



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Factores Cognitivos y de Personalidad Individuales
y Familiares en Adolescentes con TDAH

D.^a María Navarro Noguera

2022

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL
FACTORES COGNITIVOS Y DE PERSONALIDAD INDIVIDUALES
Y FAMILIARES EN ADOLESCENTES CON TDAH

PRESENTADA POR

D^a. María Navarro Noguera

DIRECCIÓN

Dra. D^a. Eva Herrera Gutiérrez

Murcia, 2022



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Eva Herrera Gutiérrez, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Murcia,

AUTORIZA

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Factores cognitivos y de personalidad individuales y familiares en adolescentes con TDAH”, realizada por **D^a. María Navarro Noguera**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a veintiuno de febrero de dos mil veintidós.

*“El objetivo principal de la educación es crear personas capaces de hacer cosas nuevas,
y no simplemente repetir lo que otras generaciones hicieron”.*

Jean Piaget

“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”

Nelson Mandela

Dedicado a mis padres, el amor más puro.

Agradecimientos

A mi directora de Tesis Doctoral y amiga, la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, por dar todo sin esperar nada a cambio. Por tu generosidad y tu guía en este camino. Por ser una gran mentora, por enseñarme con paciencia y confiar en mí. Por no juzgar mis errores, por tu apoyo y por tu tiempo, gracias.

A mi pequeño José, por llegar en el momento adecuado para permitirme ver el objetivo con claridad, regalándome energía para conseguirlo. Por estar conmigo, por estar en mí, por convertir todo esto en algo aún más especial.

A mi familia, que sin llegar a entender la magnitud de este proyecto, siempre ha tratado de comprenderlo. Gracias por estar ahí y apoyarme a vuestra manera con la frase ¿Cómo llevas la Tesis? Mi agradecimiento en especial a mis padres, Pepe y Paqui. Este reto lo he podido lograr gracias a vosotros, por los valores que me transmitís y por apartarme las piedras del camino. A mi abuela Paca, la persona más sabia que he conocido, la que más ha valorado mis progresos académicos, segura, sincera, transparente y buena consejera, mi referente y mi luz.

A Fran, mi compañero de vida, la persona con la que elijo estar todos los días. Gracias por tu paciencia, tu apoyo incondicional, tu confianza, por hacerme sentir fuerte y hacerme el trayecto más fácil. Por estar a mi lado cuando tenía que escribir, por cuidarme y por quererme.

Al Servicio de Atención a la Diversidad y Voluntariado (ADYV), por existir, por creer en mí y ofrecerme respaldo durante mi labor profesional en este centro universitario.

A la Facultad de Educación y al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, donde me he incorporado recientemente como docente, por el soporte y la confianza.

Al Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud), por el compañerismo, trabajo en equipo y amistad. En particular, a mi compañera de doctorado Loles, gracias por acompañarme en este trayecto, el doctorado me ha regalado una amiga.

A los compañeros de la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADAHI) de la Región de Murcia, por echarme un cable y escucharme cuando lo he necesitado. Por su consejo, por su guía y apoyo, por hacerme los días más llevaderos y por sumar en mi vida.

A mi jefa en ADAHI y amiga, la Dra. Josefa López Ortuño, si no hubieras aparecido en mi vida, nada de esto habría sido posible. Gracias por guiarme, por exigirme, por confiar en mí tan pronto a pesar de mi inexperiencia, por enseñarme todo y facilitar que pudiera desarrollarme profesionalmente, por darme la oportunidad de aprender de ti y a tu lado y por aconsejarme como a una hija. Mi agradecimiento será eterno.

A todas las personas que han participado en este proyecto.

Este trabajo contiene vuestra esencia.

Gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
-------------------	---

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 CONCEPTO Y SÍNTOMAS	11
1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	17
1.3 MODELOS EXPLICATIVOS Y DE INTERVENCIÓN	21
1.3.1 Modelos explicativos	21
1.3.2 Modelos de intervención	23
• 1.3.2.1. Intervención escolar o psicopedagógica	24
• 1.3.2.2. Intervención terapéutica o psicológica	25
• 1.3.2.3. Intervención farmacológica	26
• 1.3.2.4. Entrenamiento y educación parental	28
1.4 AVANCES ACTUALES	29

CAPÍTULO II: VARIABLES PERSONALES RELACIONADAS CON EL TDAH

2.1 FACTORES COGNITIVOS	35
2.1.1 Definición	35
2.1.2 Factores cognitivos asociados al TDAH	37
2.1.3 Evaluación	39
2.2 FACTORES DE PERSONALIDAD	42
2.2.1 Definición	42
2.2.2 Características de personalidad asociadas al TDAH	43

2.2.3 Evaluación	45
2.3. OTROS FACTORES	50
2.3.1 Factores de aprendizaje	50
2.3.2 Factores conductuales	52
2.3.3 Factores emocionales y sociales	54

CAPITULO III: VARIABLES FAMILIARES ASOCIADAS AL TDAH

3.1 CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y DE PERSONALIDAD DE LOS PADRES Y MADRES DE MENORES CON TDAH	59
3.1.1 Características cognitivas	59
3.1.2 Características de personalidad	60
3.2 TDAH EN LOS PROGENITORES	63
3.2.1 Antecedentes familiares del trastorno hiperactivo	63
3.2.2 Impacto familiar de la condición de TDAH de algún progenitor	65
3.3. PRÁCTICAS DE CRIANZA Y RELACIONES FAMILIARES	68
3.3.1 Influencia del TDAH en el sistema familiar	68
3.3.2 Características emocionales y de crianza en progenitores de menores con TDAH	70
3.3.3 Estilos educativos parentales en el TDAH	71

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

CAPITULO IV: ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.1 INTRODUCCIÓN	79
4.2 OBJETIVO	81
4.3 MÉTODO	82
4.3.1 Participantes	82
4.3.2 Instrumentos	84

4.3.3 Procedimiento.....	91
4.3.4 Análisis de datos	93
4.4 RESULTADOS	94
4.4.1 Cuestionario de inteligencia K-BIT	94
4.4.2. Cuestionario de personalidad para adolescentes 16PF-APQ	95
4.4.3. Cuestionario de personalidad para adultos 16PF-5	100
4.4.4. Comparación entre cuestionarios de personalidad 16PF-APQ y 16PF-5 de adolescentes con TDAH y sus padres	103
4.5 DISCUSIÓN	105
4.6 CONCLUSIONES	112
4.7 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	114
REFERENCIAS	119
ANEXOS	177
ANEXO 1. Hoja resumen de las puntuaciones del test K-BIT	179
ANEXO 2. Ejemplo de perfil de personalidad de la prueba para adolescentes 16PF-APQ	181
ANEXO 3. Ejemplo de perfil de personalidad de la prueba para adultos 16PF-5	183
ANEXO 4. Solicitud de colaboración en el estudio	185
ANEXO 5. Circular para familias sobre pruebas a realizar	187
ANEXO 6. Consentimiento informado	189

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La inquietud por la realización de esta investigación viene determinada por el desarrollo profesional experimentado tras finalizar los estudios de la Licenciatura en Psicología y del Máster Universitario en Psicología de la Salud y Práctica Clínica. El estudio y abordaje del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) ha sido un fiel acompañante desde entonces hasta la actualidad. La formación académica ha ido seguida del ejercicio de la profesión en el ámbito clínico en la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADAHI) de Murcia. Al mismo tiempo, el acercamiento a esta línea de estudio específica se ha realizado a través del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud) de la Universidad de Murcia, que dirige la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, lo que ha permitido ahondar en el conocimiento científico de esta temática. Posteriormente, este recorrido se ha visto completado con la aproximación a la rama educativa a través de la labor profesional en la Universidad de Murcia, por un lado, como Técnico en el Servicio de Atención a la Diversidad y Voluntariado (ADYV), con abordaje del TDAH en etapas educativas superiores. Y, por otro lado, como profesora en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, con docencia en la Facultad de Educación, lo que ha posibilitado un acercamiento a la diversidad desde el contacto y realidad de las aulas. Como se puede observar, se trata de un bagaje profesional que habitualmente ha ido vinculado a una temática, el TDAH. En su abordaje, tanto clínico como educativo, siempre han estado presentes las familias de las personas con este diagnóstico y su participación ha tenido grandes implicaciones en los resultados terapéuticos, personales y académicos. Por ello, el interés personal por realizar aportaciones valiosas a este ámbito científico y práctico, que conlleven implicaciones positivas en la vida de las personas con este diagnóstico y en sus familiares, es sustancial.

Por tanto, el presente trabajo trata de profundizar en los aspectos que definen a las personas con TDAH, en concreto, nos centramos en los factores cognitivos y de personalidad que se encuentran presentes en la etapa adolescente y que se asocian a este

trastorno. Además, relacionamos los factores de personalidad con los de sus progenitores y comparamos los datos con los de un grupo control (GC) de adolescentes y de padres.

Es cierto que el tema principal de nuestro estudio se considera un campo de investigación emergente. En este sentido, cabe resaltar la escasez de trabajos en los que se investiga la posible relación existente entre el perfil de personalidad de padres e hijos con TDAH. En efecto, apenas existe información sobre aspectos específicos de la personalidad de los padres de menores con TDAH que pudieran estar relacionados con la personalidad y el comportamiento en general de sus hijos. Ya que el TDAH tiene una gran prevalencia en la población adolescente (Song et al., 2021), no es de extrañar que exista cierta inquietud por tratar de dar respuesta a una cuestión que puede mejorar la calidad de vida de los jóvenes.

Siendo esta, precisamente, nuestra principal pretensión, los objetivos que nos planteamos tratan de, por un lado, describir y analizar las características cognitivas asociadas al TDAH en la adolescencia; por otro lado, estudiar y describir el perfil de personalidad de los adolescentes con TDAH y analizar la expresión de dichos factores en sus progenitores; y finalmente, comparar dichos factores cognitivos y de personalidad con una muestra de población no clínica.

Con este fin empleamos test de evaluación ampliamente validados. Para analizar los factores cognitivos usamos el Test breve de inteligencia de Kaufman, K-BIT, en su versión española (Kaufman y Kaufman, 2009) y para la valoración de los factores de personalidad utilizamos el cuestionario de Personalidad para adolescentes 16PF-APQ (Schuerger, 2001), en su adaptación al español por TEA de 2013, y su versión para adultos: 16PF-5 (Cattell et al., 2005).

Con el objetivo de enmarcar nuestro proyecto y justificar su realización, hemos considerado fragmentar el marco teórico en tres apartados o capítulos, dejando el estudio empírico para el capítulo final.

En primer lugar, en el capítulo uno, abordamos el concepto de TDAH haciendo un recorrido histórico de la terminología empleada hasta la actualidad. Señalamos los criterios diagnósticos por los que se rige su dictamen, haciendo diferencia entre los dos manuales de referencia para los profesionales. A continuación, hacemos un resumen de los principales modelos que tratan de dar respuesta al diagnóstico y cómo se aborda el mismo en los diferentes ámbitos de la vida del menor, además, señalamos las líneas de investigación recientes.

Seguidamente, en el capítulo dos, exponemos los factores cognitivos y de personalidad, su definición, evaluación y su implicación en el TDAH. También analizamos otro tipo de factores que se encuentran en continua interacción con los mencionados. En este apartado se evidencia la carencia existente en la literatura científica actual respecto al abordaje de los factores concretos cognitivos y de personalidad que se asocian al trastorno. Se ha podido comprobar cómo su conocimiento y aplicación tiene implicaciones positivas en la evolución de este diagnóstico (Blaken et al., 2021). Por lo que en este capítulo se ha podido evidenciar la necesidad de realizar esta investigación.

Posteriormente, en el capítulo 3, nos centramos en las variables familiares que son objeto de estudio; factores cognitivos y de personalidad en los padres, presencia e impacto del TDAH en la familia y prácticas de crianza. Hemos tratado de analizar cómo todos estos factores interactúan e impactan de manera bidireccional en el trastorno y en la familia, retroalimentándose entre sí. Algunas investigaciones recientes han señalado la necesidad de estudiar cómo confluyen las características de los padres con el manejo y dirección de la sintomatología del trastorno (Vélez-van-Meerbeke et al., 2017). Del mismo modo que en el apartado anterior, se evidencia la necesidad de profundizar en el estudio de estos aspectos y en cómo el conocimiento de los mismos ha demostrado contribuir positivamente en la dirección del TDAH (Miranda et al., 2021).

Finalmente, en el cuarto capítulo centrado en el estudio empírico, exponemos nuestra contribución a la literatura actual que aborda el TDAH. Contamos con una muestra total de 597 participantes divididos en las siguientes categorías: 127 adolescentes con

TDAH, 185 adolescentes pertenecientes al GC, 173 padres de adolescentes con TDAH y 112 padres de menores pertenecientes al GC. Para el análisis de los datos utilizamos el programa estadístico SPSS, versión 25.0. La finalidad de nuestra investigación es conocer cuál de los factores de personalidad de los menores se expresa en mayor o menor medida en relación con el tipo de muestra y si estos factores aparecen también en sus padres. También pretendemos comparar estos resultados con un grupo de adolescentes sin TDAH pertenecientes al GC, y sus progenitores.

Los datos obtenidos arrojan información sobre las variables cognitivas y de personalidad asociadas al perfil de adolescentes con TDAH, al mismo tiempo que se analizan los factores de personalidad de sus padres, estudiando diferencias entre géneros y teniendo en cuenta aspectos comunes entre padres e hijos. Estos resultados nos permiten realizar comparaciones entre: 1) la población con el trastorno y el GC, 2) las presentaciones clínicas de TDAH, 3) los adolescentes con TDAH y sus progenitores, 4) los progenitores de ambos grupos y 5) los padres y madres.

Con este estudio pretendemos realizar una contribución de calidad al conocimiento existente sobre el TDAH, aportando nueva información sobre el perfil del adolescente con este diagnóstico. Esta información resulta valiosa a la hora de abordar el tratamiento del trastorno, pues, como veremos, el conocimiento de las características que definen el perfil cognitivo y de personalidad del TDAH contribuye de manera positiva en la direccionalidad del diagnóstico y en el curso evolutivo. Del mismo modo, podría cambiar las actuaciones que se realizan en los diferentes ámbitos (educativo, familiar, social...) con el fin de establecerlas más precisas y dirigidas hacia una meta centrada en logros. Este hecho ayudaría a potenciar los puntos fuertes del menor y a prevenir las conductas de riesgo asociadas, de tal modo que se pueda reducir el impacto del TDAH en la edad adulta.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1. Concepto y síntomas

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia aparecen en la infancia. En torno al 5% de la población infantil y adolescente y alrededor del 3% de los adultos presenta este diagnóstico (Song et al., 2021). Debido a su alta prevalencia resulta de interés examinar la evolución que ha sufrido el TDAH desde sus orígenes hasta la actualidad, con el fin de comprender mejor su comportamiento y los cambios de dirección que la investigación científica sobre este tema ha experimentado.

La primera definición del trastorno se le atribuye a George Frederic Still (1902). Este pediatra y profesor de medicina infantil señaló características similares en un grupo de 43 niños que presentaban lo que él definía como “defecto anormal del control moral”, caracterizado por problemas en la atención sostenida y la autorregulación, emocionalidad excesiva, resistencia a la disciplina y, en ocasiones, agresividad.

Sin embargo, hay informes médicos científicos publicados mucho antes de las conferencias de Still que describen lo que actualmente definimos como TDAH (Lange et al., 2010). En la Tabla 1 se resumen los hallazgos, encontrados en la literatura desde el siglo XVIII hasta la actualidad, que describen síntomas de falta de atención e hiperactividad (Martínez-Badía & Martínez-Raga, 2015; Navarro y García-Villamizar, 2010).

Tabla 1

Descripciones sobre TDAH desde el siglo XVIII hasta la actualidad

Autor	Término empleado	Año
Melchior A. Weikard	Falta de atención.	1775
Alexander Crichton	Enfermedad de atención.	1798

Benjamin Rush	Síndrome que involucra la capacidad de prestar atención.	1812
Charles West	Niño nervioso.	1848
Heinrich Neumann	Hipermetamorfosis.	1859
William Ireland	Perturbaciones conductuales.	1877
Désiré-Magloire Bourneville	Inestabilidad mental.	1885
Thomas C. Albutt	Sistema nervioso inestable.	1892
Desiré-Magloire Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.	1897
Tomas S. Clouston	Hiperexcitabilidad simple.	1899
Jean Demoor	Corea mental.	1901
George F. Still	Defecto anormal del control moral.	1902
Georges P. Boncour	Escolar inestable.	1905
Georges Heuyer	Síndrome de inestabilidad.	1914
Franz Kramer y Hans Pollnow	Trastorno Hiperkinético.	1930
Eugene Kahn y Louis Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica.	1934
Alfred Strauss y Laura Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil.	1947
DSM-I	No menciona	1952
Hans Hoff y Stella Chess	Trastorno Hiperkinético.	1956 y 1960
DSM-II	Reacción Hiperkinética en la Infancia.	1968
CIE-9	Trastorno Hiperkinético de la infancia.	1975
DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.	1980
DSM-III-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.	1987
CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Alteración (en Trastornos Hiperkinéticos).	1992
DSM-IV y DSM-IV-TR	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).	1994 y 2000
DSM-5	Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.	2013

En 1775, el médico alemán Melchior A. Weikard describió los trastornos de la atención (Barkley & Peters, 2012). Posteriormente, en 1798, el médico escocés Alexander Crichton describía la existencia de ciertos niños con dificultad en la atención, lo que definió como “mental restlessness” o inquietud mental (Guerrero, 2016). Durante el siglo XIX, diferentes autores mencionaron en sus publicaciones los síntomas del TDAH, empleando la terminología diversa que se recoge en la Tabla 1. Estos autores sentaron las bases de la investigación sobre esta alteración, contribuyendo a su reconocimiento como trastorno clínico en el siglo XX.

Más tarde, en 1907, un autor español indicó que el trastorno se caracterizaba por la presencia de alteraciones “tanto por exceso como por defecto” de las funciones ejecutivas o FFEE (Ramos-Quiroga et al., 2008).

Unos años después, se empezaron a describir de nuevo las características clínicas del TDAH, esta vez definiendo conductas hiperactivas y de desatención en niños que no presentaban déficits cognitivos ni sensoriales nerviosos (Rodríguez-Lafora, 1917). Esta distinción supuso un avance para el estudio del cuadro conductual que caracteriza la hiperactividad, empezando a cobrar peso la perspectiva orgánica (Kahn & Cohen, 1934). Desde este enfoque, muchos autores comenzaron a relacionar la afectación de diferentes áreas cerebrales con los síntomas del trastorno (Clements & Peters, 1962; Laufer & Denhoff, 1957).

Debido al auge de las investigaciones científicas centradas en rasgos clínicos de conducta, el manual diagnóstico de los trastornos mentales DSM-II (APA, 1968) incluyó el término “Reacción Hiperkinética”, caracterizado por un patrón de distracción, exceso de actividad e inquietud motora que se manifestaba especialmente en la población infantil. Posteriormente, en la siguiente versión de este manual (DSM-III; APA, 1980) se establecieron dos categorías: “Déficit de Atención con Hiperactividad” y “Déficit de Atención sin Hiperactividad”.

Estas diferenciaciones dieron lugar a numerosas investigaciones centradas en los síntomas, distinguiéndose así diversas manifestaciones según el subtipo del trastorno; por ejemplo, se observó que los niños con TDAH combinado presentaban dificultades en la motricidad gruesa, mientras que los niños con predominio de inatención mostraban mayores dificultades en habilidades de motricidad fina (Piek et al., 1999).

No fue hasta el año 1994, con la publicación del DSM-IV, cuando se define el trastorno tal y como lo conocemos en la actualidad, incluyéndose los tres subtipos: hiperactivo/impulsivo, inatento y combinado (Wolraich et al., 2019). En 2013, con la actualización del manual DSM-5, se introdujeron algunos cambios para establecer el diagnóstico de TDAH, como se refleja en el siguiente apartado. No obstante, estos cambios no afectaron a la sintomatología descrita, que se mantuvo igual al anterior manual (Rodríguez-Testal et al., 2014).

Tras revisar la literatura existente sobre el concepto de TDAH, se puede afirmar de manera contundente que la denominación del trastorno está universalmente consensuada. Del mismo modo ocurre con la sintomatología, según la APA (2013) la característica principal de este trastorno es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad. Según la definición de este manual, la inatención se define como desviación en la tarea, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que interfiere en el funcionamiento cotidiano. La hiperactividad se caracteriza por una actividad motora excesiva cuando no es apropiado y la impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que suponen un gran riesgo de daño para el individuo.

En relación con lo anterior, investigaciones recientes aportan información sobre la sintomatología que aparece asociada al TDAH y que va más allá de los síntomas nucleares del trastorno. Así, por ejemplo, existe relación entre el TDAH y los trastornos del sueño, en concreto insomnio (dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido y despertarse temprano en la mañana) y pesadillas (Ali et al., 2019; Grünwald & Schlarb, 2017; Pin y Rodríguez, 2018), así como un retraso en el inicio del sueño (Thoma et al., 2020). Del

mismo modo, hay quien propone que la desregulación emocional, considerada como la capacidad de autogestión de la emoción de manera que resulte adaptativa para el individuo, se incluya dentro de los criterios diagnósticos del DSM (Alpizar-Velázquez, 2019; Bunford, 2020). Por su parte, Brown (2014) señala los rasgos de tristeza y el fuerte temperamento como síntomas habitualmente presentes en las personas con este diagnóstico. Así mismo, el actual manual diagnóstico menciona algunas señales que con frecuencia se encuentran presentes en el TDAH; irritabilidad, labilidad del estado de ánimo, baja tolerancia a la frustración, deterioro del rendimiento académico y laboral, y mayor riesgo de intento de suicidio (APA, 2013).

Así mismo, resulta de interés cómo se han tratado de relacionar diferencias físicas con el TDAH. A través de un estudio médico, Soto et al. (2018) afirman que los niños con este diagnóstico caminan de manera diferente, encontrando una asociación significativa entre este trastorno y lo que denominan como marcha de puntillas idiopática (MPI). Aunque este estudio cuenta con ciertas limitaciones, como la ausencia de GC, por lo que sería conveniente que se siguiera investigando en esta línea. Del mismo modo, numerosos estudios apuntan hacia la existencia de problemas en la motricidad fina, gruesa y equilibrio (Herrera-Gutiérrez et al., 2003c, 2011a; Kaiser et al., 2015). Aunque esa idea se encuentra bastante consolidada en la actualidad (Montes-Montes et al., 2021), se discute si las dificultades motoras asociadas al trastorno se consideran una característica fenotípica o un déficit concurrente, ganando peso la última opción que no considera estas dificultades motoras inherentes al TDAH (Farran et al., 2020).

No obstante, el grado de afectación y curso evolutivo de los síntomas primarios mencionados anteriormente dependerá del grado de estabilidad emocional, capacidad de auto análisis (Gratch, 2009) y también del contexto familiar en el que crece y se desenvuelve la persona con TDAH (Herrera-Gutiérrez et al., 2003c). Igualmente dependerá de la activación neuronal de diferentes zonas cerebrales implicadas y el patrón de madurez de dichas áreas (Rohde et al., 2019). En la adultez, además, la intensidad de los síntomas presentes durante la infancia, así como la existencia de patología en los familiares directos

y la comorbilidad con otros trastornos influirán en el pronóstico y expresión de los síntomas (Caye et al., 2016).

1.2. Criterios Diagnósticos

Actualmente existen dos manuales que se emplean para el diagnóstico del TDAH, el DSM-5 y la CIE-10. Para diagnosticar el TDAH deben cumplirse los criterios establecidos en dichas clasificaciones internacionales tal y como proponen en su publicación el (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH [GGPC], 2017).

El DSM-5 (APA, 2013) incluye el TDAH dentro de los Trastornos del neurodesarrollo. Para que existan rasgos clínicamente significativos, estos han de presentarse antes de los 12 años y las manifestaciones del trastorno deben de estar presentes en más de un entorno o área de vida; así mismo, deben aparecer 6 o más síntomas (cinco en el caso de los mayores de 17 años) de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, afectando directamente al rendimiento social y académico/laboral.

En la última edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) que propone la Organización Mundial de la Salud (WHO,1992), este trastorno recibe el nombre de *Trastorno Hiperkinético*, clasificándose dentro de los Trastornos del comportamiento y de las emociones que suelen tener un comienzo habitual en la infancia y adolescencia. Actualmente está pendiente de publicación una versión mas actualizada del manual de la OMS, el CIE-11.

A continuación, en la Tabla 2 se recogen los criterios diagnósticos descritos en ambos manuales:

Tabla 2*Criterios diagnósticos del TDAH según APA (2013) y WHO (1992)*

DSM-5	CIE-10
<p>Inatención</p> <ol style="list-style-type: none"> Dificultad para sostener la atención en los detalles o comete errores por descuido en actividades coloquiales. Dificultad para mantener la atención en tareas de ocio. Dificultad para escuchar cuando se le habla directamente. Dificultad para seguir las instrucciones y terminar las tareas escolares y/o laborales. Dificultad para gestionar tareas y actividades que requieren organización. Suele evitar o le disgusta iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. Tendencia a perder objetos necesarios para actividades. Se distrae fácilmente por estímulos externos. Olvido de ciertas actividades diarias. 	<p>Déficit de atención</p> <ol style="list-style-type: none"> Dificultad para mantener la atención en los detalles y comisión de errores por descuido en las actividades diarias. Dificultad para prestar la atención durante el juego. Dificultad para escuchar activamente. Dificultad con el cumplimiento de tareas asignadas. Peor desempeño organizando tareas. Sentimiento de incomodidad ante tareas que requieran esfuerzo mental sostenido. Perdida de objetos necesarios para sus tareas con facilidad. Distracción ante estímulos externos. Olvidos frecuentes de tareas cotidianas.
<p>Hiperactividad e Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> Muestra inquietud, jugueteando con las manos y pies o retorciéndose en el asiento. Dificultad para mantenerse sentado en situaciones en las que se espera que lo haga. Corretea cuando no resulta apropiado. Dificultad para jugar tranquilamente o realizar actividades de ocio. Actúa “como si tuviera un motor en marcha”. Habla constante y excesiva. Precipita la respuesta a una pregunta, respondiendo incluso antes de concluir la misma. Dificultades para mantener el turno, Suele interrumpir o inmiscuirse en asuntos ajenos. 	<p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> Inquietud moviendo manos o pies y movimiento continuo en su asiento. Dificultad para permanecer sentado en su asiento. Corretea o trepa en situaciones que se consideran inapropiadas. Dificultad para entretenerse de manera tranquila y silenciosa en actividades de ocio. Actividad excesiva que no atiende a ordenes o peticiones sociales. <p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> Tendencia a responder antes de finalizar la pregunta. Dificultad para respetar el turno. Con frecuencia se inmiscuye en asuntos ajenos. Habla excesiva en situaciones sociales.

En la Tabla 3 se realiza una comparativa evidenciando las diferencias que existen entre los dos manuales para el diagnóstico del TDAH.

Tabla 3

Diferencias entre los manuales APA (2013) y WHO (1992) en las especificaciones diagnósticas del TDAH

Crterios	DSM-5	CIE-10
Inatención	- 6 de 9 síntomas. - 5 de 9 síntomas en mayores de 17.	- 6 de 9 síntomas.
Hiperactividad/ Impulsividad	- 6 de 9 síntomas. - 5 de 9 síntomas en mayores de 17.	- 3 de 5 síntomas de hiperactividad. - 1 de 3 síntomas de impulsividad.
Edad de inicio	- Antes de los 12 años.	- Antes de los 7 años.
Ambiente	- Dos o más ambientes.	- Más de un ambiente.
Duración	- Más de 6 meses.	- Más de 6 meses.
Deterioro	- Evidencia de interferencia en funcionamiento social, académico o laboral. Se especifica si: deterioro leve, moderado o grave.	- Malestar clínicamente significativo o alteración en el rendimiento social, académico y laboral.
Subtipos	- Presentación combinada. - Presentación predominante con falta de atención. - Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.	- No propone.

A pesar de las diferencias entre los sistemas de clasificación de la APA y de la OMS, se espera que, con la nueva actualización del manual de la OMS, CIE-11, ambos sistemas sirvan como complementarios para mejorar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para niños y adultos diagnosticados con trastornos del desarrollo neurológico, no solo del TDAH (Doernberg & Hollander, 2016).

No obstante, existen criterios comunes entre el DSM-5 y la CIE-10 para establecer el diagnóstico de TDAH. Ambos implican la presencia de síntomas durante más de 6 meses, los cuales suman un total de 18 ítems, requieren que los indicadores afecten a varios ámbitos de la vida del niño o adulto, consideran que debe haber un deterioro funcional causado por el trastorno y coinciden en que la sintomatología no pueda explicarse por otra afección.

Recientemente, Barkley (2019a) ha mencionado que en los manuales citados existen ciertas limitaciones para el diagnóstico del TDAH en la edad adulta pues los síntomas están redactados enfocados en la infancia y pueden no representar del todo los que se muestran en la adultez. Esto explicaría que se diagnostiquen menos casos en adultos, aunque el trastorno completo o al menos los síntomas y el deterioro significativo persistan en el 40-60 % de los casos diagnosticados en la infancia (Martínez-Raga y López-Cerveró, 2019).

Finalmente, cabe resaltar el auge en los últimos años de investigaciones centradas en el descubrimiento de biomarcadores que faciliten la labor del diagnóstico con el objetivo de que este sea lo más acertado posible (Aguilar et al., 2013; Rubia et al., 2014; Silva, 2020).

1.3. Modelos explicativos y de intervención

1.3.1. Modelos explicativos

Actualmente se atribuye la etiología del TDAH a un origen multifactorial (Herrera-Gutiérrez, 2015), como explicaremos a continuación. Cada vez hay más estudios biológicos que evidencian la implicación de varios genes en la presentación del trastorno (Demontis et al., 2019; Hayman & Fernández, 2018; Hawi et al., 2018). A nivel epigenético, mediante el estudio de la metilación del ADN en la saliva, se han identificado diferentes biomarcadores que han sido asociados al trastorno hiperactivo (Mooney et al., 2020). Se estima que la heredabilidad del mismo se encuentra en un 75-90 %, y se sitúa entre los diagnósticos más transitivos (Brikell et al., 2019; Faraone et al., 2005).

A nivel estructural, se han vinculado varias áreas cerebrales con el trastorno, como son la amígdala, el núcleo caudado, el putamen, el hipocampo y el núcleo acumbens (Hoogman et al., 2017; Klein et al., 2017). En concreto, se ha observado un patrón de activación elevado de las ondas beta en el lóbulo temporal y una alteración en la conectividad entre las circunvoluciones frontal media y fusiforme en dicha región cerebral (Chiang et al., 2020). Se ha demostrado que existe un retraso de al menos 3 años en la maduración de las regiones corticales, con una disminución del espesor de la corteza y un adelgazamiento general de la misma (Shaw et al., 2010).

Se puede afirmar que tanto el factor biológico como las variables ambientales y contextuales tienen gran representación en las últimas investigaciones sobre el origen y evolución del trastorno, reflejando la tendencia a considerar múltiples factores en la explicación del mismo (Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2003c, 2011a). Li et al. (2020) van más allá afirmando que en la primera infancia, tanto la genética como ciertos eventos traumáticos vividos (abusos físicos, sexuales o agresiones) y eventos

estresantes experimentados (enfermedades, fallecimientos de familiares cercanos, rupturas amorosas, problemas financieros o legales...) impactan sobre la expresión de los síntomas de hiperactividad, pero no sobre los síntomas de inatención. En esta línea, algunos estudios señalan el estrés parental como clave en la desregulación de los síntomas del trastorno hiperactivo en los niños y adolescentes, y apuntan que la calidad en las relaciones sociales familiares reduce la gravedad de los síntomas (Muñoz-Silva et al., 2017). Aunque no se asocie como causa del TDAH la interacción de la familia en la infancia, sí influye en su expresión y desarrollo (APA, 2013).

Además de los factores mencionados anteriormente, Eubig et al. (2010) proponen que existe un riesgo ambiental relacionado con ciertos contaminantes como son el plomo y los policlorobifenilos que afectan de manera directa a la atención y la inhibición de respuesta de los menores con TDAH. En relación con esto, Sáez et al. (2018) mencionan que la contaminación que se encuentra en el aire causada por el humo de los vehículos y los pesticidas están directamente relacionados con el riesgo a desarrollar TDAH, y especifican que el vivir a menos de 100 m. de una zona agrícola o a menos de 300 m. de una autopista también se asocia con dicho riesgo. Del mismo modo, el bajo peso al nacer o la prematuridad, relacionados con la exposición a la nicotina o al alcohol durante la vida intrauterina, también son considerados como factores de riesgo (APA, 2013; Sucksdorff et al., 2015).

Independientemente de los factores de riesgo ambiental que puedan estar interfiriendo en la aparición del trastorno, existe evidencia científica bastante consolidada de que en la base del trastorno se encuentra un déficit en las FFEE (APA, 2013; Barkley, 1997; Crisci et al., 2021; Sánchez-Carpintero y Narbona, 2001). Estas últimas son las encargadas de las habilidades de organización, planificación, control inhibitorio, flexibilidad, memoria de trabajo, control atencional (atención selectiva y atención dividida), velocidad de procesamiento, iniciativa y regulación emocional y comportamental (Anderson, 2002; Barkley, 1997; Brown, 2006; Gioia et al., 2002; Luria, 1984).

En relación con lo anterior, diferentes autores explican cómo el trastorno es fruto de un retraso de los mecanismos cerebrales que permiten la inhibición conductual, resaltando el déficit en la función del control inhibitorio (Barkley, 1998; Brown, 2006; Henríquez-Henríquez et al., 2010; Rubio et al., 2016).

1.3.2. Modelos de intervención

Los enfoques multimodales han resultado ser los más eficaces para el tratamiento del TDAH a medio y largo plazo (Döpfner et al., 2020; Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2003c). Se han realizado estudios longitudinales en los que se han combinado la medicación y la terapia cognitivo-conductual, que incluye el entrenamiento a padres y madres, entrenamiento conductual en el niño e intervención en el aula. Estos estudios reflejan beneficios importantes y duraderos sobre el control de los síntomas nucleares del trastorno, así como sobre el control de alteraciones asociadas (Loro-López et al., 2009; Monastra et al., 2002; San Sebastián et al., 2010).

Según Pérez et al. (2016), las terapias que, adicionalmente, incluyen intervención neuropsicológica, evidencian mejora en las FFEE, sobre todo en planeación, velocidad de procesamiento, control inhibitorio, memoria de trabajo y categorización de información. Estos mismos autores destacan que en actividades que implican mayor esfuerzo mental, se mejora la respuesta a la regulación externa y el mantenimiento de la atención.

De manera análoga se está investigando el impacto que tienen diferentes terapias novedosas en el tratamiento del TDAH. Un reciente estudio de meta-análisis (López-Villalobos et al., 2019) considera el neurofeedback y el mindfulness como tratamientos prometedores pero que necesitan mayores estudios que avalen su eficacia; y, además, señala, como se ha mencionado anteriormente, que existe un mayor índice de eficacia en la terapia cognitivo-conductual integrada en módulos de tratamiento que incluyen terapia de conducta.

En la misma línea, otro estudio de meta-análisis analizó el impacto de varias terapias no farmacológicas en la mejora de la sintomatología del trastorno hiperactivo. El estudio contempló la terapia cognitivo-conductual, el neurofeedback, el entrenamiento cognitivo y la práctica deportiva. También, según esta investigación, la realización de deporte que incluye tareas centradas en la inhibición conductual es la opción que mas beneficios arroja sobre la sintomatología del trastorno (Lambez, et al., 2020).

A continuación, abordamos la intervención en cada una de las dimensiones o aspectos que están involucrados en el TDAH y que es necesario atender desde un planteamiento integrador.

1.3.2.1. Intervención escolar o psicopedagógica

Las intervenciones escolares/educativas deben contemplarse dentro del programa de tratamiento de las personas con TDAH. Esta actuación tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico y la adaptación del menor al contexto escolar, interviniendo sobre los efectos negativos del trastorno (GGPC, 2017).

De igual forma, se considera que el tratamiento psicopedagógico resulta indispensable y necesario para alcanzar una intervención eficaz, teniendo en cuenta que el aprendizaje no depende únicamente de factores individuales y que las dificultades escolares tienen un origen complejo y multifactorial (Soutullo et al., 2013).

Además, los programas que incorporan varios componentes (formación para padres, estrategias para afrontar el TDAH, formación para el profesorado y entrenamiento en habilidades sociales) han demostrado tener una alta efectividad en grupos de niños y adolescentes, tanto en las habilidades asociadas al desempeño académico como en los comportamientos que implican aceptación de responsabilidades y límites, finalización de los deberes, habilidades interpersonales y resolución de problemas (Herrera-Gutiérrez y Martínez-Frutos, 2021; Evans et al., 2020; GGPC, 2017) así como mejoras en la adherencia al tratamiento (Dahl et al., 2019).

Incluso los programas que únicamente contemplan la intervención en el aula (entrenamiento al profesorado y aplicación de sistemas de organización y contingencias para alumnado) han mostrado ser eficaces (Ramírez-Pérez, 2015). Al igual que se ha demostrado que los programas de manejo de contingencias que utilizan hojas de seguimiento diario se asocian a mejoras en el comportamiento perturbador (Galve, 2009).

En relación con lo anterior, Suárez-Manzano et al. (2018) estudiaron los beneficios que aporta el deporte, a través de una revisión de estudios longitudinales, hallando resultados positivos en atención, comportamiento y motricidad asociados a la práctica deportiva semanal en los escolares con trastorno de hiperactividad.

Como se ha mencionado, la intervención en el aula reporta resultados positivos en el rendimiento en general del menor. Existen diferentes acciones que pueden llevarse a cabo para tal fin. Dentro del contexto escolar, es recomendable que se apliquen adaptaciones curriculares no significativas como, por ejemplo, la colocación en el aula evitando distractores, modificación de las asignaciones de trabajo escolar y cambio en las formas y tiempos de realización de las pruebas y exámenes para adecuarlas a las necesidades educativas del alumno. Además, estas adaptaciones son de muy fácil aplicación, tienen un bajo coste y no afectan al currículo académico. Del mismo modo, pueden aplicarse para el resto del aula, favoreciendo la inclusión en el aula (Valda et al., 2018). No obstante, se evidencia una necesidad de formación en el TDAH por parte de los docentes que les dote de estrategias para poder manejar eficientemente las adaptaciones requeridas dentro del aula (Herrera-Gutiérrez y Martínez-Frutos, 2021; Molinar-Monsiváis y Cervantes-Herrera, 2020).

1.3.2.2. Intervención terapéutica o psicológica

Si bien la intervención psicopedagógica es esencial, no menos importante es partir de un adecuado diagnóstico. En efecto, es sustancial aplicar un buen modelo de intervención en la terapia para el TDAH y un componente importante para que esto suceda

es el proceso diagnóstico, es decir, realizar una evaluación exhaustiva y precisa (Gratch, 2009). Se trata de incluir un estudio psicodiagnóstico completo que explore el nivel cognitivo y de personalidad para poder evaluar la comorbilidad y establecer un buen diagnóstico diferencial (Sasot-Llevadot et al., 2015).

Para el tratamiento de los síntomas característicos del TDAH, se recomienda, como primera opción, la terapia cognitivo-conductual (López-Villalobos et al., 2019). Los tratamientos que incluyen terapia cognitivo-conductual, ya sea grupal o individual, han demostrado producir beneficios en cuanto a los problemas de impulsividad, hiperactividad y falta de atención durante el tratamiento cognitivo-conductual en menores (Fenollar et al., 2015b), así como otros cambios clínicos significativos, es decir, mejora en conocimientos sobre el trastorno, dominio de estrategias conductuales, pensamientos más adaptativos, mejoras en los síntomas autoinformados y en el funcionamiento ejecutivo (Anastopoulos & King, 2015; Calderón, 2001). Igualmente, Vidal-Estrada et al. (2012) han encontrado eficacia en el tratamiento de la sintomatología secundaria, en concreto los síntomas de ansiedad y depresión que aparecen asociados de manera comórbida al trastorno.

Sobre las técnicas de relajación, en concreto el mindfulness, Scandar y Bunge (2017) no encuentran datos concluyentes que relacionen su práctica con la mejora de los síntomas nucleares del TDAH. Estos autores sí encuentran mejora en ciertas habilidades ejecutivas como la memoria de trabajo, la planificación y la organización cuando se emplea el entrenamiento neuropsicológico, pero no hallan resultados positivos sobre los síntomas primarios del trastorno, ni tampoco resultados que se mantengan a largo plazo, por lo que aconsejan, junto con el neurofeedback, que se considere una segunda línea de tratamiento.

1.3.2.3. Intervención farmacológica

Existen discrepancias en cuanto al uso de fármacos en el tratamiento del TDAH. En general, la evidencia científica sugiere que el tratamiento aporta claros beneficios a corto y largo plazo (Coghill et al., 2017). Aunque algunos autores señalan que estos beneficios no se mantienen en la edad adulta (Swanson et al., 2017), otros estudios respaldan la eficacia

continúa que aportan los medicamentos (Coghill, 2019). En relación con esto, se ha comprobado que la interrupción del tratamiento farmacológico en la infancia y adolescencia reduce la calidad de vida de la persona, no ocurriendo lo mismo cuando se interrumpe en la edad adulta (Tsujii et al., 2020).

Podemos dividir el tratamiento farmacológico, atiendo a sus efectos, en dos tipos de medicamentos, estimulantes y no estimulantes (García et al., 2015). Son cinco los fármacos habitualmente indicados para el tratamiento del trastorno hiperactivo. El metilfenidato y la lisdexanfetamina, catalogados entre los estimulantes, y, la guanfacina, la clonidina y la atomoxetina, como no estimulantes. Estos fármacos se emplean en el tratamiento tanto de los niños y adolescentes como de los adultos (Cortese, 2020).

La investigación sobre la eficacia de los estimulantes demuestra que el tratamiento con lisdexanfetamina tiene un porcentaje alto de éxito (García et al., 2015) similar al del metilfenidato (Cortese, 2020). Sin embargo, alrededor de un 20 % de las personas que toman la lisdexanfetamina no responden bien al fármaco (Amado et al., 2015). Por el contrario, el metilfenidato se considera eficaz después de su uso prolongado y su retirada no provoca deterioro (Matthijssen et al., 2019), esto podría explicar que se considere el fármaco de primera elección. Por su parte, los compuestos no estimulantes se aconsejan cuando los otros no son bien tolerados o producen algún tipo de efecto adverso y en general, resultan eficaces aunque existe un pequeño riesgo asociado de dificultades de tipo cardíaco y de sueño (Gregoire-Bottex & Soe, 2018).

Por ello, el mejor criterio para establecer un tratamiento adecuado es la respuesta individual ante el fármaco dependiendo del momento evolutivo del paciente (Mardomingo-Sanz, 2012). Es fundamental que se busque mantener un equilibrio entre los beneficios, los costos y los posibles efectos adversos antes de comenzar con el tratamiento (Catalá-López et al., 2017). La selección del medicamento dependerá de algunos factores como la edad de inicio, la gravedad de los síntomas y las comorbilidades presentes, debiendo establecerse un seguimiento a largo plazo para valorar posibles efectos adversos o ineficacia del

tratamiento (Caye et al., 2019), pues su efectividad puede oscilar a lo largo de los años (Martínez-Núñez y Quintero, 2019).

1.3.2.4. *Entrenamiento y educación parental*

Como ya hemos anticipado, los tratamientos que han mostrado mayor eficacia son los que incluyen, de manera adicional a otro tipo de intervenciones, programas de entrenamiento a padres y madres (Pelham & Fabiano, 2008). Este entrenamiento tiene como objetivo enseñar habilidades que resulten positivas en la interacción de los progenitores con sus hijos, mejorando así el estilo de comunicación y comportamiento en el ámbito familiar e incrementando la competencia de los progenitores (Herrera-Gutiérrez et al., 2003c; Olivares et al., 1993; Sánchez-Mármol, 2016).

Los programas de entrenamiento a padres y madres reportan beneficios en cuanto al aumento de la confianza, la mejora de las habilidades de crianza en los mismos, así como la disminución del estrés en la familia y de los comportamientos oposicionistas y agresivos (Scandar y Bunge, 2017; Zwi et al., 2011). Igualmente, se han encontrado resultados de mejora en la autoestima de los progenitores (Anastopoulos et al., 1993) y en el comportamiento de los niños con TDAH cuando se utiliza esta intervención (Lee et al., 2012).

En conclusión, se puede afirmar que el entrenamiento y la educación parental aporta beneficios en el avance del tratamiento de los menores con TDAH y mejora de la dinámica familiar. Como señala Sánchez-Mármol (2016), la intervención con los padres y madres de jóvenes con trastorno hiperactivo facilita la coordinación parental, mejora las habilidades para el manejo de la conducta de los menores, y reduce la discrepancia entre progenitores en la visión educativa. Esto último pone de manifiesto la importancia de incluir, como aspecto importante del proceso de evaluación/intervención, la valoración psicológica de los padres y madres.

1.4. Avances actuales

Como hemos visto en los apartados anteriores, el TDAH es un trastorno ampliamente estudiado. Existen relatos médicos y científicos desde hace siglos. A lo largo del tiempo la investigación en este campo ha evolucionado de manera diferente. Actualmente tenemos información bastante precisa acerca de la sintomatología del TDAH, contamos con instrumentos de evaluación y escalas que facilitan el diagnóstico. Los aportes de la neurobiología han permitido relacionar diferentes áreas cerebrales con el trastorno, lo que ayuda a entenderlo mejor y establecer sistemas de tratamiento más precisos. Estas investigaciones han conseguido que no se cuestione la base biológica del mismo.

No obstante, en la actualidad, el diagnóstico se establece mediante variables comportamentales, siguiendo la sintomatología descrita en el DSM-5 y CIE-10. Establecer un diagnóstico en base a criterios que se pueden considerar subjetivos tiene sus limitaciones, resultando necesario la precisión del mismo mediante la detección de caracteres biológicos (Winstanley et al., 2006). Recientemente, en relación con lo anterior, Barkley (2019b) señala las deficiencias que presentan los test neuropsicológicos que evalúan las FFEE, la necesidad de que el diagnóstico sea clínico, así como las dificultades para establecer un diagnóstico preciso.

Por ello, cada vez son más numerosas las investigaciones que persiguen que se pueda realizar un diagnóstico de manera menos heterogénea, proponiendo rasgos genéticos (Heiser et al., 2004). En los últimos años, se ha establecido un incremento en la búsqueda de biomarcadores para el TDAH (Qureshi et al., 2017; Uddin et al., 2017). Por lo que se podría afirmar, según Lavagnino et al. (2018) y coincidiendo con los autores anteriormente mencionados, que el estudio del trastorno hiperactivo hoy en día se centra en dos aspectos fundamentales, la base biológica y la base orgánica (véase Tabla 4).

Tabla 4*Niveles de organización para la conceptualización del TDAH y su medición*

	Bases biológicas		Bases organísmicas	
Tipo de estudios	Genéticos	Anatomía cerebral	Neuropsicológicos	Sintomatológicos
Evaluación	Marcadores genéticos	Técnicas de imagen	Test psicológicos	Escalas clínicas de diagnóstico

El estudio del sustrato genético es importante para establecer un diagnóstico preciso, aunque presenta algunas limitaciones al excluir variables como el contexto social (Lavagnino et al., 2018). En relación con esto, existen factores individuales (cognitivos y de personalidad), que juegan un papel importante en el desarrollo del TDAH, ya sea por la propia expresión en el individuo o por la expresión en los progenitores con la consiguiente interacción paterno-filial (Hernández et al., 2017).

Es por este motivo que cada vez son más numerosos los estudios genéticos-conductuales que dan igual importancia a la contribución genética y a la ambiental en la génesis del TDAH, así como en la expresión de sus síntomas. Por un lado, Moffitt y Caspi (2007) relatan que, en cuanto a los problemas de conducta infantiles, la genética representa la mayor parte de la varianza observada. Por otro lado, Lahey et al. (2011) reflejan la importancia de la crianza materna y la identifican como moderadora entre los factores de riesgo genéticos del TDAH y los problemas de conducta asociados. Siguiendo en el contexto de los estudios genéticos conductuales, autores como LeMoine et al. (2015) resaltan la necesidad de realizar estudios que examinen factores maternos y paternos relevantes, presencia de psicopatología en los progenitores, así como posibles componentes genéticos relacionados con la conducta de los menores con trastorno hiperactivo.

De este modo, es importante estudiar el perfil psicológico de las personas que tienen el trastorno, así como de sus padres/madres. El bienestar psicosocial de los progenitores está directamente relacionado con el bienestar psicosocial de los hijos y esto a su vez

disminuye la expresión de los síntomas negativos del TDAH. Se ha comprobado que las madres de niños/as con trastorno hiperactivo sufren mayores niveles de estrés y emiten respuestas menos asertivas que las madres de los menores que no presentan este diagnóstico (Pérez-Algorta, 2018, 2020). A su vez, los síntomas de TDAH materno se han asociado con la crianza negativa y la disciplina inconsistente (Chronis-Tuscano et al., 2008). Además, se han encontrado fuertes asociaciones mediante investigaciones longitudinales que relacionan la paternidad/maternidad positiva como un factor protector de bastante consistencia contra los problemas de conducta infantiles entre las familias de menores con TDAH (Chronis et al., 2007).

Estos estudios evidencian la necesidad de tener en cuenta en conjunto a padres e hijos con TDAH en la evaluación y el tratamiento. Es preciso determinar las relaciones que existen entre ambos, los factores que se encuentran mas fuertemente asociados y cómo esto influye en la expresión de los síntomas del trastorno. Las últimas investigaciones señalan la importancia de estudiar, por un lado, los rasgos individuales de cada adolescente pues influyen en la evolución del TDAH (Haddad et al., 2021) y, por otro lado, la relación entre los rasgos de personalidad y las características cognitivas de esta población (Herrera-Gutiérrez et al., 2021; Pironti et al., 2016). Además cabe tener en cuenta que existen familias especialmente vulnerables a desarrollar sintomatología al convivir con varios familiares con diagnósticos psicológicos y en circunstancias adversas (Wesseldijk et al., 2018).

Es por ello que, si bien es cierto que en los últimos años se han generado grandes avances en cuanto a factores genéticos y ambientales relacionados con el trastorno, sigue estando presente la necesidad de estudiar la asociación existente entre los factores cognitivos y de personalidad de padres/madres y sus hijos con TDAH, de tal modo que repercuta en el diseño de tratamientos psicológicos de mayor precisión y eficacia.

CAPÍTULO 2

VARIABLES PERSONALES RELACIONADAS CON EL TDAH

2.1. Factores cognitivos

2.1.1. Definición

Cuando hablamos de factores cognitivos nos estamos refiriendo a aquellos procesos mentales que nos permiten ejecutar una tarea, dotando a la persona de la capacidad de recibir, seleccionar, transformar, almacenar, elaborar y recuperar la información para dar respuesta a un problema o situación que se plantee.

Estos factores cognitivos están estrechamente relacionados con las FFEE, encargadas de cubrir un amplio rango de funciones corticales como la flexibilidad conductual y cognitiva, la planeación del comportamiento, la memoria operativa, la autosupervisión, la conducta dirigida a metas, el control del esfuerzo, el control de la preocupación, la organización, el control inhibitorio y la memoria operativa (Anderson, 2002; Burgess, 1997; Crisci et al., 2021).

Aunque son múltiples las áreas cerebrales que conforman las FFEE, se otorga una implicación mayor a la corteza prefrontal ya que juega un papel principal en el control y monitoreo (Sun et al., 2018). Estas funciones cognitivas también se encuentran asociadas al lóbulo frontal, el cuál recibe información del hipocampo y amígdala, formando así las FFEE (Colombo et al., 2014). La primera función ejecutiva que surge en los niños es la capacidad de inhibir el comportamiento aprendido y la última en aparecer es la fluidez verbal (Jurado & Roselli, 2007).

Por tanto, podrían definirse las FFEE como una construcción que al establecerse hace posible la búsqueda y mantenimiento de la información, la cognición y la metacognición, el aprendizaje asociativo y el orden temporal de los estímulos (Grafman et al., 1995; Pineda-Alhucema et al., 2018). Siguiendo el modelo neurobiológico de la función ejecutiva, centrado en aspectos neuroanatómicos y funcionales de las estructuras que conforman el lóbulo frontal, se considera que dicha función está formada por un sistema

multidimensional que integra la cognición y metacognición humana, el funcionamiento emocional y la conducta (Tobón et al., 2008). Estos tres aspectos son los que describimos a continuación:

- Las funciones metacognitivas se refieren a la planificación de estrategias, anticipación, establecimiento de metas, memoria de trabajo, secuenciación y monitorización de las acciones, flexibilidad mental, inicio de tareas, formación de expectativas, estimación de recompensas y castigos, toma de decisiones, inhibición y regulación de la atención (Ardila y Ostrosky-Solís, 2008). Se trata de variables cognitivas que dan un soporte a la organización temporal del comportamiento, el lenguaje y el razonamiento (Fuster, 2001). La intervención que incluya los procesos metacognitivos mejorarán el desarrollo de la capacidad científica de los alumnos con TDAH (Zheng et al., 2021). Se han desarrollado programas para el trabajo de la metaatención y la metamemoria y se ha comprobado su eficacia en el alumnado, sobre todo cuando se integran dentro de los contenidos del currículo de niños y adolescentes (Vallés-Arándiga, 2002).
- En cuanto a la función emocional, Mitchell y Phillips (2007) señalan la importancia de la corteza prefrontal en la coordinación e integración de la cognición y la emoción. Así mismo, también adquiere relevancia en la toma de decisiones afectivas, en la identificación de deseos, sentimientos e intenciones propias y de los otros, y en el control de la conducta (Séguin y Zelazo, 2005; Schurz et al., 2014). Una adecuada regulación emocional en adolescentes con TDAH se ha asociado a una menor falta de atención y mejor funcionamiento ejecutivo, de igual modo, una pobre regulación emocional se relaciona con peor rendimiento ejecutivo y mayores síntomas hiperactivos (Landis et al., 2021).
- Según Brown y Browman (2002), el tercer factor involucrado es el conductual, responsable de la composición y la estructura de la personalidad, la integración de la conducta y la regulación del comportamiento dirigido a solucionar problemas y ejecutar tareas. Zhu et al., (2021) van más allá, atribuyendo a la función ejecutiva un

papel fundamental en el control del comportamiento y, más concretamente, en las conductas de agresión física.

2.1.2. Factores cognitivos asociados al TDAH

Como es sabido, se ha vinculado la desregulación en diferentes funciones cognitivas con el TDAH, concretamente esta alteración se asocia a un déficit en las FFEE. Diversos autores han manifestado la necesidad de explorar los factores cognitivos en el estudio del TDAH, como herramienta complementaria para su diagnóstico (Fenollar-Cortés et al., 2015; Navarro-Soria, et al., 2020). Existen diversas escalas que se emplean para este propósito, entre ellas, las pruebas de inteligencia.

Antes de hablar del concepto de inteligencia, es importante aclarar que existen múltiples factores que influyen en la posibilidad de ponerla en práctica, es decir, no se trata solamente de ser inteligente, sino de poder explotar esa capacidad (Granado-Alcón, 2004). Si un individuo encuentra obstáculos para que toda su inteligencia participe en las actividades que realiza, su rendimiento será menor y, a su vez, su inteligencia quedará en el terreno de la potencialidad (Gratch, 2009).

Lo anteriormente señalado coincide con las últimas investigaciones en las que no se hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a Cociente Intelectual (CI) entre personas con y sin TDAH. Las dificultades que puedan aparecer no dependen de la capacidad sino más bien de la disposición de la persona ante la tarea (Gómez, et al., 2019; Kaplan et al., 2000; López-Ortuño, 2015; Rodríguez et al., 2009).

Bustillo y Servera (2015) encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices de memoria de trabajo y velocidad de procesamiento que conforman una de las pruebas más utilizadas en la medición de la inteligencia, el WISC-IV. Las personas con TDAH obtuvieron puntuaciones inferiores en estas escalas, sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones de CI total.

Por ello, Navarro-Soria et al. (2020) señalan en su investigación la necesidad de tener en cuenta, en la realización de las pruebas que miden inteligencia, las puntuaciones relacionadas con las variables cognoscitivas en las que las personas con TDAH se desempeñan peor, ya que esto puede estar distorsionando la puntuación del CI. Estos investigadores encontraron diferencias significativas en tareas que miden velocidad de procesamiento, es decir, menores puntuaciones en atención sostenida, exploración, ordenación y discriminación de ordenación visual de manera rápida y eficaz. También refirieron peores resultados en memoria de trabajo, capacidad que implica retener y almacenar la información generando nuevas respuestas. En efecto, de la revisión de la literatura especializada se desprende un cierto consenso en que los menores con TDAH muestran preservadas la comprensión verbal y el razonamiento perceptivo, frente a un peor rendimiento en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento (Navarro-Noguera y Herrera-Gutiérrez, 2016).

Así mismo, Piñón et al. (2019) refieren que existe un desempeño deficiente en tareas neuropsicológicas que miden velocidad de procesamiento psicomotor y lector, inhibición cognitiva, atención selectiva, resistencia a la interferencia y capacidad de concentración. Igualmente, el control inhibitorio deficiente se asoció con rasgos más altos de TDAH (Godoy et al., 2021). Diversos estudios señalan que el rendimiento en tareas escolares es inferior en menores con hiperactividad en comparación con sus iguales sin esta alteración (Herrera-Gutiérrez et al., 2011a, 2011b; Saldaña y Alanya, 2021). Esto último se ha demostrado también a través de estudios con gemelos en los que los hermanos con menos síntomas de TDAH muestran un mayor rendimiento en la escuela que sus gemelos más sintomáticos. De igual forma, el logro escolar se ve favorecido en los niños con trastorno hiperactivo que toman medicación con respecto a los que no la usan (De Zeeuw et al., 2017).

Teniendo en cuenta la capacidad intelectual de las personas con TDAH, cabría esperar un rendimiento académico mayor del que desempeñan. Ahora bien, muestran problemas de comportamiento, así como dificultades de adaptación personal, escolar y

social (Herrera-Gutiérrez et al., 2003c, 2011b; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010), lo que puede estar interfiriendo en la expresión adecuada de la capacidad cognitiva.

En relación con lo anterior, tanto los problemas de comportamiento como las dificultades personales interfieren en las expectativas de éxito escolar, que pueden verse disminuidas. Esto es debido a que las herramientas cognitivas de los alumnos con TDAH no les permiten adaptarse al entorno, es decir, aparecen dificultades asociadas a lo que entendemos como inteligencia práctica o funcional (Goleman, 1995).

Como se ha ido mencionando, la expresión de la capacidad intelectual está mediada por factores genéticos y ambientales que interrelacionan entre sí. De tal modo, no tendría sentido medir la capacidad intelectual de la persona con TDAH de la manera tradicional, sin tener en cuenta todo lo anteriormente expuesto (afectación de FFEE, personalidad, dificultades asociadas al trastorno...).

En efecto, actualmente existe la tendencia a contemplar la interacción de todos estos factores cognitivos y de personalidad. Como señalan Herrera-Gutiérrez et al. (2021), hay ciertas peculiaridades en la población de adolescentes con TDAH que deben ser tomadas en consideración, tales como que las puntuaciones mayores en pruebas cognitivas se asocian a una personalidad más extrovertida y con bajo autocontrol.

2.1.3. Evaluación

Para evaluar los factores cognitivos de cualquier persona existen diferentes baterías o test, una labor que compete a un profesional familiarizado con las pruebas a emplear. La valoración psicopedagógica, a través del orientador o psicólogo escolar, es necesaria para conocer la situación tanto de aprendizaje como emocional del menor y poder descartar que sean otras causas, ajenas al TDAH, las responsables del bajo rendimiento escolar, en caso de que lo hubiera.

Cabe señalar que la exploración de la inteligencia no es imprescindible para la evaluación del trastorno hiperactivo, pero resulta de gran utilidad para conocer el perfil del funcionamiento cognitivo (Bauermeister, 2014). Además, conviene recoger información, entre otros aspectos, sobre FFEE, personalidad, estilos educativos parentales y ámbito social y educativo.

En nuestro país existen protocolos de actuación para la detección, evaluación e intervención en el trastorno hiperactivo. Un ejemplo de ello es la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el TDAH en niños y adolescentes (GGPC, 2017) y el protocolo para la detección y evaluación del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el ámbito educativo: Guía para orientadores y orientadoras (Balbuena et al., 2014). En ambas guías se exponen las herramientas más utilizadas y validadas para la evaluación de los factores cognitivos, como se puede consultar en la Tabla 5.

Tabla 5

Pruebas de inteligencia más frecuentemente utilizadas

Prueba	Autores/ editorial/ año	Factor evaluado	Intervalo de edad
K ABC	A.S. Kaufman y N.L., Kaufman/ TEA Ediciones/ 1997	Inteligencia	2.5-12.5 años
K BIT	A.S. Kaufman y N.L., Kaufman/ TEA Ediciones/ 2000	Inteligencia	4-90 años
McCarthy (MSCA), versión revisada.	D. McCarthy/ TEA Ediciones/ 2006	Inteligencia, nivel de desarrollo	2.5-8.5 años
Raven: Matrices progresivas	J.C. Raven/ Pearson Clinical/ 2003	Inteligencia	4 años-adultos
TEA: Test de aptitudes escolares	L.L. Thurstone y Th.G. Thurstone/ TEA Ediciones/ 2006	Inteligencia y aptitudes escolares	8-18 años
Test del factor G (escalas 2 y 3)	A.K.S. Catell y R. Catell/ TEA Ediciones/ 2001	Inteligencia no verbal	8 años-adultos
WAIS-III	D. Weschler/ TEA Ediciones/ 1999	Inteligencia	16-94 años

WISC-IV	D. Weschler/ TEA Ediciones/ 2005	Inteligencia	6-16 años
---------	-------------------------------------	--------------	-----------

Como ya hemos apuntado, independientemente del resultado de CI obtenido en estas pruebas, las personas con TDAH suelen mostrar peores resultados en determinados aspectos vinculados a las FFEE, en comparación con personas de la misma edad sin el trastorno y con niveles de inteligencia similares. Lo que refleja, una vez más, la importancia del estudio, no solo de un factor de inteligencia general sino de los componentes o aspectos cognitivos implicados en el logro escolar.

2.2. Factores de personalidad

2.2.1. Definición

La personalidad se puede definir como un patrón que integra rasgos conductuales, cognitivos y afectivos, este patrón se mantiene estable a lo largo del tiempo y depende de la interacción del individuo con el ambiente y consigo mismo (Millon, 1985). Según Eysenck y Eysenck (1985), la personalidad es definida como *“una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente”* (p.9).

Debido a la diversidad que presenta el TDAH en sí, resulta difícil realizar una simplificación o conjunción de rasgos de personalidad asociados o comunes. Esto es así puesto que cada persona presenta un patrón que queda determinado en función de múltiples variables que interrelacionan entre sí; de igual modo, también influye la presentación de TDAH de que se trate (Díaz, 2006). No obstante, los rasgos de personalidad se manifiestan de manera más o menos estable desde la infancia y persisten a lo largo de la vida.

Uno de los factores que se encuentra estrechamente relacionado con la expresión, intensidad y cronicidad de los síntomas del TDAH es la familia. En las familias en las que hay menores con el trastorno aumentan los problemas de relación familiar. Este hecho incrementa la probabilidad de que se consideren los problemas familiares como un factor de riesgo de las manifestaciones psicopatológicas y de las alteraciones de la personalidad, cuando a menudo son una consecuencia del propio trastorno (Berenguer et al., 2019; Sánchez-Mármol, 2016). En relación con lo anterior, sería conveniente evitar que las dificultades propias de la persona con TDAH coexistan con un ambiente familiar poco estructurado o en el que se usen pautas educativas inadecuadas, ya que la desestructuración familiar complicaría aún más el diagnóstico. Para tal fin, sería beneficioso hacer partícipes a los padres en el tratamiento del TDAH, dotándoles de recursos de afrontamiento para

lograr la máxima estabilidad familiar (Berenguer et al., 2019; Chronis-Tuscano et al., 2017; Mikami et al., 2010).

En cuanto a la comorbilidad, el trastorno hiperactivo en todas sus presentaciones muestra una prevalencia elevada con otros trastornos. Y precisamente en casos donde el TDAH va asociado a otras alteraciones es cuando se aprecian mayores índices de impulsividad y desajustes psicosociales, lo que eleva el riesgo de conductas antisociales o delictivas (Navarro-Noguera y Herrera-Gutiérrez, 2019).

Atendiendo a las investigaciones realizadas hasta el momento, sería el subtipo combinado el que conlleva una mayor variedad, especialmente con los trastornos disociales, el trastorno negativista desafiante (TND), los trastornos depresivos, los trastornos de personalidad y las adicciones (Barkley, 2011; Díaz, 2006; Gnanavel et al., 2019). En cambio, al subtipo inatento se le asocia una mayor probabilidad de sufrir trastornos de tipo ansioso (Ipçi et al., 2020).

2.2.2. Características de personalidad asociadas al TDAH

Existen estudios que relacionan ciertas variables de personalidad con el TDAH en cualquiera de sus presentaciones. Diferentes autores han evaluado los factores de personalidad en esta población mediante la aplicación de cuestionarios ampliamente validados, encontrando puntuaciones elevadas en la dimensión neuroticismo y puntuaciones bajas en responsabilidad y en amabilidad (Jacob et al., 2007; Miller et al., 2008; Nigg et al., 2002; Retz et al., 2004). Otros estudios han examinado los factores de personalidad búsqueda de sensaciones y evitación del daño, asociándose puntuaciones elevadas en ambos con el TDAH (Anckarsater et al., 2006; Faraone et al., 2009; Jacob et al., 2007; Shaw & Giambra, 1993). En estos mismos estudios también se encontraron puntuaciones menores en amabilidad y responsabilidad en personas con este trastorno. En cuanto a la desinhibición, existen estudios con neuroimagen que afirman que los niños con TDAH presentan un sistema de inhibición menos activo, mostrándose más desinhibidos (Barkley, 1997; Hwang et al., 2019; Oosterlaan & Sergeant, 1996; Quay, 1997).

Eisenbarth et al. (2008) estudiaron las similitudes y diferencias entre el TDAH y los rasgos de psicopatía, concluyendo que, si bien existe un factor conductual común, no hay un factor emocional en el TDAH que coincida con el perfil de las personas con psicopatía. Esto es debido a que las regiones cerebrales afectadas en ambos grupos son diferentes, aunque las dificultades en el control ejecutivo son comunes. En el caso de la psicopatía las disfunciones del cíngulo anterior y de la amígdala podrían dar lugar a rasgos insensibles y carentes de emoción, rasgos que no se han encontrado asociados al TDAH. Estos mismos autores hallaron puntuaciones más bajas en inmunidad al estrés en personas con trastorno hiperactivo en comparación con personas sin el diagnóstico.

En la línea del análisis emocional, Kristensen et al. (2014) encontraron que el manejo del estrés está estrechamente ligado con el rasgo de inteligencia emocional, convirtiéndose en un factor de protección que podría estar ausente en las personas con el trastorno. En relación con esto, se han asociado los rasgos de mayor dureza emocional y menor autocontrol al TDAH en la adolescencia (Herrera-Gutiérrez, et al., 2021). Además, al estudiar la personalidad de adultos con TDAH y de un GC, se ha observado que las personas con este diagnóstico muestran una tendencia a desarrollar problemas afectivos y trastornos de la personalidad, apareciendo estas dificultades de manera temprana (Young et al., 2003).

La depresión y el riesgo suicida han sido también asociados al TDAH, una posible explicación sería que las personas con un control de los impulsos deficiente presentan mayor dificultad para inhibir la ideación y los intentos suicidas (Brent et al., 1988; Carballo et al., 2019; Weiss et al., 1985). Además, el riesgo suicida correlaciona positivamente con la impulsividad conductual y la regulación emocional deficiente (Carballo et al., 2019). Otros autores respaldan la idea y concretan que existe mayor riesgo de conducta suicida entre los menores con presentación combinada (Llanos et al., 2019).

En cuanto a los subtipos o presentaciones clínicas del TDAH, se ha encontrado que las personas con presentación hiperactiva/impulsiva obtienen puntuaciones elevadas en

extroversión y neuroticismo y bajas en amabilidad (Parker et al., 2004; Martel et al., 2014; Miller et al., 2008). Otros autores han asociado con este tipo de presentación de TDAH una mayor predisposición a mostrar problemas antisociales y un desempeño social y autocontrol deficientes (Gudjonsson et al., 2010). Por su parte, Gómez et al. (2012) coligaron el subtipo hiperactivo con la mayor capacidad de perseverancia. En cambio, el subtipo inatento se ha asociado con puntuaciones menores en responsabilidad y puntuaciones en neuroticismo y amabilidad similares a las de las personas con subtipo hiperactivo/impulsivo (Parker et al., 2004). También se ha señalado que la presentación inatenta se relaciona positivamente con el factor evitación de daños y negativamente con el factor de autodirección (Gómez et al., 2012). En relación con la presentación combinada, las personas con TDAH muestran un estilo de vida más activo y con mayor ocupación del tiempo, lo que incide en una baja capacidad para relajarse y una mayor propensión para expresar agresión verbal, así como conductas antisociales (Martínez et al., 2010). Igualmente se ha relacionado la presentación combinada con una pobre autorregulación cognitiva y emocional y un alto afecto negativo (Gómez et al., 2014).

Es importante que se tenga en cuenta la evolución de la presentación del TDAH en el individuo a lo largo del tiempo, ya que los síntomas de hiperactividad/impulsividad van disminuyendo con la edad, de tal manera que un niño diagnosticado con TDAH presentación combinada podría ser diagnosticado de TDAH presentación inatenta en la edad adulta (Biederman et al., 2000; Faraone et al., 2006). En este sentido, así mismo hay que tener en consideración estas posibles oscilaciones a lo largo del tiempo es las características de personalidad.

2.2.3. Evaluación

Al igual que se ha mencionado anteriormente al referirnos a la evaluación de los factores cognitivos (apartado 2.1.3.), la evaluación de los factores de personalidad es competencia de un profesional que esté familiarizado con las diferentes pruebas y baterías que existen para tal fin. En la actualidad, no existe la obligatoriedad de usar pruebas

concretas de personalidad para valorar este aspecto en las personas con TDAH, aunque sí hay algunas que son ampliamente utilizadas por los profesionales de este ámbito.

La Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el TDAH (GGPC, 2017) propone algunas herramientas para la evaluación de la psicopatología infanto-juvenil que podemos consultar en la Tabla 6.

Tabla 6

Pruebas de evaluación de psicopatología propuestas por la GGPC (2017).

Nombre	Autor(año)	Evaluación	Edades
Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ	R. Goodman (1997)	-Psicopatología general (cribado general) -Síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, inatención, problemas de relación con sus iguales y conducta prosocial	3-16 años
Escalas de Achenbach	T. Achenbach, et al. (2001)	-Psicopatología general -Inatención, ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas pensamiento, conducta romper reglas, conducta agresiva	1.5-18 años
Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes BASC	C.R. Reynolds y R.W. Kamphaus (1992)	-Problemas de exteriorización (agresividad, hiperactividad, problemas de conducta), problemas de interiorización (ansiedad, depresión, somatización) -Problemas escolares (de atención y aprendizaje) -Otros problemas (atipicidad, retraimiento) -Habilidades adaptativas (adaptabilidad, liderazgo, habilidades sociales), otras habilidades (para el estudio) -Síntomas comportamentales	3-18 años

Entre las pruebas de personalidad más empleadas, podemos encontrar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMPI, el test de personalidad de los 16 factores de Cattell, 16PF-5 y 16PF-APQ, el inventario de Personalidad de Eysenck, EPQ y ESPQ, y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI y MACI (Zambrano, 2011; GGPC, 2017). En la Tabla 7 se reflejan las características principales de estos instrumentos.

Tabla 7

Principales características de las pruebas de evaluación de la personalidad

Nombre	Autor/ año	Evaluación		Edades
16PF-5	R.B. Cattell, A.K.S. Cattell y H.E.P. Cattell/ 1995	Afabilidad Razonamiento Estabilidad Dominancia Animación Atención a las normas Atrevimiento Sensibilidad Vigilancia Abstracción Privacidad	Aprensión Apertura al cambio Autosuficiencia Perfeccionismo Tensión Extraversión Ansiedad Dureza Independencia Auto-control	16-69 años
16PF-APQ	J.M. Schuerger/ 2013	Afabilidad Razonamiento Estabilidad Dominancia Animación Atención a las normas Atrevimiento Sensibilidad Vigilancia Abstracción Privacidad Aprensión Apertura al cambio Autosuficiencia Perfeccionismo Tensión Preocupación Imagen pobre de sí mismo	Preferencias ocupacionales Desánimo Disconformidad general Ira-agresión Dificultades con la autoridad Dificultades con la adicción Total en dificultades Dificultades en casa Dificultades en el colegio Afrontamiento deficiente Extraversión Ansiedad Dureza Independencia Auto-control	12-19 años
ESPQ	R.W. Coan y R.B. Cattell/ 2002	Reservado-Abierto Inteligencia alta-baja Emocionalmente afectado- Estable Calmado- Excitable Sumiso- Dominante Sobrio- Entusiasta Despreocupado- Consciente	Sensibilidad dura- Blanda Seguro- Dubitativo Sencillo- Astuto Sereno- Aprensivo Relajado- Tenso Ajuste- Ansiedad Introversión- Extraversión	6-8 años

		Cohibido- Emprendedor		
EPQ-R	H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck/ 2008	Estabilidad- Neuroticismo Extraversión- Introversión Normalidad- Psicoticismo Sinceridad- Veracidad		16 años en adelante
MACI	T. Millon/ 1993	Introvertido Incomodidad Trastorno de la alimentación Inclinación al abuso de sustancias Predisposición a la delincuencia Propensión a la impulsividad Sentimiento de ansiedad Afecto depresivo Inhibido	Tendencia al suicidio Transparencia Deseabilidad Alteración Fiabilidad respecto al sexo Inseguridad con los iguales Insensibilidad social Disconformidad familiar Abusos en la infancia Pesimista Sumiso	13-19 años
MCMI-III	T. Millon, C. Millon, R. Davis y S. Grossman/ 2009	Esquizoide Evitativo Melancólico Dependiente Histrionico Tempestuoso Narcisita Antisocial Sádico Compulsivo Negativista Masoquista Esquizotípico	Límite Paranoide Ansiedad generalizada Síntomas somáticos Espectro bipolar Depresión persistente Consumo de alcohol Consumo de drogas Estrés postraumático Espectro esquizofrénico Depresión mayor Delirante	A partir de 18 años
MMPI-2- Reestructurado	S.R. Hathaway y J.C. Mckinley/ 1999	Desmoralización Quejas somáticas Escasez emociones positivas Desconfianza Conducta antisocial Ideas persecutorias Emociones Negativas	Malestar general Quejas gastrointestinales Quejas dolor cabeza Quejas neurológicas Quejas cognitivas Ideación suicida Indefensión/	Adultos

disfuncionales.	desesperanza
Activación	Inseguridad
hipomaniaca	Ineficacia
Problemas de conducta juveniles	Estrés/ preocupaciones
Abuso de sustancias	Ansiedad
Agresión	Propensión a la ira
Activación	Miedos incapacitantes
Problemas familiares	Miedos específicos
Pasividad	Agresividad
Evitación social	Psicoticismo
Timidez	Falta de control
Misantropía	Emoción negativa/ neuroticismo
	Introversión/ escasa emoción Positiva

A la hora de realizar un diagnóstico resulta fundamental conocer la personalidad, inteligencia y ambiente socio-familiar del individuo (Carrasco et al., 2013) y, además, es aconsejable efectuar una valoración psiquiátrica (Jara, 2009).

Las pruebas anteriormente mencionadas se consideran herramientas de gran utilidad para el diagnóstico de las posibles comorbilidades que comúnmente se asocian con el TDAH, razón por la que algunas de ellas se han empleado en la presente investigación.

2.3. Otros factores

2.3.1. Factores de aprendizaje

Podemos definir el concepto de aprendizaje como el momento en el que el aparato psíquico carga, almacena, recupera e integra la información que impacta constantemente en nuestros sentidos; donde la atención desempeña un papel importante. Por tanto, si alguien no puede prestar atención, su aprendizaje se verá resentido (Gratch, 2009).

Hay numerosos estudios que indican que el rendimiento académico de los niños y adolescentes con TDAH es inferior al de sus iguales (Herrera-Gutiérrez et al., 2011b; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010).

La mayoría de los trastornos del aprendizaje tienen una base neurobiológica y aparecen en niños con un nivel intelectual propio a su edad (Hervás y Durán, 2014). Estas dificultades de aprendizaje suelen ser la causa más habitual por la que se detecta que existe una necesidad educativa en el niño.

Al menos un 30 % de los niños y adolescentes con TDAH tienen también un trastorno del aprendizaje, y en aproximadamente el 50 % de ellos estas dificultades siguen un patrón familiar heredable (Silver, 2004; Tistarelli et al., 2020).

Una evaluación completa del TDAH en niños y adolescentes debe incluir una valoración de los posibles trastornos psiquiátricos y de aprendizaje asociados (Ipçi et al., 2020; Mapou, 2017). Esta evaluación se compone de las siguientes partes (Silver, 2004; Vázquez-Justo et al., 2017):

- a) Una o varias pruebas de inteligencia para determinar el CI y el estilo cognitivo, señalando si hay discrepancias entre el CI verbal y el CI manipulativo.
- b) Una batería de test que midan habilidades en lectura, escritura y cálculo.
- c) Pruebas para evaluar el procesamiento de la información: entrada, integración, memoria y salida.

Cabe destacar que la asociación del TDAH con algún trastorno del aprendizaje suele empeorar el rendimiento académico. Es esencial realizar un tratamiento adecuado, que incluya la participación de los progenitores. Recientes investigaciones ponen de manifiesto la necesidad de la implicación parental en los programas de intervención escolar de sus hijos. Se ha demostrado una mejora en el rendimiento académico de los adolescentes cuyos padres se encontraban implicados en dichos programas, recibiendo formación y manteniendo una comunicación fluida con el centro escolar (Breux et al., 2018; Musabelliu, 2021).

En relación con la anterior, los tratamientos escolares para el TDAH deben estar basados en dos aspectos fundamentales, por un lado, la acción psicoeducativa directa con el menor para mejorar los aspectos del aprendizaje en donde tiene dificultades y, por otro lado, las adaptaciones individualizadas escolares dirigidas a que pueda progresar a pesar de esas dificultades (Hervás y Durán, 2014). Desatender este último aspecto, es decir, no realizar una intervención educativa adecuada, supondrá un riesgo para el menor que impactará de manera directa en su rendimiento académico. Del mismo modo, este riesgo se verá incrementado cuando el estudiante se encuentre expuesto a situaciones imprevistas adversas, como la sufrida por la COVID-19. Recientes investigaciones ponen de manifiesto que los adolescentes con TDAH han tenido menores rutinas y mayores dificultades de aprendizaje a distancia durante la pandemia que los adolescentes sin el trastorno, este hecho, pone de manifiesto la importancia de realizar una planificación individualizada que considere las características personales del alumnado con TDAH con el fin de evitar alteraciones en el rendimiento académico de los menores en dichas circunstancias (Lupas et

al., 2021). De tal modo que, sobre todo en momentos adversos como los experimentados durante la COVID-19, el centro educativo suponga un apoyo para los adolescentes, en especial para los que presentan problemas de salud mental y/o aprendizaje (Becker et al., 2020; Breaux et al., 2021).

2.3.2. Factores conductuales

En el área del comportamiento también se detectan numerosas dificultades de distinta magnitud en el colectivo con TDAH. Entre los trastornos que suelen aparecer ligados con más frecuencia se encuentran el TND y el trastorno de la conducta (TC), fuertemente relacionados con este diagnóstico (APA, 2013; Bará-Jiménez et al., 2003; Gnanavel et al. 2019; Keenan & Wakschlag, 2000; Wilens et al., 2002).

El DSM-5 refleja el porcentaje de comorbilidad de ambos trastornos con el TDAH. En el caso del TND, aparece en el 50 % de los menores con presentación combinada y en un 25 % en los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta. Por su parte, el TC se manifiesta en aproximadamente un 25 % de los casos de TDAH con presentación combinada (APA, 2013).

En relación con lo anterior, otro estudio arroja resultados menos optimistas, refiriendo que se espera que aparezcan problemas de conducta en el 40-70 % de los menores con TDAH (Van-Wielink, 2005). A su vez, el 90 % de los niños con TC presentan también TND y se cree que en la mayoría de estos casos se establece una progresión de TND a TC (Loeber et al., 2000). Del mismo modo, tienen mayor probabilidad de presentar problemas de ajuste y de disciplina en el contexto escolar que interfieren en su desempeño habitual (Barkley, 1998; Goldstein, 2002; Herrera-Gutiérrez, 2015; Herrera-Gutiérrez et al., 2011a, 2011b; Ramos-Quiroga et al., 2006). Este hecho interfiere en el clima del hogar, los padres de adolescentes con este tipo de comorbilidades referían tener mayores problemas y discusiones, uno de los temas que mayor conflicto ocasiona se encuentra relacionado con la tarea escolar (García et al., 2019).

En ocasiones, estos problemas en la conducta se ven aparejados a los trastornos del lenguaje, puesto que cuando existe dificultad para la comunicación es más probable que aparezca descontrol emocional, falta de modulación del afecto y ausencia de habilidades de autorregulación (Ciray et al., 2021; Van-Wielink, 2005). A su vez, la presencia adicional de síntomas como crueldad, robos, agresiones, faltas al colegio, mentiras, etc. en la infancia hace sospechar que pueda estar presente un TC. La alta relación entre los TC y el TDAH supone un factor de riesgo de otros trastornos. De tal modo que, los menores con ambos diagnósticos son más propensos a desarrollar una personalidad antisocial en la adultez (Navarro-Noguera y Herrera-Gutiérrez, 2019; Pliszka, 1998; Retz et al., 2021), así como un trastorno por consumo de sustancias en la adolescencia tardía o en la edad adulta (Gudjonsson et al., 2012).

Por lo anteriormente mencionado, queda reflejada la necesidad de adecuar los tratamientos de los menores con trastorno hiperactivo. Deben realizarse de manera intensiva y sistemática ya que existe, en esta población, una mayor probabilidad de desarrollar problemas de conducta que, a su vez, desencadenarían una peor evolución a lo largo de la adolescencia y la edad adulta (Hervás y Durán, 2014). No sólo la terapia individual resulta efectiva, se ha demostrado que los programas de modificación de conducta para progenitores producen cambios significativos en la conducta de los niños y adolescentes, en las relaciones que tienen con los padres y en el funcionamiento de todo el conjunto familiar (Barkley, 1987; Berenguer et al., 2019; Sánchez-Mármol, 2016). Esto es debido a que los progenitores suelen pasar gran cantidad de tiempo con sus hijos/as, por lo que estas interacciones influyen de manera notable en el moldeado del comportamiento del menor (Roselló et al., 2003). Del mismo modo, los programas escolares indicados para docentes aumentan el conocimiento sobre el trastorno, e influyen en que las actuaciones del profesorado estén dirigidas a la mejora de la conducta, del aprendizaje y de la relación con sus compañeros (Domínguez, 2017; Martínez-Frutos, 2017).

2.3.3. Factores emocionales y sociales

Las personas con TDAH presentan más riesgo de mostrar dificultades emocionales, lo que se encuentra relacionado con un funcionamiento deteriorado en el ámbito académico y en las interacciones tanto familiares como con los iguales (Alpízar-Velázquez, 2019; Biederman et al., 1996; Bunford et al., 2020).

Diferentes autores han encontrado déficits en el procesamiento de las emociones, es decir, las personas con TDAH refieren mayor dificultad para la expresión emocional, así como para la percepción de estados emocionales en otros (Bunford, 2020; Martel, 2009; Sobanski et al., 2010). En relación con esta cuestión, se ha observado que los déficits en FFEE que presentan las personas con hiperactividad pueden estar interfiriendo en el dominio socioemocional esencial (Kristensen et al., 2014). Esto podría ser debido a que la incapacidad para inhibir las respuestas característica del TDAH se asocia con mayor reactividad emocional, menor tolerancia a la frustración, disminución de la empatía y disminución de la capacidad para autorregular las emociones (Friedman et al., 2003).

Las dificultades relacionadas con el procesamiento de las emociones se encuentran estrechamente relacionadas con la Teoría de la Mente, la cual se puede definir como la capacidad para entender la mente de los demás y comprender el significado implícito de sus acciones. Estudios recientes han asociado los déficits en el funcionamiento de la Teoría de la Mente con la presencia del trastorno hiperactivo (Pineda-Alhucema et al., 2018; Özbaran et al., 2018). En relación con lo anterior, se ha observado que la gravedad de los síntomas del TDAH, sobre todo los que tienen que ver con la conducta, se asocia a las carencias en el funcionamiento de la Teoría de la Mente (Levi-Shachar et al., 2021). Este tipo de limitaciones pueden incidir negativamente en la calidad de los intercambios comunicativos de las personas con este diagnóstico.

Una de las consecuencias que suponen estos déficits en la evaluación afectiva y el procesamiento social es la mayor dificultad para interactuar con los compañeros y formar relaciones de cualquier tipo (Nixon, 2001). Por ejemplo, los menores con TDAH pasan la

mayor parte de su tiempo libre solos o con niños más pequeños, en lugar de con sus compañeros. Además, esta dificultad se muestra bastante persistente en el tiempo, lo que supone implicaciones a largo plazo para el ajuste social en la edad adulta (Broadhurst, 2018; Nixon et al., 2001).

En relación con lo anterior, se ha observado que los adolescentes con TDAH muestran una peor imagen de sí mismos, niveles más bajos de adaptabilidad, flexibilidad y capacidad de hacer frente a los problemas cotidianos (Craparo et al., 2015). También se ha demostrado que una baja autoestima en la etapa adolescente podría predecir dificultades psicológicas futuras (Rosa-Alcázar et al., 2014). No obstante, existen algunas diferencias de género, en el caso de los varones, presentan niveles más bajos de madurez que el GC. Curiosamente, estos adolescentes suelen sobreestimar su desempeño y tienden a evitar tareas en las que suelen fallar (Ohan & Johnston, 2002) e incluso se retratan a sí mismos de manera irrealistamente positiva, pudiendo ser un mecanismo de defensa para proteger su propia imagen (Craparo et al., 2015).

Por lo tanto, no es de extrañar que, en general, los menores con TDAH se describan con baja autoestima (Vashishtha, 2021). Esto podría estar condicionado al continuo sentimiento de fracaso que sienten, así como a las carencias en inteligencia emocional que muestran, de tal modo que la baja autoestima, de no estar presente, podría surgir con el tiempo (Craparo et al., 2015; Hechtman et al., 2004).

CAPÍTULO 3

VARIABLES FAMILIARES ASOCIADAS AL TDAH

3.1 Características cognitivas y de personalidad de los padres y madres de menores con TDAH

3.1.1. Características cognitivas

Resulta complicado analizar los factores cognitivos en padres y madres de adolescentes con TDAH, pues es común que la colaboración familiar no sea completa debido a la falta de participación (Nigg et al., 2004). Tan solo unos pocos estudios han analizado el rendimiento cognitivo en familiares de primer grado de personas con TDAH (Goos et al., 2009). Estos autores midieron el control inhibitorio y la atención sostenida en progenitores de niños con este diagnóstico, encontrando peor rendimiento en comparación con los de niños sin TDAH. Además, encontraron que el déficit en el control inhibitorio en padres e hijos es independiente de la gravedad de los síntomas en las dos generaciones y se veía influenciada más por la capacidad paterna que por la materna. Además, presentar un alto control inhibitorio materno predice un estilo parental más efectivo y, a su vez, atenúa el impacto del TDAH en la madre, en caso de estar presente (Zaidman-Zait & Shilo, 2018). Estos estudios son consistentes con los de quienes afirman que el control inhibitorio contribuye a que los padres presenten un estilo de crianza más positivo (Shaffer & Obradović, 2017; Sturge-Apple et al., 2017).

Esto podría predecir la capacidad de control inhibitorio de los hijos en función de las puntuaciones de sus progenitores. Crosbie y Schachar (2001) asociaron la dificultad para inhibir la respuesta motora como un marcador familiar para el riesgo de presentar TDAH. Así mismo, Nigg et al. (2004) afirmaron que se podría establecer un modelo neurogénico del TDAH que incluya algunas de las FFEE, como por ejemplo el tiempo de reacción, la inhibición selectiva de la atención y el monitoreo.

En relación con lo anterior, se han identificado varios genes relacionados con el funcionamiento de los neurotransmisores implicados en el TDAH, asociando en concreto el control inhibitorio con los alelos preferentemente paternos (Kent et al., 2015; Sheehan et al., 2005).

Wood et al. (2011) señalan que si bien, a nivel cognitivo, existe una relación genética compartida entre el CI y el TDAH, se estima que esta asociación no influye en el rendimiento de otras tareas cognitivas que suelen encontrarse alteradas en el trastorno, como son el tiempo de reacción, la inhibición de respuesta y la atención sostenida. Es decir, se encuentra una asociación del 58-70 % de estas variables con el TDAH y esto es debido a influencias familiares compartidas, pero que son independientes del CI (Andreou et al., 2007). Este hecho se demuestra a través de estudios genéticos que analizan las puntuaciones en FFEE, velocidad de procesamiento y variabilidad de respuesta en hermanos/as no afectados, encontrándose que la debilidad en la respuesta de estas variables se debe a fenotipos heredables que comparten variación genética con el TDAH (Bidwell et al., 2007).

En este sentido, es necesario que se realicen más trabajos para delinear los factores familiares genéticos cognitivos que se encuentran asociados al TDAH, así como los procesos neurobiológicos involucrados (Wood et al., 2011). Estos estudios futuros deben incluir evaluaciones clínicas completas para familiares de primer grado de las personas con TDAH (Herrera-Gutiérrez et al., 2021).

3.1.2. Características de personalidad

Se ha encontrado que en los progenitores de los niños con TDAH existe una prevalencia mayor de presentar algún tipo de trastorno psicológico (Fischer, 1990; Johnston & Mash, 2001). Siendo así más frecuente cuando los hijos presentan TDAH y trastorno del comportamiento de manera adicional (Chronis, 2003) y los síntomas son persistentes a lo largo del desarrollo (Steinhausen et al., 2013).

Existe una alta probabilidad de que aparezca psicopatología en padres de menores con TDAH y, a su vez, esto influye en la evolución y pronóstico del trastorno en sus hijos (Agha et al., 2020; García et al., 2008). En relación con esta cuestión, se han observado mayores niveles de síntomas depresivos en los padres de los menores con trastorno, además los padres en comparación con las madres, presentan mayor probabilidad de mostrar problemas con el consumo de alcohol (Margari et al., 2013). El neuroticismo también se encuentra asociado al perfil paterno y materno (Pérez-Algorta et al., 2020).

En cuanto a la percepción que los progenitores de niños/as con TDAH tienen sobre diferentes aspectos de su vida, McLaughlin y Harrison (2006) concluyen en su estudio que estos se consideran menos competentes en el desempeño de su papel como padres y al mismo tiempo, califican como poco satisfactoria su calidad de vida. Esta apreciación podría ser debida a que con frecuencia se encuentran expuestos a críticas debido a las dificultades conductuales de los hijos, lo que conlleva cierto aislamiento social debido al comportamiento de estos (Roselló et al., 2003). A su vez, suelen aparecer características depresivas cuando se comparan con progenitores de otros niños sin TDAH, y sentimientos de limitación en su vida personal (Escobar et al., 2005). La ansiedad también suele ser un factor presente en los padres de estos adolescentes (Zambrano-Sánchez et al., 2018).

Diferentes autores estudiaron el estrés en madres de niños con TDAH y concluyeron que en comparación con padres de niños sin TDAH, estas madres presentan niveles de estrés mayores (Miller et al., 2022; Narkunam et al., 2014). Este hecho, desencadena estrategias de afrontamiento deficientes que resultan desadaptativas y potencian aún más el estrés percibido, además, el bajo apoyo social que reciben también se encuentra asociado al mantenimiento de los síntomas de estrés (Olhaberry y Farkas, 2012; Siegel & Keefe, 2007).

En relación con lo anterior, Cussen et al. (2012) señalan que en padres de niños con trastorno hiperactivo suele haber una tendencia a presentar mayor hostilidad parental caracterizada por menor calidez, inconsistencia en la aplicación de normas y castigos y mayores niveles de depresión y ansiedad. Por lo que no es de extrañar que estos progenitores presenten mayores niveles de estrés en comparación con los de menores sin

dificultades (Gordon & Hinshaw 2017; Wiener et al., 2016), afectando esto, a su vez, a la conducta educativa parental (Dabrowska & Pisula, 2010; Gopalan, 2021; Long et al., 2008; López et al., 2008;). Tanto es así, que se ha demostrado que ser padre/madre de un niño con problemas de conducta predice el 57 % de la varianza del estrés parental (Solem et al., 2011).

En cuanto a la Inteligencia Emocional de los progenitores de niños con TDAH, Fontana y Ávila (2015) afirman que, en general, no presentan niveles altos de atención emocional, ya que suelen ser moderados o bajos. Además, indican que el 47 % de los padres no suelen prestar atención a sus propias emociones lo que puede influir en que en el día a día familiar no se emplee un amplio vocabulario emocional y, a su vez, esto repercute en el desarrollo emocional de los hijos. De hecho, una buena capacidad de inteligencia emocional en los padres se ha asociado a beneficios positivos en los hijos como una mejor adaptación al medio, mejor estado de salud mental y menor gravedad de psicopatología (Romero et al., 2021). Esto se debe a que presentan mejor capacidad para conocer sus propias emociones y las de sus hijos, lo que facilita una comunicación eficiente y al mismo tiempo gestionarán mejor el estrés derivado de la crianza que supone tener hijos con algún diagnóstico (Koosha et al., 2021).

3.2. TDAH en los progenitores

Es importante que se detecte, reconozca y trate el TDAH en todos los niveles de desarrollo de la persona, además, su estudio en el núcleo familiar puede resultar de gran utilidad (Vélez-van-Meerbeke et al., 2017), poniendo especial énfasis en los antecedentes familiares (Borges et al., 2021). Esto es debido a que, por un lado, hay asociación entre el TDAH y la posibilidad de tener un progenitor con el trastorno, lo que nos indica que existe cierta agregación familiar, y, por otro lado, la presencia de TDAH supone un impacto significativo para el individuo que lo presenta, así como para los miembros de la familia (Katragadda & Schubiner, 2007). De hecho, los síntomas del TDAH en los padres se asocian con ciertas dificultades en los hijos y a su vez, implicarlos en el tratamiento mejora la adherencia al mismo y reporta beneficios en los menores (Friedman et al., 2020).

3.2.1. Antecedentes familiares del trastorno hiperactivo

La participación genética en la determinación del TDAH está ampliamente estudiada, considerándose la naturaleza de este bien definida. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de los genes concretos implicados en el trastorno, aunque cada vez contamos con un mayor número de estudios de gran relevancia y avance en este ámbito, aún cabría identificarlos con exactitud (Romero et al., 2002; Zayats & Neale, 2019). Esta labor puede resultar ardua, ya que la evidencia emergente sugiere que los genes implicados en la aparición del TDAH infantil son, en parte, distintos de los asociados al curso evolutivo del TDAH (Brikell et al., 2019).

Por ello, resulta de gran importancia, como hemos mencionado anteriormente, que en la evaluación general de los menores con TDAH se incluya la valoración familiar. Biederman et al. (1986, 1990) estudiaron el riesgo relativo aproximado de que las personas con TDAH tengan algún familiar de primer grado con este diagnóstico, observando una mayor probabilidad en comparación con el grupo sin el trastorno. Según un estudio

posterior, el riesgo de tener TDAH en los familiares de primer grado de los niños que lo presentan se sitúa en un 23 %, en comparación con el 3.8 % de los padres de niños sin el trastorno (Romero et al., 2002). En el mismo orden de ideas, otro estudio refirió la existencia de un alto riesgo de aparición del trastorno entre los padres de los niños con TDAH, estimando la proporción en un 14,7 % en comparación con un 2,7 % hallado entre padres de niños sin este trastorno. Esto sugiere que existe una probabilidad 5,4 veces mayor de tener TDAH siendo padre de un niño con este diagnóstico (Kollins, 2009). Aunque existen investigaciones que sitúan la tasa de riesgo en un porcentaje muy superior al mencionado y que oscila entre el 19,5 y el 45 % y refieren diferencias en cuanto a género, estimándose la presencia del trastorno en un 54 % para los padres frente al 20 % en las madres (Chronis-Tuscano et al., 2008).

Actualmente, las cifras se asemejan a los últimos porcentajes mencionados. Se estima que en torno al 50 % de los progenitores serán diagnosticados cuando se inicie el tratamiento de sus hijos ya que los profesionales pueden advertir rasgos de TDAH en su conducta, no obstante, independientemente del hecho de que los padres cuenten con un diagnóstico, se considera preciso incluir la terapia familiar dentro del tratamiento de sus hijos puesto que, en ocasiones, muestran sintomatología que coincide con el trastorno (Chronis-Tuscano et al., 2017).

Del mismo modo, existen variables, como la presencia de un trastorno comórbido, que influyen en esta asociación entre la presencia del TDAH en niños y en sus progenitores. De tal forma que, atendiendo al género, cuando los niños presentan adicionalmente conductas oposicionistas, existe una elevada probabilidad (el 55 % de los casos) de que los padres presenten síntomas hiperactivos, impulsivos e inatentos. A su vez, en el caso de las niñas, esta asociación es mayor, situándose en un 63 % (Smalley et al., 2000). En relación con lo anterior, Romero et al. (2002) señalan que la posibilidad de que la madre presente TDAH es mayor cuando su hijo también lo muestra. Por su parte, Agha et al. (2013) añaden que la probabilidad de tener un progenitor con TDAH aumenta si la gravedad del trastorno es mayor.

Por lo anteriormente mencionado, podríamos deducir que, puesto que el TDAH es un trastorno altamente genético, las tasas de este deben ser mayores en los progenitores biológicos que en los padres adoptivos. De hecho, el porcentaje de padres/madres de menores con TDAH que también muestran este trastorno se sitúa en un 6 % para los padres adoptivos y en un 18 % para los biológicos (Kollins, 2009). Recientemente, los estudios de adopción sugieren que los factores familiares ligados al TDAH son atribuibles, en su mayor parte, a causas genéticas en lugar de ambientales y relatan que el riesgo de presentar TDAH en familiares adoptivos es similar al de las familias de niños sin TDAH (Faraone & Larsson, 2019).

3.2.2. Impacto familiar de la condición de TDAH de algún progenitor

Como hemos señalado, queda claro que el TDAH está asociado a un componente hereditario, siendo altamente probable la presencia del trastorno en la familia. Este hecho conlleva repercusiones familiares a diferentes niveles.

En relación con esto, en las familias en las que un progenitor presenta este diagnóstico aparecen dificultades relacionadas con la crianza, resulta ser menos positiva y aumenta el número de conflictos y problemas familiares en general (Ryan, 2002). Por tanto, existe un nivel menor de cohesión familiar y los conflictos son mayores, en comparación con familias en las que no hay presencia de TDAH en los padres (Biederman et al., 2002).

De tal modo, no es de extrañar que en las familias de adolescentes con este diagnóstico se haya documentado mayores síntomas de estrés que en las familias donde no está presente el trastorno (Gopatan, 2021; Gordon & Hinshaw 2017; Wiener et al., 2016). También se ha reflejado que los progenitores tienen mayor riesgo de presentar psicopatología (Ryan, 2002). Como consecuencia a estos hechos, al estudiar el perfil de padres con este diagnóstico y hacer distinción según el género, se ha observado que los padres experimentan mayores síntomas de estrés y angustia en la crianza cuando existen problemas depresivos en la madre, pero no tanto por sus propias dificultades con el TDAH. Esto podría deberse al hecho de no percibir a la pareja, en este caso a la madre, como una

fuente de apoyo por considerarse menos eficaz para el seguimiento y control de las conductas de difícil gestión de los hijos. En cambio, las madres experimentan mayor sintomatología de estrés relacionada con la crianza debido a sus propios síntomas depresivos o de TDAH, pero no cuando estos síntomas aparecen en el padre (Blondic et al., 2019). De igual forma, también se refleja que las madres muestran mayores puntuaciones de TDAH autoinformado y neuroticismo y menores puntuaciones en escrupulosidad y amabilidad, en comparación con madres de adolescentes sin trastorno hiperactivo (Pérez-Algorta, 2018, 2020). Por lo que se deduce que la presencia de TDAH en los padres conlleva mayor riesgo de presentar un diagnóstico comórbido, lo que complica aún más la crianza y repercute en la dinámica familiar.

En consecuencia, se puede afirmar que la existencia de sintomatología depresiva o de TDAH en las madres interfiere tanto en la propia crianza de sus hijos como en el estrés de los padres, y, a su vez, ambos progenitores experimentan un aumento en las restricciones de vida, sentimientos de incompetencia, culpa y conflicto y tensión en la vida de pareja (Blondic et al., 2019).

Además, como se vio en el apartado anterior, estas características familiares impactan en los hijos de modo que suelen tener más problemas en su ajuste personal y social (McRae et al. 2020) y tendrán mayor probabilidad de repetir estos patrones cuando creen su propia familia. Esto cobra sentido si tenemos en cuenta que el riesgo de experimentar la paternidad prematuramente es de un 38 % frente al 4 % de los jóvenes sin el trastorno. Del mismo modo, la probabilidad aumenta al mismo tiempo que la severidad de los problemas de conducta asociados, incrementando las dificultades para llegar a graduarse y aumentando la probabilidad de experimentar relaciones sexuales prematuras y de riesgo (Barkley et al. 2006). Por su parte, las adolescentes con TDAH presentan una tasa de embarazo no planificados del 42,6 % frente al 10,6 % de las chicas sin el trastorno (Meinzer et al., 2020; Owens et al., 2017).

Por tanto, queda evidenciada la necesidad de implementar intervenciones psicosociales que incluyan a los padres y madres como un factor de gran importancia que

incide en el progreso de sus hijos/as. Debido a la alta probabilidad de que existan síntomas del trastorno en los progenitores, la intervención se prevé más exitosa si los mismos participan en dicho tratamiento asumiendo algunas de las estrategias para el control de los síntomas. Igualmente, la participación parental en los programas de tratamiento de los hijos ha resultado positiva independientemente de la presencia de un diagnóstico clínico en los padres (Leitch et al., 2019).

En relación con lo anteriormente descrito, la investigación desarrollada sobre esta cuestión nos dice que también son necesarios nuevos estudios que clarifiquen la relación que existe entre los factores de personalidad de los progenitores y sus hijos con TDAH, con el fin de determinar la implicación de estos en la evolución del trastorno de los menores.

3.3. Prácticas de crianza y relaciones familiares

3.3.1. Influencia del TDAH en el sistema familiar

Existe un mayor grado de disfuncionalidad familiar para los padres y madres de adolescentes con TDAH en comparación con otras familias en las que hay ausencia del trastorno, esto está fuertemente relacionado con las dificultades en la conducta de los menores y con la gravedad y persistencia de los síntomas del trastorno en los mismos (Anastopoulos et al., 1992; Biederman et al., 1996; Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020).

En un estudio realizado en el que se recogió el testimonio de 15 familias de niños con trastorno hiperactivo, los padres y madres referían el día a día familiar como caótico, conflictivo y agotador, cargado de conflictos familiares y con consecuencias que trascendían a nivel familiar y de pareja (Kendall, 1998; Wiener et al., 2016), en donde la comunicación entre los padres suele ser más negativa (Wymbs & Pelham, 2010). Estas familias se caracterizan por presentar una baja cohesión familiar, relaciones menos intensas y menor libertad de expresión (Blondic et al., 2019; Hoza et al., 2004). A su vez, Weiler et al. (2000), añaden que las dificultades más comunes que aparecen en este tipo de familias son las dificultades en resolución de conflictos, en la comunicación, en la claridad de los roles y en las relaciones afectivas.

Se cree que una de las consecuencias de esta disfuncionalidad familiar es el alto porcentaje de padres y madres de niños con TDAH que se separan o divorcian de sus parejas (Kousgard et al., 2018), el 54 % de ellos presenta esta propensión en comparación con el 15 % de probabilidad de que esto ocurra en padres de niños sin hiperactividad (Barkley et al., 1991; Wymbs et al., 2008). Además, estos padres se muestran más aislados, reduciendo el número de interacciones a nivel social que realizan (Cunningham et al., 1988; De Freitas et al., 2020). Del mismo modo, se observa un impacto económico del TDAH

cuando la familia asumen los gastos que conlleva el tratamiento y que en ocasiones resulta complicado asumir debido a su gran coste (Zhao et al., 2019).

Todo ello ocasiona consecuencias psicológicas en los familiares, podemos observar en los padres índices más altos de estrés (Gordon & Hinshaw 2017; Wiener et al., 2016), insatisfacción con el rol parental y valoración negativa de la vida social (Blondic et al., 2019; Donenberg & Baker, 1993) en comparación con familias de menores sin TDAH. A su vez, los progenitores presentan mayor probabilidad de despido o cambio laboral y reportaron una menor eficiencia en el trabajo (Zhao et al., 2019).

Se cree que las características de los niños con TDAH que más pueden repercutir en el clima familiar son la desobediencia, impulsividad y variabilidad en las conductas (Córdoba y Verdugo, 2003), produciendo un nivel de funcionamiento familiar poco satisfactorio. Por tanto, los programas de intervención y prevención deberían estar enfocados tanto en la sintomatología como en el conflicto entre los adolescentes con TDAH y sus padres, abordando tanto el comportamiento como el estado de ánimo del núcleo familiar (García et al., 2019).

Continuando con el impacto que produce el TDAH a nivel familiar, es importante contemplar la figura de los hermanos. Se ha documentado que tener un hermano con TDAH aumenta el riesgo para la salud mental, creciendo la probabilidad de desarrollar depresión y trastorno bipolar (Han-Ting et al., 2019). Del mismo modo, se ha podido realizar una distinción según el género y el orden de nacimiento. En cuanto a los hermanos varones, los mayores suelen mostrar mayores niveles de aceptación del diagnóstico de su hermano y muestran un perfil introvertido con predisposición a desarrollar trastornos del estado de ánimo. Por el contrario, en los hermanos menores se observaron mayores problemas externalizantes (comportamiento agresivo y conducta desafiante) así como dificultades sociales y problemas de atención. En cuanto a las hermanas, las mayores mostraron una elevada ansiedad-depresión, conducta extrovertida, trastornos del estado de ánimo y problemas de ansiedad. Del mismo modo, en las hermanas menores, fueron frecuentes conductas de aislamiento, depresión, somatización, problemas físicos y de

comunicación (Jenaabadi, 2018). No obstante, a pesar del riesgo asociado, en general, los hermanos de niños con TDAH refieren vivir experiencias positivas y, a pesar de sentir dificultades en la convivencia, proyectan una respuesta innata de protección hacia su hermano vulnerable (Broadhurst, 2018).

Como conclusión podemos recalcar la importancia de que se incluya la evaluación y atención familiar dentro del tratamiento de los menores con TDAH, como se ha podido observar, todos los miembros de la familia acaban siendo partícipes de las consecuencias del trastorno, y atender su salud emocional impacta favorablemente en la dinámica familiar, y por tanto, en el bienestar del menor con trastorno hiperactivo (Cavonius-Rintahaka et al., 2019).

3.3.2. Características emocionales y de crianza en progenitores de menores con TDAH

Si analizamos la conducta de las madres con respecto a los padres de los menores con TDAH, podemos observar una propensión de ellas a buscar más apoyo social a la hora de solucionar sus dificultades, mostrando una tendencia a compartirlas con otras personas con el fin de obtener diferentes puntos de vista o soluciones a sus problemas. Esta tendencia a la búsqueda de ayuda se ha considerado una forma positiva y adaptativa de afrontar dichas dificultades ya que implica el enfrentarse a ellas (De la Huerta et al., 2006). A su vez, el uso de esta estrategia de afrontamiento activo permite reducir los niveles de estrés parental. Un estudio reciente ha mostrado los beneficios del apoyo social sobre la crianza de los niños con TDAH, los padres que más interactuaban socialmente y recibían más apoyo de otros grupos de padres referían niveles más bajos de tensión (Raglin, 2018).

En el caso de las madres de niños con TDAH no se han encontrado diferencias con respecto a las madres de los niños sin trastorno en cuanto al afrontamiento de problemas (González et al., 2014). Aunque sí muestran una tendencia a la autoculpa, a la resignación y a descargar el mal humor con los demás (Sandín y Chorot, 2003). En relación con lo anterior, Barkley (2011) señala que las madres de niños con TDAH tienen alterada la percepción parental mostrando una tolerancia menor para las conductas negativas de su hijo. A su vez, esta interacción está estrechamente relacionada con estilos educativos más

autoritarios, falta de límites, prácticas de crianza inadecuadas y refuerzo de conductas negativas. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, es de esperar que la presencia de TDAH en los padres y madres sea considerado un factor de riesgo para el empleo de prácticas educativas inadecuadas (Blondic et al., 2019; Griggs & Mikami 2011; Harvey et al., 2003).

Queda claro que el estilo de crianza de los progenitores se ve influenciado por la hiperactividad de sus hijos, de igual modo que la disciplina agresiva es un predictor de la misma (Roselló et al., 2003). Por tanto, como señalan Fontana y Ávila (2015), se crea un círculo vicioso de interacciones negativas que influyen en el mantenimiento de las dificultades familiares, así como de las manifestaciones de los síntomas del TDAH. Es por ello que resulta más frecuente que personas con bajo apoyo social y familiar y peor calidad de vida presenten unas prácticas de crianza negativas (De Freitas et al., 2020).

3.3.3. Estilos educativos parentales en el TDAH

Podemos definir los estilos educativos parentales como una tendencia global de comportamiento que se caracteriza por la interacción de diferentes actitudes y conductas de los padres y madres al tratar con sus hijos, influyendo a su vez sobre su comportamiento (Torío et al., 2008). Esta relación se considera bidireccional, es decir, tiene en cuenta el estilo parental como una relación entre padres e hijos y no sólo una característica de los progenitores (Bersabé et al., 2001). Tras estudiar el impacto que tiene el comportamiento de los padres sobre las interacciones sociales de sus hijos con TDAH, Mikami et al. (2010) encontraron que la competencia social de los progenitores ayuda a desarrollar buenas habilidades sociales en los menores. Del mismo modo, y atendiendo a esta bidireccionalidad mencionada, diferentes autores (Herrera-Gutiérrez y Calvo, 2005; Herrera-Gutiérrez et al., 2003a, 2003b) relacionan los problemas de adaptación y de hiperactividad de los niños con los estilos educativos parentales disfuncionales y discrepantes.

Analizando lo anteriormente mencionado en profundidad, encontramos que, en madres de niños con TDAH, existe un estilo parental con tendencia a la crítica en el que la

expresión afectiva es menor, así como la aceptación y comunicación. Esta tendencia provocaría un exceso de comentarios negativos de estas madres hacia sus hijos, así como una menor falta de apoyo y mayores dificultades en la comunicación (Bilgiç, et al., 2021; González et al., 2014).

Además, hay una relación significativa entre el TDAH y los estilos parentales de crianza pobre. En este caso, se han observado que los padres de estos niños suelen emplear estrategias educativas menos adecuadas (Blondic et al., 2019; Deault, 2010). A su vez, presentan reacciones menos eficaces que los padres de niños sin este trastorno (Hinshaw et al., 2000; Pelham & Lang, 1999), observándose una tendencia a la falta de imposición de límites en los menores (Schroeder & Kelley, 2009).

La literatura nos indica que en estos padres resulta común encontrar un estilo educativo negligente o autoritario basado en el escaso afecto, excesivas exigencias y mayor nivel de control (Goldstein et al., 2007; Herrera-Gutiérrez et al., 2003b, 2003c; Raya et al., 2008). Lo que conlleva una disciplina más agresiva, mayor sentimiento negativo hacia los hijos, así como escasos refuerzos positivos, menor control inductivo y un bajo nivel de razonamiento en la solución de problemas (Fenesy et al., 2019; Woodward et al., 1998). Generalmente, existe un riesgo mayor a presentar un estilo educativo negativo cuando los padres cuentan con bajo apoyo social y familiar y cuando refieren tener peor calidad de vida (De Freitas et al., 2020). Del mismo modo, estilos de crianza cálida, respetuosa y democrática ayudan a aliviar las carencias socioemocionales de los adolescentes con TDAH (Elemam et al., 2020; Sampada et al., 2019). La intervención de tipo educativo por parte de los progenitores también se ha considerado fundamental (Parada-Navas y González-Ortíz, 2009).

Teniendo en cuenta que los estilos educativos de los padres tienen repercusión en los hijos, de igual forma que los síntomas del trastorno interfieren en el funcionamiento familiar, cabe esperar que al introducir un tratamiento en el menor, los síntomas mejoren y al mismo tiempo esto repercuta positivamente en las relaciones familiares. Además, se ha constatado la asociación entre la conducta de los padres e hijos al introducir un tratamiento

conductual, médico o combinado, encontrando que existe influencia mutua en la conducta paterno filial (Friedman et al., 2020; Herrera-Gutiérrez et al., 2003c; Hinshaw et al., 2000).

Finalmente, cabe mencionar que los progenitores consideran como un factor de fortalecimiento de la paternidad/maternidad el recibir tratamiento centrado en la familia que incluya apoyo para todos los miembros de la unidad, así como ayuda a través de experiencias de otras familias con menores con síntomas de hiperactividad (Cavonius-Rintahaka et al., 2019; Raglin, 2018).

Por tanto, se vuelve a poner de manifiesto la importancia de elaborar estudios científicos que arrojen mayor información sobre la dinámica parento-filial de las personas con TDAH, incluyendo la valoración de todos los miembros de la unidad familiar (Miranda et al., 2021).

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DESCRIPTIVO

4.1. Introducción

La importancia de estudiar la personalidad de los individuos con TDAH está fundamentada por trabajos anteriores que han ido asociando diferentes variables o constructos de la persona, como la inteligencia, el rendimiento académico, la motivación... con dichos rasgos. Aunque estos estudios no son suficientes, ni abarcan todo el espectro de rasgos de personalidad ni su interacción con factores cognitivos. No obstante, existen investigaciones potentes acerca de esta interrelación. Así, por ejemplo, Chamorro-Premuzic y Furnham (2003) informan que los rasgos de personalidad podrían predecir el rendimiento académico. Esto es debido a que ciertos rasgos de personalidad como la responsabilidad, la autoeficacia y la motivación están estrechamente relacionados con el éxito académico (Ackerman & Heggstad, 1997; Caprara et al., 2004; Cole, 2021). Es decir, no sólo las puntuaciones del CI influyen en la producción cognitiva general de la persona, sino que la interacción de otros factores, tanto de personalidad como ambientales, podría estar correlacionando en mayor medida.

Estudios recientes hacen énfasis en la necesidad de continuar investigando en esta línea, relacionando de manera directa los factores de personalidad de los padres y madres con la dirección y manejo de los síntomas del TDAH en sus hijos/as (Vélez-van-Meerbeke et al., 2017; Yurumez et al., 2018). A su vez, el estudio del perfil de personalidad de los menores nos aportaría información acerca del funcionamiento y rendimiento de los factores cognitivos. Este análisis permitiría desarrollar de manera más eficiente los planes de actuación en la terapia para el tratamiento del TDAH. Dadashzadeh et al. (2014) buscaron establecer un patrón de personalidad que pudiera asociarse a los progenitores de niños con trastorno hiperactivo a fin de poder establecer un buen tratamiento familiar. Reflejaron que el 45.2 % de los padres y el 63.9 % de las madres presentan trastorno de la personalidad.

Siguiendo la línea de lo anteriormente mencionado, consideramos de gran interés analizar la influencia genética y hereditaria de los rasgos de personalidad. Entendiendo que el estudio de la personalidad se fundamenta en un modelo psicobiológico, propuesto por Eysenck, que se caracteriza por una fuerte determinación genética que incluiría estructuras fisiológicas y hormonales concretas (Schmidt et al., 2010).

A su vez, es importante tener en cuenta que no sólo los factores biológicos y genéticos interfieren en la evolución y pronóstico del TDAH, los factores ambientales también se encuentran implicados en dicha evolución (Asherson et al., 2007; Del Campo et al., 2011; Jarque, 2012). Por lo que cabría mencionar que el análisis de los factores ambientales se torna importante en la evaluación de la persona con TDAH. Además, dichos factores ambientales, como el clima familiar, están estrechamente relacionados con la expresión de los factores de personalidad en los menores y sus progenitores (Chen et al., 2017). Esto supone una interrelación que hace difícil determinar el origen de la posible dificultad del niño con TDAH y que a su vez evidencia la necesidad de establecer una evaluación lo más completa y amplia posible que establezca un plan de intervención ambicioso.

Atendiendo a lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta la literatura e investigaciones previas, nos reiteramos en la necesidad de ahondar en el estudio específico de los factores de personalidad y cognitivos que interactúan, en mayor medida, interfiriendo o acrecentando la expresión de los síntomas positivos y negativos del TDAH (Blanken et al., 2021). Del mismo modo, reiteramos la importancia de incluir a los progenitores en dicha evaluación (Miranda et al., 2021).

4.2. Objetivo

Comparamos el perfil de personalidad de padres/madres e hijos/as con TDAH con el objetivo de indagar en las relaciones existentes entre los diferentes factores de personalidad y la relación paterno/materno-filial, para ello, escogimos dos tipos de muestra, una compuesta por padres y madres de adolescentes con trastorno hiperactivo y otra formada por padres y madres de menores sin el trastorno.

El objetivo general es conocer cuál de los factores de personalidad se expresa en mayor o menor medida en relación al tipo de muestra y si estos factores aparecen también en sus padres. Estos resultados fueron comparados con un GC de adolescentes sin TDAH y sus padres.

Los objetivos específicos fueron: a) describir y analizar las características cognitivas asociadas al TDAH en la adolescencia, b) estudiar y describir el perfil de personalidad de los adolescentes con TDAH y analizar la expresión de dichos factores en sus progenitores y c) comparar dichos factores cognitivos y de personalidad con una muestra de población no clínica.

El análisis de los factores cognitivos y de personalidad de estos adolescentes y sus progenitores se considera una información de gran interés por su influencia en el ajuste y desenvolvimiento general de estos menores, considerándose también una información valiosa para la evolución de la terapia psicopedagógica así como para la evolución positiva de la sintomatología.

4.3. Método

4.3.1. Participantes

En nuestra investigación contamos con un total de 597 participantes, de los cuales 312 componen la población adolescente y 285 la población de padres y madres. El 59,3 % de los adolescentes son varones ($n = 185$) y un 40,7 % son mujeres ($n = 127$), con edades comprendidas entre los 11 y 18 años, siendo la media de edad de 14,1 años ($DT = 1,7$). El 59,3 % de los menores formaron el GC y el 40,7 % de ellos el grupo con TDAH. Dentro de este último grupo, atendiendo a la clasificación según la presentación del trastorno, el 43,2 % pertenecen a la categoría con falta de atención ($n = 54$) y un 56,8 % a la categoría combinada ($n = 71$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las edades medias de los grupos TDAH y GC ($t(310) = 1,64$, $p = 0,052$).

De esos 312 adolescentes, 127 pertenecen al grupo de menores con TDAH (edad media = 13,9; $DT = 1,70$; rango: 11-18), la participación masculina ha sido del 81,8 % ($n = 104$) en comparación con la femenina que ha supuesto el 18,11 % ($n = 23$). La relación hombre-mujer se establece en un 4,5:1, considerándose la representatividad de la muestra coincidente con las últimas aportaciones científicas (Mohammadi et al., 2021). Los 185 participantes restantes pertenecen al grupo de adolescentes sin el trastorno (GC), (edad media = 14,2; $DT = 1,70$; rango: 11-18), la participación masculina ha sido del 43,7 % ($n = 81$) en comparación con la femenina que ha supuesto el 56,2 % ($n = 104$).

Del mismo modo, de la población de padres y madres, 173 de ellos lo son de adolescentes con TDAH (edad media = 45; $DT = 1,60$; rango: 35-61), la participación masculina en este caso ha sido del 43,9 % ($n = 76$). El grupo de progenitores de la población no clínica, es decir, de los menores sin el trastorno, está conformado por 112 participantes (edad media = 47,1; $DT = 5,5$; rango: 35-66), de los cuales, el 46 % son hombres ($n = 52$) y el 53,5 % mujeres ($n = 60$).

En la Tabla 8 se reflejan los datos anteriormente mencionados.

Tabla 8

Clasificación y descripción de los participantes

	TDAH		Grupo control	
	Hijos	Padres	Hijos	Padres
Total de participantes (n)	127	173	185	112
Edad, media (DT)	13,9 (1,7)	45 (4,6)	14,2 (1,7)	47,1 (5,5)
Mujeres, total (% de participación)	23 (18,11)	97 (56)	104 (56,2)	60 (53,5)
Hombres, total (% de participación)	104 (81,8)	76 (43,9)	81 (43,7)	52 (46)
% de participación total	40,7	60,7	59,3	39,3

DT: desviación típica

En las Figuras 1 y 2 se puede apreciar la distribución de los adolescentes y padres según el grupo de pertenencia.

Figura 1

Distribución de adolescentes según grupo de pertenencia

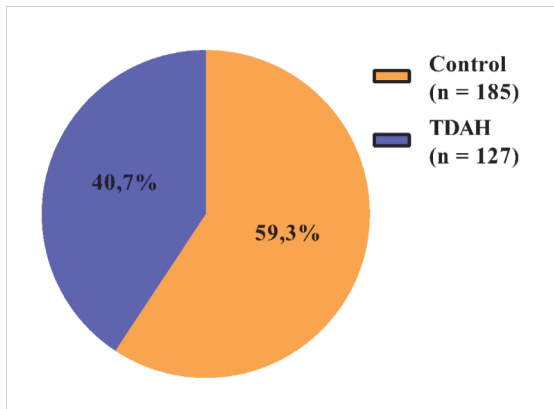
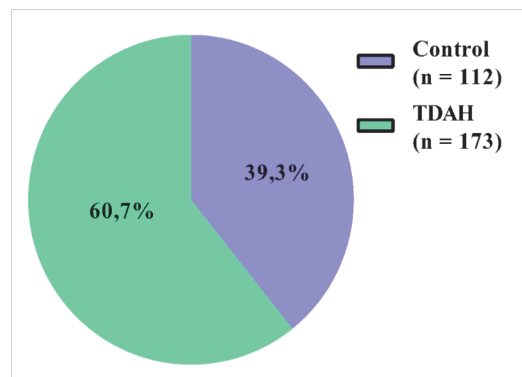


Figura 2

Distribución de padres y madres según grupo de pertenencia



Los participantes con TDAH son residentes de la Región de Murcia y son o han sido usuarios de las diferentes sedes de la Asociación ADAHI, lo que indica que se han encontrado en un contexto de población clínica recibiendo atención terapéutica.

Los adolescentes que conforman el GC son escolares pertenecientes a dos institutos de la ciudad de Cartagena, El IES Ben Arabi y el IES San Isidoro.

4.3.2. Instrumentos

Para el desarrollo de nuestra investigación, elegimos utilizar dos pruebas ampliamente utilizadas y validadas en el contexto clínico. Una prueba para evaluar los factores cognitivos y otra para el análisis de los factores de personalidad, esta última en sus dos versiones, para adolescentes y adultos. En la Tabla 9 se pueden consultar sus características principales.

Tabla 9

Resumen de las pruebas aplicadas a los participantes

	Personalidad		Inteligencia
	16PF-APQ	16PF-5	K-BIT
Edad de aplicación	12-19 años	adultos	4-90 años
Tipo de muestra aplicado	Adolescentes con TDAH y grupo control	Padres y madres de adolescentes con TDAH y del grupo control	Adolescentes con TDAH y grupo control
Autor (año)	Schuerger (2013)	Cattell et al. (2005)	Kaufman y Kaufman, (2009)

Por un lado, contamos con el Test breve de inteligencia de Kaufman; K-BIT (Kaufman y Kaufman, 1990), en su versión española (Kaufman y Kaufman, 2009). Esta prueba fue elegida por su precisión al evaluar la inteligencia verbal y no verbal y por la facilidad en la aplicación y corrección. Consta de dos subtestes: Vocabulario y Matrices. Vocabulario mide habilidades verbales relacionadas con el aprendizaje escolar y con el conocimiento de palabras ya adquiridas, lo que se denomina como inteligencia cristalizada. Matrices, valora habilidades no verbales relacionadas con la solución de problemas,

midiendo la capacidad del sujeto para relacionar información y dar respuesta a analogías. Esta capacidad está relacionada con el pensamiento fluido. A su vez, el test nos aporta una puntuación de CI. Esta puntuación tiene el mismo valor métrico que el de otras escalas de inteligencia conocidas como la Escala de Wechsler. Entre ambas pruebas existe una correlación media-alta entre los subtest tanto del K-BIT como de las baterías de Wechsler, WAIS-R y WISC-R. Por tanto, a pesar de que el K-BIT se considere una prueba de screening, posee una gran fiabilidad y validez concurrente y de constructo de las pruebas. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0.94 para la parte de Vocabulario, de 0.86 para Matrices y de 0.98 para constructo de CI.

Para recoger los datos obtenidos en las diferentes pruebas del test se utilizó el cuadernillo propuesto por los autores, en concreto la primera hoja de resumen de puntuaciones que puede consultarse en el Anexo 1.

Por otro lado, escogimos el cuestionario de personalidad para adolescentes 16PF-APQ (Schuerger, 2001), en concreto, la tercera edición revisada y ampliada por TEA ediciones en 2013. Esta prueba evalúa la personalidad en adolescentes a través de un cuestionario de 200 preguntas con tres opciones de respuesta: verdadero, falso y duda. Tras el análisis de las puntuaciones a través de la plataforma online de la editorial se genera un perfil con las puntuaciones centiles obtenidas, además, la plataforma genera un gráfico de fácil lectura. Un ejemplo de dicho perfil aparece recogido en el Anexo 2.

Finalmente, para los padres de los adolescentes, empleamos el cuestionario de Personalidad para adultos 16PF-5 (Cattell et al., 1993, 1995). Se usó la octava edición que ha sido revisada y ampliada por TEA ediciones (Cattell et al., 2005). Este cuestionario evalúa 16 escalas primarias de la personalidad en adultos. Esta prueba consta de 185 ítems con las mismas tres opciones de respuesta que el 16PF-APQ. Además, al igual que el test para adolescentes, la prueba se corrige de manera on-line, a través de la plataforma para la corrección de la editorial y proporciona un perfil similar que puede consultarse en el Anexo 3.

Estas baterías de evaluación de la personalidad han sido escogidas por su flexibilidad en la aplicación, pues no se limitan al ámbito clínico, sino que pueden ser administradas en el contexto educativo, deportivo, forense y laboral. Otra de sus cualidades es su fuerte fundamentación teórica, perteneciendo a la familia de los tests creados por Catell, caracterizados por poseer unas potentes propiedades psicométricas. En el caso del 16PF-APQ, el coeficiente alfa de Cronbach varía entre el 0.64 y el 0.83. A su vez, el 16PF-5 posee un coeficiente de permanencia que se encuentra entre el 0.70 y el 0.90 aproximadamente, la consistencia interna se considera adecuada siendo 0.76 y el coeficiente de validez se sitúa entre el 0.90 y el 0.96. Por último, cabe destacar la calidad de las adaptaciones españolas de los test, así como la rigurosidad llevada a cabo en el proceso de baremación.

En esta investigación se ha decidido trabajar con las puntuaciones centiles de las diferentes variables de los test.

El 16PF-APQ consta de cinco categorías: estilos de respuesta, dimensiones globales, escalas primarias, preferencias ocupacionales y dificultades cotidianas. Cada una de ellas evalúa diferentes constructos como se indica en la Tabla 10.

Tabla 10

Clasificación de los factores del 16PF-APQ

Estilos de respuesta	Escalas primarias	Preferencias ocupacionales	Dificultades cotidianas	Dimensiones globales
Factores				
<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la imagen • Respuestas en blanco • Respuestas centrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Afabilidad • Razonamiento • Estabilidad emocional • Dominancia • Animación • Atención a las normas • Atrevimiento • Sensibilidad • Vigilancia • Abstracción • Privacidad • Aprensión • Apertura al cambio • Autosuficiencia • Perfeccionismo • Tensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual • Científico • Artístico • Ayuda • Gestión o comercio • Organización 	<ul style="list-style-type: none"> • Desánimo • Preocupación • Imagen pobre de sí mismo • Disconformidad general • Ira/ agresión • Dificultades con la autoridad • Dificultades con la adicción • Total en dificultades • Dificultades en casa • Dificultades en el colegio • Afrontamiento deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Extraversión • Ansiedad • Dureza • Independencia • Autocontrol

Los estilos de respuesta nos aportan información sobre la visión acertada o no que tiene el adolescente de sí mismo, es decir, evalúa la veracidad de las respuestas del cuestionario a través de tres índices. La manipulación de la imagen hace referencia a la deseabilidad social, las puntuaciones altas indican que se ha respondido de manera socialmente deseable. Las respuestas en blanco miden los elementos que no se han contestado y las respuestas centrales nos indican los ítems en los que el adolescente no ha podido decantarse por la respuesta “verdadero” o “falso”.

Las escalas primarias reflejan la personalidad del adolescente a través de 16 factores:

Afabilidad: Puntuaciones elevadas evidencian la tendencia a mostrarse de manera afectuosa, social y atenta a los demás, lo contrario a una persona fría y distante.

Razonamiento: No es un factor de personalidad como tal, sino un estilo cognitivo con tendencia al pensamiento concreto en el caso de las puntuaciones bajas y al pensamiento abstracto en el caso de las altas.

Estabilidad emocional: Afrontamiento de los problemas cotidianos, de manera reactiva y cambiante o de manera estable, adaptativa y madura.

Dominancia: Tendencia del adolescente a imponer su voluntad con respecto a la de los demás.

Animación: Las puntuaciones elevadas reflejan a una persona activa, animada y espontánea.

Atención a las normas: Grado en el que se han interiorizado las normas sociales y culturales con respecto a lo que es correcto e incorrecto.

Atrevimiento: Su polo positivo nos informa de una persona atrevida, segura socialmente y emprendedora.

Sensibilidad: La persona que puntúa bajo se muestra objetiva y poco sentimental.

Vigilancia: Tendencia a mostrarse vigilante, suspicaz, precavido y escéptico.

Abstracción: La persona abstraída se centra en las ideas y pensamientos abstractos más que en los prácticos y realistas.

Privacidad: En este caso, las puntuaciones negativas muestran a una persona abierta, genuina, natural y llana.

Aprensión: Puntuaciones altas reflejan a personas inseguras, aprensivas y preocupadas.

Apertura al cambio: Puntuaciones negativas indican que la persona prefiere los modos tradicionales y conocidos de afrontar la situación mostrando preferencia por lo familiar y predecible.

Autosuficiencia: Personas con tendencia a ser solitarias, tomar decisiones por sí mismas y autosuficientes.

Perfeccionismo: Muestran a personas organizadas, perfeccionistas y con capacidad de planificación.

Tensión: Las personas con puntuaciones altas suelen manifestar una energía incansable teniendo dificultad para la espera.

Las preferencias ocupacionales hacen referencia a la elección de una carrera profesional. La escala manual se refiere a profesiones más prácticas. Lo científico está relacionado con un estilo cognitivo racional, enfocado a la investigación. Artístico por su parte, se refiere a jóvenes creativos que se sienten cómodos en tareas no estructuradas. La escala de ayuda define a adolescentes que tienen inquietud por ayudar a los demás y se sienten satisfechos con el trato y cuidado hacia otros. gestión y comercio está relacionado con un estilo cognitivo persuasivo, lógico y racional con tendencia a dominar sobre otros. Finalmente, la parte de organización refleja un estilo de trabajo concreto, establecido y que sigue un orden.

La parte de dificultades cotidianas proporciona información sobre problemas específicos y situaciones problemáticas de la vida del adolescente. Incluye las variables: desánimo, preocupación, imagen pobre de sí mismo, disconformidad general, Ira-agresión, dificultades con la autoridad, dificultades con alcohol o drogas, total en dificultades,

dificultades en casa, dificultades en el colegio y afrontamiento deficiente. Las elevadas puntuaciones en estas escalas son indicativas de posibles problemas psicológicos y conductuales graves y a los que se debe prestar atención.

Finalmente, el test describe cinco dimensiones globales. La extraversión se entiende como mostrar cierto interés hacia las personas y la relación con ellas. La ansiedad elevada define a personas tensas, reactivas, impacientes y vigilantes. La dureza está relacionada con cierta inflexibilidad y baja apertura para aceptar nuevos puntos de vista. La independencia en su polo alto muestra a personas que se caracterizan por ser activos en las acciones de uno mismo que no se acomodan al ambiente mostrando intereses de tipo investigador, artístico o empresarial. El autocontrol refleja una tendencia a reprimir e inhibir deseos e impulsos momentáneos. Las puntuaciones elevadas describen a una persona práctica y realista.

El 16PF-5, por su parte consta de tres categorías: Estilos de respuesta, Dimensiones globales y Escalas primarias. En la Tabla 11 se muestran los diferentes constructos evaluados en dichas categorías.

Tabla 11

Clasificación de los factores del 16PF-APQ

Estilos de respuesta	Escalas primarias	Dimensiones globales
Factores		
<ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la imagen • Infrecuencia • Aquiescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Afabilidad • Razonamiento • Estabilidad • Dominancia • Animación • Atención a las normas • Atrevimiento • Sensibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia • Abstracción • Privacidad • Aprensión • Apertura al cambio • Autosuficiencia • Perfeccionismo • Tensión
		<ul style="list-style-type: none"> • Extraversión • Ansiedad • Dureza • Independencia • Autocontrol

A diferencia del 16PF-APQ, este test tiene tres índices de estilos de respuesta y no cuenta con la categoría de Preferencias ocupacionales. Una puntuación alta en Infrecuencia indica que se han contestado a muchos elementos de un modo diferente a como se debería hacer, posiblemente al azar. La Aquiescencia se refiere a la tendencia a responder “sí” tratando de dar una imagen positiva de sí mismo. La escala Manipulación de la imagen refleja una tendencia del examinado a responder de manera socialmente deseable. En cuanto a las Escalas primarias y las Dimensiones globales, la definición de los factores es similar a la del test para adolescentes.

4.3.3. Procedimiento

Para la población con TDAH, los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a) Tener una edad comprendida entre los 11-18 años, de modo que pertenecieran a la etapa evolutiva de la adolescencia.
- b) Tener un diagnóstico clínico de TDAH.
- c) Contar con el consentimiento informado de los padres
- d) Autorizar la participación al estudio.
- e) No estar recibiendo medicación para el TDAH.
- f) No presentar ningún otro diagnóstico comórbido.

Para el GC, los criterios de inclusión fueron:

- a) Tener una edad comprendida entre los 11-18 años, de modo que pertenecieran a la etapa evolutiva de la adolescencia.
- b) Estar en un curso académico estándar (se excluyeron los programas para la mejora del aprendizaje y rendimiento, PMAR).
- c) Contar con el consentimiento informado de los padres
- d) Autorizar la participación al estudio.
- e) No presentar diagnóstico de trastorno.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo intencional. La aplicación de los cuestionarios en los adolescentes con TDAH y sus padres, se realizó en un contexto terapéutico, de manera individual y por profesionales con alta experiencia y formación en el ámbito del TDAH. Como se ha mencionado con anterioridad, los participantes eran usuarios de la Asociación ADAHI. Las pruebas se realizaron en la sede de dicha Asociación, lugar donde se establecía la terapia de los menores.

De este modo, se pudieron controlar variables que pudieran interferir en el correcto desempeño de la prueba. Para evitar el posible cansancio o fatiga, se realizaron los test en diferentes días y realizando un pequeño descanso.

En el caso de los adolescentes pertenecientes al GC, los cuestionarios fueron aplicados en el centro escolar. Siguiendo las recomendaciones de aplicabilidad de las pruebas, el test de inteligencia K-BIT, fue realizado en solitario y test de personalidad 16PF-APQ, fue cumplimentado en grupo. Ambos fueron administrados por un profesional con amplia experiencia en TDAH y en diferentes días. Los padres de estos participantes cumplimentaron la prueba en casa, se les envió en un sobre cerrado junto con las instrucciones de realización (véase Anexo 4) y nos lo hacían llegar a través de sus hijos. También recibieron información sobre las pruebas que iban a realizar sus hijos y la duración aproximada de realización (véase Anexo 5).

En todos los casos se contó con el consentimiento informado de los progenitores de los menores (véase Anexo 6), a su vez se les informó a los adolescentes de la voluntariedad de la realización de los cuestionarios y de su derecho a abandonar la realización de las pruebas en cualquier momento.

Nos parece importante indicar que, una vez concluido el estudio, todos los participantes han sido informados de los resultados de sus pruebas.

4.3.4. Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 25.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0.05$.

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, se obtuvo la media y la desviación típica (DT) o la mediana y el rango intercuartílico (RI) con los percentiles 25 y 75, respectivamente ($P_{25} - P_{75}$).

Para la comparación entre los dos grupos se ha empleado el test no paramétrico *U* *Mann-Whitney* o la prueba *t* de Student una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov y homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene.

4.4. Resultados

4.4.1. Cuestionario de inteligencia K-BIT

A continuación se representan las puntuaciones obtenidas en el test de inteligencia K-BIT, estos resultados quedan reflejados en la Tabla 12. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prueba Matrices ($p = 0.01$) y en la puntuación del CI ($p = 0.001$). Los adolescentes con TDAH obtuvieron mayores puntajes en ambas categorías en relación al GC.

Tabla 12

Descriptivo y comparativo en puntuaciones de inteligencia según grupo

	Grupo, mediana (RI)		Test <i>U</i> de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -valor
Vocabulario, PT	106 (98 - 113)	103 (96 - 111)	10481,5	-1,618	0,106
Matrices, PT	109 (97 - 117)	102 (95 - 111)	9738	-2,568	0,01
Cociente Intelectual (CI)	107 (97 - 114)	101 (92 - 109)	9163,5	-3,302	0,001

PT: puntuación típica; RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

Analizando los factores de inteligencia en el grupo con TDAH, según su presentación, se puede observar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (inatento y combinado). Estos resultados se expresan en la Tabla 13.

Tabla 13

Descriptivo y comparativo de puntuaciones centiles en inteligencia según presentación de TDAH

	Subtipo, mediana (RI)		Test <i>U</i> de Mann-Whitney		
	Inatento	Combinado	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -valor
Vocabulario, PT	107 (98 - 113)	105 (98 - 115)	1908,5	-0,042	0,966
Matrices, PT	108 (94 - 117)	110 (101 - 116)	1800	-0,583	0,56
Cociente Intelectual (CI)	108,5 (94 - 115)	106 (98 - 114)	1886,5	-0,152	0,879

PT: puntuación típica; RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

4.4.2. Cuestionario de personalidad para adolescentes 16PF-APQ

En la Tabla 14 se muestra el descriptivo de las puntuaciones centiles en las dimensiones de estilos de respuesta entre los adolescentes según el grupo de pertenencia, así como los resultados de las pruebas *U de Mann-Whitney* realizadas para comparar las puntuaciones entre los adolescentes de los grupos TDAH y control.

Los resultados evidenciaron que en las dimensiones respuestas centrales de personalidad y respuestas centrales dificultades, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $p < 0.001$ y $p = 0.017$, respectivamente. Los adolescentes pertenecientes al GC mostraron una tendencia superior a evitar responder preguntas de personalidad en general. En relación a la manipulación de la imagen, ambos grupos por igual respondieron con sinceridad, no mostrándose diferencias significativas al respecto.

Tabla 14

Descriptivo y comparativo de puntuaciones centiles en Estilos de respuesta según grupo

Estilos de respuesta	Grupo, mediana (RI)		Test <i>U</i> de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i> -valor
Manipulación de la imagen	50 (25 - 70)	50 (20 - 70)	10860	-1,139	0,255
Respuestas centrales de personalidad	35 (15 - 60)	65 (40 - 85)	7488	-5,46	< 0,001
Respuestas centrales dificultades	25 (25 - 75)	65 (25 - 80)	9891,5	-2,394	0,017

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

Con respecto a las dimensiones de las escalas primarias, los resultados de las pruebas evidenciaron que, en los rasgos de afabilidad ($p = 0.001$), atención a las normas ($p < 0.001$), autosuficiencia ($p = 0.049$) y perfeccionismo ($p < 0.001$) las puntuaciones de los adolescentes con TDAH fueron significativamente inferiores a la de los adolescentes del GC. Por el contrario, en las dimensiones de dominancia ($p < 0.001$), animación ($p = 0.01$), y tensión ($p = 0.001$), las puntuaciones de los adolescentes con TDAH fueron significativamente superiores. Estos resultados quedan reflejados en la Tabla 15.

Tabla 15

Descriptivo y comparativo en las dimensiones de las Escalas primarias según grupo

Escalas primarias	Grupo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	U	Z	p-valor
Afabilidad	40 (20 - 70)	50 (30 - 80)	9138	-3,346	0,001
Razonamiento	35 (10 - 50)	35 (15 - 70)	10791,5	-1,229	0,219
Estabilidad emocional	45 (25 - 75)	50 (30 - 80)	10911,5	-1,07	0,284
Dominancia	60 (40 - 95)	50 (30 - 75)	8797,5	-3,785	< 0,001
Animación	45 (20 - 70)	35 (20 - 55)	9736,5	-2,579	0,010
Atención a las normas	55 (35 - 75)	65 (40 - 90)	8917	-3,624	< 0,001
Atrevimiento	50 (30 - 80)	45 (30 - 70)	10649	-1,406	0,160
Sensibilidad	50 (25 - 70)	50 (25 - 80)	10754,5	-1,272	0,203
Vigilancia	60 (35 - 80)	65 (50 - 80)	10774,5	-1,246	0,213
Abstracción	65 (40 - 85)	60 (45 - 75)	10434,5	-1,68	0,093
Privacidad	60 (45 - 85)	60 (40 - 75)	10775	-1,246	0,213
Aprensión	45 (25 - 75)	50 (25 - 75)	11465	-0,362	0,718
Apertura al cambio	50 (30 - 75)	55 (35 - 80)	10571,5	-1,506	0,132
Autosuficiencia	60 (35 - 85)	70 (45 - 90)	10258	-1,655	0,049
Perfeccionismo	25 (10 - 50)	50 (30 - 70)	6400	-6,852	< 0,001
Tensión	65 (40 - 95)	55 (35 - 80)	9065	-3,436	0,001

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

En cuanto a las preferencias ocupacionales, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la categoría manual ($p = 0.014$), ayuda ($p = 0.048$) y organización ($p = 0.025$). Como se puede apreciar en la Tabla 16, en la escala manual, la puntuación de los adolescentes con TDAH fue significativamente superior a la del GC, mientras que en ayuda y organización las puntuaciones fueron significativamente inferiores.

Tabla 16

Descriptivo y comparativo en las dimensiones de las Preferencias ocupacionales según grupo

Pref. Ocupacionales	Grupo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	U	Z	p-valor
Manual	70 (30 - 90)	50 (20 - 70)	9849,5	-2,458	0,014
Científico	55 (35 - 80)	55 (30 - 80)	11443	-0,396	0,692
Artístico	65 (45 - 85)	65 (45 - 99)	11280,5	-0,603	0,547
Ayuda	50 (30 - 70)	50 (25 - 80)	10254	-1,664	0,048
Gestión o comercio	70 (45 - 90)	70 (45 - 90)	11656,5	-0,117	0,907
Organización	40 (5 - 70)	40 (25 - 80)	10007,5	-2,241	0,025

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

En la Tabla 17 se muestra el descriptivo y comparativo de las puntuaciones centiles en las dimensiones de dificultades cotidianas entre los adolescentes del GC y los del grupo con TDAH. En las dimensiones dificultades con la autoridad ($p < 0.001$), total en dificultades ($p = 0.001$), dificultades en casa ($p = 0.005$) y dificultades en el colegio ($p = 0.006$), las puntuaciones de los adolescentes del grupo con TDAH fueron significativamente superiores a la de los adolescentes del GC. En cambio, en dificultades con la adicción, los adolescentes sin trastorno hiperactivo obtienen puntuaciones superiores.

Tabla 17

Descriptivo y comparativo en las dimensiones de las Dificultades cotidianas según grupo

Dificultades cotidianas	Grupo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	U	Z	p-valor
Desánimo	55 (45 - 80)	55 (30 - 75)	10930,5	-1,049	0,294
Preocupación	65 (20 - 85)	55 (25 - 85)	11336,5	-0,528	0,598
Imagen pobre de sí mismo	60 (30 - 80)	60 (30 - 85)	11338	-0,525	0,6
Disconformidad general	55 (35 - 80)	50 (25 - 80)	11122	-0,8	0,424
Ira-agresión	55 (20 - 80)	55 (20 - 75)	10787,5	-1,259	0,208
Dificultades con la autoridad	65 (50 - 80)	50 (25 - 65)	8015	-4,825	< 0,001
Dificultades con la adicción	25 (25 - 65)	30 (25 - 65)	9815,5	-2,56	0,01
Total en dificultades	60 (35 - 80)	45 (15 - 70)	9251	-3,206	0,001
Dificultades en casa	60 (30 - 85)	50 (15 - 75)	9573,5	-2,791	0,005
Dificultades en el colegio	65 (45 - 80)	45 (25 - 80)	9660,5	-2,73	0,006

Afrontamiento deficiente	65 (25 - 85)	50 (25 - 75)	10377,5	-1,765	0,078
---------------------------------	--------------	--------------	---------	--------	-------

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

En las dimensiones globales, se observaron diferencias estadísticamente significativas en dureza ($p < 0.001$) y autocontrol ($p < 0.001$). Como se muestra en la Tabla 18, en dureza, la puntuación del grupo con TDAH fue significativamente superior, mientras que en autocontrol los adolescentes con TDAH obtuvieron puntuaciones inferiores a la de los adolescentes del GC.

Tabla 18

Descriptivo y comparativo en los factores de las Dimensiones globales según grupo

Dimensiones globales	Grupo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	U	Z	p-valor
Extraversión	44 (20 - 68)	37 (13 - 58)	10369,5	-1,761	0,078
Ansiedad	39 (21 - 67)	46 (17 - 70)	11672,5	-0,096	0,924
Dureza	60 (35 - 88)	41 (21 - 71)	8811	-3,752	< 0,001
Independencia	48 (26 - 80)	46 (23 - 74)	11007,5	-0,945	0,344
Autocontrol	29 (14 - 57)	60 (32 - 78)	7456,5	-5,482	< 0,001

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

A continuación, en las Tablas 19 y 20, se muestran los resultados de las dimensiones del cuestionario 16PF-APQ de los participantes del grupo de TDAH según la presentación. Los resultados reflejaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones entre los adolescentes con presentación predominantemente con falta de atención y los que tienen presentación combinada.

Tabla 19

Descriptivo y comparativo de las dimensiones del cuestionario 16PF-APQ según presentación (1)

	Subtipo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	Inatento	Combinado	U	Z	p-valor
Estilos de respuesta					
Manipulación de la imagen	50 (30 - 70)	50 (25 - 60)	1793,5	-0,621	0,535
Respuestas centrales de personalidad	30 (15 - 55)	40 (15 - 65)	1688	-1,15	0,25
Respuestas centrales dificultades	25 (25 - 55)	55 (25 - 80)	1629	-1,487	0,137
Escalas primarias					
Afabilidad	50 (20 - 70)	40 (20 - 70)	1847	-0,351	0,726
Razonamiento	35 (15 - 50)	35 (10 - 70)	1825	-0,462	0,644
Estabilidad emocional	45 (25 - 75)	50 (25 - 75)	1841	-0,38	0,704
Dominancia	60 (40 - 85)	70 (40 - 96)	1640,5	-1,389	0,165
Animación	45 (20 - 85)	55 (20 - 70)	1898	-0,095	0,924
Atención a las normas	62,5 (40 - 75)	50 (30 - 65)	1575	-1,71	0,087
Atrevimiento	47,5 (35 - 80)	50 (30 - 80)	1878	-0,195	0,845
Sensibilidad	45 (15 - 70)	50 (25 - 70)	1912,5	-0,023	0,982
Vigilancia	60 (20 - 75)	65 (40 - 80)	1520,5	-1,983	0,047
Abstracción	65 (30 - 85)	65 (40 - 80)	1880,5	-0,182	0,855
Privacidad	65 (35 - 75)	60 (45 - 85)	1778	-0,696	0,486
Aprensión	40 (30 - 70)	45 (25 - 75)	1827,5	-0,448	0,654
Apertura al cambio	37,5 (30 - 75)	50 (30 - 75)	1902	-0,075	0,94
Autosuficiencia	55 (35 - 80)	60 (35 - 85)	1820,5	-0,483	0,629
Perfeccionismo	32,5 (15 - 55)	20 (10 - 45)	1591,5	-1,629	0,103
Tensión	60 (35 - 90)	80 (50 - 99)	1578	-1,701	0,089
Pref. Ocupacionales					
Manual	70 (20 - 90)	70 (50 - 90)	1705,5	-1,076	0,282
Científico	55 (35 - 80)	55 (30 - 80)	1581,5	-1,701	0,089
Artístico	65 (45 - 85)	65 (45 - 85)	1768,5	-0,749	0,454
Ayuda	50 (30 - 70)	50 (30 - 70)	1913	-0,02	0,984
Gestión o comercio	70 (45 - 90)	70 (45 - 90)	1840	-0,389	0,697
Organización	25 (5 - 70)	40 (20 - 70)	1666,5	-1,267	0,205

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

Tabla 20*Descriptivo y comparativo de las dimensiones del cuestionario 16PF-APQ según presentación (2)*

	Subtipo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	Inatento	Combinado	U	Z	p-valor
Dificultades cotidianas					
Desánimo	55 (45 - 80)	55 (35 - 80)	1884	-0,167	0,868
Preocupación	65 (20 - 85)	65 (20 - 85)	1875	-0,211	0,833
Imagen pobre de sí mismo	60 (30 - 80)	60 (30 - 85)	1855	-0,311	0,756
Disconformidad general	55 (35 - 80)	60 (35 - 85)	1905	-0,06	0,952
Ira-agresión	55 (20 - 80)	60 (20 - 85)	1555	-1,856	0,063
Dificultades con la autoridad	50 (25 - 80)	80 (50 - 85)	1559,5	-1,807	0,071
Dificultades con la adicción	30 (25 - 65)	25 (25 - 65)	1768	-0,803	0,422
Total en dificultades	52,5 (25 - 75)	70 (35 - 80)	1575,5	-1,709	0,087
Dificultades en casa	55 (30 - 75)	50 (30 - 85)	1880,5	-0,183	0,854
Dificultades en el colegio	45 (45 - 80)	65 (45 - 80)	1802,5	-0,589	0,556
Afrontamiento deficiente	65 (25 - 85)	65 (25 - 85)	1693,5	-1,128	0,259
Dimensiones globales					
Extraversión	48 (21 - 76)	37 (21 - 58)	1578	-1,69	0,091
Ansiedad	36,5 (25 - 58)	43 (20 - 78)	1843,5	-0,366	0,714
Dureza	54 (33 - 90)	62 (37 - 87)	1855,5	-0,307	0,759
Independencia	38,5 (18 - 82)	57 (32 - 79)	1600	-1,58	0,114
Autocontrol	39,5 (13 - 61)	27 (16 - 54)	1754	-0,813	0,416

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

4.4.3. Cuestionario de personalidad para adultos 16PF-5

En la Tabla 21 se muestra el descriptivo de las puntuaciones centiles en las dimensiones del cuestionario 16PF-5 entre los padres de los participantes con y sin TDAH. También se muestran los resultados de las pruebas *U de Mann-Whitney* realizadas para comparar las puntuaciones entre los padres de ambos grupos.

En estilos de respuesta, las dimensiones con diferencias estadísticamente significativas se mostraron en manipulación de imagen ($p = 0.01$) e Infrecuencia ($p =$

0.028), donde las puntuaciones de los padres del grupo con TDAH fueron significativamente inferiores a la de los padres de los adolescentes sin el trastorno.

En las escalas primarias, las dimensiones donde se observaron diferencias estadísticamente significativas fueron estabilidad emocional ($p = 0.002$) y perfeccionismo ($p = 0.036$). Las puntuaciones de los padres de los adolescentes con TDAH fueron significativamente inferiores a la de los padres del GC.

Por último, en cuanto a las dimensiones globales, la puntuación en independencia ($p = 0.033$) fue la única que mostró diferencia entre los padres del GC y los padres de los adolescentes con TDAH. La puntuación de éstos últimos fue significativamente inferior.

Tabla 21

Descriptivo y comparativo de las dimensiones del 16PF-5 entre padres del grupo control y TDAH

	Grupo, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	TDAH	Control	U	Z	p-valor
Estilos de respuesta					
Manipulación de la imagen	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	7975,5	-2,574	0,01
Infrecuencia	5 (5 - 7)	6 (5 - 7)	8304	-2,201	0,028
Aquiescencia	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	9470	-0,327	0,744
Escalas primarias					
Afabilidad	5 (4 - 6)	4,5 (4 - 6)	8808	-1,238	0,216
Razonamiento	5 (4 - 6)	6 (5 - 7)	8562,5	-1,69	0,091
Estabilidad emocional	4 (3 - 5)	4 (4 - 5)	7597	-3,155	0,002
Dominancia	4 (3 - 6)	5 (3 - 6)	8853,5	-1,243	0,214
Animación	4 (3 - 5)	5 (4 - 6)	8820	-1,299	0,194
Atención a las normas	5 (5 - 6)	6 (5 - 7)	9363	-0,489	0,625
Atrevimiento	5 (3 - 6)	5 (4 - 6)	9342,5	-0,517	0,605
Sensibilidad	6 (6 - 7)	6 (5 - 7)	8685,5	-1,529	0,126
Vigilancia	6 (5 - 7)	6 (6 - 7)	9293,5	-0,603	0,547
Abstracción	6 (5 - 7)	6 (5,5 - 7)	9289,5	-0,608	0,543
Privacidad	6 (4 - 7)	6 (5 - 7)	8700,5	-1,403	0,161
Aprensión	6 (6 - 8)	6 (6 - 7)	8901,5	-1,199	0,231
Apertura al cambio	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	9462,5	-0,338	0,735
Autosuficiencia	7 (5 - 8)	7 (6 - 8)	8857,5	-1,243	0,214

Perfeccionismo	4 (4 - 5)	5 (4 - 6)	8306,5	-2,095	0,036
Tensión	7 (6 - 8)	7 (6 - 8)	9073,5	-0,925	0,355
Dimensiones globales					
Extraversión	5 (4 - 6)	5 (3 - 6)	8834	-1,271	0,204
Ansiedad	7 (6 - 8)	7 (5 - 8,5)	9417	-0,403	0,687
Dureza	6 (5 - 8)	6 (5 - 8)	9409	-0,415	0,678
Independencia	4 (3 - 6)	5 (4 - 6)	8257,5	-2,133	0,033
Autocontrol	5 (4 - 6)	6 (4 - 7)	9061	-0,937	0,349

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

En la Tabla 22 se muestra el descriptivo y comparativo entre los progenitores de los adolescentes con TDAH. Analizando las puntuaciones entre padres y madres, se observaron diferencias estadísticamente significativas en dominancia ($p = 0.015$), sensibilidad ($p = 0.001$), vigilancia ($p < 0.001$) y privacidad ($p = 0.001$).

En dominancia, vigilancia y privacidad las puntuaciones de los padres fueron significativamente superiores a la de las madres, mientras que en Sensibilidad la puntuación de los padres fue significativamente inferior que la de las madres.

En cuanto a las dimensiones globales, se han encontrado diferencias entre las puntuaciones de extraversión e independencia. Las madres de los niños con TDAH se muestran más extrovertidas que los padres pero menos independientes.

Tabla 22

Descriptivo y comparativo de las dimensiones del 16PF-5 entre padres y madres del grupo con TDAH

	Progenitor, mediana (RI)		Test U de Mann-Whitney		
	Padre	Madre	U	Z	p-valor
Estilos de respuesta					
Manipulación de la imagen	5 (3,5 - 6)	5 (4 - 6)	3684	-0,006	0,995
Infrecuencia	5 (5 - 7)	5 (5 - 6)	3523,5	-0,548	0,584
Aquiescencia	6 (5 - 7)	6 (5 - 7)	3259	-1,333	0,182
Escalas primarias					
Afabilidad	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	3393	-0,769	0,442

Razonamiento	5 (4 - 6)	6 (4 - 6)	3388,5	-0,928	0,353
Estabilidad emocional	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	3532,5	-0,481	0,63
Dominancia	4,5 (4 - 6)	4 (2 - 5)	2899	-2,441	0,015
Animación	4 (3 - 5)	4 (4 - 6)	3390,5	-0,919	0,358
Atención a las normas	5 (4 - 6)	6 (5 - 6)	3311	-1,173	0,241
Atrevimiento	4 (3 - 6)	5 (4 - 6)	3444,5	-0,75	0,453
Sensibilidad	6 (5 - 7)	6 (6 - 7)	2668,5	-3,221	0,001
Vigilancia	7 (6 - 8)	6 (5 - 7)	2541,5	-3,609	< 0,001
Abstracción	6 (6 - 7)	6 (5 - 7)	3306	-1,2	0,23
Privacidad	6 (5 - 8)	5 (4 - 6)	2568,5	-3,356	0,001
Aprensión	6 (6 - 8)	6 (6 - 8)	3679,5	-0,02	0,984
Apertura al cambio	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	3340,5	-1,075	0,282
Autosuficiencia	7 (5 - 8)	7 (5 - 7)	3260	-1,324	0,185
Perfeccionismo	5 (4 - 5,5)	4 (4 - 5)	3438,5	-0,779	0,436
Tensión	7 (6 - 8)	7 (6 - 8)	3632,5	-0,167	0,867
Dimensiones globales					
Extraversión	5 (4 - 6)	5 (4 - 7)	2968	-2,224	0,026
Ansiedad	7 (6 - 9)	7 (5 - 8)	3496,5	-0,587	0,557
Dureza	6 (5 - 8)	6 (5 - 8)	3574	-0,347	0,729
Independencia	5 (4 - 6)	4 (3 - 5)	2564,5	-3,474	0,001
Autocontrol	5,5 (4 - 7)	5 (4 - 6)	3571	-0,357	0,721

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

4.4.4. Comparación entre cuestionarios de personalidad 16PF-APQ Y 16PF-5 de adolescentes con TDAH y sus padres

A continuación, en la Tabla 23, se muestran los resultados obtenidos entre padres e hijos del grupo con TDAH en las dimensiones comunes de la prueba de personalidad. Como se puede observar, muestran diferencias estadísticamente significativas en los estilos de respuesta, en concreto en manipulación de la imagen ($p < 0,01$). En las escalas primarias también se encuentran diferencias significativas en afabilidad ($p = 0,006$), razonamiento ($p < 0,01$), estabilidad emocional ($p = 0,002$), dominancia ($p < 0,01$), sensibilidad ($p < 0,01$), privacidad ($p = 0,038$), aprensión ($p < 0,01$), perfeccionismo ($p < 0,01$). Finalmente, en cuanto a las dimensiones globales, se aprecian diferencias estadísticamente significativas

en extraversión ($p = 0,032$), ansiedad ($p < 0,01$) y autocontrol ($p < 0,01$). Los adolescentes obtienen mayores puntuaciones en manipulación de la imagen, estabilidad emocional, dominancia y privacidad, en comparación con sus padres. Por el contrario, los progenitores muestran mayores puntuaciones en afabilidad, razonamiento, sensibilidad, aprensión, perfeccionismo, extraversión, ansiedad y autocontrol.

Tabla 23

Descriptivo y comparativo de las dimensiones comunes del 16PF-5 y 16PF-APQ entre padres e hijos del grupo con TDAH

	<i>mediana (RI)</i>		Test U de Mann-Whitney		
	Padres	TDAH	U	Z	p-valor
Estilos de respuesta					
Manipulación de la imagen	50 (35 - 60)	50 (25-70)	353,5	-14,383	< 0,001
Escalas primarias					
Afabilidad	50 (40 - 60)	40 (20 - 70)	8954,0	-2,755	0,006
Razonamiento	50 (40 - 60)	35 (10 - 50)	6510,0	-6,071	< 0,001
Estabilidad emocional	40 (30 - 50)	45 (25 - 75)	8667,5	-3,145	0,002
Dominancia	45 (40 - 60)	60 (40 - 95)	6262,0	-6,412	< 0,001
Animación	40 (30 - 50)	45 (20 - 70)	9843,5	-1,546	0,122
Atención a las normas	50 (40 - 60)	55 (35 - 75)	10507,0	-0,650	0,516
Atrevimiento	40 (30 - 60)	50 (30 - 80)	9699,5	-1,741	0,082
Sensibilidad	60 (50 - 70)	50 (25 - 70)	7399,5	-4,878	< 0,001
Vigilancia	70 (60 - 80)	60 (35 - 80)	10532,5	-0,618	0,537
Abstracción	60 (60 - 70)	65 (40 - 85)	10817,5	-0,228	0,819
Privacidad	60 (50 - 80)	60 (45 - 85)	9454,5	-2,078	0,038
Aprensión	60 (60 - 80)	45 (25 - 75)	7459,0	-4,782	< 0,001
Apertura al cambio	50 (40 - 60)	50 (30 - 75)	10672,5	-0,424	0,671
Autosuficiencia	70 (50 - 80)	60 (35 - 85)	9868,0	-1,512	0,130
Perfeccionismo	50 (40 - 55)	25 (10 - 50)	6170,5	-6,531	< 0,001
Tensión	70 (60 - 80)	65 (40 - 95)	10982,0	-0,005	0,996
Dimensiones globales					
Extraversión	50 (40 - 60)	44 (20 - 68)	9400,5	-2,141	0,032
Ansiedad	70 (60 - 90)	39 (21 - 67)	5852,0	-6,931	< 0,001
Dureza	60 (50 - 80)	60 (35 - 88)	10469,0	-0,697	0,486
Independencia	50 (40 - 60)	48 (26 - 80)	9585,0	-1,891	0,059
Autocontrol	55 (40 - 70)	29 (14 - 57)	6380,0	-6,224	< 0,001

RI: rango intercuartílico (P₂₅-P₇₅)

4.5. Discusión

Este trabajo se ha centrado en el estudio de los factores cognitivos y de personalidad. La interpretación de los resultados debe ser expuesta diferenciando ambos constructos para poder establecer finalmente una relación entre los puntajes derivados.

Los resultados obtenidos a través del test de inteligencia K-BIT sugieren que los adolescentes con TDAH rinden mejor en la subescala Matrices y obtienen mejores puntuaciones en la escala de CI total en comparación con el GC. El subtest Matrices es un buen predictor del pensamiento fluido o inteligencia fluida (IF), es decir, la aptitud para resolver analogías mediante estímulos abstractos que no implican el razonamiento verbal. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Medrano et al. (2010) quienes establecieron una relación entre el CI y la IF encontrando en una muestra de adolescentes con TDAH puntuaciones superiores en ambos constructos, pero no así en la inteligencia cristalizada, relacionada con la subprueba Vocabulario de nuestra investigación. En relación con esto, Costa et al. (2014) señalan la necesidad del estudio de la IF en escolares con TDAH como un factor predictivo de los resultados académicos.

Sin embargo, podemos encontrar tanto en la literatura sobre trabajos clínicos como de neuroimagen funcional diferentes estudios que sugieren que este tipo de capacidad para resolver problemas relacionados con la IF se encuentra estrechamente relacionada con el correcto funcionamiento de los lóbulos frontales (Isingrini & Vazou, 1997). En concreto, se asocia la memoria de trabajo con la IF y se cree que las personas con TDAH subtipo hiperactivo podrían rendir peor en tareas de IF en comparación con el subtipo inatento y que la memoria de trabajo estaría mediando en esta cuestión (Brydges et al., 2021). Un estudio que utilizó pruebas de neuroimagen encontró que los participantes con alta IF rendían mejor y de manera más precisa en tareas con un alto grado de interferencia, activándose las regiones prefrontales y parietales (Gray et al., 2003). Esto podría deberse a

que la resolución de problemas abstractos implica cierta secuenciación y ejecución mental de pasos, organizando al mismo tiempo la información, lo que implicaría de manera directa a las FFEE (Goldberg, 2001).

Estas explicaciones no son congruentes, en parte, con los resultados obtenidos en nuestra investigación, pues de ser así sería de esperar que una persona con TDAH obtuviera peores puntuaciones en tareas que requieren IF ya que implican a las regiones cerebrales ejecutivas asociadas a este diagnóstico. Como hemos visto, los adolescentes con TDAH obtienen mejores puntuaciones en Matrices (dimensión que involucra la IF) en comparación con el GC, en consonancia con estudios recientes (Herrera-Gutiérrez et al., 2021). Aunque bien es cierto que los que presentan subtipo combinado obtienen peores puntuaciones, no significativas, que los que tienen predominio de inatención, coincidiendo con lo expuesto por Brydges et al. (2021).

Sin embargo, estudios con pacientes que sufren daños en la corteza prefrontal no han arrojado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de CI e IF del grupo que presentaba daño prefrontal y el GC, lo que sugiere que la IF no está relacionada con la capacidad prefrontal, al menos de las regiones dorsolateral y ventromedial (Tranel et al., 2008). De igual modo, otros trabajos no encuentran asociación entre la IF, la inteligencia cristalizada y el CI total, sugiriendo que las pruebas que se emplean en la medición de la inteligencia no son efectivas para determinar el funcionamiento cognitivo general ni para evaluar las FFEE (Ardila et al., 2000).

Siguiendo con la comparación de los resultados que hemos obtenido en la prueba de inteligencia K-BIT entre los dos grupos de participantes, encontramos que los adolescentes con TDAH obtienen puntuaciones mayores en el CI total. Curiosamente un estudio genético arroja resultados que son compatibles con los de nuestra investigación, señalando que uno de los genes asociados a la presencia de TDAH en el individuo, el gen DRD4, está asociado con menos impedimentos cognitivos en personas que muestran tener este alelo de riesgo (Kebir, Tabbane, Sengupta & Joobar, 2009).

No obstante, las puntuaciones superiores en CI no son un predictor para el buen clima académico. Los adolescentes con TDAH, a pesar de puntuar más alto en CI muestran una elevada tendencia a presentar dificultades en el colegio, como se ha reflejado en las puntuaciones del 16PF-APQ, en comparación con los adolescentes del GC. Este fenómeno podría deberse al hecho de que a menudo presentan, de manera adicional, dificultades para adaptarse a diferentes contextos, como el social y familiar, o situaciones que impliquen figuras de autoridad (Herrera-Gutiérrez et al., 2003c, 2011a, 2011b; Sánchez-Mármol y Herrera-Gutiérrez, 2010), tal y como señala nuestra investigación. Incluso, como indican Costa et al. (2014), en la población con TDAH, una adecuada regulación afectiva puede influir de manera positiva en los resultados académicos, independientemente del CI obtenido. Por ejemplo, la motivación podría mediar en la ejecución y logro de la tarea. Este fenómeno, podría explicar, al menos en parte, que la puntuación en razonamiento del 16PF-APQ, sea similar en ambos grupos de adolescentes y no superior en el grupo con TDAH, como cabría esperar según los resultados obtenidos en el K-BIT.

Por lo anteriormente mencionado, podemos afirmar de manera contundente que el estudio de los factores cognitivos no debe realizarse de manera aislada con un único test que mida esta capacidad. Es importante tener en cuenta los factores de personalidad que puedan estar interfiriendo en la expresión de la capacidad cognitiva, así como otros factores familiares y genéticos presentes.

A continuación, analizaremos las puntuaciones obtenidas en los test de personalidad, reflejando, a su vez, si existe o no algún tipo de asociación entre estos puntajes y los obtenidos por los progenitores.

Los adolescentes del GC muestran estilos de respuesta que tienden a la evitación para responder preguntas difíciles, mostrándose el conjunto con TDAH con más sinceridad. Igualmente, los progenitores de ambos grupos manifiestan la misma tendencia que sus hijos. Los padres y madres de los menores sin diagnóstico presentan una tendencia a responder de manera socialmente aceptable. Este hecho podría deberse a que los test no

fueron realizados en un ambiente clínico, no siendo igual en el caso de los progenitores del grupo con trastorno hiperactivo, quienes recibieron instrucciones más precisas.

Siguiendo con el análisis de los rasgos principales de personalidad, nuestra investigación señala que el grupo de adolescentes con TDAH ha obtenido puntuaciones superiores en dominancia, animación, tensión y dureza, y puntuaciones inferiores en afabilidad, atención a las normas, autosuficiencia, perfeccionismo y autocontrol, en comparación con sus iguales sin este diagnóstico.

La afabilidad está estrechamente relacionada con la amabilidad que mostramos al comunicarnos. Diferentes estudios asocian puntuaciones inferiores en este constructo en personas con TDAH (Anckarsater et al., 2006; Faraone et al., 2009; Jacob et al., 2007; Shaw & Giambra, 1993), esto coincide con los resultados obtenidos.

De manera similar, nuestros datos también son congruentes con los de Martínez et al. (2010), quienes encuentran mayores rasgos de animación entre las personas con diagnóstico de TDAH.

En cuanto al autocontrol, estos resultados coinciden con investigaciones previas que señalan un peor desempeño de los adolescentes con el trastorno en este aspecto (Gudjonsson et al., 2010; Herrera-Gutiérrez et al., 2021; Ucuz et al., 2021; Yurumez et al., 2014). Del mismo modo, se ha documentado en esta población, a través de pruebas de neuroimagen, la existencia de un patrón de desinhibición relacionado con el autocontrol (Barkley, 1997, 2011; Oosterlaan & Sergeant, 1995; Quay, 1997).

En referencia al factor tensión, podemos afirmar que es un rasgo que se encuentra estrechamente relacionado con el neuroticismo. En este aspecto, diferentes autores que han estudiado la población con TDAH señalan puntuaciones superiores en este índice, al igual que los resultados hallados en nuestra investigación (Blanken et al., 2021; Jacob et al., 2007; Krieger, 2020; Miller et al., 2008; Retz et al., 2004).

De lo anteriormente mencionado se deduce una tendencia del grupo con TDAH a mostrar rasgos de personalidad relacionados con la impulsividad y la falta de control conductual y emocional.

En cuanto a las preferencias ocupacionales, los adolescentes con TDAH muestran una inclinación a los trabajos de tipo manual que están relacionados con profesiones más prácticas. Estos resultados son congruentes con los reflejados por Lasky et al. (2016), quienes exponen que las personas con trastorno hiperactivo muestran interés por las tareas activas, prácticas y que requieren cierto desafío mental. Este tipo de profesiones están más relacionadas con el autoempleo, donde se ha visto una mayor preferencia de las personas con TDAH a esta opción laboral (Verheul et al., 2016). En cambio, los adolescentes sin el trastorno prefieren una labor que tenga relación con la ayuda y la organización, más centrada en el cuidado al prójimo y en tareas que requieren cierto orden y estructuración.

Un dato curioso encontrado es que los adolescentes con trastorno hiperactivo de nuestro estudio muestran dificultades en diferentes contextos y situaciones de su vida cotidiana como son el hogar, la escuela y la autoridad, en cambio, obtienen puntuaciones inferiores en dificultades con la adicción en relación con los adolescentes pertenecientes a la muestra no clínica. Estos resultados no concuerdan con los de quienes afirman que las personas con TDAH presentan mayor vulnerabilidad biológica y psicosocial para desarrollar una conducta adictiva (Krieger et al., 2020; Martínez-Sánchez, 2017; Pedrero et al., 2009). Aunque bien es cierto que la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para la adicción (Herrera-Gutiérrez et al., 2014; Maturana, 2011), una posible explicación a este fenómeno puede ser el hecho de que los adolescentes con TDAH estaban recibiendo tratamiento psicopedagógico, lo que implica mayor sensibilidad e información hacia las conductas de riesgo.

En relación con los resultados obtenidos en el test de personalidad 16PF-5, cumplimentado por los padres y madres de los adolescentes, nuestra investigación señala resultados mayores en independencia en los progenitores de los menores con TDAH. En cambio, muestran puntuaciones inferiores en perfeccionismo y estabilidad emocional. En el

aspecto de la regulación emocional, nuestros resultados coinciden con los de Alpizar-Velázquez (2019) que no solo asocian la inestabilidad emocional con el TDAH, sino que también la relacionan con las FFEE, refiriendo que estas no solo ayudan a la persona a canalizar sus emociones, sino que también se encargan de resolver conflictos, organizar la toma de decisiones, la flexibilidad cognitiva y la creatividad. Por lo que no resulta extraño encontrar estos hallazgos si tenemos en cuenta, como hemos mencionado anteriormente, que los padres de estos menores suelen estar sometidos a situaciones de estrés que pueden interferir en la capacidad ejecutiva (Gordon & Hinshaw 2017; Miller et al., 2022; Wiener et al., 2016).

Dentro del grupo de padres y madres de adolescentes con el trastorno, nuestro estudio analizó el patrón de personalidad de ambos grupos por separado. De este análisis se concluye que las madres manifiestan mayor sensibilidad y extroversión. No hemos encontrado información en la literatura que relacione la maternidad con estos dos factores. En cambio, en estudios recientes se ha expuesto que las madres muestran mayores síntomas de estrés, neuroticismo y menor amabilidad (Pérez-Algorta et al., 2018, 2020). Como hemos señalado anteriormente, este hecho también puede estar relacionado con los mayores síntomas de estrés que experimentan las madres en la crianza de sus hijos con trastorno hiperactivo (Chronis-Tuscano et al., 2008; Instones et al., 2013; Narkunam et al., 2014). Por su parte, los padres alcanzan mayores puntuaciones en dominancia, vigilancia, privacidad e independencia.

Comparando las puntuaciones obtenidas entre las presentaciones de TDAH (combinada y con falta de atención), podemos decir que no se han hallado diferencias en las puntuaciones entre ambos subtipos ni en el test de inteligencia ni en el de personalidad. Esto no coincide con los resultados obtenidos por López-Ortuño (2015) y Martínez et al. (2010) acerca de la personalidad, quienes sí encuentran diferencias entre subtipos. En cuanto a la inteligencia, López-Ortuño (2015) tampoco halló diferencias entre los tipos de presentaciones de TDAH en Matrices, Vocabulario y CI, al igual que los datos obtenidos en nuestro estudio.

Si comparamos las puntuaciones obtenidas en las pruebas de personalidad de los adolescentes con las de sus progenitores, observamos que los adolescentes obtienen mayores puntuaciones en manipulación de la imagen, estabilidad emocional, dominancia y privacidad, en comparación con sus padres. Por el contrario, los progenitores muestran mayores puntuaciones en afabilidad, razonamiento, sensibilidad, aprensión, perfeccionismo, extraversión, ansiedad y autocontrol. Resulta curioso observar cómo los menores manifiestan mayor estabilidad emocional que sus padres y cómo se observa en los progenitores una tendencia a mostrar mayores rasgos que reflejan cierto grado de tensión psicológica, como son la ansiedad, la aprensión y el autocontrol. Esto coincide con las investigaciones que sugieren mayor ansiedad (Zambrano-Sánchez et al., 2018) y probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico en los padres de menores con TDAH (Steinhausen et al., 2013). Aunque se considera esperable que los progenitores muestren mayores puntuaciones en afabilidad, sensibilidad y autocontrol que sus hijos, ya que estas características se encuentran asociadas al TDAH y se espera que los padres, aunque puedan presentar este diagnóstico, cuenten con un cortex prefrontal más desarrollado y, por tanto, menos impulsivo que el de sus hijos. En último lugar, las mejores puntuaciones de los padres en razonamiento pueden explicarse por el componente motivacional al realizar la prueba, aunque, como se mencionó con anterioridad, hay que recordar que el razonamiento no es un buen índice que prediga la capacidad cognitiva.

Finalmente, teniendo en cuenta al mismo tiempo las puntuaciones elevadas de los diferentes constructos de personalidad de los test de los progenitores y los de sus hijos, podemos observar que existe un factor común que es la dominancia. Padres e hijos muestran una tendencia a imponer su voluntad con respecto a los demás, rasgo que está estrechamente relacionado con la impulsividad, que a su vez resulta una característica principal en el TDAH. Como se ha ido exponiendo a lo largo de este trabajo, se estima que los padres de los menores con el trastorno también lo presentan (Chronis-Tuscano et al., 2017), esto podría explicar el hecho de que la dominancia sea una característica común en padres e hijos. En cambio, en el GC, los padres y madres muestran puntuaciones elevadas en perfeccionismo, similares a las de sus hijos.

4.6. Conclusiones

Es importante que quede reflejado el valor potencial que tiene esta investigación en la práctica aplicada, así como para futuros estudios.

Por un lado, en cuanto al análisis de la inteligencia, se ha mostrado que la inteligencia de tipo fluido posee un mayor peso biológico que la cristalizada (García-Molina et al., 2010). Puesto que las personas con TDAH obtienen mejores puntuaciones en este tipo de constructo, es importante que se realicen estudios en este sentido, que puedan analizar los factores cognitivos de los padres y madres de las personas con TDAH. Consideramos que esta información podría resultar de importancia para predecir los procesos cognitivos de los menores con trastorno hiperactivo con el fin de reducir los problemas de aprendizaje y el bajo rendimiento académico asociado a causa de los síntomas negativos del trastorno. Además, brindar apoyo temprano a los alumnos teniendo en cuenta sus déficits, podría mejorar su ajuste ocupacional y social en la edad adulta (Ramos-Olazagasti et al., 2018).

Por otro lado, señalamos otros beneficios que los datos de este estudio pueden aportar. Las dificultades con las figuras de autoridad, los altos índices en tensión, dureza y dominancia y las bajas puntuaciones en autocontrol y atención a las normas suponen un riesgo para la adaptación de los menores con TDAH, lo que repercutiría en problemas de ajuste personal en la edad adulta temprana (Alberdi-Páramo y Pelaz-Antolin, 2019).

Además, al incluir a la familia en el estudio del TDAH podrían prevenirse problemas psicológicos y escolares futuros, ya que la implicación en el desarrollo funcional del menor se ha visto directamente influenciada por los estilos de crianza y personalidad de los progenitores (Castillo y Merino, 2018). A su vez, como se ha comprobado, existen vínculos familiares entre el TDAH y los diversos factores de personalidad asociados

(Katzman et al., 2017). Por tanto, los rasgos de personalidad y temperamentales pueden derivar en factores psicopatológicos futuros en las personas con trastorno hiperactivo (Kim et al., 2017; Ucuz et al., 2021) por lo que su estudio podría ayudar a mejorar los planes de intervención para el tratamiento del trastorno. Poniéndose de manifiesto que el uso de pruebas de evaluación como las utilizadas en esta investigación podría ayudar a tal fin.

Igualmente, cabe resaltar que las evidencias señaladas ayudarán a planificar la evaluación e intervención psicoeducativa tanto para los menores como para sus padres, los cuales ejercen una influencia directa en la evolución del TDAH de sus hijos/as, ya sea a través de patrones de personalidad heredados o a través del aprendizaje vicario que se produce en la interacción familiar cotidiana. De este modo, reiteramos la necesidad de utilizar mayor número de pruebas diagnósticas que incluyan los factores cognitivos y de personalidad de las personas con el trastorno, así como de sus progenitores, pues esta información tiene un carácter práctico y aplicado con grandes repercusiones en la evolución emocional, académica y social del menor. Debido a que los perfiles de personalidad podrían desempeñar un papel importante en la predicción de la respuesta al tratamiento del trastorno hiperactivo (Blaken et al., 2021), esperamos que estos resultados contribuyan a valorar este aspecto en el proceso de evaluación de las personas con TDAH.

Finalmente, del valor de este trabajo en futuras investigaciones nos ocupamos en el apartado siguiente. Posiblemente, la principal contribución radique en que nuestros hallazgos pueden ayudar en un futuro a explicar esa conexión cognición-personalidad y contribuir a impulsar un área de estudio aún incipiente en el TDAH.

4.7. Limitaciones y futuras líneas de investigación

A continuación expondremos las limitaciones que presenta nuestro estudio según las características de la muestra, pruebas empleadas, información científica disponible y evidencias halladas tras el análisis estadístico de los datos.

En cuanto a la muestra empleada, el número total de participantes es elevado, no obstante, el número de participantes con TDAH y sus progenitores es inferior al del GC, siendo positivo que se estableciera una muestra total más homogénea. Del mismo modo, habría que hacer más hincapié en equiparar el número de participantes según el género (Kooij, 2019).

De forma similar, realizar más investigaciones que sigan la línea de nuestro estudio podría contribuir a identificar con mayor exactitud las presentaciones del TDAH apoyándose en el perfil de personalidad del individuo evaluado (Perroud, et al., 2016). Y a la inversa, de un determinado subtipo cabría esperar como más probables determinados rasgos de personalidad asociados.

Además, al comparar los subtipos de TDAH, nuestra muestra no incluye la presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Esta circunstancia podría deberse a la necesidad de ampliar el tamaño muestral de la población clínica o al desarrollo y curso del trastorno en sí. Como se menciona en APA (2013), es difícil identificar los síntomas de hiperactividad en la adolescencia siendo los síntomas inatentos más persistentes y visibles, al contrario de como ocurriría en la infancia. Por tanto, se considera favorable desarrollar nuevas investigaciones que contemplen este hecho.

Otra de las posibles limitaciones de la muestra podría deberse a que las personas con TDAH han estado recibiendo atención terapéutica. Esto ha podido influir de manera positiva o negativa en los resultados de los test. Por ejemplo, en cuanto a los estilos de

respuesta, se muestran más sinceros al responder a los cuestionarios. Sin embargo, es posible que en diferentes variables hayan obtenido puntuaciones moderadas por estar en tratamiento terapéutico, y no elevadas como es esperable en la población adolescente, como se ha visto en el caso de la escala de dificultades con la adicción.

Por otro lado, con respecto a la literatura revisada nos hemos encontrado con una escasez de estudios que empleen las pruebas de personalidad 16PF-5 y 16PF-APQ a pesar de su amplia validez. En cambio, en investigación es más común que se usen tests de personalidad que midan rasgos de carácter psicopatológico. Este hecho limita la posibilidad de constatar los resultados hallados.

Tras analizar los datos, encontramos algunas carencias en este estudio que sería importante tener en cuenta para futuras investigaciones. De este modo, creemos conveniente que se estudie la ansiedad a través de una prueba más específica que contenga más ítems que el test de Catell que hemos empleado y, a su vez, se analice la correlación entre las altas puntuaciones y la mayor expresión de los síntomas negativos del TDAH (Humphreys et al., 2019).

Para concluir, y como hemos ido reiterando anteriormente, consideramos oportuno y necesario que se realice un mayor número de investigaciones que incluyan el análisis de los factores cognitivos y de personalidad de los progenitores de las personas con trastorno hiperactivo (Blaken et al., 2021, Instanes, et al., 2013).

Igualmente, consideramos necesario que se analice la interacción entre factores de personalidad y cognitivos en la población con TDAH (Herrera-Gutiérrez et al., 2021). Más allá de un mejor conocimiento del trastorno, estos estudios aportarían información de un gran valor práctico para el tratamiento de los síntomas del mismo.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Ackerman, P.L., & Heggestad, E.D. (1997). Intelligence, personality, and interests: Evidence for overlapping traits. *Psychological Bulletin*, *121*(2), 219-245. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.2.219>
- Aguilar, M., Herrera, E., y Gómez, J. (2013). *Subtipos electrofisiológicos de personas diagnosticadas de TDAH. Características e implicaciones psicofisiológicas y educativas*. Editorial Académica Española. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.
- Agha, S.S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(6), 369-377. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0378-x>
- Agha, S.S., Zammit, S., Thapar, A., & Langley, K. (2020). Parent psychopathology and neurocognitive functioning in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *24*(13), 1836-1846. <https://doi.org/10.1177/1087054717718262>
- Ali, H., Davidson, F., MacPherson, M., & Corkum, P. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder: An evidence-based guide. *Sleep in Children with Neurodevelopmental Disabilities*. 155-166. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98414-8_12
- Alberdi-Páramo, I. y Pelaz-Antolín, A. (2019). Emocionalidad y temperamento en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Revista de Neurología*, *69*(8), 337-341. <https://doi.org/10.33588/rn.6908.2019032>

- Alpizar-Velázquez, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1). 17-36. <https://doi.org/10.22544/rcps.v38i01.02>
- Amado, A., Gómez, L. y Muñoz, A. (2015). Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 82-89.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second edition*. Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Author (trad. cast. Masson, 1983).
- American Psychiatrist Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Author (trad. cast. Médica Panamericana, 2014).
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520. <https://doi.org/10.1007/BF00916812>
- Anastopoulos, A.D., & King, K.A. (2015). A Cognitive-Behavior Therapy and Mentoring Program for College Students With ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(2), 141-151. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.002>
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T. DuPaul, G.J., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596. <https://doi.org/10.1007/BF00916320>
- Anckarsater, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.B., Niklasson, L., Nyden, A., Wentz, E., Westergren, s., Cloninger, R., Gillberg, C., & Rastam, M.

- (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1239-1244. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1239>
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82. <https://doi.org/10.1076/chin.8.2.71.8724>
- Andreou, P., Neale, B.M., Chen, W., Christiansen, H., Gabriels, I., Heise, A., Meidad, S., Muller, U.C., Uebel, H., Banaschewski, T., Manor, I., Oades, R., Roeyers, H., Rothenberger, A., Sham, P., Steinhausen, H.C., Asherson, P., & Kuntsi, J. (2007). Reaction time performance in ADHD: improvement under fast-incentive condition and familial effects. *Psychological Medicine*, 37(12), 1703-1715. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000815>
- Ardila, A. y Ostrosky-Solís, F. (2008). Desarrollo histórico de las Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*, 8(1), 1-21.
- Ardila, A., Pineda, D., & Roselli, M. (2000). Correlations between intelligence test scores and executive function measures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15(1), 31-36. [https://doi.org/10.1016/S0887-6177\(98\)00159-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6177(98)00159-0)
- Asherson, P., Brookes, K., Franke, B., Chen, W., Gill, M., Ebstein, R.P., Buitelaar, J., Banaschewski, T., Sonuga-Barke, E., Eisenberg, J., Manor, I., Miranda, A., Oades, R.D., Roeyers, H., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.C., & Faraone, S.V. (2007). Confirmation that a specific haplotype of the dopamine transporter gene is associated with combined-type ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 674-677. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.674>
- Balbuena, F., Barrio, E., González, C., Pedrosa, B., Rodríguez, C. y Yägüez, L.A. (2014). *Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el ámbito educativo. Guía para orientadores y orientadoras*. Consejería de Educación, Cultura y Deporte.

- Bará-Jimenez, S., Vicuña, P., Pineda, D.A. y Henao, G.C. (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 37(7), 608-615.
<https://doi.org/10.33588/rn.3707.2003189>
- Barkley, R.A. (1987). The assessment of attention déficit-hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9(3), 207-233.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 2nd ed. Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Paidós.
- Barkley, R.A. (2019a). *Myth: All children grow out of ADHD*.
<https://www.adhdawarenessmonth.org/wp-content/uploads/Grow-out-of-it-Barkley.pdf>
- Barkley, R.A. (2019b). Neuropsychological Testing is not useful in the diagnosis of ADHD: Stop it (or prove it)! *The ADHD Report*, 27(2), 1-8.
<https://doi.org/10.1521/adhd.2019.27.2.1>
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions,

family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 233-258. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00304.x>

Barkley, R., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>

Barkley, R.A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>

Bauermeister, J.J. (2014) *Hiperactivo, impulsivo, distraído ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional (TDAH) para padres, maestros y profesionales*. The Guildford Press.

Becker, S.P., Breaux, R., Cusick, C.N., Dvorsky, M.R., Marsh, N.P., Sciberras, E., & Langberg, J.M. (2020). Remote learning during COVID-19: Examining school practices, service continuation, and difficulties for adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 769-777. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.002>

Berenguer, C., Roselló, B., y Baixauli, I. (2019). Perfiles de familias con factores de riesgo y problemas comportamentales en niños con déficit de atención con hiperactividad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 75-84. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v2.1403>

Bersabé, R., Fuentes, M.J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684

- Bidwell, L.C., Willcutt, E.G., Defries, J.C., & Pennington, B.F. (2007). Testing for neuropsychological endophenotypes in siblings discordant for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 62(9), 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.04.003>
- Biederman, J., Faraone, S., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 526-33. <https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00004>
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouellette, C., Marrs, A., Moore, P., García, J., Mennin, D., & Lelon, E. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 997-1008. <https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00010>
- Biederman, J., Faraone S.V., & Monuteaux, M.C. (2002). Impact of exposure to parental attention deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32(5), 817-827. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005652>
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.816>
- Biederman, J., Munir, K., Knee, D., Habelow, W., Armentano, M., Sherry, A., Hoge, S.

- Bilgiç, A., Uzun, N., Işık, U., Açikel, S.B., Çoşkun, F., & Akça, O.F. (2021). The relationships of parent and child related psychiatric conditions with oppositional defiant disorder and conduct disorder symptoms in children with ADHD. *Children`s Health Care*, 50(4), 353-372. <https://doi.org/10.1080/02739615.2021.1894938>
- Blanken, T.F., Courbet, O., Franc, N., Albajara, A., Van Someren, E.J. W., Peigneux, P., & Villemonteix, T. (2021). Is an irritable ADHD profile traceable using personality dimensions? replicability, stability, and predictive value over time of data-driven profiles. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 633-645. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01546-z>
- Blondic, D., Wiener, J., & Martinussen, R. (2019). Parental psychopathology and parenting stress in parents of adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 2107-2119. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01430-8>
- Borges, J., Leite, R., Almeida, M., Morais, S., & Madeira, N. (2021). Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood and the heritability of this condition. *European Psychiatry*, 64(1), 616-616.
- Breaux, R.P., Dvorsky, M.R., Marsh, N.P., Green, C.D., Cash, A.R., Shroff, D.M., Buchen, N., Langberg, J.M., & Becker, S.P. (2021). Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: protective role of emotion regulation abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 62(9), 1132-1139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13382>
- Breaux, R.P. Langberg, J.D., Harvey, E.A., & Zakarian, R.J. (2018). Longitudinal associations of parental emotion socialization and children`s emotion regulation: the moderating role of ADHD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(4), 671-683. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0327-0>

- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D., Allan, M., Allman, C., & Zelenak, J. (1988). Risk factors for adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581-588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800300079011>
- Brikell, I., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2019). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 29(3), 757-758. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.06.106>
- Broadhurst, C. (2018). *A phenomenological study to explore the social and emotional impact of having a sibling with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* [Doctoral thesis, Manchester Metropolitan University]. <https://e-space.mmu.ac.uk/id/eprint/621659>
- Brown, T.E. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención: Una mente desenfocada en niños y adultos*. Masson.
- Brown, T.E. (2014). *Smart but Stuck. Emotions in Teens and Adults with ADHD*. Jossey-Bass.
- Brown, V., & Browman, M. (2002). Rodent models of prefrontal cortical function. *Trends in Neurosciences*, 25(7), 340-343. [https://doi.org/10.1016/s0166-2236\(02\)02164-1](https://doi.org/10.1016/s0166-2236(02)02164-1)
- Brydges, C.R., Ozolnieks, K.L., & Roberts, G. (2021). Working memory and intraindividual variability in response time mediate fluid intelligence deficits associated with ADHD symptomology. *Journal of Attention Disorders*, 25(1), 63-72. <https://doi.org/10.1177/1087054718772143>
- Bunford, N. (2020). Emotion regulation in adolescents with ADHD en S.P. Becker (Ed.), *ADHD in adolescents. Development, Assessment and Treatment* (pp.77-100). The Guilford Press.

- Bunford, N., Dawson, A.E., Evans, S.W., Ray, A.R., Langberg, J.M., Owens, J.S., Dupaul, G.J., & Allan, D.M. (2020). Difficulties in Emotion Regulation Scale-Parent Report: A Psychometric Investigation Examining Adolescents With and Without ADHD. *Assessment*, 27(5), 921-940. <https://doi.org/10.1177/1073191118792307>
- Burgess, P.W. (1997). Theory and methodology in executive function research. En P. Rabbit (Ed.). *Methodology of frontal and executive function* (pp.81-116). Psychology Press.
- Bustillo, M. y Servera, M. (2015). Análisis del patrón de rendimiento de una muestra de niños con TDAH en el WISC-IV. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(2), 121-128.
- K., & Water-Naux, C. (1986). A family study of patients with attention deficit disorder and normal controls. *Journal of Psychiatric Research*, 20(4), 263-74. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(86\)90030-0](https://doi.org/10.1016/0022-3956(86)90030-0)
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niño/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32(4), 79-98.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Cervone, D. (2004). The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 751-763. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.11.003>
- Carballo, J.J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Puper-Ouakil, D., Hoekstra, P.J., Coghill, D., Schulze, U.M.E., Dittmann, R.W., Buitelaar, J.K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., & Arango, C. (2019). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 759-776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

- Carrasco, M.A., Ramírez, I. y Del Barrio, V. (2013). *Evaluación clínica. Diagnóstico, formulación y contrastación de los trastornos psicológicos*. Sanz y Torres.
- Castillo, S.M. y Merino, Z.G. (2018). La desintegración familiar: Impacto en el desarrollo emocional de los niños. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 3(9), 10-18. <https://doi.org/10.26910/issn.2528-8083vol3iss9.2018pp10-18p>
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M.J., Ridaó, M., Macías, D., Catalá, M.A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*, 12(7), 1-31. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Cattell, R.B., Cattell, A.K.S., & Cattell, H.E.P. (1993). *16PF Fifth Edition Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K.S. y Cattell, H.E.P. (1995). *16PF-5. Cuestionario de personalidad para adultos* (5ª Ed.). TEA Ediciones.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K.S. y Cattell, H.E.P. (2005). *16PF-5. Cuestionario de personalidad para adultos* (8ª Ed. Rev.). TEA Ediciones.
- Cavonius-Rintahaka, D., Aho, A.L., Voutilainen, A., Billstedt, E., & Gillberg, C. (2019). Health, functionality, and social support in families with a child with a neurodevelopmental disorder- a pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1151-1161. <https://doi.org/10.2147/NDT.S195722>
- Caye, A., Spadini, A.V., Karam, R.G., Grevet, E.H., Rovaris, D.L., Bau, C.H., Rohde, L.A., & Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a

systematic review of the literature and meta-analysis. *Europea Child Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1151-1159. <https://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0831-8>

Caye, A., Swanson, J.M., Coghill, D., & Rohde, L.A. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*, 24, 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>

Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2003). Personality predicts academic performance: Evidence from two longitudinal university samples. *Journal of Research in Personality*, 37(4), 319-338. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00578-0)

Chen, Q., Brikell, I., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Kuja-Halkola, R., Sandin, S., & Larsson, H. (2017). Familial aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(3), 231-239. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12616>

Chiang, C.T., Ouyang, C.S., Yang, R.C., Wu, R.C., & Lin, L.C. (2020) Increased temporal lobe beta activity in boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder by LORETA Analysis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14(85), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00085>

Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., Jones, H.A., & Rathouz, P.J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in Young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70-82. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>

Chronis, A.M., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Roberts, J.E., & Aronoff, H.R. (2003). Impact of late-afternoon stimulant dosing for children with ADHD on parent and parent-

child domains. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 118-126. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3201_11

Chronis-Tuscano, A., Raggi, V.L., Clarke, T.L., Rooney, M.E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1237-1250. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9246-4>

Chronis-Tuscano, A., Wang, C.H., Woods, K.E., Strickland, J., & Stein, M.A. (2017). Parent ADHD and evidence based treatment for their children: review and directions for future research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 501-517. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0238-5>

Ciray, R.O., Özyurt, G., Turan, S., Karagöz, E., Ermis, C., Öztürk, Y., & Akay, A. (2021). The association between pragmatic language impairment, social cognition and emotion regulation skills in adolescents with ADHD. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1938211>

Clements, S.D., & Peters, J.E. (1962). Minimal Brain Dysfunctions in the School-Age Child: Diagnosis and Treatment. *Archives of General Psychiatry*. 6(3), 185-197. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710210001001>

Coghill, D. (2019). Debate: Are stimulant medications for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder effective in the long term? (For). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 58(10), 938-939. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.002>

Coghill, D.R., Banaschewski, T., Soutullo, C., Cottingham, M.G., & Zuddas, A. (2017). Systematic review of quality of life and functional outcomes in randomized placebo-controlled studies of medications for attention-deficit/hyperactivity

disorder. *European Child Adolescent Psychiatry*. 26(11), 1283-1307.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-0986-y>

Cole, A. (2021). High School Graduates' Perceptions of Factors that Will Impact Academic Success in College. *Journal of College Orientation, Transition, and Retention*, 28(1), 1-14. <https://doi.org/10.24926/jcotr.v28i1.2938>

Colombo, M., Risueño, A. y Motta, I. (2003). Función ejecutiva y conductas impulsivas. *En Cuarto Congreso Virtual Interpsiquis*. Universidad Argentina John F. Kennedy.
https://www.researchgate.net/profile/Iris-Motta-2/publication/228465418_Funcion_ejecutiva_y_conductas_impulsivas/links/53e263a20cf275a5fdd70282/Funcion-ejecutiva-y-conductas-impulsivas.pdf

Córdoba, L. y Verdugo, M.A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños con TDAH: Un enfoque cualitativo. *Siglo Cero*, 34(4), 19-33.

Cortese, S. (2020). Pharmacologic treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The new England Journal of Medicine*, 383(11), 1050-1056.
<https://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1917069>

Costa, D., De Paula, J., Alvim-Soares, A., Breno, D., Romano-Silva, M.A., Malloy-Diniz, L., & Miranda, D. (2014). ADHD inattentive symptoms mediate the relationship between intelligence and academic performance in children aged 6-14. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(4), 313-321. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1201>

Craparo, G., Magnano, P., Gori, A., Passanisi, A., Lo Piccolo, A., & Pace, U. (2015). ADD symptoms, self-image and emotional intelligence in early adolescence. *Life Span and Disability XVIII*, 18(2), 167-188.

- Crisci, G., Caviola, S., Cardillo, R., & Mammarella, I.C. (2021). Executive Functions in Neurodevelopmental Disorders: Comorbidity overlaps between Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Specific Learning Disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *15*, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.594234>
- Crosbie, J., & Schachar, R. (2001). Deficient inhibition as a marker for familial ADHD. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1884-1890. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1884>
- Cunningham, C.E., Bennes, B.B., & Siegel, L.S. (1988). Family functioning, time allocation, and parental depression in families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *17*(2), 169-177. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1702_10
- Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O.C., & Efron, D. (2012). Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatric*, *171*(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1524-4>
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*(3), 266-280. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01258.x>
- Dadashzadeh, H., Amir, S., Atapour, A., Abdi, S., & Asadian, M. (2014). Personality Profile of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Scientific World Journal*, 1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/212614>
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A.P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N.A., & Chacko, A. (2019). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of*

Developmental and Psysical Disabilities, 32, 257-292.
<https://doi.org/10.1007/s10882-019-09691-3>

De Freitas, R.L., Triguero, M.C., Nunes, C., De Fátima, A., Roim, A.P., & Rodrigues, L.R. (2020). Parenting styles and mental health in parents of children with ADHD. *Interamerican Journal of Psychology*, 53(3), 417-430.
<https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i3.949>

De la Huerta, R., Corona, J. y Méndez, V. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(1), 46-51.

De Zeeuw, E.L., Van Beijsterveldt, C.E.M., Ehli, E.A., De Geus, E.J.C., & Boomsma, D.I. (2017). Attention déficit hyperactivity disorder symptoms and low educational achievement: evidence supporting a causal hypothesis. *Behavior Genetics*, 47, 278-289. <https://doi.org/10.1007/s10519-017-9836-4>

Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry and Human Development*, 41(2), 168-192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>

Del Campo, N., Chamberlain, S.R., Sahakian, B.J., & Robbins, T.W. (2011). The Roles of Dopamine and Noradrenaline in the Pathophysiology and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 69(12), 145-157.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.036>

Demontis, D., Walters, R.K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T.D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein,

- J.I., Grasby, K.L., Grove, J., ...Neale, B.M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51, 63-75. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Doernberg, E., & Hollander, E. (2016). Neurodevelopmental Disorders (ASD and DHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 295-299. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000262>
- Domínguez, R. (2017). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La preocupación de las familias de afectados y la necesidad de ampliar conocimientos de los profesionales de la educación. *Cuestiones Pedagógicas*, 26, 97-110.
- Donenberg, G., & Baker, B.L. (1993). The impact os Young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(2), 179-198. <https://doi.org/10.1007/BF00911315>
- Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Metternich-Kaizman, T. W., & Schürmann, S. (2020). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An 8-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 145-162. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054716659138>
- Eisenbarth, H., Alpers, G.W., Conzelmann, A., Jacob, C.P., Weyers, P., & Pauli, P. (2008). Psychopathic traits in adult ADHD patients. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 468-472. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.022>
- Elemam, M.E., Abdelmaskoud, A.A-H., & Alabbas, M.M.A. (2020). Effect of Parenting Style on Severity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Children Attending Al-Azhar University Hospital, New Damietta. *International Journal of Medical Arts*, 2(1), 211-216. <https://doi.org/10.21608/ijma.2019.19845.1045>

- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervás, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, *116*(3), 364-369. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0386>
- Eubig, P.A., Aguiar, A., & Schantz, S. (2010). Lead and PCBs as Risk Factors for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Environmental Health Perspectives*, *118*(12), 1654-1667. <https://doi.org/10.1289/ehp.0901852>
- Evans, S.W., Van der Oord, S., & Rogers, E.E. (2020). Academic functioning and interventions for adolescents with ADHD en S.P. Becker (Ed.), *ADHD in adolescents* (pp.148-158). The Guilford Press.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Difference: A natural science approach*. Plenum Press.
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (2008). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. TEA Ediciones.
- Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, *36*(2), 159-165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Faraone, S.V., Kunwar, A., Adamson, J., & Biederman, J. (2009). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological Medicine*, *39*(4), 685-693. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003917>
- Faraone, S.V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*, 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>

- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 55(1), 1313-1323. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>
- Farran, E.K., Bowler, A., D'Souza, H., Mayall, L., Karmiloff-Smith, A., Sumner, E., Brady, D., & Hill, E.L. (2020). Is the motor impairment in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) a co-occurring déficit or a phenotypic characteristic?. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 4, 245-270. <https://doi.org/10.1007/s41252-020-00159-6>
- Fenesy, M.C., Teh, S.E., & Lee, S.S. (2019). Negative Parenting Moderates the Prospective Association of ADHD Symptoms and Youth Social Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1583-1597 <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00542-5>
- Fenollar, F., Gómez, J.A. y Muñoz, A. (2015b). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 90-97.
- Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C. y García-Sevilla, J. (2015). Detección de perfiles cognitivos mediante WISC-IV en niños diagnosticados de TDAH. ¿Existen diferencias entre subtipos? *Revista de Psicodidáctica*, 20(1), 157-176.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention déficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 337-346. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_5
- Fontana, M. y Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educativa*,

Formación de Profesores, 54(2), 20-40. <https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.54-Iss.2-Art.290>

Friedman, L.M., Dvorsky, M.R., McBurnett, K., & Pfiffner, L.J. (2020). Do Parents' ADHD Symptoms Affect Treatment for their Children? The Impact of Parental ADHD on Adherence to Behavioral Parent Training for Childhood ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(11), 1425-1437. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00672-1>

Friedman, S.R., Rapport, L.J., Lumley, M., Tzelepis, A., VanVoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 17(1), 50-58. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.1.50>

Fuster, J.M. (2001). The prefrontal cortex-an update: time is of the essence. *Neuron*, 30(2), 319-333. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(01\)00285-9](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(01)00285-9)

Galve, J. (2009). Intervención Psicoeducativa en el aula con TDAH. *Psicología Educativa*, 15(2), 87-106. <https://doi.org/10.5093/ed2009v15n2a2>

García, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete, B. y Sabaté, J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 75-81.

García, M.A., Medina, D., & Sibley, M.H. (2019). Conflict between Parents and Adolescents with ADHD: Situational Triggers and the Role of Comorbidity. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 3338-3345. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01512-7>

García, M.D., Prieto, L.M., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A. y San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69(3), 244-250. <https://doi.org/10.1157/13125819>

- García-Molina, A., Tirapu-Ustároz, J., Luna-Lario, P., Ibáñez, J. y Duque, P. (2010). ¿Son lo mismo inteligencia y funciones ejecutivas? *Revista de Neurología*, 50(12), 783-746. <https://doi.org/10.33588/rn.5012.2009713>
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Gioia, G., Isquith, P., Retzlaff, P., & Espy, K. (2002). Confirmatory Factor Analysis of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) in a Clinical Sample. *Child Neuropsychology*, 8(4), 249-257. <https://doi.org/10.1076/chin.8.4.249.13513>
- Godoy, P.B.G., Shephard, E., Milosavljevic, B., Johnson, M.H., Charman, T., Baron-Cohen, S., Bedford, R., Bolton, P.F., Chandler, S., Elsabbagh, M., Fernandes, J., & Garwood, H. (2021). Brief report: Associations between cognitive control processes and traits of autism spectrum disorder (ASD), attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD) and anxiety in children at elevated and typical familial likelihood for ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(8), 3001-3013. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04732-9>
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain, frontal lobes and the civilized mind*. Oxford University Press.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A., & Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(1), 125- 136. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9047-6>

- Goldstein, S. (2002). *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention. continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality*. Academic Press.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- Goos, L.M., Crosbie, J., Payne, S., & Schanchar, R. (2009). Validation and extensión of the endophenotype model in ADHD patterns of inheritance in a family study of inhibitory control. *The American Journal of Psychiatry*, 166(6), 711-717. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08040621>
- Gómez, A., Hidalgo, C.T. y Grajales, L. (2019). Capacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH. *Tempus Psicológico*, 2(1), 64-87. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.1.2.2582.2019>
- Gómez, R., Kyriakides, C., & Devlin, E. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in an adult sample: Associations with Rothbart's temperament dimensions. *Personality and Individual Differences*, 60, 73-78. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.12.023>
- Gómez, R., Woodworth, R., Waugh, M., & Corr, P.J. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in an adult sample: Associations with cloninger's temperament and carácter dimensions. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 290-294. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.015>
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología*, 10(17), 71-84. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.786>

- Gopalan, R.T. (2021). ADHD, Parental Stress, Stigma, and Mindfulness Training. In R. Gopalan (Eds.), *New Developments in Diagnosing, Assessing, and Treating ADHD* (pp. 278-304). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-5495-1.ch018>
- Gordon, C.T., & Hinshaw, S.P. (2017). Parenting stress and youth symptoms among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Parenting, 17*(1), 11-29. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1262178>.
- Grafman, J., Holyoak, K. J., & Boller, F. (1995). *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 769. Structure and functions of the human prefrontal cortex*. New York Academy of Sciences.
- Granado-Alcón, M.C. (2004). El aprendizaje escolar: una perspectiva cognitiva-motivacional. *XXI Revista de Educación, 6*, 189-198. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1932/b15161857.pdf?sequence=1>
- Gratch, L.O. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD). Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Médica Panamericana.
- Gray, J.R., Chabris, C.F., & Braver, T.S. (2003) Neural mechanisms of general fluid intelligence. *Nature Neurosciences, 6*(3), 316-322. <https://doi.org/10.1038/nn1014>
- Gregoire-Bottex, M., & Soe, K. (2018). Adverse effects of non-stimulant ADHD drugs: Atomoxetine, alpha-agonists. *Current Psychopharmacology, 7*(1), 11-14. <https://doi.org/10.2174/2211556007666180328150248>
- Griggs, M.S., & Mikami, A. (2011). The role of maternal and child ADHD symptoms in shaping interpersonal relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(3), 437-449. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9464-4>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf

Grünwald, J., & Schlarb, A.A. (2017). Relationship between subtypes and symptoms of ADHD, insomnia, and nightmares in connection with quality of life in children. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2341-2350. <https://doi.org/10.2147/NDT.S118076>

Gudjonsson, G.H., Sigurdsson, J.F., Guomundsdóttir, H.B., Sigurjónsdóttir, S., & Smari, J. (2010). The relationship between ADHD symptoms in college students and core components of maladaptive personality. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 601-606. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.12.015>

Gudjonsson, G.H., Sigurdsson, J.F., Sigfusdottir, I.D., & Young, S. (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among Young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 304-312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02489.x>

Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Planeta.

Haddad, A.H., Yazigi, L., Resende, A.C., Areco, Nema, K.C., Lottenberg, N., & Lotufo, F. (2021). Personality Impairment in Children and Adolescents with ADHD. *Psychological Evaluation*, 31(3105), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3105>

- Han-Ting, W., Tai-Long, P., Ju-Wei, H., Kai-Lin, H., Ya-Mei, B., Nai-Ying, K., Tung-Ping, S., Cheng-Ta, L., Shih-Jen, T., Wei-Chen, L., Tzeng-Ji, C., & Mu-Hong, C. (2019). Risks of bipolar disorder, depressive disorder, and traumatic brain injury among siblings of patients with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 245, 335-339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.057>
- Harvey, E., Danforth, J.S., McKee, T.E., Ulaszek, W.R., & Friedman, J.L. (2003). Parenting of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 31-41. <https://doi.org/10.1177/108705470300700104>
- Hathaway, S.R., & Mckinley, J.C. (1999). *MMPI-2. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2. Manual*. TEA.
- Hayman, V., & Fernández, T.V. (2018). Genetic Insights Into ADHD Biology. *Front. Psychiatry*, 9(251), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00251>
- Hawi, Z., Yates, H., Pinar, A., Arnatkeviciute, A., Johnson, B., Tong, J., Kealen, P., Dark, C., Pauper, M., Klein, M., Heussler, H.S., Hiscock, H., Fornito, A., Tiego, J., Finlay, A., Vance, A., Gill, M., Kent, L., & Bellgrove, M.A. (2018). A case-control genome-wide association study of ADHD discovers a novel association with the tenascin R (TNR) gene. *Translational Psychiatry*, 8(284), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0329-x>
- Heiser, P., Friedel, S., Dempfle, A., Konrad, K., Smidt, J., Grabarkiewicz, J., Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., & Hebebrand, J. (2004). Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(6), 625-641. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.09.010>
- Hechtman, L., Abikoff, H., Klein, R.G., Weiss, G., Resnitz, C., Kouri, J., Blum, C., Greenfield, B., Etcocitch, J., Fleiss, K., & Pollack, S. (2004). Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term

methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (7), 812-819. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000128796.84202.eb>

Henríquez-Henríquez, M., Zamorano-Mendieta, F., Rothhammer-Engel, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50(2), 109-16. <https://doi.org/10.33588/rn.5002.2009082>

Hernández, M., Pastor, N., Pastor, X., Boix, C. y Sans, A. (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría Atención Primaria*, 19(73), 31-39.

Herrera-Gutiérrez, E. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: su investigación desde la perspectiva del desarrollo integral. *Boletín de Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia*, 2, 195-203. <http://www.um.es/documents/299436/1725297/Boleti%CC%81n+de+Investigacio%CC%81n+Facultad+de+Educacio%CC%81n+2015-1.pdf/b9e997e3-f3b0-4a24-a02a-503546c2db17>

Herrera-Gutiérrez, E., Bermejo, R., Fernández, M.C. y Soto, G. (2011a). Déficit de atención e hiperactividad. En M.D. Prieto (Coord.), *Psicología de la Excepcionalidad* (pp.139-152). Síntesis.

Herrera-Gutiérrez, E., & Calvo, M.T. (2005). Discrepancy in parenting styles' perception as predictor variable of hyperactivity and adjustment of school students. In *XIIIth European Conference on Developmental Psychology, Abstracts Book* (pp. 137). University of La Laguna.

Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T., Mora, J.L., Munuera, C., & Peyres, C. (2003a). Discrepancy in parenting styles and hyperactivity: Changes over time. In *XIth*

European Conference on Developmental Psychology, Abstracts (pp. 272). Catholic University of Milan.

Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T., Munuera, C. Mora, J.L., & Peyres, C. (2003b). Children's and adolescents' perception of parenting styles and hyperactivity. In *XIth European Conference on Developmental Psychology, Abstracts* (pp. 318-319). Milan, Italy: Catholic University of Milan.

Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T. y Peyres, C. (2003c). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.

Herrera-Gutiérrez, E., Collados, L. y Martínez-Frutos, M.T. (2014). El consumo de narcóticos en estudiantes de secundaria: ¿accesibilidad o moda? En *Symposium Científico de Opiáceos*. Sociodrogalcohol. <http://www.sociodrogalcohol.org/opiaceos/sociodrogalcohol.html>

Herrera-Gutiérrez, E., Gómez-Amor, J., López-Ortuño, J., Navarro-Noguera, M., Villanueva-Blasco, V.J. (2021). Cognitive and personality differences between adolescents with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychologica*, 219, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103386>

Herrera-Gutiérrez, E., y Martínez-Frutos, M.T. (2021). Factores relacionados con los conocimientos del profesorado sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 73(7), 233-240. <https://doi.org/10.33588/rn.7307.2020512>

Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez-Mármol, D.J., Peyres, C. y Rodríguez, J.M. (2011b). Hiperactividad, problemas de adaptación y rendimiento académico. En J.M. Román, M.A. Carbonero y J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo*

en una sociedad multicultural (pp. 8225-8239). Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.

Hervás, A. y Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.

Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Wells, K.C., Kraemer, H.C., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Conners, C-K., Elliott, E., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000). Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 555-568. <https://doi.org/10.1023/A:1005183115230>

Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D.P., Mennes, M., Zwiers, M.P., Schweren, L., Van Hulzen, K., Medland, S.E., Shumskaya, E., Jahanshad, N., Zeeuw, P., Szekely, E., Sudre, G., Wolfers, T., Onnink, A., Dammers, J.T., Mostert, J.C., Vives-Gilabert, Y., Kohls, G., & Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 310-319. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30049-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30049-4)

Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Abikoff, H.B., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J.M., & Wigal, T. (2004). Self Perception of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 382-391. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.382>

Humphreys, K.L., Watts, E.L., Dennis, E.L., King, L.S., Thompson, P.M., & Gotlib, I.H. (2019). Stressful Life Events, ADHD Symptoms, and Brain Structure in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(3), 421-432. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0443-5>

- Hwang, S., Meffert, H., Parsley, I., Tyler, P.M., Erway, A.K., Botkin, M.L., Pope, K., & Blair, R.J.R. (2019). Segregating sustained attention from response inhibition in ADHD: An fMRI study. *NeuroImage: Clinical*, 21, 2213-1582. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101677>
- Instances, J.T., Haavik, J., & Halmøy, A. (2013). Personality traits and comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorder*. 20(10), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1087054713511986>
- Ipçi, M., Inci, S.B., Türkçapar, M.H., Özdel, K., Ardiç, Ü.A. & Ercan, E.S. (2020). Psychiatric Comorbidity in the Subtypes of ADHD in Children and Adolescents with ADHD According to DSM-IV. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 57(4), 283-289. <https://doi.org/10.29399/npa.24807>
- Isingrini, M., & Vazou, F. (1997). Relation between Fluid Intelligence and Frontal Lobe Functioning in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 45(2), 99-109. <https://doi.org/10.2190/WHWX-YNVB-079V-2L74>
- Jacob, C., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J., & Lesch, K.P. (2007). Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 309-317. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0722-6>
- Jara, A.B. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Norte de Salud Mental*, 35(8), 30-40.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.

- Jenaabadi, H. (2018). Survey of Mood and Behavioral Emotional Disorders in Siblings of Children with ADHD. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 8(2), 110-113.
- Johnston, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention- deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
<https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Jurado, M.B., & Roselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychol Review*, 17(3), 213-233.
<https://doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z>
- Kahn, E., & Cohen, L. (1934). Organic drivenness: a brain stem síndrome and experience. *New England Journal of Medicine*, 210(14), 748-756.
- Kaiser M.L., Schoemaker, M.M., Albaret, J.M., & Geuze, R.H.. (2015). What is the evidence of impaired motor skills and motor control among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Systematic review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 338-357.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.09.023>
- Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Dewey, D.M., & Fisher, G.C. (2000). The IQs of Children with ADHD are normally distributed. *Journal of Learning Disabilities*, 33(5), 425-432. <https://doi.org/10.1177/002221940003300503>
- Katragadda, S., & Schubiner, H. (2007). ADHD in children, adolescents, and adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34(2), 317-341.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2007.04.012>

- Katzman, M.A., Bilkey, T.S., Chokka, P.R., & Fallu, A. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test-Manual*. American Guidance Service.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (2009). *K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman*. TEA Ediciones.
- Keenan, K., & Wakschlag, L.S. (2000). More than the terrible twos: the nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(19), 33-46. <https://doi.org/10.1023/A:1005118000977>
- Kebir, O., Tabbane, K., Sengupta, S., & Joober, R. (2009). Candidate genes and neuropsychological phenotypes in children with ADHD: Review of association studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34(2), 88-101.
- Kendall, J. (1998). Outlasting Disruption: The Process of Reinvestment in Families with ADHD Children. *Qualitative Health Research*, 8(6), 839-857. <https://doi.org/10.1177/104973239800800609>
- Kent, L., Green, E., Hawi, Z., Kirley, A., Dudbridge, F., Lowe, N., Raybould, R., Langley, K., Bray, N., Fitzgerald, M., Owen, M.J., O'Donovan, M.C., Gill, M., Thapar, A., & Craddock, N. (2015). Association of the paternally transmitted copy of common Valine allele of the Val66Met polymorphism of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene with susceptibility to ADHD. *Molecular Psychiatry*, 10, 939-243. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001696>
- Kim, K.M., Nam, S., Kim, S.Y., Lee, S.M., Choi, J., Kang, T., & Kim, J.W. (2017). Psychopathological, temperamental, and characteristic factors in adults with remaining childhood attention-deficit hyperactivity symptoms. *International*

Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 21(3), 236-241.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1297835>

Klein, M., Walters, R.K., Demontis, D., Stein, J.L., Hibar, D.P., Adams, H.H., Bralten, J., Roth, N., Schachar, R., Sonuga-Barke, E., Mattheisen, M., Neale, B.M., Thompson, P.M., Medland, S.E., Børglum, A.D., Faraone, S.V., Arias-Vasquez, A., & Franke, B. (2017). Genetic markers of ADHD-related variations in intracranial volumen. *American Journal of Psychiatry*, 176(3), 228-238.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18020149>

Kollins, S.H. (2009). Genética, neurobiología y neurofarmacología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías*, 55, 19-27.

Kooij, J.J.S., Bijlenga, D., Salerno, L., & Jaeschke, R. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14-34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>

Koosha, M., Naghipour, S., & Fallahi-Khesht-Masjedi, M. (2021). The relationship between emotional intelligence and parenting stress in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 30(2), 98-107.

Kousgard, S.J., Boldsen, S.K., Mohr-Jensen, C., & Lauritsen, M.B. (2018). The effect of having a child with ADHD or ASD on family separation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 1391-1399. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1585-z>

Krieger, V., Amador-Campos, J.A., & Guàrdia-Olmos, J. (2020). Executive functions, personality traits and ADHD symptoms in adolescents: A mediation analysis. *PLoS One*, 15(5), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232470>

- Kristensen, H.A., Parker, J.D.A., Taylor, R.N., Keefer, K.V., Kloosterman, P.H., & Summerfeldt, L.J. (2014). The relationship between trait emotional intelligence and ADHD symptoms in adolescents and Young adults. *Personality and Individual Differences, 65*, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.031>
- Lahey, B.B., Rathouz, P.J., Lee, S S., Chronis-Tuscano, A., Pelham, W.E., Waldman, I. D., & Cook, E.H. (2011). Interactions between early parenting and a polymorphism of the child's dopamine transporter gene in predicting future child conduct disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 33-45. <https://doi.org/10.1037/a0021133>
- Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E.Z., & Rassoovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 120*, 40-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.007>
- Landis, T.D., Garcia, A.M., Hart, K.C., & Graziano, P.A. (2021). Differentiating Symptoms of ADHD in Preschoolers: The Role of Emotion Regulation and Executive Function. *Journal of Attention Disorders, 25*(9), 1260-1271. <https://doi.org/10.1177/1087054719896858>
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention déficit hyperactivity disorder. *Attention Déficit and Hyperactivity Disorders, 2*(4), 241-55. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
- Lasky, A.K., Weisner, T.S., Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Hechtman, L., Arnold, L.E., Murray, D., & Swanson, J.M. (2016). ADHD in context: Young adult's reports of the impact of occupational environment on the manifestation of ADHD. *Social Science & Medicine, 161*, 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.003>

- Laufer, M., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior síndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50(4), 463-474. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(57\)80257-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(57)80257-1)
- Lavagnino, N.J., Barbero, S. y Folguera, G. (2018). Caracterización, alcances y dificultades de las “bases biológicas” del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Un enfoque desde la Filosofía de la Biología. *Physis*, 28(1), 1-32. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280110>
- Lupas, K.K., Mavrakis, A., Altszuler, A., Tower, D., Gnagy, E., MacPhee, F., Ramos, M., Merrill, B., Ward, L., Gordon, C., Schatz, N., Fabiano, G., & Pelham, W. (2021). The short-term impact of remote instruction on achievement in children with ADHD during the COVID-19 pandemic. *School Psychology*, 36(5), 313-324. <https://doi.org/10.1037/spq0000474.supp>
- Lee P., Niew, W., Yang, H., Chen, V., & Lin, K., (2012) A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention déficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2040-2049. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011>
- Leitch, S., Sciberras, E., Post, B., Gerner, B., Rinehart, N., Nicholson, J.M., & Evans, S. (2019). Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1690091>
- LeMoine, K., Romirowsky, A.M., Woods, K.E., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Paternal antisocial behavior (But not paternal ADHD) is ssociated with negative parenting and child conduct problems. *Journal of Attention Disorders*, 22(13), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1087054715604361>
- Levi-Shachar, O., Gvirts, H.Z., Goldwin, Y., Bloch, Y., Shamay-Tsoory, S., Boyle, D., & Maoz, H. (2021). The association between symptom severity and theory of mind

- impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 303, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114092>
- Li, Ting., Franke, B., Arias, A., & Roth, N. (2020). Mapping relationships between ADHD genetic liability, stressful life events, and ADHD symptoms in healthy adults. *American Journal of Medical Genetics*, 186, 242-250. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32828>
- Llanos, K., Garcia, D., González, H.J. y Puentes, P, (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 21(83), 101-108.
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484. <https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>
- Long, C.E., Gurka, M.J., & Biackman, J.A. (2008). Family stress and children's language and behavior problems: results from the national survey of children's health. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(3), 99-104. <https://doi.org/10.1177/0271121408318678>
- López, V., Clifford, T., Minnes, P., & Ouellette-Kuntz, H. (2008). Parental Stress and Coping in Families of Children with and without Developmental Delays. *Journal on Developmental Disabilities*, 14(2), 99-104. <https://doi.org/10.5901/jesr.2013.v3n7p579>
- López-Ortuño, J. (2015). *Estudio descriptivo del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): perfil psicoeducativo y comorbilidad en los diferentes subtipos* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/48105>

- López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V. y Andrés-De Llano, J. (2019). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea*, 8(9), 95-105.
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jimenez-Gómez, B., Pando, E., Varela-Casal, P., Campos, J.A. y Correas-Lauffer, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49(5), 257-264. <https://doi.org/10.33588/rn.4905.2009210>
- Luria, A. (1984). *El cerebro en acción*. Martínez Roca.
- Mapou, R.L. (2017). Evaluations for testing accommodations for adolescents and adults with specific learning disorders or attention-deficit/hyperactivity disorder. In S. Walfish, J.E. Barnett, & J. Zimmerman (Eds.), *Handbook of private practice: Keys to success for mental health practitioners*. (pp. 654-659). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190272166.003.0051>
- Mardomingo-Sanz, M.J. (2012). Uso clínico de metilfenidato 30:70 de liberación modificada en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 55(6), 359-369. <https://doi.org/10.33588/rn.5506.2011528>
- Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M.G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 1036-1043. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.001>
- Martel, M.M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1042-1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x>

- Martel, M.M., Gremillion, M.L., Roberts, B.A., Zastrow, B.L., & Tackett, J.L. (2014). Longitudinal prediction of the one-year course of preschool ADHD symptoms: Implications for models of temperament-ADHD associations. *Personality and Individual Differences*, 64, 58- 61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.018>
- Martínez, Y., Bosch, R., Gomá-i-Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Nogueira, M. y Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema*, 22(2), 236-241.
- Martínez-Badía, J., & Martínez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention déficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 379-386. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.379>
- Martínez-Frutos, M.T. (2017). *La formación del profesorado en TDAH y sus implicaciones* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/54705>
- Martínez-Núñez, B., y Quintero, J. (2019). Actualización del estudio del Tratamiento Multimodal en TDAH (MTA): dos décadas de aprendizajes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(1), 16-22.
- Martínez-Raga, J. y Lopez-Cerveró, M. (2019). La transición del adolescente con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Implicaciones para el tratamiento del adulto. *Medicina*, 79 (1). 72-76.
- Martínez-Sánchez, E. (2017). *Relación entre trastorno hiperactivo y consumo de sustancias: un estudio retrospectivo*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/54708>
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(1), 98-109. [https://doi.org/0.1016/S0716-8640\(11\)70397-2](https://doi.org/0.1016/S0716-8640(11)70397-2)

- Matthijssen, A.M., Dietrich, A., Bierens, M., Kleine, R., Van de Loo-Neus, G.H.H., Van den Hoofdakker, B.J., Buitelaar, J.K., & Hoekstra, P.J. (2019). Continued benefits of methylphenidate in ADHD after 2 years in clinical practice: A randomized placebo-controlled discontinuation study. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 754-762. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18111296>
- McLaughlin D., & Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00382.x>
- McRae, E., Stoppelbein, L., O'Kelley, S., Fite, S., & Smith, S. (2020). Comorbid internalizing and externalizing symptoms among child with ADHD: The influence of parental distress, parenting practices, and child routines. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 813-826. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01019-z>
- Meinzer, M.C., LeMoine, K.A., Howard, A.L., Stehli, A., Arnold, L.E., Hechtman, L., Hinshaw, S.P., Molina, B.S.G., Murray, D.W., Sibley, M.H., Swanson, J.M., Tamm, L., & Chronis-Tuscano, A. (2020). Childhood ADHD and involvement in early pregnancy: Mechanisms of risk. *Journal of Attention Disorder*, 24(14), 1955-1965. <https://doi.org/10.1177/1087054717730610>
- Medrano, I.E., Flores, J.C. y Canseco, A.G. (2010). Relación entre flexibilidad mental (desempeño en WCST) e inteligencia en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 2(2), 20-26.
- Mikami, A.Y., Jack, A., Emeh, C.C., & Stephens, H.F. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(6), 721-736. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9393-2>
- Miller, C.J., Miller, S.R., Newcorn, J.H., & Halperin, J.M. (2008). Personality characteristics associated with persistent ADHD in late adolescence. *Journal of*

Abnormal Child Psychology, 36(2), 165-173. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9167-7>

Miller, R.W., Gondoli, D.M., Steeger, C.M., & Gibson, B.S. (2022). Parenting adolescents with ADHD: Maternal and adolescent contributions and the intervening role of stress. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.

Millon, T. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T., & Kotik, D. (1985). The relationship of depression to disorders of personality. In E. Beckham y W. Leber (Eds.), *Handbook of Depression*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (2009). *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Manual (4a ed.)*. San Antonio, Texas: Pearson Clinical Assessment.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf

Miranda, A., Berenguer, C., Rosello, B., Martínez-Raga, J., & Mulas, F. (2021). Contribution of family, behavioral, and neuropsychological factors to long-term functional outcomes in young adults with ADHD: A 12-year follow-up study. *Sustainability (Switzerland)*, 13(2), 1-14. <https://doi.org/10.3390/su13020814>

Mitchell, R.L., & Phillips, L.H. (2007). The psychological, neurochemical and functional neuroanatomical mediators of the effects of positive and negative mood on

executive functions. *Neuropsychologia*, 45(4), 617-629.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2006.06.030>

Mooney, M.A., Ryabinin, P., Wilmot, B., Bhatt, P., Mill, J., & Nigg, J.T. (2020). Large epigenome-wide association study of childhood ADHD identifies peripheral DNA methylation associated with disease and polygenic risk burden. *Translational psychiatry*, 10(8), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0710-4>

Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2007). Evidence from behavioral genetics for environmental contributions to antisocial conduct. In J.E. Grusec y P.D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 96-123). Guilford Press.

Mohammadi, M.R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.A., Ahmadi, A., Alavi, S.S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058-1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>

Molinar-Monsiváis, J. y Cervantes-Herrera, A. (2020). Comparación de los conocimientos y actitudes del profesorado de educación básica hacia el alumnado con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDAH en Argentina y México. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 19(40), 171-181.
<https://doi.org/10.21703/rexe.20201940molinar9>

Monastra, V.J., Monastra, D.M., & George, S. (2002). The effects os stimulant therapy, EEG Biofeedback, and parenting style on the primary symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 231-249. <https://doi.org/10.1023/a:1021018700609>

Montes-Montes, R., Delgado-Lobete, L., & Rodríguez-Seoane, S. (2021). Developmental coordination disorder, motor performance and daily participation in children with

- Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Children*, 8(187), 1-10.
<https://doi.org/10.3390/children8030187>
- Muñoz-Silva, S., Lago-Urbano, R., Sanchez-Garcia, M., & Carmona-Márquez, J. (2017). Child/adolescent's ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in Psychology*, 8(2252), 1-12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
- Musabelliu, G. (2021). *Parental involvement in the education of their adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder* [Doctoral thesis, University of Toronto].
<https://hdl.handle.net/1807/101277>
- Narkunam, N., Hashim, A.H., Sachdev, M.K., Pillai, S.K., & Ng, C.G. (2014). Stress among Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a Malaysian Experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 207-216.
<https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00216.x>
- Navarro, M.I. y García-Villamisar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.
- Navarro-Soria, I., Fenollar, J., Carbonell, J. y Real, M. (2020). Memoria de trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(1), 23-29. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.1.3>
- Navarro-Noguera, M. y Herrera-Gutiérrez, E. (2016). Revisión de los factores de inteligencia en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad. En *II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia*. EIDUM.
<http://hdl.handle.net/10201/92967>

- Navarro-Noguera, M. y Herrera-Gutiérrez, E. (2019). Estudio de las características de personalidad en el trastorno hiperactivo. En F. G. Díaz Baños (Coord.), *IV Jornadas Doctorales Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM)*. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. <https://doi.org/10.6018/editum.2736>
- Nigg, J.T., Blaskey, L.G., Stawicki, J.A., & Sachek, J. (2004). Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: Results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(4), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.614>
- Nigg, J.T., John, O.P., Blaskey, L.G., Huang-Pollock, C.L., Willcutt, E.G., Hinshaw, S.P., Stephen, P., & Pennington, B. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(2), 451-469. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.451>
- Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Clinical Psychology y Psychiatry Review*, *6*(4), 172-180. <https://doi.org/10.1017/S1360641701002738>
- Tsujii, N., Okada, T., Usami, M., Kuwabara, H., Fujita, J., Negoro, H., Kawamura, M., Iida, J., & Saito, T. (2020). Effect of continuing and discontinuing medications on quality of life after symptomatic remission in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(3), 1-11. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13015>
- Ohan, J.L., & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child Psychology*, *31*(2), 230-241. <https://doi.org/10.1207/153744202753604502>

- Ohnishi, T., Kobayashi, H., Yajima, T., Koyama, T., & Noguchi, K. (2019). Psychiatric Comorbidities in Adult Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: Prevalence and Patterns in the Routine Clinical Setting. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *16*(9), 11-16.
- Olhaberry, M. y Farkas, C. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, *11*(4), 1317-1326.
- Olivares, J., Maciá, D. y Méndez, F.X. (1993). Intervención comportamental-educativa en el entrenamiento a padres: el programa Paidos. En D. Maciá, F.X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento* (pp.115-145). Pirámide.
- Oosterlaan, J., & Sergeant, J.A. (1996). Inhibition in ADHD, aggressive, and anxious children: A biologically based model of child psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*(1), 19-36. <https://doi.org/10.1007/BF01448371>
- Owens, E.B., Zalecki, C., Gillette, P. & Hinshaw, S.P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(7), 723-736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>
- Özbaran, B., Kalyoncu, T., & Köse, S. (2018). Theory of mind and emotion regulation difficulties in children with ADHD. *Psychiatry Research*, *270*, 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.034>.
- Parada-Navas, J.L. y González-Ortiz, J.J. (Eds.) (2009). *La familia como espacio educativo*. Espigas.
- Parker, J.D.A., Majeski, S.A., & Collin, V.T. (2004). ADHD symptoms and personality: Relationships with the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, *364*(4), 977-987. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00166-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00166-1)

- Pedrero Pérez, E.J., Rojo Mota, G. y Puerta García, C. (2009). Valores sociales y adicción a la cocaína: diferencias entre adictos en tratamiento y población no clínica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(2), 167-185.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214. <https://doi.org/10.1080/15374410701818681>
- Pelham, W.E., & Lang, A.R. (1999). Can your children drive you to drink? Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 292-298.
- Pérez, M.A., Molina, D. y Gómez, M. (2016). La intervención Neuropsicológica en el Tratamiento Interdisciplinar para el TDAH. *Neurología Clínica*, 1(2), 16-29. <https://doi.org/10.21500/22563202.3958>
- Pérez-Algorta, G., Kragh, C.A., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Hechtman, L., LaRae, M.C., Lowe, M., & Jensen, P.S. (2018). Maternal ADHD symptoms, personality, and parenting stress: Differences between mothers of children with ADHD and mothers of comparison children. *Journal of Attention Disorders*, 22(13), 1266-1277. <https://doi.org/10.1177/1087054714561290>
- Pérez-Algorta, G., MacPherson, H., Arnold, L.E., Hinshaw, S.P., Hechtman, L., Sibley, M.H., & Owens, E.B. (2020). Maternal personality traits moderate treatment response in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder. *European child & Adolescent Psychiatry*, 29, 1513-1524. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01460-z>
- Perroud, N., Hasler, R., Golay, N., Zimmermann, J., Prada, P., Nicastro, R., Aubry, J.M., Ardu, S., Hermann, F.R., Giannakopoulos, P., & Baud, P. (2016). Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 16(199), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0906-6>

- Piek, J.P., Pitcher, T.M., & Hay, D.A. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention déficit hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(3), 159-165.
- Pin, G. y Rodríguez, P.J. (2018). El sueño en Patología pediátrica general: asma, alergia, reumatología, celiaquía, TDAH, TEA y determinados síndromes. *Pediatría Integral*, 22(8), 446-450.
- Pineda-Alhucema, W., Aristizabal, E., Escudero-Cabarcas, J., Acosta-López, J.E., & Vélez, J.I. (2018). Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review. *Neuropsychology Review*, 28, 341-358. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9381-9>
- Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernandes, S., Gutiérrez, O. y Spuch, C. (2019). Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología*, 13(1), 116-132.
- Pironti, V.A, Lai, M.C., Müller, U., Bullmore, E.T. y Sahakian, B.J. (2016). Personality traits in adults with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected first-degree relatives. *BJPsych Open*, 2(4), 280-285. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.003608>
- Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 50-58.
- Quay, H.C. (1997). Inhibition and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(1), 7-13. <https://doi.org/10.1023/A:1025799122529>

- Qureshi, M.N.I., Oh, J., Min, B., Jo, H.J. & Lee, B. (2017). Multi-modal, multi-measure, and multi-class discrimination of ADHD with hierarchical feature extraction and extreme learning machine using structural and functional brain MRI. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(157), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00157>
- Raglin, W. (2018). *Understanding the social support needs of parents of children with ADHD: The relation between caregiver strain and ADHD specific support* [Doctoral thesis, University of Cincinnati]. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ucin147982124310635
- Ramos-Olazagasti, M.A., Castellanos, F.X., Mannuzza, S., & Klein, R.G. (2018). Predicting the Adult Functional Outcomes of Boys With ADHD 33 Years Later. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(8), 571-582. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.015>
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch-Munsó, R., Castells-Cervelló, X., Narcía-Giménez, E., Nogueira-Morais, M., García-Jiménez, E., y Casas-Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad en adultos: Caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42(10), 600-606. <https://doi.org/10.33588/rn.4210.2005495>
- Ramos-Quiroga, J.A., Martínez, Y., Nogueira, M., Bosch, R. y Casas, M. (2008). *Manual de tratamiento psicológico para adultos con TDAH. Una aproximación cognitivo-conductual*. Mayo.
- Ramirez-Pérez, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.
- Raya, A.F., Herreruzo, J. y Pino, M.J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.

- Retz, W., Ginsberg, Y., Turner, D., Barra, S., Retz-Junginger, P., Larsson, H., & Asherson, P. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *120*, 236-248. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.025>
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Henges, G., Schneider, M., Thome, J., Pajonk, F.G., Salahi-Disfan, A., Rees, O., Wender, P.H., & Rösler, M. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of Young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*, 201-208. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0470-9>
- Rodríguez, C., Álvarez-García, D., González-Castro, P., González-Pineda, J.A., Núñez, J.C., Bernardo, A. y Álvarez, L. (2009). El cociente intelectual y el género como factores mediadores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las dificultades de aprendizaje. *Aula Abierta*, *31*(1), 19-30.
- Rodríguez-Lafora, G. (1917). Estado actual de la histopatología del sistema nervioso. *Los Progresos de la Clínica*, *9*, 1-31.
- Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C. y Perona-Garcelán, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*(3), 221-231.
- Rohde, L.A., Buitelaar, O.O., Gerlach, M., & Faraone, Y. (2019). Hablando acerca de TDAH con los pacientes y sus familias en L.A. Rohde, O.O. Buitelaar, M. Gerlach & Y. Faraone (Eds.), *La federación mundial de TDAH, guía* (pp.125-138). Artmed editorial LTDA.
- Romero, M., Primé-Tous, M., Varela, E., Vázquez-Morejón, A., Santamarina, P., Morer, A., & Lázaro, L. (2021). Parents' Emotional Intelligence and their Children's Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorder*, *5*(2), 58-75. <https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0134>

- Romero, T., Lara-Muñoz, C. y Herrera, S. (2002). Estudio familiar del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Salud Mental*, 25(3), 41-46.
- Rosa-Alcázar, A.I., Parada-Navas, J.L. y Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003046>
- Rubia, K., Alegría, A.A., y Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 58(1), 3-18. <https://doi.org/10.33588/rn.58S01.2013570>
- Rubiales, J., Bakker, L., Russo, D. y González, R. (2016). Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *CES Psicología*, 9(2), 99-113.
- Rubio, B., Castrillo, J., Herreros, O., Gastaminza, X. y Hernández, S. (2016). Perfil y endofenotipos neuropsicológicos en TDAH: Una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(1), 7-20. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n1a1>
- Rusca-Jordán, F. y Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Ryan, E.E. (2002). AD/HD symptoms in parents of children with AD/HD: Impact on family functioning. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 63(4)

- Sáez, M., Barceló, M.A., Farrerons, M., & López-Casasnovas, G. (2018). The association between exposure to environmental factors and the occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A population-based retrospective cohort study. *Environmental Research*, 166, 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.05.009>.
- Saldaña, M.P., y Alanya, J. (2021). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes en edad escolar de 6 a 17 años. *Revista Tecnológica Ciencia y Educación Edwards Deming*, 5(2), 61-73. <https://doi.org/10.37957/ed.v5i2.81>
- Sampada, P., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, F., & Nicholson, J.M. (2019). Association Between Parenting Style and Socio-Emotional and Academic Functioning in Children With and Without ADHD: A Community-Based Study. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 463-474. <https://doi.org/10.1177/1087054716661420>
- San Sebastián, J., Soutullo, C. y Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Eds.), *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 55-78). Médica Panamericana.
- Sánchez-Carpintero, R. y Narbona, J. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 33(1), 47-53. <https://doi.org/10.33588/rn.3301.2000631>
- Sánchez-Mármol, D.J. (2016). *Discrepancia educativa parental y TDAH: intervención psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres* [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/48104>
- Sánchez Mármol, D.J., y Herrera-Gutiérrez, E. (2010). El alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito académico. En A. de Pro Bueno (Coord.),

Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria II (pp. 579-598). Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=1867c6b6-3023-4590-9831-3fe19ed2d347&groupId=299436

Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.

Sasot-Llevadot, J., Ibáñez-Bordas, R.M., Soto-López, A., Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Alda-Díez, J.A., Cantó-Díez, T., Catala, M.A., Ferrin-Erdozáin, M., García-Giral, M., Graell-Bernal, M., Granada-Jiménez, O., Herreros-Rodríguez, O., Mardomingo-Sanz, M., Mojarro-Práxedes, D., Morey-Canyelles, J., Ortíz-Guerra, J., Pámies-Massana, M., Rey-Sánchez, F., ... Ruiz-Sanz, F. (2015). Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 61(4), 167-182. <https://doi.org/10.33588/rn.6104.2014483>

Scandar, M. y Bunge, E. (2017). Tratamientos psicosociales y no farmacológicos para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 210-219. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1019>

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M.E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21. <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63>

Schroeder, V.M., & Kelley, M.L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 227-235. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9223-0>

- Schuerger, J.M. (2001). *16PF Adolescent Personality Questionnaire. Manual*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Schuerger, J.M. (2013). *Cuestionario de Personalidad para Adolescentes 16PF-APQ*. TEA Ediciones.
- Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F., & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: A meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *42*, 9-34. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.009>
- Séguin, J.R., & Zelazo, P.D. (2005). Executive function in early physical aggression, en R.E. Tremblay, W.W. Hartup, y J. Archer (Eds.), *Developmental Origins of Aggression* (pp. 307-329). The Guilford Press.
- Shaffer, A., & Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, *31*(2), 150-159. <https://doi.org/10.1037/fam0000269>
- Shaw, G.A., & Giambra, L.M. (1993). Task unrelated thoughts of college students diagnosed as hyperactive in childhood. *Developmental Neuropsychology*, *9*, 17-30. <https://doi.org/10.1080/87565649309540541>
- Shaw, P., Gogtay, N., & Rapoport, J. (2010). Childhood psychiatric disorders as anomalies in neurodevelopmental trajectories. *Human Brain Mapping*, *31*(6), 917-925. <https://doi.org/10.1002/hbm.21028>
- Sheehan, K., Lowe, N., Kirley, A., Mullins, C., Fitzgerald, M., Gill, M., & Hawi, Z. (2005). Tryptophan hydroxylase 2 (TPH2) gene variants associated with ADHD. *Molecular Psychiatry*, *10*(10), 944-949. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001698>

- Siegel, C., & Keefe, C. (2007). *Stress and Coping among Parents of Adolescents ADHD* (Convention Presentation). American Psychological Association.
- Silva, P. (2020). ADHD update: a guide for comprehension and management for mental health professional. *Revista de Psicologia da IMED*, 12(1), 161-165. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3457>
- Silver, L.B. (2004). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento para profesionales de la salud*. Ars Médica.
- Smalley, S.L., McGough, J.J., Del’Homme, M., NewDelman, J., Gordon, E., Kim, T., Liu, A., & McCracken, J.T. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1135-1143. <https://doi.org/10.1097/00004583-200009000-00013>
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., Holtmann, M., Krumm, B., Sergeant, J., Sonuga-Barke, E., Stringaris, A., Taylor, E., Anney, R., Ebstein, R.P., Gill, M., Miranda, A., Mulas, F., Oades, R.D., Roeyers, H., ... Faraone, S.V. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 915-923. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02217.x>
- Solem, M.B., Christophersen, K.A., & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children’s behavioural problems and parents’ coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162-180. <https://doi.org/10.1002/icd.681>
- Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., & Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 11, 1-9. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009>

- Soto, V., Moreno, B., Losada, R., Rodrigo, M., Martínez, M., Cutillas, R. y Mateos, C. (2018). ¿Caminan de manera diferente los niños con TDAH? Relación entre marcha de puntillas idiopática y TDAH. *Anales de Pediatría*, 88(4), 191-195. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.01.010>
- Soutullo-Esperón, C. (Coord.) (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Adelphi.
- Steinhausen, H., Göllner, J., Brandeis, D., Müller, U.C., Valko, L., & Drechsler, R. (2013). Psychopathology and personality in parents of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 38-46. <https://doi.org/10.1177/10870547111427562>
- Still, G. (1902). The Goulstonian Lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet*, 159(4103), 1077-1082. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)74901-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)74901-X)
- Sturge-Apple, M.L., Davies, P.T., Cicchetti, D., Hentges, R.F., & Coe, J.L. (2017). Family instability and children's effortful control in the context of poverty: Sometimes a bird in the hand is worth two in the bush. *Development and Psychopathology*, 29(3), 685-696. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000407>
- Suárez-Manzano, S., Ruíz-Ariza, A., López-Serrano, S. y Martínez, E. (2018). Actividad física y atención en escolares diagnosticados con TDAH: Revisión de estudios longitudinales. *Innovación Educativa*, 28, 139-152. <https://doi.org/10.15304/ie.28.4571>
- Sucksdorff, M., Lehtonen, L., Chudal, R., Suominen, A., Joelsson, P., Gissler, M., & Sournder, A. (2015). Preterm Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 136(3), 599-608. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1043>

- Sun, X., Wu, Z., Cao, Q., Qian, Y., Liu, Y., Yang, B., Chang, S., Yang, L., & Wang, Y. (2018). Genetic variant for behavioral regulation factor of executive function and its possible brain mechanism in attention deficit hyperactivity disorder. *Scientific Reports*, 8(7620), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26042-y>
- Swanson, J.M., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., Sibley, M.H., Hechtman, L.T., Hinshaw, S.P., Abikoff, H.B., Stehli, A., Owens, E.B., Mitchell, J.T., Nichols, Q., Howard, A., Greenhill, L.L., Hoza, B., Newcorn, J.H., Jensen, P.S., Vitiello, B., Wigal, T., Epstein, D.H., & Kraemer, H.C. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 663-678. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12684>
- Thoma, V.K., Schulz-Zhecheva, Y., Oser, C., Fleischhaker, C., Biscaldi, M., & Klein, C. (2020). Media use, sleep quality, and ADHD symptoms in a community sample and a sample of ADHD patients aged 8 to 18 years. *Journal of Attention Disorders*, 24(4), 576-589. <http://dx.doi.org/10.1177/1087054718802014>
- Tistarelli, N., Fagnani, C., Troianiello, M., Stazi, M.A., & Adriani, W. (2020). The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: A narrative review on twin studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, 63-77. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.12.017>.
- Tobón, O.E.A., Puerta, I.C. y Pineda, D.A. (2008). Estructura factorial de la función ejecutiva desde el dominio conductual. *Perspectivas en Psicología*, 4(1), 63-77.
- Torío, S., Peña, J.V. y Rodríguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.
- Tranel, D., Manzel, K., & Anderson, S.W. (2008). Is the prefrontal cortex important for fluid intelligence? A neuropsychological study using Matrix Reasoning. *The*

- Clinical Neuropsychologist*, 22(2), 242-261.
<https://doi.org/10.1080/13854040701218410>
- Ucuz, I., Cicek, A.U., Cansel, N., Kilic, B., Colak, C., Yazici, I.P., Kilic, F., & Kucukakcali, Z. (2021). ¿Can temperament and character traits be used in the diagnostic differentiation of children with ADHD?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(12), 905-910. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001395>
- Uddin, L.Q., Dajani, D.R., Voorhies, W., Bednarz, H., & Kana, R.K. (2017). Progress and roadblocks in the search for brain-based biomarkers of autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Translational Psychiatry*, 7, 1-12.
<https://doi.org/10.1038/tp.2017.164>
- Valda, V., Suñagua, R., & Coaquira, R.K. (2018). Estrategias de intervencion para niños y niñas con TDAH en edad escolar. *Revista de Investigacion Psicológica*, 20, 119-134.
- Vallés-Arándiga, A. (2002). El aprendizaje de estrategias metaatencionales y de metamemoria: algunas propuestas y ejemplificaciones para el aula. *Educacion en el 2000*, 5, 20-25.
https://www.educarm.es/documents/246424/461832/e2k05_03.pdf/e623f0a4-4289-4ab5-92ed-e421121d8993
- Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. Trillas-Eduf.
- Vashishtha, S. (2021). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Introducción, problemas de salud mental y tratamiento. En R. Gopalan (Eds.), *Nuevos desarrollos en el diagnóstico, evaluación y tratamiento del TDAH* (pp. 23-42). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-5495-1.ch002>

- Vázquez-Justo, E., Piñón-Blanco, A., y Fernandes, S.M (2017). Evaluación Neuropsicológica del TDAH. En E. Vázquez-Justo y A. Piñón-Blanco (Eds.), *TDAH y Trastornos Asociados*. (pp. 55-82). Institute for Local Self-Government Marib.
- Vélez-van-Meerbeke, A., Talero-Gutiérrez, C., Zamora-Miramón, I., & Guzmán-Ramírez, G.M. (2017). Attention déficit hyperactivity disorder: From parents to children. *Revista de Neurología*, 32(3), 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.09.001>
- Verheul, I., Rietdijk, W., Block, J., Franken, I., Larsson, H., & Thurik, R. (2016). The association between attention-deficit/hyperactivity (ADHD) symptoms and self-employment. *European Journal of Epidemiology*, 31, 793-801. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0159-1>
- Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M. y Ramos-Quiroga, J.A. (2012). Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 147-154.
- Weiler, M.D., Holmes, J., Bellinger, D.C., & Waber, D.P. (2000). Processing speed in children with attention déficit/hyperactivity disorder, inattentive type. *Journal Child Neuropsychology*, 6(3), 218-234. <https://doi.org/10.1076/chin.6.3.218.3156>
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(2), 211-220. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60450-7](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60450-7)
- Wesseldijk, L.W., Dieleman, G.C., Van Steensel, F.J.A., Bartels, M., Hudziak, J.J., Lindauer, R.J.L., Bögels, S.M., & Middeldorp, C.M. (2018). Risk factors for parental psychopathology: a study in families with children or adolescents with

- psycopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(12), 1575-1584. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1156-6>
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561-574. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0050-7>
- Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, Monuteaux, M.C., Blake, C., & Spencer, T.J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005>
- Winstanley, C.A., Eagle, D.M., & Robbins, T.W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to TDAH: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 379-395. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.001>
- Wood, A.C., Rijdsdijk, F., Johnson, K.A., Andreou, P., Albrecht, B., Arias-Vasquez, A., Buitelaar, J.K., McLoughlin, G., Rommelse, N.J., Sergeant, J.A., Sonuga-Barke, E.K.S., Uebel, H., Van der Meere, J.J., Banaschewski, T., Gill, M., Manor, I., Miranda, A., Mulas, F., Oades, ... Kuntsi, J. (2011). The relationship between ADHD and key cognitive phenotypes is not mediated by shared familial effects with IQ. *Psychological Medicine*, 41(4), 861-871. <https://doi.org/10.1017/S003329171000108X>
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 161-169.

- Wolraich, M.L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R.L., Bax, A., Redwine, S.T., Ihyembe, D., & Hagan, J.F. (2019). ADHD Diagnosis and treatment guidelines: A historical perspective. *Pediatrics*, *144*(4), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1682>
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2010). Child effects on communication between parents of youth with and without ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(2), 366-375. <https://doi.org/10.1037/a0019034>
- Wymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Wilson, T., & Greenhouse, J.B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youth with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(5), 735-744. <https://doi.org/10.1037/a0012719>
- Young, S., Toone, B., & Tyson, C. (2003). Comorbidity and psychosocial profile of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Personality and Individual Differences*, *35*(4), 743-755. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00267-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00267-2)
- Yurumez, E., Yazici, E., Gumus, Y.Y., Yazici, A.B., & Gursoy, S. (2018). Temperament and Character Traits of Parents of Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *22*(13), 1200-1206. <https://doi.org/10.1177/1087054714561292>
- Zaidman-Zait, A., & Shilo, I. (2018). Parental ADHD symptoms and inhibitory control in relation to parenting among mothers of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *25*(3), 389-402. <https://doi.org/10.1177/1087054718808063>
- Zambrano, R. (2011). Revisión sistemática del cuestionario de personalidad de Eysenck (Eysenck personality questionnaire- EPQ). *Liberabit*, *17*(2), 147-155.

- Zambrano-Sánchez, E, Martínez-Cortés, J.A., Sánchez-Cortés, N., Dehesa-Moreno, M., Vázquez-Urban, F., Sánchez-Aparicio, P. y Alfaro-Rodríguez, A. (2018). Correlación entre los niveles de ansiedad en padres de niños con diagnóstico de ansiedad y TDAH, de acuerdo al subtipo clínico. *Investigación en Discapacidad*, 7(1), 22-28.
- Zayats, T., & Neale, B.M. (2019). Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder. *F1000Research*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.18959.2>
- Zhao, X., Page, T.F., Altszuler, Am.R., Pelham, W.E., Kipp, H., Ginagy, E.M., Coxe, S., Schatz, N.K., Merrill, B.M., Macphee, F.L., & Pelham, W.E. (2019). Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00518-5>
- Zheng, H., Dong, Y., Sun, Y., Yang, J., Yuan, C., Wang, J., & Dong, W. (2021). Effectiveness of metacognitive regulation intervention on Attention-Deficit-Hyperactivity disorder students' scientific ability and motivation. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747961>
- Zhu, Y., Liu, L., Yang, D., Ji, H., Huang, T., Xue, L., Jiang, X., Li, K., Tao, L., Cai, Q., & Fang, Y. (2021). Cognitive control and emotional response in attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity with disruptive, impulse-control, and conduct disorders. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03221-2>
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J.A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(12). 1-15. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

ANEXOS

ANEXO 1.

Hoja resumen de las puntuaciones del test K-BIT



Test Breve de Inteligencia de Kaufman

Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman

HOJA DE ANOTACIÓN

Apellidos _____

Nombre _____ Sexo V M

Lugar de nacimiento _____

Lugar de residencia _____

Estudios _____
(especificar los estudios o nivel más alto alcanzado)

Ocupación: Propia _____
De los padres _____
(para menores de 18 años)

Examinador _____

	Año	Mes	Día
Fecha de examen			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

SUBTESTS	Punt. directa	Punt. típica ± banda de error _____% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
Vocabulario expresivo	<input type="text"/>				
Definiciones	<input type="text"/>				
VOCABULARIO	<input type="text"/>	±			
MATRICES	<input type="text"/>	±			
Suma de las puntuaciones típicas de los subtests	<input type="text"/>		Trasladar la suma a la casilla del CI compuesto del K-BIT		

RESULTADO COMPUESTO	Suma de p. típicas de los subtests	Punt. típica ± banda de error _____% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
CI COMPUESTO DEL K-BIT	<input type="text"/>	±			

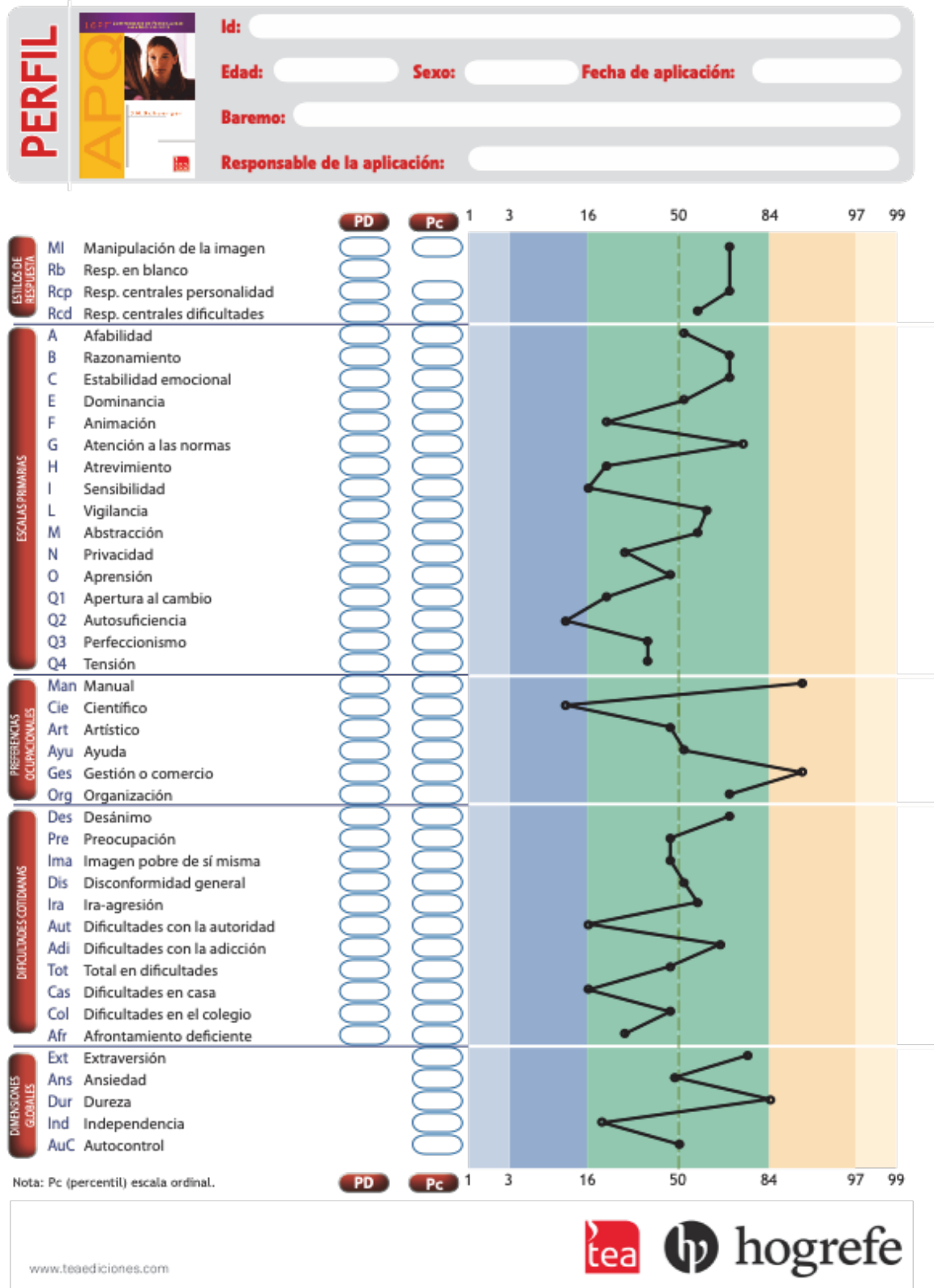
Comparación de las puntuaciones típicas de los subtests	Puntuación típica de Vocabulario	Puntuación típica de Matrices	Diferencia de puntuaciones típicas	Nivel de confianza (rodear)		
				NS	5%	1%



Autores: Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman
 Copyright © 1983 by AGS, American Guidance Service.
 Traducción y adaptación española: A. Contero e I. Calonge - Traducido y adaptado con permiso del propietario original.
 Copyright de la edición española © 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso en tintas azul y granate. Si se presentan otro en
 tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - Printed in Spain

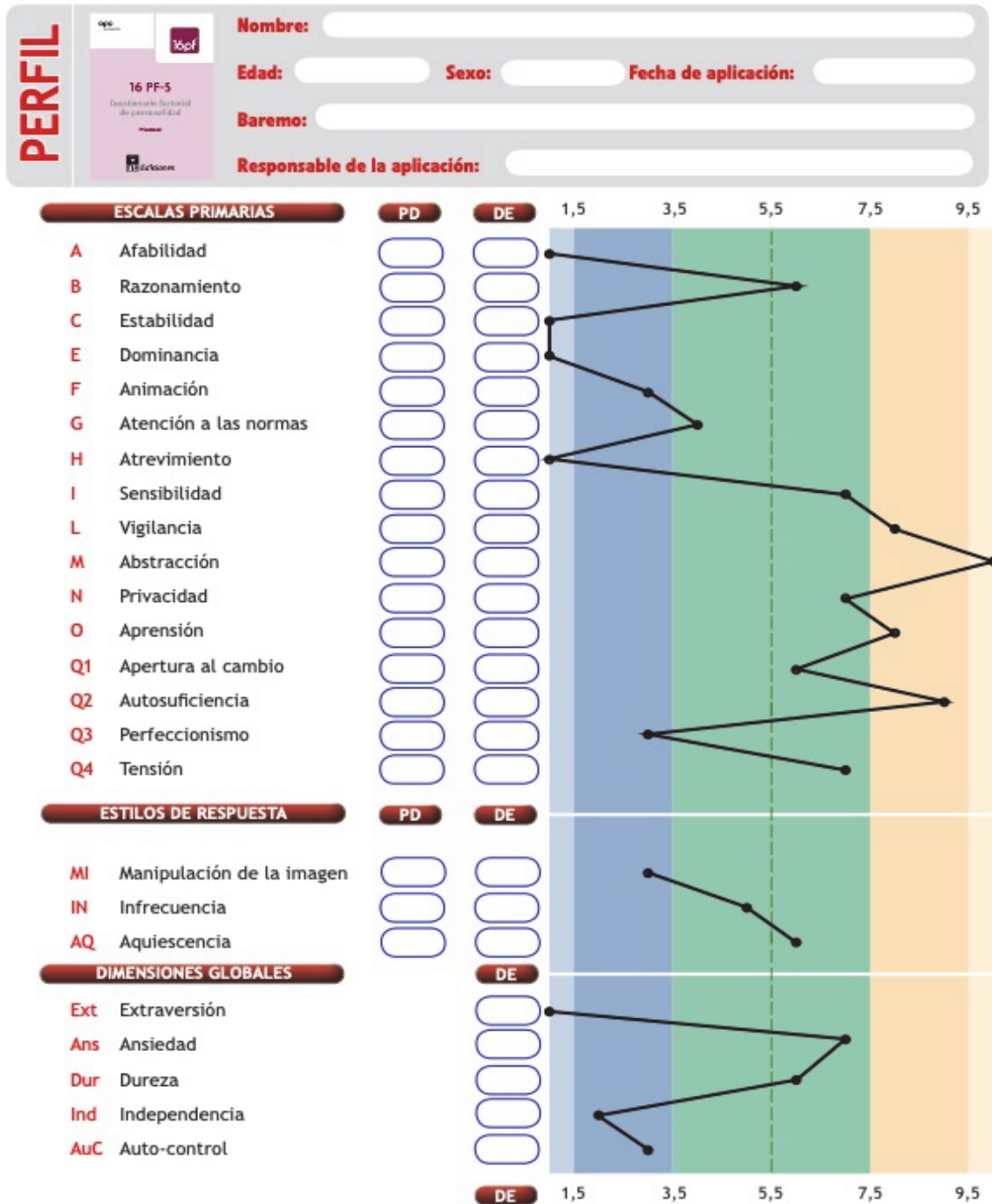
ANEXO 2.

Ejemplo de perfil de personalidad de la prueba para adolescentes 16PF-APQ



ANEXO 3.

Ejemplo de perfil de personalidad de la prueba para adultos 16PF-5



ANEXO 4. Solicitud de colaboración en el estudio



Estimada familia:

Desde el **Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud)** de la Universidad de Murcia estamos finalizando la investigación sobre el **perfil psicoeducativo y familiar de los adolescentes**, en diferentes centros de educación secundaria de la Región de Murcia, que se inició el pasado año y en la que recibimos su participación.

Pedimos, pues, la **colaboración** de los padres cuyos hijos participaron en esta investigación, cumplimentando el **Test de Personalidad 16PF-5**, un instrumento de evaluación psicológica destinado a conocer los rasgos de personalidad en **adultos (padre y madre)**. El tiempo estimado para su realización es de 45 minutos aproximadamente.

Debido a la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informamos que todos los datos personales solicitados para este estudio serán incorporados a nuestro fichero y sólo serán destinados a la investigación citada, garantizándole la **total confidencialidad** de los resultados obtenidos.

Agradeciéndoles de ante mano su colaboración, nos ponemos a su disposición para solventar cualquier duda o aclaración que puedan precisar, tanto de la información de los cuestionarios de sus hijos, como de los suyos propios. Para facilitar la comunicación entre las familias y el equipo de investigación, se establecerán varios días, en los que se podrán consultar dichos resultados en el centro académico.

Para agilizar la labor, se establece como **plazo máximo de entrega del cuestionario el 5 de Mayo** y, tras esa fecha, se les informará de los días en los que pueden obtener la información así como aclarar dudas sobre los resultados de su hijo.

El equipo de investigación les **agradece** de antemano su colaboración.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

ANEXO 5.
Circular para familias sobre pruebas a realizar



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EVASALUD

Investigación sobre el perfil psicoeducativo y familiar de los adolescentes

Las pruebas que serán empleadas en esta investigación son las siguientes:

- **Test de Personalidad 16PF-APQ:** es un instrumento de evaluación psicológica destinado a conocer la personalidad, los intereses y las posibles dificultades de los **adolescentes**. Tiempo estimado de realización de 50-70 minutos aproximadamente.
 - **Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT):** está diseñado para la medida de la inteligencia verbal y no verbal en niños, **adolescentes** y adultos. La aplicación del K-BIT dura entre 15-30 minutos.
 - **Test de Personalidad 16PF-5:** es un instrumento de evaluación psicológica destinado a conocer los rasgos de personalidad en **adultos (padre y madre)**. El tiempo estimado para su realización es de 45 minutos aproximadamente.
-

ANEXO 6.
Consentimiento informado



Estimada familia:

Desde el **Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud)** de la Universidad de Murcia estamos llevando a cabo una investigación sobre el **perfil psicoeducativo y familiar de los adolescentes**, en diferentes centros de educación secundaria de la Región de Murcia, con la que pretendemos poder extraer información de gran utilidad para la práctica educativa y clínica.

Para ello necesitamos recabar datos académicos y pasar una serie de pruebas de rápida aplicación a los escolares, así como a sus padres y madres, que nos permitan obtener información sobre su funcionamiento general, desenvolvimiento escolar, etc.

Pedimos, pues, la **colaboración** de las familias en esta investigación, autorizando a sus hijos/as para la realización de dichas pruebas y la cumplimentación por los padres y madres de los formularios.

Debido a la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informamos que todos los datos personales solicitados para este estudio serán incorporados a nuestro fichero y sólo serán destinados a la investigación citada, garantizándole la **total confidencialidad** de los resultados obtenidos.

El equipo de investigación les **agradece** de antemano su colaboración.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

Yo (nombre del padre o tutor) _____, con DNI _____,

Yo (nombre de la madre o tutora) _____, con DNI _____,

Doy mi **conformidad** a tomar parte y asimismo autorizo a mi hijo/a _____ a participar en el mencionado estudio, desarrollado desde la Universidad de Murcia, bajo la Dirección de la Profesora Dra. Eva Herrera Gutiérrez, a través de la realización de las pruebas oportunas.

En _____ a __ de _____ de 201_

Firma del padre o tutor:

Firma de la madre o tutora:

