

Lic. Erika Arciniega Mondragón

Estilos de crianza parental y su correlación con la severidad de los
síntomas que presentan niños diagnosticados con TDAH.

2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología

Estilos de crianza parental y su correlación con la severidad de
los síntomas que presentan niños diagnosticados con TDAH.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en

Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Presenta

Lic. Erika Arciniega Mondragón

Dirigida por:

M. en C. Fabiola García Martínez

San Juan de Río, Qro., Octubre de 2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Estilos de crianza parental y su correlación con la severidad de los síntomas que presentan niños diagnosticados con TDAH.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Presenta:

Lic. Erika Arciniega Mondragón

Dirigido por:

M. en C. Fabiola García Martínez

M. en C. Fabiola García Martínez
Presidente

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela
Secretario

Dra. Gloria Nélida AVECILLA RAMÍREZ
Vocal

Dra. Pamela Garbus
Suplente

Mtra. Melissa Calderón Carrillo
Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Octubre de 2019
México

Con Cariño para los docentes de la MSMIA
que comparten sus conocimientos en busca de
expandir los horizontes intelectuales de nuevas generaciones.
Universidad Autónoma de Querétaro- San Juan del Río.

Agradecimientos

Agradezco;

A la Universidad Autónoma de Querétaro por darme la oportunidad de ser acreedora a beca, brindándome apoyo económico durante el periodo de formación académica para concluir satisfactoriamente la maestría.

Al cuerpo docente del posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro- Campus San Juan del Río, especialmente a M en C Fabiola García Martínez, directora de tesis. Dra. Gloria Nérida AVECILLA RAMÍREZ, Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela, Mtra. Melissa Calderón Carrillo y Dra. Pamela Garbus, coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (MSMIA). Por haber recibido, de ustedes, el apoyo incondicional y desinteresado para el desarrollo del proyecto.

Al Servicio de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), subdirección de enseñanza, capacitación e investigación que a través del comité Estatal de investigación coordinado por la Dra. Ivette Mata Maqueda revisaron y aprobaron la colaboración para la presente investigación. Al Centro de Salud Mental del Estado de Querétaro (CESAM), a cargo de la Dra. Marbella Espino Cortés, por su colaboración así como a su equipo de trabajo, de forma especial a la T.S Nora Hilda García Fuentes, por que permitieron se generará el vínculo con los padres de algunos niños y niñas diagnosticados (as) con TDAH. A la Dra. Enoé Cruz Martínez que también proporcionó datos para contactar a niños con diagnóstico de TDAH.

A los padres y madres de familia, y a los niños evaluados porque pese a sus múltiples actividades cotidianas brindaron el apoyo, la confianza y el tiempo para responder los instrumentos propuestos para poder obtener la información que hizo posible la redacción de esta tesis.

A todas y cada una de las personas que directa o indirectamente colaboraron para que este proyecto académico pudiera concluirse. Destaco el apoyo de la Dra. Nancy Amador Buenabad y el Dr. Roberto Enrique Varela por proporcionarme las escalas (de cuidadores y el cuestionario de autoridad paterna, respectivamente). Enfatizo mi reconocimiento a mi esposo Jaime Vigil Mejía por brindarme apoyo incondicional para persistir, resistir y no desistir a los compromisos que fueron surgiendo durante el trayecto de formación académica.

¡A todos muchas gracias por sumar esfuerzos para alcanzar la meta!

Índice

Agradecimientos	IV
Índice.....	V
Índice de tablas.....	VII
Índice de figuras.....	VIII
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
1 Introducción.....	XI
1.1 Planteamiento de problema.....	XIII
1.1.1 Problema de investigación.....	XIII
1.1.2 Justificación.....	XV
2 Antecedentes /estado del arte	- 1 -
2.1 Antecedentes Históricos del TDAH.....	- 1 -
3 Fundamentación Teórica.....	- 4 -
3.1 Descripción clínica TDAH	- 4 -
3.1.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V.....	- 5 -
3.1.2 Diferencias en los subtipos TDAH.....	- 6 -
3.1.3 Etiología del TDAH	- 8 -
3.1.4 Datos Epidemiológicos del TDAH.....	- 14 -
3.1.5 Modelo centrado en las disfunciones ejecutivas.....	- 15 -
3.1.6 Intervención y tratamiento para TDAH.....	- 18 -
3.2 La familia.....	- 20 -
3.2.1 Estilos de crianza y prácticas asociadas	- 22 -
3.2.2 Estilos de crianza.....	- 24 -
3.2.3 Prácticas de crianza	- 27 -
3.3 Estilos de crianza y TDAH.....	- 30 -
4 Hipótesis o supuestos	- 33 -
4.1 Hipótesis	- 33 -
4.1.1 Preguntas	- 33 -
5 Objetivos	- 34 -
5.1.1 Objetivo General	- 34 -
5.1.2 Objetivos Específicos	- 34 -
5.1.3 Objetivos Secundarios.....	- 35 -
6 Material y Métodos / Metodología.....	- 36 -
6.1 Población	- 36 -

6.2	Técnicas para la recolección de datos.....	- 38 -
6.2.1	Evaluación aplicada a los niños:.....	- 38 -
6.2.2	Evaluación aplicada a las madres:.....	- 43 -
6.3	Consideraciones éticas.....	- 49 -
7	Resultados y Discusión	- 51 -
7.1	Resultados.....	- 51 -
7.1.1	Características generales de la muestra	- 51 -
7.1.2	Datos obtenidos de la entrevista anamnésica	- 66 -
7.1.3	Características generales de las madres de los participantes evaluados	- 75 -
7.1.4	Descripción de características de estilos de crianza	- 77 -
7.1.5	Correlación entre estilos de crianza y áreas cognitivas evaluadas en los menores.....	- 79 -
7.1.6	Relación entre Connors percepción materna y Neuropsi rasgos cognitivos evaluados	- 81 -
7.2	Discusión	- 84 -
7.2.1	Limitaciones	- 91 -
8	Conclusión.....	- 92 -
9	Bibliografía	- 93 -

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Diferencias entre los subtipos de TDAH.</i>	- 7 -
Tabla 2. <i>Tratamiento Psicológico para TDAH.</i>	- 19 -
Tabla 3. <i>Perfil general de ejecución de la prueba Neuropsi.</i>	- 39 -
Tabla 4. <i>Normas para ambos sexos de la prueba Raven.</i>	- 41 -
Tabla 5. <i>Tabla de diagnóstico de capacidad de educación.</i>	- 41 -
Tabla 6. <i>Tabla para obtención de Edad Mental en la prueba de figura humana.</i>	- 42 -
Tabla 7. <i>Puntuaciones T del perfil Escala</i>	- 46 -
Tabla 8. <i>Características de la muestra de los niños.</i>	- 52 -
Tabla 9. <i>Rasgos cognitivos y de conducta evaluados en los menores participantes.</i>	- 62 -
Tabla 10. <i>Síntomas centrales de TDAH presente en los menores con base en la escala Conners.</i>	- 66 -
Tabla 11. <i>Comparación de datos por grupo, extraídos de la entrevista anamnéstica.</i>	- 70 -
Tabla 12. <i>Frecuencia de uso de métodos de disciplina sugeridos en el reactivo.</i>	- 74 -
Tabla 13. <i>Características de la muestra de madres</i>	- 77 -
Tabla 14. <i>Estilos de crianza predominantes por grupo.</i>	- 78 -
Tabla 15. <i>Descripción de las puntuaciones entre grupos de la Escala de Cuidadores.</i>	- 79 -
Tabla 16. <i>Correlación entre estilo de crianza y áreas cognoscitivas evaluadas.</i>	- 80 -
Tabla 17. <i>Correlación entre Conners (percepción materna) y Neuropsi (rasgos cognitivos evaluados).</i> ...	- 83 -

Índice de figuras

Figura 1 <i>Circuito fronto-estriado</i>	- 9 -
Figura 2. <i>Heterogeneidad del TDAH</i>	- 10 -
Figura 3. La edad para alcanzar el grosor cortical máximo en niños con TDAH en comparación con los niños con desarrollo típico.....	- 11 -
Figura 4. Esquema control de inhibición.....	- 17 -
Figura 5. Rasgos cognitivos evaluados con Neuropsi.....	- 52 -
Figura 6. Puntajes medios en funciones ejecutivas para ambos grupos por tareas.....	- 53 -
Figura 7. Puntajes medios en memoria de trabajo para ambos grupos por tareas.....	- 54 -
Figura 8. Puntajes medios en codificación de memoria para ambos grupos por tareas.....	- 55 -
Figura 9. Puntajes medios en evocación de memoria para ambos grupos por tareas.....	- 56 -
Figura 10. Puntajes medios en atención concentración para ambos grupos por tareas.....	- 57 -
Figura 11. Subescalas Conners vinculadas con sintomatología TDAH.....	- 60 -
Figura 12. Diferencias Subescalas rasgos de comportamiento.....	- 61 -
Figura 13. Diferencia entre edad cronológica y mental entre grupos.....	- 64 -
Figura 14. Diferencias de síntomas de inatención entre grupos.....	- 64 -
Figura 15. Diferencias síntomas de hiperactividad entre grupos.....	- 65 -
Figura 16. Subtipos de TDAH por grupos.....	- 65 -
Figura 17. Frecuencias de reporte de familiares con o sin TDAH.....	- 68 -
Figura 18. Frecuencia con la que presentan dificultades académicas por grupo.....	- 68 -
Figura 19. Frecuencia de uso del regaño.....	- 71 -
Figura 20. Frecuencia de uso de castigo físico.....	- 72 -
Figura 21. Frecuencia de uso de tiempo fuera.....	- 73 -
Figura 22. Frecuencia de uso del premio como método de disciplina.....	- 73 -
Figura 23. Frecuencia de uso del convencimiento.....	- 74 -
Figura 24. Nivel escolar de las mamás participantes.....	- 75 -
Figura 25. Ocupación de las mamás participantes.....	- 76 -
Figura 26. Correlación entre estilo de crianza autoritario y los procesos cognitivos de atención y funciones ejecutivas.....	- 80 -
Figura 27. Correlación distracción y funciones ejecutivas.....	- 81 -
Figura 28. Correlación entre nivel cognitivo distracción y memoria.....	- 81 -
Figura 29. Correlación entre nivel cognitivo distracción con atención y memoria.....	- 82 -
Figura 30. Correlación entre atención y funciones ejecutivas con hiperactividad impulsividad.....	- 82 -
Figura 31. Correlación entre atención y funciones ejecutivas con hiperactividad.....	- 83 -

Resumen

Se evaluaron 28 niños con residencia en el Estado de Querétaro (Querétaro, San Juan del Río, Amealco de Bonfil, El Marqués y Tequisquiapan), con el objetivo de comparar los estilos de crianza utilizados por sus mamás. Los participantes se segmentaron en dos grupos integrados por 14 niños cada uno. Un grupo de 9.21 años promedio, DE 1.81, con diagnóstico de TDAH , valoración emitida por médicos especialistas; y un grupo de 8.67 años de edad promedio \pm 1.60, sin la presencia de factores de riesgo ni sospecha de cumplir criterios de diagnóstico de TDAH (grupo control). También se buscó identificar y establecer relaciones existentes entre los síntomas TDAH y los estilos de crianza materna a través de los datos obtenidos. Los infantes fueron evaluados con la prueba NEUROPSI atención y memoria, se integraron los datos reportados por las mamás de los participantes a través de tres escalas (PAQ, Cuidadores y Conners) vinculándolos a lo referido en la entrevista anamnésica. La información recabada fue separada por grupo para el análisis estadístico. Se compararon los resultados promedio entre los dos grupos con la prueba *t- student* para pruebas independientes. **Resultados:** No se encontraron diferencias entre los estilos de crianza utilizados por las madres de niños con diagnóstico de TDAH y los de madres de niños sin diagnóstico de TDAH. En la relación de rasgos cognitivos evaluados en los menores y la percepción de los estilos de crianza (permisivo, autoritario y democrático) reportados por las madres participantes se encontró correlación significativa entre funciones ejecutivas y el estilo de crianza autoritario.

(**Palabras clave:** TDAH, inatención, hiperactividad, prácticas de crianza, correlación)

Abstract

Twenty-eight children with residence in the State of Querétaro (Querétaro, San Juan del Río, Amealco de Bonfil, El Marqués and Tequisquiapan) were evaluated, with the aim of comparing the parenting styles used by their mothers. The participants were segmented into two groups consisting of 14 children each. An average group of 9.21 years, SD 1.81, with a diagnosis of ADHD, assessment issued by medical specialists; and a group of 8.67 years of average age \pm 1.60, without the presence of risk factors or suspicion of meeting ADHD diagnostic criteria (control group). We also sought to identify and establish relationships between ADHD symptoms and maternal parenting styles through the data obtained. The infants were evaluated with the NEUROPSI attention and memory test, the data reported by the mothers of the participants were integrated through three scales (PAQ, Caregivers and Conners) linking them to what was referred to in the anamnestic interview. The information collected was separated by group for statistical analysis. The average results between the two groups were compared with the t-student test for independent tests. **Results:** No differences were found between parenting styles used by mothers of children with a diagnosis of ADHD and those of mothers of children without a diagnosis of ADHD. In the relationship of cognitive traits evaluated in children and the perception of parenting styles (permissive, authoritarian and democratic) reported by the participating mothers, a significant correlation was found between executive functions and authoritarian parenting style.

(**Keywords:** ADHD, inattention, hyperactivity, parenting practices, correlation)

1 Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no es de reciente aparición, existe evidencia que se ha estudiado desde finales del siglo XVIII convirtiéndose en un tema de interés, preocupación y ocupación. En 1798 ya se describían y estudiaban niños que presentaban los tres síntomas nucleares que caracterizan al síndrome; sin embargo a lo largo del tiempo ha cambiado la forma de llamarlo y de comprenderlo. Múltiples estudios científicos han revelado evidencias que apoyan la disfunción del trastorno, sin embargo estos hallazgos no son suficientes para explicar en su totalidad la heterogeneidad del trastorno lo que justifica la necesidad de realizar investigaciones al respecto.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de atención (inatención o desatención), desorganización y/o hiperactividad e impulsividad. Actualmente se consideran 18 criterios, establecidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 2014), para determinar la presencia / ausencia del trastorno. Existen tres subtipos de TDAH con rasgos característicos que distingue a cada uno: TDAH- D, TDAH- HI y TDAH- C. Los diagnosticados suelen experimentar dificultades para mantener la atención, las funciones ejecutivas, y la memoria de trabajo. Trastorno cuya condición de vida ha despertado el interés en el ámbito científico por su alta morbilidad, en México se estima que el 5% de la población infante juvenil lo padece (American Psychiatric Association, 2014).

Se sabe que la etiología del TDAH puede ser genética o adquirida. Se ha demostrado la alta heredabilidad del trastorno estimando que el 80% como factor principal del origen del TDAH. El restante 20% señala que existen otros factores también implicados. La participación de la herencia es clara más el patrón de transmisión es complejo y aún desconocido.

Existe consenso en estudios científicos que el TDAH está sumamente relacionado con las funciones ejecutivas: diseño de planes, selección de conductas, autorregulación, flexibilidad y organización de tareas. Barkley (1997) explica el TDAH como un trastorno en

el desarrollo del autocontrol/autorregulación, el cual se define como la capacidad que tiene una persona para frenar una respuesta inmediata (inhibición conductual) ante estímulos externos o internos que se presenten como distracción. El acompañamiento multimodal individualizado se considera la mejor opción para el tratamiento del TDAH pues se deben contemplar varias dimensiones (Rodríguez Hernández, 2014).

Por otro lado, la familia funge como el primer agente socializador del niño a través del cual se introduce a las relaciones interpersonales; es el primer grupo referencial de normas y valores que se adoptan como propias y que a futuro permitirán vivir en sociedad. En la convivencia en familia es de donde se aprenden los tipos de conductas y actitudes consideradas socialmente apropiadas (Jaramillo, 2007).

El contexto familiar, entorno inicial en el que crecen los niños, impacta transcendentalmente sobre cómo se desenvolverán y comportarán en su vida futura. Cuanto mejor sea su ambiente primario, mejor se formarán muchos aspectos de vida: desarrollo físico, emocional y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos (Irwin, Siddiqui y Hertzman, 2007).

Escalante y López (2002) hacen referencia a siete funciones básicas que se obtienen en la familia: brindar identidad, proporcionar protección, desarrollar y establecer la seguridad básica, brindar las experiencias sociales más importantes, introyección de normas sociales de convivencia, la demostración amorosa conforme a su desarrollo y construir un filtro con la sociedad.

En toda relación de padres con su hijo se ponen en práctica los estilos de crianza con la finalidad de influir, educar y/u orientar al menor. El modo como los padres educan a sus hijos, como les enseñan a aplicar normas de conducta y sociales; la manera como se lo transmiten es decisiva sobre el comportamiento y actitudes de sus hijos ante diversas circunstancias. Los estilos de crianza se usan con la finalidad de guiar en la dirección que es considerada por los padres la más adecuada para desarrollar en sus hijos: afecto, control

conductual, comunicación, transmisión de valores (Ramírez, 2005). La relación que se establece entre padres e hijos parece asociarse sistemáticamente al desarrollo psicológico y conductual del niño (Steinberg, 2001).

Uno de los modelos más elaborados en relación a los estilos de crianza fue el realizado por Diana Baumrind (1967) quien extrajo información sobre el efecto que genera la autoridad paterna en la crianza de los hijos. Presentó tres tipologías de control parental: permisivo, autoritario y democrático. Casi dos décadas después Macoby y Martin (1983) integraron una cuarta el estilo permisivo negligente. Más tarde las aportaciones de Baumrind fueron renombradas, subdivididas y clasificadas de diversas maneras por otros autores existiendo nuevas denominaciones al respecto que han servido para reformular la propuesta de origen.

Existen distintas prácticas asociadas con los estilos de crianza Diana Baumrind (1967) priorizó la implicación afectiva, la comunicación y el control parental. Torío López y cols., (2008) plantearon que son elementos que los padres emplean para favorecer la adaptación de los hijos y tienen que ver con la combinación de diversas y variadas prácticas que en conjunto establecen los estilos de crianza. Amador et al. (2012) retoman el involucramiento positivo, la solución de problemas, la disciplina, la supervisión y el desarrollo de habilidades como factores fundamentales para establecer una crianza positiva.

1.1 Planteamiento de problema

1.1.1 Problema de investigación

Se sabe que el TDAH es el principal motivo de consulta neuropsiquiátrica o neuropsicológica en la población infanto-juvenil. La condición de vida de las personas diagnosticadas repercute en la salud pública, existe mayor riesgo de accidentes (50%) y uso de servicios de emergencia (33%); también genera dificultades en la formación académica, 35% abandonan los estudios y 46% son expulsados de las escuelas. Dejando secuelas en salud mental pese a que los criterios de normalidad o anormalidad dependerán de la tolerancia contextual y/o de aspectos socioculturales (Zapico y Pelayo, 2012).

Los niños con TDAH suelen tener conductas con excesiva actividad y/o inatención que les generan problemas sociales y de educación, haciendo que los padres interactúen de manera rígida con ellos (Winter y Dulcan, 2004). Rodríguez, Del Barrio, y Carrasco, (2009) plantean que los niños diagnosticados con TDAH son llevados a terapia, generalmente por los padres, refiriendo problemas de conducta.

Los rasgos de comportamiento presentes en los niños diagnosticados con TDAH generan problemas de salud mental, muchas de las veces, no solo en la persona que padece el trastorno sino también en las personas con quien conviven directa o indirectamente. La familia y la infancia ha sido un aspecto que se ha mantenido como un aspecto de la vida privada, como algo fuera del alcance de la investigación a pesar de su importancia en el ámbito social (Zapico y Pelalyo, 2012).

Analizar sobre el estilo de crianza materno supone la posibilidad de conocer elementos que favorezcan la adaptación de los niños. Los modelos de crianza se caracterizan por tener giros y/o cambios, como consecuencia de las transformaciones culturales y/o sociales a lo largo del tiempo. Cuando la sociedad evoluciona se ve la necesidad de introducir dentro de los modelos de crianza, nuevas estrategias que se ajusten a la época o necesidad actual (Roa Capilla y Barrio, 2001).

Se debe indagar sobre los estilos de crianza, la manera de educar, y los comportamientos y/o las actitudes que toman los padres hacia sus hijos, ya que suelen tener consecuencias negativas o positivas, que pueden dejar secuelas manifiestas durante toda la vida. Los hogares con estilos de crianza inconsistentes funcionan como un factor de riesgo para la aparición de problemas (físicos y /o mentales) infantiles (Rodríguez et al., 2009). Los estilos difieren de unos padres a otros; de una familia a otra; de una comunidad a otra y los efectos provocados en los niños también son diferentes (Ramírez, 2005).

Debido a la alta incidencia del trastorno se vuelve indispensable contar con datos significativos que permitan identificar características específicas en torno a los estilos de

crianza y los síntomas de TDAH, para diseñar estrategias de intervención que favorezcan la salud mental de la población.

Indagar si el estilo de crianza autoritario está relacionado con mayor presencia de sintomatología TDAH fue con la intención de obtener datos específicos que generaran conocimiento para ser aplicado a proyectos futuros de investigación y/o intervención con las personas que han sido diagnosticadas con TDAH así como a los familiares. La hipótesis planteada en el estudio no sugiere que la relación existente entre las variables sea causal.

1.1.2 Justificación

El tratamiento más utilizado en la atención a niños con TDAH requiere el uso de fármacos controlados. Sin embargo, se ha reportado que en un 30%- 40% de los individuos tratados con fármacos no se producen cambios “positivos” en la conducta (Nash, 2000). Hay que añadir también la renuencia de algunos padres a la administración de fármacos a sus hijos (Balbuena, 2016). Aunque las aproximaciones al tratamiento han sido en gran medida de índole farmacológica, se recomienda que se trabaje de manera combinada y se aplique el uso de terapias conductual, cognitivo-conductual y neuropsicológicas; los resultados son mejores con tratamientos interdisciplinarios, pues se reflejan cambios más notorios en la vida cotidiana (Yañez Tellez, 2016).

Existen diversos factores de la vida cotidiana, que generan en las madres o cuidadores primarios alteraciones de su salud mental (estrés, depresión, ansiedad, agresividad, etc.) que a su vez interfieren en los estilos de crianza y las relaciones con los hijos. Es importante contar con información que permita contribuir a la salud mental tanto de los padres y/o cuidadores como de los niños, niñas y adolescentes (Cuervo Martínez, 2010). El niño pequeño aprende de sus padres cómo pensar, cómo hablar, cómo interpretar y utilizar su experiencia, cómo controlar su reacción y cómo influir en otras personas (Baumrind, 1967).

Soutullo Esperón et al. (2007) manifiestan que el TDAH impacta a quien lo padece así como a la familia y a la sociedad en términos tales como: autoestima, estrés familiar y situaciones poco favorables en los ámbitos académico y laboral.

Indagar sobre los síntomas y el estilo de crianza desde la percepción materna sirve tanto para generar nuevo conocimiento como para comprender si la relación de crianza que se establece entre madres e hijos con diagnóstico TDAH puede usarse, a futuro, para proponer una herramienta estratégica de intervención que permita estimular el tipo de contacto más adecuado proporcionado por las madres, buscando que el potencial de control comportamental pueda desarrollarse inhibiendo alguna estimulación inadecuada (disciplina inconstante, supervisión deficiente, nula interacción) y/o mal sincronizada.

Aunque no es parte de los objetivos principales de la presente investigación, también se considera relevante indagar sobre la capacidad de educación y la madurez mental de niños diagnosticados con TDAH por ser contenidos menos explorados tanto en la investigación científica como en la literatura y que sin embargo son procesos que aportan información relevante en torno a las capacidades de razonamiento no verbal vinculado directamente con las funciones ejecutivas que permiten a la persona controlar la distracción, fijarse metas y seguir los pasos para conseguirlas.

El estudio de la relación que se establece entre mamás e hijos fue planteado como una estrategia útil y objetiva para medir características que pueden influir tanto en las conductas adaptativas como desadaptativas de los niños. El TDAH es el trastorno de mayor incidencia a nivel mundial en la población infanto-juvenil. Esta investigación es una contribución social para aportar datos que beneficien la salud pública más directamente la salud mental. Los resultados obtenidos impulsan la tarea del diseño, futuro /próximo, de estrategias de intervención adecuadas en la crianza, para retribuir a la salud mental del portador del diagnóstico de TDAH, su familia e incluso a la sociedad. Se podría diseñar un taller psicoeducativo para replicarse como estrategia de prevención e intervención.

2 Antecedentes /estado del arte

2.1 Antecedentes Históricos del TDAH

Quintero y Castaño de la Mota (2014) hacen una antología sobre el TDAH, en ella plantean que no es un trastorno de reciente aparición, fue descrito hace más de 100 años, aunque el mayor conocimiento al respecto se ha producido en los últimos tiempos, en base a extensas y diversas investigaciones. Las primeras referencias y / o descripciones de trastornos de conducta en la infancia relacionadas con lo que hoy conocemos como TDAH, se remontan hacia principios del siglo XIX; en registros literarios, los cuales describen niños inquietos y disruptivos. Alexander Crichton (1798), médico escocés, escribió el libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental” donde describió lo que parecía ser un caso de TDAH del tipo inatento denominándolo “Mental Restlessness” (agitación o Inquietud Mental); refería un paciente, con estado inquieto e incapacidad para atender con constancia, situación que entorpecía su instrucción escolar. Heinrich Hoffman (1845) publicó, “Struwwelpeter”, traducido a “Pedro Melenas”, un libro ilustrado, en el cual destacaba las características de un niño inquieto que cumplía con los criterios modernos del tipo hiperactivo impulsivo de TDAH. No obstante, la primera descripción clínica formal del TDAH fue la que en 1902 hizo el pediatra británico George Still quien describió a 43 niños que tenían problemas con la atención sostenida y un defecto mayor del control motor de su conducta. Sin embargo, Still nunca usó la designación actual del síndrome; aunque los niños que el describió muy probablemente cumplirían los criterios diagnósticos actuales del TDAH.

En la década de 1930, Charles Bradley tenía un grupo de estudiantes con problemas de conducta y neurológicos en quienes utilizó bencedrina obteniendo como resultado que los participantes presentaran cambios favorables en el aprendizaje y la conducta, se interesaban más en las actividades y conseguían hacerlo más rápido y mejor. A pesar de las evidencias mostradas el uso del medicamento en los menores no fue aceptado por lo que tuvo que ser postergado casi tres décadas cuando el metilfenidato mostró efectividad para tratar los trastornos de atención (Dueñas García, 2005).

Durante la primera mitad del siglo XX (1950), la hiperactividad se convirtió en el síntoma primario, y junto con la noción de un defecto en el sistema nervioso central (lesión cerebral) se convirtió en la principal caracterización del TDAH en la época, aunque aún no se denominaba así. Surgieron conceptos como el de “Disfunción cerebral mínima”, “Síndrome del niño con daño cerebral”; “Trastorno Hiperkinético”, entre otros (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

En 1968 apareció por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, segunda edición (DSM II, por sus siglas en inglés) con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia”. En la década de los 70, Stterfield y Dawson (1971) proponen que los rasgos del TDAH eran producto de un control inhibitorio débil (Dueñas García, 2005); las investigaciones de Virginia Douglas (1972) enfatizaron los rasgos vinculadas con la “atención sostenida” y el “control de impulsos”; es decir, los aspectos cognitivos empezaron a adquirir relevancia sobre la “hiperactividad”; sus aportaciones influyeron para cambiar la etiqueta al trastorno. En 1980 el DSM-III cambia la denominación del diagnóstico a “Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad: *TDAH+* sobreactividad motora, dificultades con la atención sostenida y el control de la impulsividad o *TDAH-* problemas con la atención focalizada o velocidad de procesamiento de la información” (Lange et al., 2010).

En 1987, en la revisión de la tercera edición (DSM-III-R) se eliminó el concepto de los dos subtipos porque los estudios de investigación empezaron a multiplicarse y los especialistas consideraron que la impulsividad y la hiperactividad estaban relacionadas, formando parte del control inhibitorio y equiparándose en importancia con la atención. Razón por la que a finales de los 80’s los tres síntomas (atención, hiperactividad e impulsividad) se combinaron creando una sola puntuación de corte. En esta edición se le denomina Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En 1992, el TDAH quedó registrado en el grupo de trastornos del comportamiento y funcionamiento cognitivo en el DSM (Quintero y Castaño de la Mota, 2014).

Para la publicación de la cuarta edición de la serie de Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-IV (1994) la polémica y la investigación sobre los rasgos principales del trastorno continuaron, dando como resultado que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) restituyera la denominación que existía en los 80's para el trastorno. Regresa la posibilidad del diagnóstico puramente inatento. En esa década, se hace referencia a la existencia del término TDAH con tres subtipos: *a*) con predominio Inatento (TDAH-D), *b*) Con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), *c*) Combinado manifestando síntomas de los dos subtipos antes mencionados (TDAH-C). Para finales de la década de los 90's se evidencian anomalías estructurales en el cerebro de los niños con el trastorno, La red prefrontal – estriada es más pequeña en niños con TDAH (Barkley y Murphy, 2006). La disfunción del circuito fronto-estriado parece responder a los déficit ejecutivos y al de control inhibitorio presentes en las personas con diagnóstico de TDAH. A pesar de que ya existen evidencias que apoyan científicamente la disfunción de dicho circuito estos hallazgos no son suficientes para explicar la heterogeneidad del trastorno (López Martín et al., 2010).

En el 2000 se hizo una revisión de la cuarta edición (DSM IV-R) y con base a estudios longitudinales se demostró que el TDAH no es de orden episódico, sino que es una afectación crónica, razón que obligó a los expertos a solicitar se validara el TDAH en adultos (Lange et al., 2010). Barkley describe disfunción del sistema ejecutivo aunado a este el déficit del control inhibitorio (conductual y cognitivo) considerándolo la alteración central del trastorno (Muñoz et al., 2006).

El 18 de mayo de 2013 se publicó el DSM-V (2014 la edición traducida al español) versión que sirvió para apoyar la conceptualización y criterios de TDAH utilizado en el estudio.

3 Fundamentación Teórica

3.1 Descripción clínica TDAH

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de atención (inatención o desatención), desorganización y/o hiperactividad e impulsividad. Los dos primeros implican que el menor tenga incapacidad de seguir instrucciones para hacer tareas específicas, el grado de desatención hace que parezca que no escucha y con mucha frecuencia pierda objetos que les son necesarios para su cotidianidad. La hiperactividad - impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar su turno. Estos rasgos de comportamiento deben haber persistido por más de 6 meses consecutivos, haberse manifestado desde antes de los 7 años, e impedirle tener un funcionamiento social adecuado en dos o más ámbitos sociales distintos: casa, escuela y/o cualquier otro espacio que frecuente (American Psychiatric Association, 2014).

Martínez (2010) refiere que un niño con el diagnóstico TDAH posee su capacidad cognitiva dentro de estándares típicos pero con problemas de inhibición, por ejemplo al tener que detectar un estímulo relevante entre triviales, se distrae con facilidad, tiene problemas para mantener la atención por ciertos periodos de tiempo (no consigue focalizar su atención), comete errores por descuido, tiene dificultades para seguir instrucciones, pareciera que esta ausente, sus hábitos de trabajo suelen ser desorganizados, no piensa las cosas antes de actuar y no reconoce el peligro, por lo que es común que sufra accidentes con frecuencia.

La persona diagnosticada con TDAH es portadora de un trastorno del comportamiento que afecta su salud mental. La salud mental se conceptualiza como: “estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivo, afectivo, conductual y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales, para la convivencia el trabajo y la recreación” (Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro, 2017).

3.1.1 Criterios diagnósticos en el DSM-V

Las investigaciones realizadas durante los últimos 30 años demostraron que los síntomas del TDAH pueden ser divididos en dos rasgos predominantes por separado; a) inatención y b) hiperactividad- impulsividad (DuPaul et al., 2018). En el DSM-V (2014) se considera la evaluación de 18 criterios, para obtener el diagnóstico, organizados en las dos características principales presentes en la persona con rasgos comportamentales del trastorno: nueve de estos criterios evalúan características de inatención, y nueve de hiperactividad-impulsividad (seis y tres respectivamente). Descritos de la siguiente manera:

Criterios de Inatención: Con frecuencia...

- a. Comete errores, por descuido e inatención, en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
- b. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales que le han sido asignados.
- e. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Olvida las actividades cotidianas.

Criterios de Hiperactividad: Con frecuencia...

- a. Juguetea o golpea con las manos y/o los pies. Se retuerce en el asiento.
- b. Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

- e. Está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor".
- f. Habla excesivamente.

Criterios de Impulsividad: Con frecuencia...

- g. Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Le es difícil esperar su turno.
- i. Interrumpe o se inmiscuye en los juegos, actividades o conversaciones de otros.

De acuerdo con el número de criterios presentes en la persona evaluada se le reconoce con rasgos predominantes de uno de los tres subtipos: TDAH-D, desatento; Trastorno por TDAH-HI, Hiperactivo Impulsivo o bien TDAH-C, combinado. El número de criterios registrados permite inferir el impacto con que se presenta el trastorno: Leve, Moderado o Severo (American Psychiatric Association, 2014).

El diagnóstico debe ser establecido con un análisis multidisciplinar: evaluación psicológica, psicopedagógica, neuropediátrica y dependerá de las necesidades que se detecten en la persona a evaluar (Zapico et al., 2012).

3.1.2 Diferencias en los subtipos TDAH

Aunque existe una lista de criterios específicos, no en todos los casos resulta sencillo reconocerlo. Es un trastorno que se identifica a partir del comportamiento, se diagnostica y se trata para reducir posibles consecuencias negativas y complicaciones. Sin embargo, aún hay niños que no reciben tratamiento porque aún no se examinan sus síntomas; así como también hay los que han sido diagnosticados con el trastorno sin tenerlo. Desafortunadamente, en ambos casos, pasa tiempo antes de que inicien el tratamiento adecuado (Soutullo y Díez, 2007).

Actualmente el TDAH es considerado un trastorno heterogéneo debido a que se presenta de distintas formas (Capdevila et al., 2006). El estudio de numerosos casos arroja la

evidencia de que no existe un patrón de conducta único y/o específico. La problemática clínica que puede estar presente en los menores es diferente de unos a otros haciendo heterogénea la sintomatología. Existen al menos dos tipos de inatención: la selectiva que es más característica en los menores diagnosticados del subtipo desatento y la sostenida más común del subtipo combinado. En impulsividad difiere la cognitiva (estilo de aprendizaje, resolución de tareas) y la motora (falta de control motor). Sin restarle importancia a la comorbilidad del TDAH con otros trastornos (Balbuena, 2016).

Capdevila y colaboradores (2006) muestran datos que indican que los subtipos de TDAH se manifiestan y evolucionan diferente a lo largo del tiempo, ver Tabla 1.

Tabla 1. *Diferencias entre los subtipos de TDAH.*

	TDAH-D	TDAH- HI	TDAH –C
Inatención	Déficit en la velocidad de procesar información. Atención selectiva. Impacta principalmente el plano intelectual y el rendimiento académico.	Déficit ausente o leve. Buen nivel Intelectual.	Déficit en atención sostenida Falta de constancia, distracción. Bajo nivel intelectual.
Hiperactividad impulsividad	Poco activo	Actividad excesiva Incapacidad de permanecer sentado. No controla conductas, emociones y pensamientos.	Reacciona de forma precipitada. Impulsividad Irresponsabilidad
Comorbilidad	Trastornos internalizantes: Depresión, Ansiedad, trastornos de aprendizaje	Trastornos externalizantes: Oposición desafiante, de Conducta	Trastornos internalizantes y/o externalizantes
Disfunción social	Aislamiento social, poca interacción y pasividad.	Conducta agresiva sin regulación emocional, disruptivos, pelean y discuten	Poca popularidad, activamente rechazado. Inician peleas y discusiones.
Déficit neuropsicológico	Afectación en la memoria de trabajo	Déficit de inhibición conductual	Ambos
Evolución	Estable en el transcurso del tiempo	Disminuye con la maduración edad	Reduce la Hiperactividad e impulsividad pero persiste la inatención.

Tabla modificada de Capdevila et al., 2006.

3.1.3 Etiología del TDAH

En la mayoría de los casos no puede determinarse una causa específica, existe la tendencia a tener una base biológica, influida por factores hereditarios, ambientales y sociales (Portela et al., 2016). Puntualizar los factores que originan el TDAH implica el estudio de diversas variables, no existe un factor único que explique totalmente el origen del trastorno (Balbuena, 2016). El TDAH es un trastorno multifactorial, los predictores incluyen antecedentes familiares del trastorno, comorbilidad psiquiátrica y adversidad psicosocial. El desarrollo tecnológico junto con los avances de neuroimagen han aportando evidencias de que es una patología de origen genética y neurológica dichos factores son clave para explicar el origen y expresión del trastorno (Barkley y Murphy, 2005). En síntesis la etiología puede ser genética o adquirida (Biderman , 2005).

Los rasgos sintomatológicos son evidentes desde los primeros años de vida, se evidencia principalmente durante el periodo escolar inicial. Constituye una problemática de salud pública, principalmente en la práctica neuropediátrica por su temprana aparición, a su naturaleza multifacética y crónica (Reinhardt y Reinhardt, 2013)

3.1.3.1 Bases biológicas

Existen estudios realizados con gemelos y niños adoptados que han demostrado alta heredabilidad del trastorno estimando el 80% de primacía en el origen del TDAH. El restante 20% señala que existen otros factores también implicados. La participación de la herencia es clara, mas el patrón de transmisión es complejo y aún desconocido (Dueñas García, 2005). Los estudios de imagen estructural han mostrado que los pacientes con TDAH presentan una hipoactivación cortical generalizada, así como disminución del volumen estructural derecho provocando deficiencias secundarias de orden cognitivo (Servera Mateu, 2005).

La investigación de neuroimagen sugiere que el TDAH se caracteriza por presentar irregularidades en diversas regiones del cerebro,

destacando las que componen el circuito fronto-estriado: que incluye la corteza prefrontal dorsal y regiones dorsales de la corteza cingulada anterior y el estriado (López Martín et al., 2010), ver Figura 1. El cuerpo estriado constituye la parte más importante de los ganglios basales. El estriado ventral media el aprendizaje y la conducta motivadora a través de la secreción de la dopamina; la sección dorsal está implicada en el control de movimiento y funciones ejecutivas, mientras que los bucles orbitofronto-estriatales se han relacionado con el procesamiento de recompensas (Durstun, Belle y Zeeuw, 2011).

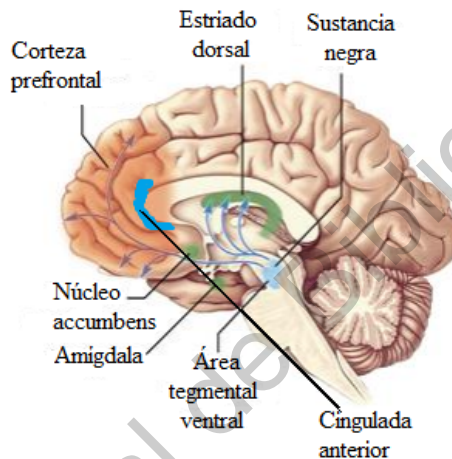


Figura 1 Circuito fronto-estriado.

La imagen señala las regiones que componen el circuito fronto-estriado. Tomada de Durston et al., 2011.

La disfunción del circuito fronto-estriado parece responder a los déficit ejecutivos y al de control inhibitorio presentes en las personas con diagnóstico de TDAH. A pesar de que ya existen evidencias que apoyan científicamente la disfunción de dicho circuito estos hallazgos no son suficientes para explicar la heterogeneidad del trastorno. La heterogeneidad no solo se manifiesta a nivel neurobiológico sino también en otros niveles de análisis (ver figura 2) desde las causas de origen (genética o adquirida), la implicación de múltiples genes y neurotransmisores; la diferencia entre cada caso de la manifestación de síntomas presentes y/ o la presencia de comorbilidad con otros trastornos neurobiológicos; se refleja en la alteración de procesos cognitivos (López Martín et al., 2010).

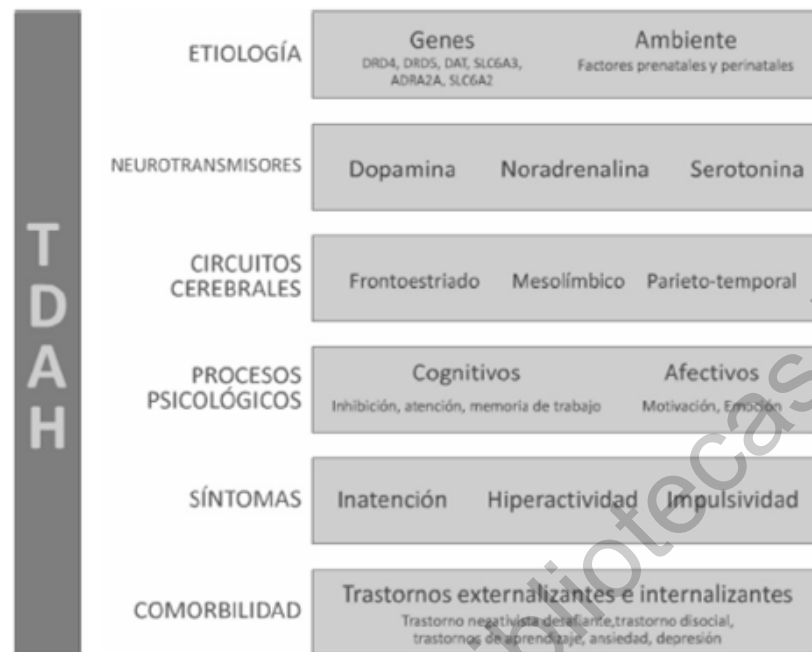


Figura 2. Heterogeneidad del TDAH.

Esta figura no agota en su totalidad la heterogeneidad del trastorno, más factores pueden estar involucrados en el TDAH. Tomada de López Martín et al., 2010.

Existe déficit en la acción reguladora de neurotransmisores como la dopamina y norepinefrina en la corteza frontal y el cuerpo estriado, la serotonina que controla los impulsos mediando a través del eje mesolímbico-cortical (Rivera Flores, 2013).

Estudios de genética molecular enfocan su atención sobre genes al interior de la dopamina por ser un neurotransmisor que genera señales de excitación / inhibición después de su liberación. Desde 1991 se estableció el origen genético de la enfermedad, de manera específica en el gen transportador de dopamina (DAT1 480) y particularmente se ha estudiado el gen receptor tipo cuatro de la dopamina (DRD 4) por brindar rasgos de personalidad impulsivos, exploradores y fácilmente excitables, factores de alta susceptibilidad en personas con TDAH. La liberación dendrítica de dopamina conduce a la autoinhibición, al disminuir el efecto de inhibición se obtiene como consecuencia un estado de excitación motora superior al normal pero no es una condición suficiente para revelar la causa de la patología. Por ejemplo adicionalmente se sabe que el sistema de la norepinefrina influye las funciones cognoscitivas de la corteza prefrontal (Dueñas García, 2005).

Estudios de neuroimagen reflejan la existencia de anomalías cerebrales anatómicas y funcionales (corteza prefrontal). Se ha mostrado, particularmente, que el hemisferio derecho tiene diferencia de tamaño en comparación con la parte del hemisferio izquierdo, asimetría más evidente en las personas con TDAH. También hay evidencia de flujo sanguíneo reducido en la corteza prefrontal incrementando los déficits cognitivos. El tema sigue siendo por tanto una pregunta abierta y requiere mayor investigación (Arnsten y Ming Li, 2005).

Shaw et al. (2007) realizaron exploraciones de resonancia magnética tanto a niños con TDAH como a niños con desarrollo típico utilizando técnicas neuroanatómicas computacionales. Encontraron un marcado retraso en la corteza prefrontal media de los niños diagnosticados con el trastorno (ver figura 3). Las regiones prefrontales son importantes para el control de los procesos cognitivos, incluida la atención y la planificación motora.

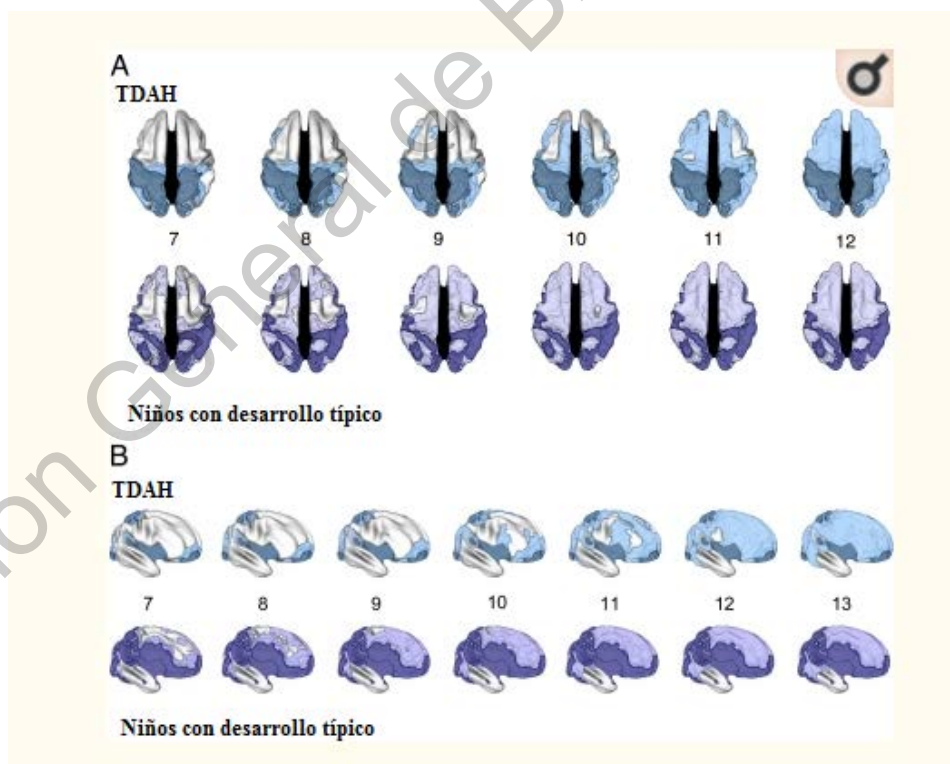


Figura 3. La edad para alcanzar el grosor cortical máximo en niños con TDAH en comparación con los niños con desarrollo típico.

(A) vista dorsal de las regiones corticales donde se alcanzó el grosor máximo en cada edad en el TDAH (superior) y los controles con desarrollo típico (inferior). Los colores más oscuros indican las regiones donde un modelo cuadrático no era

apropiado. (B) vista lateral derecha de las regiones corticales donde se alcanzó el grosor máximo en cada edad en el TDAH (superior) y los controles con desarrollo típico (inferior). El retraso del grupo TDAH es evidente. Tomado de Shaw et al, 2007.

Los niños con TDAH alcanzaron el grosor máximo en la mayor parte del cerebro a una edad promedio de 10.4 años, significativamente más tarde que la edad promedio 7.5 años de los niños con desarrollo típico. No está claro si el trastorno resulta de un retraso en la maduración del cerebro o si se trata de una desviación del desarrollo típico (Shaw et al., 2007).

Como factores biológicos adquiridos se consideran factores de riesgo algunas complicaciones ocurridas en los períodos prenatal, perinatal y posnatal. Durante el período prenatal la exposición intrauterina al alcohol, la nicotina, determinados fármacos (como las benzodiazepinas, los anticonvulsivantes), altos niveles de la hormona tiroidea (de la madre), infecciones, insuficiencia placentaria, toxemia, preeclampsia y/o desnutrición. En el transcurso perinatal existen probabilidades de hipoxia en el feto, mal uso y administración de sedantes en la madre al momento del parto, uso deficiente de fórceps, expulsión demasiado rápida, sufrimiento fetal y/o práctica de cesárea, prematuridad o bajo peso al nacimiento, alteraciones cerebrales, como la encefalitis o los traumatismos que afectan a la corteza prefrontal, e hipoglucemia (Rivera Flores, 2013).

3.1.3.2 Factores ambientales

Bauermeister (2000) plantea como factores ambientales los siguientes:

Las variables adversas del entorno familiar (Psicopatologías de los padres, el estrés familiar y/ o la mala alimentación) pueden ser factor de riesgo cuando este no es funcionalmente adecuado. Existen familias que no tienen la estabilidad para que se favorezcan el aprendizaje necesario para que el niño pueda prestar atención, autorregular su conducta o el nivel de actividad.

En el ambiente escolar los espacios limitados, las distracciones del contexto tales como ruidos, poca iluminación, asientos inadecuados, demandas académicas muy altas o

muy bajas, técnicas de enseñanza aburridas o monótonas son algunas de las condiciones que pueden aumentar la manifestación de los rasgos que caracterizan el TDAH.

Las desventajas sociales y económicas son factores de riesgo asociadas a estas condiciones podrían estar la deficiencia del cuidado parental, las dificultades de atención médica, la falta de apoyo para el desarrollo de habilidades sociales.

3.1.3.3 Comorbilidad

Díaz Atienza (2006) realizó una síntesis al respecto y escribe: el TDAH “puro” es muy poco frecuente se estima que el 60% de los casos está relacionado con otro u otros trastornos del comportamiento, en donde plantea que el TDAH se asocia principalmente con:

3.1.3.3.1 Trastorno de ansiedad

El 25% de los niños TDAH lo presenta. La ansiedad manifiesta por los niños TDAH se caracteriza por la preocupación excesiva por el fracaso son niños más miedosos que sufren alteraciones psicósomáticas frecuentemente (dolor de cabeza, molestias abdominales, etc.). Son niños de baja autoestima y con problemas de desempeño escolar y social.

3.1.3.3.2 Trastorno afectivos

El trastorno depresivo mayor registra mayor prevalencia en niños con TDAH se estima entre el 15 y el 75% (el rango encontrado en estudios epidemiológicos es muy amplio). La comorbilidad con la hipomanía (tiene el riesgo de que se cometan errores de diagnóstico diferencial) registra una prevalencia entre el 17-19%.

3.1.3.3.3 Trastornos de conducta

La presencia /ausencia de agresividad es un rasgo que se debe considerar como indicador de riesgo para el trastorno disocial: prevalencia de 16.3% en niños con TDAH, implica agresión física a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, transgresión de normas originando problemas en la vida social, académica o laboral; y el trastorno negativista desafiante con una prevalencia aproximada de 36%, se caracteriza principalmente por conductas hostiles, negativistas y desafiantes.

3.1.3.3.4 Trastornos del Espectro Autista en el TDAH

22% de los casos presentan una posible relación entre el TDAH y el síndrome de Asperger.

3.1.3.3.5 Tics y Síndrome de Gilles de al Tourette

50 % de los niños con TDAH presentan tics transitorios o crónicos razón por la que se considera la comorbilidad con este trastorno. Se asocian principalmente con el trastorno obsesivo- compulsivo y las fobias al Síndrome de Guilles de la Tourette. También es frecuente que exista pérdida de control y cólera cuando existe comorbilidad con el trastorno.

3.1.3.3.6 Trastornos del aprendizaje escolar

Comprende una gran variedad de trastornos relacionados con incapacidad/ retraso del desarrollo de capacidades evolutivas: escuchar, leer, hablar, escribir, razonar o realizar cálculos matemáticos. Se registra una prevalencia de 92% la comorbilidad del TDAH con los trastornos del aprendizaje se asocian con el fracaso y el bajo rendimiento escolar (Díaz Atienza, 2006).

3.1.4 Datos Epidemiológicos del TDAH

El TDAH es la afección psiquiátrica diagnosticada más frecuentemente. Se estima que la prevalencia mundial es de 3 a 5% en niños en edad escolar y en México del 5% aproximadamente; persiste en la adolescencia y la vida adulta en 60% de los pacientes. Este trastorno se reportó como la primera causa de atención en la población infantil (44%); en comparación con cualquier servicio que requiera tratamiento de salud mental (Granados, & col., 2012).

La incidencia ocurre en edad escolar, sobre todo entre los 6 y los 9 años, es más frecuente en varones; la relación niño- niña es de 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo inatento (Soutullo y Díez, 2007), en esta etapa se muestran evidentes problemas

de regulación del autocontrol en la conducta y/o en los procesos cognitivos (Schoroeder y Kelly, 2009).

El TDAH se manifiesta en la infancia, persiste en la adolescencia e incluso en la vida adulta, es considerado el trastorno de salud pública de mayor relevancia en cuanto a morbilidad y disfuncionalidad. Además presenta alta comorbilidad con otro tipo de alteraciones de conducta (López Villalobos et al., 2010).

3.1.5 Modelo centrado en las disfunciones ejecutivas

Pistoia Sabbatini (2004) define las funciones ejecutivas como actividades mentales complejas necesarias para: diseño de planes, selección de conductas, autorregulación, flexibilidad y organización de tareas.

Pineda (2000) plantea que las funciones ejecutivas son el conjunto de habilidades cognoscitivas necesarias para la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de las actividades y de las operaciones mentales, la autorregulación y la monitorización de las tareas, la selección adecuada de los comportamientos, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y en el espacio.

El modelo de las funciones ejecutivas planteado por Barkley (1997) explica el TDAH como un trastorno en el desarrollo del autocontrol/autoregulación, el cual se define como la capacidad que tiene una persona para frenar una respuesta inmediata (inhibición conductual) ante estímulos externos o internos que se presenten como distracción. Las funciones ejecutivas son procesos de actividad mental autodirigida que permiten a la persona controlar la distracción, fijarse metas adecuadas y seguir los pasos necesarios para conseguirlas.

Barkley (1997) señala que existen cuatro funciones ejecutivas alteradas en los niños diagnosticados con TDAH:

1. La acción de la memoria de trabajo no verbal que consiste en retener la información para utilizarla, posteriormente, cuando haya desaparecido el estímulo. Percepción retrospectiva, capacidad de imitación a partir de la observación. Deficiencia en la retención de imágenes visuales o auditivas. Dificultad para recuperar y/o mantener en mente información del pasado para dar una respuesta.
2. El habla Autodirigida o Memoria de trabajo verbal a través de la cual la persona sigue reglas e instrucciones de forma autónoma, regula su comportamiento y piensa cómo resolver un problema.
3. El control de la motivación, las emociones y el estado alerta que permite entender y contener las reacciones emocionales así como modificarlas si interfieren o generan distracción para alcanzar los objetivos propuestos (autorregulación de impulsos y emociones). Ante estados negativos como la rabia, la frustración, el desacuerdo, la ansiedad o la tristeza tendrán dificultades para manejar el autoconsuelo, el habla autodirigida para generar cambios a estados de ánimo positivos.
4. La habilidad para solución de problemas que requiere del proceso de reconstitución que se realizaría al combinar dos procesos distintos a) la fragmentación de las conductas observadas y b) la recombinación de los fragmentos para crear nuevas acciones.

Barkley (1997) define al TDAH como un déficit en el funcionamiento de las funciones ejecutivas especialmente las que dependen de la inhibición, las cuales hacen que la persona con el diagnóstico tenga deficiencia en la capacidad de autorregulación, control de la conducta ante estímulos inmediatos para anticiparse y redireccionar las reacciones de comportamiento.

En la figura 4 se sintetiza la diferencia existente entre la reacción de una persona con desarrollo típico cuando se le presenta un estímulo vs la reacción de una persona con diagnóstico de TDAH;

- Desarrollo típico, al recibir un estímulo hace uso de procesos cognitivos autodirigidos que le permiten planear, organizar y establecer lo que será su respuesta de tal manera que se ajuste a sus metas y objetivos.

- Diagnóstico TDAH, al recibir un estímulo da directamente a la respuesta, no la piensa, analiza o procesa generalmente reacciona de manera impulsiva. Comportamiento suele ocasionar problemas familiares, académicos y sociales.

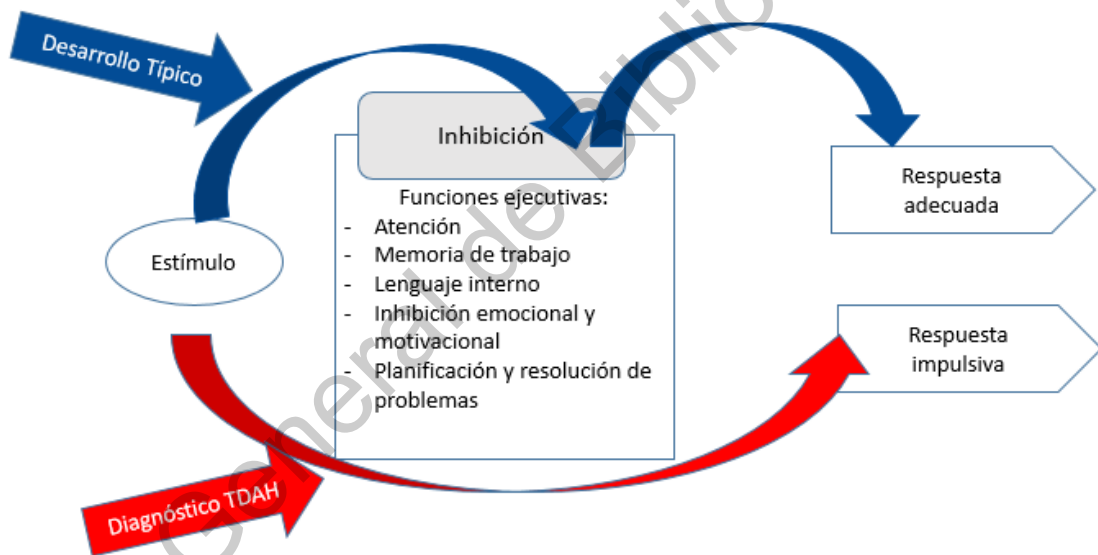


Figura 4. Esquema control de inhibición.

Esquema que resume planteamiento de Barkley en torno a la inhibición conductual de niños con TDAH vs niños con desarrollo típico tomado de López Ruíz et al., 2012.

Galindo y Varela (2014) definen el control inhibitorio como el proceso encargado del control intencional y voluntario, que le permite al individuo suprimir una conducta indeseada y distinguen entre el control inhibitorio conductual y el control inhibitorio cognitivo.

La inhibición conductual es la capacidad que tiene la persona para controlar sus respuestas motoras ante algún estímulo así como el control de los impulsos. La inhibición cognitiva es la supresión de información irrelevante o innecesaria una de las funciones más importantes de la atención selectiva, permite ignorar información irrelevante; da prioridad a los estímulos relevantes al realizar una tarea y evita la distracción (Galindo y Varela, 2014).

3.1.6 Intervención y tratamiento para TDAH

Con base a diversos estudios de comparación actualmente se sabe que los mejores resultados se logran con la combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico. El acompañamiento multimodal individualizado se considera la mejor opción para el tratamiento del TDAH pues se deben contemplar varias dimensiones (Rodríguez Hernández, 2014). Razón por la que se recomienda el uso de programas de tratamiento integral (Zapico y Pelayo, 2012).

Isabel Orjales Villar (1999) plantea que el tratamiento sea diseñado de forma individualizada incluyendo la mayor cantidad de información que se desprenda de una evaluación exhaustiva tomando en cuenta estrategias a nivel cognitivo, emocional y comportamental (ámbito familiar, escolar y social).

3.1.6.1 Tratamiento Farmacológico para TDAH

El metilfenidato es el medicamento más usado para el tratamiento farmacológico porque ayuda a que las personas diagnosticadas mejoren su atención y las conductas sociales, permite que se reduzcan las conductas disruptivas y la impulsividad, también mejora las capacidades de aprendizaje y el rendimiento escolar. La administración del metilfenidato compensa la actividad del DRD4 que es el marcador genético con mayor peso para explicar parte de la sintomatología del TDAH (Dueñas García, 2005).

El Dr. Florencio García, paidopsiquiatra adscrito al CESAM, en una de sus charlas informativas (2019), puntualizó que el tratamiento farmacológico se suministra en función

de los síntomas que presente la persona con el propósito de estabilizar la parte orgánica. Los fármacos empleados se dividen en 4 grupos: psicoestimulantes, neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos- sedantes. Para el tratamiento de TDAH se emplean principalmente los dos primeros y se hace uso de los segundos en caso de estados comórbidos asociados.

- Psicoestimulantes: Metilfenidato, Atomoxetina, Lis-DesAnfetamina.
- Neurolépticos: Risperidona y otros, para el control de impulsos o como sedante.
- Antiepilépticos: Carbamazepina, Valproatos (de magnesio, Semi-sódico, divalproato), Oxcarbanzepina, Levetiracetam, lamotrigina.
- Antidepresivos: En caso de que la persona presente síntomas comórbidos, ansiedad o depresión, debe enfocarse primero tratamiento a esto.

3.1.6.2 Tratamiento Psicológico para TDAH

El tratamiento psicológico que ha mostrado mayor eficacia es el que se basa en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC). Supone poner en marcha diferentes estrategias y técnicas multicomponentes (ver tabla 2) entre las que se pueden mencionar las destinadas a la psicoeducación (entrenar y formar) de niños, padres y educadores como una herramienta fundamental para obtener notables y duraderos beneficios (Zapico & Pelayo, 2012).

Tabla 2. *Tratamiento Psicológico para TDAH.*

Terapia de Conducta	
Entrenamiento para padres	Psicoeducación Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta
Terapia cognitiva para el niño	Autoinstrucciones Autocontrol Resolución de problemas
Entrenamiento en habilidades sociales	Grupal Individual
Otras Intervenciones Psicoterapéuticas	
Técnicas de estimulación cognitiva	Trabajo con funciones ejecutivas
Abordaje / tratamiento de problemas específicos	Psicoterapias convencionales Intervenciones psicológicas focales Otras
Prevención conductas de riesgo	Psicoeducación Promoción de la salud

La tabla señala estrategias multicomponentes que deben ponerse en marcha para la eficacia TCC, tomada de Pascual Lema, retomada por Zapico y Pelayo, 2012.

Los programas de entrenamiento surgen con la idea de crear ambientes favorables entre los padres y los hijos, para que se disminuyan los problemas de conducta, se incremente la resolución de problemas y la comunicación asertiva (Robles y Romero 2011).

3.2 La familia

La secretaría general del Consejo Nacional de Población, (CONAPO, 2012) define a la familia como “el ámbito de desarrollo primordial del ser humano, por constituir las bases para la construcción de la identidad, la autoestima y los esquemas de convivencia social elementales.” Como núcleo social, la familia es la institución fundamental para la educación de los valores humanos esenciales.

El Instituto de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) conceptualiza a la familia como el contexto donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el elemento natural que construye la identidad de la persona por la transmisión y actualización de los patrones de comportamientos sociales. La familia es uno de los pilares más importantes de la vida de cualquier persona, los vínculos que se generan al interior hacen que los integrantes se sientan protegidos al estar en su núcleo familiar donde encuentran afecto, comunicación, compromiso e interrelaciones con al menos otra persona.

La familia funge como el primer agente socializador del niño a través del cual se introduce a las relaciones interpersonales; primer grupo referencial de normas y valores que se adoptan como propias y que a futuro permitirán vivir en sociedad. La convivencia en familia es de donde se aprenden los tipos de conductas y actitudes consideradas socialmente apropiadas (Jaramillo, 2007).

La familia es un grupo unido por lazos de parentesco (consanguíneos, afines o ficticios) donde las personas crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento de generación en generación. La familia prepara a sus integrantes a afrontar diversas situaciones que se presenten a lo largo de la vida (Salles y Tuirán, 1997).

No se puede poner en duda que en la familia se encuentra el contexto de crianza más importante en los primeros años de vida, esta trasmite a los menores las primeras habilidades (reír, hablar y jugar) y los primeros hábitos que les permitirán conducirse a conquistar su autonomía y las conductas cruciales para la vida. El proceso de educación no es algo que los padres impongan directamente a los hijos, sino algo que padres e hijos hacen en conjunto (Blesky, 2014).

Escalante y López (2002) hacen referencia a siete funciones básicas que se deben instaurar en la familia:

1. Brindar identidad: las personas desde la gestación y al nacer van incorporando para sí características biológicas, actitudes y hábitos, valores personales, estilos de vida, costumbres, cultura y nivel socioeconómico sentido de pertenencia, nombre, apellido de sus padres. Todos son elementos que constituyen la personalidad e identidad.
2. Proporcionar protección: los niños al nacer dependen absolutamente de alguien que lo cuide; solo a través del tiempo y en forma paulatina adquiere autonomía e independencia.
3. Desarrollar y establecer la seguridad básica: convicción de sentirse querido a través de que sus padres cubran necesidades básicas, entablen una relación afectiva que incluya contacto físico, calidez y atención. Son factores que desarrollan y fijan la seguridad del menor.
4. Brindar las experiencias sociales más importantes: a través de la familia la persona aprende a compartir su espacio con los demás, desarrollando esquemas de interrelación que son transmitidos en el trato cotidiano que recibe de las personas que conviven con él, particularmente sus padres.
5. Introyección de normas sociales de convivencia: la persona va incorporando modelos de conducta en relación a la convivencia con los demás, estableciendo las características individuales de cómo debe ser la convivencia social. Puede diferenciar lo que es correcto de lo incorrecto.

6. La demostración amorosa conforme a su desarrollo y a través de las propias experiencias de vida: el niño aprende a expresar emociones y sentimientos que persistirán en todas sus relaciones afectivas significativas.
7. Construir un filtro con la sociedad: Las trasgresiones, deficiencias y errores de conducta sociales son experimentados por el niño y son moldeados y combatidos dentro del hogar definiendo los márgenes de permisividad y /o restrictividad que tendrán en el futuro.

Los padres van fungiendo como modelos de comportamiento a seguir por los hijos, los lazos más intensos de afecto se dan al interior de una familia, los lazos sociales que se desarrollan tienen como referentes principales a los padres (o quien funge el rol). Los padres en consonancia con los hijos establecen lineamientos en el contexto familiar, al aprenderlo en casa posteriormente se articula directamente en el entorno social. Conforme avanza la interacción va dándose una influencia recíproca individuo sociedad (Escalante y López 2002).

La mayoría de los padres desean éxito y felicidad para sus hijos y se esfuerzan por instaurar conductas adecuadamente, a pesar de sus intenciones, muchos de ellos reconocen no contar con suficientes conocimientos y/o habilidades a la hora de desempeñar su rol. Las estrategias que usan los padres al relacionarse con sus hijos contribuyen al desarrollo óptimo de los niños. El apoyo de la familia durante el crecimiento infantil se plantea como factor protector en torno a la salud mental de los niños, impacta en la identidad del menor, el desarrollo cognitivo y el emocional desde los primeros años de vida (Milicic, 2001).

3.2.1 Estilos de crianza y prácticas asociadas

Las relaciones paterno – filiales tienen gran impacto en el desarrollo del niño por ser uno de los vínculos de socialización más importantes. Los padres, en relación con los hijos, son los modelos de referencia más importantes de su vida, la falta de apoyo y de responsabilidad paterna son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo

equilibrado en el niño. Los estilos de crianza tienen una gran repercusión en el desarrollo así como consecuencias que no se manifiestan sólo en la etapa infantil, sino que se prolongan a lo largo de la vida (Torío López et al., 2008). El estilo de crianza regula las conductas y marca los parámetros de comportamiento a repetir en las diversas experiencias de vida (Cordoba, 2014).

Existen los estilos de crianza y las prácticas asociadas con estos que se diferencian, pero a menudo se complementan. Los estilos de crianza hacen referencia al clima afectivo y emocional en el cual los padres educan a sus hijos, están relacionados específicamente con el conjunto de comportamientos que influirán en el desarrollo de la conducta del niño; mientras las prácticas son conductas de socialización que los padres utilizan con su hijo (Darling, 1999).

En toda relación padre – hijo se ponen en práctica los estilos de crianza con la finalidad de influir, educar y/u orientar al menor. Los estilos de crianza son el modo como los padres educan a sus hijos, como les enseñan a aplicar normas de conducta y sociales; la manera como lo transmiten es decisiva sobre el comportamiento y actitudes sus hijos ante diversas circunstancias. Los estilos de crianza se usan con la finalidad de guiar en la dirección que es considerada por los padres la más adecuada para desarrollar en sus hijos: afecto, control conductual, comunicación, trasmisión de valores (Ramírez, 2005). La relación que se establece entre padres e hijos parece asociarse sistemáticamente al desarrollo psicológico y conductual del niño (Steinberg, 2001)

Los padres o cuidadores primarios son los principales encargados de guiar, proteger y educar a los hijos para que adquieran autonomía e independencia. Los estilos de crianza utilizadas, por ellos, pueden tener efectos inmediatos y/o duraderos en la convivencia social cotidiana de los niños (Bornstein y Borstein, 2010). La forma de cuidar y educar se transmite transgeneracionalmente estableciendo normas y hábitos aceptados en la sociedad, a través de tareas específicas en la vida cotidiana al interior del hogar determinando manejo de espacio, comunicación y hábitos (Sánchez, 2015).

3.2.2 Estilos de crianza

Uno de los modelos más elaborados en relación a los estilos de crianza fue el realizado por Diana Baumrind (1967) quien a través de las investigaciones hechas entre los años de 1966 y 1971 extrajo información sobre el efecto que genera la autoridad paterna en la crianza de los hijos. Presentó tres tipologías de estilos de crianza: permisivo, autoritario y democrático. Casi dos décadas después Macoby y Martín (1983) integraron un cuarto estilo de crianza subdividiendo el estilo permisivo en indulgente y negligente, más tarde fueron renombradas, subdivididas y clasificadas de diversas maneras por otros autores existiendo nuevas denominaciones al respecto que han servido para reformular la propuesta hecha por Baumrind más cabe señalar que en el trasfondo de estas permanecen dominantes las tres tipologías de control parental descritas en 1967.

3.2.2.1 Teoría de Estilos de crianza Diana Baumrind

Diana Baumrind (1967), pionera en describir los modelos de estilos de crianza con los cuales, progenitores o cuidadores primarios, dirigen o moldean la conducta de los menores, reconoce la presencia de tres dimensiones básicas en la formación de los hijos: la implicación afectiva, la comunicación y el control parental; basada en estas prácticas estableció la tipología de tres estilos de crianza parental: permisivos, autoritarios y democráticos. Especificó los patrones de conducta que caracterizan a cada uno, señalando que:

- Los padres permisivos proporcionan gran autonomía al hijo siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. El prototipo de adulto permisivo requiere que se comporte de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones del niño. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas. Uno de los problemas que presenta el estilo permisivo consiste en que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la

permissividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los niños respecto a conductas agresivas y el logro de la independencia personal (Baumrind, 1967).

- Los padres que utilizan el control autoritario valoran la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas asignadas, la rutina y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel de sometimiento y en limitar la autonomía. Dedicar mucho esfuerzo a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. El niño debe estar atento a no ser golpeado o castigado dos veces por la misma falta puesto que se le reprochará que ya tenía conocimiento que dicha actitud no estaba autorizada. Los padres con este estilo de crianza no facilitan el diálogo y, en ocasiones, rechazan a sus hijos como medida disciplinaria (Baumrind, 1967).

- Los padres que utilizan la interacción democrática intentan dirigir la actividad del niño imponiéndole roles y conductas maduras; utilizan el razonamiento y la negociación. Los padres de este estilo educativo tienden a dirigir las actividades del niño de forma racional. Parten de una aceptación a los derechos y deberes propios, así como los derechos y deberes de los niños, lo que es considerado como una reciprocidad jerárquica, es decir, cada miembro tiene derecho y responsabilidades con respecto del otro. Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo (Baumrind, 1967).

3.2.2.2 Teoría de Estilos de crianza de MacCoby y Martín

MacCoby y Martín (1983) ampliaron los planteamientos que Baumrind había descrito, utilizando un marco bidimensional, plantean cuatro estilos educativos proponiendo que el estilo permisivo (control laxo) se podía estudiar desde dos formas diferentes de relación paterno- filial: el estilo permisivo –indulgente y el permisivo –negligente (asociado al maltrato), el autoritario (control fuerte y represivo) y el recíproco o democrático (esos dos

últimos no tuvieron modificación, razón por la que a continuación solo se mencionaran las variantes propuestas en el estilo permisivo).

- Estilo Permisivo- indulgente se define por tres características de conducta parental: a) indiferencia ante la conducta del niño sea positiva o negativa; b) permisividad y c) pasividad. Los padres no son directivos ni asertivos ni establecen normas al interior del hogar. Acceden a los deseos de los hijos, toleran sus impulsos (incluidos los de ira y agresividad) pero en este estilo de crianza los padres se preocupan por la formación de sus hijos por lo que atienden las necesidades inmediatas de los menores.
- Los padres con estilo permisivo – negligente no se implican ni se comprometen, no hay una implicación afectiva. La permisividad es por falta de tiempo, de interés o por comodidad. Este tipo de padres invierten el menor tiempo posible en lo relacionado con los hijos resuelven todo lo relacionado con ellos de la manera más rápida posible.

3.2.2.3 Teoria de Estilos según Kellerhals y Mantandon

En 1997 Kellerhalls y Montandon definieron tres estilos parentales basándose en el nivel socioeconómico denominándolos de la siguiente manera:

- Contractualista: Los padres valoran la autonomía de los hijos y enfatizan la creatividad y la imaginación. Son familias abiertas a recibir influencias del exterior.
- Estatuario: Los padres valoran la obediencia y la disciplina restan importancia a los deseos de los menores. Existe poca comunicación y son escasas las actividades para interactuar.
- Maternalista: Los padres valoran la obediencia y la conformidad más que la independencia. Utilizan el control y la disciplina como técnicas de relación. Existe comunicación y una gran proximidad de interacción incluso realizan varias actividades en común, pero son herméticos y no permiten la influencia del exterior.

3.2.2.4 Teoría de Estilos según Nardone, Giannotti y Rocchi

Nardone, Giannotti y Rocchi (2012) describen seis modelos. Un primer modelo denominado *hiperprotector* en el que los padres en el afán de hacer la vida más fácil para sus hijos hacen todo lo posible por desaparecer las dificultades de los niños al grado de sustituirlos continuamente haciendo las cosas por ellos. Se ponen en el lugar de los hijos por considerarlos frágiles. El segundo modelo es denominado *democrático –permisivo* este se caracteriza por la ausencia de jerarquía entre padres e hijos. Ambos son amigos por lo que no es necesaria la existencia de una autoridad. El tercer modelo lo denominan *sacrificante* y es descrito como aquel en el que los padres se sacrifican constantemente para darle lo mejor a los hijos y viceversa, se esfuerzan por dar lo máximo. El cuarto modelo *intermitente* en el los miembros de la familia pasan de un modelo a otro. El quinto es el *delegante* la función de que la autoridad es delegada a alguien más, evaden el papel de guía. El sexto es el *autoritario* en el cual los padres ejercen el poder de forma decidida y rígida actúan bajo la premisa de que el más fuerte es el que manda.

Para este estudio se retomó la tipología de estilos de crianza parental propuesta por Diana Baumrind (1967), así como los cinco indicadores de habilidad asociados a las prácticas de crianza positiva, retomados por Amador y cols. (2012) los cuales serán descritos en el siguiente apartado.

3.2.3 Prácticas de crianza

Existen distintas prácticas asociadas con los estilos de crianza que influyen en la relación generada entre padres e hijos; Baumrind (1967) priorizó la implicación afectiva, la comunicación y el control parental.

Torío López y cols., (2008) plantean que dichas prácticas son elementos que emplean los padres para favorecer la adaptación de los niños, tienen que ver con las características de relación que se establece entre ambos como el nivel de comunicación (aceptación - rechazo,

proximidad – distanciamiento) y como se dirige el comportamiento) entre otras diversas y variadas prácticas que se combinan para desarrollar estilos educativos, como:

- El apoyo o estímulos reforzantes positivos. Son conductas parentales expresadas al niño: estimulación-aliento, cooperación, elogios, aceptación, ternura y afecto físico.
- Control que traducen como la conducta expresada con el objeto de dirigir una acción o comportamiento de la manera deseada. Método de ejercer disciplina y se apoya de la dominación, la restricción o coerción. Dimensión importante para poder guiar a otros a regular conductas de manera independiente.
- Ambiente de comunicación. Se refieren a la posibilidad de crear espacios para explicar de manera asertiva reglas y/o decisiones que se tengan y que como seres sociales requieren de tener el punto de vista de otro(s). Desarrollar hábitos de comunicación permite compartir problemas, dudas, triunfos, sueños, etc.

Patterson y cols. (2004) identifican y proponen cinco indicadores de habilidad asociados a las prácticas de crianza efectivas: el estímulo de habilidades, la disciplina, el monitoreo, la solución de problemas y el involucramiento positivo con atención y cuidado. Amador et al. (2012) retoman estos cinco indicadores como factores fundamentales en la crianza positiva la cual definen como la relación de comportamiento que se genera entre padres e hijos mediante el cuidado, el desarrollo de múltiples capacidades (ofrecen reconocimiento y orientación sin violencia), al establecer límites para el desarrollo adecuado fomentando el respeto y comprensión de necesidades individuales para la resolución de conflictos.

3.2.3.1 Involucramiento positivo

Es una práctica que utilizan los padres para promover la cooperación de los niños tanto en las tareas de la vida cotidiana como en las actividades vinculadas con los aspectos académicos (Amador et al., 2012). Hace referencia a la actitud que se tiene en las relaciones interpersonales se manifiesta principalmente en el vínculo de conexión implica poder desarrollar buenas relaciones de convivencia e identificación; sentimientos de aceptación,

inclusión y apoyo. Son las acciones donde los padres desarrollan un balance entre la interacción positiva y la negativa (Arguedas 2010).

3.2.3.2 Solución de problemas

Hace referencia a buscar soluciones en situaciones en las que es necesario establecer acuerdos. Se basa en mejorar las habilidades de comunicación bidireccional, fomentar la escucha activa y empática en todos los miembros de la familia incluidos los miembros más pequeños (Amador et al., 2012).

3.2.3.3 La disciplina

Se refiere a establecer límites y normas de manera clara, coherente y consistente, acordes al desarrollo evolutivo del niño, recordando que el elemento fundamental para la disciplina es la enseñanza (Amador et al., 2012).

3.2.3.4 Supervisión

Es la práctica que permite a los padres dar seguimiento a las actividades que realizan sus hijos cotidianamente. Es decir, conocer con quién se relaciona, en qué lugar, en qué horarios y las actividades que realiza con el objetivo principal de asegurar la integridad del niño (Amador et al., 2012).

3.2.3.5 Desarrollo de nuevas habilidades

Hacer uso de estímulos y /o halagos a las tareas de los hijos para promover que se repitan frecuentemente, afine y progrese en el desarrollo de habilidades. Se busca estimular la confianza de los pequeños para que adquieran nuevas habilidades para ello es importante reconocer sus logros (Amador et al., 2012).

Las relaciones paterno-filiales son de gran impacto en el desarrollo del niño inclusive en los ámbitos de socialización. Los padres que promueven con los miembros de la familia espacios para el diálogo y los acuerdos, generalmente desarrollan en los niños conductas positivas que repercuten en otros espacios como los escolares. A su vez, los que no dialogan

e interactúan de manera negativa con sus hijos, generan en estos últimos actitudes hostiles que luego promueven con su grupo de pares y con otras figuras de autoridad (Álvarez, 2010).

3.3 Estilos de crianza y TDAH

No hay evidencia de que la dinámica familiar sea causa que origine el TDAH, sin embargo, la influencia que recibe de la misma puede ser clave en la forma como evoluciona el trastorno (Muñoz-Silva y Lago-Urbano, 2016). En la manifestación de los síntomas del TDAH se plantea la influencia de factores psicosociales y contextuales; principalmente, en el contexto familiar porque existe interacción constante entre los integrantes de tal manera que se influyen mutuamente. En este sentido los padres juegan un rol indispensable pues son quienes dirigen el desarrollo de los hijos. Indudablemente la convivencia cotidiana influye en las características del comportamiento (Roselló et al., 2003).

En su desarrollo evolutivo los niños con TDAH se desarrollan de forma normal durante los primeros años de vida, incluso hay algunos que hablan prematuramente (Pascal Catroviejo, 2009), otros carecen de habilidades en la coordinación de motricidad fina; se les dificulta pintar, recortar, atarse las agujetas e incluso abotonar. La impulsividad incrementa el riesgo de que sufran accidentes, razón por la que se hieren o lastiman severa y frecuentemente: huesos rotos, golpes, moretones, pérdida de piezas dentales incluso pueden llegar a envenenarse accidentalmente (Barkley y Murphy, 2006). Entonces los cuidadores primarios experimentan un alto grado de estrés al corroborar que los niños no siguen las indicaciones señaladas ni los consejos de cómo deberían comportarse (DuPaul, McGoey, Eckert y Van Brakle 2001).

DuPaul y cols (2001) encontraron que los niños con TDAH muestran más problemas de conducta, son poco hábiles socialmente, se les dificulta seguir reglas especialmente para realizar tareas específicas, incluidas las tareas académicas. Los niños con diagnóstico de TDAH tienen la peculiaridad de tener tendencias conflictivas, ser menos dóciles, menos sumisos y generalmente solicitan más estimulación y apoyo, en comparación con niños que

presentan desarrollo típico. El estilo de crianza es influenciado por estos rasgos del comportamiento (Miranda, 1994), los padres experimentan más estrés, adoptan un estilo menos adaptativos y dan más respuestas negativas hacia sus hijos en comparación con los padres de niños con desarrollo típico (DuPaul et al., 2001).

La sintomatología del TDAH afecta las prácticas de crianza aún más si el menor presenta problemas de comorbilidad. En familias donde algún integrante presenta el diagnóstico de TDAH, se presentan desafíos en la capacidad de los padres para mantener una crianza consistente y receptiva lo cual contribuye al desarrollo de comportamiento de oposición infantil y problemas de conducta que dificultan la crianza de los hijos. Algunos padres tienen dificultades para seguir de manera confiable señales de los niños y proporcionar la orientación externa necesaria para asesorar al niño a lograr mayores capacidades de autorregulación. Esta relativa falta de capacidad de respuesta, causada por el alto nivel de necesidades de un niño con TDAH, puede llegar a provocar el aumento de la frustración del niño (Johnston y Jassy, 2007).

El estilo de crianza puede ser considerado la base que fomenta el desarrollo de las conductas que se repetirán a lo largo del trayecto de vida de todo individuo. Algunos estudios de socialización plantean que las estrategias de educación y los estilos de crianza influyen en la forma de conducta que adquirirán los hijos durante las etapas de desarrollo (Blesky, 2014). Debido a la frecuente retroalimentación correctiva y/o disciplinaria que reciben de las personas adultas e inclusive de sus pares los menores con TDAH suelen tener una baja autoestima (DuPaul et al., 2018).

El trato que recibe el menor por los miembros de su familia influye en su desarrollo, en los modelos de comportamiento, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el periodo de la infancia. Los padres son los responsables de transmitirle estrategias para el manejo y la resolución de conflictos, desarrollar habilidades sociales y adaptativas, y facilitar la regulación emocional y conductual, entre otras cosas (Cuervo Martínez, 2010).

El TDAH puede convertirse en un factor estresante para los padres y elevar la probabilidad de que la crianza de los hijos se guíe con dificultades comúnmente asociadas con los problemas de conducta. Los altos niveles de falta de atención y/o impulsividad infantil ponen múltiples demandas en los padres aumentando la tendencia a que no den respuesta óptima a los menores (Johnston y Jassy, 2007).

Yañez Tellez (2016) señala que el diagnóstico de TDAH aumenta el riesgo de presentar a lo largo de la vida problemas cognoscitivos, emocionales y conductuales. Adultos que presentaron el trastorno mostraron bajo aprovechamiento escolar, suspensiones y expulsiones escolares, relaciones deficientes con la familia y compañeros, ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, agresividad, delincuencia, consumo de sustancias, conductas impulsivas/temerarias, accidentes automovilísticos así como dificultades en el matrimonio, el empleo y el manejo de su economía.

La investigación realizada por Woodward y cols (1998) muestra que el mal manejo de los padres y el uso de estilos de crianza autoritarios se asocia significativamente con la hiperactividad, evidenciando la agresión disciplinaria como el principal predictor de la hiperactividad. En una investigación realizada en 2012 se compararon las evaluaciones sobre los estilos de crianza en dos grupos de padres analizados. Uno de los grupos estaba integrado por padres de niños con TDAH y el otro por padres de niños que no presentaban síntomas de TDAH. Los investigadores a cargo obtuvieron en sus resultados que los padres de niños con TDAH fueron menos permisivos y más autoritarios que los padres de los niños del grupo sin el trastorno (Firouzkouhi Moghaddam et al., 2013).

4 Hipótesis o supuestos

4.1 Hipótesis

Habrá diferencia entre los estilos de crianza utilizados por las madres de niños diagnosticados con TDAH y los estilos de crianza utilizados por las madres de niños sin diagnóstico de TDAH.

Existirán diferencias en los rasgos cognitivos (atención, funciones ejecutivas y memoria) entre un grupo de niños diagnosticados con TDAH y un grupo de niños sin diagnóstico de TDAH.

El estilo de crianza autoritario está relacionado con mayor presencia de sintomatología TDAH

4.1.1 Preguntas

¿Existe diferencia entre los estilos de crianza utilizados por las madres de niños diagnosticados con TDAH y los utilizados por las madres de niños sin diagnóstico de TDAH?

¿Existen diferencias en los rasgos cognitivos (atención, funciones ejecutivas y memoria) entre un grupo de niños diagnosticados con TDAH y un grupo de niños sin diagnóstico de TDAH?

¿El estilo de crianza autoritario está relacionado con mayor presencia de sintomatología TDAH?

5 Objetivos

5.1.1 Objetivo General

Conocer la percepción de los estilos de crianza utilizados por las madres de niños diagnosticados con TDAH e identificar si son similares o diferentes a la percepción de los estilos de crianza utilizados por las madres de niños sin diagnóstico de TDAH.

5.1.2 Objetivos Específicos

- Comparar los estilos de crianza y las prácticas asociadas utilizadas por las madres de niños diagnosticados con TDAH vs las madres de niños sin diagnóstico de TDAH a través de los datos obtenidos con la aplicación de:
 - El cuestionario de autoridad paterna (percepción de estilos de crianza). Aporta datos de las tipologías de estilo de crianza: autoritario, permisivo y democrático
 - La escala de cuidadores. Brinda información sobre las prácticas asociadas con el estilo de crianza: involucramiento positivo, solución de problemas, disciplina supervisión y desarrollo de nuevas habilidades.
- Comparar habilidades cognitivas de atención, funciones ejecutivas y memoria, en niños diagnosticados con TDAH vs niños sin diagnóstico de TDAH a través de los datos obtenidos con la aplicación de la prueba “Neuropsi Atención y Memoria”.
- Comparar los rasgos de comportamiento en niños diagnosticados con TDAH vs niños sin diagnóstico de TDAH a través de los datos obtenidos con la aplicación de la Escala de calificación para padres Conners
 - Priorizando la información de las subescalas que evalúan los rasgos de comportamiento característicos del TDAH inatención, hiperactividad e impulsividad. Índice de TDAH, TDAH – D, TDAH – HI y TDAH – C.
 - Sin restar importancia a los datos de las subescalas que evalúan conductas vinculadas al trastorno como oposición, distracción, ansiedad / timidez,

perfeccionismo, problemas sociales, rasgos psicossomáticos e inestabilidad emocional.

- Identificar y establecer las relaciones existentes entre la presencia/ ausencia de los síntomas y los estilos de crianza materna.

5.1.3 Objetivos Secundarios

- Comparar las capacidades de razonamiento, no verbal, en los niños diagnosticados con TDAH vs los niños sin diagnóstico de TDAH a través de los datos obtenidos con la aplicación del:
 - Test de Matrices progresivas de Raven evaluando la capacidad de educación,
 - Test de Goodenough para evaluar edad mental.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

6 Material y Métodos / Metodología

El presente estudio se planteó como una investigación de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte trasversal y de alcance comparativo / correlacional. La selección de los participantes se hizo a través de muestreo por conveniencia.

6.1 Población

Para poder desarrollar los objetivos del estudio se incluyó la evaluación de dos muestras poblacionales denominadas como:

Población de Niños evaluados

- A) *Niños con diagnóstico TDAH y*
- B) *Niños sin diagnóstico TDAH o control*

Población madres participantes

Participaron en el llenado de cuestionario y escalas (entrevista anamnésica, cuestionario de autoridad paterna y escala de cuidadores) las madres de los niños de ambos grupos evaluados.

- A) *Madres de niños con diagnóstico TDAH y*
- B) *Madres de niños sin diagnóstico TDAH o control*

Grupo con diagnóstico Clínico TDAH

Se evaluaron 14 niños: 10 hombres y 4 mujeres los cuales cubrieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener Diagnóstico Clínico de TDAH emitido por Neuropsiquiatra o paidopsiquiatra.
- Con tratamiento farmacológico
- Ser niños (as) de entre 6 y 12 años de edad

- Sin diagnóstico de discapacidad intelectual
- Sin problemas auditivos
- Con visión normal o corregida (con lentes)
- Inscritos a escuelas de educación básica.

Grupo control

Estuvo integrado por 14 niños: 10 hombres y 4 mujeres que cubrieron los siguientes criterios de inclusión:

- No presentan factores de riesgo, ni sospecha de cumplir criterios de diagnóstico de TDAH (desarrollo típico)
- Tener entre 6 y 12 años de edad
- Sin tratamiento farmacológico al momento de la evaluación
- No haber repetido ningún año escolar
- Sin diagnóstico de discapacidad intelectual
- Sin problemas auditivos
- Con visión normal o corregida (con lentes)
- Inscritos a escuelas de educación básica.

El grupo control fue evaluado con el propósito de comparar los resultados obtenidos entre los grupos y revalidar que los datos provienen de población diagnosticada con TDAH.

Criterios de exclusión

- No cubrir algún criterio de inclusión

Para la conformación del grupo con diagnóstico de TDAH se procedió a pedir autorización al H. Comité Estatal de Investigación del Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) para la colaboración CESAM institución que a través de su departamento de trabajo social invitaría a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del

grupo con diagnóstico de TDAH. También se contó con el apoyo de una neuropediatra que nos vinculó con los padres de niños diagnosticados con TDAH para invitarles a participar.

Para la conformación del grupo de niños sin diagnóstico de TDAH se elaboraron carteles convocando a participar en la investigación a aquellos niños que cumplieran con las características de presentar un desarrollo típico. Además se pidió autorización a los representantes de diferentes escuelas para convocar a los interesados en participar en el estudio.

A todas las personas que se interesaron en participar para la conformación de ambos grupos se les explicaron los objetivos del estudio y quienes aceptaron participar se les agendó una cita para la aplicación de los instrumentos de evaluación, tanto los dirigidos para los niños como para sus madres.

6.2 Técnicas para la recolección de datos

6.2.1 Evaluación aplicada a los niños:

6.2.1.1 NEUROPSI Atención y Memoria, (Ostrosky-Solis et al., 2003).

Evalúa, de manera objetiva, el funcionamiento cognoscitivo, no solo para el diagnóstico de condiciones patológicas, sino para el manejo médico y conductual de las personas. Atención y memoria son dos procesos indispensables en la vida de cualquier persona y son, a su vez, necesarios para el adecuado funcionamiento de otros procesos cognoscitivos. Al aplicarla se obtienen índices independientes del funcionamiento de: orientación; atención y concentración; memoria (trabajo, corto y largo plazo) y funciones ejecutivas.

La atención favorece la elaboración cognoscitiva y conductual. El proceso atencional se emplea para disminuir la cantidad de información que se debe procesar, al desarrollar una tarea específica, seleccionando estímulos principales que permiten el adecuado funcionamiento de procesos como el aprendizaje y la memoria.

Esta prueba psicológica evalúa a detalle la atención (selectiva, sostenida y el control atencional estrechamente ligado con lo que se ha denominado funciones ejecutivas); también los tipos de memoria y las etapas de esta (incluye memoria de trabajo, memoria corto y largo plazo para material verbal y viso espacial).

Las funciones ejecutivas han sido denominadas aspectos de alto orden de la atención, incluyen procesos como la capacidad de planear y organizar la conducta, la inhibición de conductas inapropiadas para la realización de una tarea y para mantener pensamientos flexibles en la resolución de problemas. Los aspectos de la atención son necesarios para mantener una conducta apropiada, socialmente adecuada y dirigida hacia una meta, y se ven afectados como consecuencia de un daño en los lóbulos frontales (Lezak, 1995).

Para calificar se cuantifican los datos crudos y se convierten a puntuaciones normalizadas (con una media de 100 y una desviación estándar de 15). La prueba brinda puntuaciones por separado de la ejecución de pruebas de atención, la ejecución de pruebas de memoria y la ejecución global de atención y memoria. Subdivisión planteada para detectar si la persona evaluada presenta deficiencias en los procesos atencionales y / o en los procesos mnésicos. Los parámetros de normalización permiten obtener el nivel de alteración de las funciones cognoscitivas: 1) normal alto, 2) normal, 3) alteraciones leves, o 4) alteraciones severas (Tabla 3).

Tabla 3. Perfil general de ejecución de la prueba Neuropsi.

Puntuación total normalizada	Clasificación
116 - en adelante	Normal alto
85 – 115	Normal
70 – 84	Alteración leve
69 o menos	Alteración severa

(Ostrosky et al., 2003)

6.2.1.2 El test de Matrices progresivas de Raven, (Raven y Court, 1986)

Se considera como un instrumento para medir la capacidad intelectual (CI) consiste en comparar formas y razonar por analogías. Más específicamente mide el “factor G”, capacidad de relacionar por educación. La capacidad de educación implica la aptitud de dar sentido a materiales desorganizados y/o confusos, manejando constructos que facilitan la captación de una estructura compleja.

El factor G es un constructo hipotético mediante el cual se hace referencia a un conjunto de aptitudes que se usan al resolver tareas complejas. Esas aptitudes son: la capacidad de introspección permite a la persona autodirigir su atención al interior de su mente, la capacidad de educir las relaciones evidentes que existen entre una o dos ideas que se formularon mentalmente y la capacidad de educir correlatos implica crear supuestos de relación concebidos desde la idea inicial. La complejidad de la tarea favorece que la persona manipule su atención (manipulación mental consciente).

Es una prueba, no verbal, que mide la capacidad intelectual general mediante la comparación de formas y la capacidad de razonamiento se basa en estímulos figurativos de prueba. Esta prueba brinda información sobre habilidades para formar comparaciones, claridad de pensamiento para razonar mediante analogía, organizar percepciones espaciales y poner en marcha la capacidad de educación / abstracción.

Consta de 36 reactivos, cada uno de los cuales es similar a una matriz, en esta prueba se pretende que la persona utilice habilidades perceptuales, de observación y de razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz. En esta evaluación se le pide a la persona evaluada que analice la serie que se le presenta y que escoja uno, el que encaje de manera más adecuada en ambos sentidos, tanto en el horizontal como en el vertical.

La calificación es fácil se cuantifican los datos crudos y se convierten a puntuaciones normalizadas. La prueba brinda como dato de inicio percentiles (tabla 4).

Tabla 4. Normas para ambos sexos de la prueba Raven.

Per- cen- tiles	EADAES														
	4 1/2	5	5 1/2	6	6 1/2	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10	10 1/2	11	11 1/2
	4,02,16 a 4,08,15	4,08,16 a 5,02,15	5,02,16 a 5,08,15	5,08,16 a 6,02,15	6,02,16 a 6,08,15	7,08,16 a 7,02,15	7,02,16 a 7,08,15	7,08,16 a 8,02,15	8,02,16 a 8,08,15	8,08,16 a 9,02,15	9,02,16 a 9,08,15	9,08,16 a 10,02,15	10,02,16 a 10,08,15	10,08,16 a 11,02,15	11,02,16 a 11,08,15
95	21	22	23	26	28	28	29	28	32	33	34	35	35	35	35
90	20	21	22	25	27	27	27	27	31	32	33	34	34	34	34
75	18	19	19	22	23	24	24	24	28	28	29	31	33	32	33
50	16	16	17	19	20	19	20	21	24	24	25	28	29	30	31
25	13	14	15	17	16	15	15	16	17	19	21	24	25	28	26
10	12	13	14	15	15	13	12	14	12	15	17	20	21	24	21
5	10	12	13	14	13	12	11	12	11	13	15	17	18	21	19
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(Raven y Court, 1986)

Posteriormente, los percentiles son clasificados en cinco rangos para clasificar el nivel de CI: 1) Superior, 2) Superior al término medio, 3) Término medio, 4) Inferior al término medio o 5) Deficiente (Tabla 5).

Tabla 5. Tabla de diagnóstico de capacidad de educación

Puntaje	Norma	Corresponde		
		Percentiles	Rango	Diagnóstico de capacidad
Igual o superior a	P95	95	I	Superior
	P90	90	II +	Superior a término medio
	P75	75	II	
Superior a	P50	50	III +	Término medio
	Igual a	P50	50	
Inferior a	P50	50	III -	
	P25	25	IV	Inferior al término medio
Igual o menor a	P10	10	IV -	Deficiente
	P5	5	V	

(Raven y Court, 1986)

6.2.1.3 El test de Goodenough, (Goodenough, 1963)

Permite conocer la madurez mental de la persona. Evalúa el desarrollo psicológico que se revela a través del dibujo de la figura humana. Se fundamenta en la hipótesis de que el niño al trazar una figura humana no dibuja lo que ve, sino lo que sabe de ella, es decir una expresión de su repertorio conceptual, que crece con la evolución cognitiva la que se refleja en el dibujo del cuerpo humano.

Consta de 51 reactivos que evalúan: los detalles dentro del dibujo, las proporciones (tamaño de los brazos, tronco, cabeza, ojos y demás partes del cuerpo) concordancia con los criterios de: cantidad de detalles representados, congruencia, proporcionalidad, plasticidad, bidimensionalidad y coordinación visomotora. Los ítems están organizados de manera que va incrementando la complejidad del dibujo.

La calificación es fácil y rápida se cuantifican los datos crudos y se convierten a puntuaciones normalizadas. La prueba brinda puntuaciones para calcular la edad mental del evaluado (Tabla 6).

Tabla 6. *Tabla para obtención de Edad Mental en la prueba de figura humana.*

Meses/Años	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
0		3	7	11	15	19	23	27	31	35	39	43	47
3		4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
6	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	41	45	
9	2	6	10	14	18	22	26	30	34	38	42	46	

(Goodenough, 1963)

6.2.2 Evaluación aplicada a las madres:

6.2.2.1 Entrevista anamnésica (Matute et al., 2016)

Entrevista que brinda la opción de ser autoaplicable, es dirigida a los padres proporciona datos de identificación tanto del niño como del padre y de la madre, ayudan a comprender mejor los antecedentes del desarrollo del menor así como otros datos generales.

El cuadernillo denominado cuestionario para padres incluye los datos de identificación del niño: nombre, sexo edad, fecha de nacimiento, dirección, números telefónicos, nombre de la escuela a la que asiste, lateralidad, médico tratante, así como datos de identificación del padre y de la madre, con quién vive el niño, número de hijos registrados en orden cronológico incluyendo al menor evaluado y los abortos, descripción de la problemática, si ha recibido atención especializada y desde cuanto tiempo y prevalencia de algunos comportamientos.

El cuadernillo denominado historia clínica compuesta por nueve apartados:

1. Caracterización del problema
2. Exploración física
3. Historia familiar
4. Antecedentes prenatales
 - a. Padecimientos de la madre durante el embarazo
 - b. Alimentación de la madre durante el embarazo
 - c. ¿La madre consumió alcohol o drogas durante el embarazo?
5. Antecedentes natales
 - a. Características del parto
 - b. Horas del proceso del parto
 - c. Hubo sufrimiento fetal
6. Antecedentes posnatales
 - a. Alimentación
 - b. Condiciones del niño durante el primer año de vida
 - c. Desarrollo motor

- d. Control de esfínteres
 - e. Desarrollo del lenguaje
 - f. Desarrollo actual
7. Comportamiento (percepción de los padres)
- a. Actividad
 - b. Atención
 - c. Crisis coléricas
 - d. Adaptación
 - e. Labilidad emocional
 - f. Relaciones familiares
 - g. Sueño
 - h. Comportamientos a la hora de comer
 - i. Hábitos alimenticios
 - j. Tiempo libre
 - k. Socialización
8. Modo de disciplina
9. Escolaridad.

6.2.2.2 Escala de calificación para padres Conners, (Conners, 1985)

Escala autoaplicable, dirigida a los padres. Ayuda a identificar problemas conductuales que pueden manifestar la presencia de TDAH en niños de 3 a 17 años de edad. Permite tener una pauta de los rasgos de comportamiento de la persona, en términos de las actividades sociales, emocionales y conductuales. Se encuentran disponibles datos normativos de acuerdo con el sexo por edades.

Consta de 80 reactivos, los síntomas se califican en una escala tipo Likert de 4 opciones: va de “0” (Nunca, rara vez) a “3” (Con mucha frecuencia). Brinda la orientación del diagnóstico hacia algunos rasgos del comportamiento evaluado en las sub escalas descritas a continuación:

- a. Rasgos de Comportamiento Oposicional: Tiene tendencia a romper con las reglas, tiene problemas con el respeto a las autoridades y se molesta fácilmente.
- b. Problemas de Nivel Cognitivo-Distracción: Aprende más lentamente, tiene problemas para organizarse. Presenta dificultad para completar tareas, tiene problemas de concentración.
- c. Rasgos de Hiperactividad-Impulsividad: Tiene dificultad para sentarse tranquilo o realizar una tarea por un periodo prolongado de tiempo, (se percibe) es inquieto e impulsivo.
- d. Rasgos de Comportamiento Ansioso-Tímido: Tiene miedo y preocupaciones que no son normales, propenso a sentirse muy sensible y herido cuando se le hace una crítica, ansioso frente a situaciones desconocidas, es tímido e introvertido.
- e. Rasgos de comportamiento Perfeccionista: Se impone metas muy altas, es muy quisquilloso para hacer sus cosas, obsesivo en su trabajo.
- f. Problemas sociales: Tiene pocos amigos, muy baja autoestima y confianza en sí mismo, se siente alejado emocionalmente de sus padres.
- g. Rasgos de Comportamiento Psicossomático: Se queja de dolores y dolencias más de lo normalmente esperado.
- h. Índice Connors de TDAH. Identifica a los niños y adolescentes que “corren el riesgo” de ser diagnosticados con TDAH.
- i. Conducta General Inadecuada (CGI) Inquieto - Impulsivo: Esta subescala indica inquietud, impulsividad y distracción.
- j. CGI Inestabilidad Emocional: Predisposición a la emotividad (llorar, enojarse, etc.). y a dar respuestas con más carga emocional de lo normalmente esperado.
- k. Conducta problemática de Hiperactividad: los puntajes altos, en esta subescala, tienden a indicar hiperactividad, pero los problemas son en general más amplios.
- l. TDAH Desatento: Los puntajes altos indican una correlación mayor que la media con los criterios establecidos por el DSM V para diagnosticar TDAH D (de tipo desatento).
- m. TDAH Hiperactivo - impulsivo: Los puntajes altos indican una correlación mayor que la media con los criterios establecidos por el DSM-V para diagnosticar TDAH HI (de tipo Hiperactivo – Impulsivo).

n. TDAH Combinado: Los puntajes altos indican una correlación mayor que la media con el criterio establecido por el DSM - V para diagnosticar TDAH C (de tipo combinado Desatento e hiperactivo – impulsivo).

La escala Conners permite orientar en diagnóstico, por si sola no es una herramienta de diagnóstico; guía la valoración de la severidad, sirve para evaluar el grado de afectación. Si se aplica varias veces, en periodos de tiempo, permite evaluar si hubo cambio valorando las diferencias entre los datos obtenidos entre las aplicaciones y da la pauta para la elaboración de un plan de tratamiento.

Para la lectura de los resultados es importante considerar la siguiente guía de interpretación de puntuaciones mínima 40, máxima 90 (tabla 7):

Tabla 7. Puntuaciones T del perfil Escala

Más de 71	Atípico indica problema significativo.
61-70	Medianamente atípico. Posible problema significativo.
45-60	Promedio Normal. Puntaje típico no es preocupante.
44-40	Ligeramente atípico, no es común. Los puntajes bajos no son preocupantes.

Conners (1985)

Valores de 61 a 70 representan áreas que requieren atención, son signos de alarma para tomar medidas preventivas. Valores de 71 y más altos, son tomados como indicadores de la presencia de un problema significativo. Además de puntajes altos, es necesario que la conducta sea identificada en más de un área de desarrollo del menor, como por ejemplo, hogar, escuela, actividades académicas y/o espacio psicológico.

6.2.2.3 Cuestionario de Autoridad Paterna (Buri, 1991)

Cuestionario autoaplicable que fue desarrollado como una propuesta de medir los de estilos de crianza descritos por Baumrind (1967) permisivo, autoritario y democrático, tres prototipos de la autoridad paterna.

Resultados de varios estudios han asentado la efectividad del cuestionario de autoridad paterna como una medida psicométrica que esta validada para medir los prototipos de Baumrind, y han sugerido que este cuestionario tiene un potencial considerable como una herramienta valiosa en la investigación de correlatos de los padres

Consta de 30 reactivos, 10 para cada uno de los tres subtipos de autoridad. Para la calificación del mismo se suman las puntuaciones por cada uno de los subtipos, los puntajes se derivan de evaluaciones fenomenológicas (la fenomenología como método de investigación se utiliza para estudiar un fenómeno específico identificando la esencia de la experiencia humana en torno a como lo describen los participantes del estudio) de los padres porque la escala considera el punto de vista de los participantes.

Las preguntas del cuestionario se agrupan por cada una de las tipologías para hacer la sumatoria de la puntuación final.

6.2.2.4 Escala de Cuidadores, (Amador et al., 2012)

La escala fue adaptada por personal del Instituto Nacional de Psiquiatría y permite evaluar algunas prácticas asociados a los estilos de crianza que influyen la educación parental. Consta de 74 ítems, divididos en 5 subescalas:

- Involucramiento Positivo (13 reactivos)
- Solución de Problemas (13 reactivos)
- Disciplina (16 reactivos)

- Supervisión (16 reactivos)
- Desarrollo de nuevas Habilidades (16 reactivos)

Factores fundamentales en la crianza positiva la cual se define como la relación paterno-filial mediante el cuidado, el desarrollo de múltiples capacidades (ofrecer reconocimiento y orientación sin violencia), al establecer límites para el desarrollo adecuado fomentando el respeto y comprensión de necesidades individuales para la resolución de conflictos.

Se evalúa en base a la escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). Las puntuaciones finales se suman por subescala, el total se divide entre el número de reactivos para obtener la puntuación final que va de uno como mínimo a cinco como máximo.

Se aplicaron las escalas y cuestionarios a las madres (para el estudio se consideró el estilo de crianza materno porque a la cita de evaluación acudieron ellas, solo en algunos casos. se presentaron ambos padres; sin embargo el llenado del cuestionario y escalas de evaluación fue realizado exclusivamente por las madres de los niños evaluados de ambos grupos) así como la evaluación a los menores, posteriormente se realizó la calificación e interpretación para la obtención de los datos que permitieron llevar a cabo el análisis estadístico de promedios con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se realizaron pruebas de normalidad a los datos y en base a los resultados de Shapiro-Wilk se concluye que no todos los datos presentan distribución normal, por lo que se hizo uso de pruebas tanto paramétricas como no paramétricas respetando las características específicas de la normalidad proveniente de los datos. Se incluyeron las dos muestras para comparar los promedios de puntuaciones derivadas de las evaluaciones por grupo. Se analizó si existen diferencias significativas entre los promedios por escala aplicada a los grupos a través de la prueba t-student para muestras independientes.

6.3 Consideraciones éticas

- El bienestar de los participantes tuvo prioridad con respecto al interés de la investigación. Es decir, si alguna de las evaluaciones y/o ejercicio práctico sugerido le generó alguna alteración o inconveniente al niño se suspendió de inmediato la aplicación de la prueba psicométrica, acordando continuar en una fecha próxima o bien renunciar.
- Previo al inicio de la evaluación se le explicó tanto al padre /madre como al menor, qué pruebas psicológicas se aplicarían para que ellos tuvieran conocimiento de que evalúa la batería de test seleccionados para la aplicación.
- Se les proporcionó una explicación, lo más detallada posible, en cuanto a los alcances de la investigación, destacando que el beneficio de la investigación fue generar conocimiento.
- Se solicitó el consentimiento informado de los padres y/o tutores de los niños y niñas diagnosticados con TDAH.
- Se le cuestionó al niño su asentimiento a responder las pruebas que se usaron en el proyecto que permitirán conocer sus niveles de memoria y atención. Todos los evaluados incluidos en el proyecto, participaron de manera voluntaria respetando la autonomía del niño en la toma de decisiones.
- Se resolvieron las dudas que surgieron, en los participantes, proporcionando la información necesaria, de manera comprensible, previa a la aceptación.
- El consentimiento podía revocarse en cualquier momento, sin que esto implicara perjuicio alguno ni para el participante. Sólo se les pedía dar a conocer, a grandes rasgos, los motivos que le orillaron a tomar la decisión. No con el propósito de sancionar sino más bien para analizar la oportunidad de mejorar el proyecto de investigación. Aunque cabe aclarar que si no deseaba especificar el por qué, se respetaba su decisión.
- Se protegió la privacidad y la confidencialidad de la información poniendo códigos a los expedientes para resguardar la identidad de los participantes en el estudio. Se conservan bajo llave los expedientes originales y todo aquello que contiene información de los participantes.

- La información recabada no se utilizó para fines distintos a los que se determinaron durante el acopio del asentimiento y el consentimiento. Es decir, no se compartieron los expedientes, ni la información que estos contienen, para hacer uso de esto en alguna otra investigación o actividad.

- Los datos personales de los participantes no aparecen en la tesis, ni tampoco ningún otro dato que pueda conducir a su identificación. Solo se plantearon las conclusiones generales a las que se llegó, derivadas de la información obtenida durante la investigación.

- Los participantes fueron tratados con igualdad, justicia y equidad. No se manejaron tratos especiales para ninguno de los participantes, se buscó que todos tuvieran las mismas condiciones para la aplicación de las pruebas propuestas en el proyecto de investigación.

- Se respetó la diversidad cultural y sus tendencias ideológicas: durante el desarrollo de las actividades sugeridas no se privilegió o perjudicó a ningún participante por su manera de expresarse, vestirse o pensar.

- Como beneficio de la participación en el proyecto de investigación, se hizo devolución individual, a cada uno de los participantes y sus padres, sobre los datos obtenidos en las pruebas realizadas, se les compartirán de manera personalizada en beneficio de la salud mental del menor. Además de invitar a los niños participantes a tomar un taller que fue diseñado para compartir estrategias para el manejo de técnicas de autocontrol.

7 Resultados y Discusión

7.1 Resultados

7.1.1 Características generales de la muestra

Para el estudio participaron niños con diagnóstico de TDAH y sin diagnóstico de TDAH así como las mamás de los evaluados de ambos grupos. Por cuestiones prácticas primero se describieron las características generales y resultados obtenidos en torno a los niños evaluados, utilizando información de la entrevista anamnésica como el vínculo para posteriormente abordar la descripción de las características generales de las madres, retomando los datos procedentes de las escalas y cuestionarios respondidos por ellas, se hicieron comparaciones entre las puntuaciones promedio obtenidas de ambas muestras para reportar si existen o no diferencias significativas estadísticamente.

7.1.1.1 Características generales de los niños evaluados

El grupo conformado por 14 niños con diagnóstico de TDAH obtuvo una edad promedio de 9.21 años con desviación estándar de 1.81 años. Todos los participantes, de este grupo fueron diagnosticados previamente con el trastorno por médicos especialistas a través de valoración psicológica, neurológica y/o psiquiátrica.

El grupo control conformado por 14 niños sin diagnóstico de TDAH, obtuvo una edad promedio de 8.67 años \pm 1.60 años. Todos los participantes de este grupo tuvieron desarrollo típico, no presentaron factores de riesgo, ni sospecha de cumplir criterios del diagnóstico de TDAH.

Se buscó que los dos grupos quedaran conformados por la misma cantidad de integrantes, igual proporción de hombres y mujeres y que la edad promedio entre los grupos no fuese significativamente distinta $t= 0.826 (26) p=0.417$. La diferencia principal entre grupos fue el diagnóstico clínico de TDAH (ver tabla 8).

Tabla 8. Características de la muestra de los niños.

Característica/ Grupo	Grupo con diagnóstico TDAH	Grupo control	Valor estadístico	Valor de <i>p</i>
Participantes	14	14	--	--
Sexo	10 hombres 4 mujeres	10 hombres 4 mujeres	--	--
Promedio edad (DE)	9.21 (\pm 1.81)	8.67 (\pm 1.60)	t= 0.859 (26)	p =0.417

7.1.1.2 Rasgos Cognitivos: Funciones Ejecutivas, Atención y Memoria.

Se evaluaron los rasgos cognitivos de atención y funciones ejecutivas; memoria y; atención y memoria

El grupo con diagnóstico de TDAH registró un puntaje total en atención y funciones ejecutivas de 95.71 ± 18.41 lo que corresponde a la clasificación normal en los rasgos de atención y funciones ejecutivas. Mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 116.89 ± 23.16 que corresponde a la clasificación normal alto en los rasgos de atención y funciones ejecutivas. Las diferencias en los promedios de las puntuaciones de atención y funciones ejecutivas entre los grupos fueron significativas $t = -2.88$ (g.l=26) $p = .008$. El grupo con diagnóstico de TDAH presentó menor rendimiento que el grupo control en los procesos cognitivos de atención y funciones ejecutivas (ver figura 5).

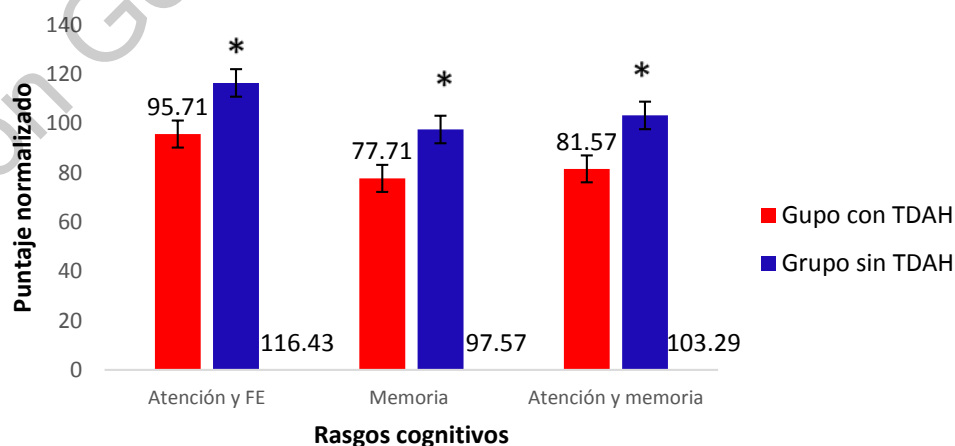
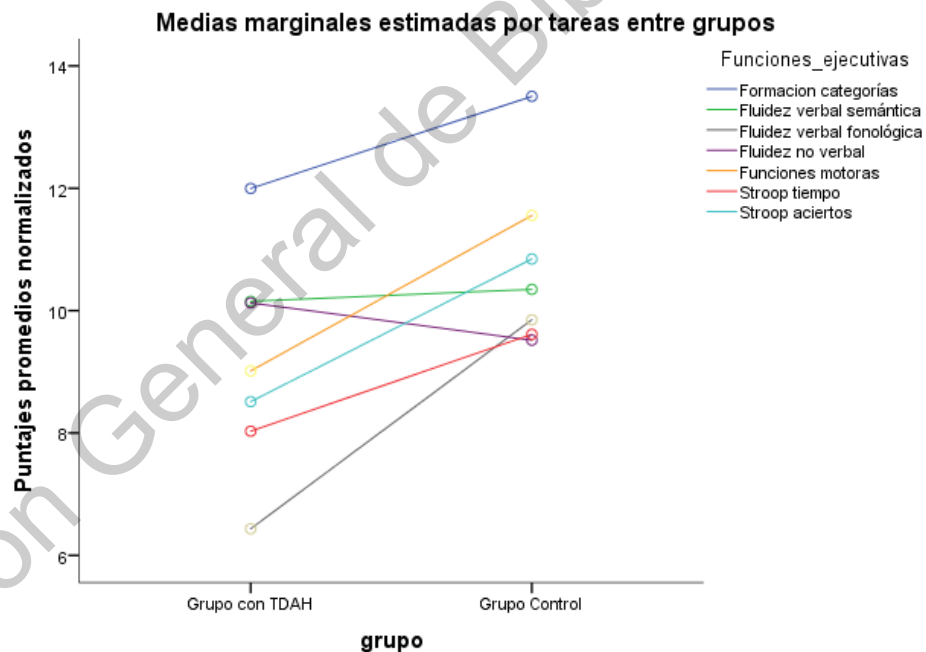


Figura 5. Rasgos cognitivos evaluados con Neuropsi

* Correlación significativa

En la mayoría de las tareas ya al englobar los puntajes totales hubo diferencias entre los grupos. Las diferencias en *funciones ejecutivas significativas* principalmente fueron en las tareas de: *formación de categorías* el grupo con diagnóstico de TDAH registró un menor número de asociaciones vinculadas con las láminas con puntaje promedio de 11.64 ± 2.68 , mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 13.86 ± 2.66 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -2.19 (26) p = .037$; y *fluidez verbal fonológica* el grupo con diagnóstico de TDAH emitió un menor número de palabras que iniciaran con la letra “P”, registró un puntaje promedio de 6.29 ± 2.13 , mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 10 ± 3.80 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -3.18 (26) p = .005$ (Ver figura 6).



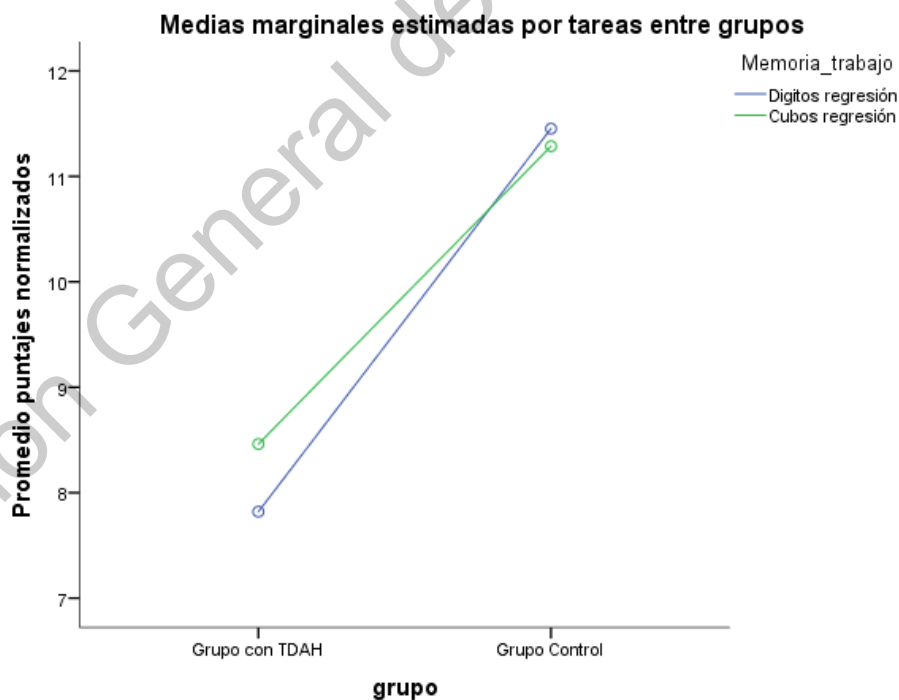
Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: IntFluVerbSem = .07, PerFluVerbSem = .61, intFluVerbFOn = .46, perFluVerbFon = .46, intFluNOverb = 3.25, persFluNOverb = 2.64

Figura 6. Puntajes medios en funciones ejecutivas para ambos grupos por tareas. La gráfica describe los puntajes obtenidos por grupo en las siete tareas que la prueba NEUROPSI Atención y Memoria incluye para evaluar a detalle los criterios de ejecución del proceso cognitivo de funciones ejecutivas.

Las puntuaciones promedio de memoria ya normalizadas que obtuvieron los niños fueron: el grupo con diagnóstico de TDAH registró un puntaje promedio de 77.71 ± 13.16 en la función cognitiva de memoria, lo que corresponde a la clasificación Alteración leve a moderada. El grupo control registró un puntaje promedio de 97.57 ± 23.76 en la función cognitiva de memoria lo que corresponde con la clasificación normal. Las diferencias en los promedios de memoria entre los grupos fueron significativas $t = -2.73$ (26), $p = 0.013$ el grupo con diagnóstico de TDAH presentó un menor rendimiento en el proceso cognitivo memoria.

Las diferencias de los promedios de memoria se encontraron principalmente en:

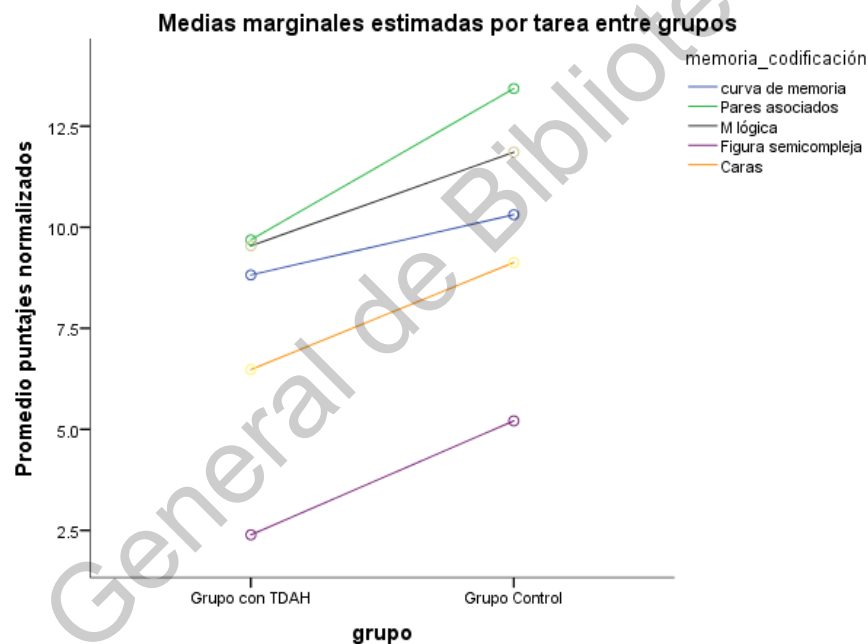
- La tarea de *cubos regresión* (memoria de trabajo ver figura 7) donde el grupo con diagnóstico de TDAH tuvo mayor dificultad en recordar las secuencias inversas de cubos señalados, registró un puntaje promedio de 8.21 ± 3.21 , mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 11.57 ± 3.98 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -2.45$ (26) $p = 0.021$.



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: INCurMem = .81, prsCurMem = 2.30, primCurMem = 57.30, recCurmem = 47.15, catCurmem = 2.19, CapCurMem = 1.89

Figura 7. Puntajes medios en memoria de trabajo para ambos grupos por tareas. La gráfica describe los puntajes obtenidos por grupo en las dos tareas que la prueba NEUROPSI Atención y Memoria incluye para evaluar a detalle los criterios de ejecución del proceso cognitivo de memoria de trabajo.

- En la tarea de *pares asociados* (codificación ver figura 8) el grupo con diagnóstico de TDAH recordó menos pares de palabras asociadas registró un puntaje promedio de 10.57 ± 2.24 , mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 12.79 ± 2.83 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -2.29$ (26) $p = 0.031$;
- En la tarea de reconocimiento de *caras* el grupo con diagnóstico de TDAH tuvo mayor dificultad en recordar las fotografías mostradas registró un puntaje promedio de 6.43 ± 3.30 , mientras el grupo control registró un puntaje promedio de 9.29 ± 3.83 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -2.11$ (26) $p = 0.044$ (ver figura 8);



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: INCurMem = .81, prsCurMem = 2.30, primCurMem = 57.30, recCurMem = 47.15, catCurMem = 2.19, CapCurMem = 1.89

Figura 8. Puntajes medios en codificación de memoria para ambos grupos por tareas.

La gráfica describe los puntajes obtenidos por grupo en las cinco tareas que la prueba NEUROPSI Atención y Memoria incluye para evaluar a detalle los criterios de ejecución del proceso cognitivo de codificación de memoria.

- Y en la tarea de *memoria verbal claves* (evocación ver figura 9) el grupo con diagnóstico de TDAH registró un puntaje promedio de 6.50 ± 2.71 , mientras el grupo control

registró un puntaje promedio de 10.86 ± 4.26 , la diferencia es significativa entre los grupos $t = -3.23 (26) p = 0.004$.

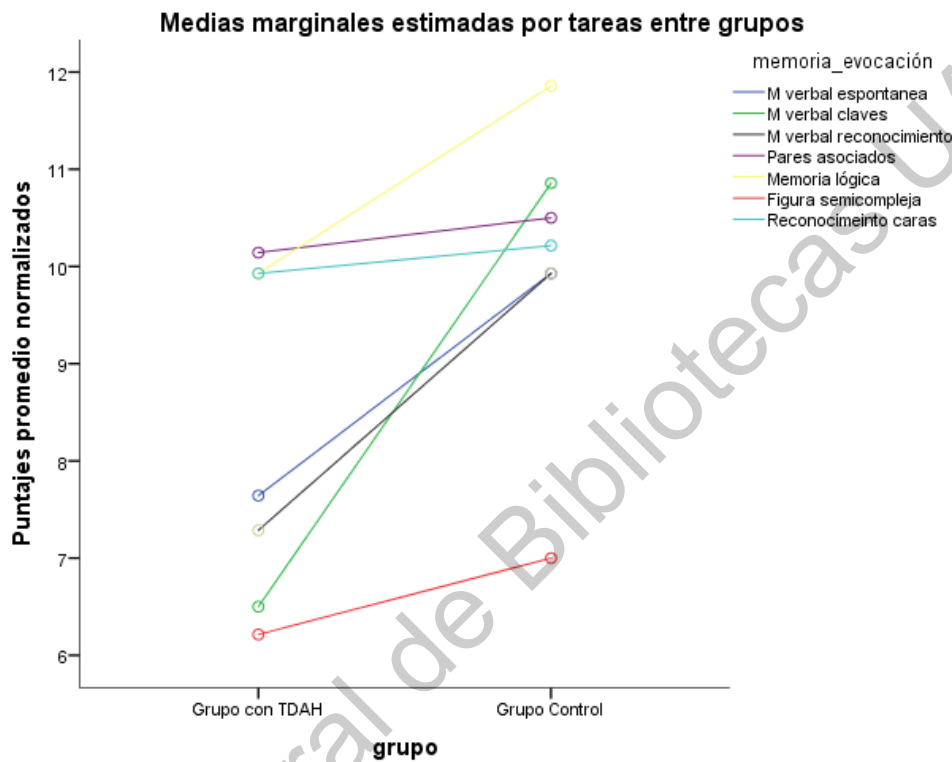
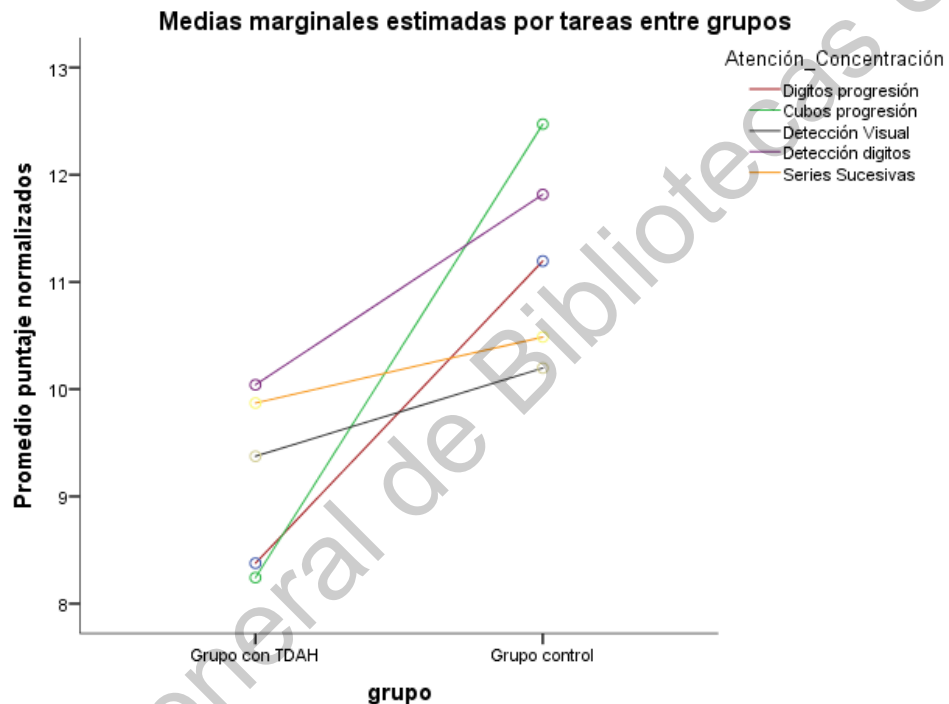


Figura 9. Puntajes medios en evocación de memoria para ambos grupos por tareas. La gráfica describe los puntajes obtenidos por grupo en las siete tareas que la prueba NEUROPSI Atención y Memoria incluye para evaluar a detalle los criterios de ejecución del proceso cognitivo de evocación de memoria.

En los promedios de las puntuaciones normalizadas totales del nivel de atención y memoria que obtuvieron los niños, el grupo con diagnóstico de TDAH tuvo un promedio de 81.57 ± 13.50 , lo que corresponde a la clasificación de alteración leve. El grupo control promedió en 103.29 ± 21.67 , lo que corresponde a la clasificación normal. La diferencia fue significativa entre los promedios de atención y memoria $t = -3.18 (26) p = 0.004$, presentando el grupo con diagnóstico de TDAH un menor rendimiento en el proceso cognitivo de atención y memoria.

Se mostró menor rendimiento de *atención y memoria* por parte del grupo con diagnóstico de TDAH, principalmente en la tarea de *cubos progresión* (ver figura 10). El grupo con diagnóstico de TDAH tuvo mayor dificultad en recordar las secuencias de cubos señalados registró un promedio de 8.29 ± 3.07 ; mientras el grupo control registró un promedio de 12.43 ± 3.59 , la diferencia entre los grupos es significativa $t= -3.28 (26) p=.003$ (ver figura 10).



Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los valores siguientes: IntDeteccionDig = 2.00

Figura 10. Puntajes medios en atención concentración para ambos grupos por tareas. La gráfica describe los puntajes obtenidos por grupo en las cinco tareas que la prueba NEUROPSI Atención y Memoria incluye para evaluar a detalle los criterios de ejecución de los procesos cognitivos de atención concentración.

7.1.1.3 Rasgos de comportamiento

Al analizar los resultados obtenidos de la escala Conners para padres respondidas por las madres de los grupos y comparar los promedios entre estos, se encontraron diferencias significativas en las 14 subescalas que la componen, se especifican los puntajes registrados por subescala considerando en primera instancia los rasgos de comportamiento característicos del TDAH (ver figura 11) y posteriormente los otros rasgos de comportamiento asociados al trastorno que evalúa la escala:

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de *problemática a nivel cognitivo / distracción* tuvo una media de 69.14 ± 10.61 y el promedio obtenido por el grupo control fue 48.71 ± 3.61 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 6.53 (26)$, $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento de hiperactividad e impulsividad* tuvo una media de 67.93 ± 14.05 y el grupo control tuvo una media de 49.86 ± 4.22 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 4.55 (26)$, $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor índice de *presencia de TDAH* con una media de 70.21 ± 8.61 y el grupo control tuvo una media menor de 50.79 ± 7.31 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 6.13 (26)$, $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento inquieto impulsivo* tuvo una media de 65.64 ± 12.46 , mientras el grupo control obtuvo un promedio de 48.07 ± 3.14 . La diferencia entre los grupos fue significativa $t= 4.82 (26)$ $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de conducta *problemática de hiperactividad* tuvo una media de 63.64 ± 10.93 mientras el grupo control

tuvo promedio más bajo 48.57 ± 2.25 . La diferencia entre los grupos fue significativa $t= 4.28$ (26) $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registro mayor presencia de rasgos de comportamiento *TDAH Desatento*, tuvo una media de 70.43 ± 10.62 mientras el grupo control tuvo un promedio de 48.79 ± 3.10 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa $t= 6.57$ (26) $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registro mayor presencia de rasgos de comportamiento *TDAH Hiperactivo impulsivo*, obtuvo una media de 72.36 ± 12.42 mientras el grupo control tuvo una media menor de 50.93 ± 5.22 . La diferencia entre los grupos fue significativamente menor de $t= 5.87$ (26) $p= <0.001$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de comportamiento de *TDAH Combinado* tuvo una media de 71.50 ± 9.45 mientras el grupo control tuvo una media menor de 51.14 ± 3.60 . La diferencia entre los grupos fue significativa $t= 6.91$ (26) $p= <0.001$.

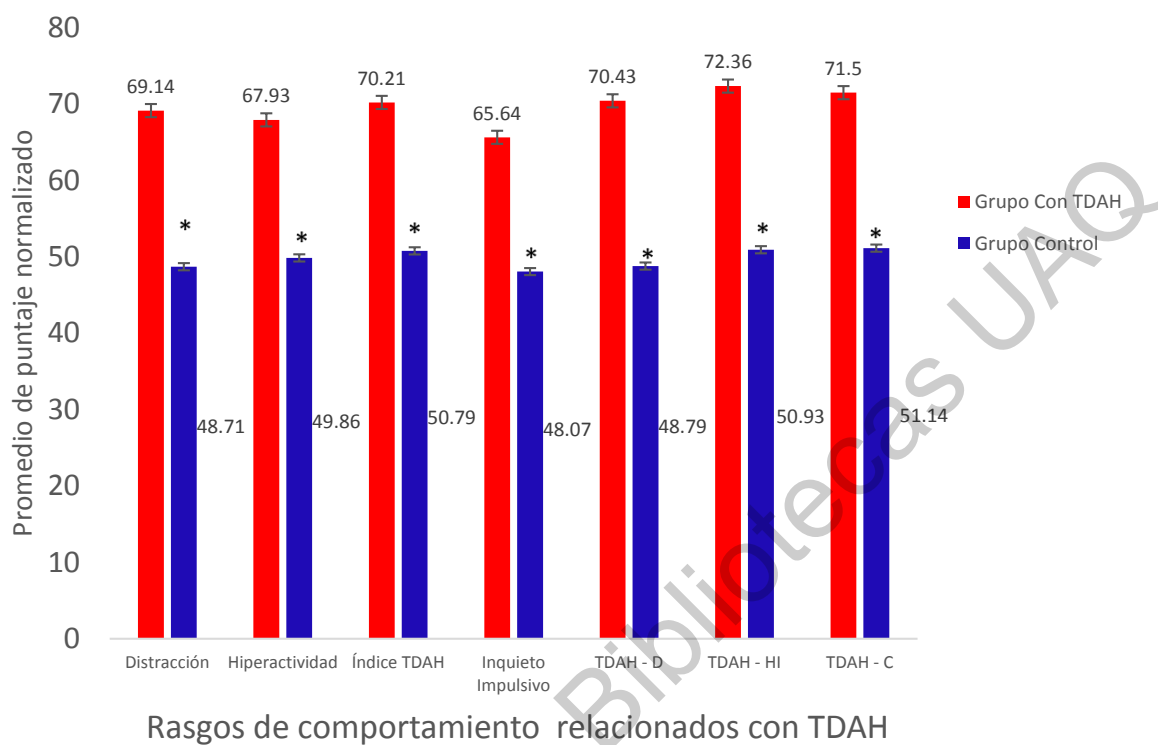


Figura 11. Subescalas Conners vinculadas con sintomatología TDAH.

* Correlación significativa

En lo que respecta a las subescalas que evalúan otros comportamientos asociados con el trastorno (ver figura 12) el grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento oposicional* obtuvo una media de 57.21 ± 12.41 mientras el grupo control tuvo un promedio de 49.14 ± 2.50 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t = 2.15 (26) p = 0.044$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento ansioso - tímido* tuvo una media de 58.64 ± 10.09 y el grupo control tuvo una media de 48.14 ± 5.04 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t = 3.19 (26), p = 0.004$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento perfeccionista* tuvo una media de 53.29 ± 9.58 y el grupo control tuvo una

media de 45.36 ± 2.83 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 2.87 (26), p= 0.010$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de *problemática social* tuvo una media de 65.14 ± 15.05 y el grupo control tuvo una media de 53.29 ± 6.75 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 2.35 (26), p= 0.027$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *comportamiento psicossomático* tuvo una media de 61.85 ± 12.50 y el grupo control tuvo una media menor de 50.79 ± 5.85 . La diferencia entre ambos grupos fue significativa, $t= 2.84 (26), p= 0.010$.

El grupo con diagnóstico de TDAH registró mayor presencia de rasgos de *inestabilidad emocional* obtuvo una media de 54.50 ± 6.75 mientras el grupo control tuvo un promedio de 47 ± 4.02 . La diferencia entre los grupos fue significativa $t= 3.06 (26) p=0.005$.

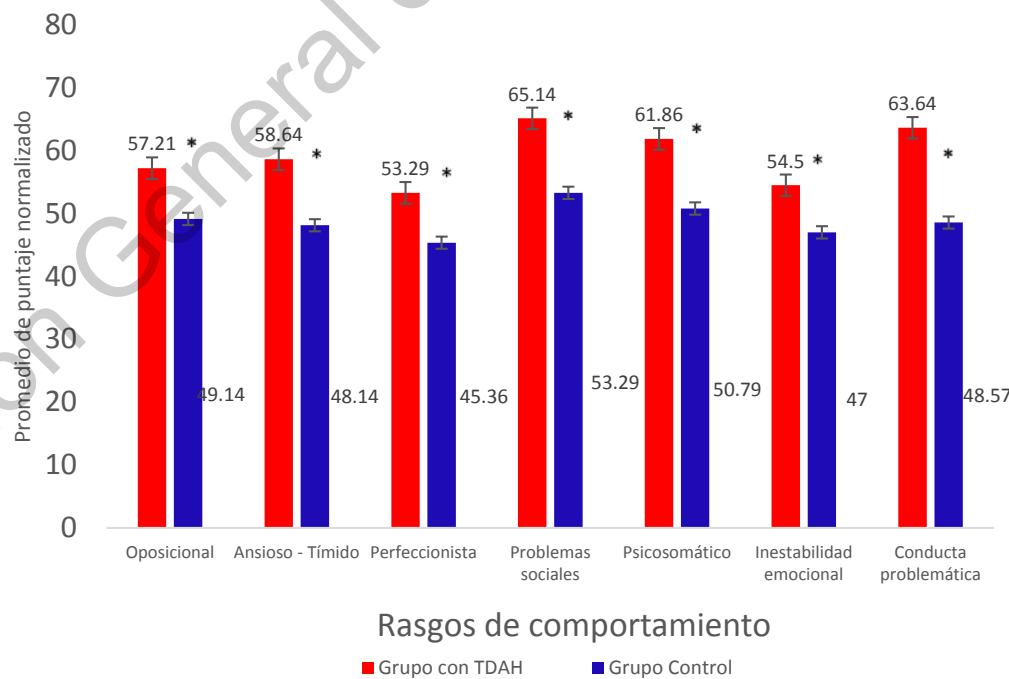


Figura 12. Diferencias Subescalas rasgos de comportamiento.
* Correlación significativa

Los instrumentos aplicados a los participantes describieron que los niños y niñas mostraron diferencias significativas en los rasgos de comportamientos evaluados, tanto con la prueba Neuropsi como con las escalas Conners se sintetizan en la tabla 9:

Tabla 9. Rasgos cognitivos y de conducta evaluados en los menores participantes.

Conducta/ Grupo	Grupo con TDAH	Grupo control	Valor Estadístico t	Valor p
Neuropsi				
Atención FE	95.71 ± 18.41	116.43 ± 19.54	-2.88	0.008**
Formación categorías	11.64 ± 2.68	13.86 ± 2.66	-2.19	0.037*
Fluidez verbal fonológica	6.29 ± 2.13	10 ± 3.80	-3.18	0.005**
Memoria				
Cubos regresión	77.71 ± 13.16	97.57 ± 23.76	-2.73	0.013*
Pares asociados	8.21 ± 3.21	11.57 ± 3.98	-2.45	0.021*
Caras	10.57 ± 2.24	12.79 ± 2.83	-2.29	0.031*
Memoria verbal claves	6.43 ± 3.30	9.29 ± 3.83	-2.11	0.044*
	6.50 ± 2.71	10.86 ± 4.26	-3.23	0.004**
Atención y memoria				
Cubos progresión	81.57 ± 13.50	103.29 ± 21.67	-3.18	0.004**
	8.29 ± 3.07	12.43 ± 3.59	-3.28	0.003**
Subescalas Conners				
Problemas de distracción	69.14 ± 10.61	48.71 ± 3.61	6.53	<0.001**
Hiperactividad Impulsividad	67.93 ± 14.05	49.86 ± 4.22	4.55	<0.001**
Índice de TDAH	70.21 ± 8.61	50.79 ± 7.31	6.13	<0.001**
Inquieto impulsivo	65.64 ± 12.46	48.07 ± 3.14	4.82	<0.001**
Hiperactividad	63.64 ± 10.93	48.57 ± 2.25	4.28	<0.001**
TDAH –D	70.43 ± 10.62	48.79 ± 3.10	6.57	<0.001**
TDAH – HI	72.36 ± 12.42	50.93 ± 5.22	5.87	<0.001**
TDAH _C	71.50 ± 9.45	51.14 ± 3.60	6.91	<0.001**
Oposicional	57.21 ± 12.41	49.14 ± 2.50	2.15	0.044*
Ansioso- Tímido	58.64 ± 10.09	48.14 ± 5.04	3.19	0.004**
Perfeccionista	53.29 ± 9.58	45.36 ± 2.83	2.87	0.010**
Problemas sociales	65.14 ± 15.05	53.29 ± 6.75	2.35	0.027*
Psicosomático	61.86 ± 12.50	50.79 ± 5.85	2.84	0.010*
Inestabilidad emocional	54.50 ± 6.75	47 ± 4.02	3.06	0.005**
Raven				
Capacidad educación	28.21 ± 16.13	70 ± 19.94	-5.85	<0.001**
Goodenough				
Promedio edad	8.01 ± 1.47	8.50 ± 1.12	-.749	.463
Diferencia edad	1.21 años	0.17 meses	3.03	0.01*

* Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

De manera adicional, se aplicaron como pruebas exploratorias las pruebas de Test de Matrices Progresivas de Raven (Raven y Court, 1986) y Test de Goodenough (Goodenough, F, 1963) sin ser parte de los objetivos principales de la investigación pero si con fines complementarios. Los hallazgos fueron:

7.1.1.4 Inteligencia “G” capacidad de educación

En las puntuaciones normalizadas de capacidad de educación obtenidas a través del test de Matrices progresivas de Raven: el grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo una media de 28.21 ± 16.13 que representa puntuación inferior a la media al compararlos con niños de su edad; el grupo control obtuvo mayor capacidad de educación, puntuando con calificaciones más altas obtuvo una media de 70 ± 19.94 que representa puntuación superior a la media comparados con niños de su edad. Existe diferencia significativa en la capacidad de educación entre los grupos, $t = -5.85$ (26) $p = <.001$ (tabla 9).

7.1.1.5 Edad mental (Goodenough)

Como se mencionó al inicio del apartado el grupo con diagnóstico de TDAH tuvo una edad cronológica 9.21 ± 1.81 y edad mental con promedio de 8.01 ± 1.47 , se registra 1.21 años de diferencia, al aplicar la prueba t de student para pruebas relacionadas, se observa que fue significativamente menor su edad mental con respecto a su edad cronológica $t = 3.03$ (13) $p = 0.010$; mientras el grupo control tuvo una edad cronológica 8.67 ± 1.60 y edad mental con promedio de 8.50 ± 1.12 . En el grupo control 0.17 años no se registra diferencia significativa entre su edad cronológica y la edad mental $t = 0.620$ (13) $p = 0.546$ lo cual representa tendencia a inmadurez en el desarrollo mental en los integrantes del grupo con diagnóstico de TDAH (Ver figura 13, tabla 9).

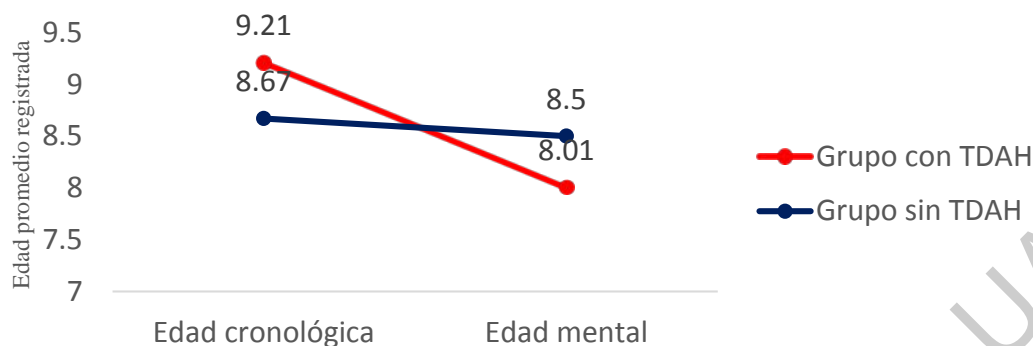


Figura 13. Diferencia entre edad cronológica y mental entre grupos

7.1.1.6 Presencia de síntomas característicos de TDAH en los niños de ambos grupos

Con base en los datos obtenidos de la escala Conners se obtuvo que el 21.4% de los niños evaluados del grupo con diagnóstico de TDAH no presentan síntomas de desatención (predominio de TDAH- HI), del 78.5% restante si presenta rasgos (35.7% corresponde a sintomatología leve, 21.4% moderada y 21.4% severa) Mientras los niños evaluados del grupo control ninguno de los participantes presentan rasgos de desatención estadísticamente hay diferencia significativa entre los grupos $X^2(3) = 18.11, p < 0.001$ (Ver figura 14).

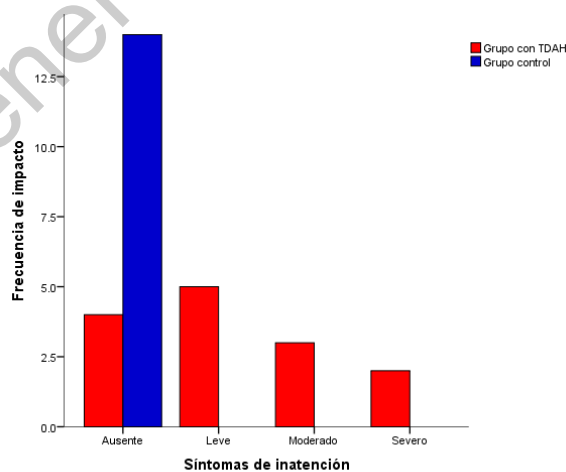


Figura 14. Diferencias de síntomas de inatención entre grupos.

Con relación a la sintomatología de hiperactividad – impulsividad el grupo con diagnóstico de TDAH 14.3% tiene ausencia de los rasgos (predominio de subtipo TDAH-D),

mientras el 85.7% restante si los presenta (35.7% corresponde a sintomatología leve, 42.9% sintomatología moderada y 7.1% sintomatología severa). Ninguno de los participantes del grupo control presenta la sintomatología, estadísticamente existen diferencias significativas entre grupos, $X^2(2) = 21$ $p < 0.001$ (ver figura 15, tabla 10).

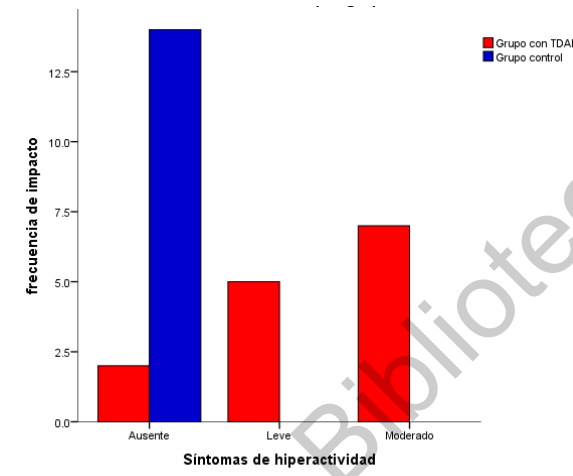


Figura 15. Diferencias síntomas de hiperactividad entre grupos

En el grupo con diagnóstico de TDAH se registraron rasgos de los tres subtipos del trastorno: 14.3% subtipo –D; 21.4% subtipo –HI; 64.3 % subtipo-C. Mientras que el grupo control 100% sin sintomatología TDAH (ver figura 16).

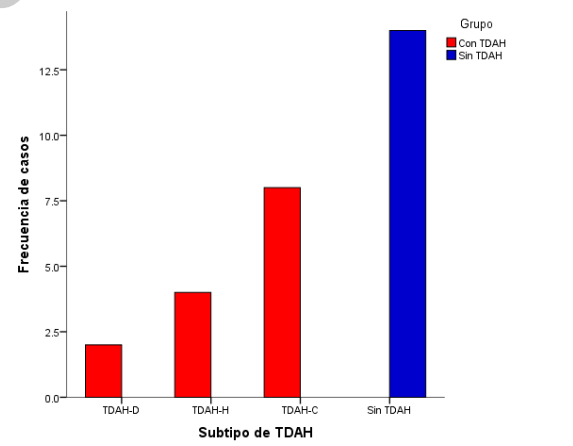


Figura 16. Subtipos de TDAH por grupos.

Tabla 10. Síntomas centrales de TDAH presente en los menores con base en la escala Conners.

Rasgos/porcentajes por grupo	Grupo con Diagnóstico TDAH	Grupo sin diagnóstico TDAH	Valor Estadístico	Valor p
Desatención	21.4% TDAH-HI 78.5 % Con rasgos -35.7% leve -21.4% moderado -21.4% severo	100% sin rasgos	X ² = 18.11	<0.001**
Hiperactividad – impulsividad	14.3% TDAH-D 85.7% Con rasgos - 35.7% leve -42.9% moderado -7.9% severo	100% sin rasgos	X ² = 21	<0.001**
Desatención Hiperactividad Impulsividad	64.3% TDAH-C - 21.4% leve -35.7% moderado - 7.14% severo	100% sin rasgos	X ² = 28	<0.001**

* Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

7.1.2 Datos obtenidos de la entrevista anamnésica

De la información recabada en base a la entrevista anamnésica, contestada por las madres de los niños evaluados, se registraron datos con diferencias significativas entre los grupos, lo que se mostrará en los apartados siguientes.

7.1.2.1 Antecedentes perinatales

En los antecedentes perinatales de los menores evaluados se registró que 7.1% del grupo con diagnóstico de TDAH desconoce información referente a *los antecedentes prenatales*, 42.9 % refiere no haber tenido antecedentes prenatales y 50% afirma haber tenido dificultades durante el periodo de gestación. Mientras las madres de los niños sin diagnóstico de TDAH 78.6% refieren no haber tenido complicaciones previas al parto, 21.4 % reporta haber tenido complicación en el periodo de gestación. No existe diferencia significativa entre los grupos en relación a complicaciones en el periodo de gestación $X^2(2) = 4.07, p = 0.131$.

El 7.1% del grupo con diagnóstico de TDAH desconoce información referente a los *antecedentes natales*, 42.9 % refieren no haber tenido antecedentes natales y 50% afirman haber tenido dificultades durante el alumbramiento. Mientras las madres de los niños sin diagnóstico de TDAH 100% refieren no haber tenido complicaciones durante el parto. Existe diferencia significativa entre los grupos en relación a la presencia de complicaciones durante el nacimiento $X^2 (2)= 11.20, p=0.004$.

El 7.1% del grupo con diagnóstico de TDAH desconoce información sobre los *antecedentes postnatales*, 57.1 % refieren no haber tenido antecedentes postnatales y 35.7% afirman haber tenido dificultades durante el periodo postparto. Mientras las madres de los niños sin diagnóstico de TDAH 78.6% refiere no haber complicaciones después del parto, 21.4 % reporta haber tenido complicación después del parto. No existe diferencia significativa entre los grupos en relación a la presencia de complicaciones después del parto $X^2 (2)= 11.20, p=0.373$ (ver tabla 11).

7.1.2.2 Historia familiar

El 57.1% de los niños con diagnóstico de TDAH viven con ambos padres, 21.4 % viven únicamente con su mamá, 14.3% viven con su mamá-padrastra y 7.1% vive con sus abuelos. 92.9% de los niños del grupo control con desarrollo típico viven con ambos padres y 7.1% vive únicamente con su mamá. No existe diferencia significativa entre los grupos en relación a los datos reportados de con quien viven $X^2 (3)= 5.19, p=0.15$ (ver tabla 11).

En los niños con diagnóstico de TDAH 57.1% tienen algún familiar con rasgos del trastorno, 35.7 % no tienen familiares con el diagnóstico y 7.1% no sabe. En los niños con desarrollo típico, 14.3% refirió si tener familiares con el trastorno, 85.7 % no tienen ningún familiar con el diagnóstico. Existe diferencia significativa entre los grupos en relación a la presencia/ausencia de familiares con TDAH $X^2 (2)= 7.48, p=0.24$ (ver tabla 12, figura17).

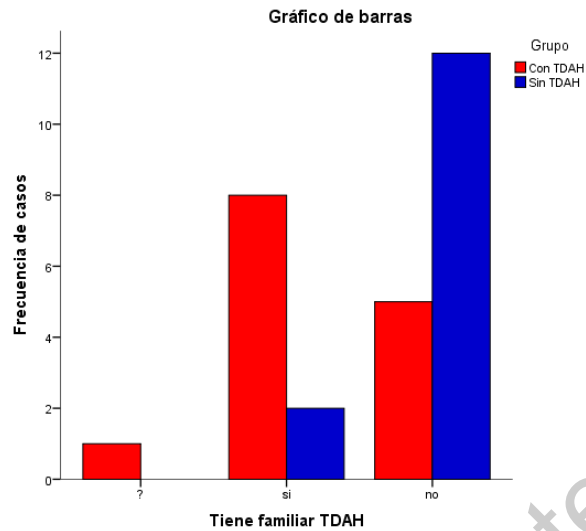


Figura 17. Frecuencias de reporte de familiares con o sin TDAH.

7.1.2.3 Historia académica

Los niños con diagnóstico de TDAH tienen mayores dificultades de desempeño académico. El 14.3 % de los niños evaluados no tiene problemática en el desempeño escolar mientras el restante 85.7% si tiene dificultades. De los niños con desarrollo típico evaluados 64.3% no tienen dificultades y el 35.7 % si registra problemática. La diferencia existente entre los grupos es significativa $X^2(1) = 7.33, p = 0.007$ (ver tabla 11, figura 18).

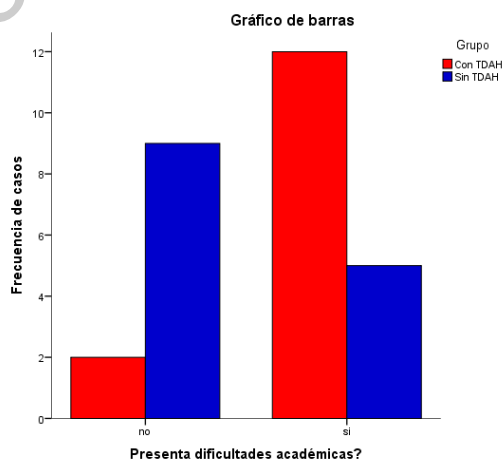


Figura 18. Frecuencia con la que presentan dificultades académicas por grupo.

Los niños con diagnóstico de TDAH presentan más dificultades para poner atención: 14.3 % no tiene dificultades y 85.7% presenta dificultades siempre. Los niños sin TDAH 78.6% no tiene dificultades 21.4 % tiene poca dificultad para poner atención. Las diferencias existentes entre los grupos son significativas $X^2(2)=21.23$, $p= <0.001$. Las madres del grupo con diagnóstico TDAH refieren que 7.1% de los niños evaluados muestra atención constante; 42.9 % exterioriza atención corta y 50% expresa atención variable. Las madres del grupo sin TDAH refieren que 71.4% de los niños muestra atención constante; 28.6 % tiene una atención variable. Existe diferencia significativa entre la atención manifiesta de ambos grupos $X^2(2)= 14.18$, $p= 0.001$ (ver tabla 11).

7.1.2.4 Conducta diaria

Los niños con diagnóstico de TDAH muestran más actividad motora. Las madres refieren que 14.3 % de los niños son activos, 64.3 % son hiperactivos y 21.4% son hipoactivos. Las madres de los niños sin diagnóstico de TDAH manifiestan que 85.7% de los niños son activos, 14.2 % hiperactivos. Las diferencias existentes en la actividad entre los niños de ambos grupos son significativas $X^2(2)= 14.54$, $p= 0.001$. Las madres del grupo con diagnóstico TDAH refieren que 57.1% de los niños evaluados son inquietos a la hora de comer y 42.9 % permanecen pasivos. Las madres del grupo sin TDAH refieren que 14.3% de los niños están inquietos a la hora de comer y 85.7 % permanecen pasivos mientras comen. Existe diferencia significativa entre la actividad manifiesta a la hora de comer por los niños de ambos grupos $X^2(1)= 5.60$, $p= 0.018$ (ver tabla 11).

Tabla 11. Comparación de datos por grupo, extraídos de la entrevista anamnésica.

	Grupo con TDAH			Grupo sin TDAH		Valor Estadístico	Valor p
	No sabe	Si	No	Si	No		
Antecedentes							
Prenatales	7.1%	50%	42.9%	21.4%	78.6%	$X^2= 4.07$	0.131
Natales	7.1%	50%	42.9	0%	100%	$X^2= 11.20$	0.004**
Postnatales	7.1%	50%	35.7%	21.4%	78.6%	$X^2=1.97$	0.373
Familiar con TDAH	7.1 %	57.1%	35.7%	14.3	85.7%	$X^2= 7.48$	0.24*
Dificulta Académica	0%	85.7%	14.3%	35.7%	64.3%	$X^2= 7.33$	0.007**
Dificultad de atención	0%	85.7%	14.3%	21.4%	76.6%	$X^2=21.23$	<0.001**
Atención manifiesta	Kte	Corta	Variable	Kte	Variable		
	7.1%	42.9%	50%	71.4	28.6	$X^2= 14.18$	0.001**
Actividad motora	Activos	Hiper	Hipo	Activos	Hiper		
	14.3%	64.3%	21.4%	85.7 %	14.2%	$X^2= 14.54$	0.001**
Actividad mientras comen		Inquieto	Pasivo	Inquieto	Pasivo		
		57.1%	42.9%	14.3%	85.7%	$X^2=5.60$	0.018*

Abreviaturas usadas en tabla: Kte= constante; Hiper= hiperactivo; Hipo= Hipoactivo
 * Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

7.1.2.5 Métodos de Disciplina

Las madres reportaron la frecuencia con la que utilizan los métodos de disciplina utilizados con los menores evaluados, según uno de los reactivos de la entrevista anamnésica, lo que se muestra a continuación.

Regaño: 21.4 % de las madres del grupo con diagnóstico de TDAH algunas veces regaña, 50 % frecuentemente lo hace y 28.6 % siempre hace uso del regaño como medida de disciplina. Mientras 28.6 % de las madres del grupo sin diagnóstico de TDAH algunas veces regaña, 35.7 % frecuentemente lo hace y 35.7 % siempre hace uso del regaño como medida de disciplina. No existe diferencia significativa en el uso del regaño como método de disciplina entre ambos grupos $X^2(2)= 0.587, p= 0.746$ (ver figura 19, tabla 12).

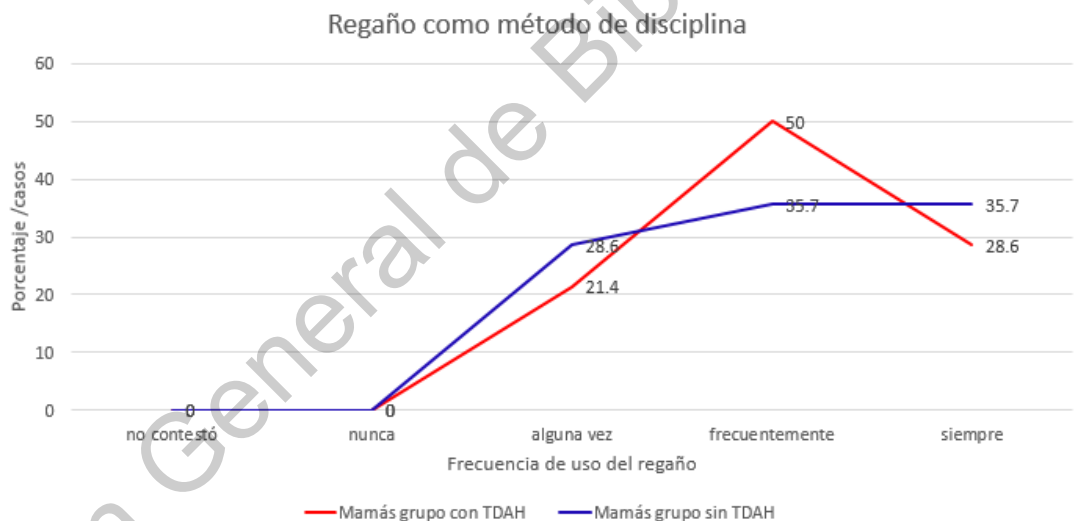


Figura 19. Frecuencia de uso del regaño.

Castigo físico: 21.4% de las madres del grupo con diagnóstico de TDAH nunca hace uso del castigo físico, 50% algunas veces lo usa, 28.6 % frecuentemente hace uso del castigo físico como medida de disciplina. Mientras 14.3 % de las madres del grupo sin diagnóstico de TDAH nunca usa castigo físico, 76.6 % algunas veces lo usa y 7.1 % frecuentemente hace uso del castigo físico como medida de disciplina. No existe diferencia significativa en el uso

del castigo físico como método de disciplina entre ambos grupos $X^2(2)= 2.88, p= 0.236$ (ver figura 20, tabla 12).

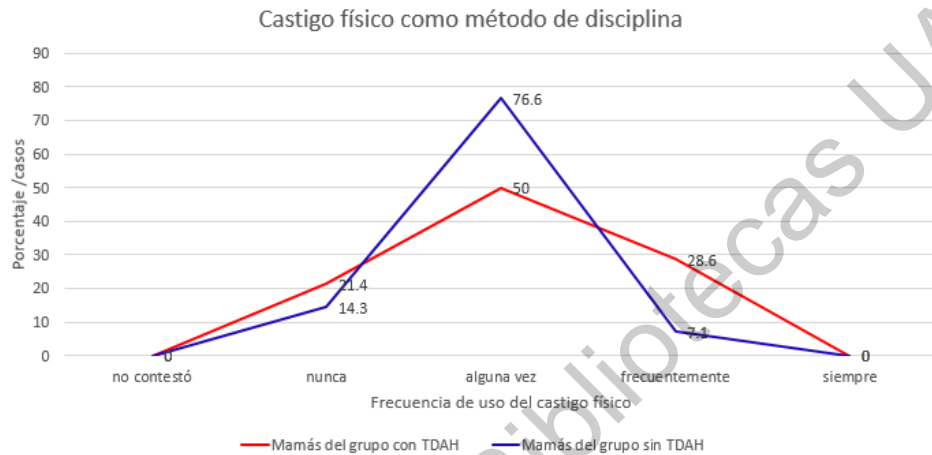


Figura 20. Frecuencia de uso de castigo físico.

Tiempo fuera: 28.6% no respondió el reactivo, 28.6 % de las madres del grupo con diagnóstico de TDAH nunca hace uso del tiempo fuera, 14.3 % algunas veces lo aplica, 21.4 % frecuentemente hace uso del tiempo fuera y 7.1 % siempre lo aplica. Mientras las mamás del grupo control 7.1 % no respondió el reactivo, 64.3 nunca hace uso del tiempo fuera, 21.4% con frecuencia utiliza el tiempo fuera y 7.1 % siempre lo usa como medida de disciplina. No existe diferencia significativa en el uso del tiempo fuera entre ambos grupos $X^2(4)= 5.72, p= 0.221$ (ver figura 21, tabla 12).

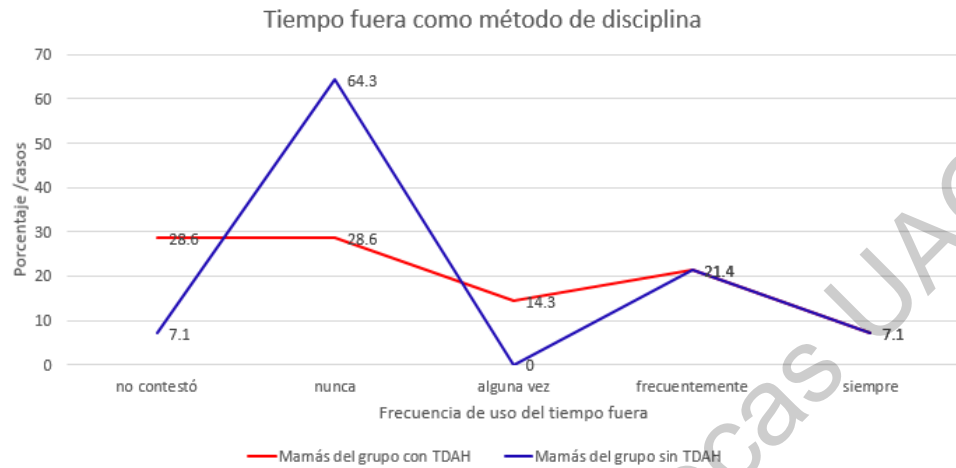


Figura 21. Frecuencia de uso de tiempo fuera.

Premio: 21.4 % de las madres del grupo con diagnóstico de TDAH no respondió el reactivo, 21.4 % algunas veces premia, 42.9 % frecuentemente lo hace y 14.3 % siempre hace uso del premio como medida de disciplina. Mientras 35.7 % de las madres del grupo sin diagnóstico de TDAH nunca hace uso del premio, 50% algunas veces premia y 14.3 % con frecuencia lo usa como medida de disciplina. Existe diferencia significativa en el uso del premio entre los grupos $X^2(4) = 13.60$, $p = 0.009$ (ver figura 22, tabla 12).

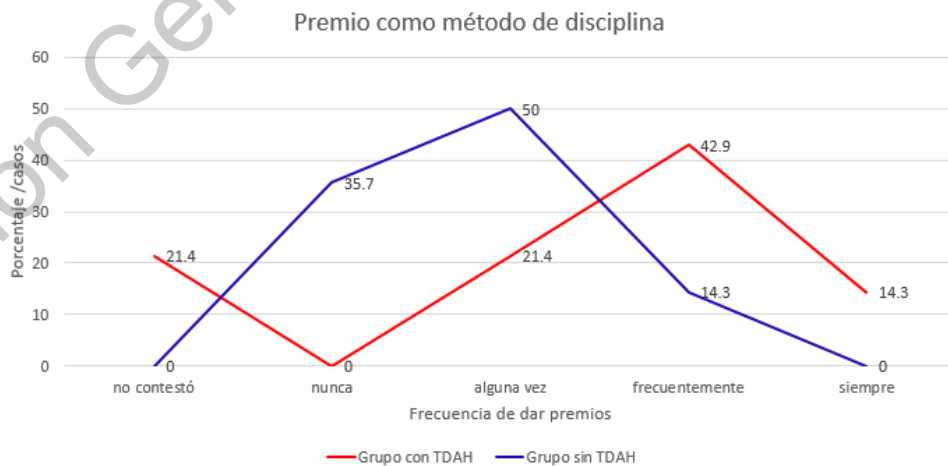


Figura 22. Frecuencia de uso del premio como método de disciplina.

Convencimiento: 21.4 % no respondió el reactivo, 50 % de las madres con frecuencia usa el convencimiento y 28.6 % siempre hace uso del convencimiento como medida de disciplina. Mientras 14.3 % no contestó el reactivo, 7.1 % de las madres del grupo sin diagnóstico de TDAH nunca hace uso del convencimiento, 35.7 % casi nunca usa el convencimiento, 42.9 % frecuentemente lo usa como medida de disciplina. Existe diferencia significativa en el uso del convencimiento entre ambos grupos $X^2(4)= 10.27, p= 0.036$ (ver figura 23 y tabla 12).

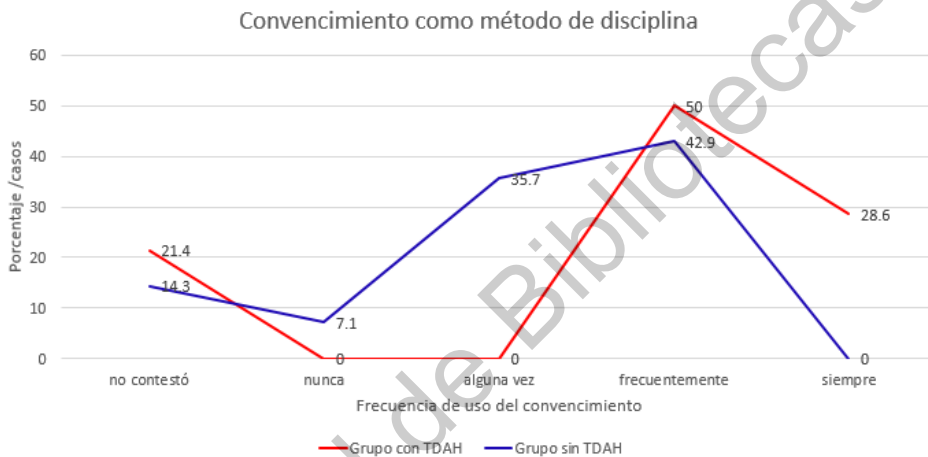


Figura 23. Frecuencia de uso del convencimiento.

Tabla 12. Frecuencia de uso de métodos de disciplina sugeridos en el reactivo.

Mamás de grupo Dx	Método de disciplina	Omitió reactivo	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	Valor estadístico X^2	Valor p
Con TDAH	Regaño	0%	0%	21.4%	50%	28.6%	.582	0.746
Sin TDAH		0%	0%	28.6%	35.7%	35.7%		
Con TDAH	Castigo físico	0%	21.4%	50%	28.6%	0%	2.88	0.236
Sin TDAH		0%	14.3%	76.6%	7.1%	0%		
Con TDAH	Tiempo fuera	28.6%	28.6%	14.3%	21.4%	7.1%	5.72	0.221
Sin TDAH		7.1%	64.3%	0%	21.4%	7.1%		
Con TDAH	Premio	21.4%	0%	21.4%	42.9%	14.3%	13.60	0.009**
Sin TDAH		0%	35.7%	50%	14.3%	0%		
Con TDAH	Convencimiento	21.4%	0%	0%	50%	28.6%	10.27	0.036*
Sin TDAH		14.3%	7.1%	35.7%	42.9%	0%		

* Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

7.1.3 Características generales de las madres de los participantes evaluados

En esta investigación en total participaron 28 mujeres, con un rango de edad que oscila entre 20 y 50 años, todas ellas madres y principales cuidadoras de los niños evaluados en ambos grupos:

Las madres de los niños del grupo con diagnóstico de TDAH tuvieron una edad promedio de 38.71 años \pm 7.22 años. Las madres de los niños del grupo control tuvieron una edad promedio de 35.9 años \pm 4.55. No hay diferencia significativa entre los grupos en la edad promedio de las mamás $t=-0.949$ (26) $p= 0.354$ (tabla 13)

El nivel educativo del grupo de las madres que participaron se conformó como se describe a continuación:

El grupo de madres del grupo con diagnóstico de TDAH indicó que 28.6% de las participantes contaba con educación básica y 50 % un nivel de educación medio superior y el restante 21.4 % cuentan con nivel superior de educación. El grupo de madres del grupo control refirió que 42.9% cuentan con educación básica, 21.4% tienen nivel de educación medio superior y el restante 35.7% poseen nivel superior de educación. Sin registrar diferencias significativas en su nivel académico entre grupos $X^2(2)= 2.5$ $p= 0.287$ (tabla 13, figura 24).

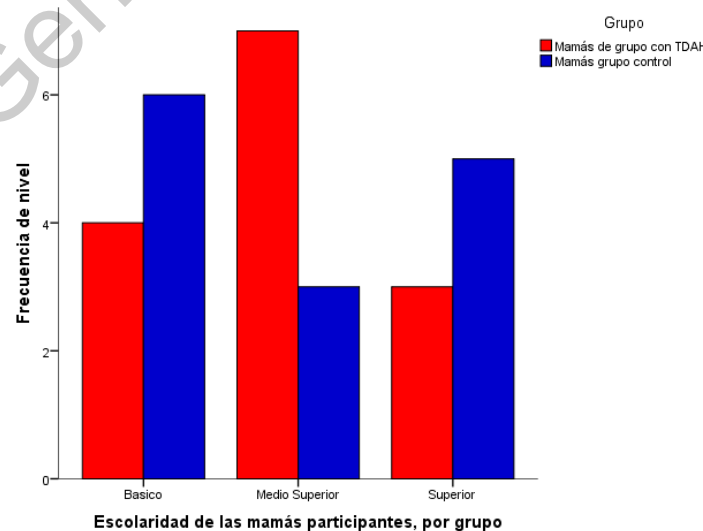


Figura 24. Nivel escolar de las mamás participantes.

La ocupación que desempeñaban las madres de los niños se registró de la siguiente manera: 35.7% las madres de los niños del grupo con diagnóstico de TDAH se dedican al hogar, 50% de son empleadas, y el restante 14.3% comerciantes. Mientras que 71.4% de las mamás de los niños del grupo control se dedican al hogar, 14.3% son empleadas y 14.3% son comerciantes. No existen diferencias significativas entre los grupos $X^2(2) = 4.44$ $p = 0.108$ (ver figura 25):

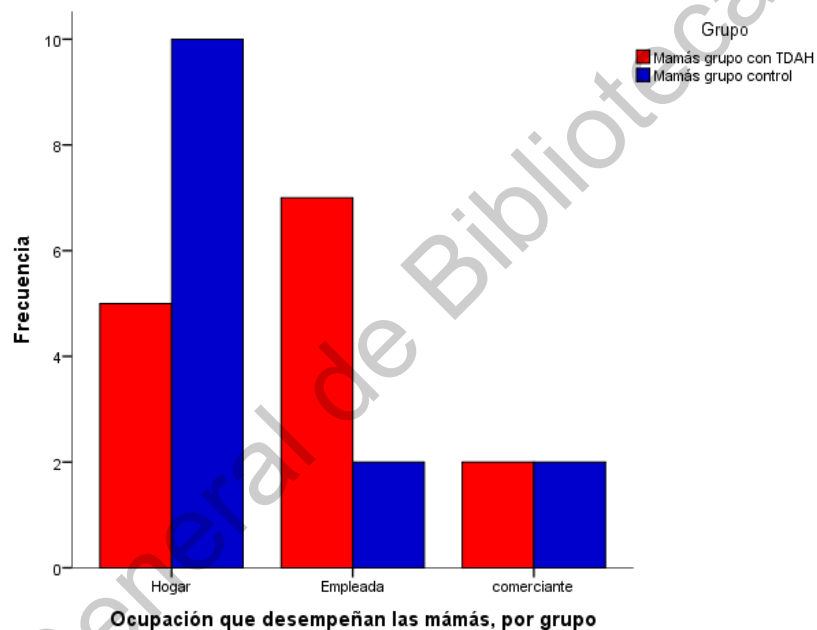


Figura 25. Ocupación de las mamás participantes.

Las madres que participaron refirieron que percibían un ingreso familiar mensual con un rango estimado entre \$2,000 y \$70,000. Las diferencias económicas que se registraron entre las medias de ambos grupos no son significativas $t(16) = 1.44$ $p = 0.166$.

Las familias del grupo con diagnóstico de TDAH perciben en promedio \$21,650.00 \pm \$21,961.39. Las familias del grupo control perciben en promedio \$12,478.57 \pm \$8,886.82.

Tabla 13. Características de la muestra de madres

Característica/ Grupo	Grupo Con Diagnóstico TDAH	Grupo control	Valor del Estadístico/	valor <i>p</i>
Participantes	14	14	---	---
Edad promedio	38.71 ± 7.22	35.9 ± 4.55	t= -0.949	<i>p</i> = 0.354
Nivel escolar				
Educación Básica	28.6%	42.9%	X ² = -2.5	<i>p</i> = 0.287
Medio superior	50%	21.4%		
Superior	21.4%	35.7%		
Ocupación				
Hogar	35.7%	71.4 %	X ² = 4.44	<i>p</i> = 0.108
Empleadas	50%	14.3 %		
Comerciantes	14.3 %	14.3 %		
Ingreso familiar mensual	\$21, 650.00 ±\$21, 961.39	\$21,961.39 ±\$8,886.82	t= 1.44	<i>p</i> = 0.166

7.1.4 Descripción de características de estilos de crianza

Las medias de las puntuaciones obtenidas del cuestionario de autoridad paterna que se registraron son las siguientes:

El estilo de crianza permisivo en el grupo con diagnóstico de TDAH fue de 26.86 ± 5.41 y la media para el grupo control fue de 25.50 ± 2.59. Estadísticamente no hay diferencias entre los grupos t= 0.845 (26) *p*=0.409.

Las medias obtenidas en el estilo de crianza autoritario en el grupo con diagnóstico de TDAH fue de 30.79 ± 6.14 y para el grupo control fue de 30.79 ± 1.97. Estadísticamente no hay diferencia entre los grupos t=-0.000 (26) *p*= 1.00.

Las medias obtenidas en el estilo de crianza democrático para el grupo con diagnóstico de TDAH fue de 39.29 ± 3.73 y para el grupo control fue de 39.71 ± 1.94. Estadísticamente no existe diferencia entre los grupos t=-0.101 (26) *p*= 0.921 (tabla 14).

Tabla 14. Estilos de crianza predominantes por grupo.

	Grupo con Diagnóstico TDAH	Grupo control	Valor estadístico T Student	Valor p
Permisivo	26.86 ±5.41	25.50 ±2.71	0.845	0.409
Autoritario	30.79 ±6.14	30.79 ±1.97	0.000	1.00
Democrático	39.29 ±3.73	39.71 ±1.94	-0.101	0.921

7.1.4.1 Indicadores de prácticas presentes en los estilos de crianza

La escala permitió asimilar algunos indicadores de prácticas en los estilos de crianza en ambos grupos (tabla 15); los datos obtenidos no muestran diferencias significativas entre los grupos en ninguna de sus categorías determinantes, como se describe a continuación:

En la escala de involucramiento positivo, el grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo una media de 3.89 ± 0.07 , mientras que el grupo control tuvo 4.07 ± 0.71). No hay diferencia significativa entre los grupos $t = -0.656$ (26) $p = 0.518$.

En la escala de Solución de problemas, el grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo media de 3.88 ± 0.61 , mientras que el grupo control tuvo una media de 3.87 ± 0.63 . No hay diferencia significativa entre los grupos $t = -0.27$ (26) $p = 0.978$.

En la escala de Disciplina el grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo media de 3.45 ± 0.39 , mientras que el grupo sin diagnóstico TDAH 3.43 ± 0.49 . No hay diferencia significativa entre los grupos $t = -0.89$ (26) $p = 0.93$.

En la escala de Supervisión el grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo media de 4.34 ± 0.45 , mientras que el grupo sin diagnóstico TDAH 4.29 ± 0.34 . Valor estadístico muestra que no hay diferencia significativa entre los grupos $t = 0.311$ (26) $p = 0.758$.

En la escala de Desarrollo de nuevas habilidades: El grupo con diagnóstico de TDAH obtuvo media de 3.91 ± 0.51 , mientras que el grupo control 3.81 ± 0.71 . No hay diferencia significativa entre los grupos $t= 0.423$ (26) $p= 0.676$.

Tabla 15. Descripción de las puntuaciones entre grupos de la Escala de Cuidadores

Escala	Grupo con TDAH	Grupo Control	Valor estadístico t=	Sig. bilateral
a)I. Positivo	3.89 \pm 0.07	4.07 \pm 0.71	-0.656	0.518
b)Solución de problemas	3.88 \pm 0.61	3.87 \pm 0.63	0.027	0.978
c)Disciplina	3.45 \pm 0.39	3.43 \pm 0.49	0.89	0.930
d)Supervisión	4.34 \pm 0.45	4.29 \pm 0.34	0.311	0.758
e) N Habilidades	3.91 \pm .51	3.81 \pm .71	0.423	0.676

* Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

7.1.5 Correlación entre estilos de crianza y áreas cognitivas evaluadas en los menores

Se consideraron las correlaciones entre los tres estilos de crianza y los promedios de puntuaciones globales de rasgos cognitivos evaluados basado en a la Rho de Spearman, las cuales se reportan a continuación.

En la relación de las puntuaciones de Neuropsi atención y memoria vinculadas con los datos obtenidos del cuestionario de autoridad paterna se obtiene que:

No existió relación entre el estilo de crianza permisivo y las áreas cognoscitivas de atención y funciones ejecutivas $rs= -0.026$, $p= 0.897$; tampoco existió relación con la memoria $rs = -0.101$ $p= 0.610$ ni tampoco existió relación significativa con la atención y la memoria $rs = -0.011$, $p 0.956$.

Se encontraron diferencias significativas en la relación del estilo de crianza autoritario y las áreas cognoscitivas de atención y funciones ejecutivas $rs = -0.415$, $p= 0.028$ (ver figura 26). No se encontraron diferencias significativas de este estilo de crianza con la memoria rs

= 0.140 $p= 0.476$ ni existió relación significativa con la atención y la memoria $rs = -0.069$, $p= 0.726$.

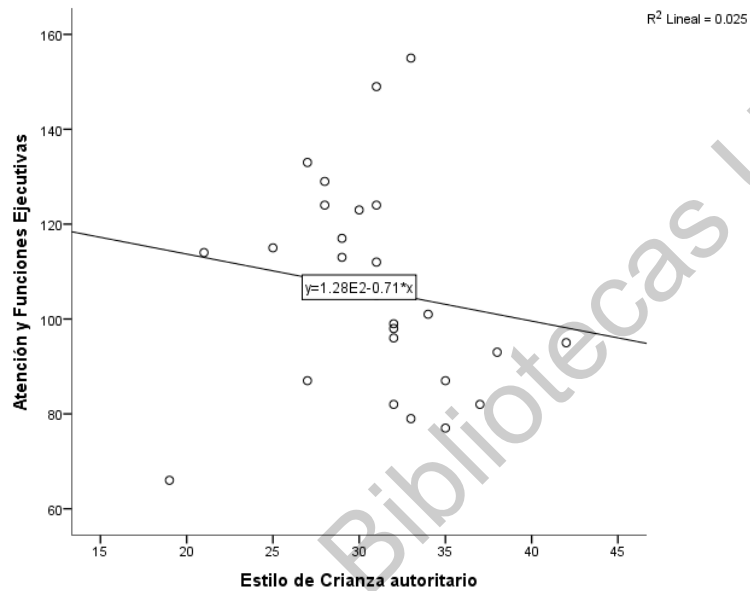


Figura 26. Correlación entre estilo de crianza autoritario y los procesos cognitivos de atención y funciones ejecutivas.

No existió relación entre el estilo de crianza democrático y las áreas cognitivas de atención y funciones ejecutivas $rs = 0.128$, $p= 0.516$ tampoco existió relación con la memoria $rs = 0.227$, $p= 0.244$ ni tampoco existió relación significativa con la atención y la memoria $rs = 0.179$, $p= 0.362$ (tabla 16).

Tabla 16. Correlación entre estilo de crianza y áreas cognitivas evaluadas

Estilo Crianza / Neuropsi	Atención y FE Spearman/p	Memoria Spearman/p	Atención y Memoria Spearman /p
Permisivo	- 0.026 / 0.897	0.101 / 0.610	-0.011 / 0.956
Autoritario	- 0.415/ 0.028*	0.140/ 0.476	-0.069/ 0.726
Democrático	0.128 / 0.516	0.227/ 0.244	0.179/ 0.362

7.1.6 Relación entre Conners percepción materna y Neuropsi rasgos cognitivos evaluados

Se consideraron las correlaciones entre los promedios de tres subescalas de la escala Conners (nivel cognitivo/distracción, hiperactividad/impulsividad e Hiperactividad) y los promedios de puntuaciones globales de rasgos cognitivos evaluados (atención y funciones ejecutivas, memoria y atención y memoria) con base en a la Rho de Spearman, se obtuvieron las siguientes relaciones:

En la relación de las puntuaciones de promedios de puntuaciones globales Neuropsi atención y funciones ejecutivas con los datos obtenidos de la subescala Conners nivel cognitivo y distracción se obtiene que:

Existió relación significativa entre el nivel cognitivo/ distracción y las áreas cognoscitivas de atención y funciones ejecutivas $r_s = -0.490$, $p = 0.008$ (ver figura 27, tabla 17); también existió relación significativa con memoria $r_s = -0.497$ $p = 0.007$ (ver figura 28, tabla 17) y existió relación significativa con atención y memoria $r_s = -0.557$, $p = 0.002$ (ver figura 29, tabla 17)

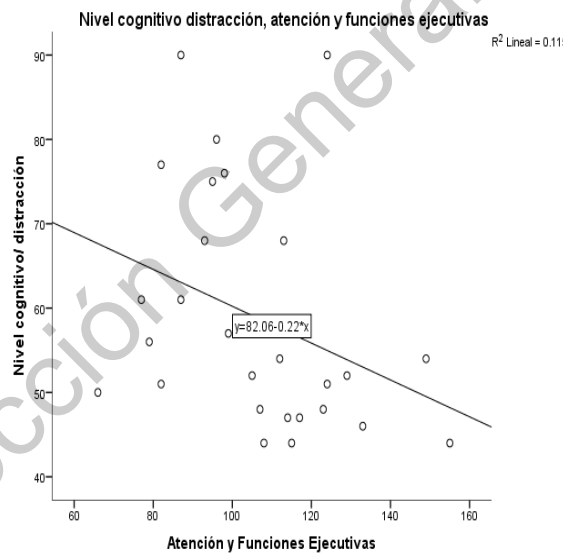


Figura 27. Correlación distracción y funciones ejecutivas.

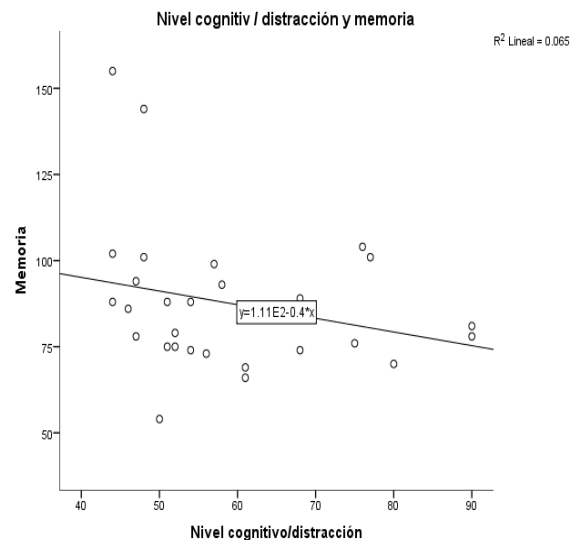


Figura 28. Correlación entre nivel cognitivo distracción y memoria.

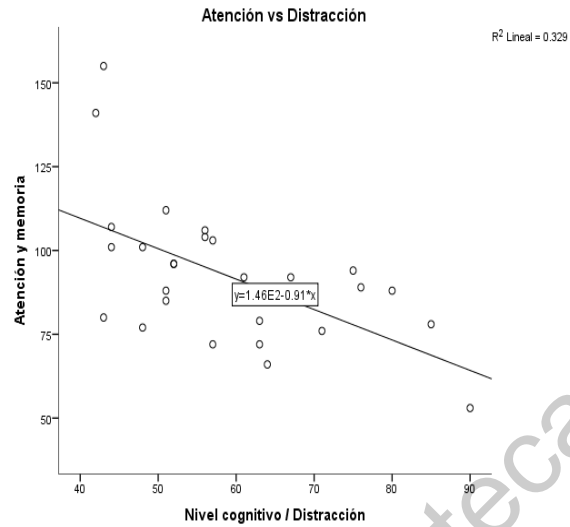


Figura 29. Correlación entre nivel cognitivo distracción con atención y memoria.

Se encontraron diferencias significativas en la relación de las áreas cognoscitivas de atención y funciones ejecutivas y la subescala de hiperactividad /impulsividad $r_s = -0.466$, $p = 0.012$ (ver figura 30). No se encontraron diferencias significativas de la subescala con la memoria $r_s = -0.295$ $p = 0.128$ ni existió relación significativa de la subescala con la atención y la memoria $r_s = -0.358$, $p = 0.061$.

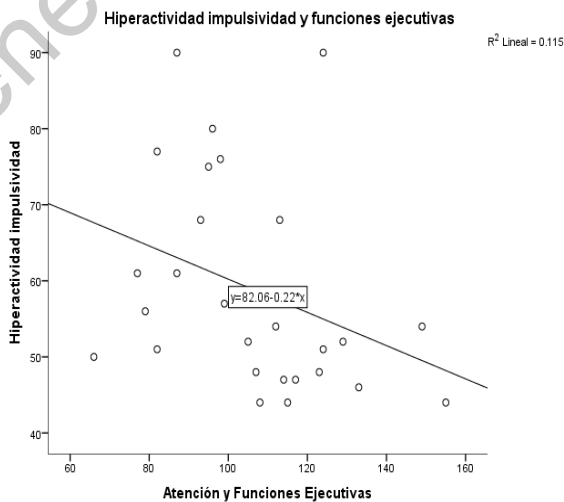


Figura 30. Correlación entre atención y funciones ejecutivas con hiperactividad impulsividad

Existió relación significativa entre las áreas cognoscitivas de atención y funciones ejecutivas y la subescala de Hiperactividad $r_s = -0.452$, $p = 0.016$ (ver figura 31). No existió relación significativa de la memoria con la subescala $r_s = -0.242$, $p = 0.215$, ni tampoco existió relación significativa de la atención y la memoria con la subescala $r_s = -0.342$, $p = 0.074$ (tabla 17).

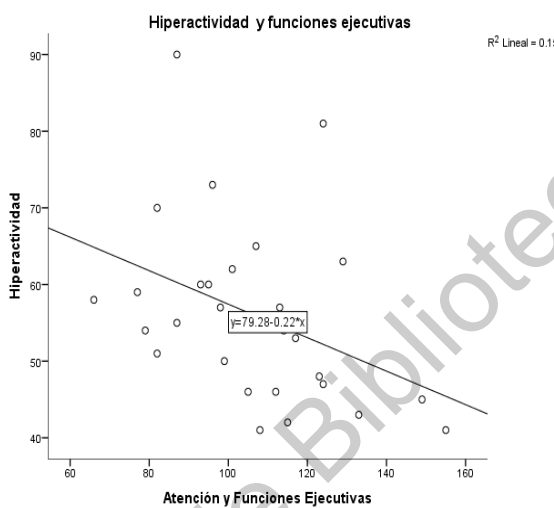


Figura 31. Correlación entre atención y funciones ejecutivas con hiperactividad.

Tabla 17. Correlación entre Conners (percepción materna) y Neuropsi (rasgos cognitivos evaluados).

Neuropsi/ Conners	Atención y FE Sperman/p	Memoria Sperman/p	Atención y Memoria Spearman /p
Nivel cognitivo- distracción	-0.490 / 0.008**	-0.497 / 0.007**	-0.557 / 0.002**
Hiperactividad/ impulsividad	-0.466 / 0.012*	-0.295 / 0.128	-0.368 / 0.061
Hiperactividad	-0.452 / 0.016*	-0.242 / 0.215	-0.342 / 0.074

* Correlación significativa nivel 0.05 / ** Correlación significativa nivel 0.01

7.2 Discusión

El estudio se desarrolló como una estrategia útil y objetiva para medir estrategias de crianza que puedan influir en las conductas adaptativas / desadaptativas de los niños con diagnóstico TDAH por ser este el trastorno de mayor incidencia a nivel mundial en la población infanto- juvenil. Se destaca el hallazgo de la correlación significativa entre el predominio de estilo de crianza autoritario con disminución en las funciones ejecutivas que velan la reproducción de impulsividad e hiperactividad síntomas centrales del trastorno. Coincide con lo planteado por Johnston y Jassy, 2007 afirman que las peculiaridades conductuales de los niños TDAH hacen que los padres adopten estilos poco adaptativos y con más respuestas negativas, además de elevar la probabilidad de que la crianza de los hijos se guíe con dificultades (Johnston y Jassy, 2007). Winter y Dulcan (2004) señalaron que las conductas de demasiada actividad e inatención generan problemas sociales y de educación, factores que hacen que los padres interactúen de manera poco condescendiente.

La asociación entre estilo de crianza autoritario y los procesos cognitivos empleados en funciones ejecutivas se puede vincular con los hallazgos del estudio realizado por Woodward, y colaboradores (1989) que evidencia el estilo de crianza autoritario, que correspondería a el uso de métodos de disciplina agresiva y poco proactiva, como predictor paterno de la hiperactividad.

Partiendo de la correlación hallada se sugiere implementar el entrenamiento de nuevos hábitos a madres, padres e hijos para que la crianza favorezca la salud mental familiar y estimule la práctica de autorregulación en ambas direcciones en la interacción paterno-filiales. Las funciones ejecutivas permiten guiar acciones principalmente a través de las instrucciones autodirigidas más que por influencias externas, permiten autorregular el comportamiento para que la persona pueda establecer objetivos y metas para en concordancia realizar acciones que lleven a alcanzarlos.

Respondiendo el objetivo general del estudio que fue conocer la percepción de los estilos de crianza utilizados por las madres de niños diagnosticados con TDAH e identificar si son similares o diferentes a la percepción de los estilos de crianza utilizados por las madres de niños sin diagnóstico de TDAH. como una posibilidad de conocer elementos que favorezcan la adaptación de los niños con TDAH. Se identificó que los estilos de crianza utilizados por las madres de niños diagnosticados con TDAH son similares a los utilizados por las madres de niños sin diagnóstico de TDAH. Las mamás de los dos grupos se perciben haciendo, principalmente, uso del estilo de crianza democrático. Los hallazgos del estudio coinciden con la investigación realizada por Frouzkouhi Moghaddam y colaboradores (2012). En ambos casos las mamás de los dos grupos indicaron que se perciben haciendo uso del estilo de crianza democrático. Se observaron variaciones con los datos obtenidos en la investigación previa que reportó tener tendencia a que el grupo de mamás de niños con TDAH fuera más autoritario, dicha directriz no se mostró en los resultados de la muestra evaluada. Los puntajes promedios comparados entre los grupos de las mamás de niños con y sin TDAH son prácticamente iguales.

Nuestros resultados no permitieron avalar el estudio DuPaul y cols., (2001) en donde al comparar familias con integrantes con TDAH con familias control encontraron que las peculiaridades conductuales de los niños TDAH hacen que los padres adopten estilos poco adaptativos y den más respuestas negativas. En nuestro estudio las mamás reportan que conjugan de manera similar los estilos de crianza permisivos, autoritarios y democráticos; favorecen de igual manera la adaptación de prácticas de crianza efectivas no se registraron diferencias en los indicadores de involucramiento positivo, solución de problemas, disciplina, supervisión ni en el desarrollo de nuevas habilidades. Ambos grupos de mamás se involucran de manera positiva en la convivencia con sus hijos.

Los resultados obtenidos indican que no hay diferencia entre el estilo de crianza que tiene un niño con diagnóstico TDAH y un niño con desarrollo típico. De corroborarse lo anterior con otros estudios, podría contribuir a disminuir la creencia social de que el tipo de

educación que brindan las madres es inadecuada y contribuye al “mal” comportamiento del niño TDAH.

La aportación de Ramírez (2005), señala que los estilos de crianza difieren de unas mamás a otras; de una familia a otra; de una comunidad a otra y por consiguiente los efectos provocados en los niños también son diferentes. Con la información obtenida en el estudio avalamos que existen diferencias, sin embargo estas diferencias estadísticamente no llegan a ser significativas. Milicic, (2001) plantea que las estrategias que usan las madres con sus hijos, en la mayoría de los casos, va encaminada al desarrollo óptimo de los niños. La mayoría de los padres desean éxito y felicidad para sus hijos y se esfuerzan por instaurar conductas adecuadamente; a pesar de sus intenciones, muchos de ellos reconocen no contar con suficientes conocimientos y/o habilidades a la hora de desempeñar su rol.

Desde 1967 Diana Baumrind concluyó que el estilo de crianza democrático se relaciona con el desarrollo de niños más autónomos, maduros y competentes. Su hallazgo sigue vigente en la época actual pues se dispone de técnicas disciplinares que se apoyan en las aportaciones de la autora, razón por la cual se debe considerar que las respuestas de las mamás pudieron haber estado influenciadas por los criterios socioculturales considerados como más correctos para la educación de los menores. Al contestar escalas autoaplicables las respuestas marcadas pudieron ser elegidas en torno a la deseabilidad de tener y / o mostrar una conducta aprobada socialmente más que a reportar las actividades de interrelación cotidianas. Sería necesario complementar la información de las escalas con métodos de observación directa para contar con los estilos de crianza usados en situaciones reales, así como contar con la estimación del niño y el padre que permita corroborar, o en su defecto contrastar, la información que proporcionó la madre a través de los reactivos de las escala de autoridad paterna.

En la comparación entre los grupos de las funciones cognitivas evaluadas, los niños del grupo con diagnóstico de TDAH, como se esperaba, mostraron menor rendimiento de atención, memoria y funciones ejecutivas que el grupo control. Los promedios de

rendimiento registrados en atención y funciones ejecutivas por el grupo con diagnóstico de TDAH fluctúan en el rango de puntuación normalizada que es equivalente a la clasificación normal. Los promedios de rendimiento registrados en memoria y atención por el grupo con diagnóstico de TDAH fluctúan en el rango de puntuación normalizada que es equivalente a la clasificación de alteración leve. Se estiman dos situaciones que pudieron sesgar los promedios finales:

- La primera es que tres de los integrantes del grupo con TDAH presentan características del subtipo TDAH-H y sus puntuaciones pudieron favorecer el promedio total del grupo pues como se revisó en lo planteado por Capdevila et al., (2006), las personas con este diagnóstico no presentan dificultades de atención a diferencia de las personas diagnosticadas con los subtipos TDAH-D y TDAH-C.
- Otra cuestión a considerar es que el grupo de niños evaluados en el grupo con TDAH son niños que están llevando tratamiento farmacológico y con supervisión de especialistas para el control de la sintomatología, lo que pudo alterar a favor los puntajes finales.

Pese a estas dos situaciones se registraron promedios con diferencias en todas las tareas. Los promedios del grupo con diagnóstico de TDAH, en la mayoría de las tareas fueron inferiores a los promedios del grupo control. Los promedios de las tareas con diferencias significativas entre los grupos: cubos progresión, cubos regresión, pares asociados, caras, memoria verbal claves, formación de categorías y fluidez verbal fonológica son tareas que avalan los planteamientos de Barkley (1997), señala que son cuatro funciones ejecutivas alteradas en los niños diagnosticados con TDAH presentan dificultad principalmente cuando: a) se tiene que retener información para utilizarla, posteriormente, cuando haya desaparecido el estímulo dado. Es decir, mantener en mente y recuperar información del pasado para dar una respuesta; b) seguir instrucciones autodirigidas para resolver problemas de forma autónoma; c) autorregulación de impulsos y emociones, modificar las conductas que interfieren para alcanzar los objetivos que se le hayan propuesto y d) fragmentar procesos de conductas ya dominadas para recombinarlos en la solución de nuevos problemas planteados.

En la comparación de comportamiento entre grupos, los reportes maternos del grupo con diagnóstico de TDAH revelaron que sus hijos mostraban mayores problemas de distracción, hiperactividad e impulsividad. Tanto los resultados obtenidos en rasgos cognitivos como los rasgos de comportamiento son consistentes con lo esperado. Se comprueban los síntomas característicos del TDAH presentes en el grupo de niños diagnosticados. La información obtenida coincide con lo que la literatura argumenta en relación a la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad (American Psychiatric Association, 2014). Además coincide con lo planteado con Miranda (1994) que los niños diagnosticados con el TDAH tienen la peculiaridad de tener tendencias conflictivas, ser menos dóciles, menos sumisos y generalmente solicitan más estimulación y apoyo, en comparación con niños con desarrollo típico.

Como se señaló en el párrafo anterior los síntomas propios de TDAH están presentes en los niños del grupo con diagnóstico de TDAH lo cual permite corroborar evidencia de que el TDAH existe pese a lo controversial que puede resultar. En torno a la muestra de 14 niños (10 hombres y 4 mujeres) con diagnóstico de TDAH evaluada se corresponde a las condiciones descritas en la literatura, confirmándose en la muestra de esta investigación más hombres que mujeres. La tendencia que se observó en la población muestral que participó en el proyecto académico es una prevalencia 2.5:1. Se aproxima con los datos epidemiológicos reportados por Sotullo y Díez (2007) reportan que la relación niño- niña es de 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo inatento. Con el sesgo de que en la muestra fueron evaluados niños con características de los tres subtipos de TDAH.

Se encontró diferencia significativa en la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental registrada en el grupo con diagnóstico de TDAH lo que coincide con el estudio de Shaw y colaboradores (2007) donde analizaron datos de corte longitudinal haciendo mapeos de las trayectorias de desarrollo en la maduración cerebral en niños con técnicas neuroanatómicas computacionales obteniendo evidencias neurobiológicas de un marcado retraso en la maduración de niños con TDAH quienes alcanzaron el grosor máximo en promedio a los 10.5 años, fue significativamente más tarde que los niños controles de

desarrollo típico que lo alcanzaron a la edad promedio de 7.5 años. El retraso fue más prominente en las regiones prefrontales importantes para el control de los procesos cognitivos, incluida la atención y la planificación motora.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado en la literatura de que el retraso más prominente se produce en los lóbulos frontales encajando con la hipótesis más específica de que el TDAH se caracteriza por disfunción en los sistemas fronto-estriales que median las funciones de control cognitivo, de movimiento y funciones ejecutivas, mientras que los bucles orbitofronto-estriales se han relacionado con el procesamiento de recompensas (Durston, Belle y Zeeuw, 2011). Desafortunadamente los alcances del estudio no permiten hablar de coincidencias con la información obtenida a nivel neuroanatómico. Se resalta el estudio por la coincidencia con la menor madurez mental de los niños del grupo con diagnóstico de TDAH en comparación con el grupo de control.

La historia anamnésica revela en los antecedentes perinatales que a la hora del alumbramiento se presentaron problemáticas en la mitad (50%) de los participantes del grupo con TDAH y 35% refirió no tener familiares con diagnóstico de TDAH lo que afirma como factores de riesgo, para el origen del trastorno, complicaciones a la hora del parto (Rivera Flores, (2013) enlista las posibles causas de TDAH por antecedentes perinatales: probabilidades de hipoxia en el producto, mal uso y/o administración de sedantes en la madre a la hora del parto, uso de fórceps, expulsión demasiado rápida, prematuridad o bajo peso al nacer, entre otras. El 85 % de los participantes con TDAH refieren tener familiares con TDAH lo que coincide con los datos del estudio de Dueñas García (2005) que expone una alta heredabilidad del trastorno, se estima el 80% como primacía en el origen del TDAH y 20 % otros factores implicados.

Aunque los estilos de crianza no revelaron diferencias significativas entre los grupos el reactivo de métodos de disciplina usados con mayor frecuencia permite observar que las madres del grupo con TDAH “casi siempre” usan más el regaño, y el castigo físico que las mamás del grupo control como modos de disciplina. Así como también el grupo de mamás

del grupo con TDAH hace mayor uso “casi siempre” del premio y el convencimiento que el grupo de mamás del grupo control. Lo que coincide con lo planteado con DuPaul, et al, (2001) que los padres experimentan más estrés, adoptan un estilo menos adaptativo y dan más respuestas negativas hacia sus hijos en comparación con los padres de niños con desarrollo típico.

Esta manera de proceder en la manera de disciplinar es consistente con el planteamiento hecho por Johnston y Jassy, (2007) que refieren se presentan desafíos en la capacidad de los padres para mantener una crianza consistente y receptiva, esta relativa falta de capacidad de respuesta, causada por el alto nivel de necesidades de un niño con TDAH, tiende a aumentar la frustración del niño.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

7.2.1 Limitaciones

Una de las limitaciones de la investigación fue que las escalas para extraer los datos de estilos de crianza hayan sido llenadas solamente por la mamá, el estudio podría enriquecerse si se incluyera observación directa o en su defecto contar con información proporcionada por el niño y el padre, aunado a que las escalas arrojan puntuaciones de rangos sumamente estrechos lo cual impide visualizar de manera más objetiva cuál de las subescalas que las componen destaca o predomina. Sería muy útil contar con otras escalas con parámetros más específicos al respecto.

Se podrían aportar más datos al estudio si se aplicaran algunos test que permitieran conocer el estado emocional de las madres de ambos grupos para contar con dicha información y comparar las diferencias que pudieran existir.

El tamaño de la muestra fue pequeño, sería muy benéfico poder replicar el estudio ampliando el número de niños (as) participantes, incrementar el tamaño de la muestra arrojaría datos que sostuvieran y /o avalaran la existencia de diferencias significativas. Otra área de oportunidad es poder controlar el subtipo de TDAH predominante en la población a evaluar.

8 Conclusión

No se encontró diferencia significativa (estadísticamente) entre los estilos de crianza utilizados por las madres de los niños diagnosticados con TDAH y los utilizados por las madres de los niños sin diagnóstico de TDAH. Las madres evaluadas de ambos grupos se perciben haciendo uso principalmente del estilo de crianza democrático. La alta morbilidad del trastorno (5%) en la población infanto-juvenil hace que se vuelva importante poner en práctica estrategias que permitan trabajar bidireccionalmente entre estilo de crianza y funciones ejecutivas para favorecer la salud mental de los integrantes de familias con TDAH. Promover la convivencia democrática como factor protector en el desarrollo de psicopatologías, que se traduzca a bienestar físico y mental para todos los integrantes de la familia. Ya que el ambiente familiar, desde los primeros años de vida, impacta en la identidad que ha de desarrollar el menor, así como su desarrollo cognitivo y emocional.

Tal como se esperaba, si se encontraron diferencias tanto en los rasgos cognitivos de atención, funciones ejecutivas y memoria como en los rasgos de comportamiento entre el grupo de niños diagnosticados con TDAH y el grupo de niños sin diagnóstico de TDAH.

El estilo de crianza autoritario está relacionado con alteración en las funciones ejecutivas, no se cuenta con suficientes elementos para determinar la causalidad de la correlación hallada. No está claro si la problemática en la ejecución de las funciones ejecutivas sea resultado de prácticas de estilo autoritario en la educación o si la deficiencia en ejecución de las funciones ejecutivas incrementa el uso del estilo de crianza autoritario. Para poder determinarlo se requiere hacer nuevos estudios que permitan evaluar la direccionalidad en la que se establece la relación.

Los resultados obtenidos invitan a seguir trabajando en el diseño, futuro /próximo, de estrategias de intervención adecuadas en la crianza. Para favorecer a la salud mental del portador del diagnóstico de TDAH, su familia e incluso a la sociedad..

9 Bibliografía

- Arnsten, A. F., & Ming Li, B. (2005). Neurobiology of Executive Functions: Catecholamine Influences on Prefrontal Cortical Functions. *Society of Biological Psychiatry*, 1377–1384. doi:10.1016/j.bps.2004.08.019
- Pascual- Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de Déficit de Atención/ Hiperactividad*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Alonso García, J., & Román Sánchez, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicotherma*, 17(1), 76-82.
- Álvarez Gallego, M. M. (2010). Prácticas educativas parentales: autoridad familiar, incidencia en el comportamiento agresivo infantil. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(31), 253-273.
- Amador Buenabad, N., Gillén Ochoa, S., Sánchez Moreno, D., Domenech Rodríguez, M., & Baumann, A. (2012). CAPAS MX: Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México. *Manual para padres madres y otros cuidadores*.
- American Psychiatric Association . (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM - 5*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Arguedas Negrini, I. (2010). Involucramiento de las y los estudiantes en el proceso educativo. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, eficiencia y cambio en educación REICE*, 8(1), 64-78.
- Balbuena Rivera, F. (20 de Marzo de 2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa*, 81-85.
- Barkley, R. A. (1997). ADHD and TIh Nature of Self-Control. En R. A. Barkley, *ADHD and TIh Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Guilford Publications.
- Bauermeister, J. J. (2000). *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. San Juan Puerto Rico: Atención.

- Baumrind, D. (1967). *Child care practices anteceding three patterns of preeschool behavior*. Genetic Psychology Monographs,.
- Baumrind, D. (1971). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Berkeley Universidad de California*.
- Biederman, J. (1 de Junio de 2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Bornstein, L., & Bronstein, M. H. (2010). Estilos parentales y el Desarrollo Social del niño. *Enciclopedia Sobre el Desarrollo de la Primera Infancia (habilidades parentales)*, 1-4.
- Buri, J. R. (10 de Junio de 1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 110-119. doi:10.1207/s15327752jpa5701_13
- Capano Bosch, A., del Luján González, T. M., & Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444.
- Caparrós, A. (1998). *Historia de la psicología*. España: Grupo editorial Ceac.
- 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*, 127 - 134.
- CONAPO. (4 de Junio de 2019). *Consejo Nacional de Población*. Obtenido de http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/4_de_Marzo_Dia_de_la_Familia
- Córdoba, J. (Junio de 2014). ESTILOS DE CRIANZA VINCULADOS A COMPORTAMIENTOS PROBLEMATICOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Argentina, Córdoba.
- Cuervo Martínez, Á. (Enero de 2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 11-121.
- Darling, N. (. (1999). Parenting style and its correlates. (Digest, Ed.) *EEUU:ERIC*.
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.

- Dueñas García, O. F. (Enero de 2005). BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD. *Revista Internacional de Psicología*, 6(1), 1-35.
- DuPaul, G. J., Mcgoey, K. E., Eckert, T. L., & Vanbrakle, J. (May de 2001). Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning. *ELSERVIER*, 40(5), 508-515.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (2018). *Escala de Evaluación TDAH-5 para niños y adolescentes*. (M. E. Ortíz Salinas, Trad.) México: Manual Moderno.
- Durston, S., Belle, J. V., & de Zeeuw, P. (15 de 06 de 2011). Diferenciación de los circuitos frontoestriatal y frontocerebeloso en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Biological Psychiatry*, 69(12), 1178-84. doi:doi: 10.1016 / j.biopsych.2010.07.037.
- Escalante de la Hidalgo, F., & López Orozco, R. (2002). *Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. México: Asesor pedagógico S A de C V.
- Firouzkouhi Moghaddam, M., Assareh, M., Heidaripoor, A., Rad, R. E., & Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*(4), 45-49.
- Galindo, M. J., & Varela Cifuentes, V. (2014). Desempeño en el control inhibitorio en niños y niñas de 5 a 8 años con TDAH de la ciudad de Manozales. *Artículo (Psicología). Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas*, 1-28.
- García, F. (26 de Abril de 2019). Tratamiento TDAH. (E. A. Mondragón, Entrevistador) Querétaro, Querétaro, México.
- Granados Rojas, A., Sauer Vera, T., Arriaga Cruz, E., & Ramírez Abascal, M. C. (2012). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada*. México DF: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC.
- INEGI. (2014). *Estadísticas a proposito de... día Nacional de la familia Mexicana (2 de Marzo)*. Datos nacionales, Instituto Nacional de Estadística y Geografía,

- Aguascalientes. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/familia0.pdf>
- Irwin, L. G., Siddiqui, A., & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilibrador*. Canada: HELP. Recuperado el 2018 de Mayo de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Redalyc.org*(8), 108- 123. Recuperado el 29 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>
- Johnston, C., & Jassy, J. S. (2007). Attention-deficit/hiperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent child interactions. *Acad Child Adolesc Psychiatry*(16), 74-79.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hiperactivity disorder. *Attention Deficit and Hiperactivity disorders*, 4(2), 241-255.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- López Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén , A., & Carretié , L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2), 17-29.
- López Ruiz, G., Lozano Delgado, S., González Picazo, A. J., Vicente de Foronda, P., Picazo, A. C., & Pulido García, M. L. (2012). *¿Que es el TDAH?* Gobierno de España, Magisterio de Educación Cultura y Deporte. España: Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF). Recuperado el 29 de Marzo de 2019, de <http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/indice.htm>
- López Villalobos, J. A., Serrano Pintado, I., De Llano , J. M., Sánchez Mateos, J. D., Alberola López, S., & Sánchez Azón, M. I. (2010). Utilidad del test de stroop en el trastorno por déficit de atención /hiperactividad. *Revista de Neurología*, 50(6), 333-340.
- MacCoby, E. E., & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: vol. 4. Socialization, personality and social development*, 1-101.

- Martínez Segura, M. J. (2010). *Características del Trastorno por Deficit de Atención Hiperactividad TDAH*. Universidad de Murcia, Métodos de investigación y diagnóstico en educación, Murcia, España. Recuperado el 06 de 02 de 2019, de <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/10809/1/Caracter%C3%ADsticas%20del%20TDAH.pdf>
- Milicic Muller, N. (2001). *Creo en ti: La construcción de la autoestima en el*. Santiago de Chile: LOM.
- Miranda, A. (1994). Aspectos diferenciales en la anamnesis de los niños con déficit de atención-hiperactividad, agresivos y no agresivos. *IV Congreso Español de Neuropediatría*. Valencia.
- Muñoz Yunta, J. A., Palau, M., Salvadó, B., & Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurol Colomb*, 22, 184-189.
- Nardone, G., Giannotti, E., & Rocchi, R. (2012). *Modelos de familia, conocer y resolver los problemas entre padres e hijos* (Primera Edición , 4° reimpresión ed.). España: Herder.
- Orjales Villar, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. "Manual para padres y educadores"*. Madrid: CEPE.
- Ostrosky-Solis, F., Gómez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Pineda, D. (2003). *NEUROPSI (ATENCIÓN Y MEMORIA)*. Estado de México: American Book Store, S.A de C.V.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D., & Forgatch, M. S. (December de 2004). Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(6), 621–633.
- Pineda, D. (2000). La función ejecutiva y sus trastornos. *Revista de neurología*, 30 (5), *Revista de neurología*, 30 (5).
- Pistoia Sabbatini, M., Abad-Mas, L., & Etchepareborda, M. (2004). Abordaje psicopedagógico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*(38), 149-155.

- Pluess, M., & Blesky, J. (2010). Differential susceptibility to parenting and quality child care. *Developmental Psychology*, 46(2), 379-390.
- Portela Sarabí, A., Carbonell Naranjo, M., Hechavarría Torres, M., & Jacas García, C. (abril de 2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *MEDISAN*, 20(4).
- Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (Noviembre de 2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría Integral, programa de formación continua en pediatría extrahospitalaria*, XVIII(9), 600-6006. Recuperado el 15 de Marzo de 2018, de <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatría-Integral-XVIII-9.pdf#page=12>
- Ramírez, M. A. (2005). *Estudios Pedagógicos*, XXXI(2), 167-177.
- Raven, J. C., & Court, J. H. (1986). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. London : Lewis.
- Reinhardt, M. C., & Reinhardt, C. A. (2013). Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Jurnal Pediatría*, 124-130.
- Rivera-Flores, G. W. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3(2), 1079-1091.
- Roa Capilla, L., & Barrio, V. (2001). Adaptación del cuestionario de Crianza Parental PCRI-M a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 329 - 341.
- Robles Pacho, Z., & Romero Triñanes, E. (Enero de 2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problema de conducta; una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27(1), 86-101.
- Rodríguez Hernández, P., & Criado Gutiérrez, I. (2014). Plan de tratamiento multimodal del TDAH. Tratamiento Psicoeducativo. *Pediatría Integral*, 9(XVIII), 624-633.
- Rodríguez, M. Á., Del Barrio, M. V., & Carrasco, M. Á. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*, 2(2), 10-18.

- Roselló Miranda, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(Supl 1), 79-84.
- Rubia, K. (11 de December de 2007). Neuro-anatomic evidence for the maturational delay hypothesis of ADHD. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America PNAS*, 104(50), 19663–19664. doi:10.1073 / pnas.0710329105
- Salles, V., & Tuirán, R. (1997). Vida familiar y democratización de los espacios privados. *FERMENTUM*, 49-58.
- Sánchez, A. M. (23 de Julio de 2015). LOS ESTILOS DE CRIANZA DE LAS FAMILIAS COMO ESTRATEGIA DE APOYO EN EL DESEMPEÑO ESCOLAR DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO II DEL I.E.D. RESTREPO MILLÁN SEDE B. Millán, Restrepo. Recuperado el 25 de Julio de 2019, de <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/8350/tesis%20definitiva.docx%20123.CD1.pdf;sequence=1>
- Schroeder, V. M., & Kelley, M. L. (January de 2009). Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD. *Journal of child and family studies*, 227-235.
- Servera Mateu, B. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J., Greenstein, D., . . . Rapoport, J. (4 de December de 2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America PNAS*, 104(49), 19649–19654. doi: 10.1073 / pnas.0707741104
- Soutullo Esperón, C., & Díez Suárez, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Steinberg, L. (2001). Parent-child relationships: The relationship, over the full extent of a child's development. En J. Kagan, & S. B. Gall, *En Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence*. Harvard University.

- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Rodríguez Menéndez, M. d. (2008). Estilos Educativos Parentales. Revisión Bibliográfica y reformulación teórica. *Teoria Educativa*, 151-178.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V., & Inda Caro, M. (2008). Estilos de educación familiar. *Psicothema*, 20(1), 62-70.
- Wiener, J. M., & Dulcan, M. K. (2004). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. (A. P. Pub, Ed.) Philadelphia: Suanders.
- Woodward, L., Taylor , E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of childres whit hyperactivity. *J. Child Psychol Psychiatry*, 39(2), 161- 169.
- Yañez Tellez, M. G. (2016). *Neuropsicología de los transtornos del neurodesarrollo*. México D.F: Manual Moderno.
- Zapico Merayo, Y., & Pelayo Terán, J. M. (2012). TDAH una visión multidisciplinar. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2).

