



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

**Discrepancia Educativa Parental y TDAH:
Intervención Psicoeducativa a Través de un Programa
de Entrenamiento a Padres**

**D. Diego Javier Sánchez Mármol
2015**



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN

Discrepancia educativa parental y TDAH:
intervención psicoeducativa a través de un programa
de entrenamiento a padres

D. Diego Javier Sánchez Mármol

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

**DISCREPANCIA EDUCATIVA PARENTAL Y TDAH:
INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA A TRAVÉS DE UN
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO A PADRES**

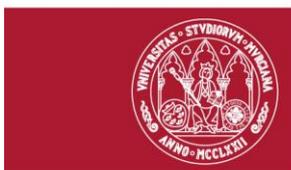
PRESENTADA POR

D. Diego Javier Sánchez Mármol

DIRECCIÓN

Dra. D^a Eva Herrera Gutiérrez

Murcia, 2015



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 “Discrepancia educativa parental y TDAH: intervención psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres”, realizada por ***D. Diego Javier Sánchez Mármol***, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a quince de octubre de dos mil quince.

Dedicado a mis sobrinos ANDREA y MANUEL, y a mi hijo LEO. Por el tiempo que no os
dediqué en mis ausencias.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora de Tesis Doctoral, la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, su dedicación y apoyo. No sólo por su profesionalidad, sino por su “personalidad”. Gracias por tu disponibilidad, gracias por tu apoyo, gracias por tu comprensión, gracias por tus ánimos, gracias por tu incondicionalidad, y GRACIAS POR TODO. Ha sido un auténtico placer trabajar a tu lado.

También quiero dar mi agradecimiento a la directora técnica de la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADA+HI) de Murcia, D^{ña} Josefa López Ortuño, por su disposición y su ambición por conocer y seguir trabajando por los demás. También agradecer a las terapeutas de la asociación su dedicación, siempre con una sonrisa en la cara, sin importarles el trabajo que se les encomendara. Por ello, gracias Alicia, gracias Esther, gracias Marga, gracias María, gracias Bea, y gracias a todas las que dedicasteis un segundo a este trabajo.

Agradecer al Dr. Fulgencio Marín Martínez, profesor de Psicología de la Universidad de Murcia, especialista en análisis de datos, su asesoramiento y apoyo técnico. Un gran profesional y aún mejor persona.

Igualmente, gracias al Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación y a su profesorado y personal de administración, por proporcionar las condiciones e infraestructura necesarias para la realización de esta investigación.

Y cómo no, un AGRADECIMIENTO MUY MUY ESPECIAL a mi familia, en particular a MIS PADRES. Este trabajo también es producción vuestra porque yo soy el resultado de vuestro trabajo. Así ha sido como me habéis educado, y así es como quiero responderos. No es mucho pero es lo que tengo y es lo que soy. MUCHAS GRACIAS. ¡OS QUIERO!

Por último, mi más EMOCIONANTE AGRADECIMIENTO a MI MUJER, VIRGINIA. Seguro que yo sólo no habría sido capaz de hacerlo. Incondicional ha sido tu apoyo y tu ayuda, e incondicional es mi cariño y mi amor hacia ti. Ya se lo enseñaremos a Leo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)	7
<hr/>	
1.1 EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA DEL CONCEPTO DE TDAH.....	9
1.1.1 Definiciones a lo largo de la historia del TDAH.....	9
1.1.2 Conceptualización del TDAH a través de los distintos modelos explicativos.....	12
1.1.3 Etiología del TDAH.....	16
1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH.....	20
1.2.1 Evolución histórica de los criterios diagnósticos en el DSM.....	20
1.2.2 El TDAH en el DSM-5.....	23
1.2.3 Comparación entre criterios diagnósticos en el DSM y la CIE.....	30
1.3 DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA Y PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH.....	32
1.3.1 Inatención, hiperactividad e impulsividad.....	32
1.3.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidades.....	35
1.3.3 Otros problemas asociados al TDAH.....	36
1.4 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TDAH.....	38
1.4.1 Evaluación del TDAH.....	38
1.4.2 Tratamiento del TDAH.....	41
CAPÍTULO II: EDUCACIÓN PARENTAL. LOS ESTILOS EDUCATIVOS	49
<hr/>	
2.1 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES.....	51
2.1.1 Revisión histórica del concepto: estilo educativo parental.....	51
2.1.2 Conceptualización de los estilos educativos parentales	57
2.2 INFLUENCIA DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES SOBRE EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL MENOR.....	62

2.2.1 Relación entre estilos educativos y trastornos internalizantes.....	64
2.2.2 Relación entre estilos educativos y trastornos externalizantes	65
2.2.3 Relación entre estilos educativos y funcionamiento del menor en el ámbito académico.....	66
2.3 DISCREPANCIA EDUCATIVA PARENTAL.....	68
2.3.1 Conceptualización de la discrepancia educativa parental.....	68
2.3.2 Impacto de la discrepancia educativa parental en el ámbito familiar.....	70
CAPITULO III: ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y TDAH	77
3.1 RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y EL TDAH.....	79
3.2 RELACIÓN ENTRE LA DISCREPANCIA EDUCATIVA PARENTAL Y EL TDAH.....	83
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	
CAPITULO IV: PRIMER ESTUDIO	89
4.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	91
4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	92
4.3 MÉTODO.....	93
4.3.1 Muestra y criterios de selección.....	93
4.3.2 Instrumentos de evaluación.....	94
4.3.3 Procedimiento.....	96
4.3.4 Análisis estadísticos.....	98
4.4 RESULTADOS.....	99
4.5 DISCUSIÓN.....	101
CAPITULO V: SEGUNDO ESTUDIO	105
5.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	107
5.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	108
5.3 MÉTODO.....	110
5.3.1 Muestra y criterios de selección.....	110

5.3.2 Instrumentos de evaluación.....	111
5.3.3 Procedimiento.....	112
5.3.4 Análisis estadísticos.....	113
5.4 RESULTADOS.....	114
5.5 DISCUSIÓN.....	124
CAPITULO VI: TERCER ESTUDIO	129
<hr/>	
6.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	131
6.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	132
6.3 MÉTODO.....	134
6.3.1 Muestra y criterios de selección.....	134
6.3.2 Instrumentos de evaluación.....	135
6.3.3 Procedimiento.....	138
6.3.4 Análisis estadísticos.....	141
6.4 RESULTADOS.....	143
6.5 DISCUSIÓN.....	160
CAPITULO VII: CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	169
<hr/>	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175
ANEXOS	199

INTRODUCCIÓN

La presente Tesis Doctoral se encuentra enmarcada dentro de una de las líneas principales del Grupo de Investigación EVASALUD (Educación, Valores, Adicciones y Salud) de la Universidad de Murcia. La línea de trabajo a la que está adscrita es la referida al estudio evolutivo y educativo del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) y es la continuación de un campo de investigación iniciado por la Dra. Eva Herrera Gutiérrez, directora del mencionado grupo (Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; Herrera-Gutiérrez, Calvo, Mora, Munuera & Peyres, 2003; Herrera-Gutiérrez, Calvo, Munuera, Mora & Peyres, 2003; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2011; Sánchez-Mármol, Herrera-Gutiérrez, Rodríguez & Peyres, 2011).

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral es profundizar en un área de conocimiento cada vez más viva, referida a los aspectos educativos del ambiente familiar (Parada-Navas & González-Ortiz, 2009) y su relación con el TDAH, uno de los trastornos mentales infantiles más influyentes, no sólo en el desarrollo evolutivo de los menores que lo presentan, sino también en su entorno más inmediato, en su familia. Más concretamente, nuestro trabajo trata de dar un paso más allá del mero conocimiento sobre dichos aspectos y pretende impulsar un campo de estudio en el que la alianza y el apoyo entre los padres en la educación de sus hijos sea el eje central. De ahí que en la presente investigación centremos nuestra atención en la discrepancia educativa parental y su impacto en la familia.

Esta Tesis está dividida en siete capítulos, de los cuales, los tres primeros hacen referencia al marco teórico que da soporte científico a nuestra investigación y los tres siguientes consisten cada uno de ellos en un estudio empírico. Finalmente, dedicamos un último capítulo a plasmar las conclusiones generales de dicha investigación y las líneas de trabajo que se abren en el futuro.

En el primer capítulo nos adentraremos en la exposición de los puntos más importantes que encierra el TDAH. En los últimos años este trastorno ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones de toda índole, debido a la heterogeneidad del mismo. En nuestro caso, nos centraremos en uno de los ambientes más importantes para su adecuada evolución y desarrollo, que no puede ser otro que el contexto familiar. Y es precisamente por esta razón por la que nos plantearemos realizar un trabajo empírico orientado a la intervención en este ambiente, con la humilde pretensión de poder ayudar tanto a los menores como a sus familiares.

Siguiendo con lo anterior, en el segundo capítulo se expondrán los hallazgos más importantes relacionados con los estilos educativos de los padres y madres. Para nuestra línea de investigación es de suprema importancia este punto y de ahí que intentemos dar un paso más allá, introduciéndonos en un ámbito menos conocido como es el efecto de la alianza parental en la educación de los menores. O, dicho de otro modo, las consecuencias de la falta de ésta, que nosotros conceptualizamos como discrepancia educativa parental y que será la protagonista a lo largo de nuestro trabajo empírico.

Para terminar con la parte teórica de nuestro marco de referencia, en el capítulo III se analizará la relación que mantienen los citados estilos educativos y la discrepancia educativa parental con el TDAH. Nuestro objetivo es poder fundamentarnos en una base científica que nos sirva de punto de partida para discutir nuestros resultados y hallar conclusiones al respecto.

En lo que al trabajo empírico se refiere, en el capítulo IV se estudiará, en población general, la relación entre la discrepancia educativa parental y los problemas de adaptación de los menores. Asimismo, se analizará la asociación entre dicha discrepancia y los conflictos interparentales.

En el quinto capítulo se buscarán posibles diferencias, entre una población de niños y niñas con TDAH y un grupo control de población general, en cuanto a su percepción de discrepancia educativa parental y respecto al impacto de dicha discrepancia en el ajuste experimentado por los menores.

Finalmente, se llevará a cabo una intervención psicoeducativa con padres y madres a través de un programa diseñado con el fin de trabajar estrategias educativas que favorezcan el óptimo desarrollo de los niños y niñas con TDAH y potenciar un ambiente familiar adecuado. Los resultados obtenidos aparecerán en el capítulo VI.

En el último capítulo (VII) se detallarán las conclusiones generales y las principales líneas de investigación futuras, después de discutir los resultados y reflexionar sobre su significado.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA DEL CONCEPTO DE TDAH

El hoy denominado Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad o TDAH se define como una alteración neurobiológica de inicio en la edad infantil que afecta a una población heterogénea. En este apartado se abordará el devenir del concepto de TDAH desde sus primeras definiciones hasta la actualidad.

1.1.1 Definiciones a lo largo de la historia del TDAH

El TDAH ha sufrido diversas variaciones en sus definiciones a lo largo de los años debido a los diferentes hallazgos encontrados en diversos estudios por parte de distintos autores.

El psiquiatra alemán Heinrich Hoffmann escribió un libro de poemas en 1845 en el que se recogía un caso que presenta similitudes con lo que hoy entendemos por TDAH. Se trata de “The Story of Fidgety Phil”, que describía a un niño que reunía las características del TDAH, si bien este hecho no fue tenido en cuenta por la comunidad científica hasta la conceptualización de Still (1902).

Es en 1902 cuando el médico británico Sir George Still realizó una descripción más detallada de los niños hiperactivos, aunque sin aportar datos significativos sobre las causas y orígenes del trastorno. Still (1902) describió a niños con importantes problemas para sostener la atención, dificultades de autorregulación y problemas de conducta y labilidad emocional. Este autor denominó su comportamiento como “defecto de control moral” y, en este sentido, Tredgold (1926) empleó el término “imbecilidad moral” para definir la visión clínica del trastorno.

En años sucesivos se realizaron diversas aportaciones al nuevo concepto, como es el caso de Rodríguez-Lafora (1917), quien consideró los problemas de movilidad

física o hiperactividad y la movilidad psíquica o impulsividad como “perturbaciones en la motilidad”.

En las siguientes décadas, diversos autores dieron cuenta de la existencia de un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still (1902). Es a partir de este momento cuando el trastorno comienza a entenderse como una alteración neurológica, apuntando esta línea de investigación a un “síndrome orgánico cerebral”.

Strauss (1939) encontró dos grupos de niños con retraso mental y con problemas relacionados con la desinhibición conductual e impulsividad. Aquellos niños que, sin tener antecedentes explicativos, presentaban por un lado retraso mental y por otro lado importantes problemas de conducta, se encuadraban en el término “retardo mental endógeno”. El segundo grupo de niños que, tras haber pasado por alguna enfermedad significativa, especialmente la encefalitis, presentaban este tipo de problemas eran encuadrados en el término “retardo mental exógeno”. Más tarde, en 1947, Strauss y Lethinen conceptualizaron la hiperactividad como un síntoma de una lesión exógena en el cerebro, acuñando el nombre de “Síndrome de Strauss”. En esta concepción se evidenciaba la necesidad de un acontecimiento externo, como padecer encefalitis, como causante del trastorno.

Es en estos años, a mediados del siglo pasado, cuando se comienza a utilizar el término “síndrome de daño cerebral” para hacer alusión al trastorno. En 1957, Laufer y Denhoff investigaron los mecanismos neurológicos que se encontraban detrás de los síntomas comportamentales. Fueron los primeros autores en utilizar el término “trastorno hiperkinético” para referirse a lo que actualmente conocemos como TDAH. Estos autores caracterizaron el trastorno con dificultades en la atención y concentración, irritabilidad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

Ya a partir de la segunda mitad del mismo siglo tiene lugar a la aceptación del término “Disfunción Cerebral Mínima” (DCM) sugerido por Clements (1966). Este autor lo definió como un síndrome que afecta a niños en su desarrollo, en su madurez

motora y en su aprendizaje. Aparecía, con esta nueva terminología, una comprensión de la hiperactividad desde la asunción de una alteración cerebral en su funcionalidad más que en su estructura. Este nuevo concepto fue muy utilizado y se centraba más en los mecanismos neurológicos como origen del trastorno que en aspectos del ambiente, como puede ser la educación parental. Este concepto fue remplazándose por diferentes terminologías como trastorno del comportamiento, trastornos del aprendizaje, etc. que se basaban en déficits observables.

El concepto de Disfunción Cerebral comenzó a ser criticado por ausencia de evidencia científica, los síntomas de hiperactividad parecían desaparecer con los años. Esta creencia fue ampliamente aceptada entre los profesionales clínicos. En décadas posteriores, la hiperactividad se convirtió en objeto de numerosos estudios e investigaciones que fueron apartándose de la idea de DCM, para dar paso a la investigación en aspectos biológicos y factores genéticos, olvidados hasta ese momento.

Es digno de mención que, en los años 90, quedó evidenciado el cambio producido en la comunidad científica en la visión que se tenía del origen o causa del trastorno. Así se empezó a reconocer el papel decisivo de los factores genéticos y neurológicos frente al ambiente y/o aspectos sociales.

Además, se aprecia un cambio conceptual en la definición de los síntomas principales del trastorno según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Las etiquetas referentes al TDAH han ido evolucionando hasta definiciones más operacionales, recogidas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de dicha asociación, en sus sucesivas ediciones (APA, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000 & 2013) que se detallarán en siguientes apartados. De hecho, un gran cuerpo de investigación se ha basado en su definición operativa y su discriminación frente a otros trastornos psiquiátricos.

1.1.2 Conceptualización del TDAH a través de los distintos modelos teóricos

Existen diferentes modelos que pretenden explicar el TDAH considerando diferentes factores influyentes en el desarrollo del trastorno tales como la etapa del desarrollo, su naturaleza, tipología, etc.

A continuación se expondrá cada uno de los modelos teóricos existentes más importantes que dan explicación al mecanismo subyacente al TDAH, y para ello, haremos alusión a los principales autores y sus hipótesis teóricas.

1.1.2.1 *Modelo de Douglas (1972)*

En 1972, Douglas elaboró un modelo explicativo del TDAH basado en el déficit de atención diferenciando, entre el trastorno con o sin hiperactividad. Esta autora centró su interés en la atención, siendo una parte olvidada en la investigación hasta ese momento, puesto que los estudios focalizaban sus objetivos sobre el factor de hiperactividad.

Este déficit producido a nivel atencional provoca diversas dificultades, tales como en la motivación intrínseca, en la capacidad para planificar, problemas en la resolución de problemas, etc.

Tan importante fue la aportación de Douglas, que supuso un cambio en el DSM-III (APA, 1980), en el que se reconoció la atención como un pilar fundamental del trastorno el déficit de atención y la impulsividad. De hecho, se establecieron las categorías de Déficit de atención con hiperactividad y Déficit de atención sin hiperactividad.

1.1.2.2 *Modelo de autorregulación de Barkley (1997)*

Russel Barkley es uno de los autores más importantes en lo referente al estudio del TDAH. Desarrolló un modelo teórico sobre el funcionamiento cognitivo subyacente al mismo. En él expone que es la inhibición de respuesta o inhibición conductual el factor principal por el cual se explicaría el desarrollo de dicho trastorno.

Se introduce el concepto de la autorregulación, entendida como la capacidad de cualquier individuo para inhibir la respuesta motora a un estímulo. Siguiendo este concepto, un individuo inhibe una respuesta inmediata ante un evento y ha de evitar distracciones internas y/o externas para elaborar una respuesta más adecuada que sustituya la primera.

Según Barkley (1997), las dificultades en la autorregulación influyen en cuatro procesos neuropsicológicos que tienen un efecto en el control del comportamiento. Éstas son: memoria de trabajo; motivación, emoción y vigilia; lenguaje interno; y procesos de análisis y síntesis (reconstitución). En este sentido, la inhibición conductual es considerada un componente de la función ejecutiva, que se define como el conjunto de procesos cognitivos encargados del control del pensamiento y la acción.

Aunque estas funciones están interrelacionadas, son independientes entre sí, es decir, que cada una de ellas puede funcionar por sí misma y, por tanto, déficits en alguna de ellas pueden impedir o dificultar la autorregulación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, podríamos entender, según este modelo, que el déficit en la autorregulación es producto de la persona y no del ambiente externo que le rodea, y como se ha dicho anteriormente, es en esta capacidad para modificar o evitar una respuesta inmediata, activada por un estímulo, donde se produce un deterioro importante en personas con TDAH. Es decir, el TDAH se puede definir como un déficit en las funciones ejecutivas, que afecta al control inhibitorio de la conducta.

1.1.2.3 *Modelo de Brown (2006)*

El Dr. Thomas Brown desarrolló un modelo explicativo del TDAH centrado en la descripción de las funciones ejecutivas que afectan al trastorno.

Este autor propone un modelo en el que las funciones ejecutivas juegan un papel central en los diferentes déficits que se manifiestan en el TDAH. Según Brown (2006), estas funciones permiten una adecuada autorregulación del resto de procesos cognitivos, es decir, son las que organizan diferentes funciones mentales. Tales funciones ejecutivas son: activación (organizar, estimar tiempo); enfoque o concentración (control atencional); esfuerzo (velocidad procesamiento); emoción (manejo de la frustración, regulación emocional); memoria de trabajo; y acción (monitorizar, contextualizar, capacidad de iniciar la acción).

Aun teniendo en cuenta que este modelo comparte similitudes con el modelo de Barkley, a partir de un modelo neuropsicológico centrado en las funciones ejecutivas, consecuencia de un proceso evolutivo inadecuado, existen diferencias entre ellos. Esto es, para Barkley es la inhibición conductual la principal función de la cual dependen el resto de funciones, y según Brown ésta es una más de las diversas funciones ejecutivas que interrelacionan entre sí.

1.1.2.4 *Otros modelos*

Además de los modelos mencionados, podemos encontrar el modelo de aversión a la demora de Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith (1992). Este modelo tiene en cuenta tanto aspectos emocionales como cognitivos, indicando que déficits a nivel cognitivo estarían relacionados con la función ejecutiva, y déficits motivacionales se relacionarían con problemas para demorar la gratificación y el refuerzo a largo plazo. Las personas con TDAH tendrían importantes problemas para esperar un refuerzo que se demora en el tiempo, prefiriendo refuerzos más inmediatos.

Este primer modelo dio lugar al modelo de doble vía (Sonuga-Barke, 2003), donde se propone que el déficit de atención estaría relacionado con dificultades en el control cognitivo y la sintomatología hiperactiva estaría vinculada a procesos motivacionales y emocionales. Estos autores fundamentan su teoría en aspectos neuroanatómicos, relacionando cada uno de los síntomas descritos a distintas áreas del lóbulo frontal.

Para una profundización en los diferentes modelos del TDAH puede consultarse Artigas-Pallarés (2009). En todo caso, cabe destacar que los modelos explicativos del TDAH no han de concebirse de manera excluyente. Como señala Herrera-Gutiérrez (2015), la investigación reciente ha puesto de manifiesto que estamos ante un síndrome heterogéneo, de origen diverso y abordaje multicomponente (véase la Tabla 1).

Tabla 1: Modelos científicos del TDAH

Modelo	Descripción y teorías
Biológico	<p>Énfasis en factores orgánicos y hereditarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría de la transmisión genética: hay más trastornos psicopatológicos (incluido el TDAH) en padres y hermanos de niños con trastorno hiperactivo. - Teoría de las funciones ejecutivas de Barkley: el TDAH como un problema de regulación de la conducta (un síndrome de disfunción ejecutiva) con base en un funcionamiento cerebral poco eficaz.
Contextual	<p>Especial relevancia de los factores psicosociales en el pronóstico del trastorno: contexto familiar, escolar y social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría sobre la implicación de la dinámica familiar y los estilos educativos parentales. - Análisis funcional del comportamiento del alumno con TDAH en el aula.
Multifactorial	<p>Naturaleza dinámica, interactiva y multidimensional del trastorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría explicativa multifactorial e interactiva. - Enfoque interdisciplinar de evaluación. - Perspectiva de intervención multicomponente.

Fuente: Herrera-Gutiérrez (2015)

1.1.3 Etiología del TDAH

Aunque muchos estudios, sosteniendo muy diferentes teorías, han investigado la etiología del TDAH, factores genéticos y neurobiológicos son presentados como la primera causa del trastorno, y aspectos del ambiente como influyentes en el mantenimiento y severidad de los síntomas a lo largo del tiempo. En este apartado se expondrán brevemente los factores que se asocian a las causas del TDAH, dividiéndolo en los diferentes campos de estudio de las mismas.

1.1.3.1 *Genética del TDAH*

Numerosos estudios familiares con gemelos han demostrado que variantes genéticas desempeñan un papel importante en la causa del TDAH. En este sentido, se ha demostrado la alta heredabilidad que tiene este trastorno (Burt, 2009; Faraone et al., 2005).

En estudios familiares se ha encontrado que el riesgo de presentar TDAH entre hermanos biológicos de niños con el trastorno se incrementa entre 2 y 8 veces (Faraone & Doyle, 2001), al igual que los padres biológicos (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy & Faraone, 2000).

Lo mismo ocurre con estudios de adopción, en los que los hermanos no biológicos presentan menos riesgo de presentar el trastorno (Herreros, Rubio, Sánchez & García, 2002).

La genética molecular sugiere que la arquitectura genética del TDAH es compleja e implica diferentes variantes. Aunque estas variantes genéticas tienen un efecto relativo, sugiriendo que son múltiples los genes implicados en la causa del TDAH (Gillberg, 2014).

Respecto a los genes candidatos y su repercusión en el TDAH, se sabe que, por un lado, Muchos genes candidatos han sido identificados implicando redes catecolaminérgicas (Bralten et al., 2013). Por otro lado, encontramos el gen receptor de la dopamina DRD4 que parece ser, según Herreros et al. (2002), el más implicado en el TDAH. También se encuentra involucrado el receptor DRD5 de dopamina, existiendo estudios de asociación entre este receptor y el TDAH (Hawi et al., 2003), y el receptor de dopamina DRD2 (Acosta, 2000). También se encontraría involucrado en el TDAH el gen DAT1 (Sánchez-Mora et al. 2012). Además, otros estudios incluyen el transportador de Serotonina SLC6A4 (Gizer, Ficks & Waldman, 2009)

1.1.3.2 *Neurobiología del TDAH*

Se han encontrado 5 estructuras interrelacionadas (Swanson, Castellanos, Murias, LaHoste & Kennedy, 1998) que pueden explicar la génesis del trastorno, aunque todavía no se sabe con exactitud el sustrato neurobiológico. Según Castellanos (1997), existen dos hipótesis a este respecto, la primera de ellas propone la existencia de una disfunción en circuitos frontoestriatales, hallado en estudios de neuroimagen. Esta hipótesis parece ser la más aceptada, puesto que es parte esencial del sustrato neurofisiológico de las funciones ejecutivas, mostrando concordancia con estudios neuropsicológicos y teorías cognitivas (Barkley, 1997). Estos hallazgos también han sido observados a través de tomografía por emisión de positrones (PET) (Zametkin et al., 1993) y a través de tomografía por emisión de fotón único (SPECT) (Gustaffson, Thernlund, Ryding, Rosén & Cederblad, 2000), encontrando menor flujo sanguíneo en regiones frontales.

Por otro lado, encontramos la hipótesis cortical-posterior, que daría explicación a la existencia de alteraciones en regiones corticales posteriores. Según Mirsky (1996), regiones temporales y corteza parietal inferior estarían implicadas en la capacidad para centrar la atención.

En lo que se refiere a los factores neuroanatómicos, se han utilizado técnicas de neuroimagen para hallar diferencias en la morfología del cerebro de una persona con TDAH. En este sentido, se han encontrado diferencias en cuanto al volumen de varias regiones cerebrales, especialmente del córtex prefrontal (Almeida, Ricardo-Garcell, Prado & Martínez, 2009). También se encontraron diferencias significativas en el volumen del Globo pálido en niños con TDAH (Castellanos et al. 2001). Estos resultados exponen una disminución del volumen de diversas regiones cerebrales, sobre todo, áreas del lóbulo frontal.

1.1.3.3 Factores ambientales

La influencia que parece tener el ambiente en el TDAH tiene que ver más con su desarrollo y el mantenimiento de dicho trastorno que como causa principal. A este respecto, son diversos los factores que pueden estar implicados en su evolución, como pueden ser el nivel socio-económico, malnutrición, etc., centrándose, la mayoría de estudios, en el papel que juegan los padres en su educación.

Dicho lo anterior, existen ambientes familiares que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar algún tipo de trastorno mental en los niños, como pueden ser unas relaciones familiares conflictivas (Del Barrio, 1998).

Las teorías que defienden que el origen del TDAH se encuentra en el ambiente no han recibido mucho apoyo científico. Este trastorno ha sido asociado con frecuencia a la falta de control de los padres sobre sus hijos. Asimismo, también se ha asociado a una vida familiar disfuncional de desorganización, estrés, etc., pero esto es explicado en mayor proporción por factores hereditarios. Dada la alta heredabilidad que tiene este trastorno, es esperable que los padres de niños con TDAH puedan presentar el trastorno y su sintomatología, lo que les llevaría a dar pautas educativas inadecuadas o que exista un ambiente familiar desorganizado (Barkley, 2002a).

Siguiendo a Herreros et al. (2002), se puede afirmar que existen diversos factores ambientales que se dan durante la gestación y factores perinatales que se

asocian a una mayor vulnerabilidad a desarrollar TDAH, como es el consumo de tabaco y alcohol (Zuluaga, 2009). Aunque todos estos factores no han sido validados de forma concluyente como causa del TDAH, sí puede afirmarse que podrían ser factores de predisposición para su desarrollo.

A este respecto, Barkley (2002b) enumera algunos de los factores que podrían servir de utilidad como predictores de la aparición del TDAH. Éstos son:

- Aparición temprana de un nivel alto de actividad y de exigencias.
- Conducta directiva de la madre en los primeros años de vida.
- Antecedentes familiares de TDAH.
- Durante el embarazo, el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol, o la mala salud de la madre.
- Más complicaciones de las normales durante el embarazo (parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.)
- Niveles educativos de los padres más bajos de lo normal.
- Mala salud del niño y retraso en el desarrollo motor y del lenguaje.

Nada de lo anterior es concluyente como origen o causa del TDAH, pero sí puede contribuir al mantenimiento del mismo.

Para resumir y siguiendo a Barkley (2002b), podríamos indicar que son los factores biológicos los que aparecen como causa directa del TDAH. Esta idea viene respaldada por la existencia de una contribución genética muy fuerte asociada al mismo, al igual que por los datos disponibles sobre una menor actividad cerebral en corteza frontal, y sobre un menor volumen de ciertas áreas cerebrales en las personas con esta alteración. Cuando hablamos de habilidades educativas de los padres u otros factores ambientales, nos referimos a aspectos que puede predecir el desarrollo y evolución del trastorno.

1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en inglés “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM), se considera el principal referente a nivel mundial para diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Este manual es publicado por la APA, la cual se encarga de la promulgación científica de los criterios específicos para el diagnóstico de los trastornos mentales, entre los que encontramos el TDAH. A continuación haremos una exposición histórica y actual de las diferentes publicaciones de dicho manual y su repercusión en la conceptualización del TDAH.

1.2.1 Evolución histórica de los criterios diagnósticos en el DSM

La primera edición del manual DSM (APA, 1957) no reconocía el TDAH, fue en su segunda edición (DSM-II; APA, 1968) donde se introdujo con el nombre de Trastorno de Reacción Hiperkinética de la infancia. Hay que destacar que esta primera terminología utilizada pone su énfasis en la hiperactividad, entendida como inquietud motora, agitación motriz, etc. sin tener en cuenta aspectos atencionales.

En los años ochenta, con la aparición del DSM-III (APA, 1980), se nombró como trastorno por déficit de atención, creando un sistema bidimensional en el que se incluían los subtipos con hiperactividad y sin hiperactividad. Todo ello, gracias en gran medida a los estudios realizados por Douglas (1972) que dieron un nuevo impulso a la investigación sobre el déficit atencional. En esta nueva edición se produjo ya un cambio en su terminología, pasando de un gran énfasis en la hiperactividad y agitación motora a destacar los déficits cognitivos. Es decir, en esta tercera edición se entenderían como déficits principales la desatención y reacción impulsiva, dejando en un segundo plano a la hiperactividad.

Todo ello se produjo por la cantidad de estudios realizados hasta la fecha y la observación clínica de las dificultades atencionales que presentaban este tipo de niños.

La revisión de esta tercera edición (DSM-III-R; APA, 1987) definió el TDAH como un único trastorno de atención, impulsividad e hiperactividad, terminando así con la anterior distinción entre TDAH con y sin hiperactividad.

De nuevo, con el DSM-IV (APA, 1994) se volvió a hacer una distinción entre el déficit de atención y la hiperactividad considerándose tres subtipos del trastorno: TDAH subtipo inatento, TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo y TDAH subtipo combinado. En esta edición esta alteración se entendía mejor como un trastorno unitario, aunque tuvieran cabida en él los tres subtipos indicados anteriormente. Como novedad, también se introdujo un nuevo criterio diagnóstico por el que se señalaba la necesidad de que la sintomatología se presentara en dos o más ambientes, por lo que el diagnóstico de TDAH quedaba concretado en aquellos casos en los que dicha sintomatología no se debía a factores ambientales, sino que se observaba independientemente del ambiente.

Aunque existieron controversias en lo que se refiere a la distinción de los subtipos, éstos continuaron con la misma terminología con el DSM-IV-TR (APA, 2000). Para que un niño fuera diagnosticado de TDAH subtipo inatento tenía que cumplir 6 de 9 criterios referidos a problemas de atención, y no presentar los criterios para el subtipo hiperactivo/impulsivo. Igualmente para que un niño fuera diagnosticado de TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo debía cumplir con al menos 6 de 9 criterios referidos a inquietud motora e impulsividad, y no cumplir los criterios para el subtipo inatento. En caso de que se cumplieran los criterios de ambos subtipos, se daría un diagnóstico de TDAH subtipo combinado. Sí bien entre una edición y la otra del DSM-IV no existían diferencias significativas, sí hay que destacar que en la edición revisada (APA, 2000) se proporcionaba una mayor rigurosidad y mayor base empírica para los criterios citados (Barkley, 2006a). En estas dos ediciones del DSM, el TDAH se incluía en un grupo superior de diversos trastornos nombrado “trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia”.

Profundizando en esta cuarta edición del DSM, puesto que de ella parten la inmensa mayoría de estudios que se citan en nuestra investigación, cabe señalar que en ella se define el TDAH como “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar”. Los síntomas deben haberse dado presentes desde antes de los 7 años de edad, estar presentes durante los últimos 6 meses, y causar un deterioro significativo del funcionamiento social, personal y/o académico/laboral.

Los criterios diagnósticos que se presentan en el DSM-IV-TR (APA, 2000) vienen divididos por: desatención, hiperactividad e impulsividad. Estos criterios serán expuestos con más detalle en el siguiente apartado, con el objetivo de realizar una comparación de esta edición del DSM y la última edición publicada del mismo (DSM-V; APA, 2013).

Como cabría esperar, se han hallado diferencias entre los distintos subtipos de TDAH, más allá de los criterios que lo definen. Esto es, Flores (2009) encontró que había un predominio de trastornos internalizantes asociados al subtipo inatento, frente a un predominio de trastornos externalizantes en los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinado, como puede ser la comorbilidad de estos últimos con el trastorno disocial y el trastorno oposicionista desafiante (Oner, Oner, Cop & Munir, 2012).

Incluso a nivel de procesos cognitivos podrían encontrarse diferencias entre un subtipo y otro. Se han hallado menores puntuaciones en velocidad de procesamiento en aquellos casos catalogados como TDAH subtipo inatento (Thaler, Bello, & Etkoff, 2012). Se han hecho numerosos estudios intentando identificar un perfil cognitivo, evaluado a través de la escala de inteligencia de Weschler (WISC), y aun habiendo encontrado diferencias entre los distintos subtipos (Devena & Watkins, 2012; Fenollar, Navarro, González & García-Sevilla, 2015), no puede concluirse que puedan servir como base sólida para el diagnóstico.

En siguientes apartados profundizaremos tanto en los problemas asociados al TDAH como a las diferencias encontradas entre sus subtipos diagnósticos.

1.2.2 El TDAH en el DSM-5 (APA, 2013)

Como ya se mencionó anteriormente, en este apartado se realizará una breve comparación de la anterior edición del DSM-IV-TR y la actual (DSM-5). Para ello, se enumerarán los criterios diagnósticos de las dos ediciones y se describirán las diferencias existentes.

Barkley (2009) expone una serie de dudas con respecto a la nueva conceptualización del TDAH. Y es que hasta la fecha, explica Barkley, el TDAH se ha diferenciado por consistir en dos dimensiones: déficit de atención e hiperactividad/impulsividad, implicando que son dimensiones independientes. Las preguntas que recoge de las diferentes investigaciones como cuestionamiento de esta independencia entre los subtipos son:

- ¿Es necesario usar dos listas de síntomas y umbrales de diagnóstico separados? o ¿funcionaría igual de bien una única lista de síntomas y un único umbral?
- ¿Por qué son necesarios 18 síntomas para realizar un diagnóstico fiable?
- ¿Hay síntomas mejores para detectar la fase adulta del TDAH que los síntomas del DSM-IV desarrollados en y para los niños?
- ¿Se debe utilizar un umbral diferente en las listas de síntomas para las diferentes etapas del desarrollo?
- ¿Está la lista de síntomas de “hiperactividad” demasiado cargada con síntomas de hiperactividad, en comparación con los de desinhibición o impulsividad que reflejan el núcleo teórico del trastorno?

A lo largo del artículo, defiende la postura de una única dimensión, argumentando que las dos listas de criterios diagnósticos se refieren, en suma, a un mismo trastorno y no a diferentes subtipos. El hecho de que se cumplan los criterios

de ambas listas no indica otra cosa que la gravedad del trastorno y no la existencia de un tipo u otro.

También señala un punto controvertido en cuanto a la conceptualización actual del TDAH, como es la manifestación de diversos síntomas con mayor o menor intensidad según la edad, y cómo algunos de estos síntomas son más predominantes en ciertas edades (Hart, Lahey, Loeber, Applegate & Frick, 1998). En este sentido, también cuestiona que la edad de inicio se especifique de forma tan precisa, ya que se ha encontrado, en numerosos estudios sobre el diagnóstico de TDAH en adultos (Barkley, Murphy & Fischer, 2008; Faraone et al., 2006; McGough & Barkley, 2004), que muchos no presentaron la sintomatología hasta más tarde de la edad de inicio propuesta (7 años) en la versión del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Por otro lado, lo que sí indica Barkley (2009) es la conveniencia de hacer una distinción del tipo inatento, puesto que un alto porcentaje del mismo parece constituir un trastorno aparte (Carlson & Mann, 2002; McBurnett, Pfiffner & Frick, 2001; Penny, Waschbusch, Klein, Corkum & Eskes, 2009). Estos niños son descritos como distraídos, de tiempo cognitivo lento, bajo procesamiento de información, ensimismados, y con una respuesta reducida ante estímulos. De hecho, algunos autores han sugerido la denominación de “tempo cognitivo lento” para estos casos.

Esta exposición de diferencias y controversias, en lo que se refiere a la conceptualización del TDAH, sirve como antecedente antes de pasar a la definición que el DSM-5 (APA, 2013) da sobre este trastorno y explicar las novedades en cuanto a los criterios diagnósticos que se derivan.

Uno de los principales cambios que se produce con la nueva publicación del DSM la encontramos en el grupo de trastornos en el que se encuadra el TDAH. Hasta el momento se consideraba un “trastorno de inicio en la infancia y adolescencia”, pero en esta nueva edición el TDAH pasa a formar parte de un conjunto de trastornos catalogados como “trastornos del neurodesarrollo”. Esto afianza aún más el origen y la

naturaleza neurológica del trastorno, haciendo una distinción de aquellas alteraciones en los que la causa se debe a factores ambientales o psicosociales.

Otra de las diferencias más destacadas, con respecto a la anterior edición, es que en la de 2013 la edad para que se presenten los síntomas se amplía hasta los 12 años, ya que en la anterior versión se quedaba en los 7 años.

Otro cambio sustancial es que en esta nueva edición se proporcionan recomendaciones para el diagnóstico en adultos. En este caso, se pasa de 6 a 5 criterios necesarios para el diagnóstico.

También se añaden 4 nuevos criterios para la hiperactividad/impulsividad (“menudo actúa sin pensar”; “menudo es impaciente”; “a menudo se precipita en la realización de actividades o tareas, es demasiado rápido”; “Suele tener dificultades para resistir tentaciones inmediatas u oportunidades atractivas sin tener en cuenta las consecuencias negativas”), quedando el resto sin cambios significativos con respecto a la anterior edición. El DSM-5 aporta una serie de ejemplos para cada uno de los criterios, y así permite clarificarlos y hacer un juicio más acertado.

También incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista; es decir, se permite hacer el diagnóstico de TDAH y Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Por último, la nueva edición sustituye el concepto de subtipo por “presentación clínica” predominante. Sigue sin incluirse o distinguirse de forma clara la categoría diagnóstica de “tempo cognitivo lento”. Sin embargo, cabría destacar la aparición de la nueva categoría: “Trastorno de Déficit por Atención/Hiperactividad no especificado”. En esta categoría entrarían todos aquellos que, o bien están por debajo del umbral necesario para ser diagnosticados, o no se pueden verificar de forma concluyente todos los criterios.

Se presentan, a continuación, las tablas correspondientes a los criterios tanto del DSM-IV-TR (Tabla 2) como del DSM-5 (Tabla 3), con el objetivo de reflejar de forma más detallada las diferencias diagnósticas que presentan las dos ediciones sobre el TDAH.

Tabla 2: Criterios diagnósticos para TDAH, según el DSM-IV-TR.

A. (1) o (2)

(1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a)** a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b)** a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c)** a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d)** a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e)** a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f)** a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g)** a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. e.: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- h)** a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i)** a menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a)** a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b)** a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c)** a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d)** a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e)** a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- f)** a menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g)** a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h)** a menudo tiene dificultades para guardar su turno.
- i)** a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. e., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela o en el trabajo y en casa).

D. Deben existir pruebas de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad).

Fuente: APA (2000)

Tabla 3: Criterios diagnósticos para TDAH, según el DSM-5.

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

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

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

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

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en la conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

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

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

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

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

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

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

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Fuente: APA (2013)

Para resumir este apartado, se puede decir que a pesar de los cambios producidos entre estas dos versiones del DSM, los criterios y la sintomatología no han cambiado sustancialmente, no obstante, el TDAH es un trastorno muy heterogéneo que requiere de una continuación sistemática de su estudio e investigación.

Por último, y siguiendo con lo anterior, es necesario resaltar el gran marco de investigación que se ha abierto en los últimos años con el objetivo de encontrar biomarcadores que puedan servir para el diagnóstico del TDAH (Aguilar, Herrera & Gómez, 2013; Leisera, Dunlop, Bowlby & Devilbiss, 2011; Rubia, Alegría & Brinson, 2014).

1.2.3 Comparación entre criterios diagnósticos en el DSM y la CIE

Hasta el momento se ha estado tratando como manual diagnóstico de los trastornos mentales el DSM, aunque también disponemos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicación que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS). La última edición (CIE-10; OMS, 1992), Esta clasificación usa un nombre distinto al que se ha venido utilizando hasta ahora para referirse al TDAH, llamándolo Trastorno Hiperactivo. Según esta clasificación, dicho trastorno se encuadra en un grupo llamado “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia” (códigos F90-F98). Más concretamente el Trastorno Hiperactivo hace referencia al código F90.

Esta clasificación también incluye un listado de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, y éstos se han de mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Una de las diferencias más importantes que se da entre el DSM y la CIE tiene que ver con algo que se ha comentado con anterioridad y que Barkley (2009) pone de relieve. Nos referimos a la visión del TDAH como una sola dimensión, ya que en la CIE no se diferencian subtipos o “presentaciones”, sino que dentro del Trastorno Hiperactivo se engloban los síntomas de desatención y de hiperactividad.

Las pautas para el diagnóstico del F90 Trastorno Hiperactivo según la CIE-10 son las que seguidamente detallamos:

- Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico precisa de la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta, etc.).

- El trastorno de la atención se evidencia por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los menores con este trastorno cambian frecuentemente de una actividad a otra, pareciendo que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de

laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estas deficiencias en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticadas sólo si son excesivas para la edad y el CI de los afectados.

- La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Según las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo, imposibilidad de estar sentado cuando es necesario, verborrea o alboroto, o inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para determinar si una actividad es excesiva depende del contexto, es decir, lo esperable en esa situación concreta, y de lo que sería normal atendiendo a la edad y al CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas, que requieren un grado elevado de control del propio comportamiento.

- En la edad adulta puede también realizarse el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad han de valorarse según la evolución de cada caso. Cuando la hiperactividad se presentó sólo en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad (trastorno de la personalidad o abuso de sustancias) debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Trastornos de ansiedad (F41 o F93.0).

Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

Dentro de la categoría F90 trastornos hiperactivos podemos encontrar: F90.0 Trastorno de la Actividad y de la Atención, F90.1 Trastorno Hiperactivo Disocial, F90.8 Otros Trastornos Hiperactivos y F90.9 Trastorno Hiperactivo Sin Especificación.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA Y PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

1.3.1 Inatención, hiperactividad e impulsividad

1.3.1.1 Inatención

Cuando hablamos de inatención, nos referimos a la incapacidad de las personas para hacer un uso adecuado de la atención. Ésta puede verse afectada tanto en la capacidad para focalizar como para sostenerla. Los niños y niñas con déficit de atención pueden presentar dificultades para mantenerse atentos o estar durante un tiempo prolongado realizando una misma actividad. Es importante señalar que el que un niño tenga déficit de atención no quiere decir que presente problemas de inquietud o agitación motora.

En general, los estudios realizados proporcionan evidencia empírica de que los niños con TDAH subtipo inatento tienen un rendimiento bajo en velocidad de procesamiento (Mayes, Calhoun, Chase, Mink, & Stagg, 2009; Thaler et al., 2012). Igualmente, Tillman, Eninger, Forssman y Bohlin (2011) concluyeron que la memoria de trabajo está relacionada con síntomas de déficit de atención. A nivel cognitivo, en evaluaciones realizadas a través de pruebas de inteligencia, se observan peores resultados en el rendimiento de tareas que tienen que ver con la velocidad de procesamiento y memoria de trabajo (Fenollar et al., 2015).

Otro aspecto que se ha relacionado con frecuencia con el déficit de atención tiene que ver con la lectura. Siguiendo a García, Loro y Quintero Gutiérrez (2008), una de las mayores causas para que se produzca esta relación es la que tiene que ver con la dificultad de los niños con déficit de atención para concentrarse, especialmente ante textos largos. Estos menores presentan importantes dificultades en la comprensión lectora puesto que, al tener dificultades para mantener la atención, suelen olvidar lo

que ya habían leído. Se muestran ensimismados y tienen dificultades para iniciar tareas, aunque el efecto más directo del déficit de atención aparece en las habilidades para aprender, puesto que estos niños suelen presentar un rendimiento menor, tanto en la lectura como en el cálculo (Spira & Fischel, 2005).

Otro aspecto que se ha relacionado con la desatención tiene que ver con la ansiedad, observándose en el TDAH subtipo inatento mayores niveles de ansiedad (Bloesma et al. 2013; González-Castro, Rodríguez, Cueli, García & Álvarez-García, 2015).

Incluso, se han observado en técnicas de electroencefalografía cuantitativa (Qeeg) patrones de activación cortical diferentes en niños con TDAH y en sus diversos subtipos (Aguilar et al., 2013; Rodríguez, Fernández-Cueli, González-Castro, Álvarez & Álvarez-García, 2011), mostrando diferencias significativas con el resto de niños, especialmente los del subtipo inatentos, que presentan baja activación cortical en el córtex central (González-Castro et al., 2010).

1.3.1.2 Hiperactividad e impulsividad

En sentido restringido, el término hiperactividad es utilizado para referirse a un síntoma o pauta de conducta específica, que se manifiesta a través de un movimiento corporal constante y desorganizado sin que exista un fin específico, de ahí que estos menores sean catalogados como muy nerviosos, inquietos e impacientes. Es en los lugares y ambientes más estructurados, como el aula, donde se produce este exceso de actividad motora, mientras que en ambientes más relajados es cuando esta agitación disminuye. A esta actividad excesiva se asocian déficits en la motricidad gruesa, que estarían relacionados con problemas en la adquisición del esquema corporal y en la motricidad fina (Herrera-Gutiérrez, Calvo & Peyres, 2003).

Cuando hablamos del síntoma de hiperactividad nos estamos refiriendo a la dificultad para estar quieto, a estar en continuo movimiento, a la agitación de pies y manos sin ninguna intención, y al nerviosismo e inquietud. Los menores con

hiperactividad son activos y muy vitales, hablan y se mueven demasiado incluso en situaciones en las que no se esperan tales comportamientos. A diferencia de la atención, la hiperactividad suele ir desapareciendo con la edad (Brown, 2003), aunque siguen siendo inquietos y nerviosos.

La dificultad para controlar los impulsos y postergar la satisfacción inmediata de los deseos es la tercera de las características o síntomas clave del TDAH. Los menores con impulsividad presentan bajo nivel de tolerancia a la frustración y un deficiente autocontrol. Una de las consecuencias que se deriva de este síntoma es la limitada capacidad de estos niños para conocer las consecuencias de sus acciones, que les lleva a interrumpir los actos de otras personas y a tener comportamientos peligrosos, en la mayoría de veces desobedeciendo a los adultos (Herrera-Gutiérrez et al., 2003).

Los niños con alta impulsividad suelen mostrarse muy habladores, con dificultades importantes para esperar su turno, responden sin esperar a que se termine la pregunta. Pueden llegar a hacer comentarios inadecuados hacia los demás. Estos niños tienen verdaderas dificultades para controlar sus impulsos.

De lo expuesto hasta este momento se deduce la naturaleza compleja del TDAH junto a la conveniencia de realizar un acercamiento multidimensional a la evaluación y tratamiento del mismo. Como veremos a continuación, actualmente existe la coincidencia entre los autores, en que el diagnóstico del TDAH exige una aproximación clínica, haciendo uso de diferentes procedimientos de evaluación que incluyan, además del examen médico y psicológico, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela (López et al., 2004).

1.3.2 Diagnóstico diferencial y comorbilidades

El TDAH ha sido uno de los problemas que más dificultades ha tenido para un diagnóstico acertado, puesto que ha sido asociado a lo largo de los años a numerosos trastornos. De hecho, existe evidencia de que los niños con TDAH presentan, al menos, otro diagnóstico comórbido (Ambrosini, Bennett & Elia, 2013; Kadesjo & Gillberg 2001).

En este sentido, Roselló, Amado & Bó (2000) investigaron las comorbilidades existentes en los tres subtipos del TDAH. Por un lado, se analizaron los datos relacionados con los trastornos externalizantes como el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno Disocial (TD). En cuanto al primero, se presentaba en mayor medida en los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinado (Burns & Walsh, 2002; Kadesjo, Hagglof, Kadesjo & Gillbert, 2003) frente al subtipo inatento, siendo estas diferencias significativas. En lo que se refiere al TD, se daba más en el subtipo combinado, sin existir diferencias significativas entre los otros dos subtipos. Por otro lado, en cuanto a los trastornos internalizantes, se valoró la relación entre el TDAH y la ansiedad y la depresión, aunque no se encontraron diferencias significativas. En estudio posteriores se ha constatado que los niños con TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo y subtipo combinado se asocian a trastornos externalizantes y el subtipo inatento a trastornos internalizantes (Flores, 2009).

Para profundizar en este aspecto, en el estudio de Ambrosini et al. (2013), en el que participaron 500 niños con TDAH, se analizaron los trastornos que presentaban mayor comorbilidad con el mismo, siendo el TND el que más se relacionaba con el TDAH. Este último unido al trastorno bipolar, al trastorno de conducta y al abuso de sustancias son las comorbilidades que peor pronóstico y evolución presentan (Biederman, Mick, Faraone & Burbach, 2001).

El TDAH también ha sido asociado con numerosos trastornos como el Síndrome de Tourett (Cohen, Leckman & Pauls, 1997; El Malhany, Gulisano, Rizzo, & Curatolo, 2015), los trastornos afectivos (Sala, Axelson, & Birmaher, 2009), los trastornos del sueño (Huang, Chen, Li, Wu, Chao & Guilleminault, 2004; Owens, 2005), los trastornos del aprendizaje (Meliá de Alba, 2008; Miranda, García & Jara, 2001; Rosich & Casajús, 2008), el abuso de sustancias (Lee, Humphreys, Flory, Liu & Glass, 2011), y los trastornos Generalizados del Desarrollo (Antshel, Zhang-James, & Faraone, 2013; Clark, Feehan, Tinline & Vostanis, 1999).

De todo ello, se deduce la necesidad de un adecuado diagnóstico para, así, poder dar un tratamiento lo más apropiado y ajustado posible (Mulas, Roselló, Morant, Hernández & Pitarch, 2002).

1.3.3 Otros problemas asociados al TDAH

Siguiendo a López, Castro, Belchí y Romero (2013), además de los tres síntomas principales del TDAH existen otros problemas que se pueden asociar a este trastorno, destacando principalmente los problemas en las relaciones con los demás, el bajo rendimiento académico, la baja autoestima y los problemas de comportamiento.

En lo que a las relaciones sociales se refiere, sabemos que los niños y adolescentes con distintos tipos de trastorno mental suelen ser excluidos de sus grupos de compañeros y tienen peores experiencias en sus relaciones sociales (Hay, Payne & Chadwick, 2004), y que esto también ocurre con el TDAH (McKeague, Hennessy, O'Driscoll & Heary, 2015; Pollack, Hojnoski, DuPaul & Kern, 2015).

Los problemas de comportamiento suelen tener consecuencias en el juego con los demás, porque son niños que tienden a molestar, a interrumpir, etc. debido a sus dificultades de autorregulación y este hecho produce un rechazo en sus compañeros.

Si nos centramos en el rendimiento y funcionamiento académico, en general, los alumnos con hiperactividad suelen presentar mayores dificultades escolares y un peor rendimiento que el resto de sus compañeros (Barkley, 2002a, 2006b). Además de este problema en el desempeño académico, se ha comprobado que muestran mayor inadaptación escolar, lo que podría estar indicando en estos menores problemas de motivación, una actitud negativa frente a las tareas escolares, y una visión negativa de todo lo relacionado con el ámbito académico (Herrera-Gutiérrez, Sánchez-Mármol, Peyres & Rodríguez, 2011; Herrera-Gutiérrez, Calvo & Peyres, 2003; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2010).

Uno de los principales motivos por los que los padres acuden a consulta o demandan ayuda es el que tiene que ver con el bajo rendimiento y sus problemas de adaptación al medio escolar. Es muy importante tener en cuenta la actuación que desde el ámbito educativo puede prestarse a este tipo de niños y niñas, al igual que a otro tipo de alumnado con otras necesidades específicas de apoyo educativo (Prieto, 2011).

Con respecto a la autoestima, los niños con TDAH presentan, en comparación con sus compañeros, un autoconcepto negativo que se relaciona con bajas puntuaciones en habilidades sociales y baja autoestima (Richman, Hope & Mihalas, 2010), hecho encontrado también en adultos con TDAH (Dan & Raz, 2015). A este respecto, algunos investigadores (LaCount, Hartung, Shelton, Clapp & Clapp, 2015) han estudiado los efectos de una intervención cognitivo-conductual en menores con TDAH, obteniendo mejoras en el funcionamiento en la escuela y en la autoestima tras el tratamiento, aunque no alcanzaban la significación estadística

1.4 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL TDAH

Para terminar el capítulo sobre el TDAH, dedicaremos este último apartado a los instrumentos de evaluación, junto con los tratamientos más eficaces y más adecuados para la evolución óptima del trastorno. Nos centraremos, por motivo de los objetivos de esta investigación, en los programas de intervención con padres y madres de niños con TDAH. En este punto, es importante advertir que hoy en día la mayoría de autores aboga por un enfoque multifactorial o multimodal de evaluación e intervención (Herrera-Gutiérrez, 2015; Lasa, 2007; Soutullo, 2013).

1.4.1 Evaluación del TDAH

1.4.1.1 Evaluación del TDAH

En este apartado, detallaremos los principales instrumentos de evaluación para el TDAH. Es muy importante, cuando hablamos de la evaluación de este trastorno, tener en cuenta todas las dimensiones del mismo: cognitiva, social, neuropsicológica, médica, etc.

A) Entrevista

Con las entrevistas, los profesionales encargados de llevar a cabo la evaluación pueden recoger la información que crean relevante para hacer un adecuado diagnóstico diferencial.

Algunos de los aspectos más importantes a recoger en la entrevista clínica son: historia clínica del menor; historia del desarrollo evolutivo; antecedentes familiares; información sobre el estado y curso del menor a nivel cognitivo, socio-afectivo y psicopedagógico; información del ambiente familiar y escolar; problemática actual y posibles problemas asociados.

Podemos encontrar diversas entrevistas estructuradas y semiestructuradas, entre las que destacamos:

- NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000).
- Barkley interview for ADHD (Barkley, & Murphy, 1998).
- Brown ADD diagnostic (Brown, 1996).

La entrevista es un componente muy importante en la evaluación (Shaffer et al., 2000), ya que indica al profesional el camino para seguir con una evaluación más óptima.

B) Escalas de valoración

Las escalas de evaluación de la conducta de los menores, tanto para padres como para profesores, son esenciales para una adecuada evaluación. Se exponen a continuación las más utilizadas para la valoración del TDAH:

- Conners Rating Scales (Conners, 1997, 2008).

Estas escalas, además de ser las más utilizadas en investigación, y también en la clínica. Con ellas se identifican los criterios diagnósticos del DSM, además de otros factores. Podemos encontrar una versión para padres (CPRS-R), una versión para profesores (CTRS-R) y una escala de autoevaluación para adolescentes (CADS-A). De la última edición existe una actualización con los criterios del DSM-V.

- Child Behavior Checklist (ACBCL; Achenbach, 1991).

Esta escala también ha sido muy utilizada, aunque a diferencia de la anterior no es específica para el TDAH. Contiene información sociofamiliar y evalúa tanto aspectos internalizantes como externalizantes de la conducta infantil.

-
- Escala para la evaluación del TDAH (EDAH; Farré & Narbona, 1998).

Se trata de una escala basada en las escalas de Conners y adaptada y validada en población española. Contiene sólo 20 ítems y puede utilizarse como cribado, ofreciendo información sobre cuatro factores: hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta y déficit de atención con hiperactividad.

- ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998).

También se trata de una prueba de cribado, en la que cada ítem se corresponde con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

C) Pruebas psicométricas

A través de estas pruebas se pretende obtener información sobre el funcionamiento de ciertos procesos cognitivos. Las hay para medir la atención, la impulsividad, las funciones ejecutivas, etc. Se indican a continuación aquellas pruebas más utilizadas para la evaluación de los distintos aspectos del TDAH.

Por un lado, para medir la atención se puede utilizar el test CARAS (Thurstone & Yela, 2012), que es una prueba de percepción de diferencias, el test D2 (Brickemkamp, 2002), con el que se pueden obtener diferentes variables de la atención, y la Tarea de Atención Sostenida (Servera & Cardo, 2006). Por otro lado, para medir la impulsividad encontramos el Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFF-20) (Cairns & Cammock, 2002).

Además hay un tipo de pruebas que es muy utilizado en la evaluación de este trastorno, que es el "Continuous Performance Test". Este tipo de pruebas ofrece información sobre los errores por omisión y por comisión y de los tiempos de reacción en las respuestas a los estímulos. También se denominan tareas de tipo Go-NoGo. El Conner's Continuous Performance Test (Conners, 1995) y el Test Of Variables of Attention (TOVA) (Greenberg & Waldman, 1993) son algunas de ellas.

En cuanto a la evaluación de las funciones ejecutivas, cabe destacar el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (Heaton, 1981) y la prueba de Evaluación Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN; Portellano, Martínez & Zumárraga, 2009). También ha sido muy utilizada, entre otras pruebas, la Torre de Londres (Shallice, 1982).

Estas pruebas son sólo algunas de las que pueden utilizarse para la evaluación de las funciones cognitivas de los menores con sospecha de TDAH. Para más información sobre la evaluación del TDAH y su profundización puede consultarse Herrera, Quintero Gutiérrez y García (2008), Clavel, Carballo, García, Moreno y Quintero Gutiérrez (2008), así como López, Alcántara, Castro, Belchí y Romero (2013).

1.4.2 Tratamiento del TDAH

Como ya hemos mencionado, cuando hablamos de tratamiento para el TDAH, está ampliamente contrastado y aceptado que las aproximaciones multidisciplinares son las más recomendadas (Taylor et al., 2004). Por tanto, en este apartado trataremos los tratamientos que en la actualidad son más usados y cuya eficacia está contrastada.

1.4.2.1 Tratamiento médico

El tratamiento médico, centrado en la farmacología, aparece en la literatura como un procedimiento altamente constatado por su eficacia (Banaschewski et al., 2006), al menos en lo que al alivio de los síntomas se refiere.

El tratamiento farmacoterapéutico se apoya, fundamentalmente, en el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato (cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición de recaptación de dopamina y noradrenalina) y la atomoxetina (un inhibidor selectivo de recaptación de noradrenalina).

Centrándonos en el metilfenidato, encontramos dos tipos: de liberación inmediata y de liberación prolongada. Ambos han demostrado su eficacia en cuanto a la mejora del comportamiento, relaciones sociales e incluso en rendimiento académico (Conners, 2002; Pelham et al., 2001).

La utilización de este tipo de fármacos permite mejorar procesos cognitivos importantes para el desarrollo del menor con TDAH, como son la atención y concentración y el control inhibitorio (Antrop, Roeyers, Oost & Buysse, 2000; Tucha et al., 2006). En general, se produce una reducción considerable de la sintomatología característica del trastorno (Orjales, 2002; Biederman et al., 2006).

Otro fármaco muy utilizado, la atomoxetina, también ha resultado ser un tratamiento efectivo en personas con TDAH (Faraone, Biederman, Spencer & Aleardi, 2006). Con respecto al metilfenidato, su eficacia es muy similar (Kratochvil et al., 2002).

Normalmente el metilfenidato se usa de forma preferente frente a la atomoxetina, a excepción de los casos donde aparecen asociados problemas de tics, Síndrome de Tourette o Trastornos de Ansiedad (NICE, 2008). Esto último suele ser debido a que se ha probado que la atomoxetina tiene efecto positivo sobre la ansiedad (Summer, 2005).

Según el NICE (2008), por un lado, los posibles efectos secundarios del metilfenidato son: insomnio, nerviosismo, dolor de cabeza, reducción del apetito, dolor abdominal, taquicardia, palpitaciones y aumento de la presión arterial. Incluso se advierte de que puede afectar al crecimiento. Por otro lado, los efectos secundarios que podrían aparecer con la atomoxetina son: dolores del abdomen, descenso del apetito, náuseas, irritabilidad e inestabilidad emocional. Sin embargo, todos estos efectos secundarios no parecen ser de suma importancia.

1.4.2.2 *Tratamientos psicológicos*

Cuando abordamos el tratamiento psicológico del TDAH, tenemos que hacer referencia a varios tipos de terapias y/o tratamientos psicológicos que han demostrado su efectividad en el TDAH, incluso reconociendo su necesidad para la mejora de este trastorno su administración junto con el tratamiento farmacológico en muchos casos (NICE, 2008).

Serrano-Troncoso, Guidi y Alda-Díez (2013) analizaron, a través de una revisión, los tratamientos no farmacológicos que tienen evidencia científica de su eficacia en el TDAH. Entre ellas destacan la terapia de conducta, la terapia cognitiva y el tratamiento en habilidades sociales, además del entrenamiento a padres. Para este último dedicaremos otro apartado.

Una de las cosas más aceptadas por la comunidad científica es que la combinación del tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico, a través de terapia cognitivo-conductual, puede resultar el tratamiento más efectivo (Jensen et al., 2001).

La terapia de conducta se basa en los principios de la modificación de conducta, y utiliza estrategias como el refuerzo positivo, el coste de respuesta, la extinción etc. Por otro lado, la terapia cognitiva hace referencia a procesos cognitivos que se mejoran a través de estrategias de autorregulación, autoinstrucciones, resolución de problemas, etc. Igualmente, las habilidades sociales son un aspecto muy importante en el proceso de mejora de una persona con TDAH. En este caso el tratamiento se basa en el desarrollo de habilidades interpersonales.

En el tratamiento de los menores con TDAH podemos encontrar gran cantidad de programas de trabajo de índole cognitivo-conductual. Estos programas han sido utilizados para mejorar la atención, reducir la impulsividad, potenciar la reflexividad, la interacción social, etc., entre otros muchos aspectos. Se exponen a continuación algunos de ellos: Programa de Autoinstrucciones (Palkes, Stewart & Kahana, 1968);

Programa de autocontrol (Meichenbaum & Goodman, 1971); Programa Prepárate y Piensa (Kendall, Padawer & Zupan, 1980); Programa de Entrenamiento en Autoinstrucciones Verbales (Kirby & Grimley, 1986); Programa de Entrenamiento en Solución de Problemas en Grupo (Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1989); Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) (Monjas, 1993); Programa de Intervención Educativa para Aumentar la Atención y la Reflexividad (Gargallo & De Santiago, 1997); Programa de Entrenamiento en Focalización de la Atención “ENFÓCATE” (García & Magaz, 1998); Programa de Corrección Neuropsicológica del Déficit de Atención (Solovieva, Quintanar & Flores, 2002); Programa de Intervención Cognitivo Conductual en el TDAH (Calderón, 2003); Programa de Tratamiento de la Hiperactividad “ATRESO” Atención, Reflexión y Sosiego (Vallés, 2008), Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con TDAH (Orjales & Polaino-Llorente, 2007).

1.4.2.3 Intervención en el ámbito educativo

Uno de los ámbitos en los que mayores problemas tienen los niños con TDAH es el colegio comparados con sus iguales. Estos menores presentan más dificultades en las relaciones con sus compañeros, peor rendimiento académico, más problemas de comportamiento, etc. (Herrera-Gutiérrez, Sánchez-Mármol, Peyres & Rodríguez, 2011; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2010; Vile, DuPaul, Jitendra, Volpe, & Cleary, 2006).

Entre las dificultades más importantes que se encuentran los alumnos con TDAH en el aula destacan los problemas en el área de Matemáticas (Meliá de Alba, 2008; Rosich & Casajús, 2008) y en el área de Lengua, especialmente de lecto-escritura (Miranda, García & Jara, 2001; Miranda, Ygual, Mulas, Roselló & Bó, 2002). A estas dificultades académicas hemos de añadir las dificultades de adaptación escolar (Lewis, Cuesta, Ghisays & Romero, 2004)

Para llevar a cabo una buena actuación desde este entorno, se precisa que los profesionales implicados en la educación de estos alumnos dispongan de

conocimientos al respecto del trastorno (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez, & Peyres, 2014). Incluso hoy, pero especialmente años atrás los conocimientos del profesorado sobre el TDAH no eran los óptimos (Jarque, Tárraga & Miranda, 2007), y es que la calidad y efectividad de la intervención en el mismo depende en gran medida de su conocimiento (Vereb & DiPerna, 2004).

La intervención desde este ámbito tiene como objetivo principal la acomodación o ajuste del menor con TDAH en este contexto, a través de adaptaciones tanto metodológicas como curriculares. Entre las estrategias que se utilizan para solventar los problemas en clase, y que son efectivas, encontramos: dar órdenes e instrucciones de manera efectiva, alabar conductas adecuadas, ignorar malos comportamientos que no sean altamente perjudiciales, llevar a cabo programas de modificación de conducta (Anastopoulos y Farley, 2003), al igual que hacer claras las normas y recordarlas de forma activa en clase (DuPaul y Weidant, 2006). También es muy útil la utilización de descansos cuando se realizan tareas y actividades tediosas o de larga duración, reduciendo así la probabilidad de un mal comportamiento (Ridgway, Northup, Pellegrin, LaRue & Hightsoe, 2003).

Existen, también, una serie de programas de trabajo específico con niños con TDAH que se pueden desarrollar en clase como el Programa de Entrenamiento en Habilidades Metacognitivas para Maestros de Niños Hiperactivos de Beltrán y Torres (2003).

1.4.2.4 Intervención familiar

El ambiente familiar es uno de los más importantes para una óptima intervención con este tipo de menores, partiendo del papel crucial que tiene la familia como sistema dinámico desde un enfoque multimodal de actuación en el TDAH (Herrera-Gutiérrez, Sáez-Gutiérrez, & Sastre, 2015).

Han sido muchos los estudios que han demostrado la eficacia que tienen los programas de entrenamiento a padres para manejar los problemas de conducta de los

menores (Brotman et al., 2005; Nixon, Sweeney, Erickson, & Touyz, 2004). Esta efectividad también se observa en el caso de los niños y adolescentes con TDAH (Anastopoulos & Farley, 2003; Barkley, 2002c; Dowdney & Taylor, 1997; Kern et al., 2007; Matos, Bauermeister & Bernal, 2009; Pelham & Fabiano, 2008).

Para la intervención familiar, una de las primeras cosas a tener en cuenta, incluso antes de llevar a cabo un programa de entrenamiento u otro tipo de intervención, es dar algunas orientaciones que estos padres pueden poner en práctica en casa (Miranda, Amado & Jarque, 2001).

Centrándonos en los programas específicos de trabajo con padres y madres de niños con TDAH, el objetivo principal de éstos es que los progenitores aprendan a manejar los problemas de conducta de los menores, además de potenciar comportamientos positivos y adaptativos. Un aspecto muy importante a tener en cuenta en la aplicación de este tipo de programas es el efecto negativo que tiene la falta de adherencia al tratamiento (Reardon, Cukrowicz, Reeves & Joiner, 2002), puesto que la continuidad es indispensable para la consecución de dicho objetivo. En este sentido, es muy importante medir y valorar el seguimiento del trabajo aprendido en este tipo de programas (Springer & Reddy, 2004).

Una de las mejoras que se producen con la aplicación de programas de trabajo con padres y madres hace referencia a la reducción de la disciplina y el control negativo e ineficaz en las prácticas educativas (Hinshaw, 2007; Hinshaw et al., 2000). Sin embargo, realmente no se conoce de qué forma tienen efecto dichos programas en cada uno de los padres por separado.

En un estudio de Van Den Hoofdakker et al. (2007) se concluyó que los niños de padres a los que se había aplicado un programa de entrenamiento conductual redujeron sus comportamientos disruptivos y además, se redujo la prescripción de la medicación.

Años después los mismos autores (Van den Hoofdakker et al., 2010) encontraron que el entrenamiento con padres era más eficaz cuando las madres tenían buena percepción de su rol como educadoras.

Algunos estudios han puesto de manifiesto que aspectos tales como la presencia en las madres de síntomas de TDAH (Sonuga-Barke, Daley, y Thompson, 2002), como síntomas depresivos (Owens et al., 2003) se asocia a peores resultados después de la aplicación de los programas de entrenamiento.

Uno de los programas más eficaces en el tratamiento de los problemas de conducta en niños con TDAH es el desarrollado por Barkley (1987, 1997, 2013), sobre todo en la reducción del comportamiento característico de estos niños (Anastopoulos, Shelton, DuPaul & Guevremont, 1993; Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001; Huang, Chao, Tu & Yang, 2003; Korzeniowsk & Ison, 2008; Presentación, Pinto, Meliá & Miranda, 2009).

La mayoría de los programas de entrenamiento a padres utilizan aspectos como la psicoeducación, la creación de interacciones positivas entre padres e hijos, así como técnicas de modificación de conducta, habilidades de comunicación, etc. pero muy pocos se centran en aspectos que tengan que ver con la alianza parental y la coherencia educativa, ya sea a nivel emocional o a nivel de pareja. Lo que sí han encontrado algunos estudios es que, tras la aplicación de un programa de entrenamiento, se logra reducir el nivel de estrés de los padres y algunas mejoras en sus funciones (Gerdes, Haack & Schneider, 2012).

Algunos programas, de forma muy apropiada, incluyen apartados para la expresión emocional de los padres (López, Romero, Castro & Alcántara, 2013), aunque sin llegar a profundizar en el trabajo personal de los mismos.

CAPÍTULO II

EDUCACIÓN PARENTAL. LOS ESTILOS EDUCATIVOS

2.1 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES

A continuación, en este capítulo realizamos una revisión de las principales teorías con respecto a los estilos educativos de los padres. Se trata de hacer un breve recorrido por la literatura existente al respecto, y para terminar dando una visión más actualizada del término estilo educativo parental.

2.1.1 Revisión histórica del concepto: estilo educativo parental

Diana Baumrind (1966 y 1967) fue la autora precursora de la distinción de la educación parental en tres estilos inicialmente. Estos tres estilos se llamarían: autoritario, autoritativo y permisivo. Más adelante, esta misma autora (Baumrind, 1971) y otros autores (Maccoby & Martin, 1983) añadieron a la lista anterior un nuevo estilo educativo llamado estilo educativo negligente.

Baumrind (1966) trató de describir y relacionar tres formas de control parental, llevó a cabo una revisión de los efectos que tiene la disciplina de los padres sobre el comportamiento de los niños (la descripción de los tres prototipos descritos por Baumrind se realizará en mayor profundidad en el siguiente apartado).

Las 8 proposiciones que Baumrind relató para la conceptualización de los tres estilos educativos, tras su revisión de la literatura son los siguientes (Baumrind, 1966):

- 1- El castigo tiene efectos inevitables, efectos negativos, y es una forma ineficaz de controlar el comportamiento de los niños.

La autora deja claro la distinción entre el uso de un castigo severo y un castigo justo y suave desde la perspectiva de un padre cariñoso. De ahí que centre la atención, más que en continuar con la idea de que el castigo es negativo per se, en enseñarles a hacer un uso adecuado, efectivo y humano del castigo.

-
- 2- La supervisión y exigencias severas, junto con otras manifestaciones de la autoridad paternal, provocan rebeldía en los niños y, especialmente, en adolescentes.

En este sentido, se resalta cómo no existe apoyo suficiente en la asunción de que la exigencia de obediencia resulte necesariamente en problemas de pasividad o agresividad. Y se destaca la distinción entre control firme y rigidez, indicando que sólo cuando el padre es hostil, represivo y restrictivo, no ejerce una autoridad racional o es injusto tiene efectos de rebeldía en los niños.

- 3- El control rígido parental genera pasividad y dependencia.

- 4- Los Padres restrictivos hacen decrecer la asertividad y el optimismo.

Aunque no aparecen conclusiones definitivas en lo que se refiere a la influencia de las restricciones de los padres sobre sus hijos, se destaca que la restricción tiene efectos negativos en los niños sólo cuando estas variables se asocia a la hostilidad de los padres.

- 5- El permisivismo libera al niño de la presencia y autoridad de los padres.

Se señala que la inacción de los padres ante conductas que son vistas por los mismos niños como inaceptables significa su aprobación de este comportamiento, por lo que se incrementa la probabilidad de continuar realizándolos.

- 6- Los padres controladores están motivados por el “síndrome de la personalidad autoritaria” y, por tanto, están atraídos (por el miedo a la pérdida de control) a restringir la autonomía del niño.

En este apartado, la autora realiza una distinción entre aquellos padres que presentan el “síndrome de personalidad autoritaria”, a los que se les asocia un alto

nivel de control, y aquellos que, aun siendo controladores, no presentan dicho síndrome, ya que al mismo tiempo permiten gran autonomía.

7- El control severo inhibe los impulsos creativos de los niños.

Se resalta que incluso esfuerzos intelectuales que no requieren aprobación social, son iniciados con menos frecuencia por niños que han aprendido a confiar y a depender de sus padres, a buscar su aprobación y aceptar su autoridad. Esto se evidencia a través de estudios que analizan las puntuaciones en creatividad de niños con padres restrictivos y autoritarios.

8- Patrones similares en la crianza afectan a niños y niñas de forma diferenciada.

Igualmente, aunque existían datos que mostraban diferencias en cuanto a la influencia que tiene el control parental sobre niños y niñas, la autora no pudo concluir que tales diferencias se daban.

Un año después, Baumrind (1967) publicó un trabajo en el que se estudiaban las prácticas de crianza y su asociación con la competencia física, cognitiva y social en la infancia. Para ello, se realizaron tres grupos de niños en función de tres patrones: patrón I (independientes, con alto autocontrol, con afán exploratorio y satisfechos); patrón II (insatisfechos, introvertidos y desconfiados); y patrón III (poco autocontrol, poca independencia, y sin afán de explorar nuevas experiencias). El número total de niños y niñas, entre 3 y 4 años, fue de 32 sujetos que cumplieron con alguno de los patrones anteriormente descritos.

En cuanto al patrón educativo, se valoraron los efectos de las siguientes dimensiones: control parental, demandas de madurez, comunicación padre-hijo y calidez e implicación parental.

En cuanto a los padres de los niños del patrón I, mostraron altos niveles de comunicación e implicación en la crianza de sus hijos y altos niveles de exigencia y

demandas, dejando sitio a la independencia y a la autonomía, al igual que estos niños eran independientes, competentes sociales y con alto nivel de autocontrol. Los padres de los niños del patrón II mostraron altos niveles de control y de exigencias, y bajos niveles de comunicación y calidez e implicación en la educación de sus hijos. Es por ello que estos niños demostraron una mayor tendencia a estar menos satisfechos, más inseguros y aprensivos, tendencia a la hostilidad y menos competencia social, aunque mostraron un mejor funcionamiento cognitivo que los niños del patrón III. Estos últimos carecían de autocontrol y de independencia. Por último, en cuanto a los padres de este tercer patrón, comparados con los padres del patrón I, eran más desorganizados y mostraban más dificultades para llevar las tareas de casa. Los padres de los niños del patrón III mostraron altos niveles de comunicación e implicación educativa y muy bajos niveles de control y exigencias de madurez en sus hijos.

Este estudio sirve para clarificar los tres estilos educativos, donde el estilo autoritativo coincidiría con los padres de los niños del patrón I, el estilo autoritario con los padres de los niños del patrón II, y el estilo permisivo con los padres de los niños del patrón III.

Más tarde, en 1968, Baumrind introdujo aspectos relacionados con los valores y con las creencias sobre los roles parentales en el concepto de estilo educativo. En 1971 el estudio de investigación llevado a cabo por Baumrind hasta este momento le llevó a categorizar y caracterizar cada uno de los estilos educativos parentales, describiendo las características de cada uno de ellos.

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) definieron el estilo educativo parental en función de dos únicas dimensiones: *responsivness* (afecto y comunicación) y *demandingness* (control y exigencia). Quedando definido el estilo educativo según la exigencia sobre los hijos y las respuestas de cariño y/o reforzamiento ante esas exigencias. De este modo, los padres autoritativos expresarían alto nivel de exigencia y de afecto, los padres autoritarios alto nivel de exigencia y bajo de afecto, y por último los padres permisivos mostrarían bajos niveles en ambas dimensiones. Estos autores añadieron a la categorización del estilo educativo de los padres un nuevo estilo

llamado “negligente”. Este último quedaría expresado por bajos niveles de exigencia y de afecto. Por lo tanto, al cruzar las dos dimensiones estudiadas, se obtienen los 4 estilos educativos que muestra la Tabla 4.

Tabla 4: Modelo de los cuatro estilos educativos de Maccoby y Martin (1983)

		Responsiveness (afecto y comunicación)	
		Alto nivel	Bajo nivel
Demandingness (control y exigencia)	Alto nivel	AUTORITATIVO	AUTORITARIO
	Bajo nivel	PERMISIVO	NEGLIGENTE

En trabajos posteriores (Baumrind, 1991a), se introduce la idea del efecto socializador que tienen los padres sobre sus hijos. De ahí que se conceptualice la dimensión “demandingness” como la intención de los padres de socializar.

Siguiendo con esta línea, en 1993, Darling y Steinberg, desde su modelo integrador en el estudio de los estilos educativos parentales, realizan una revisión sobre el tema, apuntando la existencia de tres características a través de las que cada estilo educativo influye en la socialización y desarrollo del niño. Éstas se refieren a: valores y metas de socialización; prácticas empleadas para la consecución de esas metas; y actitudes hacia los hijos. La búsqueda de determinadas metas y valores por parte de los padres hace que los comportamientos parentales queden influenciados por tales valores y metas. Estos últimos pueden aludir a habilidades específicas como las académicas, el fomento de la curiosidad, de las relaciones sociales, etc.

Además, en este estudio, los autores diferencian entre “prácticas de los padres” y “estilos parentales”. Cuando hablamos de las primeras hacemos referencia a comportamientos específicos en función de la meta buscada, teniendo una influencia directa sobre los hijos. Mientras, los estilos parentales son definidos como “una constelación de actitudes hacia el menor que son comunicadas y que, todas juntas crean un clima emocional en el cual las conductas de los padres son expresadas”

(Darling & Steinberg, 1993, p.448). Así, según este modelo, la influencia de los estilos parentales es indirecta.

La teoría que difunden estos autores se basa en la idea de que el estilo parental, entendido como una variable contextual, tiene influencia sobre las prácticas educativas de los padres (a través de la naturaleza de las interacciones padre-hijo) y sobre la personalidad del hijo, incidiendo sobre su apertura a la práctica parental (véase la Figura 1).

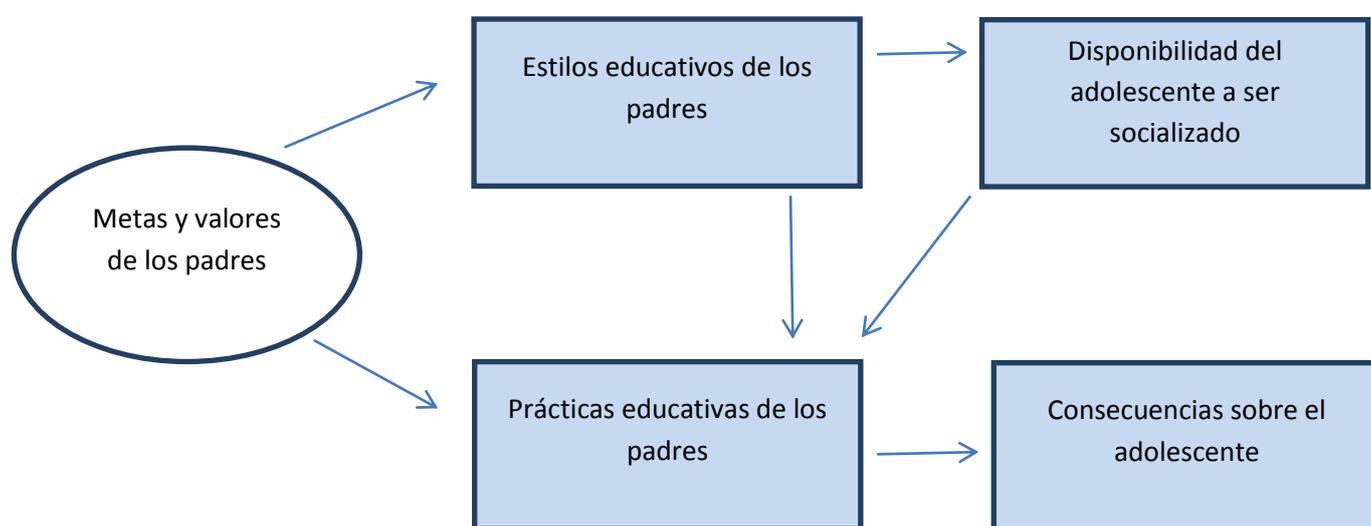


Figura 1: Modelo de Darling y Steinberg (1993)

Finalmente, aunque el modelo postulado por Maccoby y Martin (1983) tuvo numerosas críticas por su carácter unidireccional, en cuanto a que son los padres los únicos agentes influyentes en la relación padres-hijos (Kerr, Stattin, Biesecker & Ferrer-Wreder, 2003; Palacios, 1999), la categorización realizada por estos autores de los estilos educativos sigue vigente. En la actualidad, asumiendo la bidireccionalidad en la interacción padres-hijos, se considera que el modelo de Darling y Steinberg (1993) supone una ampliación y complementación importante al modelo anterior.

2.1.2 Conceptualización de los estilos educativos parentales

En este apartado nos centraremos en conceptualizar las características de cada uno de los estilos educativos, descritos en un primer momento por Baumrind (1966), y tratar de ampliar la información sobre ellos, relacionándolos con diversas variables como el sexo de los hijos, la edad, etc.

Como se ha comentado con anterioridad, los estilos educativos fueron inicialmente agrupados en tres categorías: permisivo, autoritario y autoritativo (Baumrind, 1966, 1967, 1971). A continuación, se exponen sus definiciones tal y como lo hizo su autora (Baumrind, 1966):

Los padres permisivos tienden a comportarse de una manera afirmativa, de aceptación y que excluye castigos en lo que respecta a los impulsos, deseos y acciones de sus hijos. Los padres consultan con los hijos las decisiones relativas a las normas y les dan explicaciones sobre las reglas familiares. Ellos demandan pocas responsabilidades en cuanto a las tareas del hogar y los comportamientos adecuados. Ellos se presentan ante sus hijos como un recurso que éstos pueden utilizar cuando lo deseen, no como modelos a imitar para sus hijos ni como agentes activos y responsables que moldean o alteran los comportamientos futuros de sus hijos. Ellos permiten a los hijos regular sus propias actividades tanto como les sea posible, evitando controlarlos y no fomentando la obediencia de pautas definidas. Ellos tienden a emplear la razón y la manipulación, pero no ejercen su poder en público para conseguir sus objetivos (Baumrind, 1966, p. 889).

Los padres autoritarios tienden a moldear, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo a una serie de pautas de conducta, normalmente pautas obsoletas teológicamente motivadas y formuladas por una autoridad superior. Ellos valoran la obediencia como una virtud y favorecen los castigos, medidas contundentes para contener los impulsos en un punto en el que las acciones y creencias de los hijos entran en conflicto con las conductas que los padres consideran adecuadas. Estos padres creen en la idea de poner a los niños en su lugar, restringiendo su autonomía, asignándoles responsabilidades domésticas con el objetivo de inculcarles el respeto por el trabajo. Ellos consideran la preservación del orden y de la estructura tradicional como un objetivo muy valioso. Ellos no fomentan los acuerdos verbales con sus hijos ya que consideran que los hijos deben aceptar las palabras de los padres sin más (Baumrind, 1966, p. 890).

Los padres autoritativos tienden a dirigir las actividades de sus hijos pero de una manera racional y orientada hacia diversos aspectos. Ellos fomentan los acuerdos verbales con sus hijos, intercambiando con ellos el razonamiento detrás de las normas y pidiéndoles sus objeciones cuando no están de acuerdo. Tanto los impulsos autónomos como la aceptación de la disciplina son valorados. Estos padres valoran tanto los atributos expresivos como los instrumentales, los impulsos autónomos como la aceptación de la disciplina. Por tanto, ejercen un control firme hasta el punto de llegar a divergencias entre padres e hijos, pero no acorralan a los hijos con restricciones. Ellos refuerzan sus propias perspectivas como adultos pero reconocen al mismo tiempo los

intereses individuales y las formas de ser de sus hijos. Los padres autoritativos aceptan las cualidades de sus hijos pero también establecen pautas de conducta futuras. Ellos utilizan la razón, el poder y la modelación como régimen y refuerzo para conseguir sus objetivos, no basando sus decisiones en el consenso grupal ni en los deseos individuales del niño (Baumrind, 1966, p.891).

A continuación presentamos la definición de dos conceptos que han sido nombrados con anterioridad, “demandingness” y “responsiveness” (Baumrind, 1996; Maccoby y Martin, 1983), al igual que de aquellos elementos que se asocian a ambos.

Demandingness (control y exigencia), según Baumrind (1996), se refiere a “las demandas que los padres hacen a los hijos para integrarse en la familia y en la comunidad de acuerdo a sus expectativas de madurez, supervisión, esfuerzos disciplinares, y voluntad de enfrentarse a un hijo conflictivo” (p. 411). El control y la exigencia pueden ser medidos basándonos en el nivel de confrontación directa, en las técnicas bien definidas de monitorización y en los patrones de disciplina que uno utiliza cuando es padre. A los padres que utilizan altos niveles de confrontación, monitorización y de disciplina coherente se les considera exigentes; a aquellos con bajos niveles de confrontación, monitorización y disciplina incoherente se les considera no exigentes. Considerando la dimensión de afecto y comunicación (Maccoby & Martin, 1983), los padres con altos niveles de control y exigencia pueden ser considerados como autoritarios o autoritativos y aquellos padres con bajos niveles de control y exigencia pueden ser considerados como permisivos o negligentes. Las siguientes definiciones de Baumrind (1996) aportan una descripción más profunda sobre confrontación, monitorización y disciplina coherente.

Confrontación. Describe a los padres que emplean la “confrontación” son aquellos que se involucran en la vida de sus hijos y ejercen un control firme pero no coercitivo. “No es la confrontación en sí, sino más bien el ejercicio de un control firme

arbitrario, severo y no funcional lo que tiene consecuencias negativas en el comportamiento del niño”.

Monitorización. Se refiere al grado de supervisión que un padre ejerce sobre un hijo. La monitorización parental se cree que fomenta la autorregulación y el comportamiento prosocial en los niños e impide, según la autora, el comportamiento antisocial en los jóvenes (de sexo masculino).

Disciplina coherente. La utilización contingente de refuerzos positivos o negativos inmediatamente posteriores a comportamientos de deseo o prohibición en un niño es uno de los factores clave del manejo del comportamiento infantil.

Responsiveness (afecto y comunicación), se refiere al grado en que los padres fomentan de manera intencional la individualidad y la aserción personal, al estar en sintonía y siendo sensibles a las necesidades y demandas de sus hijos). Esto se puede medir atendiendo al nivel de amabilidad, reciprocidad, comunicación clara y discurso centrado en la persona exhibido por un padre cuando trata con un hijo.

Amabilidad. Se concibe como la expresión de amor de padres a hijos.

Comunicación y discurso. Hay dos tipos de comunicación interpersonal: centrada en la posición (jerarquía de la autoridad; los padres están a cargo) y centrada en la persona (en el individuo más que en la posición de autoridad). La comunicación centrada en la posición es utilizada por los padres como una forma de legitimar su autoridad, mientras que los niños ven este tipo de comunicación interpersonal como coercitiva. La comunicación centrada en la persona no se centra en la naturaleza jerárquica de la relación padres e hijo, sino que más bien tiene la intención de crear interacciones amables y transformativas entre ellos. En lugar de apoyarse en la coacción, la comunicación basada en la persona se apoya en la persuasión y se considera generalmente una forma más efectiva de comunicación que la basada en la jerarquía.

Una vez expuestos los conceptos que rodean a los estilos educativos, a continuación se muestran evidencias de la relación existente entre los estilos educativos parentales y algunas variables que pueden influir en estos últimos.

Como se ha dicho anteriormente, se asume la relación bidireccional que existe en las interacciones padres-hijos, entendiendo que, al igual que el estilo educativo de cada padre influye en el desarrollo de los niños, también la respuesta y la reacción de los niños pueden influir en la práctica educativa de sus padres.

De hecho, si no fuera así, y asumiéramos que los estilos educativos de los padres son inamovibles o no pueden estar mediados por otros factores, como las variables de personalidad de sus propios hijos, todas las prácticas educativas de los padres tendrían el mismo efecto en todos los hermanos por igual y los padres actuarían de la misma manera ante las diversas conductas de los diferentes hijos.

Entre las variables que aportan información sobre los diferencias existentes en las relaciones padres-hijos y el estilo de crianza se encuentran la edad (Fuentes, Motrico & Bersabé, 2001) y el sexo de los hijos (Someya, Uehara, Kadowaki & Tang, 2000). También el número de hermanos puede ser un factor que influya en el estilo educativo de los padres (Furman & Lanthier, 2002).

Igualmente ha sido muy estudiado el efecto que puede tener la existencia de algún trastorno psicopatológico en los padres como factor mediador de su estilo educativo y de su influencia en niños y niñas (Trepát, Granero & Ezpeleta, 2014).

2.2 INFLUENCIA DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES SOBRE EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL MENOR

Hasta ahora nos hemos ocupado de la formulación de los estilos educativos, de su conceptualización y de los elementos asociados a cada uno de ellos. En los siguientes apartados trataremos de relacionar dichos estilos con los trastornos o problemas más comunes en la infancia. Comenzando por la evidencia sobre la existencia de diferentes estilos educativos y sus consecuencias.

La relación entre ciertos estilos educativos y los efectos que tienen sobre el desarrollo de los niños es más que evidente (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bomstein, 2000). Ya en el estudio empírico de Baumrind (1967), se asociaban los tres estilos educativos a tres grupos de niños con características bien diferenciadas. Esto es algo que la misma autora pudo constatar años después (Baumrind, 1991b).

A cada uno de los estilos educativos se asocia una serie de consecuencias en el desarrollo evolutivo de los niños. Así, el estilo autoritativo o democrático es el que mejor ajuste en los niños parece provocar y el considerado por la comunidad científica como el más idóneo para un óptimo desarrollo (Furham & Cheng, 2000). Los niños con padres con este estilo educativo suelen tener una mayor competencia social (Baumrind, 1991b; Desjardines, Zelenski & Copian, 2009; Steinberg, Mounts, Lamborn, & Dornbusch, 1991; Winsler, Madigan & Aquilino, 2005), desarrollan más comportamientos prosociales (Padilla-Walker, Carlo, Christensen, & Yorgason, 2012). Es considerado un estilo que fomenta el desarrollo de la simpatía (Taylor, Eisenberg & Spinrad, 2015). Para una mayor comprensión del estilo autoritativo y una revisión del mismo ver Baumrind (2013).

Los niños de padres con este estilo educativo autoritario suelen presentar baja autoestima, tienden a ser poco afectuosos y a tener baja interiorización de valores (Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward & Silva, 2005; Kaufmann et al., 2000; Smith & Moore,

2012). Sin embargo, aunque este estilo educativo ha sido uno de los más estudiados por sus efectos negativos en el desarrollo infantil, se puede observar cómo en ciertas culturas, como la asiática, el estilo educativo autoritario es el estilo que mejores resultados obtiene (Choi, Kim, Kim, & Park, 2013; Leung, Lau, & Lam, 1998), con importantes diferencias respecto a otras culturas en variables como el aspecto académico (Kim & Park, 2006).

Por último, los padres con estilo educativo permisivo también tienen efectos sobre sus hijos. Se ha observado que éstos desarrollan menor autocontrol, menor independencia y responsabilidad (Furnham & Cheng, 2000), así como mayores niveles de ansiedad (Timpano, Carbonella, Keough, Abramowitz, & Schmidt, 2015). También ha sido asociado a conductas delictivas de los hijos. En este sentido, en un estudio con prisioneros se encontró que éstos consideraban a sus madres como muy cariñosas pero muy poco controladoras o correctoras (Timmerman & Emmelkamp, 2005).

Hock (2013) investigó la relación entre los estilos educativos parentales y diversos factores como los síntomas depresivos y el abuso de drogas. Además de encontrar que el estilo permisivo era el más común entre los padres, en las madres servía como factor protector de síntomas depresivos en las hijas. Mientras que para los hijos fue lo contrario, siendo el estilo autoritario de las madres lo que sirvió como factor de protección para ellos. En cuanto al uso de drogas, el estilo permisivo no tuvo influencia. En este caso fue el estilo autoritativo el que sirvió como factor de protección, actuando asimismo el permisivismo del padre como factor de riesgo.

En este estudio, pueden observarse, por un lado, los diferentes efectos de un mismo estilo educativo y, por otro, la existencia de diferencias de estilos educativos entre los progenitores y la influencia que puede tener cada uno de ellos.

En definitiva, cabe destacar, junto al diferente papel que parecen desempeñar en la adaptación de los jóvenes cada uno de los padres y sus correspondientes estilos educativos, el hecho de que en términos generales los menores que perciben a sus

padres como menos democráticos son los que suelen presentar mayores problemas de ajuste personal y social (Herrera-Gutiérrez, Brito, Pérez, Martínez, & Díaz, 1998, 2001).

Para una revisión actualizada y en profundidad sobre las consecuencias de los estilos educativos en el desarrollo en la infancia y la adolescencia, y su asociación con los trastornos interanlizantes y externalizantes, puede consultarse el trabajo de Hoskins (2014).

2.2.1 Relación entre estilos educativos y trastornos interanlizantes

En este apartado nos vamos a centrar en la relación existente entre estilos educativos y trastornos internalizantes tales como ansiedad, depresión, etc. Hay que tener en cuenta que este tipo de problemas son difícilmente observables, lo que dificulta su conocimiento y estudio.

Como ya se ha mencionado, el estilo autoritativo es el que mejores resultados obtiene en comparación con el resto de estilos educativos, y como no podía ser de otra forma, en lo que se refiere a trastornos internalizantes, los niños de padres con este tipo de estilo educativo tienen menos tendencia a mostrarlos (Steinberg, 2001).

Además, se ha demostrado que el estilo autoritativo o democrático ha actuado como factor protector de la sintomatología depresiva (Piko & Balázs, 2012a). Por el contrario, el etilo educativo autoritario se ha asociado a la ansiedad y a la depresión, e incluso a síntomas obsesivo-compulsivos (Furnham & Cheng, 2000; Milevsky, Schlechter, Netter, & Keehn, 2007; Timpano, Keough, Mahaffey, Schmidt, & Abramowitz, 2010).

En un estudio reciente (Timpano, Carbonella, Keough, Abramowitz, & Schmidt, 2015), sobre la influencia de los estilos educativos en el desarrollo evolutivo de los niños, y más concretamente en los niveles de ansiedad, esta última se asociaba a los estilos autoritario y el permisivo. De forma más específica, el estilo autoritario estaba

relacionado con la ansiedad social y el estilo permisivo con las manifestaciones físicas de la ansiedad.

2.2.2 Relación entre estilos educativos y trastornos externalizantes

En esta sección se trata brevemente la vinculación de los estilos de crianza y educación parental, con aquellas conductas y trastornos externalizantes como la delincuencia, el abuso de sustancias, y los trastornos de conducta. Una de las relaciones más evidenciadas es la que existe entre el estilo educativo autoritativo y la disminución de los problemas en el comportamiento.

A este respecto, Snyder y Patterson (1995) sugirieron la relación entre una educación inconsistente y niños desafiantes y con conductas antisociales. En el campo de la criminología, se han investigado los estilos educativos de Baumrind en cuanto a sus efectos en la delincuencia y el trastorno antisocial (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma, & Van den Wittenboer, 2008; Vieno, Nation, Pastore, & Santinello, 2009), en el abuso de sustancias (Baumrind, 1991b), de tabaco (Huver, Engels, Van Breukelen, & de Vries, 2007) y de alcohol (Patock-Peckham & Morgan-Lopez, 2007), siendo el estilo permisivo el más claramente asociado a tales comportamientos.

Por otro lado, Piko y Balázs (2012b) encontraron que el estilo autoritativo juega un papel importante como factor protector en el consumo de tabaco y de alcohol entre los jóvenes.

Asimismo, numerosos estudios han mostrado que un estilo educativo caracterizado por prácticas punitivas predice problemas de comportamiento en la infancia (Gershoff, 2002; Lansford et al., 2011).

2.2.3 Relación entre estilos educativos y funcionamiento del menor en el ámbito académico

Por último, en este apartado queremos poner de relieve la asociación existente entre los estilos educativos y el ajuste de los niños en el ambiente académico. Nos referimos tanto a la parte más académica, como pueden ser los resultados en las áreas del currículum, como a otros aspectos de la adaptación escolar referidos a sus relaciones con los compañeros y con los profesores, la motivación escolar, su autoconcepto académico, etc.

Tal y como indican González-Pineda (2002), la implicación de los padres en las tareas escolares de sus hijos, prestarles ayuda, reforzarles y estimularles en el aprendizaje hace que tanto la motivación escolar como la autoestima de sus hijos aumente (Epstein & Sanders, 2002; Martínez-Pons, 1996).

En este sentido, las prácticas educativas menos democráticas basadas en altos niveles de control y bajos niveles de comunicación, al igual que diferencias importantes entre los estilos educativos de los padres, se asocian a más problemas de adaptación escolar (Morales, 1995; Taylor, Chadwick, Heptinstall & Danckaerts, 1996; Herrera-Gutiérrez & Calvo-Llena, 2005; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2011; Sánchez-Mármol et al., 2011). En este último punto, el relacionado con la discrepancia educativa entre padres, profundizaremos en el siguiente apartado.

Aunola, Stattin y Nurmi (2000), tras el estudio de los estilos educativos parentales y las estrategias de aprendizaje de los niños, comprobaron la asociación que existía entre el estilo autoritativo y el permisivo y estrategias de aprendizaje más adaptativas y mayor competencia académica, en comparación con el resto de estilos (autoritario y negligente).

Si bien puede observarse que tanto un estilo educativo, fundamentado en la poca implicación en la educación de los hijos, como un estilo autoritario, puede tener efectos negativos sobre el funcionamiento en el ámbito académico de los niños. Esta relación es muy distinta cuando se comparan diferentes culturas; como por ejemplo, la occidental y la asiática (Choi et al., 2013; Kim & Park, 2006; Leung et al., 1998), obteniendo esta última mejores resultados a través del estilo autoritario.

En un estudio reciente (Watabe & Hibbard, 2014), se analizó el rendimiento académico y la motivación de niños de Estados Unidos y de Japón, y su relación con los estilos educativos. 208 estudiantes estadounidenses y 312 estudiantes japoneses informaron sobre sus logros académicos y el estilo educativo de sus padres. Sorprendentemente se encontró una relación positiva entre los estilos autoritario y autoritativo y el mejor rendimiento en los estudiantes americanos, mientras que no se encontró tal asociación entre el estilo autoritario y el rendimiento académico de los estudiantes asiáticos.

2.3 DISCREPANCIA EDUCATIVA PARENTAL

No es de extrañar que tanto las formas y prácticas de crianza, manifestadas a través de los diferentes estilos educativos parentales, como las interacciones que se producen entre los padres y sus prácticas educativas tengan un impacto y un efecto sobre el ambiente familiar y sobre el desarrollo de sus hijos. De ahí que muchas de las intervenciones terapéuticas utilicen a los padres y su forma de educar como objeto principal de trabajo.

La discrepancia educativa ha sido un campo de investigación poco estudiado. La mayoría de estudios que ponen el énfasis en el ambiente familiar se han centrado en los estilos educativos de los padres, sin tomar en consideración las diferencias entre éstos.

No obstante, podemos encontrar estudios que asocian un peor funcionamiento de los niños con discrepancias en la pareja (Abidin & Bruner, 1995; Harvey, 2000; Katz & Woodin, 2002). Estas discrepancias han sido estudiadas con frecuencia a través del concepto de conflictos interparentales.

En los siguientes apartados trataremos de abordar la discrepancia educativa y su posible conceptualización, para pasar a expresar su impacto sobre el ambiente familiar y sobre los hijos.

2.3.1 Conceptualización de la discrepancia educativa parental

En un primer momento, se nos plantea la pregunta de si se puede tratar por igual el conflicto marital y la discrepancia educativa de los padres. Algunas investigaciones (Katz & Woodin, 2002; Sturge-Apple, Davies, & Cummings, 2006) han discutido este asunto, entendiendo que, por un lado, el desacuerdo en la práctica educativa puede hacer incrementar el conflicto en la pareja y, por otro lado, que los continuos conflictos interparentales pueden fomentar la discrepancia educativa. En

este sentido, Block, Block y Morrison (1981) fueron pioneros en el estudio de la disparidad educativa entre padre y madre, y la asociación que este desacuerdo tiene con los conflictos interparentales.

Es también evidente que la calidad de la relación en la pareja afecta a la experiencia de los hijos (Du Rocher, Shamir & Cummings, 2004), ya que los niños están en continua interacción con sus padres.

Siguiendo con el concepto de discrepancia parental, ya Minuchin (1974) definió el funcionamiento adaptativo familiar, y uno de los puntos principales que destacó fue que las familias que se adaptaban de forma adecuada a los desafíos cotidianos eran aquellas en las que existía apoyo entre los adultos de la misma, es decir, entre los padres. En las familias donde solían haber conflictos significativos en la pareja y poca colaboración aparecían problemas como la poca implicación de alguno de los miembros o la dificultad para recibir apoyo en la toma de decisiones. Esto hacía que los niños de estas familias se encontraran con mucho poder dentro de ellas.

Para poder conocer mejor el concepto de discrepancia educativa es necesario entender lo que hace referencia a lo contrario. Así podemos aludir a lo que algunos autores han llamado “alianza parental” (Weissman & Cohen, 1985) puede ayudarnos a avanzar en este concepto. La asociación entre la carencia de esta alianza y diversos problemas en sus hijos, parece clara. Para abordar su estudio Abidin y Bruner (1995) desarrollaron un cuestionario de 20 ítems llamado “Parenting Alliance Inventory” PAI, (en español Cuestionario de Alianza Parental), cuyas puntuaciones correlacionan con medidas de estrés parental, satisfacción marital y estilos educativos parentales.

Como se ha comentado, el concepto de alianza parental fue creado por Weissman y Cohen (1985) para describir parte de las relaciones maritales que se asocian a las prácticas educativas parentales. Según estos autores, la alianza parental hace referencia al compromiso y cooperación entre padre y madre en relación a la crianza de sus hijos. Ellos establecen que una alianza parental se cumple cuando se dan las siguientes condiciones:

-
- Cada padre se implica en la atención a su hijo.
 - Cada padre valora la implicación del otro miembro de la pareja en la educación de sus hijos.
 - Cada padre respeta el juicio del otro miembro.
 - Cada padre tiene deseos de comunicación con el otro.

Los padres que no comparten el mismo estilo educativo pueden caer fácilmente en una relación conflictiva dentro de la pareja acerca de las creencias y la forma de llevar a cabo la práctica educativa. Y este conflicto puede llevar a más desacuerdos. Por tanto, dos padres con diferente estilo educativo y con diferentes valores y objetivos, y prácticas educativas, según el modelo de Darling y Steinberg (1993), pueden encontrar difícil el llegar a un acuerdo en cuanto a las consecuencias de determinados comportamientos de sus hijos.

Por todo ello, nos referimos a la discrepancia educativa parental como el desacuerdo entre progenitores y/o la existencia de diferencias de estilos educativos parentales entre el padre y la madre.

2.3.2 Impacto de la discrepancia educativa parental en el ámbito familiar

A continuación, una vez conocido el concepto de discrepancia educativa parental, pasaremos a detallar la influencia que ésta puede tener sobre la familia, y más especialmente sobre los hijos.

En 1997, Buehler et al., al igual que lo habían hecho previamente Reid y Crisafulli (1990), encontraron en sus correspondientes meta-análisis referidos a este tema, una asociación positiva entre los conflictos interparentales y los problemas de comportamientos de los hijos.

Se ha demostrado la influencia que la no existencia de una colaboración y un apoyo interparental en lo concerniente a la educación de los hijos tiene sobre el desarrollo de problemas de comportamiento en estos últimos (Beuheler, Benson & Gerard, 2006; Cummings & Davies, 1994; Emery 1982; Forehand, Neighbors, Devine & Armistead, 1994; Jouriles et al., 1991) y con serie de dificultades (Dadds & Powell 1991, Sturges, Dunn & Davies, 2001; Katz & Gottman, 1993).

Katz y Gottman (1993) llevaron a cabo un estudio longitudinal, en el que examinaron la satisfacción marital, y los conflictos parentales y su influencia sobre los hijos. Se realizó sobre 54 familias con niños de 5 años, realizando una segunda evaluación de los factores indicados tres años después. En cuanto a los conflictos parentales, fueron valorados a través de la observación de discusiones entre los padres, y la influencia sobre los hijos a través de problemas internalizantes y externalizantes observados por sus profesores. Estos autores encontraron dos patrones diferentes de interacción parental. Por un lado, un patrón de hostilidad mutuo entre padres que correlacionó con problemas de comportamiento en sus hijos tres años después y, por otro lado, un patrón de padre enfadado e introvertido que correlacionó con problemas internalizantes.

Profundizando aún más en los problemas internalizantes, un trabajo muy importante en este sentido, y que ha sido una fuente de un amplio campo de sucesivas investigaciones fue el desarrollado por Davies y Cummings (1994). Estos autores propusieron un modelo por el cual explicaban cómo los conflictos entre los padres afectan al bienestar emocional de sus hijos. Según su hipótesis sobre la seguridad emocional, “la respuesta de los niños a los conflictos maritales no es un contagio emocional (no es simplemente una función directa del grado de ira y conflicto en las relaciones maritales). En su lugar, sus respuestas están gobernadas por las implicaciones del conflicto marital para su seguridad emocional” (p. 388).

Siguiendo con esta línea de investigación sobre la influencia de los conflictos interparentales en los hijos y en su percepción sobre el funcionamiento familiar y la relación de sus padres, encontramos el trabajo de Shamir, DuRocher y Cummings

(2001). Examinaron si los conflictos entre padres se relacionaba con alguna forma en la que los niños percibían a sus familias, más concretamente las relaciones padres-hijos y las relaciones de pareja. Encontraron que estrategias desadaptativas usadas ante conflictos interparentales se relacionaban con percepciones negativas sobre las relaciones familiares, entre las que se incluían las de padre-hijo, madre-hijo y padre-madre.

Existen mayoritariamente dos modelos teóricos que describen los conflictos interparentales: el referido a la hipótesis de la seguridad emocional (Davies & Cummings, 1994; Davies & Sturge-Apple, 2007), descrito anteriormente, y el modelo cognitivo-contextual (Grych & Fincham, 1990; Grych & Finchman, 1993). Este último sugiere que la amenaza actúa como una valoración cognitiva, junto con atribuciones de autoculpa, sobre el conflicto interparental, siendo tales los mecanismos por los que dicho conflicto afecta a la adaptación de los niños. Un aspecto común en ambos modelos es la visión de la percepción de la amenaza como proceso central.

Más recientemente, Fosco y Feinberg (2015) proponen un modelo de cascada, con implicaciones a lo largo del tiempo, según el cual los conflictos interparentales ponen en funcionamiento una secuencia en la cual los adolescentes perciben el conflicto como una amenaza que con el tiempo reduce su bienestar. En su estudio, los autores constataron que los adolescentes valoraban como amenazantes los conflictos interparentales y, al pasar el tiempo, su autoeficacia y su bienestar se veían mermados.

Interesados por la relación existente entre los estilos educativos y los conflictos interparentales y su influencia sobre los hijos. En este sentido, Buehler y Gerard (2002) trataron de valorar la propuesta de que las disputas maritales están asociadas a problemas de desadaptación en los hijos, en parte por la relación que estos conflictos tienen con las prácticas educativas ineficaces. Encontramos así el modelo “spillover” (Engfer, 1988), según el cual los conflictos interparentales median sobre la ineffectividad de la práctica educativa, que finalmente influye sobre la desadaptación de los hijos. Los autores analizaron este modelo en contraste con otros modelos

alternativos, teorizando un modelo híbrido entre la hipótesis del “spillover” y los modelos de efecto directo, a través del cual las prácticas educativas ineficaces median, de forma parcial, sobre la asociación entre los conflictos interparentales y el desajuste de los niños. Este modelo funciona para hijos e hijas de muy diferentes edades (2-18 años).

Encontraron una alta relación entre conflictos de pareja y mayor uso de disciplina severa, poca implicación en la crianza y altos niveles de desadaptación en los niños. También dieron cuenta de que la práctica educativa explicaba sólo de forma parcial la asociación entre los conflictos interparentales y la desadaptación de los niños. Por lo tanto, concluyeron con la confirmación del modelo “spillover”, aunque también constataron la existencia de efectos directos de los conflictos entre padres sobre sus hijos.

Resultados parecidos sobre la interrelación e influencia existente entre la relación padres-hijo y la relación entre los padres han sido apoyados en otros estudios (Beuheler et al., 2006; Rinaldi & Howe, 2003;). En esta interrelación bidireccional tiene especial relevancia el concepto de triangulación (Minuchin, 1974), según el cual los niños pueden “verse en medio” (*caught in the middle*) de las interacciones conflictivas de sus padres, y esto puede tener efectos sobre los mismos (Buehler & Welsh, 2009; Frank & Buehler, 2007; Pinheiro, 2014). “La triangulación ocurre cuando dos personas traen una tercera parte para anular el estrés, ansiedad o la tensión que existe entre ellos” (Charles, 2001, p. 281).

Musitu, Martínez y Murgui (2006) confirman la influencia indirecta que tiene el conflicto interparental sobre la autoestima de sus hijos, relacionándose, a su vez, con la mayor violencia por parte de éstos. Encontraron que el poco apoyo de los padres mediaba entre los conflictos maritales y la desadaptación de sus hijos. Es decir, los conflictos maritales hacen que disminuya el apoyo de los padres y, por tanto, repercuten sobre su adaptación. En sus palabras: “los adolescentes que viven en familias donde los padres utilizan con frecuencia estrategias disfuncionales de resolución de conflictos maritales, como la violencia y la ruptura, tienden a participar

con más frecuencia en comportamientos violentos, lo cual se relaciona a su vez con un pobre ajuste escolar” (p. 258).

Próximo a nuestros días La Lima (2013) desarrolló un estudio en el que se valoraba la alianza parental a través de las interacciones entre los padres mientras uno de ellos pasaba un tiempo dedicado a su hijo/a. Los resultados fueron muy reveladores sobre el apoyo entre los padres y los efectos sobre los hijos. Éstos indicaron una asociación entre una mayor alianza parental y un mayor apoyo en las interacciones entre los padres mientras cada uno de ellos jugaba con su hijo/a. Además, a mayores niveles de alianza parental mayores comportamientos prosociales en los juegos de los niños.

En cuanto al tiempo de interacción y dedicación, Chang (2014) ha contrastado la frecuencia con la que cada uno de los padres se implica en prácticas educativas, encontrando discrepancias. Los resultados indicaron que era la madre, independientemente del tiempo empleado en sus trabajos, quien dedicaba más tiempo a sus hijos. A su vez, se detectó que cuando los menores percibían que ambos padres usaban similares prácticas educativas, éstos manejaban mejor los conflictos.

Volviendo más concretamente sobre las diferencias entre los estilos educativos de los padres, Simons y Conger (2007) examinaron 16 combinaciones de estilos posibles, tales como padres y madres autoritarios, padre autoritario y madre autoritativa, padre y madre autoritativos, etc. Los autores encontraron que los mejores resultados (menor depresión y menor delincuencia) se asociaban a padres autoritativos y a la combinación autoritativo-permisivo. Los peores resultados los obtuvieron la combinación madre negligente y padre permisivo.

En algunas investigaciones (Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2011; Sánchez-Mármol et al., 2011) se ha examinado la vinculación que podría existir entre la discrepancia educativa parental y el desarrollo académico de los hijos. Se compararon dos grupos de niños: los alumnos que percibían discrepancias y los que no las percibían, encontrando que los primeros presentaban mayores niveles de

desadaptación escolar y social, hecho encontrado en estudios anteriores (Harvey, 2000; Herrera-Gutiérrez & Calvo-Llena, 2005).

CAPÍTULO III

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y TDAH

Hasta ahora se ha tratado de conceptualizar el TDAH y los estilos educativos parentales además de aproximarnos a sus características. Diversos factores como la existencia de psicopatología en los padres o elevados niveles de estrés pueden afectar al ambiente familiar y por tanto a las prácticas educativas y los estilos de crianza (Miranda, Presentación & Roselló, 2005).

En ese capítulo pretendemos poner de relieve la relación que existe entre estilos educativos y TDAH, en particular la existencia de diferentes características familiares y estilos educativos y las diferencias significativas entre los padres de los niños con dicho trastorno.

3.1 RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y EL TDAH

En los estudios sobre TDAH y estilos educativos parentales, uno de los aspectos que más se ha destacado es que estos últimos tienen un rol muy importante en el mantenimiento del comportamiento propio de dicho trastorno (Herrera-Gutiérrez, Calvo & Peyres, 2003). Así, en investigaciones previas (Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; Herrera-Gutiérrez, Calvo, Mora, Munuera & Peyres, 2003; Herrera-Gutiérrez, Calvo, Munuera, Mora & Peyres, 2003) comprobamos cómo se da una estrecha relación entre los estilos educativos parentales disfuncionales y discrepantes y los problemas de adaptación de los menores y la hiperactividad.

Cuando se trata de analizar el impacto y la influencia que tienen las estrategias educativas de los padres y su situación personal, es conveniente resaltar que la presencia de un niño con TDAH en la familia también genera una influencia sobre ésta. Y es que se ha demostrado el impacto que tiene este trastorno sobre el estrés parental, llegando incluso a causar considerables conflictos en la pareja y dificultades para ponerse de acuerdo sobre la forma de educar (Davis, Claudius, Palinkas, Wong & Leslie, 2012; Miranda, Marco & Grau, 2007).

Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003) encontraron que, en porcentajes muy elevados, el TDAH afectaba de forma significativa al estrés parental y a la satisfacción como padres, además de aparecer mayores conflictos maritales en estas familias (McLaughlin & Harrison, 2006).

Respecto a las prácticas educativas parentales, los padres de niños con TDAH reaccionan de forma menos eficaz que los padres de niños sin este trastorno (Hinshaw, et al., 2000; Pelham & Lang, 1999), utilizando estrategias educativas inadecuadas (Deault, 2010). En esta misma línea, se ha encontrado que los padres de niños con TDAH suelen manifestar un estilo educativo autoritario (poco afecto y mucha exigencia y control) o un estilo negligente (Goldstein, Harvey & Friedman-Weieneth, 2007; Raya, Herreruezo & Pino, 2008). Al igual que, también parece relacionarse la falta de límites por parte de los padres con familias donde hay niños con el trastorno (Schroeder & Kelley, 2009).

Diversas investigaciones han demostrado de una parte los altos niveles de control y exigencia que aparecen en padres de niños con TDAH (DuPaul, McGoey, Eckert, & Vanbrakle, 2001; Johnston & Mash, 2001) y, de otra, los bajos niveles de afectividad y de implicación (Alizadeh, Applequist, & Coolidge, 2007).

En una investigación sobre este tema, Alizadeh y Andries (2002) valoraron el estilo de paternidad, las interacciones padres-hijos y la visión que tenían los padres de las interacciones y de las relaciones con sus hijos. También se recogieron semanalmente registros observacionales del juego a lo largo de 12 semanas. Los resultados mostraron que los padres que tenían hijos con TDAH obtenían en las diferentes escalas puntuaciones más elevadas de autoritarismo, actuaban de forma más sobreprotectora durante el juego, usaban un tono de voz más serio y hacían más comentarios negativos del comportamiento de sus hijos, marcando límites estrictos pero sin explicaciones. Así mismo, percibían sus relaciones de forma más negativa e informaban que sufrían más estrés y sentían más rechazo de su vida familiar que los padres del grupo de control.

En 2007, Hurt, Hoza y Pelham obtuvieron resultados que indicaban que los menores con TDAH que tenían progenitores con estilos educativos con niveles altos en afecto, solían ser mejor aceptados entre sus compañeros. Además, niveles altos de autoritarismo en los padres se asociaba a un mayor rechazo de los compañeros de sus hijos.

Mikami, Jack, Emeh y Stephens (2010), que estudiaron el impacto que podía tener el comportamiento de los padres de niños con TDAH durante sus interacciones con otros niños, encontraron que la competencia social de los padres podría ayudar a desarrollar buenas habilidades sociales en sus hijos.

Walther et al. (2012), en adolescentes con y sin TDAH, evaluaron la asociación entre el apoyo de los padres y su conocimiento de las actividades de sus hijos adolescentes y la presencia de abuso de drogas y delincuencia. Los autores concluyeron que a más conocimiento y apoyo, menor delincuencia y abuso de sustancias, especialmente alcohol, encontrando esta relación aún más evidente en los adolescentes con el trastorno.

También se han estudiado familias en las que, además del diagnóstico de los hijos, se añade el de los padres, habiéndose demostrado que las familias en las que los síntomas de TDAH de los padres son evidentes tienden a utilizar prácticas educativas inadecuadas (Griggs & Mikami 2011; Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek & Friedman, 2003). Sin embargo, al analizar las prácticas educativas al interactuar padres e hijos con TDAH, se ha observado que estas prácticas son peores cuando los síntomas son elevados en los hijos y bajos en la madre (Psychogiou, Daley, Thompson & Sonuga-Barke, 2007; Psychogiou, Daley, Thompson & Sonuga-Barke, 2008). Las prácticas educativas mejoran cuando los síntomas de los dos son bajos, por lo que parece ser que es el comportamiento de los hijos, más que la presencia de TDAH en los padres, lo que conduce a un estilo educativo inadecuado. No obstante, este patrón interrelacional padres-hijos, se muestra diferente al analizar la figura del padre y su síntomas de TDAH. Es decir, en este caso, una elevada sintomatología en el padre sí se asocia a un estilo de crianza negativo (Psychogiou et al., 2007).

Siguiendo con esta línea, y con resultados un tanto contradictorios a los anteriores, en otros estudios (Biederman, Faraone & Monuteaux, 2002; Murray & Johnston, 2006) se concluye que las madres con diagnóstico de TDAH o con síntomas altos del trastorno, en comparación con madres con niveles inferiores, suelen ser más permisivas, menos positivas e implicadas, y tener más problemas en la resolución de conflictos.

No cabe duda que como señalan Johnston, Mash, Miller y Ninowski (2012) los síntomas de TDAH en los padres pueden influenciar negativamente sobre sus prácticas educativas.

3.2 RELACIÓN ENTRE LA DISCREPANCIA EDUCATIVA PARENTAL Y EL TDAH

Aunque este apartado se dirige exclusivamente a la relación entre las diferencias educativas y de percepción entre los padres de niños con TDAH, parece conveniente tratar un aspecto que ha sido estudiado en diversas investigaciones al respecto de la discrepancia, en este caso entre padres y profesores. En efecto, se han demostrado diferencias importantes entre las escalas de síntomas de TDAH de padres y de profesores (Antrop, Roeyers, Olsterlaan & Van Ols, 2002), al igual que existen diferencias entre los tratamientos preferentes para cada uno de los agentes educativos nombrados (Power, Hess & Benner, 1995).

Lifford, Harold y Thapar (2008) analizaron la relación entre la percepción que tenían los progenitores de la sintomatología de TDAH de sus hijos y la percepción de estos últimos de sentimientos de rechazo en las relaciones con su padre y su madre. Los resultados que extrajeron indicaron que existían diferencias en estas relaciones. Los síntomas de TDAH afectaban a la relación madres-hijos mientras que no ocurría lo mismo con los padres.

Todo lo anterior, nos lleva a dar cuenta de las diferencias que pueden existir en las percepciones que tiene un menor con TDAH de los diferentes agentes educativos.

Ser padre no es fácil, pero se hace aún más difícil cuando al ejercer el rol parental se presenta el agravante de educar un niño/a con TDAH. Incluso puede llevar a los padres a hacer un uso inadecuado de las prácticas educativas. Pero también esta situación puede afectar a la relación entre los padres, pudiendo terminar, en último lugar, en ruptura o divorcio. En este sentido, existe controversia en los datos encontrados. Hay estudios que destacan el mayor número de divorcios en padres de niños con TDAH (Barkley, Fischer, Edelbrock & Samllish, 1990) y otros indican que, aun existiendo diferencias, no son estadísticamente significativas (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1991; Minde, et al., 2003).

En otros estudios como el de Wymbs et al. (2008) se ha encontrado además de la existencia de un mayor número de divorcios en padres de niños con TDAH frente a padres de niños sin el trastorno, que dichos divorcios se dan antes, es decir, los tiempos de duración de las parejas son inferiores en estos casos.

También se ha observado que los comportamientos disruptivos de los niños pueden hacer incrementar las disputas y los conflictos entre los padres (Wymbs, et al., 2007), lo que muestra nuevamente la bidireccionalidad de las relaciones entre padres e hijos (Herrera-Gutiérrez et al., 2003).

Schroeder y Kelley (2009), en una investigación sobre el ambiente familiar y el funcionamiento ejecutivo de los niños con TDAH, encontraron datos que para nuestro estudio son muy significativos. Se compararon dos grupos de familias de niños con y sin TDAH. Según los resultados encontrados, la cohesión parental y la no existencia de conflictos maritales se asociaba a mayores niveles de regulación comportamental y habilidades metacognitivas en el grupo de niños sin el trastorno, lo que nos indica de lo importante que es la buena relación y cohesión de sus padres para la evolución de los menores.

Pero si cabe lo más relevante es lo observado en el grupo de niños con TDAH. Al analizar las relaciones entre el factor cohesión entre padres y el resto de variables, que hacen referencia a la práctica educativa parental (organización, control, afecto, conflicto, apoyo parental, satisfacción con el rol de padres, implicación, comunicación, imposición de límites, autonomía, orientación de rol), resulta muy importante la significatividad encontrada en algunas de estas variables. Así, por ejemplo, la cohesión se relaciona positivamente con la afectividad y con la satisfacción con el rol como padres, además de tener una relación negativa con la presencia de conflictos maritales, aspectos cuyos efectos sobre los menores ya se han comentado con anterioridad.

Así mismo, se ha comprobado que los padres de estos niños se comunican de forma más negativa entre ellos (Wymbs & Pelham, 2010). Incluso, hay mayores

discusiones y verbalizaciones más negativas en los padres de niños con TDAH comparados con el resto (Johnston & Behrenz, 1993).

En cuanto al nivel de alianza entre los padres, el diagnóstico de TDAH se relaciona con menor colaboración entre ambos progenitores (Williamson & Johnston, 2013).

Parece evidente que tanto padres como madres interactúan de forma diferente con sus hijos. Algunos estudios han constatado que los padres tienden a pasar mayor tiempo en tareas de ocio y son menos directivos (Lewis y Lamb 2003). Estas diferencias también se han constatado en las familias de niños y niñas con TDAH (Herrera-Gutiérrez et al., 2003).

Ya Buhrmester, Camparo, Christensen, González y Hinshaw (1992) analizaron las diferencias que existían en las interacciones entre padre-hijo y madre-hijo. Estos autores encontraron patrones diferentes de comportamiento en cada uno de los padres en sus interacciones con sus hijos con TDAH. Los hijos varones tendían a comportarse con sus madres de forma más negativa que con sus padres. Las madres eran más expresivas emocionalmente y solían realizar muchas más demandas.

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV

PRIMER ESTUDIO

4.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Atendiendo al carácter bidireccional en la relación padres-hijos (Palacios, 1999), al que se ha hecho alusión en el marco teórico, para nuestra línea de investigación no sólo son importante las diferencias que puedan existir en las percepciones de los padres sobre sus hijos, sino también conocer la percepción que tienen los propios hijos de sus padres. Y, en consecuencia son muchas las cuestiones que se desprenden de esa perspectiva de amplio espectro.

Así, es conveniente saber la visión que tienen los menores sobre la educación de sus padres y el impacto que puede tener sobre ellos. Además, ¿perciben los menores a sus padres como agentes educativos que desempeñan prácticas educativas similares? O, por el contrario, ¿estas prácticas son diferentes?, y en caso de ser diferentes, ¿qué consecuencias puede tener en un menor una percepción elevada de diferencias educativas entre sus progenitores?

Por tanto, con el fin de poder conocer la influencia que desde el punto de vista del menor puede tener la discrepancia educativa parental sobre su adaptación y sobre el ambiente familiar se plantea el siguiente estudio.

4.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 Objetivos

El objetivo general de este primer estudio es explorar, en población general, la relación y el impacto de la discrepancia educativa parental, percibida por los menores, sobre los problemas de adaptación o ajuste.

Para un mayor conocimiento sobre este asunto, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1) Conocer la asociación entre la discrepancia educativa parental y el desajuste personal, escolar y social.

2) Examinar la relación existente entre la discrepancia educativa parental y los problemas y/o conflictos familiares.

4.2.2 Hipótesis de investigación

En este primer estudio, tras la revisión de la literatura existente sobre el tema, nos planteamos las siguientes hipótesis de investigación:

1) Existe una relación positiva entre la discrepancia educativa parental y la inadaptación personal, social y escolar.

2) La discrepancia educativa parental se asocia a mayores conflictos interparentales y mayor desajuste familiar.

4.3 MÉTODO

4.3.1 Muestra y criterios de selección

Esta investigación primera se ha realizado sobre población general para obtener una aproximación al estado de la cuestión. La muestra inicial constaba de 711 sujetos de entre 8 y 12 años de edad. Para la selección de esta muestra se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- La presencia de algún tipo de diagnóstico educativo conocido. No participaron en este estudio los Alumnos Con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, dentro de sus diferentes variedades, según Decreto 359/2009 del Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM, 2009), por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- La pertenencia a familias monoparentales. No participaron aquellas familias en las que por algún motivo, ya fuera por separación, viudedad, etc. sólo participaba de la educación del menor uno de los padres.

La muestra final quedó reducida a un total de 404 sujetos, de los cuales 170 eran alumnos y 234 alumnas. La edad estaba comprendida entre los 8 y los 12 años ($M= 10.19$; $DT= 1.244$). La mortalidad de la muestra tuvo diversas causas, como no disponer de la conformidad por parte de los padres para participar en el estudio ($N= 182$) y la cumplimentación errónea de los cuestionarios por parte de los padres ($N= 44$) o por parte del alumnado ($N= 81$).

En la Tabla 5 se muestran, distribuidas por sexo, las frecuencias de las edades de la muestra final seleccionada para los análisis estadísticos del presente estudio.

Tabla 5: Distribución por sexo y edades de la muestra: frecuencias

		Sexo		Total
		Varones	Mujeres	
	8	32	24	56
	9	24	32	56
Edad de los menores	10	49	56	105
	11	45	85	130
	12	20	37	57
Total		170	234	404

4.3.2 Instrumentos de evaluación

El instrumento utilizado en este estudio fue el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil. Seguidamente detallaremos sus las características y las variables que se utilizaron para el análisis estadístico.

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2004)

Este cuestionario tiene por objetivo evaluar la adaptación infantil. Esta adaptación viene dividida en varias subescalas: inadaptación personal, inadaptación escolar, inadaptación social, insatisfacción familiar, insatisfacción con los hermanos, y educación de los padres. Es una prueba autoevaluativa, que se aplica desde los 8 años hasta la edad adulta.

Los baremos vienen divididos por niveles y por sexos. El nivel I hace referencia a los cursos 3º, 4º y 5º de Educación Primaria, y el nivel II a los cursos 6º de Educación Primaria y 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). También se puede encontrar el nivel III que hace referencia a 3º y 4º de ESO y los cursos de Bachillerato. Por tanto, debido a la edad de la muestra de nuestra investigación, se utilizaron los baremos del nivel I y nivel II para 6º de Educación Primaria.

Para el análisis estadístico, se emplearon las puntuaciones directas del alumnado en cada una de las escalas estudiadas. En nuestro estudio se tuvieron en cuenta las siguientes escalas:

A) Inadaptación Personal (**P**): esta escala mide el desajuste que las personas tienen consigo mismas y sus problemas para aceptar la realidad. Una puntuación elevada en esta escala indica que la persona tiene tanto, problemas consigo misma (manifestando miedo, culpabilidad, depresión, etc.) como mecanismos disociativos con la realidad (evasión, regresión, etc.). La puntuación que se obtiene abarca un rango de 0 a 38 puntos en el Nivel I y de 0 a 32 en el nivel II.

B) Inadaptación Escolar (**E**): esta escala examina la insatisfacción y el comportamiento inadecuado en el contexto educativo. Sus manifestaciones son el poco trabajo en las tareas de aprendizaje y el mal comportamiento. También expresa actitudes negativas hacia el profesorado y la propia institución escolar. La puntuación que los menores pueden obtener oscila entre 0 y 31 para los dos niveles utilizados en el estudio (nivel I y II).

C) Inadaptación Social (**S**): hace referencia a la incapacidad y/o problemas en las relaciones sociales. Se expresa a través de falta de respeto y consideración a los demás, una reducción en las relaciones sociales y desconfianza social. En esta escala el rango de puntuación es de 0 a 35 en los dos niveles (nivel I y II).

D) **Insatisfacción Familiar (F)**: indica el grado de insatisfacción que perciben los menores de su hogar y la relación entre sus padres. Se expresa a través de las discusiones entre los padres, el cariño entre los mismos, etc. En este caso, la puntuación oscila entre 0 y 5 puntos en los dos niveles (nivel I y II).

E) **Discrepancia Educativa (DIS)**: esta escala mide el grado de diferencia existente entre el estilo de educación del padre y el de la madre. Resulta de la suma de las diferencias entre ambos padres en el estilo educativo personalizado, permisivo y restrictivo. Expresa el grado de acuerdo en la pareja, en lo que a sus papales educativos se refiere. El rango de esta puntuación oscila entre 0 y 30 en los dos niveles (nivel I y II).

4.3.3 Procedimiento

En esta sección explicamos los pasos dados para realizar la investigación, comenzando por las visitas que se hicieron a los distintos centros educativos, hasta la aplicación de las pruebas evaluativas. Este estudio se llevó a cabo a lo largo del curso académico 2012/13.

4.3.3.1 Toma de contacto con los centros educativos

En este estudio, se efectuaron diversas visitas a los centros en los que se llevaron a cabo la investigación. En este caso, participaron un total de 4 colegios de la Región de Murcia: un colegio concertado de tres líneas, y tres colegios públicos de los cuales, dos de ellos con dos líneas, y otro con una sola línea. Los cursos en los que se hizo el estudio fueron de 3º a 6º de Educación Primaria.

La primera visita sirvió para mantener una reunión con algún miembro del equipo directivo. En ésta se informó sobre los objetivos del estudio y su contenido (cuestionarios). Asimismo, se solicitó la conformidad expresa de los padres para participar en el estudio, en el que se garantizaba la confidencialidad de los datos

recogidos. Se dieron también las instrucciones a seguir, indicando los criterios de exclusión anteriormente nombrados y una propuesta de fecha para la segunda visita, agradeciendo de antemano tanto la recepción como la participación en la investigación. Se recogió el número de alumnos de cada una de las clases para la preparación del material.

4.3.3.2 Trabajo de campo: evaluación del alumnado

Semanas después de haber mantenido la primera reunión, se volvió a los centros para pasar los cuestionarios a los alumnos.

Se detalla a continuación la metodología que se siguió para la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los alumnos:

- a. Se concertó, en la primera visita, el día y las horas en las que se llevaría a cabo esta acción en cada una de las clases del centro.
- b. Una vez en la clase, se dieron las pertinentes instrucciones al alumnado. Se informó de la necesidad de la sinceridad por su parte, creando previamente un clima de confianza, explicando en lo que consistía el cuestionario y poniendo diversos ejemplos. A cada alumno se le asignó un código. Para facilitar la asignación de estos códigos, nos apoyamos en los números de lista de cada alumno en su clase más un número asignado al aula y otro número asignado al centro.
- c. Tras la explicación del cuestionario, con la ayuda de cada tutor, se repartieron los cuestionarios a cada alumno.
- d. Cuando algún alumno o alumna tenía alguna duda, ésta era resuelta bien por el tutor o por nosotros mismos. Si algún menor no terminaba de cumplimentar su cuestionario, el tutor quien se quedaba a

cargo de terminarlo junto con el alumno en otro momento. Estos cuestionarios que quedaron rezagados fueron recogidos semanas después.

e. Por último, el mismo día de la evaluación se mantuvo una breve reunión con el miembro del equipo directivo con quien se tomó contacto, informando del proceso y de los casos que habían quedado por terminar. Igualmente, se reiteró nuestro agradecimiento profundo por su participación y colaboración en el estudio.

4.3.4 Análisis estadísticos

A continuación se exponen los análisis estadísticos llevados a cabo para la consecución de cada uno de los objetivos específicos en apartados anteriores. Para estos análisis nos ayudamos del programa estadístico SPSS (versión 22). Teniendo en cuenta el tamaño muestral (N= 404), suponemos una distribución normal para llevar a cabo las pruebas estadísticas correspondientes.

Se realizaron correlaciones bivariadas con el fin de establecer una relación entre la discrepancia educativa parental y los problemas de adaptación de los menores, al igual que para valorar la relación entre dicha discrepancia y los problemas interparentales y/o familiares (insatisfacción familiar). Para todos los análisis se empleó un nivel de significación de $\alpha = .05$.

4.4 RESULTADOS

4.4.1 Relación entre discrepancia educativa parental, problemas de adaptación (personal, escolar y social) e insatisfacción familiar

Para un mejor conocimiento de las características de la muestra con respecto a las variables objeto de estudio, en la Tabla 6 se muestran los estadísticos descriptivos de dichas variables.

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de las variables DIS, P, E, S y F.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ
Inadaptación Personal (P)	0	26	13.48	6.105
Inadaptación Escolar (E)	0	27	8.11	5.779
Inadaptación Social (S)	0	21	7.89	4.466
Insatisfacción Familiar (F)	0	5	.71	1.112
Discrepancia educativa parental (DIS)	0	15	2.83	3.604

Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por los participantes en discrepancia educativa parental y las tres variables que describen las puntuaciones de los participantes en inadaptación personal, escolar y social.

Todas las relaciones encontradas entre dichas variables fueron positivas aunque no todas fueron significativas. Por un lado, no se encontró correlación significativa entre la discrepancia educativa y la inadaptación personal ($r = .081$; $p = .104$), y en lo que respecta a la inadaptación escolar fue marginalmente significativa ($r =$

.095; $p = .056$). Por otro lado, sí que aparece una correlación significativa entre la discrepancia educativa y la inadaptación social ($r = .294$; $p = .000$).

En lo que se refiere a la relación entre la discrepancia educativa parental y la insatisfacción familiar, los resultados reflejan correlaciones positivas y una significatividad estadística ($r = .290$; $p = .000$).

4.5 DISCUSIÓN

Una vez expuesta en capítulos anteriores la revisión teórica sobre la discrepancia educativa parental y su impacto sobre el desarrollo de los menores y sobre el ambiente familiar, y tras la exposición de los resultados obtenidos, pasamos a discutir este asunto contrastando dichos resultados con los encontrados en estudios anteriores.

El objetivo principal de este primer estudio era comprobar la relación entre la discrepancia educativa parental y los problemas de adaptación de los menores, por un lado, y los conflictos familiares por otro. En un primer momento, es interesante resaltar la relación positiva encontrada entre la discrepancia educativa parental y los conflictos entre los padres. A mayor discrepancia educativa parental mayor conflictividad entre los progenitores.

Nuestros resultados son compatibles con las conclusiones a las que han llegado en otros estudios (Katz & Woodin, 2002), en los que se sugiere que las prácticas educativas inadecuadas son el reflejo de los diferentes modos que tiene cada miembro de la pareja para resolver los conflictos. Incluso, se observa que, es la combinación de prácticas educativas negativas y el desinterés dentro de la pareja lo que se asocia a peores niveles de adaptación en los hijos. Este hecho es algo que en nuestro estudio parece muy evidente, ya que la asociación entre las diferencias en la forma de educar de cada uno de los padres y las disputas que entre estos mismos ocurren es muy significativa.

Quizá cabría preguntarse sobre la causa primera en esta interacción negativa entre los padres. Es decir, si son las distintas formas de educar de cada miembro de la pareja las que llevan a mayores conflictos o, por el contrario, son los conflictos interparentales los que ocasionan diferencias en sus prácticas educativas. Incluso en algunos estudios se concluye sobre el valor mediador que tienen los desacuerdos entre los padres en la educación de los niños, tanto en la aparición de conflictos familiares

como en el desarrollo del menor (O'leary & Vidair, 2005). Por todo ello, parece bastante evidente que existe una relación intensa entre ambas variables, tal y como aparece reflejado en nuestros resultados, al igual que lo observado en otros estudios que han tenido como objetivo principal estudiar la naturaleza de esta relación (Sturge-Apple et al., 2006).

Partiendo de esta estrecha relación entre discrepancia educativa parental y conflictividad familiar hay diversos aspectos que pueden influenciar y/o estar relacionados con los conflictos entre los padres, como son la satisfacción marital (Du Rocher et al., 2004) o las formas de resolver los conflictos (Gordis, Margolin & John, 2001), y que por tanto, pueden estar igualmente relacionados con la práctica educativa. Aspectos todos ellos de relevancia en estudios posteriores.

Un punto de suma importancia a resaltar es que, a diferencia de los anteriores estudios, en el nuestro, la discrepancia educativa y los conflictos familiares eran una percepción que tenían los hijos. Es decir, en nuestro caso eran los menores los que juzgaban esta discrepancia y los problemas maritales. Teniendo esto en cuenta, parece interesante conocer en futuros estudios si existe concordancia entre la discrepancia vista desde el punto de vista de los menores y la ofrecida por los protagonistas de esa discrepancia.

Por último, también era uno de nuestros objetivos examinar la relación entre la discrepancia educativa parental y los problemas de adaptación de los menores. Los resultados encontrados en este primer estudio nos muestran cómo la percepción que tienen los niños sobre la coherencia de la educación de sus padres influye sobre su desarrollo, en particular en la aparición de problemas de adaptación, en consonancia con los hallazgos previos sobre el ajuste social (Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; La Lima, 2013) y escolar de los menores con comportamientos hiperactivos (Herrera-Gutiérrez & Calvo, 2005; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2011; Sánchez-Mármol et al., 2011).

No se encontró relación significativa entre la discrepancia educativa parental y la inadaptación personal, dato que contrasta con lo encontrado en estudios en los que se mide la autoestima de los menores con TDAH (Musitu et al., 2006). Otra vez es importante destacar que la novedad en este estudio se basa en que tanto la discrepancia educativa como los problemas de adaptación y los conflictos interparentales se refieren a la percepción que tienen los menores sobre estos aspectos, lo que dificulta la comparación con otros trabajos previos.

Una de las mayores limitaciones de este estudio es, precisamente, no tener una visión de los padres con respecto a sus propios conflictos y/o sus diferencias en cuanto a la forma de educar. Parece conveniente, para llegar a un modelo que pueda explicar la relación entre dicha discrepancia, los conflictos interparentales y el impacto sobre el desarrollo de los menores, tener en cuenta la percepción de cada uno de los padres, además de la percepción que tienen los menores de esta variable.

CAPÍTULO V

SEGUNDO ESTUDIO

5.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tras nuestra primera investigación, y después de discutir los resultados obtenidos en población general, nos parecía interesante saber cómo se comportarían algunas variables relacionadas con el desarrollo evolutivo de los menores, y en especial la variable de discrepancia educativa parental en una población de niños y niñas con TDAH. Así, cabría hacerse la siguiente pregunta: ¿existen diferencias en las percepciones, con respecto a la educación de sus padres, entre los niños con TDAH y los que no presentan el trastorno? Y, en cualquier caso, ¿se da con las mismas características e intensidad esta percepción en los dos grupos?

Ya se ha comentado que los estilos educativos de los padres influyen sobre aspectos muy importantes en el desarrollo de un menor (Collins et al., 2000), y de igual forma lo hacen los patrones diferentes de educación de cada padre (Buehler et al., 2006). Pero, ¿tienen el mismo impacto en las dos poblaciones citadas anteriormente?

El eje central de nuestra investigación es el concerniente a la discrepancia de estilos educativos que perciben los menores y sus efectos. Por tanto, y siguiendo con esta línea, en este estudio nos centraremos en las posibles diferencias existentes entre un grupo de menores con TDAH y grupo de menores sin dicho trastorno, tanto en las variables de discrepancia educativa parental como en las referidas al ajuste o adaptación.

5.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

5.2.1 Objetivos

Este estudio parte de la necesidad de conocer las diferencias existentes, con respecto a la discrepancia educativa parental, entre los niños y niñas con TDAH y el resto de menores que no presentan el trastorno. Se trata de poder profundizar aún más en el conocimiento de esta variable sobre una población cada vez más frecuente en nuestros centros educativos, y a su vez, poder proponer medidas para la mejora en su evolución y posibles intervenciones más efectivas, que ayuden a su desarrollo integral como personas dentro de su contexto de convivencia. En concreto, se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- 1) Determinar la frecuencia de menores que perciben discrepancia educativa parental en una población con TDAH y en un grupo control.
- 2) Conocer si hay diferencias entre la población de niños y niñas con TDAH y aquellos sin dicho trastorno en lo que se refiere a la discrepancia educativa parental percibida.
- 3) Examinar la relación entre la discrepancia educativa parental y la adaptación personal, escolar y social en ambos grupos de niños.

5.2.2 Hipótesis de investigación

Para este estudio nos planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

1) La discrepancia educativa parental se da con más frecuencia en menores con TDAH, quienes además perciben mayores niveles de dicha discrepancia con respecto a los niños y niñas que no presentan el trastorno.

2) La presencia de discrepancia educativa parental tiene un mayor impacto sobre la adaptación de los menores con TDAH que sobre los menores sin el trastorno.

5.3 MÉTODO

5.3.1 Muestra y criterios de selección

Para este segundo estudio se contó con una muestra inicial de 171 niños y niñas, de los que 8 fueron retirados del análisis de datos por motivos relacionados con la falta de información. Los participantes que finalmente formaron parte de la muestra para el procesamiento de los datos fueron 163 (107 varones y 56 mujeres). Esta muestra final se dividió en dos grupos: un grupo experimental, formado por 65 menores diagnosticados con TDAH, y un grupo control, formado por 98 menores de población general. Las frecuencias de varones y mujeres en cada uno de los grupos aparecen en la Tabla 7.

Tabla 7: Frecuencias de diagnóstico de TDAH por género.

		Diagnóstico de TDAH		Total
		Si	No	
Género de los menores	Varones	55	52	107
	Mujeres	10	46	56
Total		65	98	163

Las edades que comprende esta muestra está entre los 8 y los 12 años (M= 9.75; DT= 1.397).

Para la selección de la muestra se utilizó como criterio de inclusión para el grupo experimental haber obtenido el diagnóstico de TDAH por parte de un facultativo perteneciente al Servicio Murciano de Salud. En esta muestra no se tuvieron en cuenta los distintos subtipos del TDAH como tampoco sus diferentes tratamientos farmacológicos.

Los criterios de exclusión utilizados para la formación del grupo control, fueron:

- No haber sido objeto de diagnóstico médico alguno.
- No haber sido objeto de evaluación psicopedagógica por motivo de posibles necesidades específicas de apoyo educativo, según el Decreto 359/2009 (BORM, 2009), por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

5.3.2 Instrumentos de evaluación

El instrumento de evaluación usado para este segundo estudio fue, de nuevo, el TAMAI (Hernández, 2004).

Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2004)

En este trabajo se usaron las puntuaciones directas de los menores en cada una de las escalas estudiadas que ya fueron descritas en la página 94 y siguientes. Éstas son:

- A) Inadaptación Personal (**P**).
- B) Inadaptación Escolar (**E**).
- C) Inadaptación Social (**S**).
- D) Insatisfacción Familiar (**F**).

E) Discrepancia educativa parental (**DIS**): Además de la puntuación directa de esta escala, en este estudio se utilizó el sistema Hepta del cuestionario con el fin de crear dos grupos con respecto a la percepción de discrepancia educativa parental:

- **DISCREPANCIA** (menores que perciben discrepancia en la educación de sus padres). Para varones, tanto del nivel I como del nivel II, la puntuación directa para considerarse dentro de este grupo fue ≥ 3 . Para las mujeres del nivel I se utilizó la puntuación directa ≥ 2 y para el nivel II la puntuación ≥ 4 . Estas puntuaciones hacen referencia, tal y como se indica en cuestionario, a la clasificación CasiAlto y superiores en su sistema Hepta para DIS.

- **NoDISCREPANCIA** (menores que no perciben discrepancia en la educación de sus padres). Para considerar a un menor dentro de este grupo se utilizaron las puntuaciones directas que correspondían a la categoría Medio o inferiores. Es decir, las puntuaciones directas inferiores a las señaladas en el anterior grupo (DISCREPANCIA).

5.3.3 Procedimiento

Este estudio tuvo lugar durante el primer trimestre del curso académico 2013/14. Un primer paso para realizar la evaluación de los niños con TDAH consistió en concertar una reunión con la directora técnica de la Asociación de Ayuda al Déficit de Atención con más o menos Hiperactividad (ADA \pm HI), en la que se plasmaron los objetivos del estudio y se solicitó la conformidad de los padres para participar en el mismo. La evaluación propiamente dicha fue llevada a cabo por cada una de las terapeutas que trabajan en la asociación a cada uno de sus pacientes, previa información por nuestra parte. Una vez realizada la evaluación, se hicieron varias visitas para recoger los cuestionarios de cada una de las terapeutas.

Al mismo tiempo, se realizó la evaluación del grupo control. Los participantes de este grupo pertenecen a un colegio concertado de la Región de Murcia (Molina de Segura). Para ello, se contó con la ayuda de los tutores de cada clase participante. Nosotros estuvimos presentes en todo momento, en cada una de las clases durante la

administración de la prueba, por lo que se hizo de forma colectiva y en diferentes horas según el grupo. Los cursos evaluados fueron de 3º a 6º de Educación Primaria.

5.3.4 Análisis estadísticos

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS (versión 22). En este estudio, se examinaron los supuestos de normalidad y homogeneidad necesarios para llevar a cabo los análisis estadísticos que mejor se adecuaran a las características de la muestra.

Para conseguir información detallada sobre la frecuencia con la que se observa discrepancia educativa parental en los dos grupos (experimental y control), se realizó una tabla de contingencias, obteniendo los porcentajes de menores que percibían dicha discrepancia en cada uno de ellos. Se obtuvo también el estadístico Chi-cuadrado de Pearson (χ^2) para comprobar si existían diferencias significativas en estas frecuencias.

Con el objetivo de conocer si existían diferencias en la intensidad de la discrepancia educativa parental entre los dos grupos, se llevaron a cabo pruebas de comparación de medias para dos muestras independientes.

Y, por último, se realizaron ANOVAS factoriales para comprobar las diferencias en inadaptación personal, escolar y social, teniendo en cuenta como factores independientes el diagnóstico de TDAH y la presencia de discrepancia educativa. Se trataba de valorar la posible influencia de la discrepancia educativa parental sobre la adaptación de los menores y si esta influencia se daba por igual en los dos grupos objeto de estudio. Igualmente se buscaba conocer la influencia del TDAH en el grado de ajuste experimentado.

Para todos los análisis se empleó un nivel de significación de $\alpha = .05$.

5.4 RESULTADOS

En este apartado se detallan los resultados obtenidos a través de los análisis correspondientes. Antes de comenzar con estos resultados analizaremos el supuesto de normalidad de la muestra.

Por un lado, se han observado puntuaciones significativas ($p < .05$) en la corrección de la significación de Lilliefors en el estadístico de Kolmogorov-Smirnov en todas las variables objeto de estudio (Inadaptación Escolar, Inadaptación Social, Discrepancia educativa parental e Insatisfacción Familiar), excepto en la variable Inadaptación Personal ($Z = .110$; $p = .051$).

Puesto que era necesario que cumplieran con el supuesto de normalidad para la realización de nuestros análisis estadísticos, se tomó la decisión de transformar todas las variables, tanto las que no cumplían con el supuesto de normalidad como la que, aun cumpliendo, se aproximaba a la significatividad estadística. Para ello, se estimó la potencia de cada variable, y después se llevó a cabo la transformación más ajustada a dicha potencia. Se utilizó la raíz cuadrada para la transformación de dichas variables.

Una vez realizadas las transformaciones correspondientes, se obtuvieron estadísticos no significativos ($p > .05$). En la Tabla 8 Se muestran los estadísticos y sus significaciones estadísticas finales para una mayor comprensión.

Tabla 8: Estadísticos de Kolmogorov-Smirnov para las variables Inadaptación Personal (P), Escolar (E) y Social (S)

	Z	p
Inadaptación Personal (P)*	.096	.200**
Inadaptación Escolar (E)*	.062	.200**
Inadaptación Social (S)*	.985	.083

*variables transformadas; ** es un límite inferior de la significación verdadera

En el caso de la variable discrepancia educativa parental (DIS) y de la variable Insatisfacción Familiar (F), no se consiguió aceptar el cumplimiento del supuesto de normalidad tras la transformación, por lo que se optó por llevar a cabo pruebas no paramétricas con estas variables y, más concretamente, la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

5.4.1 Frecuencia de discrepancia educativa parental en los grupos objeto de estudio

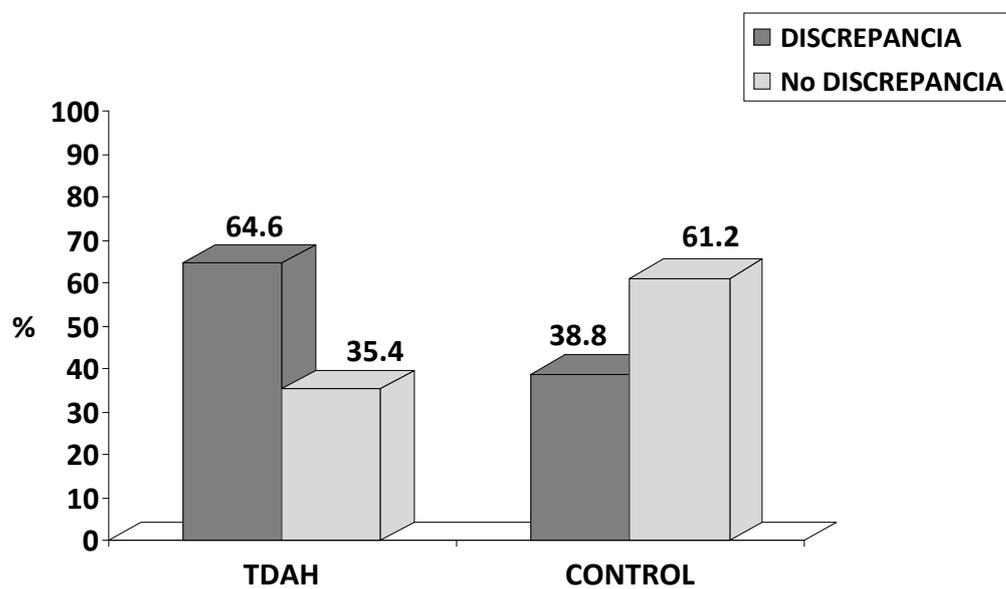
Para conseguir discriminar la frecuencia de niños con percepción de discrepancia educativa parental en cada uno de los grupos (TDAH y control), se llevó a cabo una tabla de contingencia (véase la Tabla 9). Se obtuvo el estadístico Chi-cuadrado de Pearson que mostró diferencias significativas entre los grupos ($X^2_{(1)}=10.441$; $p=.001$), siendo la frecuencia mayor en el grupo experimental.

Dentro del grupo TDAH se encontró que 42 participantes percibían a sus padres como discrepantes a la hora de llevar a cabo la educación. Este dato representa la existencia discrepancia educativa parental en un 64.6% de los niños con TDAH (42 de 65 sujetos). Frente a este dato, encontramos que sólo un 38.8% de los niños del grupo CONTROL percibían dichas discrepancias, es decir, sólo en 38 de los 98 sujetos que completan el grupo existía discrepancia educativa parental. Esta distinción se puede apreciar mejor visionando la Figura 2.

Tabla 9: Tabla de contingencias diagnóstico

	Existencia de discrepancia educativa parental		Total
	DISCREPANCIA	NoDISCREPANCIA	
TDAH	42	23	65
CONTROL	38	60	98
Total	80	83	163

Figura 2: Porcentaje de niños que perciben discrepancia educativa parental en cada uno de los grupos (TDAH y control)



5.4.2 Diferencias en la intensidad con que se produce la discrepancia educativa parental y los conflictos interparentales en cada grupo

Uno de nuestros objetivos, referidos a examinar posibles diferencias en discrepancia educativa parental entre los niños y niñas con TDAH y el resto de sujetos, era valorar la intensidad con la que esta discrepancia y los conflictos interparentales se producían en cada uno de los grupos, y si se daban de forma desigual. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las medias de los dos grupos objeto de estudio (TDAH y control).

Se hallaron diferencias significativas ($U= 1975$; $p= .000$) entre ambos grupos en lo que a la intensidad de discrepancia educativa parental percibida por los niños se refiere. Esta intensidad viene medida por la puntuación directa que se obtiene en la variable discrepancia (DIS), donde una mayor puntuación indica mayores diferencias en la percepción de la forma que tiene de educar cada uno de los padres. En el grupo TDAH los niños puntuaron más alto en discrepancia ($M= 4.71$; $DT= 4.983$) que los niños del grupo control ($M= 1.61$; $DT= 2.089$).

Esta diferencia de intensidad entre los grupos también se observa al comparar las puntuaciones máximas en cada uno de ellos. La puntuación máxima del grupo TDAH (19) es claramente superior a la del grupo control (10). En la Figura 3 se muestran estas diferencias por medio de diagramas de caja.

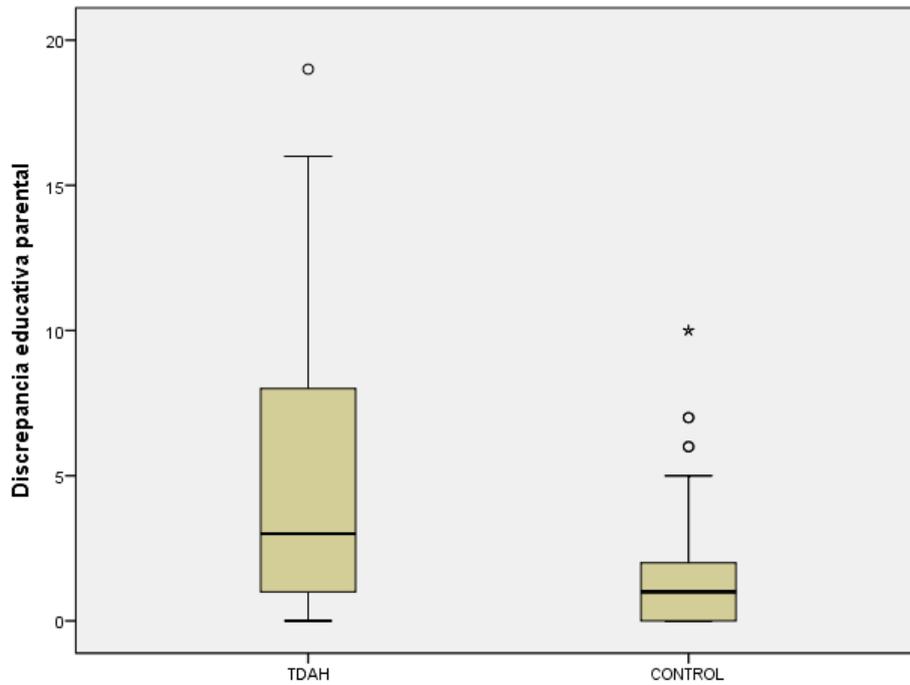


Figura 3: Diagramas de caja de la variable discrepancia educativa parental (DIS) en los grupos TDAH y control.

También se encontraron diferencias importantes en las puntuaciones que hacen referencia a la percepción que los niños tienen sobre los conflictos entre sus padres (véase la Figura 4). La media obtenida en Insatisfacción Familiar (F) de los niños y niñas con TDAH ($M= 1.22$; $DT= 1.397$) fue superior a la del grupo control ($M= .47$; $DT= .910$). Esta diferencia fue significativa ($U= 2125$; $p= .000$).

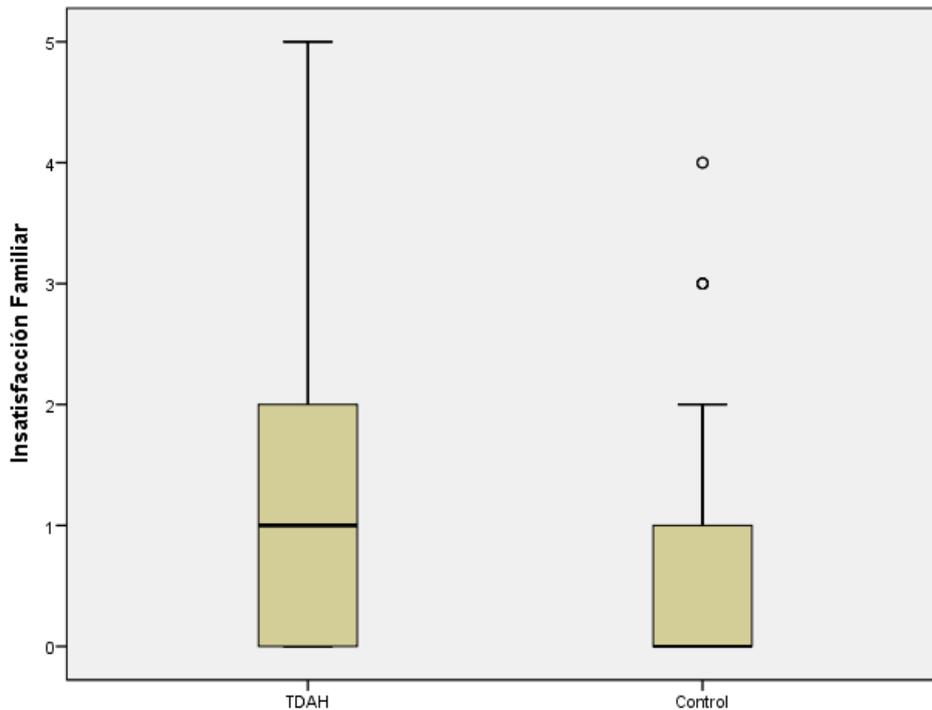


Figura 4: Diagramas de caja de la variable Insatisfacción Familiar (F) en los grupos TDAH y control

5.4.3 Diferencias en el impacto del diagnóstico de TDAH y de la discrepancia educativa parental sobre la adaptación de los menores

Por último, en este estudio nos planteamos si la existencia de discrepancia educativa, según la percepción del menor, influye de igual forma a nuestros dos grupos de estudio en aspectos concernientes a la adaptación. Para ello, llevamos a cabo ANOVAS de dos factores (TDAH y DISCREPANCIA). Se tratarán todos los efectos principales, aunque centraremos la exposición de los resultados en los efectos de la interacción de dichos factores.

Antes de presentar los resultados de los ANOVAS, se comprobó la homogeneidad de las varianzas a través del estadístico de Levene. Hay que tener en cuenta que para este proceso se utilizaron las variables transformadas. Se aceptó el

supuesto de homogeneidad de las varianzas para la variable Inadaptación Personal (P) ($F_{(3, 159)} = .493$; $p = .688$), para las variables Inadaptación Escolar (E) ($F_{(3, 159)} = 2.357$; $p = .074$), y para la variable Inadaptación Social (S) ($F_{(3, 159)} = 1.759$; $p = .157$). Por tanto, los análisis estadísticos se realizaron con estas variables transformadas.

Respecto a la variable dependiente P, el modelo explica una parte significativa (14.1%) de la varianza observada en esta variable ($F_{(3, 159)} = 8.702$; $p = .000$). Analizando los efectos principales hemos de señalar que existen diferencias significativas entre el grupo TDAH y el grupo control ($F_{(1, 159)} = 9.227$; $p = .003$; $\eta^2_p = .055$), mostrando mayores puntuaciones en esta variable los menores del grupo TDAH. Asimismo, los niños y niñas del grupo DISCREPANCIA puntuaron por encima del grupo NoDISCREPANCIA ($F_{(1, 159)} = 9.894$; $p = .002$; $\eta^2_p = .059$). Sin embargo, el efecto de la interacción TDAH*DISCREPANCIA no obtuvo significatividad ($F_{(1, 159)} = .097$; $p = .756$) (véase la Figura 5). Se muestran en la Tabla 10 las medias obtenidas para la interacción.

Tabla 10: Medias en Inadaptación Personal (P) para los cuatro grupos

	Discrepancia educativa parental	MEDIA EN P
TDAH	DISCREPANCIA	3.692
	NoDISCREPANCIA	3.144
CONTROL	DISCREPANCIA	3.161
	NoDISCREPANCIA	2.712

P: Inadaptación Personal

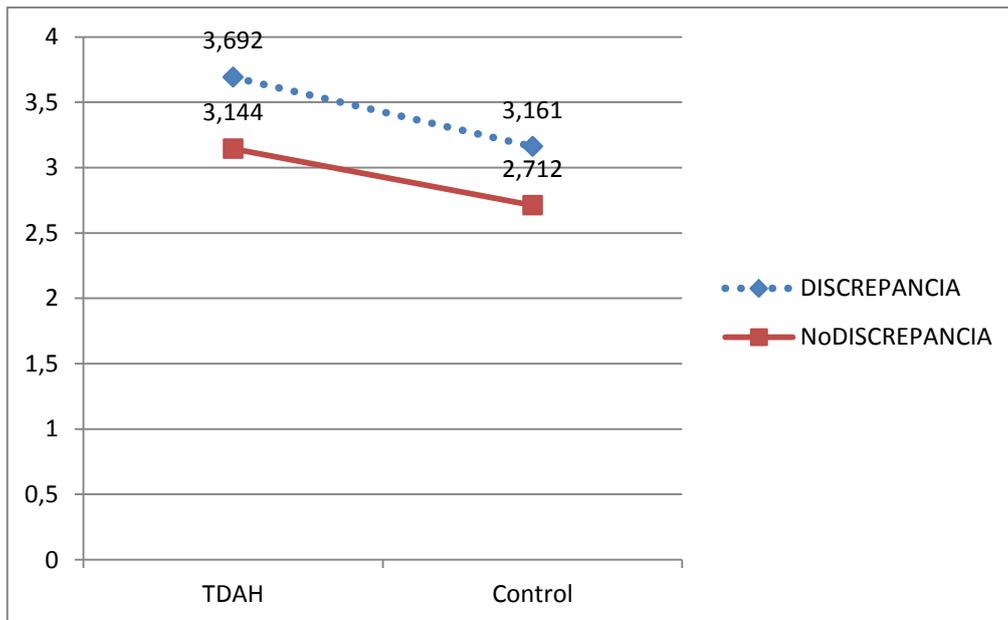


Figura 5: Interacción entre TDAH y Discrepancia educativa parental en Inadaptación Personal (P)

En lo que a la variable dependiente S se refiere, los efectos que se incluyen en el modelo explican el 35.6% de la varianza de dicha variable de forma estadísticamente significativa ($F_{(3, 159)} = 29.290$; $p = .000$). Al igual que con la variable anterior, existen diferencias significativas en los menores dependiendo de si presentan o no el diagnóstico de TDAH ($F_{(1, 159)} = 36.963$; $p = .000$; $\eta^2 p = .189$), siendo más elevadas las puntuaciones de los niños con este trastorno, del mismo modo que son superiores dichas puntuaciones si se percibe discrepancia educativa parental ($F_{(1, 159)} = 27.270$; $p = .000$; $\eta^2 p = .146$), pero de nuevo la interacción de los dos factores no presenta significatividad ($F_{(1, 159)} = .023$; $p = .879$). Esta falta de interacción se observa en la Figura 6 y las medias de los distintos grupos en la Tabla 11.

Tabla 11: Medias en Inadaptación Social (S) para los cuatro grupos

	Discrepancia educativa parental	MEDIA EN S
TDAH	DISCREPANCIA	3.429
	NoDISCREPANCIA	2.743
CONTROL	DISCREPANCIA	2.633
	NoDISCREPANCIA	1.985

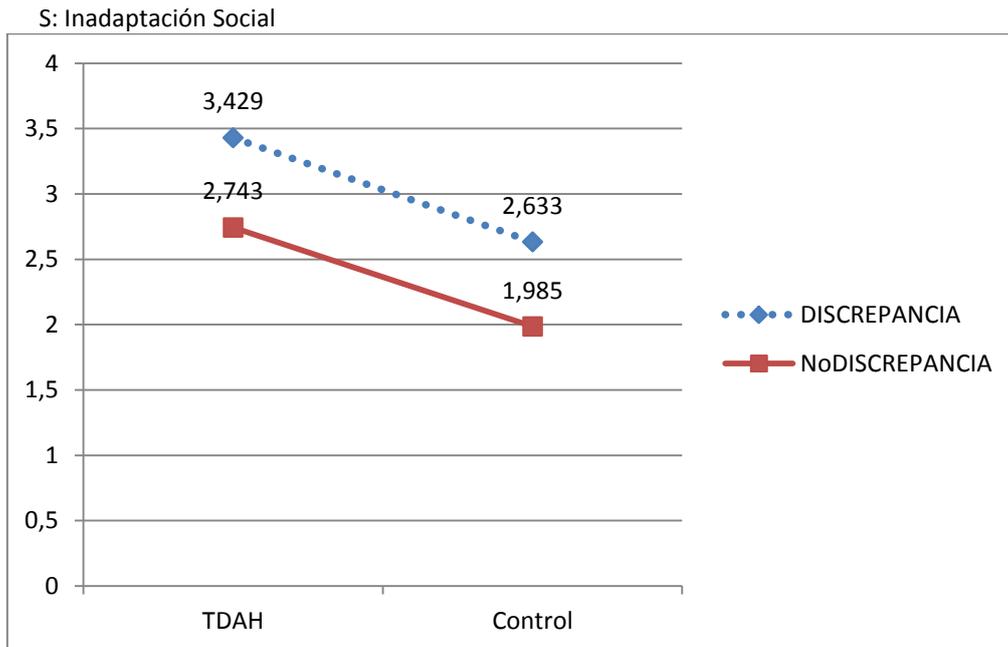


Figura 6: Interacción entre TDAH y Discrepancia educativa parental en Inadaptación Social (S)

Por último, el modelo da cuenta del 27.3% de la varianza en la variable dependiente E. Se explica de forma significativa dicha varianza ($F_{(3, 159)} = 19.909$; $p = .000$). En este caso, tanto los efectos principales como la interacción presentan diferencias significativas entre los grupos. Así de nuevo el grupo TDAH obtiene puntuaciones superiores en esta variable ($F_{(1, 159)} = 29.979$; $p = .000$; $\eta^2 p = .159$). También existen diferencias significativas en E entre el grupo NoDISCREPANCIA y el grupo DISCREPANCIA ($F_{(1, 159)} = 12.191$; $p = .001$; $\eta^2 p = .071$), siendo más elevadas las puntuaciones de este último. Y por último, la interacción fue significativa para la variable E ($F_{(1, 159)} = 5.510$; $p = .020$; $\eta^2 p = .033$). La presencia de discrepancia educativa parental tiene un impacto mayor sobre la inadaptación escolar (E) si se da en el grupo de niños y niñas con TDAH. De nuevo, se presentan las medias para los grupos de esta interacción (Tabla 12) y una gráfica para observar dicha interacción (Figura 7).

Tabla 12: Medias en Inadaptación Escolar (E) para los cuatro grupos de interacción

	DISCREPANCIA	MEDIA EN E
TDAH	DIS	3.659
	NoDIS	2.525
CONTROL	DIS	2.140
	NoDIS	1.918

E: Inadaptación Escolar

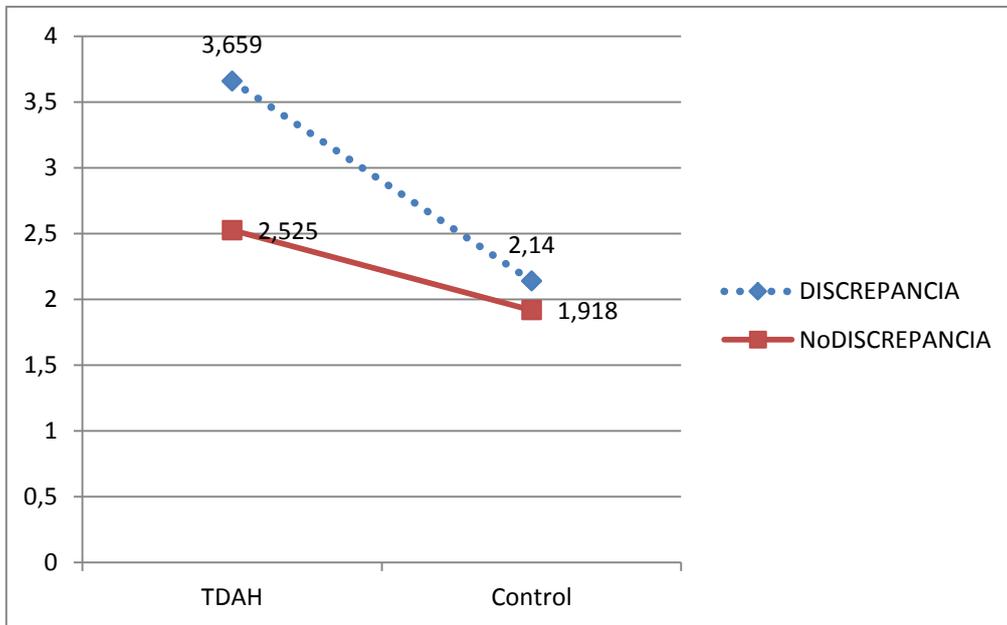


Figura 7: Interacción entre TDAH y Discrepancia educativa parental en Inadaptación Escolar (E)

5.5 DISCUSIÓN

Una vez que pudimos comprobar en el primer experimento la relación que existía, por un lado, entre la discrepancia educativa y los conflictos interparentales y, por otro, el efecto que producía dicha discrepancia sobre la adaptación de los menores en población general, nos planteamos en este segundo estudio las hipótesis referidas a las diferencias que se podrían encontrar entre un grupo control de población general y un grupo de niños y niñas con TDAH.

El hecho de querer realizar esta comparación se debe al conocimiento existente referido a los estilos educativos y su influencia sobre el comportamiento de los menores, especialmente en aquellos con trastorno de hiperactividad (Hurt et al., 2007; Mikami et al., 2010). De ahí que nos centráramos en el TDAH como eje principal de nuestra línea de investigación.

Se detalla a continuación la discusión realizada de los resultados en base a la literatura científica con respecto a las hipótesis planteadas en nuestra investigación.

5.5.1 Diferencias en frecuencia e intensidad de la discrepancia educativa parental y de conflictos interparentales en los grupos objeto de estudio

Como hemos observado en los resultados de nuestra investigación, los niños con TDAH perciben con mayor intensidad las diferencias en la educación de sus padres y la existencia de problemas entre los mismos. Además, esta percepción se hace más evidente en los menores que presentan el trastorno. Es decir, la probabilidad de que un niño con TDAH perciba discrepancia educativa en sus padres es mucho mayor que la de un niño sin dicho trastorno.

Así mismo, hemos comprobado la interrelación que existe entre la discrepancia educativa y los conflictos interparentales, al menos desde la visión del menor con

TDAH, puesto que se asocia una alta frecuencia de discrepancia en el grupo de niños así diagnosticados con mayores niveles de insatisfacción familiar.

Ya en estudios anteriores se señalaba la existencia de mayores problemas maritales entre los padres de niños con TDAH (McLaughlin & Harrison, 2006). Esto podría deberse al estrés que provoca un niño con esta alteración en el ámbito familiar (Davis et al., 2012; Miranda et al., 2007; Roselló, et al., 2003). Por lo tanto, un aspecto importante a valorar, con el fin de detallar la naturaleza de estos conflictos y las diferencias educativas entre los padres, es el grado de estrés y de ansiedad de los padres, para así buscar su relación con los aspectos anteriores.

También podría darse el caso de que la percepción que tienen los menores sobre las relaciones de sus padres y sus conflictos se debiera a la forma tan negativa que tienen para comunicarse entre ellos (Johnston & Behrenz, 1993; Wymbys & Pelham, 2010).

De nuestros resultados se puede extraer la conclusión de que los menores que presentan TDAH perciben más problemas familiares y conflictos entre sus padres. Estos conflictos parecen guardar relación con la forma que tienen de educar, produciéndose diferencias importantes en las prácticas que cada uno lleva a cabo en su tarea educativa.

El porcentaje más elevado de niños que percibían discrepancia educativa se observó en el grupo TDAH, superando de forma clara el 50% de los casos. Lo cual nos indica que, en comparación con el resto de niños, la asociación entre el trastorno y prácticas educativas incoherentes entre los padres es clara. Estos datos son congruentes con otras investigaciones previas (Harvey, 2000; Williamson & Johnston, 2013)

En futuros estudios otra vez sería conveniente, además de tener la visión de los menores con respecto a los estilos educativos de sus padres, conocer realmente los estilos educativos de cada uno de los padres y sus diferencias.

5.5.2 Diferencias de impacto de la discrepancia educativa parental sobre la adaptación de los menores con y sin TDAH

Uno de nuestros objetivos para este estudio era conocer el impacto de la discrepancia educativa parental sobre la adaptación de los menores con y sin TDAH. Para ello, se comparó dicho impacto en ambos grupos de niños.

En un primer momento hemos de destacar que existen diferencias significativas entre los dos grupos objeto de estudio con respecto a la adaptación, tanto a nivel personal, como escolar y social. Es decir, los menores que presentan TDAH tienen más dificultades en sus relaciones sociales, hecho que ha sido corroborado en investigaciones recientes (Marsellach, 2005; McKeague et al., 2015). También se encuentran más desmotivados y su rendimiento académico es menor, incluso llegando a desarrollar una visión negativa de la institución educativa, como pudimos comprobar en estudios anteriores (Herrera-Gutiérrez et al., 2011; Sánchez-Mármol & Herrera-Gutiérrez, 2010). Al igual que otros estudios, nuestros resultados avalan la idea de que los menores con TDAH suelen tener menor autoestima (Richman et al., 2010), aunque como señalan Hoza, Pelham, Dobbs, Owens y Pillow (2002), no siempre aparecen estas diferencias en lo que ello se refiere. De hecho, estos autores y otras investigaciones (Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina & Milich, 2000) resaltaban la percepción demasiado positiva que estos menores tenían de ellos mismos.

Asimismo, nuestros resultados sugieren que la percepción de discrepancia educativa parental por parte de los menores influye de manera significativa en su adaptación. Esto es, cuando los niños y niñas perciben que sus padres tienen estilos educativos diferentes presentan mayores problemas en su adaptación personal, escolar y social. De nuestros resultados, al igual que de los resultados encontrados por Buheler et al. (2006), que ponen de manifiesto la alta relación entre los desacuerdos interparentales y los problemas de conducta de sus hijos, se puede concluir que la discrepancia educativa parental tiene gran influencia sobre el desarrollo evolutivo del

menor. Incluso en su comportamiento social, como se constata en otros estudios, tales como el de La lima (2013).

Ya por último y analizando la interacción entre los dos factores anteriores, es decir, la presencia de un diagnóstico de TDAH y de una percepción de discrepancia educativa parental, comentamos los resultados encontrados tras este análisis.

Como se ha dicho anteriormente, nuestro objetivo era conocer si la discrepancia influía de igual forma en menores con y sin el diagnóstico de TDAH. Pues bien, los resultados obtenidos sugieren que, sólo en aspectos educativos y relacionados con el ambiente académico dicha discrepancia tiene un impacto mayor en los niños y niñas que presentan este trastorno. Es decir, teniendo en cuenta que la discrepancia educativa suele influir de forma negativa sobre la adaptación personal, escolar y social de los menores, su impacto es significativamente aún mayor sobre la inadaptación escolar cuando éstos presentan un diagnóstico de TDAH. No ocurre lo mismo cuando hablamos de inadaptación personal y/o social, donde la influencia es muy similar en ambos grupos de niños y niñas. Este diferente impacto sobre el contexto escolar podría estar relacionado con las diferencias más marcadas que se dan entre padres y madres respecto a su implicación en tareas educativas (Chang, 2014).

CAPÍTULO VI

TERCER ESTUDIO

6.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Una vez que conocemos algo más sobre la frecuencia y la intensidad con la que se da la discrepancia educativa en los niños y niñas con TDAH, y el impacto que esta discrepancia tiene sobre el menor y sobre la insatisfacción familiar, nos planteamos la posibilidad de dar respuesta a varias preguntas por medio de un programa de intervención con padres y madres de menores con este trastorno.

Por una parte, como cuestión principal podríamos plantearnos la eficacia de dicho programa. Comprobar su eficacia tanto para el comportamiento hiperactivo de los menores como para el cambio en los padres. Y, en este sentido, con respecto a la discrepancia educativa parental, nos hacemos además las siguientes preguntas: ¿existen diferencias en los estilos educativos de cada padre? En caso de ser así, ¿tras la aplicación del programa de intervención, se producirán cambios en estos estilos educativos? Y en caso de que se produjeran, ¿éstos serán los mismos en cada padre?

Por otro parte cabe preguntarse, teniendo en cuenta la alta intensidad con la que los menores con TDAH perciben la discrepancia educativa entre sus padres, ¿descenderá esa intensidad si se trabaja con ambos padres sobre aspectos básicos de la educación?

Por tanto, y para dar respuesta a algunas de las anteriores preguntas, nos planteamos los objetivos del tercer y último estudio, en el que se llevó a cabo un programa de intervención con padres y madres de niños y niñas con TDAH.

6.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

6.2.1 Objetivos

El objetivo principal de este último estudio es comprobar la eficacia de un programa de trabajo con padres y madres de menores con TDAH sobre el cambio positivo en sus estilos educativos, y su influencia en el desarrollo evolutivo de los menores (grado de adaptación). Los objetivos específicos del mismo son:

- 1) Conocer los cambios que se producen en el comportamiento propio de los niños con TDAH después de aplicar un programa de entrenamiento en aspectos educativos a sus padres.
- 2) Evaluar los cambios en el desarrollo evolutivo de los menores con TDAH (a través de su adaptación personal, social y escolar), una vez se completa un programa educativo con sus padres.
- 3) Examinar los estilos educativos de los progenitores y sus diferencias, así como su evolución, tras haber trabajado juntos en un programa de intervención.
- 4) Valorar los cambios en la percepción que tienen los menores sobre la discrepancia educativa parental y los conflictos parentales, después de haber llevado a cabo estrategias educativas más adecuadas.

6.2.2 Hipótesis de la investigación

- 1) Tras haber llevado a cabo un programa de intervención basado en aspectos básicos educativos, dirigido a padres y madres los síntomas propios del TDAH serán menores desde el punto de vista de los padres y el ajuste mayor en los niños y niñas con esta alteración.

- 2) Trabajar juntos estrategias educativas hace que las prácticas educativas de cada padre cambien hacia una mayor alianza parental y mayor coherencia educativa, y sus diferencias se vean reducidas en los aspectos de Sobreprotección, Inhibición, Punición y Aserción.

- 3) Llevar a cabo estrategias educativas más adecuadas de manera conjunta entre los padres hace que los menores perciban menor discrepancia educativa parental y, a su vez, menos conflictos entre sus padres.

6.3 MÉTODO

6.3.1 Muestra y criterios de selección

La muestra para la aplicación del programa de intervención, fue recogida de tres de las sedes (Murcia, Cartagena y Torre Pacheco) de la asociación ADA_±HI, además de un grupo de familias de ADAHI-Molina. En un inicio, se contó con 97 familias para llevar a cabo dicho trabajo.

De estas 97 familias, sólo completaron del todo el programa 54, de las que sólo se han tenido en cuenta 30 para llevar a cabo los análisis estadísticos. Los criterios de inclusión en la muestra final, teniendo en cuenta las características del programa de intervención y sus objetivos, que se detallan más adelante, fueron:

- Estar dentro del rango de edad del menor óptimo para el programa de intervención, que se encuentra entre los 8 y los 12 años.
- Tener el diagnóstico de TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo o combinado, sin otro diagnóstico psiquiátrico asociado.
- Pertener a una familia en la que el núcleo familiar cuente con ambos progenitores. Se eliminaron del análisis estadístico familias con algún progenitor ausente.

Por tanto, la muestra final de la investigación quedó reducida a 30 familias con menores de una edad entre los 8 y los 12 años (M= 9.60; DT= 1.380). La distribución de los menores por sexo y edad aparece en la Tabla 13.

Tabla 13: Distribución por sexo y edad de la muestra: frecuencias

		Sexo		Total
		Varones	Mujeres	
Edad de los menores (en años)	8	6	2	8
	9	6	2	8
	10	4	2	6
	11	4	0	4
	12	4	0	4
Total		24	6	30

6.3.2 Instrumentos de evaluación

Para este último estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

1. *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI; Hernández, 2004).*

En esta investigación se usaron las puntuaciones directas del alumnado en de cada una de las diferentes escalas seleccionadas cuya descripción puede consultarse en la página 94 y siguientes. Para nuestro estudio tendremos en cuenta las siguientes:

- F) Inadaptación Personal (**P**).
- G) Inadaptación Escolar (**E**).
- H) Inadaptación Social (**S**).
- I) Insatisfacción Familiar (**F**).
- J) Discrepancia Educativa (**DIS**).

2. *Conners Rating Scales-Revised (Conners, 1997)*

Esta escala evalúa problemas de comportamiento a través de información de padres y profesores. En el caso de los adolescentes, también existe un cuestionario de reporte personal. Es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación del TDAH. Contiene, entre otras, escalas propias para el diagnóstico de los subtipos del trastorno. Su principal uso se refiere a la evaluación del mismo.

Consta de varias escalas (para padres, escalas para profesores y para los adolescentes). Cada una de ellas cuenta con una versión corta y otra versión larga. Esta última contiene un grupo de subescalas que miden otros aspectos del desarrollo infantil, como problemas de relación social, dificultades de aprendizaje, etc. Esta versión se corresponde con los criterios oficiales del DSM-IV para el TDAH.

La escala Conners para padres versión larga (CPRS-R-L) está formada por 80 ítems. Los padres han de contestar a dichos ítems, cuya respuesta es de tipo Likert (0, 1, 2, 3), teniendo en cuenta el comportamiento de sus hijos durante los últimos meses. Cuenta con 14 subescalas: oposicionismo, problemas cognitivos/atención, hiperactividad, ansiedad/timidez, perfeccionismo, problemas sociales, problemas psicósomáticos, índice global de Conners, impulsividad, inestabilidad emocional, índice TDAH, criterios para TDAH subtipo inatento (DSM-I), criterios para TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo (DSM-H), y criterios para TDAH subtipo combinado (DSM-C). Los baremos de la escala de Conners vienen divididos por edades y sexo.

De todas estas escalas, dada la finalidad de nuestro estudio emplearemos sólo las tres últimas. Es decir, nos centramos en las puntuaciones directas de DSM-I, DSM-H y DSM-C:

- **DSM-I:** formada por 9 ítems referidos a criterios diagnósticos para TDAH subtipo inatento. Su puntuación oscila entre 0 y 27.

- **DSM-H:** Compuesta también por 9 items que hacen referencia a los criterios diagnósticos para TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo. Su puntuación abarca desde 0 hasta 27.

- **DSM-C:** relativa a los criterios diagnósticos para TDAH subtipo combinado, a través de 18 items. En esta escala se pueden obtener puntuaciones directas desde 0 hasta 54.

3. *Perfil de Estilos Educativos (PEE; Magaz & García, 2011)*

Esta prueba consta de 48 items que expresan de forma afirmativa unas ideas, creencias, actitudes y emociones asociadas a valores sobre la educación de los hijos. Los padres han de responder si están de acuerdo o no con dichos items.

Estas ideas y creencias sobre la educación hacen referencia a cuatro estilos educativos: Sobreprotector, Inhibicionista, Punitivo y Asertivo.

- **Sobreprotector (SOB).** Los progenitores con este tipo de estilo educativo opinan que el niño es un ser débil, ignorante, inexperto, etc. a quien hay que proteger, evitando que se exponga a situaciones de riesgo en las que pueda sufrir algún perjuicio. Se consideran excesivamente responsables de su desarrollo.

- **Inhibicionista (INH).** Los padres piensan que los niños tienen capacidad para desarrollarse sin necesidad de guía alguna. Cada uno aprende por su cuenta, el padre únicamente debe evitar poner impedimentos a ese desarrollo. Los padres no se consideran responsables de los posibles perjuicios y daños que puedan sufrir sus hijos.

- **Punitivo (PUN).** Estos padres son muy exigentes con el cumplimiento de las normas y no permiten fallos o desviaciones en el

comportamiento de sus hijos. No reconocen los esfuerzos que supone actuar cumpliendo las normas impuestas.

- **Asertivo (ASE).** Los padres con este perfil reconocen el esfuerzo que les supone a los menores aprender a comportarse adecuadamente. Suelen ser más tolerantes con las desviaciones del comportamiento. Además exigen una responsabilidad a sus hijos, teniendo en cuenta las consecuencias de cada acto.

Estas escalas cuentan con 12 items, por lo que la puntuación que se puede obtener de cada una de ellas oscila entre 0 y 12.

6.3.3 Procedimiento

Para la realización del programa de intervención con las familias se mantuvieron previamente diversas reuniones con la directora técnica de la asociación ADA₊HI, con el fin de programar las sesiones de trabajo y la metodología, así como solicitar la conformidad de los progenitores participantes en el estudio. Este trabajo se llevó a cabo a lo largo del año 2014.

La intervención que se llevó a cabo es una adaptación del programa de entrenamiento para padres del Dr. Russel Barkley (2013), a partir del cual se introdujeron diversas variaciones que a continuación detallamos.

Programa de intervención con familias de niños con TDAH

El programa completo constó de 10 sesiones de trabajo en grupos de entre 10 y 12 familias. Cada sesión tuvo una duración de 90 minutos cada una.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- Mejorar las habilidades de los padres y madres para el manejo del comportamiento de sus hijos con TDAH.
- Afianzar habilidades de comunicación y de atención de los progenitores.
- Fomentar la alianza paterno-filial, desarrollando la empatía, la coherencia educativa, el afecto y la aceptación.
- Desarrollar habilidades de autoconocimiento emocional en los padres y madres.
- Potenciar la comunicación entre los progenitores sobre aspectos educativos y evolutivos de sus hijos.

Cada una de las sesiones estaba dividida en tres partes: una primera para comentar lo trabajado en las sesiones anteriores y el funcionamiento entre los padres; la segunda parte consistía en la exposición del nuevo material (objetivos y contenidos); y por último, se dedicaba un tiempo a la revisión del nuevo contenido, a resolver las dudas, y a exponer las tareas para practicar en casa.

De este modo podemos apreciar una de las variantes con respecto al programa de entrenamiento original. En cada una de las sesiones, además del trabajo que se mandaba para casa a los padres, se dio la instrucción de que, una vez practicadas las tareas, tenían que comentar entre ellos sus experiencias durante dicha práctica. Es decir, comentarían las dificultades encontradas y sus posibles soluciones, los logros alcanzados, las reacciones de sus hijos, y la utilidad de cada una de las estrategias y la conveniencia de realizar alguna variación. También se dio la instrucción de que esta puesta en común, sólo tenía como objetivo la exposición y la escucha por ambas partes, nunca se juzgarían ni las acciones de cada uno o sus opiniones o creencias. Todos estos temas se trataron en la primera parte de cada sesión de forma breve.

Las sesiones se llevaron a cabo semanalmente, comenzando el mes de Febrero. En la primera semana se realizó la sesión informativa (Sesión 0; Anexo I), donde se informó de todo lo relacionado con el programa. En esta sesión se puso énfasis en la

necesidad de llevar a cabo en casa todas las prácticas y tareas que se verían en cada sesión, además de continuar con ellas a lo largo del tiempo. Las sesiones fueron las siguientes:

- Sesión 1: ATENCIÓN POSITIVA (Anexo II).
- Sesión 2: PILLE A SU HIJO/A SIENDO BUENO (Anexo III).
- Sesión 3: AUTOCONOCIMIENTO EMOCIONAL (Anexo IV).
- Sesión 4: COMUNICACIÓN EMPÁTICA (Anexo V).
- Sesión 5: ENSEÑE A NO INTERRUMPIR (Anexo VI).
- Sesión 6: APRENDA A RECOMPENSAR POR MEDIO DE UNA ECONOMÍA DE FICHAS/PUNTOS (Anexo VII).
- Sesión 7: APRENDA A CASTIGAR (Anexo VIII).
- Sesión 8: ANTICIPÉSE A LOS PROBLEMAS FUERA DE CASA (Anexo IX).
- Sesión 9: COLABORACIÓN CON EL COLEGIO (Anexo X).
- Sesión 10: REVISIÓN (Anexo XI).

La última sesión fue dedicada a la revisión del trabajo realizado a lo largo del programa. En esta sesión se resolvieron las dudas pendientes y se reforzó en la idea principal de la continuación del trabajo realizado hasta la fecha y todo lo indicado en la sesión informativa. En esta misma sesión se les convocó a una última cita para final de mes de Septiembre.

En esta reunión se volverían a aplicar los cuestionarios evaluativos de la sesión informativa (sesión 0). Igualmente, se pasó un pequeño cuestionario (Anexo XII) en el que se pedía que contestaran acerca de la frecuencia con la que seguían utilizando cada una de las estrategias trabajadas a lo largo del programa de intervención. Esto se hizo con el fin de valorar la adherencia al contenido del trabajo, valorado a través de las siguientes opciones: “Nunca”, “A veces”, “Con frecuencia” y “Con mucha frecuencia”. En este punto, nos propusimos como punto de corte para considerar una aplicación adecuada de cada tarea, que padre y madre las aplicaran al menos “A veces”.

6.3.4 Análisis estadísticos

Todos los análisis se llevaron a cabo a través del programa estadístico SPSS (versión 22). En este estudio se examinó la distribución de la muestra a través del estadístico Shapiro-Wilk.

Con el fin de estudiar la efectividad del programa de intervención y la evolución de los estilos educativos y sus diferencias, se realizaron comparaciones de muestras relacionadas que se detallan, para mayor aclaración, en la Tabla 14.

Por un lado se compararon las puntuaciones en los síntomas del TDAH previas al programa, y las posteriores al mismo (comparación1), al igual que, comparaciones en las puntuaciones referentes a la adaptación del menor antes y después de la intervención (comparación 2). Todo ello intentando comprobar la eficacia del programa para el manejo y control del comportamiento hiperactivo y la evolución en el ajuste del menor.

Por otro lado, con el fin de conocer las posibles diferencias entre los estilos educativos de los padres, se compararon las puntuaciones del padre y las puntuaciones de la madre en cada subescala del cuestionario PEE (comparación 3 y 4). Esta comparación se realizó antes de comenzar y también, una vez terminado el programa de intervención para examinar la evolución de las diferencias entre los estilos educativos de cada padre.

Así mismo se compararon las puntuaciones de los estilos educativos de cada padre antes de comenzar el programa con sus mismas puntuaciones tras el mismo (comparación 5 y 6). Este análisis se realizó con el objetivo de comprobar los cambios en cada uno de los padres.

Por último, se compararon las puntuaciones previas al programa, referidas a la discrepancia educativa parental percibida por los menores, con las puntuaciones

posteriores (comparación 7). Y lo mismo se realizó con las puntuaciones relativas a la insatisfacción familiar o problemas percibidos por los niños en sus familias (comparación 8).

Tabla 14: Resumen de comparaciones en los análisis estadísticos en función de las hipótesis de investigación

Hipótesis 1	Comparación 1	DSM-I*-DSM-I** DSM-H*-DSM-H** DSM-C*-DSM-C**
	Comparación 2	P*-P** E*-E** S*-S**
Hipótesis 2	Comparación 3	SOBpadre*-SOBmadre* INHpadre*-INHmadre* PUNpadre*-PUNmadre* ASEpadre*-ASEmadre*
	Comparación 4	SOBpadre**-SOBmadre** INHpadre**-INHmadre** PUNpadre**-PUNmadre** ASEpadre**-ASEmadre**
	Comparación 5	SOBpadre*-SOBpadre** INHpadre*-INHpadre** PUNpadre*-PUNpadre** ASEpadre*-ASEpadre**
	Comparación 6	SOBmadre*-SOBmadre** INHmadre*-INHmadre** PUNmadre*-PUNmadre** ASEmadre*-ASEmadre**
Hipótesis 3	Comparación 7	DIS*-DIS**
	Comparación 8	F*-F**

*Puntuación previa al programa; ** Puntuación tras la aplicación del programa; DSM-I: puntuación Conners subtipo inatento; DSM-H: puntuación Conners subtipo hiperactivo/impulsivo; DSM-C: puntuación Conners subtipo combinado; SOBpadre: puntuación en sobreprotección del padre; SOBmadre: puntuación en sobreprotección de la madre; INHpadre: puntuación en inhibición del padre; INHmadre: puntuación en inhibición de la madre; PUNpadre: puntuación en punición del padre; PUNmadre: puntuación en punición de la madre; ASEpadre: puntuación en aserción del padre; ASEmadre: puntuación en aserción de la madre; DIS: puntuación en discrepancia educativa parental; F: puntuación en insatisfacción familiar o conflictos interparentales.

6.4 RESULTADOS

Los análisis estadísticos se realizaron a través de pruebas no paramétricas, puesto que se rechazaba el supuesto de normalidad ($p < .05$) con la prueba de Shapiro-Wilk en casi la totalidad de las variables objeto de estudio, aun haciendo las transformaciones correspondientes. Por ello, se efectuaron comparaciones de muestras relacionadas a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Por tanto, se hicieron las comparaciones entre las medianas de las variables estudiadas, tal y como se indicaba en la Tabla 14.

6.4.1 Diferencias en los síntomas propios del TDAH y en problemas de adaptación tras la aplicación del programa de intervención

Uno de los aspectos más estudiados cuando se han llevado a cabo programas de intervención con niños con TDAH es comprobar su eficacia. En nuestro caso, para valorar la eficacia del tratamiento en lo que se refiere estrictamente al comportamiento hiperactivo, se realizó la comparación de promedios, a través de la prueba de Wilcoxon, de las puntuaciones que hacen referencia a los síntomas de TDAH subtipo inatento (DSM-I), a los síntomas de TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo (DSM-H) y a los síntomas de TDAH subtipo combinado (DSM-C), antes y después del programa de entrenamiento.

Empezando por la puntuación en la variable DSM-I la prueba de Wilcoxon nos ofreció un estadístico que determinaba diferencias significativas entre las puntuaciones en el pretest y el posttest ($Z = -3.459$; $p = .001$). Las puntuaciones obtenidas en esta variable tras la aplicación del programa fueron inferiores a las que se obtuvieron antes del mismo, indicando un descenso en dicha variable. Se encontraron 23 rangos negativos, 6 rangos positivos y un único empate. La distribución de los estadísticos para DSM-I antes y después del programa se muestra en la Figura 8.

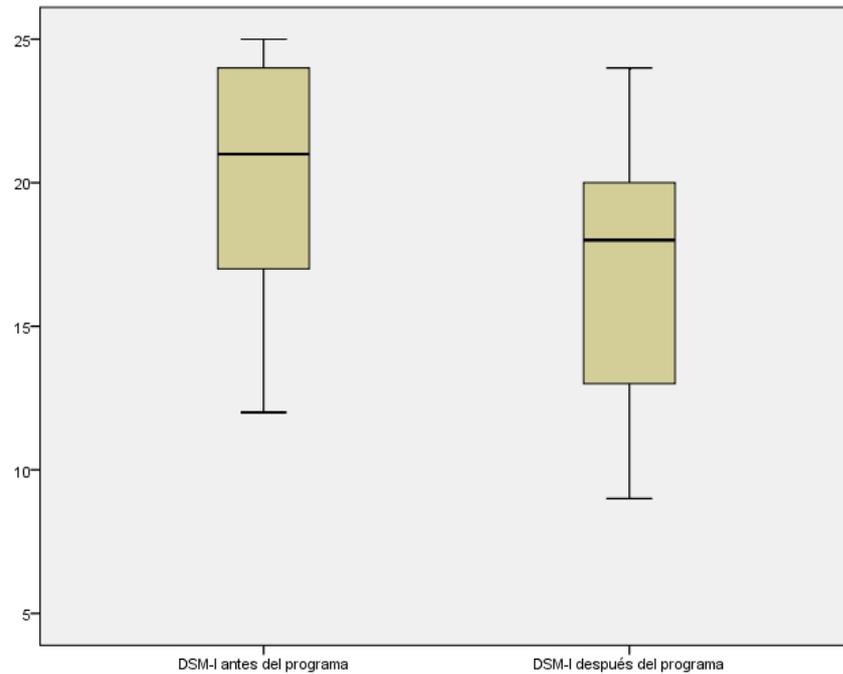


Figura 8: Diagramas de caja para los síntomas de TDAH subtipo inatento (DSM-I) antes y después del programa de intervención

También se encontraron diferencias significativas en la variable DSM-H, mostrando puntuaciones menores después de la aplicación del programa. Se obtuvieron 19 rangos de signo negativo, frente a los 4 rangos positivos, y 7 empates. En este caso el estadístico Z de Wilcoxon fue de -3.090 con una significatividad de $p = .002$. Las diferencias entre las puntuaciones antes y después del programa se observan en la Figura 9.

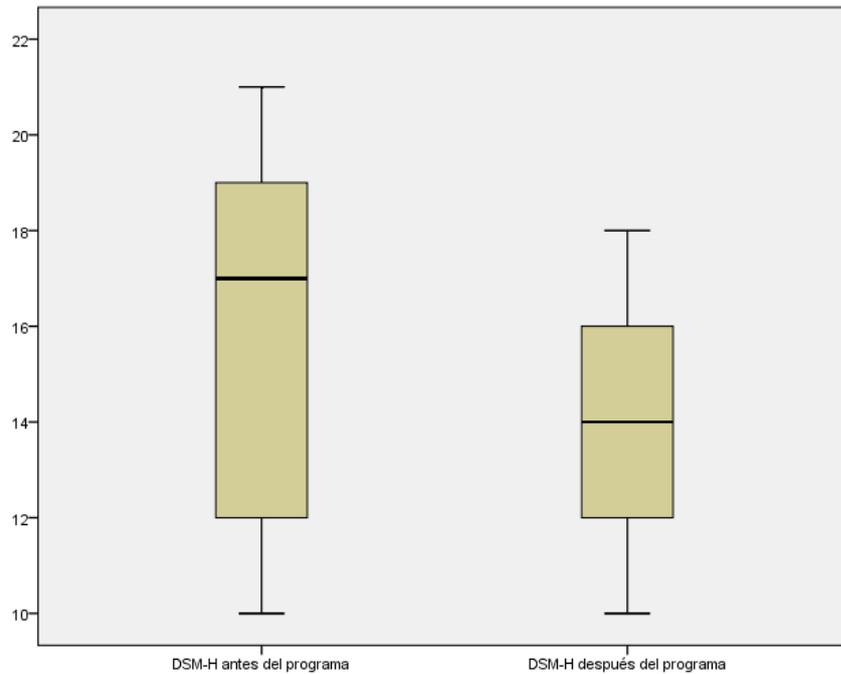


Figura 9: Diagramas de caja para los síntomas de TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo (DSM-H) antes y después del programa de intervención

Y ya en la última variable (DSM-C), otra vez se encontraron puntuaciones inferiores después del programa con respecto a las obtenidas antes del mismo, mostrando diferencias significativas ($Z = -3.471$; $p = .001$). Los rangos con signo negativo fueron 22, y se obtuvieron 8 rangos positivos y ningún empate. La distribución de las puntuaciones de esta variable antes y después del programa se pueden observar en la Figura 10.

En la Tabla 15 se detallan los estadísticos descriptivos más importantes de las variables anteriores para una mayor comprensión de los resultados (DSM-I, DSM-H y DSM-C).

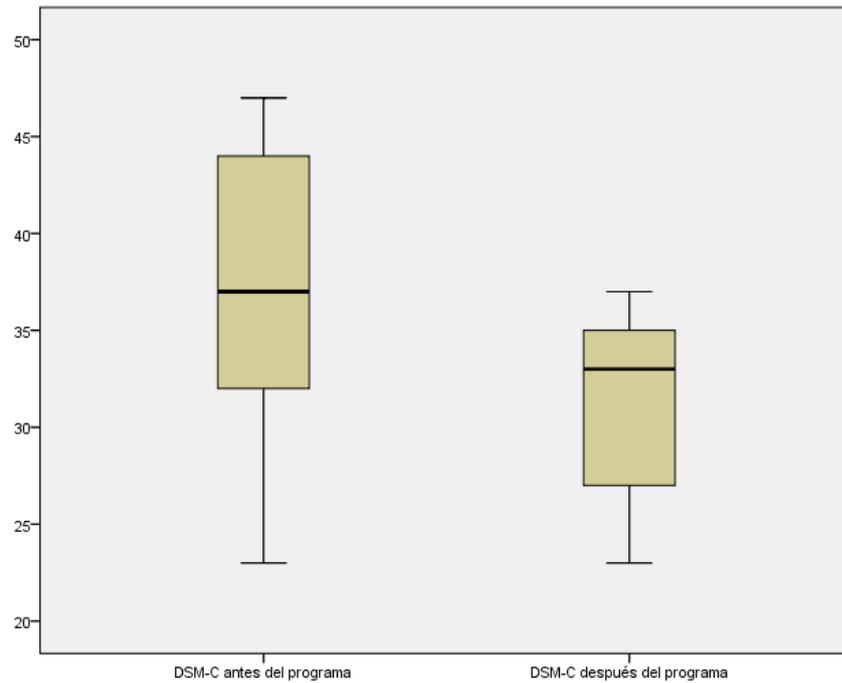


Figura 10: Diagramas de caja para los síntomas de TDAH subtipo combinado (DSM-C) antes y después del programa de intervención

Tabla 15: Estadísticos descriptivos para las variables DSM-I, DSM-H y DSM-C antes y después del programa

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	después	Antes	después	Antes	después
DSM-I	20.37 (3.91)	17.23 (3.702)	21	18	12	9	25	24
DSM-H	16 (3.824)	14.13 (2.446)	17	14	10	10	21	18
DSM-C	36.37 (6.63)	31.33 (4.729)	37	33	23	23	47	37

DSM-I: síntomas de TDAH subtipo inatento; DSM-H: síntomas de TDAH subtipo hiperactivo/impulsivo; DSM-C: síntomas de TDAH subtipo combinado

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las puntuaciones de inadaptación Personal (P), inadaptación Escolar (E) e Inadaptación Social (S). En estas variables sólo se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones que hacen

referencia a S ($Z = -3.454$; $p = .001$). Tras la aplicación del programa las puntuaciones en esta variable descendieron con respecto a las puntuaciones previas. Se observaron 24 rangos negativos, 4 rangos positivos y 2 empates. Sus estadísticos descriptivos antes de la aplicación del programa y los de después difieren claramente (véase la Figura 11).

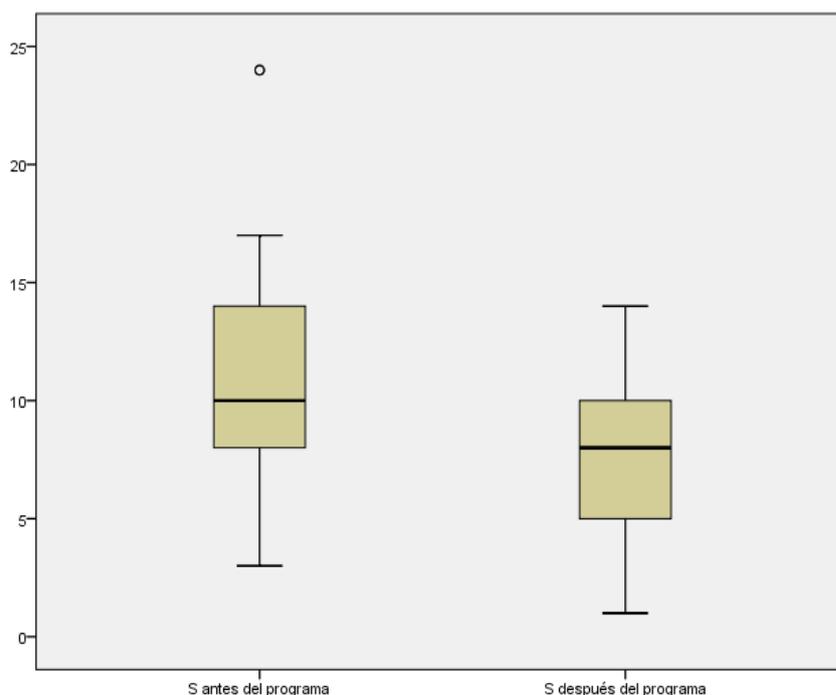


Figura 11: Diagramas de caja para Inadaptación Social (S) antes y después del programa de intervención

En el caso de la variable P, aunque las puntuaciones tras el programa fueron menores que las previas, se obtuvo una significación estadística marginal al diez por ciento ($Z = -1.746$; $p = .081$). Se hallaron 18 rangos negativos, 8 rangos positivos y 4 empates. Para la variable E no existieron diferencias significativas ($Z = -1.530$; $p = .126$).

Se exponen a continuación los diagramas de caja de las variables P (Figura 12) y E (Figura 13) para observar las diferencias antes y después del programa de forma gráfica. También se presenta un resumen de los estadísticos descriptivos de P, E y S en la Tabla 16.

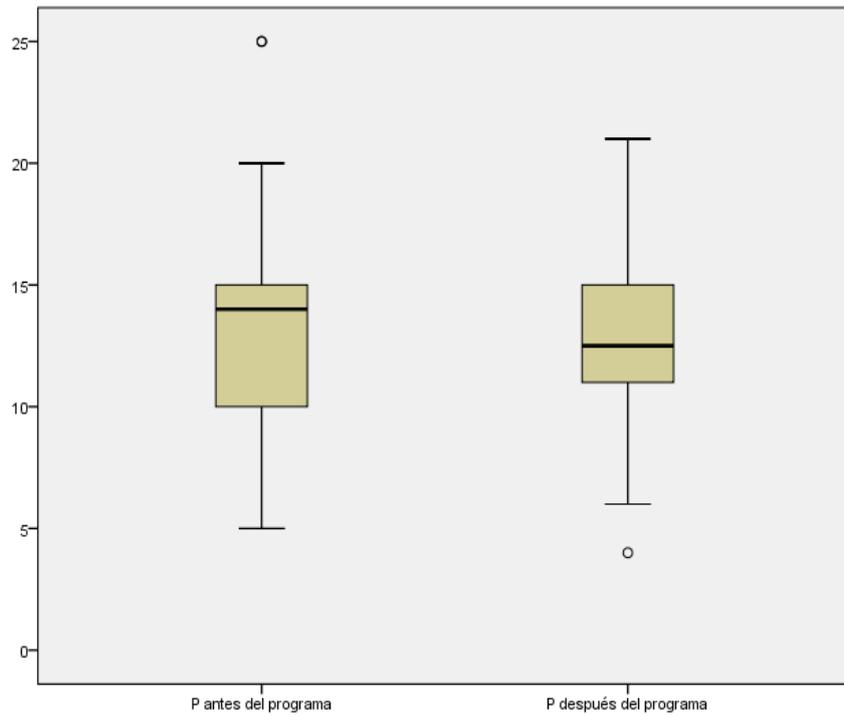


Figura 12: Diagramas de caja para Inadaptación Personal (P) antes y después del programa de intervención

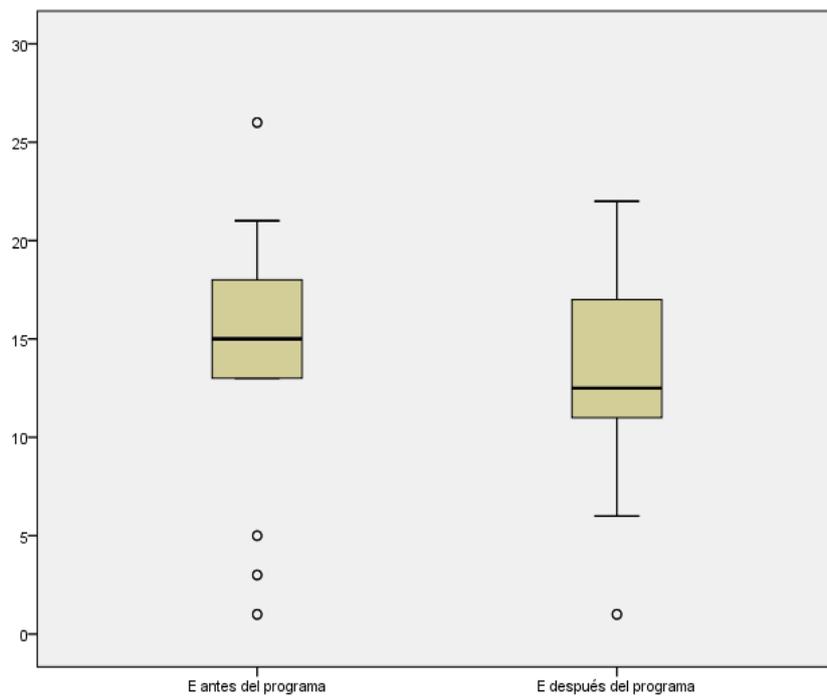


Figura 13: Diagramas de caja para Inadaptación Escolar (E) antes y después del programa de intervención

Tabla 16: Estadísticos descriptivos para las variables P, E y S antes y después del programa

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	después	Antes	después	Antes	después
P	13.73 (5.166)	12.77 (4.224)	14	12.50	5	4	25	21
E	13.80 (6.435)	13.20 (5.235)	15	12.50	1	1	26	22
S	11.07 (5.112)	7.87 (3.235)	10	8	3	1	24	14

P: Inadaptación Personal; E: Inadaptación Escolar; S: Inadaptación Social

6.4.2 Diferencias en los estilos educativos de padre y madre. Evolución de los estilos educativos parentales en los aspectos Sobreprotección, Inhibición, Punición y Aserción tras la aplicación del programa de intervención

Se compararon las puntuaciones en las distintas subescalas de los estilos educativos de los padres y de las madres. Esto se hizo tanto antes como después del programa de intervención con el fin de examinar posibles cambios en las diferencias existentes entre padre y madre en lo que respecta a los estilos educativos objeto de estudio: sobreprotección (SOB), inhibición (INH), punición (PUN) y aserción (ASE).

Antes de comenzar el programa de intervención, se obtuvieron los siguientes estadísticos de Wilcoxon en las distintas subescalas: para SOB $Z = -1.570$ ($p = .116$); para INH $Z = -3.807$ ($p = .000$); para PUN $Z = -2.549$ ($p = .011$); y para ASE $Z = -2.562$ ($p = .010$). Por tanto, se encontraron diferencias significativas entre padre y madre en 3 de las 4 subescalas de estilos educativos (INH, PUN y ASE). Para profundizar más en el conocimiento de las diferencias entre padre y madre, se presentan los principales estadísticos descriptivos en la Tabla 17.

No se consideran objeto de análisis la dirección de los rangos de las diferentes variables, ya que para este estudio lo verdaderamente interesante no es quién de los dos padres puntúa más o menos en cada escala, sino si esas puntuaciones difieren o no entre sí.

Tabla 17: Estadísticos descriptivos para las variables SOB, INH, PUN y ASE antes de comenzar el programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
SOB	5.13 (1.697)	4.27 (2.559)	5	4	1	0	8	8
INH	4.47 (1.613)	2.67 (1.470)	5	2	2	1	8	6
PUN	5.80 (1.789)	4.60 (1.850)	6	5	3	2	8	8
ASE	10.20 (.847)	10.67(.959)	10	10	9	9	11	12

SOB: Sobreprotección; INH: Inhibición; PUN: Punición; ASE: Aserción

Una vez conocidas las diferencias existentes entre los padres antes de comenzar el programa, para saber cuál es la evolución de estas diferencias es necesario volver a comparar las mismas subescalas después de la aplicación del programa. Así, los estadísticos de Wilcoxon fueron los siguientes: para SOB $Z = -1.126$ ($p = .260$), para INH $Z = -1.900$ ($p = .056$), para PUN $Z = -3.150$ ($p = .002$), y para ASE $Z = -.852$ ($p = .394$). Se presenta un resumen de los estadísticos descriptivos de las subescalas para cada padre en la Tabla 18.

Tabla 18: Estadísticos descriptivos para las variables SOB, INH, PUN y ASE después de comenzar el programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
SOB	4.13 (1.889)	3.67 (2.090)	4	3	1	1	9	8
INH	3.33 (1.028)	2.87 (.819)	3	3	2	2	5	5
PUN	5.80 (1.186)	5.07 (1.081)	6	5	2	3	7	7
ASE	10.80 (.664)	10.93(.785)	11	11	10	9	12	12

SOB: Sobreprotección; INH: Inhibición; PUN: Punición; ASE: Aserción

Los resultados encontrados en la prueba de Wilcoxon nos muestran diferencias significativas sólo en 1 de las 4 escalas estudiadas (PUN), y diferencias marginalmente significativas en otra (INH). Para las variables SOB y ASE no detectamos diferencias con significación estadística.

En la variable SOB, tanto antes de empezar el programa como al terminar, las puntuaciones de padre y madre no diferían significativamente, como se aprecia en la Figura 14.

Para la variable INH, como se ve en la Figura 15, sí que observamos diferencias significativas antes de comenzar el tratamiento, y después del mismo estas diferencias decrecieron hasta una significatividad marginal.

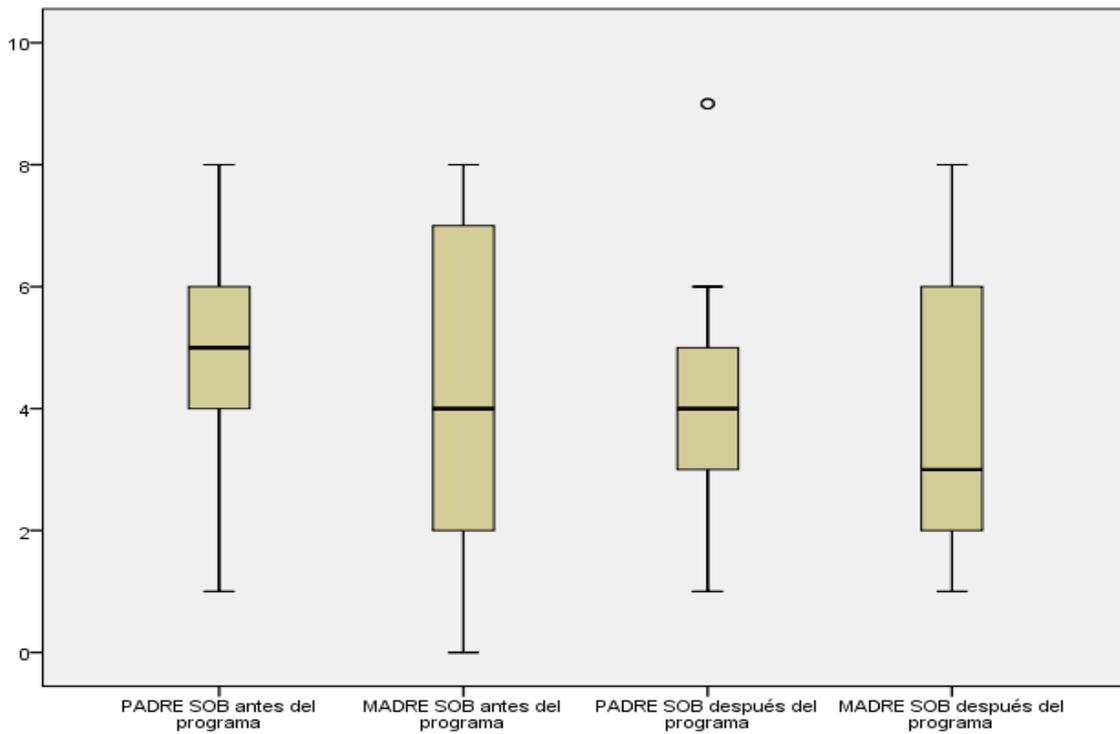


Figura 14: Diagramas de caja para la variable Sobrepotección (SOB) en padre y madre, antes y después del programa

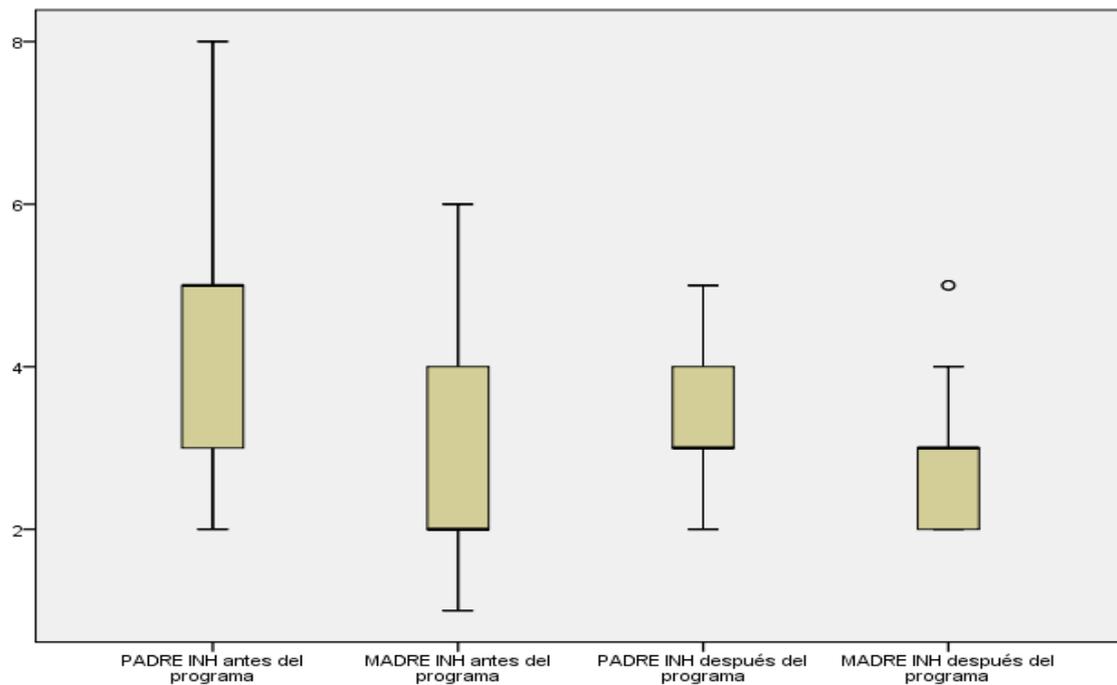


Figura 15: Diagramas de caja para la variable Inhibición (INH) de padre y madre antes y después del programa

En el caso de la variable PUN (véase la Figura 16), contrastando con los sucedido con SOB, tanto antes de comenzar como al finalizar el programa de intervención con los padres, encontramos diferencias significativas entre padres y madres.

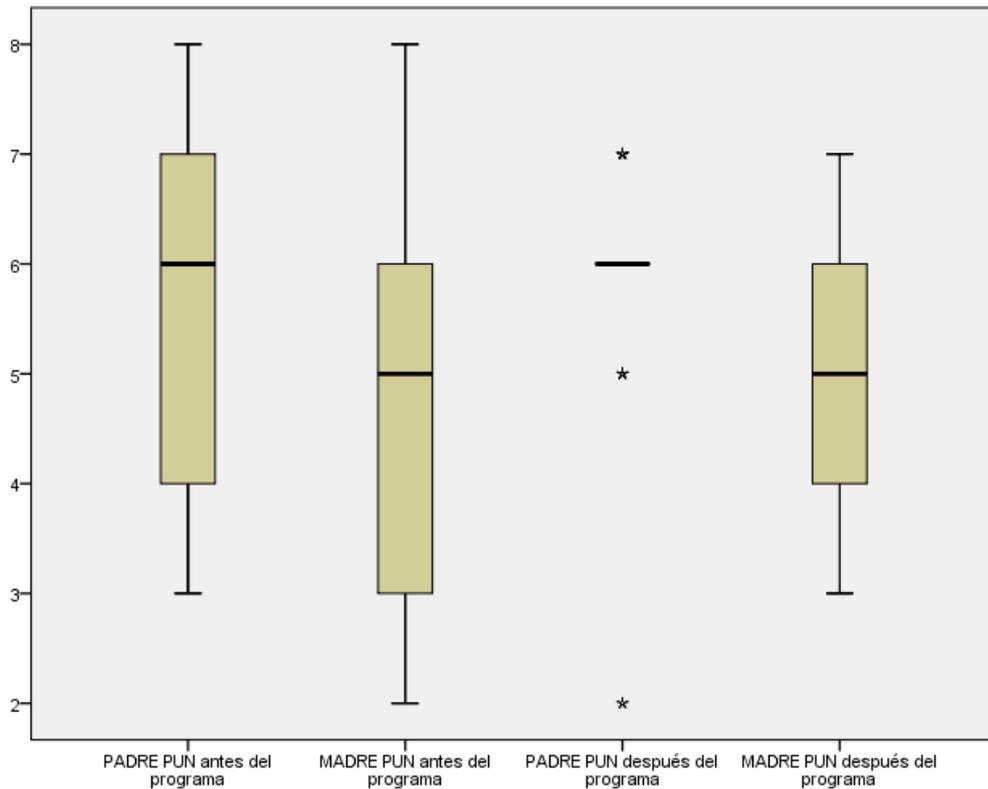


Figura 16: Diagramas de caja para la variable Punción (PUN) de padre y madre antes y después del programa

Por último, en la variable ASE (véase la Figura 17), las diferencias que se observaron antes de comenzar el trabajo con los padres y madres no se encontraron después del mismo. Es decir, después del programa de intervención desaparecieron las diferencias entre padres y madres.

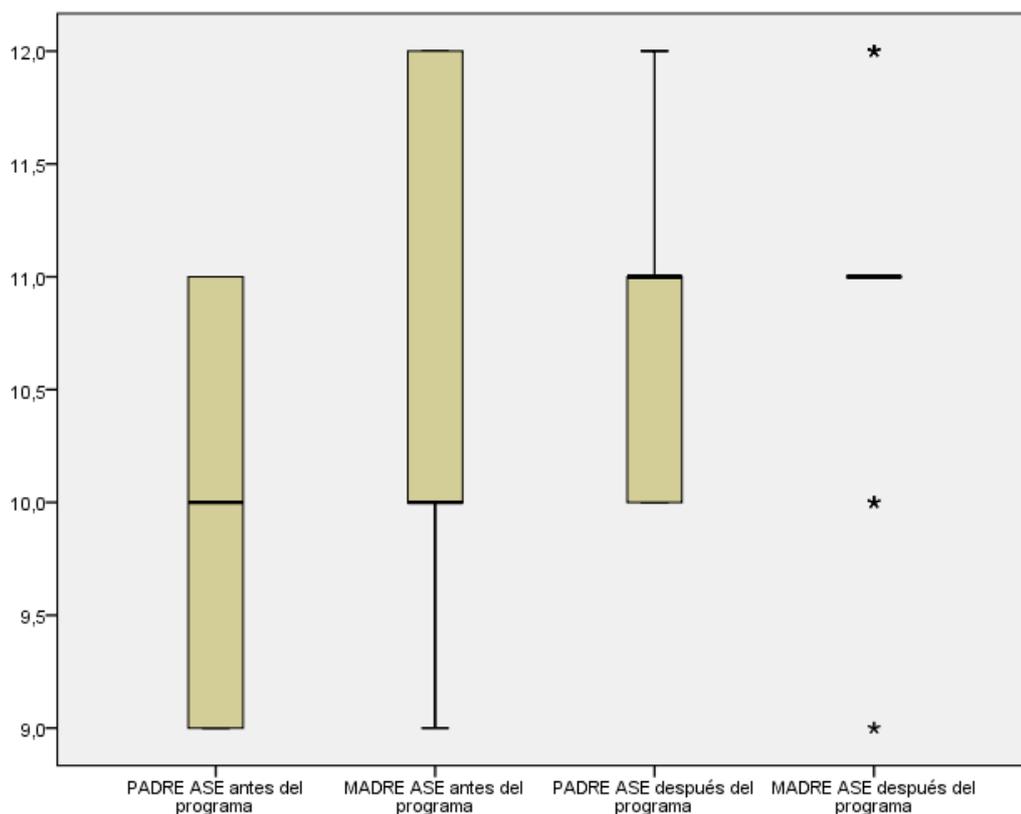


Figura 17: Diagramas de caja para la variable Aserción (ASE) de padre y madre antes y después del programa

Una vez analizada la evolución que se produjo en las subescalas de los estilos educativos de padre y madre desde el comienzo del programa de intervención hasta el final del mismo, nos disponemos a conocer los posibles cambios que se produjeron en cada uno de los padres. Es decir, se trata de valorar la progresión, no de las diferencias o similitudes entre padres, sino de cada padre en su estilo educativo. En este caso, sí se señalan los rangos en la comparación de cada subescala, puesto que nos informan del signo de la evolución en dichas escalas.

Comenzando por la subescala SOB (véase la Figura 14), tanto para padre ($Z = -3.110$; $p = .002$) como para madre ($Z = -2.189$; $p = .029$), aparecieron diferencias significativas.

Tanto en el caso de la madre como en el del padre hubo un descenso significativo en sobreprotección tras la aplicación del programa. En el caso del padre encontramos 22 rangos negativos, 4 positivos y 4 empates, y en el de la madre se hallaron 18 rangos negativos, 8 positivos y 4 empates. En la Tabla 19 se exponen los estadísticos descriptivos correspondientes a este estilo educativo para el padre y la madre antes y después del programa de intervención.

Tabla 19: Descriptivos de la variable SOB para padre y madre, antes y después del programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
SOB padre	5.13 (1.697)	4.13 (1.889)	5	4	1	1	8	9
SOB madre	4.27 (2.559)	3.67 (2.090)	4	3	0	1	8	8

SOB: Sobreprotección

Con respecto a la escala INH (véase la Figura 15), sólo se encontraron diferencias significativas para los padres ($Z = -3.118$; $p = .002$) (Figura 15). No ocurrió lo mismo con las madres ($Z = -1.199$; $p = .231$). En este caso, sólo los padres obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores en inhibición tras la aplicación del programa. Para los padres se hallaron 22 rangos negativos frente a los 6 de las madres. En cuanto a los rangos positivos, se obtuvieron 6 para los padres y 18 para las madres y, por último, 4 empates en los padres y 6 en las madres. Los estadísticos descriptivos para INH de padres y madres antes y después del programa se encuentran en la Tabla 20.

Tabla 20: Descriptivos de la variable INH para padre y madre, antes y después del programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
INH padre	4.47 (1.613)	3.33 (1.028)	5	3	2	2	8	5
INH madre	2.67 (1.470)	2.87 (.819)	2	3	1	2	6	5

INH: Inhibición

En la variable PUN (véase la Figura 16), sólo se observaron diferencias significativas en el grupo de las madres ($Z = -2.048$; $p = .041$), y no en el de los padres ($Z = -.294$; $P = .769$). Las madres aumentaron considerablemente sus puntuaciones en punición después del programa. Se hallaron 16 rangos positivos, 8 rangos negativos y 6 empates. Los padres puntuaron de forma muy similar antes y después de la intervención. Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 21.

Tabla 21: Descriptivos de la variable PUN para padre y madre, antes y después del programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
PUN padre	5.80 (1.789)	5.80 (1.186)	6	6	3	2	8	8
PUN madre	4.60 (1.850)	5.07 (1.081)	5	5	2	3	7	7

PUN: Punición

Por último, en la variable ASE (véase la Figura 17) sólo se dieron diferencias significativas en el grupo de los padres ($Z = -2.745$; $p = .006$), a diferencia de lo que ocurrió con las madres ($Z = -1.641$; $p = .101$). En el aspecto democrático, los padres

obtuvieron puntuaciones más elevadas una vez que se había aplicado el programa de intervención. Se encontraron 16 rangos positivos, 6 rangos negativos y 8 empates. Se presentan los estadísticos descriptivos de esta variable en la Tabla 22.

Tabla 22: Descriptivos de la variable ASE para padre y madre, antes y después del programa de intervención

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
ASE padre	10.20 (.847)	10.80 (.664)	10	11	9	10	11	12
ASE madre	10.67 (.959)	10.93 (.785)	10	11	9	9	12	12

ASE: Aserción

6.4.3 Diferencias en la percepción de discrepancia educativa parental y de insatisfacción familiar después de la aplicación del programa de intervención

En este apartado exponemos los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones en discrepancia educativa parental (DIS) antes del programa y después del mismo. Además, se expone la comparación entre la insatisfacción Familiar (F) previo al programa y tras éste.

En la variable DIS no hallamos diferencias significativas entre las dos evaluaciones, aunque tales diferencias sí fueron marginalmente significativas al diez por ciento ($Z = -1.710$; $p = .087$). Hubo un descenso en las puntuaciones referidas a la percepción de discrepancia educativa parental por parte de los menores después del programa. Hallamos 15 empates, 11 rangos negativos y 4 rangos positivos. Estas diferencias se pueden observar en la Figura 18.

También se exponen los estadísticos descriptivos de DIS antes y después de la aplicación del programa en la Tabla 23.

Tabla 23: Estadísticos descriptivos de la variable DIS antes y después del programa

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
DIS	4 (3.930)	3.03 (2.042)	3	3	0	0	13	6

DIS: Discrepancia educativa parental

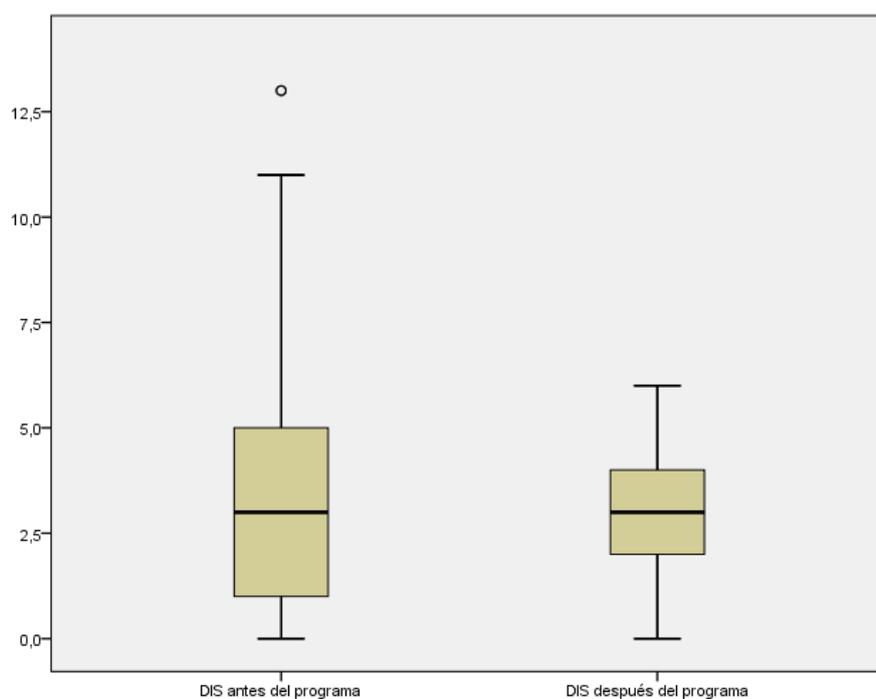


Figura 18: Diagramas de caja de la discrepancia educativa parental (DIS) antes y después del programa

En la variable F, se encontraron diferencias significativas entre las obtenidas previamente al empezar el programa y después de su aplicación ($Z = -3.535$; $p = .000$). También en este caso hubo un descenso de puntuaciones en insatisfacción familiar tras el programa. Se obtuvieron 18 rangos negativos, 2 rangos positivos y 10 empates.

Se aprecian diferencias en sus estadísticos descriptivos (Tabla 24). Se presentan estas diferencias en un gráfico (Figura 19).

Tabla 24: Estadísticos descriptivos de la variable F antes y después del programa

	Media (DT)		Mediana		Mínimo		Máximo	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
F	1.33 (1.470)	.40 (.621)	1	0	0	0	5	2

F: Insatisfacción Familiar

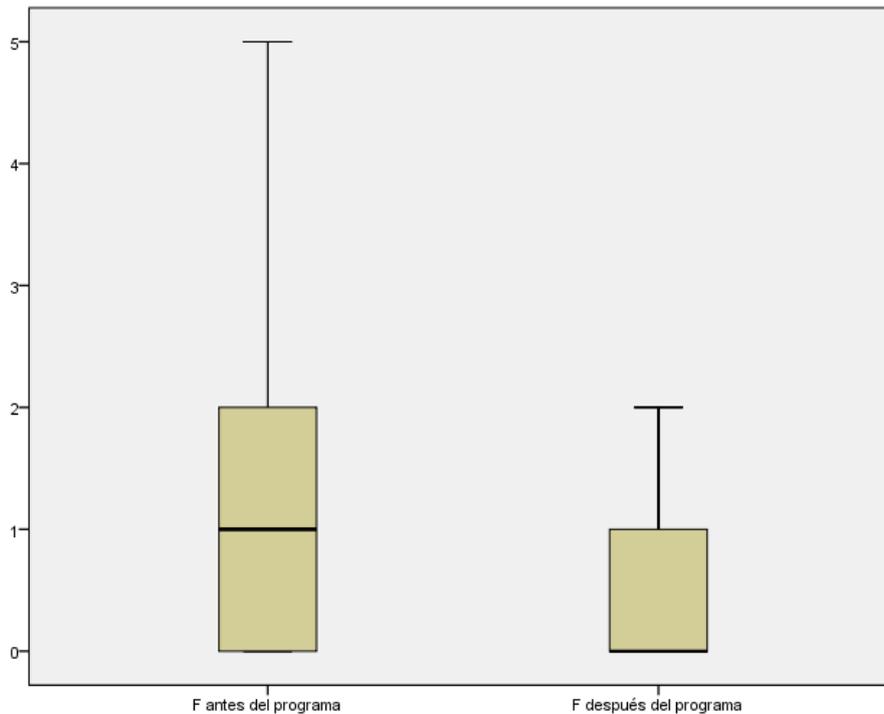


Figura 19: Diagramas de caja de la variable Insatisfacción Familiar (F) antes y después del programa

6.5 DISCUSIÓN

6.5.1 Diferencias en el comportamiento propio de los niños y niñas con TDAH y en problemas de adaptación tras la aplicación del programa de intervención

En este último estudio, uno de los objetivos marcados era comprobar la eficacia que tendría un programa de entrenamiento a padres, con una metodología concreta, en la reducción del comportamiento hiperactivo. Muchas han sido las investigaciones que constatan la eficacia de la intervención familiar en este aspecto (Barkley, 2002; Pelham & Fabiano, 2008; Matos et al., 2009).

Para nuestro estudio, se utilizó una variación de un programa muy utilizado para conseguir el objetivo descrito anteriormente, y que ha demostrado su efectividad (Barkley et al, 2001; Presentación et al., 2009). De ahí que quisiéramos corroborar que la variación llevada a cabo también tendría un efecto positivo sobre la conducta propia del TDAH.

Por un lado, se observaron las diferencias entre las puntuaciones que se obtuvieron con la escala Conners en las variables características del TDAH, antes de la aplicación del programa y después del mismo. A este respecto, todas las puntuaciones fueron inferiores después de la aplicación el programa. Tanto en las características de inatención como en las de hiperactividad/impulsividad, los padres percibieron cierta mejoría en el comportamiento de sus hijos.

Por otro lado, también se examinó la efectividad de dicho programa a través de la percepción de los menores. Para ello, se compararon las puntuaciones referidas a la inadaptación personal, escolar y social que los niños y niñas valoraron antes del programa, con las puntuaciones que ellos mismos obtuvieron tras la aplicación del mismo.

En este caso, sólo en inadaptación social hubo mejoras significativas. Aunque las puntuaciones en inadaptación personal y escolar disminuyeron, no se encontraron importantes diferencias. En otros estudios (Pelham et al., 2005) se hallaron progresos en el rendimiento académico de los niños y niñas con TDAH, sin embargo nuestros resultados no parecen demostrar tal mejora en la percepción que tienen los menores sobre su rendimiento. Aunque bien es cierto que la escala de inadaptación escolar del test TAMAI que hemos usado en este trabajo no sólo valora el rendimiento sino otros aspectos como la desmotivación, el rechazo a la escuela, etc. En lo que se refiere al aspecto personal, en algunos estudios los profesores observaron mejoras en variables como ansiedad y timidez tras la aplicación de un programa de intervención con padres (Presentación, Siegenthaler, Jara & Miranda, 2010). Este aspecto no ha sido observado en nuestros resultados, en los que esta adaptación y timidez era medida por los propios niños y niñas.

6.5.2 Diferencias en los estilos educativos de padre y madre. Evolución de los estilos educativos parentales

Otro de nuestros objetivos tenía que ver con el conocimiento de la evolución de los estilos educativos tras la aplicación del programa de intervención. Para ello, se hicieron diversas comparaciones entre las distintas variables que miden los estilos educativos de cada padre. De las cuatro variables que se midieron, padre y madre difirieron significativamente en tres de ellas, que fueron Inhibición, Punición y Aserción. Sólo en una obtuvieron puntuaciones similares (Sobreprotección). Los padres puntuaron por encima de las madres en las escalas de Punición e Inhibición, y las madres puntuaron más en Aserción.

Tras la aplicación del programa, estas diferencias entre padre y madre se acortaron. Sólo existieron diferencias significativas en una escala, la referida a la Punición, mientras que el resto fueron puntuaciones similares entre los padres. En el aspecto punitivo de la educación parental, sólo la madre consiguió un cambio

significativo obteniendo mayor puntuación. Por el contrario, el padre repitió la misma puntuación, mostrándose igual de punitivo que antes de empezar.

Si hablamos de Sobreprotección, de nuevo encontramos que no se dieron diferencias significativas, pero hemos de señalar que las puntuaciones, tanto del padre como de la madre, descendieron. Por lo tanto, los padres se mostraron menos sobreprotectores que antes de empezar el programa, y esta disminución se produjo de manera significativa en padre y madre.

Al referirnos a Inhibición, estas diferencias significativas desaparecieron, aunque lo cierto es que fueron marginalmente significativas. Este descenso de la diferencia entre ambos padres se debió a que, por un lado, el padre obtuvo menos puntuación, mostrándose menos inhibidor y, por otro lado, la madre aumentó en dicha puntuación. Por todo ello, tras la aplicación del programa se consiguió que los dos progenitores se asemejaran en este aspecto. Analizando los progresos de ambos, fue el padre el que más cambió ganando en más implicación en la educación, mientras que la madre no obtuvo cambios sustanciales.

Por último, las diferencias que existían en la vertiente asertiva de la educación desaparecieron. En este caso, ambos padres aumentaron su puntuación, pero en el que más cambios se produjeron fue en el padre. Después de la aplicación del programa los dos padres mostraban similitudes en el aspecto más democrático de la educación. También fue en el estilo educativo autoritativo o democrático donde el padre aumentó de forma sustancial. Las madres obtuvieron mayores puntuaciones pero sin ser cambios significativos.

Conviene advertir que todos estos cambios hacia una mayor similitud de estilos educativos y, por tanto, una mayor coherencia educativa entre ambos padres son de suma importancia para el sistema familiar. Esto es así por la relación tan fuerte entre dichas diferencias y los conflictos interparentales (Block et al., 1981; Katz & Woodin, 2002, Sturge-Apple et al., 2006) y el efecto tan negativo que estos conflictos tienen

sobre los menores y sobre el ambiente familiar (Beuheler et al., 2006; Musitu et al., 2006; Sturgess et al., 2001).

En nuestro estudio, no nos hemos centrado en la importancia que puede tener cada uno de los estilos educativos, como hicieron Simons y Conger (2007) en su valoración de las distintas combinaciones de estilos educativos en cada pareja de padres, sino que hemos enfocado nuestro punto de vista sobre las diferencias entre padre y madre, sin importar cuál de los estilos es más o menos adecuado.

Estas diferencias podrían deberse a los distintos roles de padre y madre, como apunta Harvey (2000) en la discusión de sus datos. No debemos olvidar que, en nuestro trabajo, para valorar la discrepancia educativa parental se midieron sus diferencias en creencias y actitudes relacionadas con los estilos educativos, en contraste con otros estudios que valoraban esta discrepancia a través de la observación de la interacción entre los padres (La lima, 2013). Otros autores como Chang (2014) han estudiado las diferencias en cuanto a la implicación de cada padre, pero muy pocos han evaluado dichas diferencias a partir de los estilos educativos de cada uno de los padres.

Otro aspecto a tener en cuenta tiene que ver con el modelo de programa a aplicar. Sería conveniente valorar el efecto que tienen las variaciones realizadas en el programa original de Barkley para comprobar si es debido a esos cambios la evolución que se ha encontrado en los estilos educativos de los padres.

6.5.3 Diferencias en la percepción de discrepancia educativa parental y de conflictos interparentales después de la aplicación del programa de intervención

En esta parte final de este tercer estudio quisimos valorar si habría un descenso en la percepción de los menores en la puntuación referida a discrepancia educativa parental y a los conflictos interparentales. En la variable que más cambios se produjo fue en lo referido a esta última.

En verdad, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los niños y niñas percibieron menos discrepancias educativas parentales tras haberse aplicado el programa de entrenamiento. Posiblemente esto fuera debido a la utilización de pruebas no paramétricas para hacer el análisis, ya que poseen menor potencia estadística. Existió un descenso en esta percepción al igual que también lo hubo, de forma más importante, en la percepción de insatisfacción familiar. De nuevo, aparece esta relación entre las diferencias educativas y los conflictos interparentales (Block, et al., 1981; Katz & Woodin, 2002, Sturge-Apple et al., 2006).

Parece también existir una relación entre la percepción de los menores sobre las distintas formas de educar de sus progenitores y los cambios producidos realmente en estos últimos. Y también podría pasar que, al seguir existiendo algunas diferencias entre los estilos de los padres y madres, no se hayan dado los cambios en la percepción de discrepancia educativa que esperábamos.

Para concluir con este tercer estudio, queremos remarcar algunas limitaciones del mismo. Por un lado, sería conveniente llevar a cabo estos mismos análisis con un mayor tamaño muestral. También serviría de ayuda para afianzar los resultados encontrados, poder comparar los mismos análisis con un grupo control, para así poder valorar de forma más certera nuestros datos y controlar variables extrañas que pudieran estar interfiriendo en la evolución encontrada.

Por otro lado, no se han comparado las variaciones realizadas en el programa de entrenamiento, por lo que es muy difícil valorar su efecto. Verdaderamente, no disponemos de suficiente información en la literatura científica sobre esta cuestión. No se ha valorado anteriormente la evolución de los estilos educativos y sus diferencias con los distintos programas de intervención familiar que existen, por lo que no se conoce su influencia sobre dicha evolución.

Por último, también es de suma importancia la adherencia y la implicación de los padres en este tipo de trabajos. Para éste sólo se ha exigido el cumplimiento de un 50% de la aplicación de las estrategias contempladas en la intervención. Además, no se ha realizado un seguimiento de las familias que formaron parte de este programa. Por tanto, no podemos conocer el alcance de dicha intervención.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

CONCLUSIONES GENERALES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Como se ha comentado en la introducción de este trabajo, nuestro objetivo principal es profundizar en un campo de investigación que ha sido poco estudiado hasta la fecha. Nos referimos a la influencia que puede tener una discrepancia educativa elevada entre padre y madre sobre el ambiente familiar, y más concretamente sobre el desarrollo de los menores. Además, es de sumo interés para nuestro trabajo la relación que dicha discrepancia pudiera tener con el mantenimiento y/o desarrollo de diversos trastornos mentales como el TDAH. Esto último supone abordar el trastorno desde un espectro amplio de investigación, destacando su vinculación con el ámbito educativo y contemplando la diversidad y bidireccionalidad de las relaciones.

Con este trabajo, partiendo de un enfoque multidisciplinar, no sólo pretendíamos examinar los factores que pueden estar asociados a la discrepancia educativa parental, sino que nuestra pretensión era la de poder abordar, a través de una intervención psicoeducativa, las dificultades y problemas que muchas familias encuentran en su día a día cuando han de enfrentarse a una labor tan importante como es la de EDUCAR. Asimismo, nuestras miras estaban puestas en facilitar el desarrollo óptimo de los menores, en su vertiente personal, social y académica o educativa. Por todo ello, se diseñó esta Tesis Doctoral.

Presentamos a continuación las conclusiones generales que se derivan de los estudios que se han expuesto en la sección dedicada a nuestro trabajo empírico. Estas conclusiones son:

- Hay una asociación muy fuerte entre la existencia de discrepancia educativa parental y los conflictos interparentales. Al valorar la visión que tienen los menores sobre su ambiente familiar, podemos concluir que cuanto

mayor es el nivel de desacuerdo en las prácticas educativas de cada uno de los padres mayor número de problemas y más grado de insatisfacción aparece en la pareja.

- En relación a lo anterior, también existe una fuerte relación entre dicha discrepancia educativa y los problemas de adaptación de los menores. Los niños y niñas que perciben diferencias importantes en la forma de educar de cada uno de sus padres también se manifiestan con mayores problemas de adaptación al ámbito escolar y dificultades en sus relaciones sociales.

- La discrepancia educativa parental aparece como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de adaptación. Esta discrepancia se manifiesta de forma más contundente en una población más vulnerable en cuanto a dicha adaptación, como son los niños y niñas con TDAH. Especialmente, tiene un mayor impacto en estos menores sobre su percepción acerca de aspectos como su rendimiento académico, la imagen que tienen de la escuela, la visión sobre sus profesores, sus hábitos de trabajo y estudio, etc.

- La discrepancia educativa en los progenitores de niños y niñas con este diagnóstico también se observa al valorar sus creencias e ideas sobre la educación de sus hijos. Existen diferencias significativas en la forma que tienen de ver la educación padre y madre por separado. Difieren en aspectos que tienen que ver con el castigo, la implicación en la educación de sus hijos, así como en la visión de la responsabilidad y la aplicación de consecuencias sobre el comportamiento de los menores.

- Los programas de intervención psicoeducativa con padres y madres de niños y niñas con TDAH ayudan a mejorar habilidades para el manejo del comportamiento de estos menores, además de disminuir las diferencias entre los progenitores en su visión sobre aspectos educativos. Tras la aplicación de un programa de entrenamiento a padres y madres, con una metodología

concreta, se producen cambios en la visión educativa de sus hijos, consolidando una educación más coordinada y coherente entre padre y madre.

- La implicación de ambos progenitores en la aplicación de prácticas educativas más adecuadas y de forma sistemática y coherente facilita en cierta medida que los menores perciban menos diferencias entre sus padres. Es decir, los niños y niñas con TDAH se ven beneficiados de un ambiente educativo en el que padre y madre persigan fines comunes y, además, lleven a cabo estrategias similares con el objetivo de conseguir dichos fines.

Desde nuestra perspectiva de trabajo y desde el grupo de investigación EVASALUD de la Universidad de Murcia en el que se encuadra esta Tesis Doctoral, nos proponemos los siguientes planteamientos de cara a estudios futuros:

- Sería interesante llevar a cabo un trabajo longitudinal en el que se valoraran los progresos realizados en la intervención con los padres tras un período de tiempo más duradero.

- Se convertirá en un punto principal de investigación el efecto de las diversas variaciones posibles del programa original de Barkley sobre la evolución del ambiente familiar y educativo y el funcionamiento psicosocial de los menores.

- Un aspecto en el que nos parece importante indagar tiene que ver con la búsqueda de la relación entre las creencias culturales y los valores de los padres en cuanto a la educación de sus hijos y las estrategias educativas que llevan a la práctica. En este sentido, sería de sumo interés el planteamiento de un diseño de investigación donde, tomando la observación de la interacción padres-hijos como eje central de nuestro análisis, se valore la discrepancia educativa parental referida tanto a sus prácticas educativas como a sus valores y prioridades educativas, de salud y socioculturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R.R., & Brunner, J.F. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 31-40.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Acosta, M.T. (2000). Aspectos neurobiológicos del déficit de atención/hiperactividad: estado actual del conocimiento. *Revista Neuropsicología y Neurociencias, 1*, 3-19.
- Aguilar, M., Herrera, E., & Gómez, J. (2013). *Subtipos electrofisiológicos de personas diagnosticadas de TDAH. Características e implicaciones psicofisiológicas y educativas*. Madrid: Editorial Académica Española. LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.
- Alizadeh, H., & Andries, C. (2002). Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child and Family Behavior Therapy, 24*, 37-52.
- Alizadeh, H., Applequist, K.F., & Coolidge, F.L. (2007). Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse and Neglect, 31*(5), 567-572.
- Almeida, L.G., Ricardo-Garcell, J., Prado, H., & Martinez, R.B. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Primera parte. *Salud Mental, 32*(6), 503-512.
- Ambrosini, P.J., Bennett, D.S., & Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *Journal of Affective Disorders, 145*, 70-76.
- American Psychiatric Association (1957). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, First Edition (DSM-I). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition (DSM-II). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition (DSM-III). Washington DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).

-
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: Author (trad. cast. Madrid: Médica Panamericana, 2014).
- Anastopoulos, A.D., & Farley, S.E. (2003). A cognitive-behavioral training program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 187-203). New York: Guilford Press.
- 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.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oost, P. V., & Buysse, A. (2000). Stimulation seeking and hyperactivity in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(2), 225-231.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, I., & Van Oost, P. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorder in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 67-73. doi: 10.1023/A:1014057325752.
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., & Faraone, S.V. (2013). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *13*(10), 1117-1128. doi: <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.2013.840417>.
- Artigas-Pallarés, J. (2009). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, *49*(11), 587-593.
- Aunola, K., Stattin, H., & Nurmi, J.E. (2000). Parenting styles and adolescent's achievement strategies. *Journal of Adolescence*, *23*, 205-222.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., ..., Taylor, E. (2006). Long acting medications for the hyperkinetic disorders: a systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *15*, 476-495.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent treating*. New York: Guilford Press
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*, 65-94.
- Barkley, R.A. (2002a). Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 10-15.
- Barkley, R.A. (2002b). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (2002c). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 36-43.
- Barkley, R.A. (2006a). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

-
- Barkley, R.A. (2006b). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48(2), 101-106.
- Barkley, R.A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. (2ª ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(6), 926-941.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546-557.
- 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), 233-255.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guilford Press.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian versus authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt. 2), 1-103.
- Baumrind, D. (1991a). Parenting styles and adolescent development. In R.M. Lerner, A.C. Peterson, & J. Brooks-Gun. *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 758-772). New York: Garland.
- Baumrind, D. (1991b). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414.

-
- Baumrind, D. (2013). Authoritative parenting revisited: History and current status. In R.E. Larzelere, A.S. Morris, & A.W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 11-34). Washington, DC: American Psychological Association.
- El Malhany, N., Gulisano, M., Rizzo, R., & Curatolo, P. (2015). Tourette syndrome and comorbid ADHD: Causes and consequences. *European Journal of Pediatrics*, *174*(3), 279-288. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-014-2417-0>.
- Belsky, J., Jaffee S.R., Sligo, J., Woodward, L., & Silva, P.A. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers of 3-year-olds. *Child Development*, *76*(2), 384-396.
- Beltrán, F.J., & Torres, I.A. (2003). *Programa de entrenamiento en habilidades metacognitivas para maestros de niños hiperactivos*. Vizcaya: Albor-COHS.
- 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*, 817-827.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., & Burback, M. (2001). Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(3), 290-298.
- Biederman, J., Swanson, J.M., Wigal, S.B., Boellner, S.W., Earl, C.Q., & Lopez, F.A. (2006). A comparison of once-daily and divided doses of modafinil in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(5), 727-735.
- Block, J.H., Block, J., & Morrison, A. (1981). Parental agreement-disagreement on child-rearing orientations and gender-related personality correlates in children. *Child Development*, *52*, 963-974.
- Bloemsma, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S.V., Buitelaar, J.K., ... Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*, 225-234.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia (BORM). Decreto nº 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM Nº 254, Publicado el 3 de Noviembre de 2009).
- Bralten, J., Franke, B., Waldman, I., Rommelse, N., Hartman, C., Asherson, P., ... Arias-Vasques, A. (2013). Candidate genetic pathways for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) show association to hyperactive/ impulsive symptoms in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(11), 1204-1212.
- Brickemkamp, R. (2002). *D2, Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Brotman, L.M., Gouley, K.K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R.G., & Shrout, P. (2005). Prevention for preschoolers at high risk for conduct problems: Immediate outcomes on parenting practices and child social competence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *34*, 724-734. doi: 10.1207/s15374424jccp3404_14.

-
- Brown, T.E. (1996). *Brown ADD Scales*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Brown, T.E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T.E. (2006). *Trastornos por déficit de atención: una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: Elsevier.
- Buehler, C., & Gerard, J.M. (2002). Marital Conflict, Ineffective Parenting, and Children's and Adolescents' Maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 78-92.
- Buehler, C., & Welsh, D.P. (2009). A process model of adolescent's triangulation into parent's marital conflict: The role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 167-180.
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problem behaviour: a meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 233-247.
- Buehler, C., Benson, M.J., & Gerard, J.M. (2006). Interparental Hostility and Early Adolescent Problem Behavior: The Mediating Role of Specific Aspects of Parenting. *Journal of Research on Adolescence*, 16(2), 265-292.
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L.S., & Hinshaw, S.P. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*, 28, 500-509.
- Burns, G., & Walsh, J. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity. Symptoms on the development of oppositional Defiant Disorder symptoms in a 2 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 245-256.
- Burt, S.A. (2009). Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: a meta-analysis of shared environmental influences. *Psychology Bulletin*, 135, 608-637.
- Cairns, E.D., & Cammock, J. (2002). *MFF-20. Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Evaluación y tratamiento psicológico. Tesis Doctoral*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Carlson, C.L., & Mann, M. (2002). Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 123-129.
- Castellanos, F.X. (1997). Toward a pathophysiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 36, 381-393.
- Castellanos, F.X., Giedd, J. N., Berquin, P.C., Walter, J.M., Sharp, W., Tran, T., ... Rapoport, J.L. (2001). Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 289-295.

-
- Chang, W.R. (2014). *Mothers' and fathers' parenting characteristics in relation to family earner status and self-perceived interpersonal competence. Doctoral Dissertation.* Denton, Texas: UNT Digital Library. Available in: <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc177184>.
- Charles, R. (2001). Is there any empirical support for Bowen's concept of differentiation of self, triangulation, and fusion? *American Journal of Family Therapy, 29*, 279-292.
- Choi, Y., Kim, Y.S., Kim, S.Y., & Park, I.J.K. (2013). Is Asian American parenting controlling and harsh? Empirical testing of relationships between Korean American and Western parenting measures. *Asian American Journal of Psychology, 4*(1), 19-29. doi: 10.1037/a0031220.
- Clark, T., Feehan, C., Tinline, C., & Vostanis, P. (1999). Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry, 8*, 50-55.
- Clavel, M., Carballo, J.J., García, N., Moreno, P., & Quintero Gutiérrez, F.J. (2008). Herramientas complementarias en la valoración del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En F.J. Quintero Gutiérrez, J. Correas Lauffer, & F.J. Quintero Lumbreras (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (pp. 199-214). Barcelona: Elsevier Masson.
- Clements, S.D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children: Terminology and Identification. Phase One of the Three-Phase Project.* Washington DC: Public Health Service publication.
- Cohen, D.J., Leckman, J.F., & Pauls, D. (1997). Neuropsychiatric disorders of childhood: Tourette's syndrome as a model. *Acta Paediatrica Scandinavica, 422*, 106-111.
- Collins, W.A., Maccoby, E.E., Steinberg, L., Hetherington, E.M., & Bomstein, M.H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist, 55*, 218-232.
- Conners, C.K. (1995). *Conners' Continuous Performance Test (CPT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales- Revised Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K. (2002). Forty years of methylphenidate treatment in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorder, 6*(1), 17-30.
- Conners, C.K. (2008). *Conners' Rating Scales (3 Ed.)*. New York: Multi-Health Systems.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). *Children and marital conflict. The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford Press.
- Dadds, M.R., & Powell, M.B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 553-567.

-
- Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of Attention Disorders, 19*(3), 231-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1087054712454571>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487-496.
- Davies, P.T., & Cummings, E.M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin, 116*(3), 387-411.
- Davies, P.T., & Sturge-Apple, M.L. (2007). Advances in the formulation of emotional security theory: An ethologically-based perspective. *Advances in Child Behavior and Development, 35*, 87-137.
- Davis, C., Claudius, M., Palinkas, L.A., Wong, B., & Leslie, L.K. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and DHD and implications for ADD care. *Journal of Attention Disorders, 16*, 675-684.
- 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*, 168-192. doi: [10.1007/s10578-009-0159-4](https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4)
- Del Barrio, M.V. (1998). Educación y nuevos estilos de familia. *Psicología Educativa, 4*, 23-47.
- Desjardins, J., Zelenski, J.M., & Copian, R.J. (2009). An investigation of maternal personality, parenting styles and subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 44*, 587-597.
- Devena, S., & Watkins, M. (2012). Diagnostic utility of WISC-IV general abilities index and cognitive proficiency index difference scores among children with ADHD. *Journal of Applied School Psychology, 28*(2), 133-154. doi: [10.1080/15377903.2012.669743](https://doi.org/10.1080/15377903.2012.669743).
- Douglas, V. (1972). Stop, Look and Listen: the problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science, 4*(4), 259-282.
- Dowdney, L., & Taylor, E. (1997). Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity, a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 479-485.
- Du Rocher, T.D., Shamir, H., & Cummings, E. (2004). Marital conflict, children's representations of family relationships, and children's dispositions towards peer conflict strategies. *Social Development, 13*(2), 171-192. doi: [10.1111/j.1467-9507.2004.000262.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.000262.x).
- DuPaul, G.J., & Weyandt, L.L. (2006). School-Based Interventions for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Enhancing Academic and Behavioral Outcomes. *Education and Treatment of Children, 29*(2), 341-358.
- DuPaul, G.J., McGoey, K.E., Eckert, T.L., & Vanbrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 508-515. doi: [10.1097/00004583-200105000-00009](https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009).

-
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (1998). ADHD Rating Scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford.
- El Malhany, N., Gulisano, M., Rizzo, R., & Curatolo, P. (2015). Tourette syndrome and comorbid ADHD: Causes and consequences. *European Journal of Pediatrics*, *174*(3), 279-288. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-014-2417-0>.
- Emery, R.E. (1982). Interparental *conflict* and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, *92*, 310-330.
- Engfer, A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 104–118). Oxford: Clarendon.
- Epstein, J.L., & Sanders, M.G. (2002). Family, school and community partnerships. In M.H. Bornstein (Ed.), *Hand Book of Parenting: Practical Issues in Parenting* (pp. 407-437). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faraone, S., Biederman, J., Spencer, T., & Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*, *8*(4), 4.
- Faraone, S.V., & Doyle, A.E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, *10*(2), 299-316.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C, ... Monuteaux, M.C. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1720-1729.
- Faraone, S.V., Perlis, R. H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*, 1313–1323.
- Farré, A., & Narbona, J. (1998). *Escala para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, EDAH*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fenollar, J., Navarro, I., González, C., & García-Sevilla, J. (2015). *Cognitive Profile for Children with ADHD by Using WISC-IV: Subtype Differences?* *Revista de Psicodidáctica*, *20*(1), 157-176.
- Flores, J.C. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, *21*, 592-597.
- Forehand, R., Neighbors, B., Devine, D., & Armistead, L. (1994). Interparental conflict and parental divorce: the individual, relative, and interactive effects on adolescents across four years. *Family Relations*, *43*(4), 387-393.
- Fosco, G.M., & Feinberg, M.E. (2015). Cascading effects of interparental conflict in adolescence: Linking threat appraisals, self-efficacy, and adjustment. *Development and Psychopathology*, *27*(1), 239-252. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579414000704>.

-
- Franck, K.L., & Buehler, C. (2007). A Family Process Model of Marital Hostility, Parental Depressive Affect, and Early Adolescent Problem Behavior: The Roles of Triangulation and Parental Warmth. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 614-625.
- Fuentes, M. J., Motrico, E., & Bersabé, R. (2001). Diferencias entre padres y adolescentes en la percepción del estilo educativo parental: afecto y normas-exigencias. *Apuntes de Psicología*, 19(2), 235-250.
- Furman, W., & Lanthier, R. (2002). Parenting Siblings. In M.H. Bornstein (Ed.), *Hand Book of Parenting: Children and Parenting* (pp. 165-188). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 463-470.
- García, E.M. & Magaz, A. (1998). *Programa de entrenamiento en focalización de la atención: ENFÓCATE*. Madrid: ALBOR-COHS.
- García, R., Loro, M., & Quintero Gutiérrez, F.J. (2008). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: importancia de su diagnóstico. En F.J. Quintero Gutiérrez, J. Correas Lauffer, & F.J. Quintero Lumbreras (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (pp. 215-249). Barcelona: Elsevier Masson.
- Gargallo, B., & De Santiago, I. (1996). La intervención pedagógica en el ámbito de la reflexividad. Un programa educativo para 2º de primaria. *Bordón*, 48(2), 225-238.
- Gerdes, A.C., Haack, L.M., & Schneider, B.W. (2012). Parental functioning in families of children with ADHD: Evidence for behavioral parent training and importance of clinically meaningful change. *Journal of Attention Disorders*, 16, 147-156. doi: 10.1177/1087054710381482.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Gillberg, C. (2014). *ADHD and Its Many Associated Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Gizer, I.R., Ficks, C., & Waldman, I.D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A metaanalytic review. *Human Genetics*, 126, 51-90.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- 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, 125-136.
- González-Castro, P., Álvarez, L., Núñez, J.C., González-Pienda, J.A., Álvarez, D., & Muñiz, J. (2010). Cortical activation y attentional control in ADHD subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 23-39.

-
- González-Castro, P., Rodríguez, C., Cueli, M., García, T., & Álvarez-García, D. (2015). State, trait anxiety and selective attention differences in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 15, 105-112.
- González-Pineda, J.A., Núñez, J.C., Alvarez, L., González-Pumariega, S., Rocés, C., González, P., ..., Bernardo, A. (2002). Introducción parental a la autorregulación, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 14(4), 853-860.
- Gordis, E.B., Margolin, G., & John, R.S. (2001). Parents' hostility in dyadic marital and triadic family settings and children's behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 727-734.
- Greenberg, L.M., & Waldman, I.D. (1993). Developmental normative data on the test of variables of attention (T.O.V.A.). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 1019-1030.
- Griggs, M.S., & Mikami, A. (2011). The role of maternal and child ADHD symptoms in shaping interpersonal relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 437-449.
- Grych, J.H., & Fincham, F.D. (1993). Children's appraisals of interparental conflict: Initial investigations of the cognitive-contextual framework. *Child Development*, 64, 215-230.
- Grych, J.H., & Fincham, F.D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*. 108, 267-290.
- Gustaffson, P., Thernlund, F., Ryding, E., Rosén, I., & Cederblad, M. (2000). Associations between cerebral blood flow measured by single photon emission computed tomography(SPECT), electroencephalogram (EEG), behaviour symptoms, cognition and neurological soft signs in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Acta Pediátrica*, 89, 830-835.
- Hart, E.L., Lahey, B.B., Loeber, R., Applegate, B., & Frick, P.J. (1995). Developmental changes in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 729-750.
- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22(3), 39-54.
- Harvey, E., Danforth, J.S., 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, 31-41.
- Hawi, Z., Lowe, N., Kirley, A., Gruenig, F., Nothen, M., Greenwood, T., ... Gill, M. (2003). Linkage disequilibrium mapping at DAT1, DRD5 and DBH narrows the search for ADHD susceptibility alleles at these loci. *Molecular Psychiatry*, 8, 299-308.
- Hay, D.F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 84-108.
- Heaton, R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resource Inc.

-
- Hernández, P. (2004). *TAMAI: Test Multifactorial de Inadaptación Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Herrera, J.A., Quintero Gutiérrez, F.J., & García, R. (2008). Valoración neuropsicológica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En F.J. Quintero Gutiérrez, J. Correas Lauffer, & F.J. Quintero Lumbreras (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (pp. 167-198). Barcelona: Elsevier Masson.
- 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, 196-203. Disponible en: <http://www.um.es/documents/299436/1725297/Boletin+de+Investigacio%CC%81n+Facultad+de+Educacio%CC%81n+julio+2015.pdf/6097283d-16e2-472e-9780-0b90b884e1d0>.
- 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). La Laguna, Tenerife, Spain: University of La Laguna.
- Herrera-Gutiérrez, E., Brito, A.G., Pérez, J., Martínez, M.T., & Díaz, A. (1998). Percepción de estilos educativos paternos e inadaptación personal y social en adolescentes. En Varios (Eds.), *Intervención psicológica en la adolescencia. Vol. II* (pp. 455-460). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Herrera-Gutiérrez, E., Brito, A.G., Pérez, J., Martínez, M.T., & Díaz, A. (2001). Percepción de estilos educativos parentales e inadaptación en adolescentes. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, XXIII(1-2), 44-57.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T., & Peyres, C. (2003). 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., Calvo, M.T., Mora, J.L., Munuera, C., & Peyres, C. (2003). Discrepancy in parenting styles and hyperactivity: Changes over time. In *XIth European Conference on Developmental Psychology, Abstracts* (pp. 272). Milan, Italy: Catholic University of Milan.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo, M.T., Munuera, C. Mora, J.L., & Peyres, C. (2003). 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., Sáez-Gutiérrez, E., & Sastre, I. (2015). Intervención en el trastorno hiperactivo desde la terapia multifamiliar. En *Actas del I Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Vol. 1*. Almería: Universidad de Almería.
- Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez-Mármol, D.J., Peyres, C., & Rodríguez, J.M. (2011). 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). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.

-
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F., & García, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista Psiquiatría Infanto Juvenil*, 19(1), 82-88.
- Hinshaw, S.P. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 664-675.
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Wells, K.C., Kraemer, H.C., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., ..., 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.
- Hock, R.S. (2013). *Parenting Styles, Culture, and Mental Health Outcomes Among Emerging Adult Offspring in Cebu, the Philippines. Doctoral Dissertation*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University.
- Hoffmann, H. (1845). *The Story of Fidgety Philip*. Richmond, VA: Virginia Commonwealth University.
- Hoskins, D.H. (2014). Consequences of parenting on adolescent outcomes. *Societies*, 4(3), 506-531. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/soc4030506>
- Hoza, B., Pelham, W.E., Dobbs, J., Owens, J.S., & Pillow, D.R. (2002). Do boys with attention deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 268-278.
- Hoza, B., Waschbusch, D.A., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., & Milich, R. (2000). Attention deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child Development*, 71(2), 432-446.
- Huang, H. L., Chao, C.C., Tu, C.C., & Yang, P.C. (2003). Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 275-281. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01117.x.
- Huang, Y. S., Chen, N.H., Li, H.Y., Wu, Y.Y., Chao, C.C., & Guilleminault, C. (2004). Sleep disorders in Taiwanese children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Sleep Research*, 13, 269-77.
- Hurt, E. A., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.
- Huver, R. M. E., Engels, R. C. M. E., Van Breukelen, G., & de Vries, H. (2007). Parenting style and adolescent smoking cognitions and behaviour. *Psychology and Health*, 22, 575-593.
- Jarque, S., Tárraga, R., & Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19(4), 585-590.

-
- Jensen, P. S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., ..., Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(2), 147-158.
- Johnston, C., & Behrenz, K. (1993). Childrearing discussions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of aggressive-defiant behavior. *Canadian Journal of School Psychology, 9*, 53-65.
- 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*, 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review, 32*, 215-228. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.007.
- Jouriles, E.N., Murphy, C.M., Farris, A.M., Smith, D.A., Richters, J.E., & Waters, E. (1991). Marital Adjustment, Parental Disagreements about Child Rearing, and Behavior Problems in Boys: Increasing the Specificity of the Marital Assessment. *Child Development, 62*, 1424-1433. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01615.x.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population or Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 487-492.
- Kadesjo, C., Hagglof, B., Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2003). Attention déficit-hiperactivity-disorder with and without oppositional defaiente disorders in 3 to 7 year old children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 45*, 693-699.
- Katz, L.F. & Gottman, J.M. (1993) Patterns of Marital Conflict Predict Children's Internalizing and Externalizing Behaviors. *Developmental Psychology, 29*(6), 940-950.
- Katz, L.F., & Woodin, E.M. (2002). Hostility, hostile detachment, and conflict engagement in marriages: Effects on child and family functioning. *Child Development, 73*, 636-651
- Kaufmann, D., Gesten, E., Santa Lucia, R.C., Salcedo, O., Rendina-Gobioff, G., & Gadd, R. (2000). The relationship between parenting style and children's adjustment: The parents' perspective. *Journal of Child and Family Studies, 9*(2), 231-245.
- Kendall, P.C., Padever, W. & Zupan, B. (1980). *Developing sel-control in children: A manual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Kern, L., DuPaul, G. J., Volpe, R.J., Sokol, N.G., Lutz, J.G., Arbolino, L.A., ..., VanBrakle, J.D. (2007). Multisetting assessment-based intervention for young children at risk for attention deficit hyperactivity disorder: Initial effects on academic and behavioral functioning. *School Psychology Review, 36*, 237-255.
- Kerr, M., Stattin, H., Biessecker, G., & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence. En R. Lerner, M. A. Easterbrooks y J. Mistry (Eds.), *Handbook of Psychology: Developmental Psychology* (pp-395-419). New Jersey: Willey.

-
- Kim, U., & Park, Y.S. (2006). Indigenous psychological analysis of academic achievement in Korea: The influence of self-efficacy, parents, and culture. *International Journal of Psychology, 41*(4), 287-292.
- Kirby, E.A. & Grimley, L.K. (1986). *Cognitive Behaviour Modification*. New York: Pergamon Press.
- Korzeniowsk, C., & Ison, M.S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 7*(1), 65-71.
- Kratochvil, C.J., Heiligenstein, J. H., Dittmann, R., Spencer, T.J., Biederman, J., Wernicke, J., ..., Michelson, D. (2002). Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(7), 776-784.
- La Lima, C.L. (2013). *Relationships among perceived parenting alliance, interparental verbal feedback, parenting behavior and child behaviour*. Doctoral dissertation. Hempstead, NY: Hofstra University.
- LaCount, P.A., Hartung, C.M., Shelton, C.R., Clapp, J.D., & Clapp, T.K.W. (2015). Preliminary evaluation of a combined group and individual treatment for college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(2), 152-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.07.004>.
- Lansford, J.E. , Criss, M.M., Laird, R.D., Shaw, D.S., Pettit, G.S., Bates, J.E., & Dodge, K.A. (2011). Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology, 23*, 225-238.
- Lasa, A. (207). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 2*, 9-16.
- Laufer, M., & Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics, 50*, 463-474.
- Lee, S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 328-341.
- Leisera, S.C., Dunlop, L., Bowlby, M.R., & Devilbiss, D.M. (2011). Aligning strategies for using EEG as a surrogate biomarker: A review of preclinical and clinical research. *Biochemical Pharmacology, 81*(12), 1408-1421.
- Leung, K., Lau, S., & Lam, W. (1998). Parenting styles and academic achievement: A cross-cultural study. *Merrill-Palmer Quarterly, 44*(2), 157- 172.
- Lewis, C., & Lamb, M.E. (2003). Fathers' influences on children's development: The evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education, 18*, 211-228.
- Lewis, S., Cuesta, M., Ghisays, Y., & Romero, L. (2004). La adaptación social y escolar en niños con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Psicología desde el Caribe, 14*, 125-149.

-
- Lifford, K.J., Harold, G.T., & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 285-296.
- López, C., Alcántara, M., Castro, M., Belchí, A., & Romero, A. (2013). Evaluación psicológica. En C. López y A. Romero (Coords), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 133-169). Madrid: Pirámide.
- López, C., Castro, M., Belchí, A. I., & Romero, A. (2013). Descripción clínica: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del comportamiento. En C. López y A. Romero (Coords), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp 21-33). Madrid: Pirámide.
- López, C., Romero, A., Castro, M., & Alcántara, M. (2013). Programa de intervención con padres (bloque PSICOHAEM). En C. López y A. Romero (Coords), *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (pp. 215-251). Madrid: Pirámide.
- López, J.A., Serrano, I., Delgado, J., Cañas, M.T., Gil-Diez, C., & Sánchez, M.I. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 63-80.
- Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology* (pp. 1-101), New York: Wiley.
- Magaz, A., & García, E.M. (2011). *Perfil de Estilos Educativos (PEE)*. Madrid: Albor-COHS.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E., & Peyres, C. (2014). Los conocimientos y lagunas de los docentes sobre el TDAH: la importancia de la formación. En J. Maquilón y N. Orcajada (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: Editum.
- Martínez-Pons, M. (1996). Test of a model of parental inducement of academic self-regulation. *The Journal of Experimental Education*, 64, 213-227.
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48, 232-252. doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x.
- Mayes, S., Calhoun, S., Chase, G., Mink, D., & Stagg, R. (2009). ADHD subtypes and co-occurring anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: Differences in Gordon diagnostic system and Wechsler working memory and processing speed index scores. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 540-550. doi: 10.1177/1087054708320402.
- McBurnett, K., Pfiffner, L.J., & Frick, P.J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-213.

-
- McGough, J.J., & Barkley, R.A. (2004). Diagnostic controversies in adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1948-1956.
- McKeague, L., Hennessy, E., O'Driscoll, C., & Heary, C. (2015). Retrospective Accounts of Self-Stigma Experienced by Young People with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 158–163.
- 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*, 82-88.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of Developing Self-Control. *Journal of Abnormal Psychology*, *77*(2), 115-126.
- Meliá de Alba, A. (2008). *Dificultades en el aprendizaje de las matemáticas en niños con TDAH: comparación de los perfiles cognitivos y metacognitivos. Tesis Doctoral*. Valencia: Universidad de Valencia.
- 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*, 721-736. doi: 10.1007/s10802-010-9393-2.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, *16*, 39-47.
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Loper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*(4), 637-646. doi: 10.1111/1469-7610.00150.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Miranda, A., Amado, L., & Jarque, S. (2001). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, A., García, R., & Jara, P. (2001). Acceso al léxico y comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con TDAH. *Revista de Neurología Clínica*, *2*(1), 125-138.
- Miranda, A., Marco, R., & Grau, M. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. The impact of ADH subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In T. E. Scruggs y M. A. Mastropiere (Eds), *Advances in learning and behavioral disabilities*. (pp. 139-162). New York: Elsevier Press.
- Miranda, A., Ygual, A., Mulas, F., Roselló, M., & Bó, R.M. (2002). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato? *Revista de Neurología*, *34*(1), 115-121.
- Mirsky, A. F. (1996). Disorders of attention: a neuropsychological perspective. In G.R. Lyon & N.A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory and executive functions* (pp. 71-95). Baltimore: Brookes.
- Monjas, M.I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas de edad escolar*. Valladolid: Trilce.

-
- Morales, A. (1995). Prevención del fracaso escolar a través de la tutoría con la familia. En S. Peiró i Gregori (Ed.), *Familia, educación de adultos y hogares en situación de riesgo* (pp. 85-101). Granada: Adhara.
- Mulas, F., Rosell, B., Morant, A., Hernández, S., & Pitarch, I. (2002). Efectos de los psicoestimulantes en el desempeño cognitivo y conductual de los niños con déficit de atención e hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 35(1), 17-24.
- Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 52–61.
- Musitu, G., Martínez, B., & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37(3), 247-258.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. *Clinical Guideline 72*. London: Author.
- Nixon, R.D., Sweeney, L., Erickson, D.B., & Touyz, S.W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatment for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260. doi: 10.1037/0022-006x.71.2.251.
- O'Leary, S.G., & Vidair, H.B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting: predicting child behavior problems. *Journal of Family Psychology* 19(2), 208-216.
- Oner, O., Oner, P., Cop, E., & Munir, K.M. (2012). Characteristics of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder combined and predominantly inattentive subtypes in a Turkish clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 523-532.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Autor.
- Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I., & Polaino-Llorente, A. (2007). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad* (7ª ed). Madrid: CEPE.
- Owens, E.B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H.C., Arnold, L. E., Abikoff, H.B., Cantwell, D.P., ..., Wigal T. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 540–552.
- Owens, J. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 312-322.
- Padilla-Walker, L.M., Carlo, G., Christensen, K.J., & Yorgason, J.B. (2012). Bidirectional Relations Between Authoritative Parenting and Adolescents' Prosocial Behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 22(3), 400-408.

-
- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En I. Etxebarria, M.J. Fuentes, F. López, & M.J. Ortiz (Coords.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 267-284). Madrid: Pirámide.
- Palkes, H., Stewart, W., & Kahana, B. (1968). Proteus maze performance of hyperactive boys as a function of verbal-training procedures, *Journal of Special Education, 5*, 337-342.
- Parada-Navas, J.L., & González-Ortiz J.J. (Eds.) (2009). *La familia como espacio educativo*. Murcia: Espigas.
- Patock-Peckham, J.A., & Morgan-Lopez, A.A. (2007). College drinking behaviors: Mediation links between parenting styles, parental bonds, depression, and alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 297-306.
- Paulussen-Hoogeboom, M.C., Stams, G.J.J.M., Hermanns, J.M.A., Peetsma, T.T.D., & Van den Wittenboer, G.L.H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology, 169*, 209-226.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-Maclean, L., Williams, A., Fabiano, G.A., Morrisey, S.M., ..., Morse, G.D. (2001). Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics, 107*(6), E 105. doi: 10.1542/peds.107.6.e105.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 184-214.
- 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*, 292-298.
- Pelham, W.E., Massetti, G. M., Wilson, T., Kipp, H., Myers, D., Newman, B.B.,..., Waschbusch, D.A. (2005). Implementation of a comprehensive schoolwide behavioral intervention: The ABC Program. *Journal of Attention Disorders, 9*, 248-260.
- Penny, A.M., Waschbusch, D.A., Klein, R.M., Corkum, P., & Eskes, G. (2009). Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: Content validity, factor structure, and reliability. *Psychological Assessment, 21*(3), 380-389.
- Piko, B.F., & Balázs, M.A. (2012a). Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depressive symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*(3), 149-155.
- Piko, B.F., & Balázs, M.A. (2012b). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors, 37*(3), 353-356.
- Pinheiro, C. (2014). Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *Universitas Psychologica, 13*(3), 15-29.

-
- Pollack, B., Hojnoski, R., DuPaul, G.J., & Kern, L. (2015). Play behavior differences among preschoolers with ADHD: Impact of comorbid odd and anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Advance online publication. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-015-9497-7>.
- Portellano, J.A., Martínez, A., & Zumárraga, A. (2009). *Evaluación de las Funciones Ejecutivas en niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Power, T.J., Hess, L.E., & Bennett, D.S. (1995). The acceptability of interventions for attention-deficit hyperactivity disorder among elementary and middle school teacher. *Developmental and Behavioural Pediatrics*, *16*, 338-343.
- Presentación, M. J., Siegenthaler, R., Jara, P., & Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, *22*(4), 778-783.
- Presentación, M.J., Pinto, V., Meliá, A., & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, *2*(3), 18-26.
- Prieto, M.D. (Coord.) (2011). *Psicología de la Excepcionalidad*. Madrid: Síntesis.
- Psychogiou, L., Daley, D. M., Thompson, M.J., & Sonuga-Barke, E.J.S. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Development and Psychopathology*, *20*, 121-137.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: a further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*, 419-433.
- Raya, A.F., Herreruzo, J., & Pino, M.J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, *20*(4), 691-696.
- Reardon, M. L., Cuckrowicz, K.C., Reeves, M.D., & Joiner, T.E., (2002). Duration of regularity of therapy attendance as predictors of treatment outcome in an adult outpatient population. *Psychotherapy Research*, *12*, 273-285.
- Reid, W.J., & Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *18*(1), 105-117.
- Richman, G., Hope, T., & Mihalas, S.T. (2010). Assessment and treatment of self-esteem in adolescents with ADHD. In M. Guindon. (Ed.), *Self-Esteem Across the Life Span: Issues and Interventions* (pp.111-123). New York: Routledge.
- Ridgway, A., Northup, J., Pellegrin, A., LaRue, R., & Hightsoe, A. (2003). Effects of Recess on the Classroom Behavior of Children With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*, *18*(3), 253 -268.
- Rinaldi, C. M., & Howe, N. (2003). Perceptions of constructive and destructive conflict within and across family subsystems. *Infant and Child Development*, *12*(5), 441-459. doi: 10.1002/icd.324.

-
- Rodríguez, C., Fernández-Cueli, M., González-Castro, M.P., Álvarez, L., & Álvarez-García, D. (2011). Diferencias en la fluidez sanguínea cortical en los subtipos de TDAH. Un estudio piloto. *Aula Abierta*, 39, 26-36.
- Rodríguez-Lafora, G. (1917). *Los niños mentalmente anormales*. Madrid: De la Lectura.
- Roselló, B., Amado, L., & Bó, R.M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Roselló, B., García, R., Tárraga, M., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, 79-84.
- Rosich, N., & Casajús, A., (2008). El alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDHA) en el aprendizaje de las matemáticas en los niveles obligatorios. *Revista Iberoamericana de Educación Matemática*, 16, 63-83.
- Rubia, K., Alegría, A.A., & Brinson, H. (2014). Anomalías cerebrales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 58(1), 3-18.
- Sala, R., Axelson, D., & Birmaher, B. (2009). Phenomenology, longitudinal course, and outcome of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 273-289. doi: 10.1016/j.chc.2008.11.002.
- Sánchez Mármol, D.J., & Herrera-Gutiérrez, E. (2011). Educación familiar, comportamiento hiperactivo y problemas de adaptación en alumnos de Educación Primaria. En A. de Pro Bueno (Coord.), *Investigación e Innovación en Educación Infantil y Educación Primaria, III*. Murcia: Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
- Sánchez Mármol, D.J., Herrera-Gutiérrez, E., Rodríguez, J.M., & Peyres, C. (2011). La discrepancia educativa parental y su relación con la hiperactividad y los problemas de adaptación en alumnos de educación primaria. En J.M. Román, M.A. Carbonero y J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 9535-9547). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Sánchez-Mármol, D.J. (2009). *El alumno hiperactivo y su funcionamiento en el ámbito académico. Tesis de Máster*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Sánchez-Mármol, D.J., & 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). Murcia: Facultad de Educación. Universidad de Murcia.
- Sánchez-Mora, C., Ribasés, M., Mulas, F., Soutullo, C., Sans, A., Pàmias, M., Casas, M., & Ramos-Quiroga, J.A. (2012). Bases genéticas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 55(10), 609-618.
- 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, 227-235. doi: 10.1007/s10826-008-9223-0.

-
- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Díez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.
- Servera, M., & Cardo, E. (2006). Children sustained attention task (CSAT): normative, reliability, and validity data. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 697-707.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K., & Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments in planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 298, 199-209.
- Shamir, H., DuRocher, T., & Cummings, E.M. (2001). Marital conflict, parenting styles, and children's representations of family relationships. *Parenting*, 1(2), 123-151.
- Simons, L., & Conger, R.D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28(2), 212-241. doi: 10.1177/0192513X06294593.
- Smith, D.E., & Moore, T.M. (2012). Parenting style and psychosocial outcomes in a sample of Jamaican adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1(1), 1-15.
- Snyder, J.J., & Patterson, G.R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, 26, 371-391.
- Solovieva, Y., Quintanar L., & Flores, D. (2002). *Programa de corrección neuropsicológica del déficit de atención*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Someya, T., Uehara, T., Kadowaki, M, Tang, S.W., & Takahashi, S. (2000). Effects of gender difference and birth order on perceived parenting styles measured by the EMBU scale in Japanese two-sibling subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 77-81.
- Sonuga-Barke, E. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 593-604.
- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion I: the effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 33, 387-388.
- Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 696-702.
- Soutullo, C. (Coord.) (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Barcelona: Adelphi.

-
- Spra, E.G., & Fischel, J.E., (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 755-773.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E., & Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Springer, C., & Reddy, L.A. (2004). Measuring adherence in behavior therapy: Opportunities for research and practice. *The Behavior Therapist*, 27, 1-9.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Adolescent-parent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-20.
- Steinberg, L., Mounts, N.S., Lamborn, S.D., & Dornbusch, S.M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1(1), 19-36.
- Still, G.F. (1902). Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Strauss, A. (1939). Typology in mental deficiency. *Proceedings of the American Association of Mental Deficiency*, 44, 85-90.
- Strauss, A., & Lethinen, L. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York: Grune & Stratton.
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P.T., & Cummings, E.M. (2006). The impact of interparental hostility and withdrawal on parental emotional unavailability and children's adjustment difficulties. *Child Development*. 77, 1623–1641.
- Sturgess, W.A., Dunn, J., & Davies, L. (2001). Young children's perceptions of their relationships with family members: links with family settings, friendships and adjustment. *International Journal of Behavioural Development*, 25(6), 521-529.
- Swanson, J., Castellanos, F.X., Murias, M., LaHoste, G., & Kennedy, J. (1998). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Current Opinion in Neurobiology*, 8(2), 263-271.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems at risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1236.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ..., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder: first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 17-30.
- Taylor, Z. E., Eisenberg, N., & Spinrad, T.L. (2015). Respiratory sinus arrhythmia, effortful control, and parenting as predictors of children's sympathy across early childhood. *Developmental Psychology*, 51(1), 17-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0038189>.

-
- Thaler, N.S., Bello, D.T., & Etcoff, L. M. (2012). WISC-IV profiles are associated with differences in symptomatology and outcome in children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 17(4), 291-301. doi: 10.1177/1087054711428806.
- Thurstone, L.L., & Yela, M. (2012). *CARAS-R. Test de percepción de diferencias*. Madrid: TEA ediciones.
- Tillman, C., Eninger, L., Forssman, L., & Bohlin, G. (2011). The relation between working memory components and ADHD symptoms from a developmental perspective. *Developmental Neuropsychology*, 36, 181-198. doi: 10.1080/87565641.2010.549981.
- Timmerman, I.G.H., & Emmelkamp, P.M.G. (2005). Parental rearing styles and personality disorders in prisoners and forensic patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(3), 191-200.
- Timpano, K.R., Carbonella, J.Y., Keough, M. E., Abramowitz, J., & Schmidt, N.B. (2015). Anxiety sensitivity: An examination of the relationship with authoritarian, authoritative, and permissive parental styles. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 95-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.29.2.95>.
- Timpano, K.R., Keough, M.E., Mahaffey, B., Schmidt, N.B., & Abramowitz, J.S. (2010). Parenting and obsessive compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 151-164.
- Tredgold, A.F. (1926). The definition and diagnosis of moral imbecility (I). *British Journal of Medical Psychology*, 6(1), 1-9.
- Trepat, E., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2014). Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers. *Psicothema*, 26(4), 497-504.
- Tucha, O., Prell, S., Mecklinger, L., Bormann-Kischkel, C., Kübber, S., Linder, M., ..., Lange, K. W. (2006). Effects of methylphenidate on multiple components of attention in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, 185(3), 315-326.
- Vallés, A. (2008). *Programa para el tratamiento de la Hiperactividad I y II. ATRESO I y II: Atención, Reflexión y Sosiego*. Madrid: EOS.
- Van den Hoofdakker, B. J., Van Der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P., Minderaa, R., & Nauta, M.H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1263-1271.
- Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P. M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 317-326. doi: 10.1093/jpepsy/jsp060.
- Vereb, R. L., & DiPerna, J.C. (2004). Teachers' Knowledge of ADHD, Treatments for ADHD, and Treatment Acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33(3), 421-428.

-
- Vieno, A., Nation, M., Pastore, M., & Santinello, M. (2009). Parenting and antisocial behavior: A model of the relationship between adolescent self-disclosure, parental closeness, parental control, and adolescent antisocial behavior. *Developmental Psychology, 45*, 1509-1519.
- Vile, R.E, DuPaul, G.J., Jitendra, A.K., Volpe, R.J., & Cleary, K.S. (2006). Classroom Observations of Students with and without ADHD: Differences across types of engagement. *Journal of School Psychology, 44*(2), 87-104.
- Walther, C.A.P., Cheong, J., Molina, B.S.G., Pelham, W. E., Wymbs, B.T., Belendiuk, K.A., & Pedersen, S.L. (2012). Substance use and delinquency among adolescents with childhood ADHD: The protective role of parenting. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(3), 585-598. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0026818>
- Watabe, A., & Hibbard, D.R. (2014). The influence of authoritarian and authoritative parenting on children's academic achievement motivation: A comparison between the United States and Japan. *North American Journal of Psychology, 16*(2), 359-382.
- Weissman, S., & Cohen, R.S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry, 12*, 24-45.
- Williamson, D., & Johnston, C. (2013). Marital and coparenting relationships: Associations with parent and child symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication. doi: 10.1177/1087054712471717.
- Winsler, A., Madigan, A.L., & Aquilino, S.A. (2005) Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly, 20*, 1-12.
- Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2010). Child effects on communication between parents of youth with and without ADHD. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 366-375.
- Wymbs, B.T., Carducci, C., DiLorenzo, R., McClure, P., Snow, D., Tong, P., & Pelham, W.E. (2007). *Do Disruptive Children Cause Interparental Discord? Results of Observational Coding*. Poster Presented at the American Psychological Association Conference, San Francisco, CA.
- 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. doi: 10.1037/a0012719.
- Zametkin, A.J., Liebenauer, L.L., Fitzgerald, G.A., King, A.C., Minkunas, D.V., Herscovitch, P., Yamada, E.M., & Cohen, R.M. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention-deficit disorder. *Archives of General Psychiatry, 50*, 333-340.
- Zuluaga, J.B. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico del trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*(3), 481-496.

ANEXOS

ANEXO I

SESIÓN 0: Presentación informativa sobre el programa.

Objetivos:

- Informar sobre los objetivos, contenidos y metodología del programa de intervención.
- Potenciar el compromiso y la implicación en dicho programa y en sus actividades.
- Asesorar sobre el cumplimiento de una serie de cuestionarios evaluativos.

Contenidos:

- Objetivos, contenidos y método de trabajo.
- Cuestionarios de evaluación: Conner y PEE.

Procedimiento:

A lo largo de esta sesión informativa, además de explicar los contenidos de cada una de las sesiones del programa, se proporcionó el cuestionario de estilos educativos a cada uno de los padres por separado, de forma que los dos contestaran por separado y sin ningún tipo de influencia o interferencia por ninguna de las partes. Estos cuestionarios fueron recogidos, una vez terminada la sesión. También se les proporcionó bolígrafos en caso necesario.

Para la codificación de cada cuestionario se pidieron las siglas de sus hijos y sus fechas de nacimiento, y el sexo.

ANEXO II

SESIÓN 1: ATENCIÓN POSITIVA

Objetivos:

- Aprender cuándo es adecuado prestar atención a sus hijos y cómo llevarlo a cabo.
- Comprender necesidades, sentimientos y reacciones de sus hijos.

Contenidos:

- Concepto de “tiempo especial”
- Diario de tiempo especial.

Procedimiento:

En un primer momento se explicaron los principios básicos para mejorar el comportamiento. La mayor parte del tiempo se dedicó a la explicación de un aspecto muy importante para afianzar la relación padres-hijos, que no es otra cosa que la atención. Para ello, se dieron las instrucciones de dedicar cada día un “tiempo especial” en el que no se podía dar órdenes, corregir la conducta, o hacer preguntas directas. Como variación del programa original, también se les asesoró sobre cómo llevar a cabo un diario de este tiempo dedicado a sus hijos, en el que tendrían que apuntar la actividad a la que dedicaron el tiempo, cómo se sintieron, qué reacciones se produjeron en sus hijos, y las posibles soluciones a las dificultades encontradas.

Tareas para casa:

Se pidió, como tarea para casa, la dedicación de un momento de “tiempo especial” con el menor y cumplimentar el diario. También, como se ha dicho en la introducción del programa, se instruyó en dedicar un tiempo a compartir entre los padres lo comentado en dicha introducción.

ANEXO III

SESIÓN 2: PILLE A SU HIJO SIENDO BUENO

Objetivos:

- Aumentar los momentos de afectividad entre padres e hijos.
- Mejorar la forma de supervisar y ganar en obediencia.

Contenidos:

- Práctica de obediencia.
- El poder del elogio.

Procedimiento

En esta sesión se transfirieron las ideas de la sesión anterior a situaciones en las que los menores obedecen y/o realizan sus obligaciones o tareas sin instrucciones previas. Es decir, se trata de que los padres aprendan a “pillar a sus hijos siendo buenos”. Debían aprender a reconocer aquellas cosas que sus hijos hacen por sí solos, y a saber elogiar y reforzar dichas situaciones.

Tareas para casa:

Para ello, se mandó como tarea, dedicar un tiempo a “pillar a sus hijos siendo buenos”, que consiste en sorprender a los menores reforzándoles cuando realizan un trabajo o tarea sin ningún mandato previo, en definitiva, sorprenderles portándose bien.

ANEXO IV

SESIÓN 3: AUTOCONOCIMIENTO EMOCIONAL (variante del programa original, sesión extra)

Objetivos:

- Reconocer las emociones propias: expresarlas, aceptarlas y usarlas con eficacia.
- Potenciar el autocontrol en los padres.
- Reconocer las emociones en los niños: ser empáticos.

Contenidos:

- Ejercicios prácticos de reconocimiento y expresión emocional.
- Dinámicas grupales de comprensión de las emociones.

Procedimiento:

En esta sesión se trabajaron las emociones básicas y se trabajó su reconocimiento y la forma que tienen de expresarse. La forma de trabajar en esta sesión fue diferente a las anteriores, puesto que se dedicó todo el tiempo al ejercicio práctico, para lo cual se contó con un espacio abierto sin obstáculos que interfirieran en su desarrollo.

Se realizaron ejercicios con cada una de las emociones básicas, con el fin último de que los padres aprendieran a reconocer ciertas emociones en su rol como educadores, y así poder focalizar de forma más eficaz su comportamiento y sus prácticas educativas. También se ayudó a comprender dichas emociones y sus manifestaciones tanto en sus parejas como en sus hijos. Las tareas encomendadas para casa iban en esta dirección.

ANEXO V

SESIÓN 4: COMUNICACIÓN EMPÁTICA

Objetivos:

- Aprender a dar mandatos efectivos.
- Conseguir una comunicación más cercana.

Contenidos:

- Las instrucciones que se dan a los menores.
- La cercanía en los mandatos.

Procedimiento:

En esta sesión, además de dar una serie de pautas a los padres y madres sobre cómo dar instrucciones a sus hijos de forma efectiva, se les invitó a dar un paso más allá en este aspecto. Este paso consistía en que cada vez que se diera un mandato los padre debían permanecer cerca de los menores para seguidamente reforzar y recompensar como se enseñó en la sesión 2.

Tareas para casa:

La tarea que se mandó para casa consistía en lo siguiente: los padres debían centrarse sobre tareas que para los menores fueran sencillas de realizar (acercar un objeto, ayudar a sostener algo, etc.), tareas que solían hacer aunque no siempre; y seguidamente, manteniendo el contacto con ellos, debían reforzar cada acto. Esto es, trabajando sobre actividades no muy difíciles pero tampoco muy sencillas, el objetivo de los padres era mantener un contacto mínimo tras el mandato y elogiar su comportamiento. Poco a poco estas instrucciones se harían sobre tareas aún más difíciles.

ANEXO VI

SESIÓN 5: ENSEÑE A NO INTERRUMPIR

Objetivos:

- Enseñar a los menores a jugar y/o dedicarse a sus tareas de forma independiente.
- Aprender a dar atención a los menores en el momento adecuado.

Contenidos:

- El trabajo con las interrupciones.

Procedimiento:

En esta sesión nos centramos en cómo hacer que los menores aprendan a esperar. Para ello, enfocamos las tareas sobre las interrupciones que se daban a diario (mientras padres dialogaban, cuando había una llamada de teléfono, realizando alguna tarea, etc.).

Tareas para casa:

Se propuso un tiempo estimado para que los padres practicaran las instrucciones dadas en la sesión. Las pautas generales fueron:

- Antes de ocuparse en una tarea, los padres tenían que dar un mandato a sus hijos que consistían en ordenarles hacer una tarea divertida (pintar, jugar, ver la televisión, etc.) y explicarles la actividad que ellos iban a hacer como por ejemplo llamar por teléfono.
- Una vez dada la instrucción, los padres se dedicarían a hacer la actividad prevista, con la salvedad de que su objetivo no era hacer la tarea sino, antes de

que el menor les interrumpiera, “pillarle siendo bueno” y elogiarle el no haber interrumpido.

- Por otro lado, en caso de tener que atenderles, sólo se les haría caso cuando los menores se encontraran en la tarea encomendada.
- Con el tiempo y mientras que fueran capaces de conseguir logros, los padres alargarían el tiempo de espera y practicarían sobre mandatos no tan divertidos.

ANEXO VII

SESIÓN 6: APRENDA A RECOMPENSAR (ECONOMÍA DE FICHAS/PUNTOS)

Objetivos:

- Aprender a introducir un sistema de recompensas y castigos a través de un sistema de fichas/puntos.

Contenidos:

- Sistema de fichas/puntos

Procedimiento:

En la sesión anterior se pidió a los padres que trajera para ésta una serie de actividades placenteras que los menores ya practicaban en su día a día. También se pidió un listado con las tareas que sus hijos debían hacer. Tareas propias para su edad y de su única responsabilidad.

Las instrucciones que se dieron a lo largo de la sesión iban referidas a la realización de un sistema de fichas/puntos prototípico. La instrucciones fueron diferentes para los padres de niños y niñas de 8 y 9 años que para los mayores del grupo.

Se hizo mucho hincapié en que no se trataba de un sistema de chantaje o de “intercambio de cromos”, sino que era una elección que los padres para recompensar a sus hijos. La instrucción básica que los padres debían utilizar antes de llevar a cabo el sistema fue: “pensamos que no os recompensamos lo suficiente por las tareas que realizas en casa o por llevar a cabo tus tareas... por lo que vamos a utilizar esto”.

Los niños sí o sí debían hacer sus responsabilidades básicas para su edad (colegio, aseo, etc.), pero podían hacerlas con una recompensa o podían hacerlas sin recompensa. Además también se explicó en lo que consistía el coste de respuesta.

ANEXO VIII

SESIÓN 7: APRENDA A CASTIGAR

Objetivos:

- Aprender a castigar.

Contenidos:

- El tiempo fuera.
- El coste de respuesta.

Procedimiento:

En esta sesión se trabajan aquellas estrategias propias para la reducción de comportamientos inadecuados. Se trabaja sobre el sistema de ficha impuesto en la sesión anterior y sobre conductas de desobediencia y rabietas.

De nuevo se hacen diferencias entre los menores y mayores del grupo. Las ideas básicas que se practican son el coste de respuesta y el tiempo fuera. Se les ayuda a entender los conceptos y cómo llevarlos a cabo.

ANEXO IX

SESIÓN 8: ANTICIPÉSE A LOS PROBLEMAS FUERA DE CASA

Objetivos:

- Reducir el mal comportamiento fuera de casa.

Contenidos:

- Instrucciones en lugares públicos.
- El refuerzo y el castigo fuera de casa.

Procedimiento:

Los padres aprenden a actuar cuando salen de casa a lugares públicos. Las pautas a seguir en estas situaciones es la siguiente:

- Recuerde a su hijo/a las instrucciones antes de entrar al lugar de destino. Estas instrucciones consisten en dar una tarea a realizar por los menores (ayudar a llevar algo, jugar con algo, etc.); se les informa que después de la actividad tendrá una recompensa, y que si no obedece tendrá que aplicar los castigos aprendidos en las sesiones anteriores.
- Si es necesario, que repita las instrucciones que se les ha dado.
- Se les recuerda la recompensa y el coste de respuesta que conllevaría la desobediencia.

Tareas para casa:

Los padres debían practicar las instrucciones en situaciones en las que su objetivo no era precisamente ir a ese lugar. Sus objetivos eran los del programa de intervención y los trabajados en la sesión.

ANEXO X

SESIÓN 9: COLABORACIÓN CON EL COLEGIO

Objetivos:

- Colaborar con el centro educativo de sus hijos.
- Potenciar los buenos comportamientos.

Contenidos:

- Ficha viajera o diario viajero.

Procedimiento:

La sesión se centra en aspectos básicos para conseguir colaboración desde el centro educativo. Ello se realiza a través de un diario o ficha que va de casa al colegio y del colegio a casa. En este diario se exponen tareas propias de casa y tareas propias del centro para que desde un sitio y otro se refuerce la realización de dichas tareas.

La consecución de los objetivos marcados en dicho diario para casa tendrían su recompensa o refuerzo en el centro educativo, y por otro lado, los objetivos conseguidos en el colegio tendrían su recompensa o refuerzo desde casa.

ANEXO XI

SESIÓN 10: REVISIÓN

Objetivos:

- Revisar el material trabajado a lo largo del programa.
- Aclarar las dudas sobre los aspectos trabajados en las sesiones.
- Potenciar el trabajo en equipo de los padres y el seguir practicando las tareas usadas en el programa.

Contenido:

- Todos los contenidos de las sesiones anteriores.

Procedimiento:

Además de resolver las dudas y aclarar los contenidos trabajados a lo largo del programa, se concierta una nueva reunión varios meses después (Septiembre) para lo siguiente:

- Aplicar de nuevo los cuestionarios evaluativos.
- Revisar el trabajo realizado hasta la fecha.
- Entregar una ficha donde los padres responden sobre la frecuencia de utilización de cada una de las estrategias vistas en el programa (Anexo

ANEXO XII

SIGLAS DEL MENOR:

GÉNERO: VARÓN O MUJER

FECHA DE NACIMIENTO:

A continuación aparece una relación de los contenidos que se abordaron en el programa de trabajo. Por favor, indique con una "X" en qué medida continúa utilizando cada una de las estrategias o técnicas utilizadas en el mismo.

CONTENIDO DE LA SESIÓN	FRECUENCIA DE SU USO			
	NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
SESIÓN 1: ATENCIÓN POSITIVA				
SESIÓN 2: PILLE A SU HIJO SIENDO BUENO				
SESIÓN 3: AUTOCONOCIMIENTO EMOCIONAL				
SESIÓN 4: COMUNICACIÓN EMPÁTICA				
SESIÓN 5: ENSEÑE A NO INTERRUMPIR				
SESIÓN 6: ECONOMÍA DE FICHAS/PUNTOS				
SESIÓN 7: APRENDA A CASTIGAR				
SESIÓN 8: FUERA DE CASA				
SESIÓN 9: COLABORACIÓN CON EL COLEGIO				