Adaptación escolar ($p < 0.02$) para padres con nivel económico Alto frente a Medio ($p < 0,000$).

En definitiva , lo que se desprende de estos resultados es la importancia de los recursos personales de índole sociocultural sobre la probabilidad de operar cambios en esquemas mentales y emocionales, objetivo que subyace al programa *Respira*.

Sumamos al perfil beneficiario del programa características que hemos etiquetado de antecedentes clínicos. Lo primero que llama la atención es que de las variables estrictamente referidas a los Antecedentes de TDAH paternos, el Diagnóstico de TDAH, los tratamientos previos psicoeducativos para los padres y sus hijos con TDAH, el seguimiento de un tratamiento farmacológico para ambos, no nos han proporcionado datos que permitan establecer un perfil. Consideramos que el carácter genérico de proyecto de investigación de nuestro programa *Respira* nos ha llevado a objetivos de tipo más general a la hora estudiar la efectividad de su implementación. Los aspectos que estamos describiendo nos van proporcionando datos que nos orientan en la identificación del probable beneficiario del programa.

Los otros factores clínicos no asociados nos abren vías de futuras investigaciones, tal como dijimos en otro momento.

Así, destacamos la importancia de implementar tempranamente el programa *Respira*, como se deduce del resultado del análisis de correlaciones, donde hemos encontrado que cuando la familia, padres e hijos llevan poco tiempo en el proceso terapéutico psicoeducativo, la incorporación del programa *Respira* mejora la reducción

de los síntomas nucleares del TDAH, Deficit Atencional ($p < 0.003$) y Trastorno de Conducta ($p < 0.05$) de la Escala de Conners.

Dato que se refuerza con los resultados en adaptación infantil de los hijos diagnosticados de TDAH en aspectos que indican una mejor valoración de la coherencia educativa entre los progenitores, **Discrepancia Educativa** ($p < 0.01$), tal como se mide en el test TAMAI.

Precisamente ésta es una variable, **Discrepancia Educativa**, que refleja los conflictos entre los progenitores, y por tanto está presente como un factor facilitador del estrés parental.

Así, el programa **Respira** es recomendable para la población de padres con **discrepancias educativas previa, los efectos positivos de los procesos terapéuticos del programa** se reflejan en la mejora de **la satisfacción con el rol parental** ($p < 0.02$).

También para los padres **sin conflictos educativos**, los hijos con TDAH evidencian **una percepción baja de inadaptación general** ($p < 0.05$) y **escolar** ($p < 0.01$).

Esta efectividad se completa para la variable **Responsabilidad Educativa** en la población de **padres que tienen la responsabilidad educativa solos. El programa Respira tiene efecto positivo mejorando el clima familiar tal como lo valoran los hijos con TDAH (Insatisfacción Familiar, $p < 0.01$)** y reduciendo la **Discrepancia Educativa**, ($p < 0.0000$).

También el programa **Respira** es eficaz para los padres y madres de la población que compartan la responsabilidad educativa, en cuanto que mejora la percepción de la adaptación escolar del hijo con TDAH ($p < 0.02$).

No hemos encontrado literatura científica de estudios empíricos, que hayan examinado la efectividad de los programas parentales basada en las relaciones entre el afrontamiento de los padres y el nivel de estrés emocional, de acuerdo con la estrategia de medida seleccionada (CRÍA). Ni tampoco que hayan profundizado en los diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicológicos que pueden influir en la mejora

de la efectividad de los programas desde la perspectiva del trabajo terapéutico con padres. **Esta orientación de la investigación realizada es novedosa**, por cuanto que va más allá del estudio de los estilos de crianza (Reynold y Komphaus, 2004; Trenas, Cabrera y Pino, 2008) como medidas de las capacidades y actitudes de los padres en el afrontamiento del TDAH o factores predictivos de la Hiperactividad.

En resumen, la investigación llevada a cabo aporta evidencia empírica de la alta morbilidad psíquica y reactividad emocional de padres con hijos diagnosticados de TDAH, así como del impacto que produce a medio plazo (a los seis meses) un programa de intervención psicológica *Respira* sobre las variables de afrontamiento al estrés parental y de la adaptación general de los hijos con TDAH.

Los resultados confirman que los padres debido a la intervención psicológica *Respira han mejorado en sus habilidades de afrontamiento*, empleando un repertorio más rico y diverso de estrategias, lo que les ha llevado a modificar las actitudes y los esquemas emocionales con los que enfrentan las situaciones de estrés relacionadas con la gestión y supervisión escolar del hijo con TDAH.

Estos cambios se han mantenido a medio plazo y han tenido una repercusión positiva en el núcleo de síntomas de TDAH de los hijos, con manifestaciones leves de los mismos y en la mejor valoración por parte de los hijos de su adaptación general, bienestar emocional y escolar, satisfacción con el clima familiar y relaciones sociales.

Consideramos que nuestra investigación hace una aportación importante al ámbito de estudio de los tratamientos multimodales del TDAH, ya que cubre un área escasamente atendida en los programas parentales.

Los modelos de intervención psicológica estándar se fundamentan en el entrenamiento de los padres a través de técnicas cognitivo-conductuales, con el fin de psicoeducar a los padres en el manejo de pautas para afrontar la sintomatología TDAH de los hijos, optimizar la disciplina en la labor educativa y el impacto del TDAH en el contexto familiar. Sin embargo, muy pocas intervenciones psicológicas se han diseñado centradas de modo específico en promover el bienestar emocional de los padres y en

dirigir los objetivos de tratamiento al trabajo terapéutico de los padres con sus estados internos emocionales y mentales relacionados con la vivencia con el TDAH de los hijos.

Nuestro programa *Respira* proporciona por medio de la combinación de procedimientos psicoterapéuticos de orientación humanista y sistémica, y de técnicas de mindfulness y de PNL, **una nueva herramienta terapéutica** que ayuda a los padres a aumentar la conciencia de los propios estados mentales y el repertorio de las habilidades de afrontamiento para funcionar de forma más efectiva y saludable en el desempeño de las responsabilidades parentales en la convivencia con el TDAH.

En la investigación, hemos comprobado la naturaleza e índole de factores que pueden contribuir a la eficacia del programa *Respira*.

Así, demostramos que ayuda a mejorar aspectos específicos del afrontamiento emocional, orientado a la aceptación del problema y a la amortiguación de la excesiva focalización en el estrés con el TDAH, a través del uso de estrategias reguladoras de la emoción. Algunos de estos beneficios se han asociado a los varones de la población de padres estudiados, así como se han relacionado con los niveles de estudios y los niveles económicos, además de con una mejoría de la valoración de aspectos de la adaptación de los hijos con TDAH.

Hemos distinguido que las condiciones del clima familiar, en concreto las tensiones parentales por diferencias en el enfoque educativo, tienen influencia en los resultados del programa. Esta intervención funciona mejor sobre la adaptación infantil cuando no hay discrepancia educativa y beneficia a los padres más que a las madres que tienen la responsabilidad única en la educación, o cuando está es compartida por ambos progenitores. Por otro lado, los padres con discrepancias educativas también obtienen ganancia con el programa *Respira*, mejorando la satisfacción con el rol parental.

El programa es fundamentalmente recomendable para los padres con factores psicopatológicos asociados, por el aprendizaje de patrones de afrontamiento emocional con una mayor y más efectiva conciencia de los estados negativos de estrés. También es útil para los padres con niños de edades comprendidas entre 12 y 14 años, por la mejora

que se ha demostrado produce el programa en la valoración que los niños de estas edades hacen de su adaptación general.

El estudio demuestra que el programa *Respira* puede tener una mayor efectividad cuando se implementa tempranamente. Por lo que consideramos que, demostrados los beneficios que produce entre otros, en cuanto a una mayor disminución de la sintomatología TDAH, su incorporación al protocolo de tratamiento cuando se ha establecido el diagnóstico del trastorno en el niño, es imprescindible, ya que aporta una faceta en la atención psicológica, que no es tenida en cuenta en los protocolos estándar psicoeducativos multicomponentes que hemos revisado. Se trata **de la intervención sobre los procesos mentales y emocionales de los padres para mejorar el afrontamiento y la experiencia con el TDAH**, que fundamentada en un enfoque sistémico y fenomenológico que incorpora técnicas de tercera generación como mindfulness, coaching y PNL, ha comprobado tener una efectividad en el bienestar emocional y adaptación de las familias con TDAH.

Nuestro trabajo puede abrir nuevas vías de investigación que se derivan de las condiciones y características de la población de padres y niños con TDAH estudiados, de la estructura y modalidad de aplicación del programa *Respira* y del tipo de diseño establecido en nuestra investigación.

En concreto, la efectividad del programa *Respira* ha sido comprobado para un población normal de padres de niños diagnosticados de TDAH que reciben atención psicológica especializada en un recurso sociosanitario no público. Con un predominio del diagnóstico del subtipo combinado, seguido del subtipo Desatento y sin comorbilidad establecida; más del 70% de la población de hijos son niños ($p < 0.05$) y reciben tratamiento psicoeducativo para el TDAH más del 80% ($p < 0.05$) con una duración aproximada de dos años. La modalidad del tratamiento parental ha sido grupal, participando una muestra aleatoria de madres o padres de la población estudiada. Las condiciones ambientales de aplicación del programa, con relación a fuentes de estrés adicional a las tensiones comunes a la problemática TDAH, fueron controladas durante el período de implementación y de la investigación experimental de los efectos del programa a medio plazo.

Todos estos aspectos determinan el contexto de generalidad de las conclusiones de esta investigación.

En este sentido el proyecto *Respira* posibilita, a nuestro juicio, una puerta abierta a nuevas investigaciones sobre la efectividad del programa, ampliando su ámbito de aplicación para incluir variables clínicas tales como el estudio de los distintos tipos de diagnósticos y otras condiciones clínicas de los niños con TDAH, o su aplicación en población parental clínica. Diseñar estudios experimentales donde podamos comparar la efectividad específica del programa *Respira* frente a otros programas de entrenamiento de padres tradicionales o psicoeducativos, así como con la incorporación de un grupo control.

Dada la efectividad a los seis meses demostrada por el programa *Respira*, con la mejoría contrastada del afrontamiento en los padres y en aspectos de la sintomatología y conducta de los niños con TDAH, sería muy interesante en un futuro comprobar la efectividad largo plazo a través del estudio longitudinal, así como comprobar su eficacia en diversos contextos o condiciones estresantes distintas a la estudiada en nuestra investigación.

Consideramos que el programa *Respira* es una prometedora herramienta terapéutica que puede servir de procedimiento coadyuvante en el área de la intervención psicológica de familias de TDAH, pero también de utilidad en el trabajo con contextos familiares de salud para los profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental y de la práctica sanitaria general.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES



Con referencia a los objetivos que nos planteamos inicialmente, los resultados obtenidos en nuestra investigación nos permiten llegar a las siguientes conclusiones:

1. **La población de padres con hijos diagnosticados de TDAH tiene un grado severo de estrés parental global**, que se define por *un alta disfuncionalidad en la interacción paterno-filial y una elevada negatividad en la percepción del hijo, como Niño difícil.*

2. **Presentan un alto riesgo de morbilidad psicopatológica que se manifiesta con una configuración psicológica formada por síntomas Hiperreactividad, Obsesión-Compulsión, Hostilidad, Depresión, Somatización y que es experimenta con un elevado malestar clínico (medida por el Índice Global de Severidad, del LSB-50).**

3. **El patrón de distrés emocional** en estos padres se asocia con el sexo femenino, con una menor edad de los padres, con la mayor edad en los hijos, a tener un nivel primario y/o secundario de estudios y un nivel económico medio y/o bajo, así como con un clima parental caracterizado por las discrepancias educativas de los padres.

4. **El programa de intervención psicológica Respira ha mostrado ser eficaz a los 6 meses en los padres con hijos con TDAH**, mejorando el afrontamiento en cuanto al aumento en la flexibilidad y frecuencia de uso de *estrategias combinadas de regulación emocional y aproximación al problema: Reevaluación positiva, Solución de problemas, Aceptación/ Resignación y Evitación Cognitiva.*

5. **El programa de intervención psicológica Respira ha mostrado ser eficaz a los 6 meses en los padres con hijos con TDAH**, *aumentado el grado Satisfacción con el Rol Paterno.*

6. **El programa Respira a los 6 meses ha sido eficaz en los niños con TDAH**, *mejorando la Severidad Sintomática del TDAH medida por la Escala de Conducta de Conners.*

7. **El programa Respira a los 6 meses ha sido eficaz en los niños con TDAH**, *mejorando la adaptación general así como las áreas específicas medias por el test*

TAMAI: Inadaptación escolar, Inadaptación personal, Discrepancia educativa de los padres, Inadaptación social, Insatisfacción familiar e Insatisfacción con los hermanos.

8. ***El Nivel Superior de Estudios y el Nivel Económico Medio son factores sociodemográficos que mejoran la efectividad del programa en cuanto al afrontamiento de los padres y madres en las estrategias de Análisis Lógico, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional.***

9. ***Los padres frente a las madres mejoran más la efectividad del programa en cuanto al afrontamiento de regulación emocional Descarga Emocional.***

10. ***La eficacia del programa Respira es mayor en los padres con alta morbilidad psicológica, mejorando más en lo que se refiere al afrontamiento de regulación emocional y la satisfacción con el rol parental, lo que repercute en la efectividad del programa en los hijos, al mejorar los síntomas de Déficit de Atención y la Insatisfacción Familiar.***

11. ***El programa Respira mejora más la Adaptación General y Escolar de los hijos de padres sin Antecedentes TDAH y sin Discrepancia Educativa, mientras que mejora más la Satisfacción con el Rol Parental de los padres con Discrepancias Educativas.***

12. ***El programa Respira mejora más la satisfacción familiar, la adaptación escolar y la discrepancia educativa parental percibida por los hijos cuyos padres comparten la responsabilidad educativa o sólo el padre es quien la tiene.***

13. ***El programa Respira mejora más la adaptación general y la discrepancia educativa parental en niños de edades de 12 a 14 años.***

14. ***El programa Respira debe aplicarse en el momento en que el niño es diagnosticado, ya que dicho tratamiento es aún más eficaz en cuanto a una mayor disminución de los síntomas de TDAH y una mejor percepción por los hijos de la coherencia educativa de los progenitores.***

BIBLIOGRAFÍA



- Abidin, R. (1992). The determinants of parenting behaviour. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abinkoff, H., Gittelman, R. (1984). Does behavior therapy normalize the classroom behavior of hyperactive Children? *Arch Gen Psychiatry* 41, 449-454.
- Aguilar, C., & Navarro, J. I. (2008). Análisis funcional e intervención con economía de fichas y contrato de contingencias en tres casos de conductas disruptivas en el entorno escolar. *Revista Latinoamericana de psicología*, 40(1), 133-139.
- Albert, S., López Martín, A., Fernández-Jaén, L. Carretié. (2008) Alteraciones emocionales en el TDAH: datos existentes y cuestiones abiertas. Disfunción en el reconocimiento emocional *J. Rev Neurol*, 47(1), 39-45.
- Alizadeh, H., y Andries, C. (2002) Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy*, 24, 37-52.
- Álvarez, M.J., Soutullo, C., Díez, A. & Figueroa, A. (2013). En M.A. Martínez Martín (Coord.), *Todo sobre el TDAH* (pp. 81-130). Tarragona: Altaria.
- Amaris, M., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 123-145.
- Ammerman, R. T., Shenk, C. E., Teeters, A. R., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Ginkel, J. B. (2013). Multiple mediation of trauma and parenting stress in mothers in home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 34(3), 234-241.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1983). DSM-III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1980).
- American Psychiatric Association. (1988). DSM-III-R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1987).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* American Psychiatric Association. *Washington, DC*, 471-475.

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edición original, 1994).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (Edition original, 2000).
- American Psychiatric Association. (2004). Attention deficit and disruptive behavior disorders: Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed., texto revisado.). DSM-IV-TR. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc, 85-93.
- Abuín, M. R., & Rivera, L. D. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131-141.
- Adams, Z. W., Milich, R., & Fillmore, M. T. (2010). Examining manual and visual response inhibition among ADHD subtypes. *Journal of abnormal child psychology*, 38(7), 971-983.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of abnormal child psychology*, 21(5), 581-596.
- Anderson, J., Williams, S. & McGee, R. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

- Anhalt, K., McNeil, C. B., & Bahl, A. B. (1998). The ADHD classroom kit: A whole-classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychology in the Schools, 35*(1), 67-79.
- Aragonés, E., Cañisá, A., Caballero, A., & Piñol- Moreso, J. L. (2013). Cribado para el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Revista de Neurología, 56*(9), 449-455.
- Arco, J.L., Fernández-Martín, F.D. & Hinojo- Lucena, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema, 16* (3), 408-414.
- Arnold, L.E. (1996). Sex differences in ADHD: conference summary. *Journal of abnormal child psychology, 24*(5), 555-569.
- Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., Conners, K., Elliott, G., Greenhill, L.L., ... Vereen, D. & Wells, K. C. (1997). National Institute of Mental Health Colaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (the MTA). *Archives of General Psychiatry, 54*, 865-870.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista Neurología, 36*, (1), 568-78.
- Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol, 38*(1), 117-23.
- Artigas, J., y Noguer, S. (2009). Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad. En J. Artigas (Ed.), *El niño incomprendido*. (pp. 35-67). Barcelona: Amat.
- August, G.J., Braswell, L., & Thuras, P. (1998). Diagnostic Stability of ADHD in a community sample of School-aged screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychoogy, 26*, (5), 345-356.
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J.E. (2000). Parenting styles and adolescent's achievement strategies. *Journal of Adolescence, 23*, 205-222.
- Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child development, 76*(6), 1144-1159.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Danckaerts, M., & Dopfner, M., (2010). *ADHD and Hyperkinetic Disorder*. Oxford University Press.

- Bao-Yu, Wei & Lin-Yan, Su. (2004). Family Environment and the Development of Behavior in Children with ADHD. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 12, 145-146.
- Barbarelli, W., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.; Pankratz, V., Mrazek, D. & Jacobsen, S. (2004). How common in attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatrica*, 93 (Suppl.), 55-9.
- Barbosa, D.L.F (2015). Intervenciones cognitivas y conductuales. En: Miotto CE, ed. *Rehabilitación neuropsicológica y las intervenciones conductuales*. Sao Paulo: Roca, p. 61-80.
- Barnard, K. E. & Solchany, J. E. (2002). Mothering. En Bornstein, M. H. (Ed), *Handbook of parenting: Vol. 3: Being and becoming a parent (2ª ed.)* (pp. 3-25). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Barnathan, C. (2005). *Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico* (Tesina). Facultad de Humanidades. Buenos Aires.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1): 65-94.
- Barkley, R.A. (1999). *Niños Hiperactivos*. España: Ediciones Paidós Iberica, S.A.
- Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age of onset criterion for Attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barkley, R. A (1999). *Niños hiperactivos*, Barcelona Paidós. Pág. 101.
- Barkley, R.A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with Attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 63(12), 10-15.
- Barkley R.A. (2002). *Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad: guía completa para padres, maestros y profesionales de la salud*. Porto Alegre: Artmed, 327p.
- Barkley RA. (2000). *Hacerse cargo del TDAH: la guía completa, con autoridad para los padres*. Nueva York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. DuPaul, G.J. & McMurray, M.B. (1991). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: Clinical response to three dose levels of methylphenidate. *Pediatrics*, 87, 519-531.
- Barkley, R.A., Fischer, M.; Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, (4).
- Barkley, R.A, Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into Young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*, 111 (2), 279-89.
- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. (2ª Ed.). Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A., & Murphy K.R. (1995). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Un Manual de Trabajo clínico*. (1ª edición). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical child and family psychology review*, 5, 89-111.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- Barkley, R. A. (2006). Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3, 76-121.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention -Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Brown, T. E. (2008). Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS spectrums*, 13(11), 977-984.
- Barkley, R. A. (Producer). Fecha de actualización no disponible (fecha de acceso: 1 abr.2011). Fact Sheet: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Topics (homepage en internet). Retrieved.

- Barry, T., Dunlap, S., Cotton, S., Lockman, J. & Wells (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive behavior problems in boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 265-273.
- Barlow, J., Coren, E. & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, 52 (476), 223-233.
- Bauermeister, J. J., & Barkley, R. A. (2010). A New Milestone in ADHD History: Dr. Gonzalo Rodríguez-Lafora (1917) and the “Unstables”. *The ADHD Report*, 18(1), 12-13.
- Bauermeister, J.J. (2002). *Hiperactivo, impulsivo, distraído me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. España: Albor.cohs.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental psychology*, 4(1p2), 1.
- Baumrind, D. (1991a). Parenting styles and adolescent development. En J. Brooks-Gun, R. Lerner y A. C. Petersen (Eds.), *The encyclopaedia of adolescence 2*, 746-758). New York: Garland.
- Baumrind, D. (1991b). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*, 11 (1), 56-95. from <http://www.russellbarkkley.org/facts-heets/adhd-facts.pdf>
- Beck, S.J. Young, G.H. & Tarnowski, K. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 558-565.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Benczik, EBP. (2000). *Déficit de atención trastorno / hiperactividad: actualizaciones de diagnóstico y terapéuticos. Una guía para los profesionales*. 4ª ed. Sao Paulo: Casa Psicólogo, 2000. 110p.

- Benito, R. (2008) Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Madrid: Draft Editores, S.L.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, (5), 564-577.
- Biederman, J., Faraone, S. & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. En G. Weiss (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Attention Deficit/hyperactivity Disorder* (pp. 335-360), Philadelphia, P.A: W.B saunders.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S. et al (1996). A prospective 4-year follow-up study of Attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 437-446.
- Biederman, J., Faraone, S.V, Milberger, S., Jettonn, J.G., Chen, L., Mick, E. et al. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of Children With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(9),1193-204.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Taylo, A., Sienna, M., William-son, S., & Fine, C. (1998) Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(3): 305-13
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 3-8.
- Biederman ,J., & Faraone S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 366, 237-248. (www.thelancet.com)
- Biederman, J., Petty, C., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A., Seidman, L., & Faraone, S. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in Adults with Attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163 (10), 1730-1738.
- Biederman, J., Gao, H., Rogers, A. K., & Spencer, T. J. (2006). Comparison of parent and teacher reports of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms

- from two placebo-controlled studies of atomoxetine in children. *Biological psychiatry*, 60(10), 1106-1110.
- Biederman, J., Faraone, S.V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder, child & adolescent clinics of North America*. Philadelphia: PA.
- Biederman, J., Faraone, S.V, Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., ... Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in Adults with Attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 150 (12), 1792-8.
- Billar, J. (2011). *La calidad de vida en niños con TDAH* [Disertación de Maestría]. Sao Paulo: Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, 116P.
- Bird, H., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child. Adolescent Psychiatry*, 32, 361-368.
- Bird, H., Canino, G., & Rubio-Stipec, M. (1988). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Borduin, C. M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 38, 242-249.
- Borrego, O. (2010). Actualización terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. *Información Terapéutica del sistema Nacional de Salud*, 34, 107-116.
- Botana, I. & Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. Family, stress and early care Attention. Universidad Coruña. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*. ISSN: 1138-1663; e ISSN: 2386-7418. VOL 1, 55-63.
- Botero, Paula A. (2013). Discapacidad y Estilos de Afrontamiento: Una revisión teórica. Universidad Católica de Colombia. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2),196-214.
- Bowen, R., Offord, D., & Boyle, M. (1990). The prevalence of overanxious and separation anxiety disorders: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.

- Bradley, C. (1937). The behavior of Children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development. Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brown, R.T., Wynne, M.E., Borden, K.A. et al. (1986). Methylphenidate and cognitive therapy in Children with Attention deficit disorder: a double-blind trial. *J Dev Behav Pediatr*, 7, 163-174.
- Brown, T. E. (1996). Brown ADD Scales. San Antonio, TX: *The Psychological Corporation*.
- Brown, T.E. (2000) Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and Adults. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, T. E. (2002). DSM-IV: ADHD and executive function impairments. *Advanced studies in medicine*, 2(25), 910-914.
- Brown, T.E. (2003). *Trastornos por déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T. E. (2005). Attention Deficit Disorder.
- Brown, T. E. (2006). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. Yale University Press.
- Brown, T.E. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(1), 35-46. Recuperado de: <http://www.drthomasebrown.com/pdfs/ef-conflict.pdf>
- Brown, T. E. (2010). *Comorbidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Elsevier España.
- Bullard, J.A. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHA child behaviour on the family: The impact and coping strategies. *Disertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (11-B), 5507.
- Burns, R.B. (1990). *El autoconcepto: teoría, medición y desarrollo*. Bilbao, EGA.

- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M. E., Williamson, P., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2006). What “Dr. Mom” ordered: A community-based exploratory study of parental self-care responses to children’s ADHD symptoms. *Social Science & Medicine*, 63(4), 871-882.
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in experimental personality research*, 72, 169.
- Byrnes, J.H. (2003). The emotional functioning and marital satisfaction of mothers of children with ADHD. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (11-B), 5507.
- Cabanyes, J. (2011). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Características, consecuencias e intervención. En González, M.T. (Coord.) *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención* (21-45). Madrid: Pirámide.
- Caceres José & Herrero David (2011) Cuantificación y análisis de la concordancia entre padre y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 52(9), 527-535.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niños/as con TDAH. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Programa de tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis para optar al título de Doctor en Psicología.
- Campbell, E.S & Radfering, D.L(1979). Relationships among environmental and demographic variables and teacher-rated hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1, 77-81.
- Campbell, S.B, Szumowski, E.K, Ewing, L.J, Gluck, D.S & Breaux, A.M. (1982). La evaluación multidimensional de los niños pequeños de comportamiento problema identificado por los padres. *J Abnorm Psychol Niño*. 10 (4), 569-91.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York, NY: Norton.
- Cantwell, D. (1996). Attention Deficit Disorder, a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 978-987.

- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica. *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134.
- Capella, C., & Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*, 22, 155-168.
- Cardo, E., & Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev neurol*, 46(6), 365-372.
- Carlson, C., Lashey, B.B., & Neeper, R (1986). Direct assessment of the cognitive correlates of Attention deficit disorders with and without hyperactivity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8, 69-86.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Carver, C. S., Scheider, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-gimeno, G., Génova- Maleras, R., & Catalá, M.A. (2012). Prevalence of Attention deficit hyperactivity disorder among Children and adolescents in Spain: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. Oct 12; 12:168.
- Chi, T. Ch. (2003). Does maternal psychopathology affect child clinical assessment? A test of generality and specificity of the depression distortion theory. *Disertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 64 (2-B): 957.
- Chi, T.C & Hinshaw S.P. (2002) Mother-Child relationships of Children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *J. Abnormal Child Psychol*, 30, 387-400.
- Chi, T.Ch. (2003). Does maternal psychopathology affect child clinical assessment? A test of generality and specificity of the depression distortion theory. *Disertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering*, 64 (2-B): 957

- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. & Pelham, W.E (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of Children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424-1432.
- Clavel, M., Carballo, J. J., García, P., Monreno, F. J. & Quintero, F. J. (2009). Herramientas complementarias en la valoración del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En F.J. Quintero, J. Correas & F. J. Quintero (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed., pp. 199-214). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Cohen, F. & Lazarus, R. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389. Cadell Jr. Y W. Davies in the Strand.
- Cohen, J. A. S., & Semple, R. J. (2010). Mindful parenting: A call for research. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 145-151.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2012). Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H (ed. rev.). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pd.
- Cohen, D. A., & Reporting, A. (2015). Substance Abuse and Mental Health Services Administration 6.
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with Children. *American Journal of Psychiatry*, 126, 884-888.
- Conners, C. K. (1970). Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic, and normal Children. *Child Development*, 41, 667-682.
- Conners, C. K. (1989). *Conner's Rating Scale Manual*. Nueva York: Multi-Health Systems.

- Conners, C.K. (1997a). *Conner's Parentn Rating Scale-Revised Manual*. Nueva York: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K., Goyette, C. H. & Newman, E. B. (1980). Dose-time effect of artificial colors in hyperactive Children. *J Learn Disabil*, 13 (9), 512-6.
- Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, M.A. (1999). *Conner" Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K., Wells, K. C., Erhardt, D., March, J. S., Schulte, A., Osborne, S. et al. & Butcher, A. T. (1994). Multimodality therapies: Methodologic issues in research and practice. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 3, 361-377.
- Conners, C. K., Epstein, J., & Johnson, D.E. (2001). Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV: CAADID. MHS.
- Conners, C.K.; March, J.S., Frances, A., Wells, K.C. & Ross, R., (2001). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder: Expert consensus guidelines. *Journal of Attention Disorder*, Vol. 4, N°. 1.
- Contreras, F.; Esguerra, G.A.; Espinosa, J.C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2) 169-179.
- Córdoba, L. & Verdugo, A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familiares de niños con TDAH: un enfoque cualitativo. *Revista Siglo Cero*, 34, 19-33. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Córdoba, L., Verdugo, M.A. & Gómez Inicio, (2011). *Escala de calidad de vida familiar para familias de personas con discapacidad*.
- Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W., & McPherson, R. (2015). The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 118-129.
- Cornejo, J. W., Cuartas, M., Gómez, L.F., Carrizosa, J., Rivas, I., & Castillo-Parra, H. (2004). Caracterización clínica y simulaciones de poder para ligamiento genético en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en familias antioqueñas. *Revista de Neurología*, 38(4), 319-322.

- Correia Filho, A. G., Bodanese, R., Silva, T. L., Alvares, J. P., Aman, M., & Rohde, L. A. (2005). Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in Children and adolescents with moderate mental retardation . *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (8), 748-755.
- Coyle D, Roggman, L., & Newland L (2002) Stress maternal depression and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 23 (1-2), 145-163.
- Crichton, A. (1798). An inquiry into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of physiology and pathology of the human mind and history of the passion and their effects (vol. 1) Londres: Printed for T.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Handbook of Parenting Volume 5 Practical Issues in Parenting*, 242.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2003). Everyday stresses and parenting. En M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 5, pp. 243-267). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crystal D.S, Ostrander, R., Chen , R.S. & August, G. (2003). Multimethod Assessment of psychopathology Among DSM-IV subtypes of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: Self-parent and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 189-205.
- Cunningham, C.E., Bremner, R., & Secord, M., (1998). Community Parent Education Program: A School-based family systems oriented course for parents of Children with disruptive behavior disorders. Ontario, Canadá: Hamilton Health Sciences Corp.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Campbell, A. J. (2000). Complex Patterns of Influence.
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O. C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European journal of pediatrics*, 171(2), 271-280.
- Dahinten, S., Timer, J. & Arim, R. (2008). *Factors associated with mother's and father's self-reported parenting skills and parenting stress*. (Research brief: Parenting skills and parenting stress). Vancouver, University of British Columbia.

- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology review*, 17(1), 73-89.
- de Graaf, R., Kessler, R.C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Ormel, J & Posada- Villa, J. (2008) . The prevalence and effects of adult Attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) on the performace of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and environmental medice*, 65 (12), 835-842.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-327.
- Deater-Deckard, K. D. (2004). *Parenting stress*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Deater-Deckard, K (2005) Parenting stress and Children's development: Introduction to the especial issue. *Infant and Child Development*, 14 (2), 11-115.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-192.
- Del Prette, Z. A. P. (2001). Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação. *São Paulo: Casa do Psicólogo*, 1, 70.
- Demoor, J. (1901). *Die anormalen Kinder und ihre erziehliche behandlung in haus und schule*. Altenberg.
- Derks, E.M.; Hudizak, J.J. & Boomsma, D.I.(2009). Genetics of ADHD, Hyperactivity, and Attention Problems», in Yong Kyu Kim, *Handbook of Behavior Genetics*, New York, Springer.
- de Déu, F. S. J. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. *Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya*.
- Díaz Atienza J. (2009). Clínica y etiología del TDAH Psiquiatra Infantil, Almería. Lorca, 2005. (homepage en internet) c2009 (actualizado el 7 jun 2009; fecha de

- acceso jun 2013) Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/17119608/Clinica-del-Trastorno-por-Deficit-de-Atención>.
- Díaz Atienza J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1): 44-55. Disponible en: http://www.paidopsiquiatria.com/rev/numero_7/comor.pdf.
- Díaz-García, M.I., & Díaz-Sibaja, M.A. (2005). Problemas cotidianos del comportamiento infantil. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo (coords.), *Manual de Terapia de Conducta en la Infancia*. Madrid: Dykinson.
- Díaz-Sibaja, M. A., Trujillo, A., & Peris- Mencheta, L. (2007). Hospital de día infanto-juvenil: programas de tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7(1), 80-99.
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A. G., Lopez-Pina, J. A., Perez-Lopez, J. & Martinez-Fuentes, M. T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*, 22, n 4 pp 1033-1038. WW.psycothema.com.
- Díez, A., Figueroa, A., & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 8 (Supl. 4), 135-155.
- DiGuseppe, R. A (2002). Cognitive behavioral systemic case of child. *Cogn Behav Pract*, 8, 195-202.
- DiGiuseppe, R. (2001). A cognitive, behavioral, systemic plan for a complicated case of a child. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 195-200.
- Donenberg, G.& Baker, B.L. (1993)The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *J Abnorm Child Psicol*,21, 179-98.
- Doering, L. V., Dracup, K., Caldwell, M. A., Moser, D. K., Erickson, V. S., Fonarow, G., & Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients? *Journal of Cardiac Failure*, 10, 344-349
- Doehnert, M., Brandeis, D., Schneider, G., Drechsler, R., & Steinhausen, H. C. (2013). A neurophysiological marker of impaired preparation in an 11-year follow-up study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(3), 260-270.

- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of abnormal child psychology*, 21(2), 179-198.
- Douglas, V. (1983). Attention and cognitive problems. In Rutter, M. (Eds.). *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York: Guilford.
- Douglas, V. (1972). Stop, look and listen: the problema of sustained Attention impulse control in hyperactive and normal Children. *Canada Journal Behaviour Science*, 4, 159-182.
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Holland, K. A., & Frankling, E. J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 715-733.
- Dravick, D.A., Gadow, K D., & Sprafking, J. (2006). Co-ocurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 766.
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Oschs, E., Krane, E., Bouffard, R. et al. (2004) The marital and family functioning of Adults with ADHD and their spouses. *J Atten Disord*. 8(1), 1-10.
- Ebaugh, F.G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in Children. *American Journal of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- Edlbrock, C., Rende, R., Plomin, R & Thompson, L.A. (1995). A twin study competence and problema behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 775-785.
- Edward, M. Hallowell, M.D. & John J. Ratey MD & Díaz Atienza, J. (1992) Programa integral de evaluación y tratamiento del TDAH y trastornos relacionados.
- Eiraldi R.B., Power T.J., & Nezu C. M (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of Attention-deficit hyperactivity. Disorder among 6-12 year-old Children. *Journal of the american Academy of Child nd Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Elia, J., Borcharding, B. G., Rapoport, J. L., & Keysor, C. S. (1991). Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: are there true nonresponders? *Psychiatry research*, 36(2), 141-155.

- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment Issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Epstein, J. L., Sanders, M. G., Simon, B. S., Salinas, K. C., Jansorn, N. R., & Van Voorhis, F. L. (2002). *School, family, and community partnerships: Your handbook for action*. Corwin Press.
- Bornstein, M. H. (Ed.). (2005). *Handbook of Parenting: Volume 4 Social Conditions and Applied Parenting*. Psychology Press.
- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. & Gilaberte, I.(2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attentiondeficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116,364-369.
- Esperón, C. S. (2009). *Manual de psiquiatria del niño y del adolescente/Manual of Child and Adolescent Psychiatry*. Ed. Médica Panamericana.
- Esperón, C. S., & Gómez, M. Á. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 634.
- Espina, A., & Ortego, A. (2005). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*.
- Espinosa, A. L. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Revista pediatría de atención primaria*, 8 (Suplemento 4).
- Etchepareborda, M. C., & Díaz Lucero, A. (2009). Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención. *Medicina (Buenos Aires)*, 69(1), 51-63.
- Eysenck, B.G. & Eysenck, H.J.(1978).Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description, *Psychological Reports*, Vol.43.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Jetton, J. G., & Tsuang, M. T. (1997). Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological medicine*, 27(02), 291-300.
- Faraone, SV., Biederman, J., Lehman, BK., et al (1993): Intellectual performance and School failure in Children with Attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol* 102: 616-623.

- Farley, S. E., Adams, J. S., Lutton, M. E. et al. (2005). What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents? *Journal of Family Practice*, 54 (2), 162-165.
- Faros, Sant Joan de deu. Las causas del TDAH (homepage en internet). C20133 (Actualizado en 2 feb 2011; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: [http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1852.1 TDAH-4-Cast.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1852.1_TDAH-4-Cast.pdf).
- Farré, A. & Narbona, J. (2003). Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad EDAH. *Psicología aplicada*, 264. Madrid: TEA.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention – deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (Feaadah). Sobre el TDAH: Datos y cifras. (homepage en internet). C 2009 (Fecha de actualización no disponible; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (Feaadah). El TDAH en pareja. (homepage en internet). C2009 (Fecha de actualización no disponible; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/-como-podemos-ayudarte-/soy-adulto/el-tdah-en-la-pareja.htm>
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (Feaadah). Guía práctica para padres (homepage en internet). 2009 (fecha de actualización no disponible; fecha de acceso mayo 2011) Disponible en: <http://www.feaadah.org/medimg40>.
- Federación Mundial de Salud Mental (WFMH). (2004). Convivir con el TDAH: desafíos y esperanzas. www.wfmh.org.
- Fehlings, DL., Roberts, W., Humphries, T. et al (1991): Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *JDev Behav Pediatr* 12: 223-228.
- Félix Mateo, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista electronica de Investigación Psicoeducativa*, 10, 4(3).

- Félix Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Córdoba, España.
- Fenollar Cortés, J. (2014). *Estudio del rendimiento en tres dimensiones neurocognitivas mediante nuevas tecnologías de tipo táctil en una población de niños con TDAH: diferencias entre subtipos clínicos*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Fernández, A. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Aspectos Históricos. En Fernández, A. y Calleja, B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar (en línea). Disponible en: www.anshda.org/tdah2004pdf.
- Fernández, S. J. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 42(1), 19-33.
- Fernández-Martín, F. D., Hinojo Lucena, F. J., & Aznar Díaz, I. (2003). Dificultades del alumnado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el aula: implicaciones para la formación docente. *Enseñanza*, 21, 219-232.
- Fernández Martín, F. D., & Aznar Díaz, I. (2004). La formación de los docentes en la intervención con alumnos/as con déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Fernández Parra, A. (2009). "Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico del TDAH. Seminario Multidisciplinar"-Fundación Castilla del Pino. 6 de marzo Córdoba, España.
- Ferrer, M. S. Actualización en el TDAH. Schneider, M. & Robin, A. (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet (Comp.), *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: Cinteco-Promolibro.
- Frank, S., & Iii, P. (1998). *Momentos decisivos tratamiento familiar en situaciones de crisis*. Paidós.
- Franklin, N. C., & Luria, S. E. (1961). Transduction by bacteriophage P1 and the properties of the lac genetic region in *E. coli* and *S. dysenteriae*. *Virology*, 15(3), 299-311.

- Freeman, RD. (2007) Tourette Syndrome International Database Consortium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, (1), 15-23.
- Freixa, N.M. (1993). Familia y deficiencia mental. Salamanca, Amarú.
- Freud, A. (1980). El Yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Fonagy, P. & Target, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for Children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 45-55.
- Folgar, M. I. (2013). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.
- Folkman, S. (2006). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress and Coping*, 21, 3-14.
- Foyle, L. W. (1997). The relationship between coping and depressed mood: The impact of coping strategy and situational control. *Dissertation Abstracts International*, 58, 2118.
- Fundación Cultural Federico Hoth, A.C. ProyectoDAH: impacto social del TDAH. (homepage en internet) c2012 (Fecha de actualización no disponible; fecha de acceso jun2013) Disponible en: <http://www.proyectodah.org.mx/ebiblioteca/index.php?mod=ebiblioteca&id=10>.
- Fundació Sant Joan de Déu (Coord.) (2010). Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Gagné, M. H., Richard, M. C., & Dubé, C. (2015). Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role?. *Psychological bulletin*, 129(1), 10.
- García, N., Mirnau, I., Aragón, M., & Quintero, F. J. (2009) . Intervención psicológica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En F. J. Quintero, J. Correas & F. J. Quintero (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed., pp. 199-214). Barcelona: Elsevier-Masson

- García, R. (2013). Mejora de la detección precoz del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) tras la implantación de un documento de consenso sobre actuación asistencial. Memoria para optar al grado de Doctor, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Gardner, F., Hutchings, J., ByWater, T. & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it Work? Moderators and mediators of outcomes in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent*, 39(4), 568-580.
- Gargallo, B. (2000). *Programa de Intervención educativa para Aumentar la Atención y la Reflexividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garrido, C.F., & Chumilla M.A (2012). Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del TDAH. Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Garrido Genovés, V., Stangeland, O. & Redondo Illescas, S. (2006). *Principios de Criminología* (3ª Edición), Valencia, Tirant lo Blanch.
- Gaub, M. & Carlson, CL. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (8), 136-45.
- Gavira, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F., & Quinceno, J. M.(2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Wigal, T., & Jensen, P. S. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 705-714.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2003). Attention-deficit/hyperactivitydisordered boys' relationship with their mothers and fathers: Child mother, and father perceptions. *Development and Psychopatology*, 15, 363-382.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 5, 143-154.

- Gilliam, J.E. (1995). Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Test. Austin, Texas: Pro-ed. (Versión española realizada por PSYMTEC, Madrid).
- Glatz, T., Stattin, H., & Kerr, M. (2011). Parents' reactions to youths' hyperactivity, impulsivity, and attention problems. *Journal of abnormal child psychology*, 39(8), 1125-1135.
- Giusti, L. (2000). Programa de orientación y entrenamiento a padres de niños con ADHD. En E. Joselevich (comp.), Síndrome de déficit de atención con y sin hiperactividad AD7HD en niños, adolescentes y adultos (pp. 57-69). Buenos Aires: Paidós.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., & Slanetz, P. J. (1998) . Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit / Hyperactivity disorder in Children and adolescent. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 279, 1100-1107
- Gómez, M. I. M. (2014). *Programa de intervención en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y familia* (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura).
- González Lajas, JJ. (2013). *La gestión positiva de la conflictividad en los centros escolares*. (Trabajo final de posgrado no publicado) Universidad Nacional de Educación a distancia. Madrid.
- González, A.L., & Padilla, A. (2006) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509.
- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología*, 10(17), 71-84.
- Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity- II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(5), 691-709.
- Granero, R., Ezpeleta, L., Domenech, JM. & de la Osa N. (2008) What single reports from Children and parents aggregate to Attention deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 (6), 352-64.

- Grau Sevilla, M.D (2007). Análisis del contexto familiar en niños con TDAH. Universitat de Valencia. Tesis doctoral
- Gray, J.A.(1987). *The psychology of fears and stress*, Cambridge, University Cambridge Press.
- Greenbaum, R.L., Stevens, S.A., Nash, K., koren, G., & Rovet, J. (2009) Social cognitive and emotion processing abilities of Children with fetal alcohol spectrum disorders: a comparison with Attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res.* 33 (10), 1656-70.
- Greene, R.W., (2005) *.The Explosive Child: A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children*, New York, Harper Collins.
- Green, S.M., Loeber, R. & Lahey, B.B (1991).Stability of mothers' recall of the age of onset of their child's Attention and hyperactivity problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30, 135-137
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>.
- Gupta, V. B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 417-42.
- Hallowell, E. M & Ratey, J.J. (1994). *Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood to Adulthood*. Nueva York: Pantheon Books.
- Halbert, C. H., Wrenn, G., Weathers, B., Delmoor, E., Have, T. T. & Coyne, J. C. (2010). Sociocultural determinants of men's reactions to prostate cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 19, 553-560.
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (3), 39-54.

- Harvey, E., Danforth, J.S., Ulaszek, W.R. & Eberhardt, T.L. (2001). Validity of the parenting scale for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39,731-743.
- Harrison, C., & Sofronoff, k. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioural Characteristics, and parental cognitions. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 703-711.
- Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W., & McPherson, R. (2015). The Association Between Parenting Stress, Parenting Self-Efficacy, and the Clinical Significance of Child ADHD Symptom Change Following Behavior Therapy. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 118-129.
- Helgadóttir H., Gudmunsson Ó., Baldursson G., Magnússon P., Blin N., Brynjólfssdóttir B.,...Jonhsen K., (2015) Electroencefalografía como herramienta clínica para diagnóstico y monitorización del TDAH: Un estudio de cruce sectorial. Adananews.
- Hernández-Guanir, P. (2009) *Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil*. Publicaciones de Psicología aplicada. TEA Ediciones, S.A. Madrid
- Herreara-Gutiérrez, E., Calvo-Llena, M.T., Mora-Vázquez, J.L., Munuera-Vera, C. & Peyres-Egea, C. (2003). Children,s and adolescents,s perception of parenting styles and hyperactivity. En XIth European Confrence on Developmental Psychology, Abstracts (pp. 272). Milan, Italy: Catholic University of Milan.
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. & Gracia, R. (2002). Etiology of ADHD: A REVIEW. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*, 19 (1), 82-8.
- Hidalgo, M.I. & Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 6, 3-25.
- Hinojo, L., Francisco, J., Cáceres, R., M^a. P. & Aznar Díaz, I. (2006). *TDAH y Educación: Hacia una visión Holística y comprensiva de su evaluación y tratamiento*. El Guiniguada, nº15-16. Universidad de Granada. Las Palmas de Gran Canaria.
- Hinshaw, S.P. (2002) Preadolescent girls with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Background Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning, and Parenting Practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1086.

- Hobfoll, S.E. (2001 a). The influence of Culture, Community and the Nested-self in the stress Process: advancing Conservation of Resource Theory. *Applied Psychology: An international review*, 50 (3), 337-421.
- Hobfoll, S.E. (2001b). Social and Psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6 (4), 307-324.
- Hodgkins, P., Arnold, L.E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A.G et al. (2012) A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *Front Psychiatry*, 18, 2- 84.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: mothers; reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (3), 419-429.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, JM., Conners, CK., Hinshaw, S.P.,... Kraemer, H.C (2000). Parents cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583.
- Huss, M. (2010). New evidence for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with atomoxetine. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, 71, 43-52.
- Huth-Bocks, A. C. & Hughes, H. M. (2008). Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 243-251.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.
- Jensen, PS., Hinshaw, SP., Kraemer, HC., Lenora, N., Newcorn, JH., Abikoff, HB. et al. (2001) ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(2), 147-58.
- J Klassen, L., S Bilkey, T., A Katzman, M., & Chokka, P. (2012). Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Current drug abuse reviews*, 5(3), 190-198.

- Johnston, C. (1996) Características de los padres y de las interacciones entre padres e hijos en las familias de los niños que no son problemáticos y los niños con TDAH con los niveles más altos y más bajos de comportamiento negativista-desafiante. *J Abnorm Psychol Niño*, 24 (1): 85-104.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S., Pelham, W. & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: relations to maternal and child characteristics. *J Abnorm Child Psychol*, 30, 77-88.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., & Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child: care, health and development*, 34(3), 380-390.
- Joselevich, E. (Compiladora). (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic drivenners. A brain stem síndrome and an experience with case reports. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.
- Kaminski, P.L., Jones, H. & Harshaw, A.A. (2004). Low Parental Warmth and conduct problems in ADHDboys. Poster presented at the 112th anual convention of the American Psychological association, Honolulu, HI.
- Kanh, R.L., Wolf, DM., Quin, RP., eta al. (1964). *Organizationd estress. Studies in role conflict and ambiguity*. Wiley, New York.
- Karam RG., Breda V.,Picon FA., Rovaris DL., Victor MM., Salgado CA.,...Bau CH (2015) Persistencia y remisión del TDAH en la edad adulta: un estudio de seguimiento de 7 años. *Psychol Med*, 23, 1-12.
- karande, S. (2005). Specific learning disability: The invisible hándicap. *Indian Pediatrics*, 42 (17), 315-319.
- Kendall, J. (1999) Sibling accounts of ADHD. *Fam Process*, 38, 117-36.
- Keown,L.J., & Woodward, L.J.(2002) Early parent-child relations and family functioning of preschool boy with pervasive hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol*, 30, 541-53.

- Keller, M. B., Lavori, P. W., Beardslee, W. R., Wunder, J., Schwartz, C. E., Roth, J., & Biederman, J. (1992). The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: Comorbidity and clinical course. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(2), 204-209.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., ... Zaslavsky, A. M. (2005). Patterns and predictors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder persistence into adulthood: results from the National comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ústún, T.B., Walters, E. E. & Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kirchner & Forns, (2010) CRIA. *Inventario de respuestas de afrontamiento-Adultos*.
- Klein, R.G., Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive Children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(3) 383-7.
- Kotkin, R. (1998) The Irvine Paraprofessional Programme: promising practice for serving students with ADHD. *Journal Learn Disabilities*, 31, 556-564.
- Krain, A.L (2004) The role of parent and child perceptions of readiness for change, problema severity and treatment acceptability in the pursuit of treatment for Attention deficit hyperactivity disorder. Dissertation Abstracts International: *Section B: The sciences and Engineering*, 64, (7-B): 3530.
- Kubose, S. (2000). *ADHD in Adults: are the current diagnostic criteria adequate?* NeuroPsychiatry. February.
- kubose S. ADHD in Adults: are the current diagnostic criteria adequate? NeuroPsychiatry. February 2000. (homepage en internet) (Neuropsychiatry Reviews. Fecha de actualización no disponible.)

- Kramer, R. S., Weger, U. W., & Sharma, D. (2013). The effect of mindfulness meditation on time perception. *Consciousness and cognition*, 22(3), 846-852.
- Lahey, B.B., Applegate, B., Mcburnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., ... Shafer, D. (1994). DSM-IV field trials for Attention deficit hyperactivity disorder in Children and adolescents. *American Journal Psychiatry*, 151,1673-1685.
- Lahey BB, Schaughency EA, Hynd GW, Carlson CL & Nieves N. (1987). Attention deficit disorder with and without hyperactivity: comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 26: 718-23.
- Lambek, R., Tannock, R., Dalsgaard, S., Trillingsgaard, A., Damm, D., y Thomsen, P.H. (2011). Executive dysfunction in School-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 15(8), 646-55. doi:10.1177/1087054710370935
- Landau, S. y Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention deficit disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 69-8.
- Lanza Prat, S. (2012). TDAH y nuevas tecnologías. Universidad de Almería.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D, et al (2005). Family factors associated with Attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in Children. *J Fam Thers*, 27, 76-96
- Langer, KW., Reich, S., Lange, KM., Tucha, L., Tucha, O. (2010) The history of Attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defict Hyperact Disord*,2(4), 241-55.
- Lara, C., Fayyad, J., de Graff, R., Kesler, RC., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., ... Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult Attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 65(1), 46-54.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lavigne, R. & Romero, J.F. (2010). El TDAH: ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo? Madrid: Pirámide.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY:McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new syntesis*. New York, NY: Springer.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Ley Organica 8/2013, de 9 diciembre para la mejoría de la calidad educativa. Publicado en: BOE núm. 295, de 10 de diciembre de 2013, páginas 97858 a 97921. Ref BOE-A-2013-12886.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S. et al. (2012) Medication for Attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl Med.* ,367(21): 2006-14.
- Lochman, J. E., & Van de Steenhaven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.
- López, C.,& Romero A.(2013)TDAH y Trastornos del comportamiento en la Infancia y la adolescencia. Clínica, diagnostico, evaluación y tratamiento. Medina. Pirámid
- López-Peralta, N. A., Herrera-Gutiérrez, E., & Peyres-Egea, C. (2012, March). INADAPTACIÓN Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN NIÑOS CON HIPERACTIVIDAD INMIGRANTES Y AUTÓCTONOS. In *I Congreso Nacional de Investigación e Innovación en Educación Infantil y Primaria*.
- López Villalobos, J. A., Andrés de Llano, J. M., & Alberola López, S. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista pediatría de atención primaria*,10(39), 513-531.
- López-Ibor-Aliño, J., & Valdés-Miyar, M. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.
- Loro-López M., Quintero J., García-Campos N., Jimenez-Gómez B.,Pando, Valera-Casal P., ...Correras-Lauffer J. (2009) Actualización en el tratamiento del trastorno por deficit de atención / hiperactividad. *Rev neurol* 49 (5), 257-264.
- Lyon, B. L. (2012). Stress, coping and health. A conceptual overview. En Rice, V. H. (Ed.),*Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory,and practice* (pp. 2-20). Los Angeles, LA: SAGE Publications, Inc.

- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor.*
- Madrid, F. El impacto social del T.D.A.H. (documento en la Web) Asociación Anadahi-Álava. Fecha de actualización no disponible (fecha de acceso: 1 abr. 2011). Disponible <http://anadahi.Kzcomunidades.net/es/html/Noticias/Elimpactosocialdeltdah/7/12.shtml>
- Mah, E.J., & Johnston C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal Children. *J Consult Clin Psychol*, 51(1),86-99.
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: a transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical child and family psychology review*, 16(2), 173-186.
- Mandal, R. L., Olmi, D. J., Edwards, R. P., Tingstron, D. H. & Benoit, D. A. (2000). Effective instruction delivery and time-in: Positive procedures for achieving child compliance. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (4), 1-12.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*, 155 (4) ,493-8
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Abikoff, H., & Moulton, J. L. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among Children with ADHD: a prospective follow-up study. *Journal of abnormal child psychology*, 32 (5), 565-573.
- Mannuzza, S., Klein, R.G & Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with Attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using oficial arrest records. *Psychiatry Research*, 160, 237-46.
- Marinho, M.L. & Ferreira, E. (2000). Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento de padres en grupo. *Psicología Conductual*, 8, (2), 299-318.
- Martínez-Segura, MJ. Características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Universidad de Murcia (homepage on internet) c2010 (actualizado en 2010; fecha de acceso 18 jun 2013). Disponible en: <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/10809/1/C%C3%ADsticas%20del%20TDAH.pdf>

- Martín, G. (2005). Niños con TDAH, ¿sólo traviosos. *Rev Esp Econ Salud*, 4(2), 59-62.
- Martínez-Raga, J. & Knecht, C. (2012). *Patología Dual. Protocolos de intervención. TDAH*. Barcelona: EdikaMed, SL.
- Martínez Segura M.J. (2010) Características del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Universidad de Murcia
- Martin, J. C., Maiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Byrne, S., Rodriguez, B. & Rodriguez, G. (2009). Programas de educación parental. *Intervención Psicosocial*, 18, 121-133
- Mas Pérez, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.
- Masuda, M., & Holmes, T. H. (1967). Magnitude estimations of social readjustments. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 219-225
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Matza, L. S., Paramore, C. & Prasad, M. (2005). A review of the economic burden of ADHD. Cost effectiveness and resource allocation, 3(1), 1-9.133.
- Matochik, J. A., Nordahl, T. E., Gross, M., Semple, W. E., King, A. C., Cohen, R. M., & Zametkin, A. J. (1993). Effects of acute stimulant medication on cerebral metabolism in adults with hyperactivity. *Neuropsychopharmacology*, 8(4), 377-386.
- Mayor, J. G., & García, R. S. (2011). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión¿ Hacia dónde vamos ahora. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la adolescencia*, 22(2).
- McLaughlin, D.P. y Harrison, C.A. (2006). Parenting practices of mothers of Children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 82-88.
- McCormick, L. H. (2009). Improving social adjustment in Children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of family medicine*, 9, 191-194.
- Meichenbaum, D.H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive Children to talk themselves. A mens of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77 (2), 91-97.

- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional strategy training: a cognitive prothesis for the aged. *Human development*, 17 (4), 273-280.
- Menkes, MM., Rowe, JS. & Menkes, JH. (1967) A twenty-five year follow-up study of the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, 39: 393-9.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A., & Díez, I. (2001) Estilos de crianza y desarrollo psicosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 54(4), 691-703.
- Michanie, C., Márquez, M. & Estévez, P. (1993). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio de comorbilidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 91, (4), 231-238.
- Michanie, C. (2000). *Comorbilidad en el AD/HD*. En E. Joselevich (comp), *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (A. D. / H. D.), en Niños, Adolescentes y Adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Michanie, C., Márquez, M. & Estévez, P. (1993). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio de comorbilidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 91, (4), 231-238.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, SV., Sayer, J., Kleinman, S. (2002) Case-control study of Attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(4), 378-85.
- Mickelson, K. D., Lyons, R. F., Sullivan, J. L. & Coyne, J. C. (2001). Yours, mine, ours: Therelational context of communal coping. En Sarason, B. R. y Duck, S. W. (Eds.) *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology* (pp. 181-200). Sussex, England: Wiley y Sons.
- Mikami, A.Y., Lerner, M.D., Griggs, M.S., McGrath, A. & Calhoun, C.D. (2010). Parental influence on children with attention deficit/hyperactivity disorder: II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 737-749.
- Mikulic, I. M., & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de investigaciones*, 15, 0-0.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V, et al(1997).ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in Children and adolescents. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36,37-44.

- Miller, G. E & Prinz, R. J.(2003) Engagement of families in treatment for child-hood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34 (4), 517-534.
- Milner, J. S. (2003). Social information processing in high-risk and physically abusive parents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 7-20.
- Minuchin, S. (1999) *Familias y terapia familiar*. Séptima reimpresión, Gedisa, Barcelona. Pág. 86.
- Miranda A. (2011). *Manual práctico de TDAH*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Miranda (2012). Avances en la evaluación y tratamiento psicológico infanto-juvenil. II Symposium nacional. Psicología clínica y de la salud con niños y adolescentes. (Universidad Miguel Hernández, Elche).
- Miranda, A. (1985). Estrategias Educativas familiares, Estructura de la familia y Características Psicosociales de los niños preescolares. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Miranda, A., Amado, L. & Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga. Aljibe.
- Miranda-Casas, A., García-Castellar, R., Meliá-de Alba, A., & Marco- Taverner, R. (2004). Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Revista de Neurología*, 38, 156-163.
- Miranda, A., & García, R. (2007). Familias con hijos TDAH. *1ª Jornadas sobre TDAH. Estepona, España*.
- Miranda, A., García, R., & Presentación, M. J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología*, 34(1), 91-97.
- Miranda A, Grau D. Family and School: its influence on Children with ADHD (poster) (2005). 3th International ADHD Meeting. Badajoz, 17-19th
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R. & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con TDAH: influencia en la evolución del trastorno. *Rev Neurol*, 44 (2), 23-25.

- Miranda, A., Grau, D., Meliá, A., & Roselló B. (2008) Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev neurol*, 46 (1), 43-45.
- Miranda, A., Marco, R. & Grau, D. (2007) Parenting stress in families of Children with Attention-deficit/ hyperactivity disorder comorbidity. En T.E. Scruggs y M.A. Mastropieri (Eds). *Advances in learning and behavioral disabilities* (pp 139-169). Hillsdale, NJ: Elsevier.
- Miranda, A., Soriano, M. & García, R. (2005). Reading Comprehension and written composition problems of children with ADHD: Discussion of research and methodological considerations, In T. Scruggs and M.A. Mastropieri (Eds), *Advances in Learning and Behavioral Disabilities* (Vol 19: 237-256), Oxford,UK:Elsevier.
- Miranda, A., Soriano, M. & García, R. (2006). Reading comprehension and writing composition of children with ADHD: Discussion of research and methodological considerations. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 19, 237-256.
- Miranda, M.C., Muskat, M., & Mello, C.B (2.013). *Neuropsicología del desarrollo: trastornos en neurodesarrollo*. Río de Janeiro: Rubio.
- Miranda, C. A. & Santamaría, M. M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia: Promolibro.
- Mitchell, J.T., Robertson, C.D., Anastopolous, A. D., Nelson-Gray, R.O., & Kollins, S. H. (2012) Emotion Dyregulation and Emotional Impulsivity among Adults with attention- deficit/ Hyperactivity Disorder: Results of a Preliminary Study. *Journal Of Psychopathology and Behavioral. Assessment*, 34, 510-519. Doi: 10. 1007/s 10862-012-9297-2
- Modesto-Lowe, Vania., MD, MPH., Danforth, Jeffrey S., PhD, & Brooks Donna, M.S. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*. 47, 9. <http://online.sagepub.com>
- Molfese, V., Rudasill, K., Beswick, J., Jacobi-Vessels, J., Ferguson, M. & White, J. (2010). Infant temperament, maternal personality, and parenting stress as contributors to infant developmental outcomes. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 49-79.

- Moghaddam, M.F., Assareh, M., Heidaripar, A. Rod, R.E & Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of Children with ADHD and normal Children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45-95.
- Molina, M. F. (2013). Revisión del avance en el estudio las autopercepciones de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Neuropsicología Latinoamericana*, 5(3).
- Montague, M. & Castro, M. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concerns and Issues. In P. Clough, P. Garner, J.T. Pardeck & F. Yuen (Edit.), *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties* (pp. 399-415). London: SEGE.
- Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz, PM., Herreros-Rodriguez, O.,... Rey-Sánchez, F., (Grupo de Especial Interés en el TDAH, GEITDAH). (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Rev Neurol*, 51, 633-637.
- Moos, R.H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual Framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-25.
- Moos, R.H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses, *European Journal of Psychological Assessment*, 11,1-13.
- Moss, R.H., & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on coping: Toward an Integrative Framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1387-1403.
- Moos, R.H. (2010) CRIA. Adaptación española: Teresa Kirchner Nebot y María Forns, Santacan. *Inventario de Respuestas de Afrontamiento*. Publicaciones de Psicología Aplicada. TEA Ediciones, S.A. Madrid
- Morais, M. (2014). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en adultos: clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias. Tesis Doctoral*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Vall d'Hebron Hospital. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/145395/mmn1de1.pdf?sequence=1>
- Moreira, M. S. (2010). Stress e suporte social em pais de crianças com perturbação de hiperactividade com défice de atenção.

- Morris, M. (2001). Parental stress and marital satisfaction in families of Children with Attention deficit/ hyperactivity disorder. *Disertation Abstracts International Section A: Humanities and Social SSciencias*, 61 (7-A).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in Children, Young people and Adults. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- Needleman, H.L, Riess, J.A, Tobin, M.J, Biesecker, G.E., Greenhouse, J.B. (1996). Bone lead levels and delinquent behavior. *JAMA*. 275(5), 363-9.
- Needleman, H.L, Riess, J.A, Tobin, M.J, Biesecker, G.E., Greenhouse, J.B. (1996). Bone lead levels and delinquent behavior. *JAMA*. 275(5), 363-9.
- O'Connor, J., & Lages, A. (2005). Coaching con PNL. *Urano: Barcelona*.
- Oliva, A., Arranz, E., Parra, A. & Olabarrieta, F.(2013). Bajos niveles de estrés familiar. Estructura y ajuste del menor en España. *Journal of Child and Family Studies*.
- Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2000) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I., & Polayno-Lorente, A. (2007). *Programas de intervención cognitivo conductual para niños con TDAH*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2011) Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH, «mi cabeza es como si tuviera mil pies». Madrid: Pirámide.
- Ortega Lopez M.A. (2011) Retos en la relación de noviazgo ante el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (tda/tdah) de uno de los miembros de la pareja. 12ª Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.Psiquiatria.com.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of clinical child psychology*, 29(4), 615-625.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian journal of psychology*, 54(3), 213-221.

- Oswald, S.H., & Kappler, C.O (2010). Las relaciones familiares de los niños con TDAH. En: Louzã Neto MR, ed. Déficit de atención trastorno / hiperactividad: de toda la vida. Porto Alegre: Artmed, p. 368-77.
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Coords.), De - sarrollo afectivo y social (pp. 267-284). Madrid: Pirámide.
- PANDAH, I. (2013). El TDAH en España. *España: ADELPHA*.
- Pardos, A., Fernández Jaén, A., & Martín Fernández Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 107-111.
- Parker, J. D. A., y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review.*European Journal of Personality*, 6(5), 321-344.
- Pascual -Castroviejo, I., (2009).*Síndrome de Déficit de Atención-Hiperactividad* (4ª Edición), Madrid, Díaz de Santos
- Pelham, W.E. (2002). Psychosocial interventions for ADHA in P.S. Jensen y J.R.Cooper (Eds.) Attention deficit hyperactivity disorder: state of the science, best practices. Kinston NJ: Civic Research Institute Pp. 12-36.
- Pelham, W. E., Geenslade, K. E., Vodde- Hamilton, M., Murphy, D. A., Greenstein, J. J., ...Guthrie, M. D. & Dahl, R. E. (1990) Relative efficacy of long-acting stimulants on Children with Attention deficit-hyperactivity disorder: a comparasion of standard methylphenidate, sustained-release methylphenidate, sustained-release dextroamphetamine, and pemoline. *Pediatrics*, 86 (2), 226-237.
- Peña, J. A, & Montiel-Nava C. (2003) Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: ¿Mito o realidad? *Rev. Neurol*, 36, 173-9
- Pérez Padilla, J. (2014). El estrés parental en familias en situación de riesgo psicosocial.
- Perkins, S. C., Finegood, E. D., & Swain, J. E. (2013). Poverty and language development: Roles of parenting and stress. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10, 10-19.
- Perote Alejandre, A., & Serrano Agudo, R. (2012). TDAH: origen y desarrollo.*Madrid: Fundación Tomás Pascual*.

- Peroni E.B., & Cadena C.(2015) Comprender el impacto del TDAH en la dinámica familiar y posibilidades de intervención psicológica. *Rev.Psicopedagogica* 32(97) Sa Paulo.
- Pinderhugles, E.E., Dodge, K.A., Bates, J.E., & Pettit y Zelli, A. (2000). Discipline responses: influences of parent's socioeconomic status ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14, 380-400.
- Plessen, K. J., Bansal, R., Zhu, H., Whiteman, R., Amat, J., Quackenbush, G. A., ... & Peterson, B. S. (2006). Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 795-807.
- Poeta L.S, (2004). Estudio epidemiológico Rosa Neto F. en los síntomas de déficit de atención / hiperactividad y trastornos de comportamiento en las escuelas públicas de la red Florianopolis utilizando EDAH. *Rev Bras Psiqu*, 26 (3): 150-5.
- Podolski, C.L& Nigg, J.T (2001). El estrés de los padres y de afrontamiento en relación con la gravedad de TDAH infantil y los problemas de conducta disruptiva niño asociado. *J Clin Psychol Niño*; 30 (4): 503-13.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S, Horta, B.L, Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), 942-8.
- Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(3), 18-26.
- Presentación, M.J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler R., & Jara P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conductas asociados. *Rev. neurol*, 42(3), 137-143.
- Presentación, M. J., Miranda, A. & Amado, L. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases betiológicas y evaluación. En García Sánchez, N. (Coordinador). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo* (pp. 287-318). Madrid: Pirámide.

- Presentación, H. M., Siegenthaler, H. R., Jara, J. P., & Miranda, C. A. (2010). [Psychosocial intervention follow-up in children with ADHD: effects on academic, emotional and social functioning]. *Psicothema*, 22(4), 778-783.
- Price, S. J., Price, C. A. & McKenry, P. C. (2005). Families coping with change: A conceptual overview. En Price, S. J. y McKenry, P. C. (Eds.), *Families and change: Coping with stressful events and transitions* (pp. 1-23). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Protocolo de coordinación de Actuaciones Educativa y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. (2008) Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud Mental.
- Quay, H.C. (1993). The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective, 5, *Development and Psychopathology*.
- Quay, H.C. & Hogan, A.E (1999). Handbook of disruptive behavior disorders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Quintero, F.J., Correas, J. & Quintero, F.J. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Barcelona: Editorial Masson Elsevier. 3ª edición.
- Quintero, J., Loro, M, Jiménez, B. & García, N. (2011) “Aspectos evolutivos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad” *Vetex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 22,101-8.
- Quintero, F.J. Herrera, J.A., Correas, J., San Sebastián, J., García, N., & Loro, M. (2009). Características clínicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia, en Francisco Javier Quintero, Javier Correas y Francisco Javier Quintero, *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Edición), Madrid, Elsevier Masson.
- Quintero, J., Balanza-Martinez, V., Correas, J. & Soler, B (Grupo de estudio para el Déficit de Atención del Adulto, GEDA-A). (2013). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto: visión del clínico. *Actas Españolas de psiquiatría.*, 41(3), 185-95.

- Rabito-Alcón, M. F., Correas, J. (2014). Guías para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una revisión critic. *Actas Esp. Psiquiatr*, 42 (6), 315-24.
- Ramos-Quiroga, J.A.(2009). TDAH en adultos: Factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico. (Thesis). Universitat Autònoma de Barcelona. Hospital de Vall d'Hebron.
- Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(3), 147-54.
- Ramos-Quiroga, J.A., Castells, X., Bosch, R., Gómez, Nogueira, M., Palomar, G., Sáez, N. & Casas, M. (2009). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto. En F. J. Quintero, J. Correas & F. J. Quintero (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed., pp. 199-214). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Ramos-Quiroga, J. A., Picado, M., Mallorquí-Bagué, N., Vilarroya, Ó., Palomar, G., Richarte, V., ... & Casas, M. (2013). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional. *Rev Neurol*, S93-S106.
- Resolution 2042 (2015) Final versión.Ensuring comprehensive treatment for children with attention disordersAuthor(s): Parliamentary Assembly Origin - *Text adopted by the Standing Committee*, acting on behalf of the Assembly, on 6 March 2015 (see [Doc. 13712](#), report of the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, rapporteur: Ms Sílvia Eloïsa Bonet Perot).
- Responsiveness to Intervention and Learning Disabilities. (document en internet) The National Joint Committee on Learning Disabilities representing eleven National and international organizations (NJCLD). June 2005. Disponible en: <http://www.Idanatl.org/pdf/rti2005.pdf>
- Revenson, T. A., & Lepore, S. J. (2012). Coping in social context. En A. Baum, T. A., Revenson y J. E. Singer (Eds). *Handbook of Health Psychology, 2nd edition* (pp. 193-217). New York, NY: Psychology Press.
- Rey, C.A. (2006) Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia Adolescencia y Familia*, 1 (1), 61-84.

- Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems-a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Reyna, C., & Brussino, S. (2011). Avaliação de habilidades sociais de crianças na América Latina. *Psicologia em Estudo*, 16(3), 359-367.
- Rhode, L.A., Biederman, J., Busnello, E.A., Zimmerman, H., Schmitz, M. & Martins, S. (2000). ADHD in a School sample of Brazilian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722.
- Richaud, M. C. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Rev. latinoam. psicol*, 37(1), 47-58.
- Riddle, M.A, Geller B, Ryan, N (1993). Another sudden death in a child treated Risk and Protective Factors. En E. M. Cummings, P. T. Davies y A. J. Campbell (Eds.), *Developmental Psychopathology and Family Process* (pp. 124-151). New York, NY: The Guilford Press.
- Rivera, L., & Abuín M.R. (2012). Listado de síntomas Breve. TEA Ediciones, S.A.
- Robles, Z., & Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Rodríguez, C., González-Castro, P., Álvarez, L., Vicente, L., Núñez, José C., González-Pienda, Julio A., ...Cerezo, R. (2011). Universidad Oviedo Nuevas Técnicas de evaluación en el trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 63-73.
- Rodrigo, M. J., & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Barcelona, España: Alianza.
- Rodrigo, M. J., Maiquez, M. L. & Martín, J. C. (2013). Programas de apoyo para promover la parentalidad positiva. En R. Santibanez y A. Martínez-Pampliega (Eds), *Intervención comunitaria en adolescentes en riesgo* (pp. 75-86). Barcelona, España: Grao.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, C. & Maiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18, 113-120.

- Rodriguez-Lafora G. (1917). Los niños mentalmente anormales (Mentally abnormal Children.) Madrid: La lectura with deipramine. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry* 32, 792-797.
- Rogers, M. A., Wiener, J.E, Marton, I. & Tannock, R. (2009) Supportive and Controlling Parental Involvement as Predictors of Children's Academic Achievement: Relations to Children's ADHD Symptoms and Parenting Stress. *Published online: Springer Science + Business Media, LLC*
- Ros Soler, A. I. (2014). Consumo de drogas y su relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un estudio prospectivo: 1981-2013.
- Ros, A., Valoria, A., & Nieto, J. (2004). Consumo de cocaína y otros psicoestimulantes: su relación con el síndrome de hiperactividad infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(6), 346-352.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, J. & Mulas, F. (2003) El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 36, 79-84.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Ryan, E.E. (2002). AD/HD symptoms in parents of children with AD/HD: Impact on family functioning. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 63 (4-B): 2072.
- Sánchez Mármol, D. J., & Herrera-Gutiérrez, E. (2010). El alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito académico. *II Jornadas de los Máster en Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria*, 579-598.
- Safont, Ll. (2013). Factores socioeconómicos, del entorno y personales asociados a síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Trabajo Final de Máster
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. Á. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of nonpharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 44-51.

- Stelzer, Florencia, Mazzone, Cecilia, Cervigni, Mauricio & Martino, Pablo (2011). CONSIDERACIONES SOBRE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO MULTIMODAL PARA EL TRATAMIENTO DE TDAH. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Safer, D. J. & Allen, R.P. (1976): *Niños Hiperactivos. Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid : Santillana.
- Salari, R., & Thorell, L. B. (2015). Parental monitoring in late adolescence: Relations to ADHD symptoms and longitudinal predictors. *Journal of adolescence*, 40, 24-33.
- Salomone, S., Fleming, G.R, Shanahan, J.M, Castorina, M., Bramham, J., O'Connell, R.G., & Robertson(2015). Los efectos de un programa de entrenamiento de auto-alarma (SAT) en adultos con TDAH. *Front. Hum. Neurosci.*
- Sanz, M. J. M. (2010). Tratamiento en psiquiatría del niño y del adolescente. *Psicopatología en la clínica pediátrica* (pp. 243-254). Ergon.
- San Sebastián Cabases, J., Soutullo, C., & Figueroa, A. (2010) Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH, en César Soutullo Esperón y María Jesús Mardomingo Sanz, *Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente*, Madrid, Panamericana.
- San Sebastián, J., & Quintero, F. J. (2009). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: generalidades y psicofarmacología. En F. J. Quintero, J. Correas & F. J. Quintero (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed., pp. 199-214). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Sánchez- Pérez, N., & González- Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumno con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivo, Emocionales y Temperamentales. *Revista Electrónica de Investigación en Psicología Educativa*, 11, 527-550.
- Sánchez, D. J., Herrera-Gutiérrez, E., Rodríguez, J.M, & Peyres, C. (2011) En Román, J.M., Carbonero, M.A., & Valdivieso (comps). *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 9535-9547). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación. ISBN: 978-84-614-8296-2.

- Sanders, M. R. & Cann, W. (2002). Promoting positive parenting as an abuse prevention strategy. En K. D. Browne, H. Hanks, P. Stratton and C. Hamilton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse: A handbook* (pp. 145-163). West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Sanders, Mr., Mazzucchelli, T.G. & Studman, L. (2004). Stepping Stones Triple P An evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability: its theoretical basis and development. *J Intellect Dev Disabil*, 29, 1-19.
- Sanders; Bartholemew, K and J. Owens, M.D., MPH (2006). Sleep and AD/HD: A review. *Medicine and Health Rhode Island*, 89: 91-93
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 624.
- Sandin, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2, 3-52. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Science Tolos. Curso practice “one-line” de TDAH para Pediatras. Programa de formación continuada. (Documento en internet) c2008 (actualizado en 2008; fecha de acceso oct 2013). Disponible en: <http://www.sciencetools.es/Content/PEPTDAH/cap 1.pdf>.
- Sechzer, J.A., Faro, M.D. & Windle, W.F (1973): Studies of monkeys asphyxiated at birth: implications for minimal cerebral dysphyxiated at birth: implications for minimal cerebral dysfunction. *Semin Psychiatry* 5:19-34.
- Segal, Z. V. (2010). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. S. F. Hick, & T. Bien (Eds.). Guilford Press
- Seidman, L., Biederman, J., Faraone, S., Weber, W. & Oullete, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of Attention deficit-hyperactivity disorder, performance of Children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 150-160.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Serud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., et al (1992): Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred simple. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:439-448.
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J. Á. (2013). Is psychological treatment efficacious for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Review of nonpharmacological treatments in children and adolescents with ADHD. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1), 44-51.
- Sergeant, J.A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model, *Biological Psychiatry*, Vol. 57.
- Servera, M. (2012). *Actualización del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños*. Décima edición de Formación Continua a Distancia del Consejo de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Servicio Murciano de Salud (2008). Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas en la Detección y Diagnóstico del TDAH. Murcia: Consejería de Educación, Ciencia e Investigación.
- Seymour, K. E., Mostofsky, S. H., & Rosch, K. S. (2015). Cognitive Load Differentially Impacts Response Control in Girls and Boys with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 1-14.
- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N & Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *The Journal of Neuroscience*, 28 (14), 3586-3594.
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A.G. et al. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in Attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non- treatment. *BMC Med*.
- Shaw, D, S., Owens, E.B., Giovannelli, J., & Winslow, E.B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 36-43.
- Sheldrick, R . C., Kendall, P. C., & Heimberg, R. G. (2001).The clinical significance of treatments: A comparasion of three treatments for conduct disoreded Children. *Clinical Psychology: Sciencie and Practice*, 8 (4), 418-430.

- Sherman, D. K., MCue, M. K., & Iacano, W. G. (1997). Twin concordance for Attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154 (4), 532-535.
- Siegenthaler-Hierro, R., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C., & Miranda-Casas, A. (2013). Análisis de factores moduladores de la intervención psicosocial en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 56(Supl 1), S85-92.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003) Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Smith, C. (2010). Multiple determinants of parenting: Predicting individual differences in maternal parenting behavior with toddlers. *Parenting: Science and Practice*, 10, 1-17.
- Sohl, S.J. & Moyer, A. (2009). Refining the conceptualization of a future-oriented self-regulatory behavior: Proactive coping. *Personality and Individual Differences*, 47(2), 139-144.
- Solis, M. L., & Abidin, R. R. (1991). The Spanish version parenting stress index: A psychometric study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(4), 372-378.
- Solis, M. L. & Abidin, R. R. (1991). The Spanish version Parenting Stress Index: A
- Soutullo, C. & Díez, A., (2007) *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, C., (2008) *Convivir con Niños y Adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* (2ª Edición), Madrid, Panamericana.
- Soutullo, C., (2011). *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Soutullo, C., (2012) *Diagnóstico Diferencial del TDAH*. (Documento en internet) Fundación CADAH. (Actualizado el 2013; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnostico-diferencial-del-tdah.html>.

- Soutullo, C. (2012). *Uso del metilfenidato en el tratamiento del TDAH*. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Soutullo, C., Alda, J.A., Bobes, J., Bonet, T., Cardo, E., Casas, M.,...Urcelay, J. (2013) *Informe Pandah. El TDAH en España*.
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. J. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Speiser, Z., Korczyn, A.D., Teplitzky, I., et al (1983): *Hyperactivity in rats following posnatal anoxia*. *BehavBrain Res* 7: 379-382.
- Spencer, T., (2006) «Antidepressant and specific norepinefrine reuptake inhibitor treatments», in Russel A. Barkley, *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd Edition), New York, Guilford Press.
- Spera, C., (2005). *A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievemennt*. *Educational Psychology Review*, 17 (2), 125-146.
- Srinivas, N.R., Hubbard, J.W., Quinn, D., et al: *Enantioselective pharmacokinetics and pharmacodynamics of dl-threomethylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder*. *Clin Pharmacology Ther* 52: 561-568, 1992.
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management*. *CNS drugs*, 20(2), 107-123.
- Steinberg, L., Blatt-Eisengart, I., & Cauffman, E. (2006). *Patterns of competence and adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent and neglectful homes: A replication in a simple of serious juvenile offenders*. *Journal of research on Adolescence*, 16 (1), 47-58.
- Still, G. F. (1902). *The coulstonian lectura on some abnormal physical conditions in Children*. *Lancet*, 1: 1008-12.
- Still, J. J. (1902). *The coulstonian lectura on some abnormal physical conditions in Children*. *Lancet*, 1, 1008-12.
- Stone, k. (2000). *An investigation of sibling relations-hips of Children with ad/hd and their older siblings*. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 60 (8-B): 4255.

- Strauss, A. A. & Kephart, N. C. (1955). Psychopathology and education of the brain-injured child. Vol. 2: Progress in theory and clinic. New York: Grune and Stratton.
- Strauss, A.A., & Lehtinen, L.E. (1947). Psychopathology and education of the brain-injured child. New York: Grunevand Stratton.
- Suls, J., David, J. D. & Harvey, J.H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4), 711-735.
- Swanson, J.M. (1995). SNAP-IV Scale. UC Irvine: Child Development Center.
- Swanson, J.M., Sergeant, J.A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Jensen, P. S. & Cantwell, D.P. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 351, 429-33
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B.,... Wigal, T. & Wu, M . (2001) Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates base don severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 168-179.
- Swanson, J., Gupta, S., Lam, A., Shoulson, I., Lerner, M., Modi, N, N., Lindemulder, E. & Wigal, S. (2003). Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of Attention-deficit/hyperactivity disorder: proof-of-concept and proof-of-product studies. *Archives of General Psychiatry*, 60(2) ,204-211.
- Swanson, J.M., Arnold, L.E, Kraemer, H., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S. et al. (2008) MTA Cooperative Group. Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long- term outcomes in the Multimodal Treatment study of Children with ADHD (MTA): part I: executive summary. *J Atten Disord*,12(1): 4-14.
- Szatmari, P., Offord, D. & Boyle, M. (1989). Correlates, associated impairments, and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders: finding from the Ontario Child Health Stufy. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... & Zuddas, A. A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*,13(1), i7-i30.

- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M., (1996) «Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development », *Journal of the American Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-36.
- The MTA cooperative Group (1999). Moderators and mediators of treatment response for Children with Attention- deficit/ hyperactivity disorder: The multimodal Treatment study of Children with Attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1088-96.
- The real voices report. (2014). Alliance for Change. Código del trabajo: ES/BU/ADHD/14/0042a.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family studies*, 20(5), 640-647.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R. J. (2001). Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 922-928.
- Trastornos asociados (documento en internet) c 2013 (actualizado en may 2013; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: [http:// www.trastornohiperactividad.com/trastornos-tdah](http://www.trastornohiperactividad.com/trastornos-tdah).
- Trenas, A. F. R., Cabrera, J. H., & Osuna, M. J. P. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Tripp, G. A. I. L. (2004). ADHD: Beyond the child. *Convergence: Interdisciplinary communications*, 2005, 58-61.
- Tripp, G. & Wickens, J. (2008). Dopamine transfer deficit: A neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 691-704.
- Umbarger, C (1999) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires Amorrortu Pág. 39.
- Urra, J. (2006) *El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas*. Madrid: La esfera de los libros.

- Van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of child and family studies*, 21(1), 139-147.
- Van Steijn, D. J., Oerlemans, A. M., Van Aken, M. A., Buitelaar, J. K., & Rommelse, N. N. (2014). The reciprocal relationship of ASD, ADHD, depressive symptoms and stress in parents of children with ASD and/or ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(5), 1064-1076.
- Vanderheiden, G. C., & Lloyd, L. L. (1986). Communication systems and their components. *Augmentative communication: An introduction*, 49-162.
- Vaillant, G.E. (1992) *Ego mecanismo of defense*. Aguide for clinicians and rechearchs. Washington, American Psychology Press.
- Verdugo, M.A., Rodriguez, A., & Sainz F. (2012). Escala de calidad de vida familiar. Colección de herramientas 6/2012. Publicaciones INICO.
- Vereb, R. L., & DiPerna, J. C. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD, and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33(3), 421.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Bilbao-Acedos, I., Fernández-Calderón, F., Betanzos-Espinosa, P., ... & Pérez-García, M. (2010). Diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con dependencia de cocaína: utilidad de los nuevos síntomas de funcionamiento ejecutivo de Barkley. *Trastornos adictivos*, 12(2), 72-78.
- Vicario, M. H., & Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *PediatríaIntegral*, 609.
- Vicario, M. I. H., & Esperón, C. S. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral*, 177-197.
- Simón, V. (2013). Mindfulnes y psicología: presente y futuro. *Informació psicològica*, (100), 162-170.
- Vidal i Parera, A. (1908) *Compedio de Psiquiatria Infantil*. 2nd edition. Barcelona: Librería del magisterio condal 35.

- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. (2012). Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas españolas de psiquiatría*, 40(3), 147.
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez, J.A & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15 (4), 581-588.
- Vitiello, B., Severe, J. B., Greenhill, L. L., Arnold, L.E., Abikoff, H. B., Bukstein, O. G., Elliott, G. R., Hechtman, L., Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., March, J. S., Newcorn, J.H., Swanson, J. M & Cantwell, D. P. (2001). Meth-ylphenidate dosage for Children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 188-196.
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1036-1043.
- Young, S., Fitzgerald, M. & Postma, M.J. (2013). TDAH: hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados. Shire AG, con el apoyo del European Brain Council (EBC) y Gamian-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks).
- Waller, R., Gardner, F., Dishion, T. J., Shaw, D. S., & Wilson, M. N. (2012). Validity of a brief measure of parental affective attitudes in high-risk preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 945-955.
- Walsh, J.J & McGrath, F.(2000) Identity, coping style and health behaviour among first generation. Irish immigrants in England. *Psychology & Health*, 15, 467-482
- Ward, M.F, Wender, P.H & Reimherr, F.W (1993): The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of child-hood Attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150, 885-890.

- Watzlawick, P. & Jackson, D. (1971). Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires. Tiempo Contemporaneo. Pág 50
- Webster-Stratton, C. (2011). The incredible years: parent, teacher, and child training series (IYS). In *Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents: An NIH State-of-the-Science Conference* (p. 73).
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as Adults: a controlled prospective 15- year follow-up of 63 hyperactive Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(2), 211-220.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1992). *Hyperactivity Children Grown Up*. Nueva York: Guilford Press.
- Wells, K.C., Epstein, J.N., Hinshaw, S.P., Conners, C., Keith, C., Klaric, J., ... Wigal, T. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes inattention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543-553.
- Wender, P.H. (1995). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Nueva York: Oxford University Press.
- Whitaker, A.H, Van Rossem, R., Feldman, J., et al (1997): Psychiatric outcomes in low-birth-weight Children at age 6 years: relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. *Arch Gen Psychiatry* 54: 847-856.
- White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needless, D. J., & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 130, 192-205
- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 251-263.
- WHO. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health 10th Revision (ICD-10)*. 2010. (documento en internet c2013 (fecha de actualización no disponible; fecha de acceso jun 2013) Disponible en: <http://www.who.int>.
- Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: a meta-analysis. *Jama*, 274(20), 1617-1621.

- World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO.
- Zametkin, A. J., Liebenauer, L. L., Fitzgerald, G. A., King, A. C., Minkunas, D. V., Herscovitch, P., ... & Cohen, R. M. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *50*(5), 333-340.
- Zeidner, M. (1995). Adaptive coping with test situations: A review of the literature. *Educational Psychologist*, *30*, 123-133.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD a feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, *11*(6), 737-746.

ANEXOS



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO (LEY 41/ 2002)

Nos ponemos en contacto con Ud. Y le pedimos colaboración para participar en un estudio sobre las **”LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA MEJORA DEL AFRONTAMIENTO PARENTAL AL ESTRÉS Y SU REPERCUSIÓN EN LA ADAPTACIÓN GENERAL DE NIÑOS CON TDAH”**

El estudio y su procedimiento va a ser realizado por Laura Saura Miranda, desarrollado desde el DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA SOCIAL, bajo la dirección de la profesora Dra. M^a Ángeles Abad Mateo y en colaboración con la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADA+HI) Molina.

D/Dña.....,

abajo firmante autorizo a Dña. Laura Saura Miranda, que me sea realizada una serie de procedimientos diagnósticos mediante entrevistas evaluativas.

Me comunican que **se mantendrá en secreto mi identidad**, asignándome un código de identificación, y que **los resultados globales** de la totalidad de la muestra estudiada sólo se pondrán **a disposición de la comunidad científica** y de los padres que así lo deseen (artículo 16,17, ley 41/ 2002).

Entiendo que este proyecto de investigación en ningún caso puede reportar riesgo para mi salud (artículo 16, 17, ley 41/ 2002).

Por lo tanto, en base a la información recibida, doy mi consentimiento, libremente, para participar en este estudio.

Si, por algún motivo, usted tiene alguna duda o requiere alguna aclaración, por favor, no dude en comunicarlo al Centro, por medio de la directora técnica.

Nuestro más sincero agradecimiento por su colaboración. Reciban un cordial saludo.

Firma de la participante

Firma del investigador

En Murcia, a

ANEXO 2

CASO PRÁCTICO - EVALUACIÓN DEL PROBLEMA

María se siente frustrada cada vez que trata de que su hijo Francisco se ponga a estudiar. Al inicio de curso dispuso su cuarto de todos los materiales necesarios para crear un clima adecuado de trabajo. Acondicionó bien la habitación para que no tuviera distractores y le ayudó a planificar su horario de estudio semanal, que juntos colgaron en la cartelera que tienen frente al escritorio. Fran se comprometió con ella en que lo llevaría a cabo y acordaron que si lo cumplía, al final de cada semana se le premiaría con una paga para que pudiera salir con sus amigos el viernes a cenar.

Sin embargo, a medida que avanza el curso, a Fran le cuesta cada vez más sentarse a la hora prefijada y cuando al fin lo consigue se siente incapaz de mantener su actividad durante el tiempo que le corresponde. Además, cuando no tiene muchos deberes o no hay examen esa semana se niega a aprovechar el tiempo restante en tareas de repaso o refuerzo. Elena, su hermana, que ha empezado este año la universidad, se ha ofrecido a ayudarlo. Pero tampoco ha conseguido que se comprometa a seguir el ritmo y cada vez que se sientan a trabajar juntos acaban discutiendo porque, lejos de servirle de modelo, Fran cada vez se siente más incompetente al compararse con ella y al comprobar que sus resultados no son proporcionales al esfuerzo que realiza.

Esto genera un conflicto diario entre todos los miembros de la familia, que está afectando a la armonía del hogar. María acaba castigándolo casi a diario, dejándolo sin videoconsola por las noches y algunos fines de semana sin salir. Cuando Pedro, su padre, llega a casa por la noche todo son gritos y malas caras.

El mayor temor de María es que su hijo no consiga aprobar el curso, a pesar de que es consciente de que tiene una buena capacidad, porque lo ha demostrado en otras ocasiones, sobre todo cuando le ha gustado la materia. Se siente incapaz de manejar la situación y sobre todo de controlar la impotencia y la rabia que le genera pensar que acabe

abandonando los estudios y no consiga alcanzar metas que le permitan desarrollarse y tener una buena profesión en el futuro. ¿Qué puede hacer?



Asociación de Ayuda al Déficit
de Atención e Hiperactividad

ANEXO 3

PROGRAMA RESPIRA

- 1. QUÉ ES EL TDAH Y QUÉ NO ES TDAH**
- 2. ESTRATEGIAS PSICOEDUCTIVAS. CONVIVIR CON UN TDAH**
- 3. MI FAMILIA Y YO. VALORES FAMILIARES.**
- 4. EL CUIDADO DEL CUIDADOR. TOMA DE CONCIENCIA SOBRE NUESTRAS NECESIDADES BÁSICAS.**
- 5. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN. PRÁCTICA MINDFULNESS**
- 6. AFRONTAMIENTO Y GESTIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS**
- 7. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN: EL COLEGIO Y YO**
- 8. AUTOCOACHING**

ANEXO 4

INFORMACIONES ORALES PARA LOS PADRES SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS E INFORMES.

LSB CASO 1

Las puntuaciones obtenidas en las escala de validez, indican que el paciente no ha intentado minimizar los síntomas que padece ni magnificar los mismos, pudiendo considerarse la prueba como válida y poder tener en cuenta el resto de puntuaciones.

Respecto a los índices generales, el índice global de severidad es significativo más por la intensidad de los síntomas presentes en la persona que por el número de los mismos.

Fijándonos en las escalas clínicas, son de mención las puntuaciones que encontramos en la escala de psicorreactividad, pudiendo tratarse de una persona que es sensible en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación con la propia imagen, así como a tener formas de actuar y de pensar con exceso de auto observación.

CRIA CASO 2

Del análisis del perfil de estrategias de afrontamiento de XXXX, se observa que emplea la mayoría de las estrategias evaluadas.

Destaca el uso de la descarga emocional (DE) como vía de escape y ventilación de sentimientos, ya que se halla considerablemente por encima del promedio. Esto indica que llora y puede descargar su enfado y frustración en otras personas, lo cual puede aliviar momentáneamente su tensión interna, pero no a largo plazo.

XXXX piensa en el problema, pero no de forma recurrente y reiterativa (EC), y aceptándolo con cierta resignación (AR), ya que ambas estrategias se sitúan en el promedio. Además, se implica en actividades alternativas que le recompensan y que crean nuevas fuentes de satisfacción (BR).

De las estrategias de foco aproximativo, observamos que XXXX analiza la situación de forma lógica (AL), la reevalúa positivamente (RP), busca apoyo, guía o información (BG) así como soluciones directas al problema (SP), encontrándose las cuatro estrategias bastante por encima del promedio.

TAMAI CASO 3

Nombre: XXXXX (9 años)

Nivel I

➤ Inadaptación General.

Luego de analizar el perfil de resultados de XXXX obtenido para evaluar el nivel de inadaptación que pudiera presentar en las diversas áreas que conforman su vida, no se constata la presencia de grandes dificultades para acoplarse y estar a gusto consigo mismo o con el ambiente. A continuación se realiza un análisis más detallado de estas subáreas.

➤ Inadaptación personal

	No se constata	Ligeramente alto	Alto	Muy alto
Desajuste disociativo			X	
Autodesajuste	X			
Cogniafección	X			
Cognipunición	X			
Intrapunición	X			
Depresión	X			
Somatización		X		

El perfil de puntuaciones de XXXX en el área de inadaptación personal nos informa que el evaluado está un poco insatisfecho consigo mismo así como con su realidad, mostrando ciertas dificultades para aceptarse a sí mismo.

Centrándonos en cada una de las subáreas, observamos ciertas reacciones de ansiedad y sufrimiento consigo mismo. Percibe la vida como difícil, con cierta tendencia al pensamiento pesimista.

XXXX manifiesta leve tendencia a sentir molestias o dificultades corporales, que se pueden manifestar con mareos, dolor de cabeza, entre otros.

➤ Inadaptación Escolar

	No se constata	Ligeramente alto	Alto	Muy alto
Inadaptación escolar externa		X		
Aversión a la institución		X		
Aversión al aprendizaje		X		

En el área escolar observamos una ligera constatación en la inadaptación escolar en general. XXXX manifiesta ligera aversión al aprendizaje lo cual podría indicar desagrado hacia el estudio y falta de motivación por el saber. También muestra cierta insatisfacción con el profesorado y la situación

➤ Inadaptación social

	No se constata	Ligeramente alto	Alto	Muy alto
Autodesajuste social	X			
Agresividad social	X			
Disnomia	X			
Restricción social	X			
Introversión	X			
Hostilgencia	X			

En cuanto a las relaciones interpersonales, los datos obtenidos no manifiestan la existencia de problemáticas en la manera en que XXXX se relaciona con los demás, en rasgos generales. Parece tener un comportamiento ajustado a la realidad social, respetando las normas impuestas. No considera que su actitud social se encuentre reducida en cantidad ni en calidad, es decir, no se percibe como una persona introvertida a la que le cueste relacionarse y tampoco parece tener una actitud hostil hacia los demás ni se siente a sí misma como víctima de la hostilidad de otros.

➤ Insatisfacción familiar

XXXX no constata la existencia de insatisfacción en cuanto al clima del hogar y la relación de los padres entre sí.

➤ Insatisfacción con hermanos

En lo referido a la insatisfacción o malestar en la relación con sus hermanos, tampoco se constata la existencia de malestar.

➤ Estilos educativos parentales

a) Padre

	No se constata	Ligeramente alto	Alto	Muy alto
Educación asistencial personal	X			
Permisivismo	X			
Restricción	X			
Estilo punitivo	X			
Estilo despreocupado	X			
Estilo Perfeccionista	X			

b) Madre

	No se constata	Ligeramente alto	Alto	Muy alto
Educación asistencial personalizada	X			
Permisivimos	X			
Restricción	X			
Estilo punitivo	X			
Estilo despreocupado	X			
Estilo Perfeccionista	X			

En lo referente a la adecuación de la educación de sus padres, XXXX percibe ambos estilos educativos como adecuados. Según los datos obtenidos el evaluado percibe a ambos progenitores de forma igualitaria en la relación existente y el grado de acuerdo entre ellos.

Según lo descrito por XXXX no se constata una discrepancia educativa entre sus padres. Parece ser que ambos padres le proporcionan una normativa adecuada en el cuidado y desarrollo de su libertad y autonomía.

Finalmente cabe destacar que muestra una proimagen constatada en un nivel alto. Estas puntuaciones parecen indicar que el evaluado ha intentado modificar su imagen para hacerla más deseable, lo cual invita a tomar con cautela los resultados obtenidos o lo largo del cuestionario.

